

# **EL DESGASTE PROFESIONAL DEL MÉDICO**

REVISIÓN Y GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

**El vuelo de Ícaro**

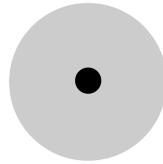
Macarena Gálvez Herrer  
Bernardo Moreno Jiménez  
José Carlos Mingote Adán

# **EL DESGASTE PROFESIONAL DEL MÉDICO**

REVISIÓN Y GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

**El vuelo de Ícaro**





# Índice

PRÓLOGO .....	XI
---------------	----

## **PARTE PRIMERA: ¿Por qué se queman los sueños? Comprendiendo el desgaste profesional médico**

<b>I. El desgaste profesional: concepto y evaluación.....</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción. El mito de Ícaro como metáfora .....	1
1.2. Evolución y desarrollo del concepto de desgaste profesional.....	5
1.2.1. <i>Los usos del término: “Burnout” y “desgaste profesional”</i> .....	5
1.2.2. <i>Marcos teóricos clásicos: del estado al proceso de desgaste</i> .....	6
1.2.3. <i>Modelos y tendencias explicativas actuales</i> .....	17
1.2.4. <i>Sociodemografía del desgaste profesional</i> .....	17
1.2.5. <i>El proceso de desgaste profesional como riesgo psicosocial           en el trabajo y consideración jurídica al respecto</i> .....	43
1.2.6. <i>Medida y evaluación del desgaste profesional</i> .....	46
1.2.7. <i>Los nuevos retos en la definición del constructo y su           diagnóstico</i> .....	62
<b>2. El desgaste profesional médico.....</b>	<b>71</b>
2.1. Evolución de la profesión médica y su entorno psicosocial .....	71
2.1.1. <i>Historia, medicina y sociedad</i> .....	71
2.1.2. <i>Evolución de la relación terapéutica médico-paciente</i> .....	75
2.1.3. <i>Organización de la relación asistencial en el Sistema           Sanitario Español</i> .....	78

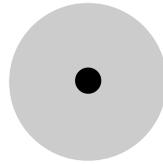
2.1.4. <i>Realidad presente y futura: la feminización de la profesión médica</i> .....	81
2.2. El proceso de desgaste profesional médico: Antecedentes y facilitadores .....	84
2.2.1. <i>Las demandas sociales</i> .....	84
2.2.2. <i>Las demandas organizacionales</i> .....	88
2.2.3. <i>Las demandas emocionales</i> .....	92
2.3. Características específicas del síndrome de desgaste profesional en médicos .....	96
2.3.1. <i>Prevalencia del desgaste profesional en la profesión médica</i> .....	96
2.3.2. <i>Enfrentándose a las utopías. Elementos descriptivos del desgaste profesional médico</i> .....	99
2.4. Las consecuencias del desgaste profesional médico: un problema de salud pública.....	101
2.4.1. <i>La salud física y emocional del médico</i> .....	101
2.4.2. <i>Efectos del desgaste profesional médico sobre la implicación laboral y la calidad asistencial</i> .....	106
<b>3. Los recursos de la personalidad.....</b>	<b>109</b>
3.1. Marco contextual: la perspectiva salutogénica y la psicología positiva .....	109
3.2. Personalidad positiva y salud.....	112
3.2.1. <i>Modelo procesual y transaccional de personalidad</i> .....	113
3.2.2. <i>Dos conceptualizaciones globales de la personalidad positiva: la resiliencia y la madurez personal</i> .....	115
3.2.3. <i>Modelos parciales de personalidad positiva</i> .....	119
3.3. La capacidad de establecer cambios: renovar y mantener la ilusión por el trabajo .....	130

**PARTE SEGUNDA: Guía de buenas prácticas para la prevención e intervención sobre el desgaste profesional médico**

<b>4. Introducción .....</b>	<b>139</b>
<b>5. Prevención primaria .....</b>	<b>141</b>
5.1. Afrontamiento del desgaste profesional médico como un problema de salud pública.....	143
5.1.1 <i>Educación para la salud</i> .....	143
5.1.2 <i>Apoyo administrativo</i> .....	144



5.2. Programas formativos de los profesionales médicos .....	145
5.2.1. <i>Formación básica o de pregrado</i> .....	145
5.2.2. <i>Formación de postgrado</i> .....	146
5.2.3. <i>La formación continua</i> .....	148
5.3. El papel preventivo de la organización sanitaria.....	149
5.3.1. <i>Gestión de la prevención. Decálogo de buenas prácticas</i> .....	149
5.3.2. <i>Detección y evaluación del desgaste profesional</i> .....	150
5.3.3. <i>La evaluación del DP como riesgo laboral psicosocial</i> .....	153
5.3.4. <i>Otras estrategias desde la organización sanitaria</i> .....	154
<b>6. Prevención secundaria.....</b>	<b>163</b>
6.1. Papel del grupo o equipo de trabajo médico .....	164
6.2. Las competencias individuales de manejo y control del desgaste profesional .....	167
6.2.1. <i>Conocimiento sobre el desgaste profesional como riesgo del trabajo</i> .....	167
6.2.2. <i>Estrategias de afrontamiento y control</i> .....	168
6.2.3. <i>Los recursos personales positivos</i> .....	172
6.3. Algunas propuestas prácticas .....	174
<b>7. INTERVENCION .....</b>	<b>193</b>
7.1. La intervención asistencial.....	193
7.1.1. <i>Aproximaciones terapéuticas</i> .....	194
7.1.2. <i>Aspectos clave en la intervención individual</i> .....	203
7.2. Intervención organizacional y reinserción profesional .....	206
7.3. De la teoría a la práctica: análisis de dos casos.....	208
<b>ANEXO I: Cuestionario de desgaste profesional médico.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXO II: Entrevista de evaluación del DPM.....</b>	<b>245</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>263</b>



## Prólogo

El resultado de la exposición crónica a los factores estresantes, emocionales e interpersonales que conlleva el trabajo clínico es, en muchas ocasiones, el desgaste profesional. Hace más de treinta años que en el ámbito científico se habla de este síndrome (*burnout*), y en la actualidad sigue siendo un tema de gran interés en investigaciones y publicaciones de carácter científico, comunicaciones en congresos internacionales, y se ha convertido en un término de uso coloquial: “estar quemado”. La gran aceptación del término ha facilitado en muchas ocasiones la demanda de ayuda por parte de los profesionales afectados. Sin embargo, su conocimiento y difusión no ha impedido que continúe siendo un importante riesgo para la salud pública en nuestros días. Esta situación debería hacernos reflexionar, quizás aún no hemos sabido medirlo, prevenirlo e intervenir sobre él de la manera más adecuada.

Tiene especial importancia la influencia negativa que esta situación de desgaste puede producir en la población laboral activa, con posibles repercusiones en la calidad de la asistencia a los pacientes y en la salud individual. Cuando este riesgo psicosocial del trabajo se instala en una organización, no solo lo sufre el trabajador afectado, se “contagia” entre equipos, mina la salud organizacional y la calidad del servicio prestado.

Además, la relación médico-paciente produce en el médico diversas emociones, como son la necesidad de curarle, la sensación de fracaso y la frustración cuando se produce un empeoramiento de la enfermedad, o cuando este no responde a nuestras expectativas, la sensación de impotencia frente a la enfermedad y a las pérdidas que conlleva, el duelo, el temor a sufrir la misma enfermedad, y el deseo de evitar a los pacientes para huir de los propios sentimientos. El inicio del desgaste profesional puede ser contemplado como una consecuencia de factores de predisposición,

precipitación, perpetuación y protección. Teniendo en cuenta que se han detectado factores protectores frente al desgaste que pueden ser preventivos, son prácticamente inexistentes los estudios realizados para evaluar la eficacia de las intervenciones una vez comenzado el desgaste. El apoyo de los compañeros, de la institución laboral, de los familiares y amigos, puede ser eficaz.

Entendemos el prólogo de una obra como una guía de viaje que debe ayudar al lector a ubicarse dentro del contexto que la lectura le ofrece. Desde esta perspectiva, el presente libro pretende hacer (en su primera parte) una exhaustiva y actualizada revisión de los conocimientos científicos sobre el desgaste profesional en general y sobre el desgaste profesional médico en particular, pero tras este conocimiento se pregunta: ¿y ahora qué? En su segunda parte, los autores proponen una Guía de Buenas Prácticas con propuestas para la prevención primaria, secundaria e intervención ante el desgaste profesional que implican a todos: Administración, organizaciones sanitarias, servicios de salud laboral y profesionales médicos en particular.

Este libro es integrador y humanizador, muestra los valores de la atención a las personas que cuidan a otras personas, como fin de que la relación profesional-sanitario-paciente se fortalezca ante la enfermedad y ante el reto de una medicina para la persona y con la persona (tal y como propone la Asociación Mundial de Psiquiatría). Constituye un documento de trabajo y reflexión para aquellos profesionales que se interesan por la salud de otros profesionales, pero también para servicios de salud laboral y medicina preventiva. En su afán preventivo, puede ser también ayuda para los nuevos profesionales en formación y clave para la pronta detección del problema en ellos mismos.

Quizás una de las mayores aportaciones de la obra es la incorporación de dos instrumentos prácticos de evaluación: el *Cuestionario de Desgaste Profesional Médico* y una *Entrevista Semiestructurada para la Evaluación del Desgaste Profesional Médico*, porque solo podremos actuar sobre aquello que seamos capaces de medir y evaluar.

La realización de estudios e investigaciones, tesis doctorales, y su difusión a través de libros como éste, muestra la sensibilidad a este complejo problema por parte de un equipo de profesionales que desde hace años se han comprometido de forma altruista con la observación del proceso, con la intervención terapéutica y con la investigación, influyendo posteriormente en los responsables de los Colegios Profesionales y de los Organismos Sanitarios para la realización de estudios, líneas de actuación y sensibilización para iniciar un afrontamiento del problema en nuestra comunidad.

Fruto de este impulso, por ejemplo, en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid se han realizado diversas acciones de evaluación sobre el estado de salud de los

facultativos y las consecuencias laborales, personales y sociales de la misma. Los datos dieron lugar a la puesta en marcha de programas de atención específicos como el de riesgo cardiovascular, detección precoz del cáncer, control de los problemas músculo-esqueléticos y de la automedicación. Simultáneamente se organizó la primera Comisión de Salud Laboral de los Médicos, y años más tarde se colaboró con la Administración de la Comunidad de Madrid, en la creación del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo.

Son, por tanto numerosas las organizaciones que trabajan en la prevención del desgaste profesional de nuestros facultativos, y es clave la responsabilidad de Gerencias, Servicios de Prevención y Colegios Profesionales, para velar por la excelencia de la calidad asistencial, la seguridad de sanitarios y usuarios; a través de la creación de estrategias preventivas y de ayuda (en caso necesario) a los profesionales afectados. Con frecuencia, la enfermedad es el camino para la salud a través de un adecuado tratamiento.

Debemos reflexionar sobre nuestro viaje a lo largo de la profesión sanitaria y como Ícaro, no dejar que nuestras alas se ahoguen en la rutina y la desesperanza o se quemen en la frustración de ilusiones. Junto a los autores de la misma, esperamos que la lectura de esta obra ayude a todos los implicados en la prevención del desgaste profesional médico a elegir un “cuaderno de bitácora” hacia la salud.

M<sup>a</sup> DOLORES CRESPO  
Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental de Madrid

JULIANA FARIÑA  
Presidenta del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid

# I

**PARTE PRIMERA:**  
**¿Por qué se queman los sueños?**  
**Comprendiendo el desgaste**  
**profesional médico**

# 1

## El desgaste profesional: concepto y evaluación

### 1.1. INTRODUCCIÓN. EL MITO DE ÍCARO COMO METÁFORA

En 1948, la Carta Magna o Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), definió la salud como “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta nueva conceptualización señaló algunas de las limitaciones del modelo anterior al indicar que la definición de salud en términos negativos era poco operativa y obligaba a diferenciar entre lo “normal” y lo “patológico”. Como relata Viktor E. Frankl en su descripción de la psicología de un campo de concentración: “... ante una situación anormal, la reacción anormal constituye una conducta normal” (p.46). El concepto de “normalidad” es dependiente de las circunstancias contextuales que lo rodean y variable con el tiempo.

La nueva *concepción biopsicosocial*, aunque no exenta de críticas, supuso por primera vez una perspectiva positiva, en la que salud equivale a bienestar y en la que por primera vez se unificaban las áreas física, mental y social. Marcó un hito en su momento que posteriormente ha ido desarrollándose al incluirse algunos aspectos que dejaba olvidados: en ocasiones equiparar salud y bienestar no es del todo exacto, plantea un modelo estático que olvida el dinamismo de la salud (hay distintos grados de salud y distintos grados de enfermedad) y el logro del bienestar absoluto físico, mental y social es probablemente algo más utópico que realmente alcanzable. Sin embargo, gracias a esta perspectiva positiva que surge a partir de la concepción ideal, en la actualidad se proponen definiciones más operativas que consideran la salud como una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del

organismo en su medio. Es más, se desarrolla una concepción holística de salud que asume que el individuo busca, no solamente no estar enfermo, sino además alcanzar un estado de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la calidad de vida. Desde esta perspectiva, ahora la salud es un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas.

Desde este modelo, el estudio del desgaste profesional médico que aquí se expone pretende incluir una perspectiva psicosocial en la que se analicen las variables del contexto socioprofesional en el que el médico está inmerso, se analicen las consecuencias del desgaste profesional sobre su salud y se consideren las variables y recursos del propio individuo que describan su capacidad activa ante este riesgo psicosocial del trabajo médico. En este sentido, el deseo del hombre de superación, de ir siempre más lejos a pesar de las limitaciones de la propia condición de ser humano, ha sido analizado en numerosas ocasiones a través del *mito de Ícaro*.

En su búsqueda de la libertad Ícaro corría un riesgo. Si volaba demasiado bajo, la espuma del mar podría mojar sus alas y sería incapaz de volar, si lo hacía demasiado alto, el calor del sol derretiría la cera que mantenía unidas las plumas y caería al agua. A pesar de las advertencias de su padre Dédalo, Ícaro ascendió demasiado alto, sin ajustar los objetivos a sus recursos y a sus limitaciones personales.

La medicina se suele representar mediante el Bastón de Esculapio y en ocasiones se le añade una forma alada para representar la diligencia del médico en el ejercicio de sus funciones, que como el casco alado de Hermes, representaría la máxima de *curare tuto, cito et jacunde* (curar todo, pronto y placenteramente). Sin embargo, igual que en el caso de Ícaro, las alas se pueden quemar.

En la medicina la búsqueda del equilibrio es constante. El avance científico y técnico ha modificado considerablemente la práctica médica en los últimos años, pero la competencia tecnológica no puede sustituir a la competencia psicosocial del médico sino convivir con ella. Por otro lado, la motivación para la ayuda, el aspecto vocacional en el profesional que se enfrenta a duros años formativos y de residencia para llegar al ejercicio profesional de la medicina, debe superar grandes pruebas. En la carrera de obstáculos que supone “hacerse médico” las expectativas del facultativo deben ser flexibles y tener capacidad de ajuste. Si son demasiado ilusorias el sol las derretirá; si no existe un compromiso psicosocial, si solo se consideran los aspectos científicos y técnicos, el peso de las dificultades mojará las alas.

Mediante la metáfora de Ícaro se quiere hacer presente el tema de este libro. Es posible evitar que nuestros profesionales médicos se quemen, es posible evitar que sus ideales y motivaciones acaben en cenizas. Para ello consideramos necesario atender a aspectos que se desarrollarán a lo largo de la obra en dos grandes bloques:

- Las características específicas que el desgaste profesional tiene en la profesión médica.
- Pautas de actuación y buenas prácticas que incluyan a todos los estamentos implicados en el proceso de desgaste profesional médico.

## 1.2. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE DESGASTE PROFESIONAL

### 1.2.1. Los usos del término: “*burnout*” y “desgaste profesional”

"Falsificada lumbre que hace alarde  
de zarza ardiente y de punzante espina;  
hoguera que no alumbra ni ilumina;  
tizón que me envenena mientras arde".

LUIS LÓPEZ ANGLADA. *Las palabras y el viento*, 1996

El concepto de desgaste profesional procede del estudio del anglicismo *burnout*. Este término, que se traduce literalmente por apagarse, fundirse o agotarse, surge como metáfora para describir una situación de agotamiento tras un periodo de esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales. Se ha utilizado en el ámbito deportivo (al no conseguir un atleta los resultados esperados tras un duro entrenamiento y esfuerzo para su consecución), en el estudio de las adicciones (para referirse a los efectos del consumo crónico de drogas en los pacientes) y en el lenguaje coloquial en diversos idiomas, “estar quemado”, para indicar situaciones de agotamiento, decepción, pérdida de implicación e interés por una actividad con la que previamente se estuvo comprometido y a la que se dedicó un gran esfuerzo.

En el entorno laboral, el concepto *burnout syndrome*, hace referencia a una respuesta al estrés laboral crónico que supone para el trabajador un agotamiento físico, emocional y cognitivo que en la bibliografía de carácter científico aparece bajo múltiples denominaciones. En una completa revisión sobre esta cuestión, Pedro Gil Monte (2003a) señala al menos diecinueve denominaciones diferentes en la literatura española para referirse al mismo fenómeno, estableciendo una taxonomía de las mismas en función de su procedencia.

Sin entrar en un análisis crítico sobre lo adecuado o no de cada una de las diferentes denominaciones que en español se proponen para este síndrome, en el presente trabajo se utilizará siempre el concepto de “desgaste profesional”, por las siguientes razones:

- Se considera oportuno y necesario mantener una coherencia y *denominación única* a lo largo del texto.
- Es una terminología que se adapta al *modelo procesual* postulado como marco teórico de partida y que plantea elementos diferenciales de los clásicos modelos de *burnout* derivados de la perspectiva de Maslach *et al.*
- El término “desgaste” define adecuadamente el carácter progresivo y dinámico del síndrome en la vida laboral de los profesionales.
- El calificativo “profesional” encuadra la consideración del mismo como un riesgo psicosocial del trabajo y focaliza su atención como objeto de análisis desde la salud laboral.

A continuación se exponen, en primer lugar y de forma breve, los modelos clásicos y tendencias explicativas que han sido clave para las aproximaciones más actuales sobre el proceso de desgaste profesional; en segundo lugar, y como objetivo principal de este capítulo, se expondrán las aportaciones teóricas más recientes sobre el desgaste profesional, la consideración del síndrome como riesgo psicosocial del trabajo, y los nuevos retos teóricos y metodológicos que se derivan de todo ello y justifican el planteamiento aquí propuesto sobre el desgaste profesional médico.

### **1.2.2. Marcos teóricos clásicos: del estado al proceso de desgaste**

Los primeros trabajos sobre desgaste profesional tenían un carácter principalmente descriptivo, casi intuitivo, centrado en las manifestaciones sintomáticas percibidas por el individuo, y se realizaron de forma mayoritaria en profesionales asistenciales. Se desarrollaron prioritariamente desde la experiencia clínica mediante metodología cualitativa basada en el estudio de casos, entrevistas y observaciones sistemáticas.

Desde esta perspectiva la primera descripción de un profesional aparentemente afectado por este síndrome fue publicada en 1953 en la revista *Psychiatry*, donde se expone (sin una denominación concreta) el caso de una enfermera que trabajaba en un hospital psiquiátrico con enfermos crónicos y que se sometió a sesiones de counselling para enfrentarse a dicha situación: “... Su humor depresivo la volvía

irritable, se sentía agotada y se mostraba insensible e indiferente, particularmente con los pacientes. Ahora la srta. Jones solo ve el lado negativo de su trabajo, y evita el contacto social con los pacientes y compañeros...” (Schwartz y Will, 1953).

Sin embargo, no fue hasta una década después cuando se mencionó este constructo por primera vez como un fenómeno psicológico que se daba también en profesiones asistenciales procedentes de ámbitos penitenciarios (Bradley, 1969). El autor proponía tomar medidas en torno a nuevas formas de estructura organizacional para intentar contrarrestar a los que denominaba “profesionales quemados” a cargo de los presos. Cuando todavía no se había desarrollado ni teórica ni empíricamente el constructo, probablemente fue Bradley el primer autor que destacó la relevancia de la prevención primaria para evitar su desarrollo y consecuencias.

A pesar de estas primeras aproximaciones, la mayor parte de las alusiones a los orígenes de este concepto como síndrome lo sitúan en los años setenta y señalan a Herbert Freudenberguer como el precursor de su estudio (Freudenberguer, 1974, 1975). Este médico psiquiatra reflejó una realidad que observó en los asistentes voluntarios de la clínica para toxicómanos que dirigía en Nueva York, y que definió como:

***"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 esfuerzo".***

Freudenberguer señalaba la percepción de fracaso en la búsqueda de un sentido existencial personal a través del trabajo. Este desajuste produciría un desequilibrio prolongado (habitualmente no reconocido y mal resuelto) entre unas excesivas exigencias laborales (que generan esfuerzo crónico) y una falta de refuerzos adecuados. El resultado era un trastorno adaptativo por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del trabajo con personas, que tendría síntomas físicos, conductuales, afectivo-emocionales, cognitivos y motivacionales. Posteriormente en 1980, junto a Richelson, expuso otros elementos que podrían estar relacionados con el síndrome, tales como el agotamiento, la evitación, el distanciamiento, el aburrimiento, el cinismo, la impaciencia, la irritabilidad, la sensación de omnipotencia, la suspicacia, la paranoia, la desorientación, respuestas psicosomáticas, depresión, negación de sentimientos, etc. (Freudenberguer y Richelson, 1980).

El enfoque de Freudenberguer es un ejemplo característico de lo que se ha denominado “perspectiva clínica del desgaste profesional”. Esta perspectiva considera el síndrome como un estado y enfatiza la importancia de los factores propios del

individuo para comprenderlo: las emociones experimentadas, las motivaciones y valores individuales y los procesos de relación con los destinatarios de su trabajo. En los años ochenta algunos autores mantienen ese enfoque y definen clínicamente el desgaste profesional como estado resultante del trauma narcisista que lleva, como efecto principal, a una disminución de la autoestima (Fischer, 1983).

Desde esta misma línea de trabajo, Pines y sus colaboradores (Pines y Aronson, 1988; Pines, Aronson y Kafry, 1981) definen el síndrome como un estado configurado por los siguientes síntomas:

1. Fatiga emocional, física y mental.
2. Sentimientos de impotencia, desesperanza y sensación de estar atrapado.
3. Pérdida de entusiasmo en el trabajo y en la vida en general.
4. Baja autoestima.

Esta visión emerge de experiencias clínicas y estudios de casos, y se caracteriza por la descripción de un proceso progresivo de desilusión en personas altamente motivadas por su trabajo, pero también es aplicable a otros contextos en los que se pueden producir situaciones emocionalmente demandantes como las relaciones de pareja, por ejemplo (Pines, 1988, 1996).

De forma paralela a Freudenberger pero desde la psicología social, Cristina Maslach trabajaba sobre las respuestas emocionales que se producían en las personas que desarrollaban su actividad laboral en profesiones de ayuda. En 1977, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, usó el término *burnout* para describir una situación que se producía, cada vez con más frecuencia, entre los trabajadores de los servicios humanos, consistente en el hecho de que, después de meses de trabajo y dedicación, terminaban agotándose emocionalmente (Maslach, 1977). En sucesivos trabajos, principalmente a lo largo de la década de los años ochenta (Maslach, 1978a, 1982a, 1982b; Maslach y Jackson, 1981a, 1981b, 1985, 1986), consolida una de las definiciones mayoritariamente utilizada en las aproximaciones científicas a este tema, considerando el constructo como una respuesta inadecuada a un estrés laboral crónico, caracterizada por una sensación de agotamiento emocional, una actitud fría, cínica y despersonalizada en la relación con los destinatarios de su trabajo y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar. La operativización de esta conceptualización a través del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1981 y 1986) ha sido determinante en la evaluación y estudio de este constructo psicológico en torno a tres conceptos:

- *Agotamiento o cansancio emocional (emotional exhaustion)*: se experimenta la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender y sentimientos de no poder dar más de sí en el ámbito afectivo.
- *Despersonalización (depersonalization)*: se desarrollan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja, se las ve de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo que puede llegar a culpabilizarles de sus problemas.
- *Falta de realización personal (reduced personal accomplishment)*: tendencia a evaluarse negativamente especialmente en torno a las propias habilidades laborales y a su relación con las personas que atienden.

Cristina Maslach será así la precursora de la denominada “perspectiva psicosocial”, desde la que se considera que en el síndrome intervienen tanto características personales, como propias del entorno laboral, y se valora la naturaleza interpersonal del desgaste profesional como factor decisivo en su definición.

- *Los aspectos interpersonales*

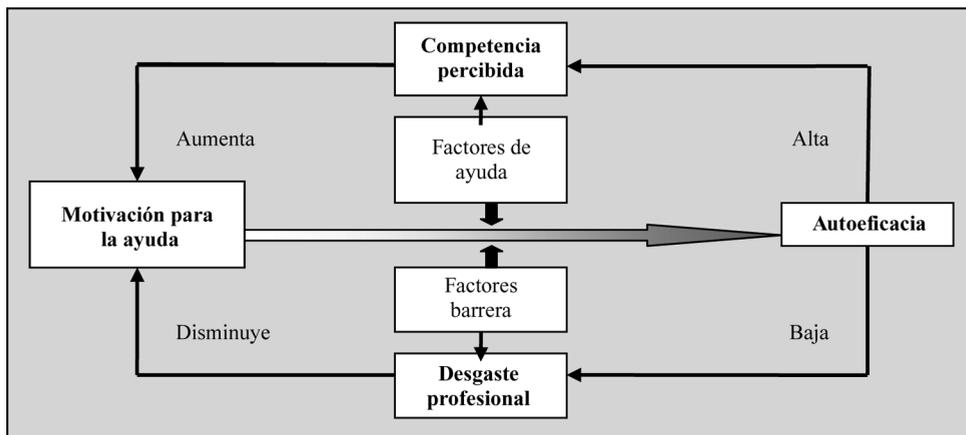
Especialmente en aquellas profesiones en las que existe un trato directo con el receptor del trabajo (alumnos, pacientes, clientes, etc.) parece lógico pensar que los conflictos con los mismos, así como con los compañeros de trabajo u otras personas implicadas en la actividad laboral, puedan guardar alguna relación con el proceso de desgaste profesional. Por este motivo, entre las aproximaciones psicosociales al desgaste profesional, a partir de los años ochenta cobran especial importancia los aspectos relacionados con la evaluación de la propia eficacia en relación con los demás, y los problemas relativos a las relaciones interpersonales.

Desde esta perspectiva, algunos modelos se han centrado en la *autoeficacia percibida* como elemento clave para el desarrollo del desgaste profesional. Según la taxonomía de modelos propuesta por Gil Monte y Peiró (Gil Monte y Peiró, 1997, 1999), estos modelos se desarrollan a partir de la *teoría sociocognitiva del yo* y se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura partiendo de dos supuestos:

- a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y las consecuencias sobre los demás.

- b) La creencia o grado de seguridad en las propias capacidades determina el empeño que un sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, la facilidad/ dificultad para su obtención y las reacciones emocionales que acompañen a la acción.

El *modelo de competencia social*” (Harrison, 1983), por ejemplo, es una de las aproximaciones teóricas que analizan la importancia de los aspectos motivacionales en el proceso de desgaste profesional, en esta ocasión centrándose en la *motivación para la ayuda* como factor clave para el desempeño en profesiones asistenciales. Así, la consecución de los objetivos profesionales estará determinada por la existencia de elementos facilitadores (factores de ayuda) o de dificultad (factores barrera) influyendo esto en los sentimientos de competencia o facilitando el desarrollo del desgaste profesional (véase Figura 1.1).



**Figura 1.1:** Modelo de competencia social (Harrison, 1983).

La existencia de objetivos realistas o utópicos, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y de la organización, la capacitación profesional, la existencia y autonomía en la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, la disponibilidad de recursos, la retroalimentación recibida en el trabajo, la sobrecarga laboral, etc., serán algunas de las principales variables psicosociales del trabajo que podrán actuar como factores de ayuda o factores barrera.

Diez años después, Pines retomará este modelo para señalar que los sujetos que se ven afectados por el desgaste profesional son aquellos que dan un *sentido existencial* a su trabajo, justificando toda su vida por la labor de ayuda que realizan, desarrollando altas expectativas y fijándose elevados objetivos asistenciales (Pines,