

## El Burnout: perspectivas desde una situación de atención en salud mental a víctimas de violencia sociopolítica

*Elena Martín. Profesora Asistente. Médica Psiquiatra. Ricardo Sánchez. Profesor Asociado. Médico Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Hospital San Juan de Dios. Universidad Nacional de Colombia. Corporación AVRE*

El síndrome de Burnout, de difícil traducción al español pero que pudiera ser denominado “síndrome del fundido”, se describió a mediados de los años 70 como un conjunto de fenómenos emocionales relacionados directamente con una experiencia laboral que agota las reservas individuales produciendo en el sujeto manifestaciones emocionales y comportamentales que se observan específicamente en los ambientes laboral y familiar (1). Sus características han sido diferenciadas de otras consecuencias que sufre el terapeuta como resultado de su trabajo con situaciones emocionales particulares (2).

Se parte de la premisa de que los trabajos en áreas en las cuales se brinda ayuda o que suponen una cercana relación personal o una responsabilidad relacionada con la posibilidad de muerte, significan para los sujetos un nivel de estrés más alto que el de otros trabajadores (3).

La exposición crónica a este nivel permanente de estrés va agotando los mecanismos de adaptación de las personas hasta que se manifiesta el síndrome si no se toman las medidas pertinentes. Esto implica que se puede prevenir la aparición del complejo sintomático a través de medidas de tipo psicoterapéutico y administrativo.

El trabajo con personas víctimas de la violencia sociopolítica, ya sea desde el ámbito de la denuncia, de los intentos de reorganización y reconstrucción o desde la salud, supone un nivel de estrés elevado y sostenido. Este no solamente proviene de la relación de cooperación o ayuda sino del hecho de estar expuesto a la misma situación de peligro o amenaza en que se encuentra quien acude en busca de atención. Sumado a lo anterior existe la dificultad de que, en muchos casos, este tipo de trabajo se realiza sin un entrenamiento en habilidades específicas en el área, lo que fácilmente lleva a tener la percepción de incapacidad o de sobrecarga laboral. Estas circunstancias se dan con mayor claridad cuando se hace trabajo en salud mental (4): en estos casos la labor psicoterapéutica supone un estrecho vínculo empático, se hace necesaria la ventilación de información reservada y peligrosa, existe situación de riesgo para el paciente que se hace extensiva al terapeuta y no existe un adecuado entrenamiento en los ámbitos académicos de formación profesional para enfrentar este tipo de situaciones particulares.

### Manifestaciones

El síndrome de Burnout se ha concebido de diferentes maneras (5). Maslach describe tres componentes en

el mismo, todos ligados al desempeño profesional:

1. Agotamiento emocional (sensación de cansancio con el trabajo).
2. Despersonalización (uso de trato impersonal hacia quienes uno cuida o atiende).
3. Falta de realización personal (sentirse incompetente y sin logros en el trabajo con la gente) (6).

Algunos lo describen de un modo inespecífico como la pérdida de sentido y placer en la experiencia de ayudar (7). Otros plantean definirlo como una entidad clínica independiente cuyos síntomas son agotamiento, fatiga, irritabilidad, malestares gastrointestinales, insomnio, disforia, ansiedad, cinismo y falta de curiosidad (8). Autores como Mary Vachon incorporan a la descripción sintomática sensaciones de inseguridad, de pérdida de control, de desamparo, de ser utilizado, de estar sobrecargado, y además elementos de tipo interpersonal como conflictos en el equipo laboral (rivalidad, hostilidad, búsqueda de chivos expiatorios) y contaminación de la vida del hogar con preocupaciones propias del trabajo.

Existen diferentes inventarios para la medición objetiva del síndrome (9)

(Maslach, Rome, Pines y Aronson), siendo el de Maslach el que corresponde a la descripción original y el más utilizado (10).

Además del compromiso individual, el síndrome genera efectos sobre el equipo terapéutico como los siguientes: no permitir que el servicio asistencial alcance a los clientes o a los pacientes; la percepción de que las herramientas diseñadas para terapia, o en general para ayudar a las personas, son muy teóricas y disociadas de los problemas reales; la falta de vitalidad y creatividad: se percibe que, no importa el esfuerzo que se haga, los resultados serán los mismos y recambio frecuente de personal.

### Factores asociados con la presentación del síndrome

En el desarrollo del síndrome se han implicado múltiples determinantes que pueden ser agrupadas en dos categorías.

**Administrativa:** el "burnout" no puede limitarse a un síndrome de contratransferencia sino que hay que considerar aspectos externos a la diada paciente - terapeuta como los siguientes. Exceso de carga laboral, limitación de recursos para brindar atención, atención de más pacientes de caridad que privados, poco tiempo de descanso, ausencia de rotación laboral, ambigüedad en los roles asignados, escasa valoración del trabajo por parte de los jefes o de quienes toman las decisiones administrativas, escasa participación en la toma de decisiones, particularidades en el tipo de pacientes o de casos asignados, necesidad de efectuar el trabajo bajo un grado de elevado estrés, desinterés institucional por la capacitación de los terapeutas, tener que trabajar en un servicio de psiquiatría o como docente en medicina, escasa posibilidad de promoción profesional, riesgo de

grandes repercusiones si se comete un error técnico, ausencia de supervisión sistemática e imposibilidad para efectuar un manejo individualizado de los pacientes.

**Personal:** presencia de elementos caracterológicos o psicopatológicos en el cuidador o terapeuta, pobre capacitación para desempeñar el trabajo, escasa satisfacción con el trabajo por el estatus y la autoestima, dificultades de comunicación con quienes reciben la ayuda ya sea por el idioma o por particularidades culturales, sobreenvolvimiento con los casos atendidos, reedición de conflictos previos no resueltos (pérdidas no elaboradas), existencia de enfermedades físicas, falta de ejercicio físico, no tener posibilidad de catarsis y particularidades en el tipo de motivaciones personales para realizar el trabajo (llamado religioso de entrega, expectativas irreales frente al trabajo, necesidad de reconocimiento y de sentirse indispensable, personalidades carismáticas, experiencias personales previas para lograr la reparación o reasumir el control, búsqueda de un ideal samaritano, necesidad de sentir todo bajo control, necesidad de llenar vacíos afectivos o suscitar en los demás asombro y admiración, sentido de compromiso o lucha contra los abusos).

Las siguientes son actitudes del personal terapéutico que pueden facilitar la aparición del síndrome (7): sentirse el responsable único de la curación o del bienestar de la persona a la que se está ayudando, pensar que los pacientes crónicos no aprecian ni reconocen el trabajo del terapeuta, no tener adecuada supervisión de los pacientes crónicos, percibir a los pacientes crónicos como pacientes "de segunda", sentir que a pesar de todo el esfuerzo los pacientes no cambian, creer que la terapia de apoyo no es una psicoterapia real, pensar que los

pacientes no ponen empeño en mejorarse, afectarse demasiado cuando se pierde un paciente; no saber qué hacer, si no hay resultados es que falta capacitación para intervenir, buscar a toda costa una curación rápida y tener una percepción sobre-dimensionada de la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

Algunas personas pueden invocar el "burnout" como excusa para su incapacidad terapéutica o para justificar su malestar al realizar un trabajo no deseado. La estructura burocrática de una institución puede favorecer el desarrollo del síndrome. Ante la necesidad de afrontar terapéuticamente casos de muy mal pronóstico debe buscarse que los terapeutas reconozcan que la tarea de curar es imposible en algunos casos particulares pero que al afrontarlos se adquirirán herramientas útiles en el futuro para el manejo de otras situaciones.

### Medidas preventivas

Las particularidades ya mencionadas de la situación terapéutica hacen que sea imprescindible ajustar las características administrativas de las organizaciones encargadas de dar asistencia en salud mental a víctimas de violaciones a los Derechos Humanos, con el fin de crear condiciones que permitan prevenir la aparición del síndrome.

Es necesario diseñar programas para cuidadores que aseguren la creación de un ambiente laboral en el cual se reconozca el impacto emocional que sufren los terapeutas y proporcione herramientas para evitar el desarrollo del síndrome. Dentro de estos programas debe contemplarse (11): promover la capacitación para incrementar las habilidades profesionales de los terapeutas, disminuir periódicamente el nivel de estrés en el

equipo de terapeutas, promover mejores relaciones entre los miembros del equipo, asegurar que dentro de las políticas institucionales se consideren las medidas para evitar el burnout y no que sea simple intención de individuos aislados, organizar estructuras de supervisión para los cuidadores, individuales como grupo.

Evaluar el impacto del trabajo de los cuidadores por fuera de la institución, es decir, a nivel personal y en su vida en general, brindar flexibilidad en las jornadas laborales de tal modo que se asegure la realización del trabajo pero dejando tiempo a los miembros del equipo para su cuidado y el de sus familias, fomentar y apoyar económicamente actividades de recreo y otras distintas a las habituales del trabajo, asignar tareas diversas a los miembros del equipo: no hacer mucho tiempo una misma cosa, clarificar de la manera más precisa los propósitos organizacionales para lo cual se recomienda utilizar días de planeación anual, desarrollar actividades que aumenten la moral del equipo como comidas de celebración, eventos de reconocimiento, etc., implementar actividades laborales diferentes a las clínicas, como reuniones académicas, asistencia a cursos y proyectos especiales, conocer las manifestaciones del síndrome para detectarlas tempranamente, conformar criterios uniformes de selección para el ingreso a la institución e implementación de cursos de inducción antes del trabajo de campo, organizar actividades para efectuar periódicamente “debridamientos”.

### Recomendaciones Terapéuticas

Dentro de las actividades recomendadas para intervenir sobre las manifestaciones del síndrome se encuentran actividades terapéuticas grupales que se han denominado “sesiones de debridamiento”. La

estructura de una sesión de debridamiento es la siguiente (12).

**Preparación:** se pide a los participantes que recuerden una historia particularmente estresante que deseen contar. Posteriormente se solicita que escriban algunas palabras clave sobre la historia.

**Debridamiento propiamente dicho:** se pide que alguien cuente la situación referida por la víctima ¿cómo sucedió, en qué circunstancias, quiénes fueron los agentes, qué sensaciones, colores, sonidos, olores, palabras o pensamientos se asociaron? Averiguar qué evoca esa historia: rabia, temor, pesar, deseo de venganza... Si hay asociación con otras experiencias, compartirlas.

**Afrontamiento:** análisis en grupo de cómo influye el tipo de situación o de trabajo sobre uno mismo y la familia. Evaluar estrategias de manejo y considerar cómo el grupo puede ayudar.

**Cierre:** analizar el significado del trabajo terapéutico y ver qué ha sido lo más gratificante en las últimas semanas.

Para las sesiones de debridamiento se requieren de dos a ocho participantes y se debe nombrar un facilitador que debe ser diferente en cada sesión. Se requiere que esta persona tenga un conocimiento sobre los efectos psicológicos del trauma y habilidades para el manejo de grupos. Dentro del trabajo de debridamiento debe mostrar habilidad para hacer intervenciones empáticas, evitar interferencias, debridar completamente a una persona a la vez y saber hacer un adecuado uso del tiempo.

Otras recomendaciones terapéuticas ante la presencia de “burnout” son: no trabajar aisladamente, compartir las

apreciaciones y sentimientos derivados del trabajo con el equipo, aceptar las manifestaciones emocionales, no reprimir los sentimientos, valorar y cuidar los lazos familiares y la vida privada, apoyarse en quienes lo aman, balancear la necesidad de dar con la de pedir y ser capaz de solicitar ayuda cuando sea necesario, ser indulgente consigo mismo y construir unas expectativas realistas frente al trabajo.

La estructura administrativa de la institución debe poseer una serie de características protectoras contra el burnout como las siguientes: tener un tipo de liderazgo claramente definido, tener claramente definido el perfil del líder, tener una asignación clara de roles y tareas, abrir espacios en los que los terapeutas puedan realizar psicohigiene, tener una filosofía de tratamiento al rededor de la cual todos estén de acuerdo: debe haber claridad en el tipo de pacientes que se van a tratar, en la duración y técnicas de tratamiento. Estar diseñada para el cuidado de los pacientes y no para su curación: la curación total es una ficción y muchas veces nuestros “éxitos” terapéuticos no tienen que ver nada con las técnicas que empleamos.

Si bien hemos expuesto las características del “burnout” en una situación altamente particular como lo es la atención en salud mental a víctimas de violencia sociopolítica, la presentación del síndrome se facilita, en general, en situaciones en las cuales se atienden pacientes con pobre pronóstico y en quienes las expectativas de éxito con las intervenciones terapéuticas son limitadas. Esto implica que se deban tener en cuenta los aspectos de prevención en situaciones más amplias, no solo de la atención en salud mental, sino de la atención médica de pacientes crónicos o de mal pronóstico.

## REFERENCIAS

1. **Schaufeli WB, Maslach C, Marek T.** Professional Burnout. Recent Developments in Theory and Research. Washington: Taylos Frances, 1993.
2. **Pearlman LA, Mac Ian PS.** Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Profesional Psychology: Research and Practice* 1995;26:558-565.
3. **Fonnegra I.** Autocuidado en el Profesional que Trabaja con la Muerte. Ponencia presentada al Primer Congreso Internacional de Tanatología. Santafé de Bogotá. Noviembre 1992.
4. **Bozzolo RC.** Algunos Aspectos de la Contratransferencia en la Asistencia a Familiares de Desaparecidos. En: Efectos Psicológicos de la Represión Política. **Kordon DR, Edelman LI, eds.** Buenos Aires: Editorial Sudamericana Planeta, 1986: 66-76.
5. **Brill PL.** The Need of an Operational Definition of Burnout. *Family & Community Health* 1984;6:12-24.
6. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, eds.** Maslach Burnout Inventory Manual. 3Th Ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
7. **Novalis PN, Rojewicz SJ, Peele R.** Clinical Manual of Suportive Psychotherapy. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993: 32-34.
8. **Caton CLM.** Management of chronic schizophrenia. New York: Oxford University 1984.
9. **Daily AL.** The Burnout Test. *Am J Nursing* 1985;85:270-272.
10. **Rafferty JP, Lemkau JP, Purdy RR, Rudisill JR.** Validity of the Maslach Burnout Inventory for Family Practice Physicians. *J Clin Psychology* 1986;42:488-492.
11. **Cunningham M.** Cuidado para los cuidadores. Conferencia presentada en el VII simposio internacional Caring for survivors of torture. Challenges for the medicacl and health professions. Cape Town: Noviembre 1995.
12. **Eikenbroek HJ.** Cuidado para los cuidadores. Conferencia presentada en el VII simposio internacional Caring for survivors of torture. Challenges for the medical and health professions. Cape Town: Noviembre 1995.