



**M.I. Hidalgo Vicario**  
Directora Ejecutiva de Pediatría Integral

“ Para prevenir el SDP médico, son necesarias intervenciones basadas en la evidencia, no solo para abordar los factores ambientales que influyen, sino también para enseñar a los médicos a cuidar de sí mismos y ser más resilientes ”

## Editorial

# Síndrome de desgaste profesional

El síndrome de desgaste profesional (SDP), síndrome de estar quemado por el trabajo o síndrome de *burnout* (término inglés) fue descrito en 1974 por Freudenberg. Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson<sup>(1)</sup>: *síndrome que se caracteriza por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional, endurecimiento personal o despersonalización y baja realización personal*.

Es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de defensa que habitualmente emplea el individuo para manejar el estrés laboral continuo. En general, se observa más en aquellos trabajos con un desequilibrio entre las demandas y los recursos disponibles, sobre todo en personas con expectativas idealistas. La mayor incidencia se da en profesionales que ejercen una función asistencial o social; en los profesionales sanitarios constituye un problema de salud pública. El SDP tiene su propio código en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que lo define como un “estado de agotamiento vital”. Algunos expertos han sugerido que podría ser una enfermedad, mientras las últimas investigaciones orientan a que sea una forma de depresión, en lugar de un trastorno distinto.

El SDP se desarrolla en tres fases evolutivas: en la primera existe apatía, disgusto e insatisfacción frente a tareas habituales; el individuo percibe que no puede dar más de sí mismo a nivel afectivo, hay intentos ineficaces de realizar cambios. En la segunda fase, se desarrolla la despersonalización o endurecimiento emocional, con hostilidad y sentimientos negativos hacia las personas del trabajo, deterioro de las relaciones interpersonales, con pérdida de la empatía. En la tercera fase, se produce el sentimiento de autoevaluación

negativa que afecta al trabajo y la relación con las personas que atiende y la inutilidad de cualquier intento de cambiar la situación; se afecta también la vida familiar. El profesional llega a desarrollar autocompasión y su percepción laboral es radicalmente distinta a la anhelada en sus expectativas personales y vocacionales.

Aunque las causas no están bien establecidas, parece que en su desarrollo intervienen diferentes factores ambientales: laborales (sobrecarga de trabajo, relaciones con el equipo, turno, horario, presencia de guardias, antigüedad, responsabilidad en la toma de decisiones, confrontación con el sufrimiento humano/ muerte, o tipo de actividad realizada), culturales, sociales (estado civil, número de hijos) y personales (edad, sexo, carácter). Las personas con pareja estable y con hijos tienen menos riesgo de SDP, parece que su implicación familiar les confiere mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales. Entre los factores individuales parece que son protectores: el optimismo, sentirse valorado, satisfacción laboral, la afectividad y la autoestima.

En los profesionales sanitarios, se han encontrado diferencias en la intensidad del síndrome entre los diferentes profesionales e incluso en el seno de una misma especialidad.

Los Pediatras, son los responsables de la salud integral de la población infantojuvenil, es decir, deben atender los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales. En general, la relación médico-paciente-padres se realiza en situaciones de ansiedad y se demanda la implicación emocional del pediatra ante la patología del paciente. En muchas ocasiones, hay problemas para la relación-comunicación con padres y pacientes difíciles.

En Atención Primaria, la consulta pediátrica se caracteriza por continuas interrupciones y reorganizaciones como la asistencia no programada “urgente”, lo cual conlleva una falta de control sobre el contenido y la planificación del trabajo. Además hay una excesiva presión asistencial, han aumentado de forma muy significativa las tareas burocráticas, así como la adaptación de las consultas a las nuevas tecnologías de la información. Los pediatras son los profesionales que tienen el salario más bajo dentro del sistema de salud, los propios compañeros les reconocen menos, se les ve como médicos de “segunda clase” (menos publicaciones frente a los subespecialistas). Se asocian otras dificultades como la falta de suplentes para ir a cursos, congresos o durante los periodos vacacionales, en el caso de que se acuda, el trabajo repercute en el resto de compañeros, además de los recortes económicos del sistema sanitario entre otros. Todos estos aspectos condicionan la vulnerabilidad del pediatra al SDP.

El instrumento más utilizado en el mundo para evaluar la prevalencia del SDP es el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que ha permitido realizar estudios en diferentes países y comparar los resultados.

En nuestro país, la prevalencia del SDP, de grado medio, es muy variable según la población estudiada. Así, en pediatras intensivistas, se han obtenido cifras del 56%, en el personal de Atención Primaria entre el 20 y 40% según los diferentes estudios y del personal pediátrico hospitalario un 20%<sup>(2)</sup>. A nivel mundial, el SDP afecta en general a uno de cada dos médicos. La situación ha empeorado en los últimos años, así lo confirma el estudio realizado en 2015<sup>(3)</sup> por Shanafelt et al., donde encuentran que el SDP y la satisfacción con la conciliación de la vida familiar en los médicos estadounidenses empeoró entre 2011-2014, y más de la mitad presentaban SDP. Las cifras de SDP en los pediatras generales subieron en ese periodo del 35,3% al 46,3%. El porcentaje más alto lo presentaban los médicos de urgencias, urología, rehabilitación, medicina de familia y radiología.

En otro reciente estudio en enero de 2016<sup>(4)</sup>, el porcentaje de SDP se elevó en el último año del 45,5% al 54,4%. Las causas que más estrés producían en los profesionales eran las tareas burocráticas, trabajar muchas horas, aumento del uso del ordenador, mantener el nivel de conocimientos/acreditación, y el riesgo de mala praxis. Las mujeres expresaban más SDP (55% frente al 46% de los varones). Un alto porcentaje de profesionales, los que más contacto tenían con los pacientes, manifestaban sentimientos de rechazo hacia estos. Los desencadenantes del rechazo eran: problemas emocionales, del peso (obesidad), abuso de drogas, los simuladores, la falta de cumplimiento con el tratamiento, y la enfermedad crónica.

Las repercusiones del SDP son personales y laborales siendo difícil diferenciar entre las manifestaciones clínicas y las consecuencias. Se repercute la calidad asistencial a los pacientes, que presentan una evolución clínica menos positiva, así como una menor satisfacción con la atención recibida. Ade-

más de las manifestaciones físicas, emocionales, psicológicas y cognitivas en los profesionales, se observa absentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción, riesgo de conductas adictivas y otras conductas de riesgo, una excesiva movilidad laboral y alteraciones de la dinámica familiar.

El diagnóstico y la evaluación precoz es muy importante para decidir cuándo, dónde y sobre quién intervenir. Es necesario poner en marcha medidas preventivas que eviten el desarrollo y progresión del síndrome. Se han descrito también el soporte asistencial para profesionales enfermos, la formación continuada (tanto en competencia clínica como en técnicas de autocontrol emocional) y la racionalización de las condiciones laborales.

Se recomienda que las Instituciones sanitarias mejoren la eficiencia y el apoyo en el trabajo; ayuden a los médicos a optimizar el desarrollo de su carrera y crear un entorno dirigido hacia la comunidad, con flexibilidad y control. Es preciso la implementación de planes que ayuden a promover el equilibrio entre la vida laboral y personal, con estrategias para ayudar a los médicos a autorregularse.

Los médicos deben promover su propio bienestar mediante la identificación de las responsabilidades personales y profesionales para establecer sus prioridades, lo que requiere la auto-conciencia, ajustar los límites, y el replanteamiento. Un método eficaz para reducir el estrés y el agotamiento del médico puede ser la formación en la reducción del estrés basado en la atención plena (*mindfulness*), que implica tomar conciencia de sí mismo, centrarse en el presente y la intencionalidad de los pensamientos y acciones con aceptación y sin enjuiciar. Es importante desarrollar hábitos y cualidades que promuevan la resiliencia en situaciones difíciles. La resiliencia es la capacidad de enfrentarse a la adversidad, superarla y salir fortalecido. Son factores protectores de la persona y del entorno. Es esencial también participar en el auto-cuidado, el desarrollo de los intereses personales, y proteger y alimentar las relaciones personales.

Se necesita con urgencia la aplicación sistemática de intervenciones basadas en la evidencia que aborden las causas del SDP médico. Estas intervenciones deben ayudar a los médicos para que aprendan a cuidar de sí mismos y ser más resilientes, además de abordar los factores ambientales que influyen.

## Bibliografía

1. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
2. López Franco M, Rodríguez Núñez A, Fernández Sanmartín M, Marcos Alonso S, Martínón Torres F y Martínón Sánchez JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62: 248-51.
3. Shanafelt TD, Hasam O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West CP. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015; 90: 1600-13.
4. Carol Peckham. Bias and Burnout: Evil Twins. *Medscape*; 2016.