

“El psiquiatra tiende a ser el sanador de la sociedad”



Antonio Colodrón Álvarez

Antonio Colodrón Álvarez está actualmente jubilado pero sigue en activo a través de su consulta privada. Ha escrito diversos libros y artículos científicos y ha participado en la elaboración de importantes documentos como “El consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia”. Sin embargo, asegura que hay campos que no ha tocado: “No he tenido posibilidades de dedicarme a la docencia y he estado muy al margen del mundillo de las sociedades científicas”.

Antonio Colodrón presume de no acatar las normas aunque sabe que “el precio ha sido vivir hasta cierto punto al margen”. No en vano señala que “desde los inicios, la Universidad me pareció una auténtica brutalidad, por la cantidad de trabas que existían para impedir el libre pensamiento”.

Este veterano psiquiatra reconoce que no estudió Psiquiatría por vocación sino porque las circunstancias lo provocaron. Sin embargo, se nota que ha llegado a amar el trabajo que realiza. Estudió en España pero obtuvo una beca y pudo completar su

formación en el extranjero: “Mi experiencia en otros países me abrió los ojos en cuanto al ejercicio de la Psiquiatría, pero también me hizo disenter aún más del sistema establecido y apartarme más del mismo”, asegura.

Considera que actualmente “el psiquiatra tiende a ser el sanador de la sociedad”. Sin embargo apunta que “los distintos intentos de modificar la figura del psiquiatra, a través de la Psiquiatría comunitaria o de la biológica han sido insuficientes”.

(págs. 3, 4, 5 y 6)

En este número...



Manuel Martín Carrasco

Clinica Padre Menni de Pamplona

“En la actualidad, existen unos 650.000 casos de demencia en España, de los que la mitad, unas 325.000 personas, padecen Alzheimer”

▶ (págs. 9, 10, 11 y 12)



Jorge Cervilla
Coordinador del Centro de Salud Mental de Garraf de Barcelona

“En el Alzheimer además de los factores ya sabidos son importantes los de riesgo cardiovascular entre ellos, el hábito tabáquico, algo que se desconocía antes”

▶ (pág. 9, 10, 11 y 12)



Antonio Artemán
Colegio de Médicos de Barcelona

“Por su preparación profesional como garante de la salud de la sociedad al médico le cuesta asumir el rol de paciente”

▶ (págs. 14 y 15)



Pedro R. Gil-Monte
Profesor titular de la Universidad de Valencia

“La revisión de la literatura existente refleja que el 30 por ciento de los psiquiatras sufren burn-out”

▶ (págs. 16, 17 y 18)

Pedro R. Gil-Monte, profesor titular de la Universidad de Valencia

“La revisión de la literatura refleja que el 30% de los psiquiatras sufren burn-out”

Desgaste profesional que redundo en estrés emocional podría ser una de las definiciones del burn-out, un síndrome que se caracteriza por la aparición de conductas disfuncionales en el entorno social y laboral del individuo que lo padece.

Pedro Gil-Monte, de la Universidad de Valencia, explica la sintomatología y su tratamiento.



— ¿Cómo podemos definir el síndrome de burn-out?

Es necesario realizar una puntualización sobre la denominación de la patología, porque creo que es más adecuado denominarla “síndrome de quemarse por el trabajo” debido a varias razones. En una revisión reciente de la literatura existente sobre el tema en español he encontrado hasta diecinueve denominaciones diferentes para esta patología, algunas de ellas tan dispares entre sí que llevan a confusión a los estudiosos del tema.

La denominación “síndrome de quemarse por el trabajo” (SQT) da información sobre la naturaleza del fenómeno al indicar que está integrado por un conjunto de sín-

tomas y sobre la necesidad de identificar y evaluar dichos síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología. Además desvía el foco de atención hacia el trabajo y no hacia el trabajador con lo que se evita estigmatizarle. Se desvincula la patología laboral de la denominación coloquial, y permite diferenciarlo de otros fenómenos psicológicos que aparecen en condiciones de trabajo no deseables como el estrés laboral, el desgaste emocional, fatiga o ansiedad.

El SQT es una respuesta al estrés laboral crónico característico y habitual en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas, lo que hace que los profesionales de la salud sean un colectivo ocupacional en el que ocurre con frecuencia.

— ¿Cuáles son las características fundamentales?

Se caracteriza por un deterioro del componente cognitivo, afectivo y de actitud de la psique del individuo, y se manifiesta en forma de conductas disfuncionales en el ámbito personal, social y laboral. Además, como todo proceso de estrés crónico que no se afronta ni se trata de manera adecuada, conlleva la aparición de síntomas de carácter psicossomático que derivan en el desarrollo de afecciones incapacitantes para el individuo.

— ¿Qué es lo que puede causar este síndrome?

La etiología del SQT radica única y exclusivamente en la actividad laboral y en los cambios sociales acaecidos como consecuencia de la mejora de la calidad de vida. De aquí que

la responsabilidad sobre la prevención recaiga sobre el empresario y/o los gobiernos. Como se ha expuesto en el libro “Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse”, las causas pueden ubicarse en diferentes niveles.

Existen causas de carácter societal, como pérdida del prestigio social de los profesionales, expectativas irreales, condiciones laborales de riesgo, baja autonomía profesional, mala socialización en el rol profesional, causas de carácter interpersonal, que incluyen conflictos interpersonales con usuarios y con otros profesionales, incertidumbre en los límites de la implicación con el usuario, percepción de inequidad en los intercambios sociales con usuarios, falta de control sobre los resultados, falta de apoyo social en el trabajo o contagio profesional por mecanismos de modelado.

— ¿Qué síntomas lo caracterizan?

Se manifiesta a través de tres síntomas fundamentalmente: la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, el desgaste o agotamiento emocional, y la despersonalización, cinismo o indolencia, que consiste en el

.....
 “Dotar al individuo de estrategias de afrontamiento basadas en el entrenamiento en habilidades sociales y el apoyo social en el trabajo resultan fundamentales para recuperar al trabajador de nuevo a la vida laboral activa”

desarrollo de sentimientos negativos, y de actitudes y sentimientos de rechazo, cinismo, frialdad, o indiferencia hacia las personas destinatarias del trabajo.

Existe un cuarto síntoma que son los sentimientos de culpa. Los resultados que hemos obtenido en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSCO) de la Universidad de Valencia, de la que soy director, indican que los sentimientos de culpa deben ser incorporados como síntoma relevante para el diagnóstico, pues establecen dos tipologías en el desarrollo del SQT que permiten diferenciar entre los individuos afectados que se van abocados a pedir la baja laboral, y aquellos que son capaces de permanecer en el puesto gracias al desarrollo de actitudes y conductas disfuncionales para la organización y para los usuarios.

— ¿Cuál es el procedimiento de diagnóstico?

El diagnóstico del SQT debe realizarse mediante cuestionario y entrevista. El primero nos va a permitir realizar un diagnóstico organizacional, identificar los "puntos calientes" de la organización. Esto es, en qué unidades es mayor la incidencia del SQT, y establecer con qué frecuencia perciben los síntomas los individuos. La entrevista resulta fundamental, sobre todo en el diagnóstico individual, para diferenciar el SQT de otras patologías derivadas del trabajo.

— ¿Cómo puede reducirse la incidencia de esta patología?

Es fundamental la intervención a nivel organizacional. El origen del SQT es el entorno de trabajo, en especial el entorno social, por tanto, es responsabilidad de los gestores de la organización y de las administraciones desarrollar

programas adecuados de prevención de riesgos psicosociales para evitar la aparición del SQT. En este sentido los programas de formación son una herramienta clave en la prevención del síndrome, como también lo es el diseño adecuado del puesto y del entorno de trabajo.

— ¿Cómo afecta a los profesionales sanitarios? ¿en mayor o menor medida que al resto de profesionales?

Los profesionales de la salud es uno de los colectivos en los que se ha identificado una alta incidencia del SQT. Bien es cierto que, junto con la enseñanza, es uno de los colectivos más estudiados, en especial los trabajadores de enfermería, pues son profesionales con una alta disposición a participar en estudios que tratan sobre sus condiciones de trabajo. Existen estudios que hablan de porcentajes superiores al 30 por ciento en los profesionales de enfermería, aunque considero que estas estadísticas pueden estar infladas debido a errores por la utilización no adecuada de los criterios diagnósticos.

Los resultados obtenidos en la UNIPSCO sugieren que el nivel de afectados por el SQT en el ámbito de la Medicina puede estar en torno al 10 por ciento o el 12 por ciento del colectivo profesional. Además, los resultados de algunos estudios exploratorios que he realizado me llevan a estimar que aproximadamente un tercio de los trabajadores de estos porcentajes estarían en situación de baja laboral, o necesitarían



cogerla y ser tratados adecuadamente.

— ¿Afecta en mayor medida a mujeres o a hombres?

El sexo es una variable que contribuye a explicar la frecuencia con la se perciben los síntomas del SQT. Por ejemplo, en el colectivo ocupacional de la sanidad y en el de la educación las mujeres desarrollan niveles significativamente más bajos de despersonalización que los hombres y menor inclinación al absentismo laboral relacionado con el SQT, por lo que se podría concluir que están menos afectadas. Aunque algunos estudios han obtenido que los niveles de agotamiento emocional son más elevados en las mujeres. La socialización en el rol juega un papel determinante para explicar estos resultados.

En nuestra cultura las mujeres son socializadas en unos valores que les orientan hacia la crianza y el cuidado de los demás, mientras que en los hombres se enfatiza la importancia del trabajo -como actividad alternativa-, de la inde-

pendencia, y asumir el rol de cabeza de familia. Este proceso de socialización permite a las mujeres tolerar mayores niveles de agotamiento emocional que los hombres y desarrollar actitudes de despersonalización con menor frecuencia y, por lo tanto, les previene del desarrollo del SQT. No obstante, es importante dejar claro que existen variables mucho más relevantes que el sexo para explicar la aparición y el progreso del SQT.

— ¿Qué porcentaje de psiquiatras en particular podrían verse afectados por el síndrome burn-out?

Para responder a esta pregunta debo basarme en los resultados revisados en la literatura y en algunas colaboraciones que he realizado con profesionales de la Psiquiatría. La revisión de la literatura habla de porcentajes que están en torno al 30 por ciento, pero pienso que estas cifras están sesgadas al alza por errores en la interpretación de los criterios diagnósticos.

Más representativos de la realidad parecen los resultados obtenidos en algunos de los estudios realizados por Gloria Fernández Canti, de la Universidad de Zaragoza, en los que he tenido el placer de colaborar junto con Carlos Mingote Adán. En estos estudios, en los que han participado psiquiatras

.....
 " El burn-out conlleva la aparición de
 síntomas de carácter psicosomático que
 derivan en el desarrollo de afecciones
 incapacitantes para el individuo"

de Aragón y Cataluña se ha demostrado que alrededor del 10 por ciento de los participantes presentaban altos niveles del SQT.

Por otra parte, puede que la incidencia en estos profesionales sea más elevada que en otros especialistas de la Medicina a los que el ejercicio de su trabajo no les exige permanecer tanto tiempo en contacto con el paciente. Los psiquiatras pueden estar expuestos con mayor frecuencia a las fuentes de estrés del nivel interpersonal. Pero estas afirmaciones son hipótesis que deben ser contrastadas mediante estudios empíricos.

— ¿Hasta qué punto es útil la colaboración entre psicólogos y psiquiatras para frenar la incidencia de este síndrome?

Pienso que la colaboración interdisciplinar en este campo es fundamental pues los dos colectivos profesionales nos podemos beneficiar mutuamente de los estudios realizados desde planteamientos epistemológicos diferentes. En Psicología, la mayor parte de los estudios sobre el SQT se han realizado desde una aproximación psicosocial, y un número menor desde una aproximación clínica. Esto ha permitido el desarrollo de modelos orientados a la explicación del proceso de desarrollo del SQT, muy útiles para la prevención, pero se ha descuidado el diagnóstico clínico con base en la entrevista y la identificación de síntomas en pacientes realmente —clínicamente— afectados por la patología. Se ha fomentado el diagnóstico organizacional pero se ha descuidado el individual.

Pienso que en este campo se ha abusado del diagnóstico con base en criterios psicométricos, y uno de los retos a los que nos enfrentamos en estos momentos los investi-

gadores del fenómeno es estudiar la convergencia entre criterios psicométricos de diagnóstico y criterios clínicos basados en entrevista. Por su parte, la Psiquiatría ha ido acumulando casos clínicos que desde criterios cualitativos pueden resultar muy interesantes para entender el proceso de desarrollo del SQT. Además, por las características y estructura de nuestro sistema de salud, a los psiquiatras les remiten casos que no llegan a los psicólogos.

Sería muy interesante una valoración conjunta de todos estos casos por parte de ambos grupos profesionales, y muy útil para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento, sin olvidar las repercusiones jurídicas que tendría la colaboración en temas periciales. Se deberían realizar reuniones científicas sobre el tema en las que se

encuentren ambos colectivos profesionales, pues a día de hoy nos encontramos con que, al menos en España, cada colectivo se nutre de sus propias publicaciones y de sus encuentros científicos, existe un intercambio interdisciplinar escaso, por no decir nulo.

— ¿Cuál es la opción terapéutica más recomendable para el tratamiento del SQT?

Al igual que ocurre con otras patologías que tienen su origen en el trabajo, el primer paso es separar al trabajador de su entorno laboral, pues los individuos que desarrollan el SQT sufren crisis intensas de ansiedad sólo de pensar que tienen que enfrentarse al entorno laboral. Si se trata de individuos que ya han desarrollado el SQT, terapias de tipo cognitivo-conductual pueden ser útiles en un primer momento. Desde consideraciones psicoso-

ciales, dotar al individuo de estrategias de afrontamiento basadas en el entrenamiento en habilidades sociales -dirigidas a empleados y supervisores-, entrenamiento de la asertividad, y el apoyo social en el trabajo resultan fundamentales para recuperar al trabajador de nuevo a la vida laboral activa.

No se puede olvidar tampoco el nivel organizacional, pues si no modificamos las condiciones de trabajo con toda probabilidad los individuos desarrollarán de nuevo el SQT. En este sentido, estrategias como la resocialización laboral de los trabajadores (cambio de expectativas ajustándolas a la realidad social y laboral), la retroinformación positiva sobre el desempeño y el cambio organizacional con base en los grupos de trabajo son indispensables en la intervención sobre el SQT. ■

