

SUPLEMENTO eidon



| JULIO 2020 |

**SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO
(BURNOUT) EN LOS MÉDICOS DE ESPAÑA**

SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) EN LOS MÉDICOS DE ESPAÑA

Autores:

*Bouza E. ¹;

*Gil-Monte P.R. ²

Cortell-Alcocer M.³

Del Rosario G.⁴

González J.⁵

Gracia D.⁶

Martínez Moreno A.⁷

Melero Moreno C.⁸

Molero García JM.⁹

Montilla P.¹⁰

Peñacoba E.¹¹

Rodríguez.Créixems M.¹²

Rodríguez de la Pinta ML.¹³

Romero Agüit S.¹⁴

Sartorius N.¹⁵

Soriano JB.¹⁶

Palomo E. ¹⁷

*Ambos, primeros autores

¹- Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, y CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058), Madrid.

²Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIICO), Universitat de València.

³- Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Colaboradora de Ibermutuamur. Valencia.

⁴-Periodista. Agencia EFE Salud. Madrid.

⁵-Doctor en Farmacia. Universidad Complutense de Madrid

⁶- Catedrático Emérito. Universidad Complutense. Madrid. Presidente Fundación Ciencias de la Salud Ciencias de la Salud. Madrid.

⁷-Psicólogo.Especialista en Psicología clínica. Consultor de Organización y Recursos humanos. Profesor Asociado de la Universitat de València. Director de Aduma-Psicología. Valencia

⁸- Servicio de Neumología e Instituto de Investigación (i+12) Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.

⁹- Médico de Familia. SERMAS. Secretario de SIME-CSIT Unión Profesional. Madrid

¹⁰- Médico especialista "senior" en Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Servicio de Microbiología Clínica del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid

¹¹- Abogado – Simmons & Simmons LLP. Sucursal en España. Madrid.

¹².- Especialista en Microbiología Clínica. Jefe de Sección (Jubilada). Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense. Madrid

¹³.- Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

¹⁴.-Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Madrid.

¹⁵.- Psiquiatra del Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE). Dirección General de Recursos Humanos. Consejería de Sanidad. Madrid.

¹⁶.- Epidemiólogo. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid.

¹⁷.- Farmacéutico. Director Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. España.

Running title: SQT-burnout en médicos. España

Corresponding author:

Emilio Bouza MD, PhD.

Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

C/ Dr. Esquerdo, 46

28007 Madrid, España

Teléfono: +34- 91- 586 84 53/Fax: +34- 91- 504 49 06

E-mail: emilio.bouza@gmail.com

Alternative corresponding author

Esteban Palomo, PhD.

Director. Fundación de Ciencias de la Salud.

C/ Severo Ochoa, 2,

28760 Tres Cantos. Madrid

Teléfono: +34 91 3530150

ABSTRACT

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o “burnout” es una enfermedad compleja con múltiples facetas y no siempre fácil diagnóstico. El presente artículo, recoge las reflexiones de un grupo de profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, periodistas, abogados, sindicalistas, representantes de organizaciones profesionales) sobre el problema del SQT en la profesión médica. El documento es el resultado de las respuestas que distintos ponentes del grupo han preparado a diferentes preguntas sobre el tema con conclusiones derivadas de la discusión entre todos los participantes. Emerge que el SQT es una entidad con elevada incidencia en los médicos, con graves repercusiones laborales, personales y económicas, cuyo reconocimiento como enfermedad está cambiando en años recientes. Afecta más a algunas especialidades como a la Atención Primaria, la Oncología, la Medicina Intensiva, y los Cuidados Paliativos que tienen en común un aumento de la demanda sobre el profesional, ya sea cuali o cuantitativa. Aunque puede tener un sustrato de características personales, se asocia preferentemente con factores extrínsecos y propios de la organización laboral y de la gestión de los riesgos laborales. Tiene costes indirectos graves para el sistema sanitario incluyendo absentismo laboral, elevados costes económicos y conlleva pérdidas de salud y el bienestar en las personas que lo padecen.

El SQT no está admitido todavía como enfermedad profesional pero la jurisprudencia lo acepta habitualmente como un accidente de trabajo. Muy recientemente, se anunció que el nuevo ICD-11 incorporará el SQT a partir de 2022 con el código QD-85. El SQT tiene un tratamiento complejo, un pronóstico incierto y puede incluso inducir al suicidio. Las organizaciones sindicales y la Organización Médica Colegial contemplan al SQT con enorme preocupación y se acepta la necesidad de un gran estudio en España que clarifique la dimensión real de este problema. La prensa, le ha dedicado escasísima atención por considerarlo un hecho habitual y aceptado. Finalmente, los participantes ven en el refuerzo de las Humanidades en la formación del médico una parcial solución al problema que tiene en su esencia aspectos éticos fundamentales que justifican su origen y su evolución.

INTRODUCCION

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o “Burnout” es un problema de salud que puede afectar a profesionales de todo tipo, pero muy especialmente a aquellos cuya actividad guarda relación con el cuidado de seres humanos. Los profesionales de la salud están particularmente expuestos a este cuadro y los médicos son el prototipo de trabajador expuesto al mismo. Se trata de un problema de salud tremendamente destructivo que afecta

a la vida laboral y personal, que lesiona la calidad del trabajo prestado y que deteriora los planos cognitivo y emocional del individuo, su vida familiar y hasta su salud física.

Pese a los muchos años transcurridos desde que se dio nombre a este síndrome, la información sobre el mismo es muy fragmentaria. Las definiciones no son precisas, el enfoque del proceso depende mucho de la perspectiva profesional de quién lo hace y no disponemos, por tanto, de una fotografía afinada y nítida del mismo.

Por este motivo, la Fundación de Ciencias de la Salud, que tiene entre sus objetivos la prevención de la Salud, ha reunido en torno a una mesa a profesionales concedores de este cuadro desde muy distintas perspectivas: la Psiquiatría, la Psicología, la Medicina, los Sindicatos profesionales, la Epidemiología, el Derecho y la Propia Organización Médica Colegial. Se trataba de responder, desde cualquiera de los planos anteriores, a la situación del SQT entre los médicos españoles, poniendo encima de la mesa, no sólo los limitados datos de que disponemos, sino también la opinión sobre los mismos de los participantes.

El formato que se eligió fue el de preparar una serie de preguntas que sobre esta situación se formulaban los miembros del Patronato de la Fundación a la que los participantes respondían con la mejor información de la que disponían. Se trataba de exponer no sólo que sabemos, pero fundamentalmente lo que no sabemos sobre SQT en médicos españoles.

La reunión inicial se celebró en la Real Academia Nacional de Medicina el 29 de mayo de 2019 y el presente escrito pretende recoger lo esencial de lo allí discutido durante dicha jornada.

Todos los participantes lo hacían a título personal y sus opiniones no necesariamente representan las de las asociaciones y agrupaciones a las que pertenecen o en las que se integran. Este documento no pretende emitir guías ni recomendaciones sobre este tema sino proporcionar una visión de los distintos aspectos del mismo, resumir la situación española y expresar opinión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las preguntas sobre SQT fueron elegidas por los miembros del patronato de la Fundación de Ciencias de la Salud con la contribución de un experto sobre el tema en España (PGM). Posteriormente fueron aceptadas por los participantes. Cada una de ellas tuvo un ponente que exponía su visión sobre lo preguntado y tras una discusión se consensuaba una conclusión sobre cada pregunta.

Los textos de las distintas intervenciones fueron revisados y aprobados por todos los participantes tras el necesario proceso editorial previo a la publicación.

PREGUNTA 1. ¿Cuál es la mejor definición de síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)/ Síndrome de Desgaste profesional/ Burnout? ¿La definición y concepto de SQT, requiere algún matiz en su aplicación a la profesión médica?

Exposición:

El concepto de “síndrome de quemarse por el trabajo” (SQT) o *burnout* se presenta como un concepto complejo de delimitar. Existe acuerdo en que se trata de: 1.- una respuesta al estrés laboral crónico, 2.- una experiencia subjetiva de carácter negativo que deteriora el plano cognitivo, emocional y actitudinal del individuo, 3.- que conlleva el desarrollo de conductas negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su medio laboral y hacia el propio papel profesional, y 4.- que se acompaña de alteraciones psicológicas y fisiológicas. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva y que se hace crónico (1). También existe acuerdo en que no es un problema psiquiátrico, sino una alteración del estado del ánimo, una disforia derivada de la actividad laboral (2-4) que en ocasiones se acompaña de sentimientos de culpa (5).

Sin embargo, las definiciones elaboradas para delimitarlo y diferenciarlo de otros problemas psicológicos y psiquiátricos son numerosas y dispares. La primera definición en una publicación de carácter científico fue elaborada por Freudenberger en 1974 (6) quien lo define como “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos”. Esta definición se caracteriza por destacar como sintomatología más relevante el deterioro emocional y físico de la persona, pero no contempla otros planos de la psique que también se reconocen como síntomas del SQT en la actualidad, a saber, el plano cognitivo y el actitudinal.

Al igual que Freudenberger, otros autores han puesto énfasis en la definición del SQT el deterioro emocional y físico de la persona que lo desarrolla, restando importancia a otros síntomas relevantes que permiten diferenciarlo de otras alteraciones del estado de ánimo. Entre esas definiciones están la de Edelwich y Brodsky en 1980 (7) quienes lo definen como “una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo”, o la de Pines y Kafry en 1982 (8) que lo definen como “un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado

de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo”. Posteriormente, algunos autores han concluido que el síntoma más relevante del SQT es el deterioro emocional (9). Esta perspectiva sobre el concepto del SQT está sustentada empíricamente por el tipo de cuestionario o escala utilizado para la evaluación, como la subescala de Agotamiento emocional del *Maslach Burnout Inventory* y el cuestionario *Burnout Measure* (10). No obstante, la definición más extendida es la que se deriva de la estructura factorial del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desarrollado por Maslach y Jackson en los años 80 del siglo pasado (10). Como resultado de esa estructura, el SQT se define como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”. Aunque posteriormente, tras el desarrollo de una nueva versión del MBI(11), el SQT pasa a ser definido como “un estado de agotamiento que se acompaña de cinismo sobre el valor de la profesión y dudas sobre la capacidad para desempeñar la actividad laboral”. El problema de esta definición es que ha sido elaborada desde el constructo, esto es, el concepto es resultado de una medida determinada y no de la conceptualización teórica y delimitación del fenómeno. Al adoptar esta definición se peca de reduccionismo, pues no se recoge el fenómeno en toda su amplitud. Esta forma de conceptualizar ha sido criticada porque lleva a una tautología, pues el SQT es lo que evalúa el MBI y el MBI es el instrumento para evaluar el SQT.

Conclusión:

El SQT es “una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal en el mismo), un deterioro afectivo (agotamiento emocional y físico), aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización, y, en algunos casos, estos síntomas se acompañan de sentimientos de culpa.

PREGUNTA 2.- ¿Cuál es la dimensión del SQT en la profesión médica? ¿Tenemos datos mundiales, europeos y españoles?

Exposición:

Conocer la magnitud del SQT es imprescindible para poder tomar medidas que mitiguen el desarrollo del síndrome. Sin embargo, los estudios realizados han sido muy diferentes en cuanto a la metodología utilizada y no permiten dar cifras comparables.

Cuando se introducen en PubMed las palabras “Prevalence” “Burnout” y “Physicians” obtenemos 890 citaciones, pero en algunas de ellas, figuran también enfermeras y otro personal sanitario. Analizaremos los datos de los artículos con mayor número de individuos analizados.

En los estudios de los Estados Unidos de América, destaca el publicado por Shanafelt y colaboradores (12) realizado en junio de 2008, entre 7.905 cirujanos en el que encontraron una prevalencia de SQT del 39,6%. Los factores más asociados al cuadro incluían la edad, el tener hijos, el tipo de especialidad quirúrgica, el número de noches de guardia por semana, las horas trabajadas y la facturación. Siguiendo con datos sobre cirujanos, Qureshi HA (13), realizó un estudio entre septiembre de 2010 y agosto de 2011 entre 1.691 cirujanos plásticos activos en EE.UU. encontrando una prevalencia de SQT del 29,7%.

En otro estudio de los EE.UU, realizado sobre médicos en general y comparando los resultados con población control (14), la prevalencia de SQT fue del 54% en los 6.880 médicos participantes. Tras la comparación con el grupo control, los médicos tenían un riesgo mayor de SQT y menores probabilidades de estar satisfechos en el binomio trabajo-vida. Además, la situación de los médicos era peor que la encontrada unos años antes, en 2011.

Otro subgrupo de interés es el de los médicos norteamericanos que se dedican a Cuidados Paliativos en los que la prevalencia de SQT fue del 61,9%, con agotamiento emocional en el 60% y despersonalización en el 24% (15).

China, como representante del continente asiático, aporta el trabajo de Li y colaboradores (16) que realiza un estudio en Pekin, utilizando el MBI-SS, en 211 hospitales con la participación de 2.873 anestesiistas, entre junio y agosto de 2015. Encuentra una prevalencia del 69% de SQT entre los anestesiistas chinos con un agotamiento emocional del 57%, una despersonalización del 49% y descenso de la realización personal del 57%. Realizan una regresión logística multi-variable y encuentran como variables independientes, asociadas al agotamiento, la edad, la categoría del hospital, las horas de trabajo por semana, el número de casos vistos al día y la calidad del sueño.

En Europa, Banerjee y col. (17) realizaron un amplio estudio en el que analizan 595 jóvenes (< de 40 años) oncólogos europeos, utilizando la base de datos de la Sociedad Europea de Oncología Médica. Los médicos encuestados pertenecientes a 41 países europeos fueron distribuidos en 6 zonas de Europa: a.- Norte de Europa e Islas Británicas, b.- Europa del Este (Bielorrusia, Estonia, Letonia, Lituania, Georgia, Moldavia, Ucrania y federación Rusa, c.- Europa del Sudeste (Albania, Bosnia, Bulgaria, Croacia, Chipre, Grecia, Israel, Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía), d.- Europa Central (Austria, Republica Checa, Alemania, Hungría, Polonia, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia y Suiza), e.- Europa del Sudoeste (Italia, Portugal y España) y f.- Europa Occidental (Francia, Bélgica y Luxemburgo). Según este estudio, el 71% de todos los médicos analizados mostraron evidencia de agotamiento, encontrando agotamiento emocional en el 45%, una despersonalización en el 50% y un descenso de la realización personal del 35% (Figura 1).

Figura 1.- Distribución regional de la prevalencia de SQT entre oncólogos jóvenes europeos



Europa Central mostró la mayor prevalencia con el 84% y la menor Europa del Norte e Islas Británicas con el 52% y no se encontraron diferencias significativas entre mujeres (69%) y hombres (75%) ($p=0,12$).

En el mundo hispánico, Grau-Martin y col. (18) estudian, vía online, a 11.530 trabajadores sanitarios de habla hispana de diferentes países que incluyen Argentina (7.503), México (1.125), Ecuador (593), Perú (494), Colombia (337), Uruguay (305), Guatemala (199), España (175), El Salvador (121) y otros (678). El estudio se llevó a cabo entre diciembre de 2006 y septiembre de 2007 (9 meses), utilizando el MBI más un cuestionario de elaboración propia. Los médicos eran 9.848 (85,4%), de diversas especialidades, el 49% eran mujeres, la edad media fue de 47 años y la mediana de experiencia profesional cercana a los 16 años. En este contexto, la prevalencia global de agotamiento encontrado fue del 11,4% y particularmente entre los médicos, del 12,1%. En el caso de España la prevalencia encontrada en este artículo fue del 14,9%, la más alta junto con Argentina (14,4%). En cuanto a las diferentes especialidades, los médicos de los servicios de emergencias (17%) junto a los internistas (15,5%) fueron los que presentaron prevalencias más altas y los anestesiólogos (5%) y dermatólogos (5,3%) las más bajas.

Este mismo autor (19), realizó un estudio en la provincia de Gerona (España) en el que participaron 5 hospitales e incluyeron a 1.095 trabajadores sanitarios, de los que sólo el 24,5% eran médicos. Los médicos presentaron niveles altos de agotamiento emocional (46,5%), valores medios de despersonalización (45,9%) y valores bajos de realización personal (37%).

Más recientemente, Riquelme y colaboradores en la provincia de Madrid (20), publican la prevalencia de SQT entre los médicos que tratan pacientes con dolor crónico en una Clínica del dolor. Para la evaluación se utiliza el MBI-HSS. De los 301 médicos participantes, 22 (7,3%) cumplieron criterios de SQT.

Mencionaremos, por último, un reciente meta-análisis realizado por investigadores de la Universidad de Harvard (Boston, Massachusetts) (21) que analiza 182 estudios aparecidos en la literatura entre 1991 y 2018 y que incluyen 109.628 individuos de 45 países. El 85,7% de los autores utilizan alguna de las versiones del MBI para la evaluación, pero existe un enorme desacuerdo entre los diferentes autores con los criterios generales de las sub-escalas para definir agotamiento o no agotamiento. Sólo el 67% de los artículos analizados informan sobre agotamiento global, el 72% sobre agotamiento emocional, el 68,1% sobre despersonalización y 63,2% sobre baja realización personal. Los autores del meta-análisis informan que se utilizaron, al menos, 142 definiciones únicas para cumplir

los criterios generales de agotamiento y de las subescalas del MBI, la mayoría inconsistentes. Por toda esta heterogeneidad, solo realizaron una síntesis cualitativa del subconjunto de estudios grandes, con al menos 300 participantes, que incluyeron 45 estudios y 65.327 individuos de 20 países. A pesar de todo, los resultados mostraron prevalencias muy variables que van desde 0 a 80,5%. Lo mismo ocurre con los datos de agotamiento emocional (0-86,2%) de despersonalización (0-89,9%) y de realización personal (0-87,1%).

Conclusión:

Los datos de SQT en el mundo, referentes a personal sanitario, están obtenidos con estudios muy variables en metodología y momento y se carece de información precisa en casi todas las naciones. Sin embargo, puede concluirse que donde quiera que se ha buscado y con las limitaciones mencionadas, las cifras de SQT resultan muy elevadas en los médicos de todos los lugares y especialidades.

PREGUNTA 3.- ¿Existe la simulación en este cuadro? ¿Hay un SQT ficticio y fraudulento?

Exposición:

El Síndrome de SQT tiene una serie de características que dificultan su simulación:

- No es un proceso agudo, es una patología de instauración prolongada en el tiempo. Es un fenómeno progresivo en el que hay una adaptación psicológica paulatina ante requerimientos emocionales mantenidos en el tiempo.
- Es un proceso dinámico que se inicia, en la mayoría de los casos, por una situación de estrés con desajuste entre las demandas y los recursos del trabajador, seguida de una fase de agotamiento, llegando finalmente a la fase de despersonalización.
- Tiene una sintomatología muy variada que nos puede orientar al diagnóstico correcto de este síndrome:

Hay un predominio de síntomas afectivos relacionados con la depresión, la indefensión, el sentimiento de fracaso y la pérdida de autoestima.

Entre los síntomas cognitivos destacan las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

En cuanto a los síntomas conductuales, el sujeto pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas.

Los aspectos sociales son importantes y entre ellos destaca el aislamiento. El paciente con un cuadro de desgaste profesional se presenta como alguien que tiende a aislarse y a encerrarse en su sentimiento de fracaso.

Las manifestaciones físicas más frecuentes son las cefaleas, los dolores musculares, la pérdida de apetito, las disfunciones sexuales y los problemas de sueño. También se asocia a un aumento del consumo de estimulantes y otras sustancias.

Revisando la sintomatología, observamos que los síntomas son progresivos y mantenidos en el tiempo, además es difícil conseguir una mejoría en el estado de salud del trabajador sin una intervención sobre los factores psicosociales que afectan su actividad laboral.

- Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan, como ya hemos visto, a la salud mental y a la salud física, pero también a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico (satisfacción laboral, y calidad asistencial) (22).

En el hipotético caso de que existiera un Síndrome de Burnout ficticio los objetivos que perseguiría estarían encuadrados en los siguientes:

- No asistir al puesto de trabajo. La Incapacidad Transitoria Laboral, puede responder a la decisión tomada por el trabajador con un fin fraudulento y abusivo, ya que sin estar enfermo emplea una fórmula legalmente admitida para faltar al trabajo. Los factores psicosociales son, en muchos casos, los precedentes de conductas de absentismo y existen evidencias científicas que reflejan el efecto de los mismos sobre la frecuencia, duración e incidencia de la Incapacidad Transitoria. En general los cuadros de Desgaste profesional tienen una repercusión en el estado de salud del individuo que conlleva un incremento del absentismo laboral, relacionado con trastornos musculoesqueléticos, depresivos y alteraciones psicosomáticas.

Hay estudios realizados en profesionales sanitarios que demuestran que la ambigüedad de rol predecía la frecuencia de las ausencias cortas en los doce meses siguientes, y la percepción de falta de apoyo por los supervisores predecía las ausencias de más de cuatro días, mientras que el cansancio emocional predecía las ausencias de más de siete días en los doce meses siguientes. (22).

- Mejorar las condiciones de trabajo (adaptación/cambio de puesto de trabajo). Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, tienen entre sus deberes la atención del trabajador especialmente sensible. La ley de Prevención de Riesgos Laborales en su Artículo 25 habla de la Protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos y dice lo siguiente: “El empresario garantizará la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. Esto será tenido en cuenta en las evaluaciones de riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias. Los trabajadores no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial, debidamente reconocida, puedan ellos, los demás trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro”.

El trabajador podría buscar una mejora en su puesto de trabajo, solicitando una adaptación o cambio del mismo por problemas de salud relacionados con el desempeño de su actividad laboral.

Conclusión:

No hay datos en la bibliografía que nos permitan afirmar que existe la simulación como un hecho significativo en el Síndrome de Quemarse por el Trabajo o “Burnout”.

PREGUNTA 4.- ¿Cuáles son los factores predisponentes extrínsecos más claros? ¿hay factores intrínsecos?

Exposición:

Consideramos que el SQT constituye una respuesta al estrés crónico como resultado del fracaso de las estrategias de afrontamiento que el individuo utiliza para gestionar el estrés laboral (24). En este sentido podemos identificar factores predisponentes extrínsecos, que se encuentran en los contextos de las organizaciones laborales, y otros factores intrínsecos que se relacionan con las capacidades y características individuales. El SQT requiere la confluencia específica de factores de los dos ámbitos combinados.

Entre los factores predisponentes externos podemos identificar los siguientes:

- Relación frecuente con estimulación de tipo aversivo. Es el caso de muchos profesionales sanitarios o de las personas que cuidan a otras en situación de dependencia.
- Relaciones de ayuda con personas (clientes) en contextos que requieren grados elevados de implicación. Ello supone la necesidad de disponer de capacidades que permitan gestionar de manera adecuada la implicación de forma que no sea excesiva, lo que aumentaría la identificación, o demasiado desapegada (evitativa) lo que comportaría despersonalización y, en algunas personas, la aparición de procesos de auto culpabilización.
- Problemas de diseño de la estructura de papeles de la que forma parte la persona profesional, de manera que se producen disfunciones del papel ("rol"), sobre todo relacionadas con el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga del mismo.
- Deterioro del clima de trabajo de manera que el apoyo social necesario no se encuentra disponible o no es adecuado para la situación.
- En general, aquellas situaciones socio-laborales que comporten sobrecarga cognitiva por diferentes causas que pueden dificultar la obtención de suficiente sensación de control de forma sostenida.
- Estructuras organizativas excesivamente jerarquizadas y rígidas que dificultan la participación y el reconocimiento adecuado de los esfuerzos. Especialmente importante son los patrones de motivación negativa en los que las personas realizan la mayoría de sus esfuerzos para evitar consecuencias indeseables más que para obtener logros reconocibles.
- Cambios más o menos bruscos en las organizaciones que cuestionan las formas habituales de trabajo y que pueden facilitar la emergencia de dudas acerca de la adecuación y suficiencia de las competencias personales y profesionales disponibles.
- Estilos de dirección erráticos y excesivamente centrados en la tarea más que en las personas y en su desarrollo profesional.

Entre los factores intrínsecos se han identificado en la literatura los siguientes:

- Falta de confianza en las propias competencias (25) lo que puede producirse como consecuencia de diferentes fracasos en el cumplimiento de las expectativas de eficacia. En este sentido esta situación puede verse amplificada por la existencia

de demandas elevadas y recursos escasos de manera reiterada, lo que comportaría una menor autoeficacia como inicio del proceso del SQT.

- Baja autoestima
- Características de personalidad tipo A
- Dificultades de autogestión emocional que, en su forma extrema, puede adoptar las características de la incompetencia emocional.

Aunque se ha intentado en múltiples estudios establecer relaciones entre diferentes factores y características de personalidad y el SQT, no consideramos que se haya podido establecer una relación clara. Sin embargo, las condiciones laborales negativas (factores extrínsecos) sí que reiteran resultados significativos con relación al SQT.

Conclusión:

La influencia de las características individuales (factores intrínsecos) es relevante y se pueden identificar algunos factores predisponentes, pero son los factores extrínsecos, las condiciones laborales, las que resultan más determinantes para padecer SQT.

**PREGUNTA 5.- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes?
¿Quién suele alertar primero sobre este diagnóstico?**

Exposición:

“Burnout” o SQT es un constructo diagnóstico caracterizado por la afección primaria de tres dimensiones de reacciones al estrés relacionado con el trabajo, principalmente descrito en trabajos que implican “cuidar de otros”, esto es: sanitarios, educadores, y otras personas que intervienen en diversas relaciones de ayuda (miembros de ONGs, trabajadores sociales, etc) (26)

Una de sus principales características es la citada relación con el trabajo que se desarrolla. Aunque no puede definirse una causa, ni siquiera varias, los factores de riesgo se relacionan con factores laborales tales como la sobrecarga de trabajo exigente, tanto en

lo técnico como en lo emocional, la escasa capacidad de control sobre él, la ausencia de apoyo y reconocimiento institucional, etc. Sus principales repercusiones también son primariamente laborales, pero pronto se extienden a la vida personal, invadiendo diversos ámbitos del funcionamiento del afectado (27, 28).

Las descripciones del síndrome incluyen la aparición de al menos tres fenómenos: 1) agotamiento emocional, con un amplio cortejo de síntomas relacionados con él; 2) la despersonalización, caracterizada por el “distanciamiento” y una sensación de extrañeza frente a uno mismo y frente al ambiente en que se mueve; y 3) sensación de incapacidad e inutilidad del propio esfuerzo.

En estudios metodológicamente muy diferentes se habla de diferentes subtipos desde el “frenético” al “desgastado” o desde el “agotado” al “indiferente” y al “quemado”, con diferentes prevalencias de síntomas depresivos o ansiosos, y diferentes pronósticos (29). Los propios autores que los describen se plantean la posibilidad de que se trate de diferentes fases evolutivas o la combinación de estas con diferentes tipos de personalidad.

En cualquier caso, parecen ser los síntomas relacionados con el agotamiento emocional los primeros en aparecer. Entre ellos destacan alteraciones en el sueño, irritabilidad, dificultades para mantener la concentración, sensación de falta de energía, sensación de inutilidad del propio esfuerzo y de ineficacia, así como diversos síntomas somáticos (30).

Todos los síntomas iniciales de este síndrome son demasiado inespecíficos como para que tengan una alta validez diagnóstica en el ámbito clínico, sin embargo, deben ser entendidos como síntomas de alerta. Una vez establecida la sospecha clínica existen instrumentos basados en “clusters” de síntomas que permiten diferenciar este síndrome de otros con los que comparte síntomas, especialmente con el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno por estrés postraumático secundario y la “compassion fatigue” (31).

Como en cualquiera otra área de la medicina el valor de un síntoma, un síndrome, un test bioquímico o de imagen, depende críticamente de la prevalencia. Y esta prevalencia es particularmente alta en las profesiones sanitarias. En la base de este problema están las enormes exigencias técnico – científicas de la medicina (de la epistemología médica), pero sobre todo las consecuencias emocionales de un planteamiento ético que es su auténtica base, este es el compromiso por el paciente, especialmente en circunstancias en

las que las necesidades que este plantea desbordan la capacidad del médico por satisfacerlas (32).

Llamativamente muchos médicos finalmente diagnosticados de SQT, presentan síntomas sugestivos pronto en sus carreras profesionales, pero el diagnóstico, cuando se hace, suele ser tardío. Tras este fenómeno, pueden estar desde estrategias de evitación, temor al estigma, temores respecto de la pérdida del trabajo o de la consideración por parte de sus colegas u otros, diferentes en diferentes sistemas sanitarios.

Una vez reconocido y aceptado el SQT como entidad nosológica definida, y tras una adecuada sensibilización tanto de los sanitarios potencialmente afectados como de los implicados en su diagnóstico y tratamiento (médicos de familia y otros generalistas y profesionales de los Servicios de Salud Mental y Salud Laboral), es de esperar que sea tenido como posibilidad diagnóstica en todos estos ámbitos. Esto posibilitaría la intervención más precoz y minimizaría el daño tanto para el afectado como para las organizaciones sanitarias y los pacientes.

Por otra parte, el ser reconocido como enfermedad, posiblemente reduzca el estigma asociado a este complejo síndrome y facilite que los profesionales afectados busquen ayuda antes.

Conclusión:

Los profesionales sanitarios, sometidos a un estrés laboral muy importante por las propias exigencias emocionales, éticas y técnicas que impone la relación con sus pacientes, son un grupo profesional en el que el nivel de sospecha sobre la aparición de SQT debe ser muy alto.

Los rasgos clínicos iniciales de este síndrome son muy inespecíficos pero la aparición de síntomas relacionados con el agotamiento emocional debe mover a iniciar el trabajo diagnóstico a fin de diferenciar el síndrome de otros, con los que suele ser confundido. No está claro dónde y por quién suele alertarse inicialmente de la presencia de SQT.

PREGUNTA 6.- ¿Cómo se diagnostica el SQT?

Exposición:

Pocos años después de que Herbert Freudenberger (6) describiese el *Síndrome de Burnout*, en 1974, Maslach y Jackson (1981) publican la primera versión del MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (10) y este cuestionario se ha convertido en la principal referencia para la investigación y el diagnóstico del SQT. Aunque originalmente se planteó para evaluar *burnout* en educadores y profesionales de servicios a personas, posteriormente se han desarrollado otras versiones de aplicación más general. Este hecho ha supuesto una indudable ventaja que ha permitido una comprensión más homogénea del síndrome en distintos contextos culturales y profesionales que se refleja en las tres dimensiones planteadas en el MBI: a) desgaste emocional, b) despersonalización y c) eficacia profesional.

Posteriormente han aparecido otras propuestas para el diagnóstico y evaluación del *burnout* como por ejemplo el *Burnout Measure* (BM, Pines y Aronson, 1988), el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI, Demerouti, et. al, 2001) o el *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI, Krhistensen et al. 2005).

Por su relevancia en el abordaje del diagnóstico clínico destaca el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT, Gil-Monte, 2011) que considera cuatro dimensiones: 1) *Ilusión por el trabajo* (deseo de obtener metas laborales significativas) 2) *Desgaste psíquico* (relacionado con el agotamiento emocional que supone tratar con personas) 3) *Indolencia* (que se traduce en despersonalización y en ocasiones actitudes incluso cínicas) y 4) *Culpa*. La incorporación de la culpa constituye un elemento especialmente significativo para comprender la dinámica del trastorno porque:

1) Su presencia puede suponer que la persona desarrolle el SQT o que, en su ausencia, no lo haga cuando se produce una acomodación a las condiciones laborales, aunque se acompañe de actitudes de indolencia en el trato con personas y de falta de ilusión por el trabajo y 2) porque la culpa supone una intensificación de los síntomas depresivos que se vinculan al SQT así como también a los de tipo ansioso.

Los cuestionarios, que resultan fundamentales para la investigación y para la detección de riesgos psicosociales en organizaciones laborales, son insuficientes para el diagnóstico clínico individual. Este requiere herramientas que permitan una mayor profundidad de análisis, tanto de las circunstancias y condiciones laborales como de las características y contingencias que afectan a los individuos concretos. Por ello la entrevista clínica resulta imprescindible. En estos momentos no se dispone de un protocolo

estandarizado de entrevista clínica para el diagnóstico del SQT. Ello permitiría sistematizar el proceso de diagnóstico clínico individual y orientar la intervención psicoterapéutica, avanzando en la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento y permitiendo la medida de la eficacia y el avance de los procesos terapéuticos. Asimismo, el protocolo de entrevista habría de permitir identificar en qué momento del proceso de consolidación del SQT se encuentra la persona en lugar de centrarse únicamente en unos resultados que, en ocasiones, solo se manifiestan como referencia de un proceso en marcha y que puede tender a agravarse a medida que la persona sigue fracasando en sus intentos de afrontar las demandas del entorno con los recursos de que dispone.

Es determinante identificar la fase de consolidación del SQT en que se encuentra la persona. Aunque existen diferentes propuestas de fases a través de las que se configura el SQT entendemos que, desde el punto de vista clínico, resulta especialmente útil la propuesta de Gil-Monte (33) que considera que el proceso se inicia con una primera etapa de deterioro cognitivo, una segunda de desgaste emocional, la tercera de actitudes negativas hacia las personas (indolencia, despersonalización y/o cinismo), para continuar en una cuarta fase caracterizada por la aparición de la culpa, precisamente porque la conductas implicadas en las fases anteriores contradicen el papel profesional prescrito y aceptado por la persona.

Por otra parte, es fundamental proceder a un diagnóstico diferencial eficaz. En este sentido es imprescindible diferenciar SQT de otros trastornos relacionados con estrés y depresión: Así, es necesario considerar el impacto de las condiciones laborales y las demandas que generan. El origen se encuentra en el trabajo, aunque los efectos puedan extenderse a otros ámbitos de la vida. En este sentido cabe considerar que, aunque el SQT constituye una respuesta al estrés laboral crónico, no es extraño encontrar situaciones en las que se manifiesta después de una situación específica de estrés agudo. Especialmente importante es diferenciar claramente el SQT de la depresión clínica, aunque éste curse con síntomas depresivos, ya que encontramos casos de personas diagnosticadas como depresivas que, cuando mejoran y se aproximan a su reincorporación al trabajo, vuelven a empeorar una y otra vez con los consiguientes sentimientos de culpa que suelen acompañar esta situación.

Asimismo, podemos considerar como en el estrés la implicación en el trabajo, así como la activación emocional suelen ser máximas mientras que en el SQT lo que encontraremos será ausencia de implicación laboral y embotamiento emocional. Las

activaciones por eutrés (estrés funcional) no existen en el SQT y los síntomas depresivos se vinculan en gran medida a una devaluación de la propia imagen y autoestima profesional.

Conclusión:

El cuestionario MBI, complementado con el cuestionario CESQT que introduce fundamentalmente la evaluación de la culpa, y siempre en el contexto de una entrevista clínica, son las mejores herramientas de las que disponemos para hacer el diagnóstico de SQT. Es imprescindible diferenciar SQT de otros trastornos relacionados con estrés y depresión.

PREGUNTA 7.- ¿Cuál es el proceso de desarrollo o las fases por las que progresa el SQT? ¿Puede hacerse una clasificación por gravedad del SQT- burnout?

Exposición:

La descripción del proceso SQT se ha desarrollado desde dos perspectivas: (a) teórica, resultado de entrevistas a sujetos identificados como casos del SQT en algún grado y, (b) empírica, resultado de analizar la relación “causal” entre las dimensiones de un cuestionario, por lo general el Maslach Burnout Inventory.

Dentro de la perspectiva teórica están, entre otros, el Modelo de Edelwich y Brodsky de 1980 (7) que distingue cuatro fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía y el Modelo de Price y Murphy de 1984 (34) que propone seis fases: desorientación, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, soledad y tristeza, solicitud de ayuda y restablecimiento del equilibrio inicial.

Dentro de la perspectiva empírica se encuentran, por ejemplo, los modelos desarrollados por Maslach en 1982 (35) o por Golembiewski y colaboradores en 1983 (36) considerando las dimensiones del cuestionario “Maslach Burnout Inventory” y sus relaciones empíricas.

Otra consideración para explicar el desarrollo y la clasificación según gravedad del SQT es la propuesta de perfiles o tipos. Esto es, no todos los individuos desarrollan todos los síntomas por igual, como proponen, por ejemplo, las aportaciones de Paine (37) que, a mediados de los años 80 del siglo pasado, distinguió entre “Burnout Stress Syndrome” y

“Burnout Mental Disability”, siendo el primero una respuesta al estrés más moderada y menos traumática para la persona que el segundo. Vanheule et al., diferencian entre Tipo 1, caracterizado por una conducta más agresiva y Tipo 2, caracterizado por mayor implicación y desgaste (38). Oosterholt et al. en 2014 (39) identificaron dos tipos: burnout no clínico y burnout clínico (con más problemas de deterioro cognitivo). van Dam en 2016, distingue entre un tipo de SQT con un perfil más ansioso frente a otro tipo con un perfil más depresivo y fatigado (40). Finalmente Tops et al. (41) distinguen entre sujetos con SQT y bajos niveles de prolactina (con alta implicación laboral) y sujetos con SQT y altos niveles de prolactina (con baja implicación).

Gil-Monte (42) ha construido un modelo de proceso para explicar el desarrollo de este trastorno del estado de ánimo. La evidencia clínica basada en entrevistas indica que los sentimientos de culpa son un síntoma habitual de individuos que desarrollan el SQT en niveles más graves para la salud, y para entender su relación con otros problemas de salud más graves, como es la depresión.

En el modelo de Gil-Monte (42), se identifican dos perfiles según la gravedad del desarrollo del SQT. En ambos perfiles el SQT se inicia como una respuesta crónica a fuentes de estrés laboral de carácter interpersonal. Los síntomas iniciales son: bajos niveles de ilusión por el trabajo junto con altos niveles de desgaste psíquico. Para manejar estos síntomas, los profesionales que desarrollan el SQT, desarrollan actitudes y conductas de distanciamiento e indiferencia hacia las personas a las que atienden y hacia el propio trabajo. Este síntoma, que es una estrategia de afrontamiento para el manejo de las fuentes de estrés laboral y de los otros síntomas, ha sido denominado Indolencia. Bajos niveles de ilusión por el trabajo, junto con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, caracterizan a los profesionales que desarrollan el Perfil 1 del SQT. Son profesionales que pueden mantenerse durante años en la organización sin desarrollar problemas de salud relevantes derivados del estrés laboral, aunque con sus actitudes y conductas de indolencia perjudican la calidad de servicio de la organización.

Por el contrario, el Perfil 2, caracteriza a los profesionales que experimentan remordimientos por no realizar de manera adecuada las prescripciones del “rol”, por sentirse desgastados y no poder dar más de sí mismo, y por la utilización de indolencia como estrategia de afrontamiento. Estos individuos desarrollan niveles muy altos de sentimientos de culpa y manifestarán con mayor frecuencia e intensidad problemas psicosomáticos vinculados al estrés laboral, incluso pueden desarrollar patologías del tipo crisis de ansiedad y depresión como consecuencia del SQT. La aparición de los

sentimientos de culpa muy intensos va a dar lugar a un círculo vicioso en el proceso de desarrollo del SQT que intensifica sus síntomas y lo hace más perverso. Esos sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero, como las condiciones del entorno laboral no cambian, se incrementará el deterioro cognitivo y emocional, y aparecerán de nuevo actitudes y conductas de indolencia. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantiene e incrementa la intensidad del SQT y hace crónico el Perfil 2.

Conclusión:

Distintos autores han establecido criterios de gravedad del SQT basados en la presencia o ausencia de distintas manifestaciones clínicas. Algunos signos o síntomas que para los diferentes autores apuntan a las formas más graves son: presencia de manifestaciones clínicas, trastornos mentales, conducta agresiva, perfil depresivo y niveles de prolactina elevados. Gil-Monte propone dos perfiles en el que los sujetos de Perfil 2 que serían los más graves se caracterizarían por un mayor sentimiento de culpa.

PREGUNTA 8.- ¿Se contagia el SQT entre compañeros?

Exposición:

Para dar respuesta a la pregunta deberíamos dirigirnos dentro de las evocaciones implicadas en el SQT, a las profesiones con altas demandas y a las condiciones de trabajo que combinadas producen trastornos psicológicos y físicos que agotan los recursos emocionales del sujeto, y pueden iniciar el SQT (43, 44). El agotamiento, se ha definido como un tipo específico de estrés laboral entre estos profesionales, como resultado de las relaciones exigentes y emocionalmente cargadas entre el profesional y a quienes van dirigidas sus atenciones o cuidados (43). Los sentimientos del agotamiento emocional se consideran el iniciador del SQT (45), al que se suman otras características centrales como son el desarrollo de actitudes negativas y cínicas hacia los destinatarios de la atención, la despersonalización, y la tendencia a creer que uno ya no es efectivo en el trabajo (reducción del logro personal).

Desde esta línea argumental la contagiosidad del SQT, entre los colectivos de las profesiones citadas, se produciría bien desde el contagio inconsciente (la tendencia a imitar

expresiones faciales, vocalizaciones posturas) y en consecuencia a converger emocionalmente (46), o desde la propuesta del contagio como proceso cognitivo consciente, al sintonizar con las emociones de los demás (atrapar las emociones de otro). Independientemente de la razón por la que pueda ocurrir el contagio, los investigadores de una variedad de disciplinas (46, 47), han demostrado este tipo de transmisión, y los mecanismos fundamentales involucrados son similares en el agotamiento en sí y en el agotamiento emocional. Existen, además, evidencias sobre la depresión contagiosa (48) la cual representa aproximadamente el 20% de la variación en el agotamiento emocional, síntoma central del agotamiento.

En el trabajo de Bakker y colaboradores (49), después de controlar el impacto de los indicadores ya conocidos (estrés organizativo y componentes del modelo de control de la demanda de trabajo) (50), implicados en el SQT, prueban la hipótesis del contagio del SQT, con cuestionarios validados (carga de trabajo objetiva, escala de libertad de decisión, escala de agotamiento percibido, agotamiento emocional, despersonalización y logros personales) (43, 51-53) , entre los equipos de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en un proyecto europeo (EURICUS-I), que se llevó a cabo bajo el auspicio de la Fundación para la Investigación sobre Cuidados Intensivos en Europa (FRICE), en el que han participado un total de 3.000 enfermeras de ambos sexos, y 80 UCIs en 12 países europeos diferentes). En su análisis de regresión multinivel se constata que el agotamiento se comunica de una enfermera a otra, tanto consciente como inconscientemente, donde las quejas de agotamiento entre colegas contribuyen a explicar la variación en los niveles individuales de agotamiento de las enfermeras.

Conclusión:

Existen datos que demuestran que las quejas sobre el agotamiento pueden ser transmitidas entre colegas, tanto de manera consciente como inconsciente; además de resultar ser el factor predictor más importante para el agotamiento emocional y la despersonalización a nivel individual y de unidad. Esto sugiere que el SQT puede ser un cuadro que se contagie entre compañeros, particularmente en Unidades de Cuidados Intensivos.

PREGUNTA 9.- ¿Cuáles son los profesionales médicos más afectados? ¿Hay especialidades de mayor riesgo?

Exposición:

Las especialidades médicas con mayor riesgo de SQT son aquellas en las que la presión asistencial es mayor, sea por sobrecarga cuantitativa (como sucede en Atención Primaria), o por sobrecarga cualitativa, en relación con pacientes complejos, graves y de mal pronóstico, como sucede en las Unidades de Cuidados Intensivos, Oncología y Geriátrica, o bien por la dificultad de comunicación y trato con el paciente, como sucede en unidades de Salud Mental (54).

Las especialidades mencionadas con mayores tasas son las que se encuentran en la primera línea asistencial. Se apunta que la informatización de la actividad clínica se ha convertido en causa de control por parte de la empresa y en factor de riesgo de SQT para la profesión en general y estas especialidades en particular.

Entre los factores organizacionales, se ha señalado la exposición a estresores laborales tales como la sobrecarga de demandas en relación con los recursos y los refuerzos percibidos, la falta de control y autonomía, el deterioro del clima laboral y la falta de apoyo de la organización. Por eso no nos extrañará que los profesionales de especialidades como Cuidados Intensivos u Oncología, por ejemplo, en las que se trabaja con pacientes más graves y con mayor demanda de trabajo emocional, puedan presentar mayor riesgo de desgaste profesional y especialmente durante el periodo de formación MIR y entre los 25 y los 40 años (54).

En este sentido, existen estudios de casos registrados con resultados de incidencia altamente alarmantes: hasta un 70% de SQT en algunas poblaciones asistenciales (42). Estos datos constituyen indicadores significativos del grado de insatisfacción y del malestar que, en todos los casos, debería ser tenido muy en cuenta por los gestores de los llamados Recursos Humanos del ámbito sanitario, igual que los índices de satisfacción del paciente en su relación con el médico y con el resto de los profesionales sanitarios.

Hoy en día, tanto en el ámbito nacional como internacional, se concluye de los estudios existentes que los rangos de prevalencia de SQT siguen siendo similares, aunque con tendencia a aumentar a medida que se deterioran las condiciones de trabajo del médico. Han disminuido la legítima autonomía profesional del médico y su estatus social y económico y han aumentado las demandas laborales. En nuestro país, tanto la Organización Médica Colegial como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos han denunciado la ausencia de políticas efectivas de Recursos Humanos y la inestabilidad, precariedad y sobrecarga laboral. Hay mayores riesgos potenciales (como errores y

denuncias judiciales), más agresiones a médicos y ha empeorado la formación de los residentes (en especial por una supervisión deficitaria), todo lo cual implica el deterioro de la calidad asistencial en Atención Primaria y Especializada. Estos problemas se agravan en el caso de la mujer médico, con mayor precariedad, acoso laboral y agresiones en su trabajo que sus compañeros varones, lo que implica la conveniencia de tener en cuenta, también en este tema, la perspectiva de género.

Importantes son también los factores organizacionales, entre ellos se han señalado la exposición a estresores laborales tales como la sobrecarga de demandas en relación con los recursos y los refuerzos percibidos, la falta de control y autonomía, el deterioro del clima laboral y la falta de apoyo organizacional.

Se han realizado varios estudios para analizar si el SQT es sólo un fenómeno individual, o si es también un fenómeno grupal y organizacional altamente contagioso, aunque ambas posibilidades no son excluyentes. Los resultados obtenidos hasta el momento señalan el mayor peso relativo de los factores grupales y organizacionales en la determinación del SQT, aunque la opinión convencional (errónea) sea que el SQT es primariamente un problema que tiene una determinada persona. Esto es, que la gente se quema por defectos en su carácter o en su conducta. Desde esta perspectiva, la persona que se quema es el problema, y en consecuencia la solución sería que el afectado cambie o desembarazarnos de el afectado. En todo caso, lo prioritario es atender adecuadamente a estos compañeros, como se hace en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, aunque teniendo en cuenta todos los factores de riesgo involucrados en su caso individual, con inclusión de los de tipo organizacional, personal, etc.

Los estudios evidencian que el SQT afecta a personas, pero es un problema del medio laboral en el que trabajan las mismas, y no una vulnerabilidad de ellas, salvo en algunos casos específicos. Diferentes investigadores han constatado que el SQT es producido principalmente por factores organizacionales, como: sobrecarga laboral, falta de control, recompensas insuficientes, ausencia de equidad, conflictos de valores, escisiones en el grupo de trabajo y falta de una adecuada supervisión (55, 56).

Los resultados de los estudios hasta ahora realizados recomiendan implementar políticas públicas que reduzcan la sobrecarga laboral para mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios. La estructura y el funcionamiento de la empresa configura cómo las personas interactúan entre sí y cómo llevan a cabo sus trabajos. Cuando la empresa no reconoce los aspectos humanos del trabajo, las personas y las relaciones se deshumanizan, aumentan los conflictos y el riesgo de quemarse, y esto conlleva un elevado precio económico y social.

Conclusiones:

El SQT tiene una incidencia desigual en las distintas especialidades médicas. Las de mayor riesgo son aquellas con mayor sobrecarga cuantitativa, como la Atención Primaria, por elevada presión asistencial, o con mayor sobrecarga cualitativa como Cuidados Intensivos, Oncología y Geriátrica por tratarse de pacientes complejos, graves y de manejo difícil, o bien por la dificultad de comunicación y trato con el paciente, como sucede en Salud Mental.

PREGUNTA 10.- ¿Se podría incluir el SQT en el cuadro de enfermedades profesionales ó es un accidente de trabajo?

Exposición:

En el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social se define el Accidente de Trabajo (AT) como toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Además, describe las situaciones que se incluyen en esta definición y dentro de ellas destaca las enfermedades, no incluidas en el artículo 116 (en este artículo, como veremos posteriormente se define el concepto de Enfermedad Profesional EP), que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo (57).

En el artículo 116 de la citada Ley se define la Enfermedad Profesional (EP) como la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos y sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional (57).

Hasta el año 2007, el cuadro de enfermedades profesionales en vigor databa del año 1978 (Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo) y había quedado desfasado como consecuencia de los avances en los procesos industriales y del considerable progreso experimentado en el ámbito de la medicina. La actualización del listado de enfermedades profesionales se lleva a cabo con la publicación del RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales. En ningún apartado

del nuevo cuadro de enfermedades profesionales se incluyen las enfermedades psicosociales (58).

Si avanzamos en las definiciones, nos queda definir las Enfermedades Relacionadas con el Trabajo. Son aquellas enfermedades que por sus características no pueden ser incluidas en los conceptos que definen el accidente de trabajo o la enfermedad profesional. Situaciones como el acoso laboral, el SQT, el estrés laboral, el síndrome del edificio enfermo, etc., pueden ser extraordinariamente lesivas para el trabajador y, sin embargo, en la mayor parte de los casos, tienen la consideración y cobertura de una enfermedad común. En determinadas situaciones, si el trabajador demuestra la relación existente entre la enfermedad y el trabajo (en la mayoría de los casos por vía judicial) se le da la categoría de accidente de trabajo.

A la vista de las definiciones, observamos que el SQT, no puede etiquetarse como EP porque no está en el listado de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Podría tener la consideración de AT, si tenemos en cuenta que se consideran AT las enfermedades no incluidas en el listado de EP que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución de este. La dificultad que nos encontramos en este punto es que una parte importante de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales no reconocen que estas enfermedades tengan su causa de forma exclusiva en el trabajo y establecen la existencia de factores personales que favorecen la aparición de estas. Para establecer esta patología como contingencia laboral, en un número importante de casos el trabajador tendría que acudir a la vía judicial.

Es necesario promover una revisión del cuadro de enfermedades profesionales, y esta revisión debería estar orientada sobre todo a la inclusión de enfermedades relacionadas con los trastornos musculo esqueléticos y con los riesgos psicosociales.

Según datos aportados por la Unión General de Trabajadores, en el año 2016 el 20% de las enfermedades ocasionadas por el trabajo no estaban recogidas en el cuadro de enfermedades profesionales, esto supondría que, aunque tienen un origen profesional, no son reconocidas como tales. En este documento se considera imprescindible una revisión del Real Decreto 1299/2006, con el objetivo de adecuar la calificación de la EP a la realidad actual. Además, propone implementar el cuadro español de enfermedades con la lista de Enfermedades Profesionales que en el año 2010 revisó y aprobó la Organización

Internacional del Trabajo (OIT) (59). En esta lista de EP, en el apartado 2, están las EP según el órgano o sistema afectado y observamos que se incluyen trastornos mentales y del comportamiento y concretamente en el apartado 2.4.1 estaría el trastorno de estrés postraumático, y: "otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador.

La nueva lista de la OIT representa el último consenso mundial sobre las enfermedades que son aceptadas internacionalmente como causadas por el trabajo y puede servir de modelo para el establecimiento, el examen y la revisión de las listas nacionales de enfermedades profesionales.

Actualmente, en España, para establecer el SQT como contingencia laboral, el trabajador tendría que acudir a la vía judicial. Ya en el año 2000 hay una sentencia del Tribunal Supremo que respalda legalmente como Accidente de Trabajo al SQT. El especialista del centro de salud, en este caso, diagnosticó al trabajador un "síndrome de desgaste personal o de burnout, que describe como un trastorno adaptativo crónico con ansiedad como resultado de la interacción del trabajo o situación laboral en sus características personales"

A partir de esta sentencia se han originado otras que se han pronunciado en el mismo sentido y que han considerado igualmente accidente de trabajo el SQT.

Conclusión:

El SQT, no puede etiquetarse oficialmente como Enfermedad Profesional en España por no estar incluido en la lista oficial de enfermedades profesionales del RD 1299/2006. Sin embargo, hay jurisprudencia que lo admite, en España, como Accidente de Trabajo.

PREGUNTA 11.- ¿Cuál es el tratamiento más adecuado? ¿Es igual para todos los profesionales o tiene vertientes específicas?

Exposición:

Para el abordaje terapéutico del SQT tenemos que aceptar su aspecto multidimensional y la amplia gama de causas y mecanismos psicológicos que intervienen en su génesis. Sólo será posible un tratamiento global eficaz si enfrentamos de forma adecuada los diversos elementos que lo precipitan, con la utilización de diferentes herramientas terapéuticas.

Se han estudiado múltiples intervenciones para el manejo de este síndrome, pero su eficacia no está suficientemente contrastada. Existen dificultades metodológicas, numerosos estudios individuales con resultados internos válidos, pero difícilmente generalizables por falta de aleatorización. Por tanto, hoy por hoy, no hay suficientes datos que permitan recomendar una estrategia terapéutica concreta (60, 61).

Las publicaciones recientes acerca del tratamiento del SQT están orientadas a intervenciones de carácter preventivo. Como hemos consensuado que la vinculación psicológica con el trabajo depende de factores individuales, interpersonales-grupales y organizacionales, las actuaciones terapéuticas tendrán que realizarse en estos tres niveles(54, 62, 63).

El SQT puede llegar a considerarse una enfermedad profesional y un problema de Salud Pública. Por ello, las administraciones son responsables de elaborar leyes que incentiven a los profesionales, aumenten su motivación, mejoren el clima laboral y reconozcan su prestigio y competencia. También son necesarios programas de sensibilización a la población sobre la adecuada utilización del Sistema Sanitario, el cuidado de la imagen y el fomento del respeto hacia la figura del médico (56).

Será importante añadir, a la extensa formación científica de nuestros profesionales, educación para el cuidado de la propia salud física y psíquica y la aceptación de su eventual vulnerabilidad y necesidad de ayuda; así como aspectos relativos a la interacción con los pacientes, la organización del trabajo, y los riesgos psicosociales. (56)

La Prevención en la organización se apoya en aquellas medidas que favorezcan el compromiso del médico, la disminución de los factores de riesgo del entorno laboral (el control de la excesiva sobrecarga laboral, del escaso tiempo para realizar la esencia de la tarea que es la atención al paciente, eliminar en lo posible la incertidumbre), la formación a los mandos en gestión de situaciones complejas, en habilidades de comunicación, y en

manejo de conflictos (57,64,65,68). En este sentido, será fundamental que exista una cultura institucional de Prevención de Riesgos Laborales proactiva y accesible. Por su parte, las organizaciones sindicales disponen de interlocutores con experiencia que pueden orientar al profesional y mediar con las direcciones cuando sea necesario (64).

La prevención a nivel de los grupos profesionales, de los equipos, se realiza fomentando el desarrollo de relaciones de apoyo mutuo y favoreciendo espacios de convivencia, el desarrollo de Códigos de Buenas Prácticas que promuevan el respeto y el cuidado entre los profesionales. Las reuniones, los talleres, los grupos de investigación y de formación, son mecanismos que sirven para favorecer el conocimiento mutuo, el sentimiento de pertenencia al grupo y la cohesión en los valores compartidos. (56) (63).

A nivel individual nos protegerá frente al Desgaste una visión más realista con expectativas más ajustadas a la realidad profesional, la formación continuada y la búsqueda de competencias individuales; pero también un desarrollo vital donde la profesión sea un elemento más pero no el único, el fomento del autocuidado en un sentido amplio, que incluya el propio cuerpo-la salud, las relaciones humanas y el desarrollo de intereses ajenos a la profesión. (63).

La formación orientada al desarrollo de habilidades para el manejo de la escucha activa, la empatía, la gestión de las emociones negativas, las estrategias de afrontamiento, habilidades de comunicación, el asertividad y el control-reducción del estrés, han demostrado también su utilidad. (56)

El tratamiento, una vez instaurado el Síndrome, tiene tres vertientes. A nivel de la organización, será necesario un estudio adecuado del grupo humano, con evaluación periódica del clima laboral, y un compromiso con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales adecuadamente dotados, para que puedan entender las causas de fondo e instaurar medidas para devolver la salud a los profesionales dañados (63). En este sentido que las direcciones apoyen las recomendaciones de rotación o de adaptación de puesto de trabajo que se realice desde estos servicios, y en coordinación con los Comités de Seguridad y Salud, será fundamental.

Cuando se detecten equipos especialmente afectados, la posibilidad de realizar Grupos de Apoyo con profesionales cualificados, puede ser terapéutico. Se han estudiado

distintas estrategias psicoterapéuticas: grupos de entrenamiento en habilidades de comunicación, grupos psicoterapéuticos homogéneos y heterogéneos...(63).

A nivel individual el tratamiento dependerá de la gravedad del mismo. En algunos casos una adecuada intervención desde el Servicio de Prevención de Riesgos laborales, con medidas sobre la actividad profesional que mejoren la autopercepción y la motivación, la rotación temporal en otra unidad, o una breve Incapacidad Transitoria o baja laboral que permita el descanso, tomar distancia del foco y la observación del desempeño cotidiano con mayor distancia emocional, puede ser suficiente (56).

Cuando el síndrome esté instaurado el tratamiento de elección es el psicoterapéutico. El PAIPSE (Plan de Atención Integral del Profesional Sanitario Enfermo) está constituido por profesionales especialmente entrenados en el tratamiento integral de este síndrome, en coordinación con los Servicios de Salud Laboral.

Lo fundamental es que se comprenda como se ha llegado a este punto en función de variables biográficas, de personalidad, y de estilo de afrontamiento. Desde el conocimiento de los recursos y las defensas del paciente, el objetivo será potenciar y optimizar la capacidad adaptativa del profesional, el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento del estrés y el entrenamiento en poner límites razonables a las demandas externas. Será importante comprender el papel que la identidad profesional juega en el mundo emocional del paciente, en la autoeficacia percibida y en la realización personal. Y todo esto desde la aceptación y el compromiso para realizar un recorrido personal que es indispensable para el cambio.

¿Es distintos en los diferentes grupos profesionales?

Si entendemos el SQT como un proceso de desgaste que se origina en diversas profesiones caracterizadas por el amplio gap que existe entre la alta demanda emocional y la escasez de recursos para afrontarla, que terminan agotando al profesional, en función de su vulnerabilidad genética, biográfica y el estilo de afrontamiento individual, podemos considerar que el tratamiento tiene aspectos comunes a todas las profesiones (maestros, médicos, enfermeros...) y otros más claramente individuales (65).

En líneas generales podemos afirmar que el abordaje preventivo orientado a reducir los estresores vinculados al SQT es común a las distintas profesiones. Sin embargo, las intervenciones terapéuticas parecen ser más eficaces cuanto más aborden el conjunto de elementos que inciden en este síndrome de una forma individualizada (62).

No hay estudios que comparen el tratamiento del SQT en diferentes grupos profesionales. Las publicaciones se centran en determinadas intervenciones realizadas en equipos profesionales concretos (oncólogos, ginecólogos, profesionales del HIV, UCI-emergencias...) en países distintos, en circunstancias muy diferentes, y difícilmente comparables. Ninguno tiene una muestra suficientemente amplia ni homogénea, ni se ha realizado una distribución aleatoria con grupos control, y en general, abordan alguna de las variables que intervienen en el *burnout*, pero no el problema de fondo de un modo integral. De ahí que los resultados sean pobres y difícilmente extrapolables (66-70).

En algunas publicaciones se estudia el impacto de una formación específica en habilidades de comunicación basadas en *workshops*, incorporando presentaciones con imágenes de un comportamiento ideal y *roleplaying*. Se mide el MBI antes, después de la formación y a los doce meses, observando una mejoría de las habilidades de comunicación, pero no del estrés, ni del SQT. Esto incide en que estamos ante un fenómeno sordo, corrosivo, que no tiene relación directa con elementos aislados que puedan enseñarse y mitigarse. Estos estudios concluyen que las intervenciones sobre las personas de forma aislada son insuficientes para producir cambios (62).

En nuestra experiencia en el PAIPSE el desgaste es especialmente lesivo entre los médicos de atención primaria. En estos profesionales confluyen varios estresores laborales como la enorme presión asistencial y el hecho de ser la puerta de entrada al sistema de usuarios especialmente afectados por la situación socioeconómica, cada vez más exigentes y menos respetuosos, que vuelcan su malestar y en ocasiones despiertan emociones negativas. La reducción del tiempo de atención, que dificulta la capacidad de escucha empática, así como la burocratización de la tarea, imposibilita el contacto humano de calidad que define este grupo profesional (63). La prevención es en nuestra opinión fundamental. Es muy difícil elaborar una mínima reordenación cognitiva que devuelva un sentido a la identidad del sanador, si no tiene tiempo ni para mirar al paciente, o “ni para sacar el fonendo del cajón”.

Todas las medidas orientadas a fomentar una Atención Primaria de calidad, con un mayor tiempo por paciente, una flexibilidad que permita la conciliación de manera efectiva, la formación continuada, las reuniones de equipo para compartir experiencias y abordajes a las dificultades comunes del día a día, son esenciales (63).

Cuando estos profesionales consultan, suelen estar atrapados entre las variables laborales descritas, y el intento costoso desde un punto de vista intrapsíquico de mantener

sus exigencias de la vida adulta: cuidado de hijos y/o padres ancianos, problemas relacionados con el grupo de apoyo o la pareja (divorcio, crisis...) y a veces enfermedades crónicas, que terminan de alterar el frágil equilibrio. En estos casos el tratamiento integral abarcará un abordaje psicoterapéutico y farmacológico en función de la sintomatología expresada.

Entre los **profesionales que trabajan en los hospitales** encontramos factores de protección ligados a la especialización de la tarea, la búsqueda de líneas específicas de capacitación, la docencia y la investigación. Son formas de dotar de sentido a la dura actividad asistencial diaria. Los casos que consultan en el PAIPSE suelen tener como desencadenante un largo historial de maltrato institucional o por parte de un superior, incluso algún miembro del equipo de trabajo, que ha dañado su carrera profesional. En ocasiones profesionales altamente comprometidos, que aman la profesión, son objeto de una envidia inconfesable por parte de superiores mediocres. Puede ser necesaria la intervención de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y de los Comités de Seguridad y Salud, y un cambio de puesto de trabajo para salvar su salud psíquica y evitar un daño irreversible. El Protocolo de conflictos internos y frente a todos los tipos de acoso en las instituciones sanitarias, puede convertirse en un mecanismo de control eficaz de esta lacra.

Los profesionales de los Servicios de Urgencias o de las UCIs, están especialmente expuestos al contacto con la muerte, el duelo, la transmisión de malas noticias a las familias, y constituyen por tanto un grupo de especial vulnerabilidad. Serán medidas preventivas relevantes el entrenamiento en Habilidades de Comunicación, el manejo de emociones negativas y las reuniones de equipo, para abordar las dificultades en el afrontamiento de la enfermedad grave y la muerte.

En todos estos casos, un prolongado SQT puede incidir sobre un precario equilibrio psíquico y desestabilizarlo por distintas líneas de fractura individuales. Podemos encontrarnos con **distintas presentaciones psicopatológicas**: somatización, hipocondría, insomnio, conductas desadaptativas, inicio o agravamiento de adicciones (alcohol, benzodiazepinas, opiáceos...), síntomas ansiosos y/o depresivos... Todos ellos pueden requerir tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico específico.

Conclusión:

Se han estudiado múltiples intervenciones para el manejo de este síndrome, pero su eficacia no está suficientemente contrastada y, hoy por hoy, no hay

suficientes datos que permitan recomendar una estrategia terapéutica concreta. Se requieren intervenciones en la organización, en los grupos profesionales y en el individuo. Algunas son genéricas y válidas para cualquier profesional y otras son específicas para determinados grupos profesionales como los facultativos de atención primaria, los oncólogos, intensivistas o los que atendían pacientes VIH en los primeros años, que tienen que elaborar y afrontar el continuo contacto con la muerte.

PREGUNTA 12.- ¿Puede hablarse de curación total? ¿Cuál es el riesgo de recaídas?

Exposición:

El SQT es un síndrome sin registro en los catálogos de trastornos que manejamos en asistencia pública y, por tanto, no disponemos de estadísticas respecto a curación o recaídas. En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, se utiliza el CIE-9 para el diagnóstico en asistencia primaria tanto por parte de los Médicos Generalistas como por parte de los Especialistas en Psicología Clínica y de los Psiquiatras, tanto en la medicina pública como en las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social. No hallamos listado el SQT y no es, por tanto, diagnóstico para incapacidad laboral, sea por contingencia común o por contingencia profesional.

Si atendemos a los síntomas, muchos de los que se perfilan en el SQT se editan como *trastornos distímicos, depresión reactiva, trastorno depresivo recurrente o trastorno depresivo, no clasificado bajo otros conceptos. O bien como trastorno de adaptación mixto de ansiedad y humor deprimido. O como trastorno de ansiedad, no especificado.*

Todos, o casi todos, los pacientes diagnosticados bajo los epígrafes citados acuden a consulta del psicólogo tratados con una medicación similar. El par más frecuente es un Antidepresivo ISRS más una Benzodiacepina. Hay también pacientes que por presentar síntomas de insomnio reciben antiepilépticos, amitriptilina, o en algunos casos antihistamínicos. Estos tratamientos, si bien amainan la sintomatología, sobre todo la ansiosa derivada del estrés o de causas externas aparentes, ni curan el proceso depresivo ni el SQT.

Es a través de lo que generalmente denominamos psicoterapia como los síntomas pueden ir cediendo hasta desaparecer. Ello incluye tanto las terapias de orientación cognitiva, como las terapias de orientación psicoanalítica.

El riesgo de recaída será mayor sin intervención psicológica o lo será la duración del problema. La intervención psicológica ha de procurar un cambio subjetivo en el paciente que le permita volver a ser actor de su vida y no sólo objeto pasivo de las circunstancias que le afectan.

Las situaciones son muy distintas dependiendo que la atención sea pública o privada y también son diferentes si el empleador del enfermo es una empresa privada o el Estado. En el primer caso, generalmente, el enfermo será despedido si es joven o de mediana edad y tenderá a la jubilación si es de mayor edad, según sectores, 60 o 61 años o a prejubilaciones de empresa, si las hay. En el caso de la función pública, donde encontramos a muchos médicos, el costo de una larga baja y un proceso de reconocimiento de enfermedad profesional como lo sería el SQT, o la depresión mayor, no conlleva ni la pérdida de empleo ni de honorarios, pudiéndose reincorporar, además, en otro puesto, en algunas circunstancias.

En cada caso hemos de observar atentamente las circunstancias personales que contribuyen a cronificar el malestar y la sintomatología del cuadro diagnosticado al inicio del proceso.

Conclusión:

No hemos encontrado criterios claros de curación del SQT ni cifras que estimen la tendencia a la recurrencia tras una presunta curación.

Pregunta 13.- Desde la perspectiva de un Servicio de Salud Laboral hospitalario ¿Cuál es el coste personal del SQT? ¿Se asocia a un aumento de riesgo de suicidio? ¿Cuáles son las medidas esenciales de prevención? ¿Quién debe liderar y ser el motor de las mismas?

Exposición:

El coste que tiene el SQT es muy alto a nivel personal, laboral y social. Las manifestaciones físicas más frecuentes son: cefaleas, dolores musculares, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. La fatiga crónica, para algunos autores, es el síntoma más frecuente. También aparecen trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, recurrencia de infecciones, etc.

En cuanto a las manifestaciones psíquicas destacamos:

Los síntomas afectivos o emocionales. Son personas sin ganas para emprender tareas y, con frecuencia, con depresión, sentimiento de fracaso y pérdida de autoestima. También podemos encontrar en las personas afectadas desesperanza, pesimismo y apatía y como consecuencia de los efectos descritos, aparece irritabilidad, insomnio, agresividad y falta de tolerancia.

Entre los síntomas cognitivos, destacamos la pérdida de expectativas en el medio laboral, que en ocasiones marca el inicio del proceso; la persona afectada tiene dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. En general, hay una pérdida de valores, desorientación, falta de creatividad, cinismo, facilidad de distracción y un descenso en la productividad.

El aspecto conductual es otra dimensión importante del SQT. La despersonalización es una manifestación frecuente, la persona pierde la capacidad para planificar, proyectar y plantearse metas, especialmente laborales. Hay un aumento del absentismo, la rotación empresarial y las intenciones de abandonar la organización. Además, hay desorganización e incapacidad para tomar decisiones.

En cuanto a los aspectos sociales se suele describir a la persona afectada como alguien que tiende a aislarse y a encerrarse en su sentimiento de fracaso.

A la pregunta sobre si el SQT aumenta el riesgo de suicidio, hay que indicar que la prevalencia del suicidio y la ideación suicida es más alta en los profesionales sanitarios. Estos resultados podrían estar relacionados con las condiciones y organización del trabajo en este sector y con la presencia de situaciones de ansiedad e impotencia. A esto se uniría la poca importancia que los sanitarios dan al cuidado de la salud mental, tendiendo a evitar el contacto con los servicios de salud mental por el temor al estigma social y a comprometer su carrera profesional (75).

En los estudios publicados observamos que las especialidades con tasas más elevadas de suicidio son los anestesiólogos, psiquiatras, médicos de familia y residentes. Este dato, podría estar relacionado con el mayor acceso a métodos letales. Respecto a las formas de suicidio, se observó que en el sector sanitario destaca el uso de tóxicos, el fácil acceso a estos y los conocimientos sobre su uso podrían explicar este dato (74).

Se han identificado diferentes factores psicosociales relacionados con un mayor riesgo de ideación suicida en profesionales sanitarios. Hay un estudio realizado por Fridner

et al. (71) en 2012, que refiere que el 79,2% de los médicos con ideación suicida no habían buscado ayuda para depresión o SQT.

Shanafelt et al. encontraron relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y el SQT entre los cirujanos americanos (72). La prevalencia de ideación suicida aumenta con la severidad del cuadro, independientemente de la existencia de depresión.

En cuanto a las medidas de prevención, no hay dudas sobre la necesidad de poner en marcha estrategias dirigidas a eliminar o reducir los riesgos que origina el SQT. Aunque se hace hincapié en la intervención individual sabemos que las causas fundamentales están en el ámbito laboral. Los departamentos de recursos humanos y los servicios de prevención deben colaborar y desarrollar estrategias de prevención e intervención.

En general las medidas para prevenir el SQT se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación.

A nivel organizativo, cabría citar, entre otras, las siguientes medidas: establecer programas de acogida, descentralizar la toma de decisiones, establecer objetivos claros para los profesionales y líneas claras de autoridad y responsabilidad. Al mismo tiempo deben definirse competencias y responsabilidades, adecuar las cargas de trabajo, mejorar la comunicación y promover la participación en la organización.

A nivel interpersonal, es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en equipo y evitar el aislamiento. También se debe formar a gestores.

A nivel individual, se precisa realizar una orientación profesional al inicio del trabajo, diversificar las tareas y la rotación en las mismas. Es necesario poner en práctica programas de formación continuada. Formar al trabajador en la identificación y resolución de problemas y en el manejo de la ansiedad y el estrés; además se le debe entrenar en el manejo de la distancia emocional con el paciente, aumentar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación, etc.

Otra medida fundamental para la prevención del SQT es actuar sobre las condiciones laborales. Los médicos, en general, tienen trabajo a turnos y nocturno, realizan guardias y tienen horarios laborales prolongados. Estos factores pueden incidir directamente en los hábitos de salud en el sueño y en la alimentación. Las condiciones de

trabajo, en ocasiones, dificultan la conciliación de la vida familiar, social y de ocio, lo que puede actuar como factor de riesgo en procesos de este tipo.

Hay factores que establecen la necesidad de disponer de programas de intervención específicos para profesionales médicos afectados por SQT. Dentro de estos factores están: el miedo a la estigmatización que conllevan las enfermedades psiquiátricas, el miedo a perder la credibilidad entre compañeros y pacientes y la percepción de falta de confidencialidad de los servicios públicos.

Sobre quién debe liderar y ser el motor de este trabajo, las actuaciones se deben liderar desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, pero actuando de forma conjunta con la Dirección del Hospital, especialmente con el departamento de Recursos Humanos y los Representantes de los Trabajadores (Comité de Seguridad y Salud).

El técnico de prevención de riesgos laborales debe hacer especial hincapié en las causas del SQT a la hora de evaluar los riesgos e implementar acciones preventivas, estas medidas preventivas deben ir encaminadas a evitar y, en los casos que no sea posible, minimizar los factores de riesgo que pueden ser causa de desgaste profesional en los trabajadores. Los Servicios de Prevención deberían disponer de profesionales especializados en riesgos psicosociales para llevar a cabo una evaluación específica con el fin de proponer medidas preventivas adecuadas relativas a las condiciones de trabajo, tanto a efectos de intervención inmediata como a efectos de prevenir en un futuro que los riesgos causen daños a los trabajadores.

En cuanto a las actuaciones a desarrollar sobre las consecuencias que esta enfermedad tiene sobre la salud del trabajador, estas corresponden a la Unidad de Vigilancia y Control de la Salud y sería muy aconsejable disponer de personal especializado que pudiera trabajar en esta línea.

Los Servicios de Prevención también pueden intervenir cuando el trabajador está ya afectado. En estos casos se evaluarán los daños y se implementarán las medidas oportunas para evitar la progresión del cuadro.

También es necesario actuar sobre los factores que incrementan la sensibilidad ante el riesgo psicosocial y los factores protectores y potenciadores de afrontamientos positivos tales como la competencia emocional, la resiliencia y otros que pueden aumentar los recursos de la persona.

Conclusión:

El coste que tiene el cuadro de DP es muy alto a nivel personal, laboral y social. Las consecuencias de este síndrome afectan a la salud mental, a la salud física, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico. La prevalencia de ideación suicida aumenta con la severidad del cuadro.

Las medidas para prevenir el SQT se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación: organizativo, interpersonal e individual.

La prevención debe realizarse desde los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en colaboración con la Dirección del centro sanitario y los Representantes de los Trabajadores.

Pregunta 14.- ¿Podríamos dimensionar el coste económico-laboral y para la sociedad del SQT? ¿Y muy particularmente el de la profesión médica?

Exposición:

El bienestar de los médicos contribuye a la calidad del Sistema Público de Salud.

Informes procedentes de estudios realizados por todo el mundo sugieren que entre un tercio y la mitad de los médicos experimentan algún grado de SQT y sus efectos asociados tienen enorme repercusión sobre los sistemas de salud.

Tales efectos varían, pero en relación a cálculos de coste económico para los gobiernos fundamentalmente son:

- Descenso de la productividad
- Absentismo laboral
- Bajas por enfermedad
- Disminución de las horas de trabajo
- Jubilación anticipada
- Cambios de profesión
- Presentismo.

Dewa y col. (73) realizaron una revisión sistemática de la literatura para evidenciar los efectos del agotamiento sobre la productividad de los médicos entendida como pérdidas en horas de trabajo, número de pacientes atendidos, bajas por enfermedad, abandono de la profesión, jubilación anticipada y carga de trabajo. La búsqueda comprendía artículos publicados desde enero de 2002 a diciembre de 2012. Se identificaron 870 citas únicas,

pero sólo 5 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión exigidos. Los cinco artículos se realizaron en EE.UU., China, Hong Kong, Países Bajos, y otros 12 países europeos (Bulgaria, Croacia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Malta, Polonia, España, Suecia, Turquía y Reino Unido). Las tasas de agotamiento fueron variables. Ruitenburg y col. (74) encontraron un 6% de agotamiento entre médicos de hospitales holandeses. Soler y col. (75) encontraron en médicos de 12 países europeos que un 43% tenían alto agotamiento emocional, un 35% alta despersonalización y 39% baja realización personal. Sin y col. (76) describen que el 31% de los médicos de hospitales públicos de Hong Kong tenían agotamiento. Por último, Hoff y col. (77) en médicos de hospitales estadounidenses informaron una tasa de agotamiento del 3%.

Todos los estudios informaron relaciones negativas significativas entre las 3 dimensiones de SQT y la productividad entendida como días de baja por enfermedad, intención de cambiar de trabajo, intención de seguir practicando la medicina y capacidad de trabajo.

Baja por enfermedad. - En relación con este parámetro los datos encontrados son contradictorios. Soler y col. (75) encuentran que las 3 dimensiones del SQT se asocian con un mayor uso de baja por enfermedad y aquellos médicos que tuvieron, al menos un día de baja al año, tenían una probabilidad significativamente mayor de informar sobre agotamiento emocional y despersonalización altos y realización personal baja. Siu y col. (76) por el contrario, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio de días de baja por enfermedad en el último año, para los médicos de hospitales públicos con o sin agotamiento.

Intención de cambiar de trabajo.- Se ha demostrado que existe una asociación significativa entre agotamiento emocional y despersonalización alta y realización personal baja, con la intención de dejar el trabajo actual (75) (78).

Intención de seguir practicando la medicina. - Hay indicios de que el SQT está significativamente asociado con la intención de abandonar la especialidad actual. Una encuesta realizada en EE.UU.(77) entre médicos de hospital encontró que más del 50% de los médicos encuestados que no estaban en riesgo de sufrir SQT planeaban continuar la práctica hospitalaria durante más de 10 años y sólo un tercio de los que estaban en riesgo de SQT. De estos últimos el 44% tenían intención de continuar no más de 4 años.

Capacidad de trabajo.- Los médicos hospitalarios con puntuaciones altas tanto para agotamiento emocional como despersonalización tenían significativamente mayor probabilidad de tener una capacidad de trabajo “insuficiente” auto-percibido (74).

Jubilación anticipada y pérdida de horas de trabajo. - El vínculo entre SQT y la intención de dejar la profesión, con la jubilación anticipada o el recorte de horas asistenciales, produce importantes pérdidas económicas tanto para el médico como para los sistemas de salud. Con el fin de calcular los costes de tales actitudes Dewa y col. (79) realizaron un estudio con el objeto de estimar el costo del SQT con relación a la jubilación anticipada y la reducción de horas de trabajo entre médicos en ejercicio en Canadá. Para ello, utilizaron una base de datos de la Asociación Médica Canadiense de enero de 2012. Se envió una encuesta a 8.100 médicos practicantes, seleccionados al azar de la base de datos mencionada y 3.213 respondieron (41% tasa de respuesta). Encontraron que los médicos que sufrían agotamiento mostraban insatisfacción laboral en un 35,6% de los casos y los que no lo sufrían sólo estaban insatisfechos un 4,5% ($p < 0,001$) . Junto a la insatisfacción también se realizaron estratificaciones por la edad y observaron que los médicos de familia de < de 45 años con insatisfacción laboral, el 5,3% planeaban retirarse en los próximos dos años, frente al 0,2% de los que estaban satisfechos. Para los médicos de familia entre 45 y 54 años y entre los que tenían entre 54 y 64 años ocurre lo mismo entre insatisfechos y satisfechos (8,4% vs 1,2; $p < 0,001$ y 24,4% vs 11%; $p < 0,01$ respectivamente). Similares resultados se encontraron con los datos de reducción de horas asistenciales.

Teniendo en cuenta los datos encontrados se intentó calcular el coste de pérdidas económicas causadas por los médicos que padecían agotamiento con respecto a los que no la padecían. El coste total del agotamiento para todos los médicos que ejercen en Canadá se estima en 213,1 millones de dólares (185,2 millones por jubilación anticipada y 27,9 millones por reducción de horas de trabajo).

Por último, Hamidi y col.(80) de la Universidad de Stanford en EE.UU. publica datos similares, con una tasa de SQT de los médicos del 26%.

El 21% de los médicos que sufrieron uno o más síntomas de agotamiento en 2013 habían abandonado el centro en 2015 en comparación con sólo el 10% de los médicos sin síntomas de agotamiento. La pérdida económica estimada de dos años debido a la marcha de los médicos, por agotamiento, oscila entre 15.544 000 y 55.506.000 \$

Conclusión:

Los médicos con SQT tienen mayor absentismo laboral, abandonan la profesión anticipadamente con mayor frecuencia y se consideran menos productivos. Cálculos groseros estiman en 213 millones de dólares canadienses el gasto en dinero que supone este problema para el sistema sanitario de Canadá. No se dispone de dichos cálculos en España ni en muchos otros países.

Pregunta 15.- ¿Cuál es la visión de este problema de los abogados laboristas?

Exposición:

A día de hoy no existe una definición jurídica consensuada de lo que puede considerarse "Burn Out" o SQT. Sin embargo, en atención a la bibliografía consultada, parece que hay relativo consenso en que la aparición del síndrome puede relacionarse con el trabajo pues como consecuencia de sus síntomas, se percibe una considerable reducción y efectividad del rendimiento laboral.

El pasado 25 de mayo de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha incluido en su clasificación internacional de enfermedades el Síndrome del Trabajador Quemado, con el código QD-85 del ICD-11, [nueva referencia: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>] con las respectivas consecuencias que ello supone para los diferentes ordenamientos jurídicos. El hecho de que la OMS incorpore el SQT a su clasificación, pone el foco de atención en los Estados, que deberán adecuar sus respectivos listados de enfermedades profesionales modificando así su normativa interna. Asimismo, el hecho de que la OMS haya reconocido la enfermedad, también tiene implicaciones en el ámbito del estudio de las prevenciones laborales (81).

A parte de las consecuencias previamente mencionadas, la importancia del hecho también radica en que la OMS no modificaba su listado de enfermedades desde 1950, acontecimiento que muestra la importancia del mencionado síndrome a nivel internacional. La nueva clasificación internacional de enfermedades entrará en vigor el 1 de enero de 2022 (81).

QD85 Burn-out

Description: Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one's job, or feelings of negativism or cynicism related to one's job; and 3) reduced professional efficacy. Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life.

Exclusions:

- Adjustment disorder (6B43)
- Disorders specifically associated with stress (6B40-6B4Z)
- Anxiety or fear-related disorders (6B00-6B0Z)
- Mood disorders (6A60-6A8Z)]

En cuanto a su encuadramiento jurídico, entre otras, la sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 2000 considera el “Burn out” como accidente de trabajo quedando en la misma probada la relación entre el síndrome y la relación laboral (82). No obstante, su calificación jurídica como accidente de trabajo y no como enfermedad, hace necesario que el trabajador pruebe la relación causa – efecto por no encontrarse el mismo encuadrado entre los supuestos de accidente de trabajo que prevé el artículo 157 de la LGSS (83). Como antecedente de esta sentencia, encontramos la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 1999 en la que se establece que en el “Burn out” se da uno de los elementos imprescindibles para que podamos hablar de enfermedad profesional faltando el requisito de tipificación previamente mencionado (84).

Como se ha podido comprobar a través del análisis jurisprudencial llevado a cabo en la exposición, la apreciación de SQT en el trabajador tiene diversas consecuencias jurídicas entre las que se encuentran las siguientes (85):

I. Reconocimiento del SQT como accidente de trabajo y su calificación como enfermedad común por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía

El análisis del SQT en los tribunales encuentra su origen en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 2 de noviembre de 1999 en la que el *burnout* se dibuja como un “síndrome de desgaste personal, que se describe como un trastorno adaptativo crónico de ansiedad, como resultado de la interacción de trabajo o situación laboral en sus características personales.” De este modo, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, reconoce por primera vez el carácter profesional del síndrome con la

respectiva consecuencia jurídica para el trabajador: se declaró su incapacidad temporal por contingencia profesional.

A su vez, el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en su sentencia de 20 de enero de 2005 también reconoce el SQT como contingencia profesional argumentando que, el problema psicofísico que padece el trabajador se produce únicamente al enfrentarse a grupos de alumnos, lo que excluiría la reproducción de la patología incapacitante fuera del ámbito laboral confirmándose por la instancia el grado de incapacidad permanente.

Por su parte, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Granada), entiende que la situación de incapacidad temporal deriva de enfermedad común ya que la actora venía presentando una sintomatología depresiva que sólo a partir de 2008 puede relacionarse con sobre carga laboral.

II. El SQT y su efecto incapacitante

Además de pronunciarse sobre si el SQT debe considerarse contingencia profesional, la jurisprudencia también determina las diferentes incapacidades que pueden derivar de un diagnóstico SQT. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 30 de enero de 2008 estima un grado de incapacidad total para la **profesión habitual** al entenderse que el trabajador puede realizar tareas sedentarias mientras que el Tribunal superior de Justicia de Cataluña concluye que la descripción de las dolencias presentadas por la trabajadora no permite la consideración de que pueda alcanzar carácter incapacitante sólo para la profesión habitual.

III. El SQT ¿Procedencia del reconocimiento de la indemnización por daños?

La responsabilidad empresarial en caso de diagnóstico SQT sólo cabe en el caso de que exista culpa o dolo a tenor de lo establecido en el artículo 1101 del código civil. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria de 17 de marzo de 2004 declara que no es suficiente la declaración de responsabilidad empresarial por el mero vínculo trabajo – enfermedad. No sería suficiente para una indemnización pecuniaria que se constate la relación causa- efecto entre daños psíquicos y trabajo. A la misma conclusión llegan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 1 de marzo de 2006 y del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 31 de octubre de 2002.

IV. El SQT y la aplicación del recargo de prestaciones

La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de septiembre de 2010, entiende ajustada a derecho la aplicación del recargo de prestaciones del 30%, teniendo en cuenta que los riesgos psicosociales son riesgos psicosociales en sentido estricto debiéndose incluir los mismos por lo tanto en el sistema preventivo de la empresa como los demás riesgos contemplados en la ley prevenciones riesgos laborales.

Por último, cabe mencionar que, en cuanto a la prevención de riesgos laborales, es necesario recordar la obligación positiva de los empresarios de realizar acciones para evitar su aparición. Tal y como se establece en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 14 de septiembre de 2010, existe la posibilidad de imponer a la empresa el recargo de prestaciones por infracción de sus obligaciones en materia preventiva.

Los últimos pronunciamientos de los tribunales respecto al SQT han ido en la línea jurisprudencial ya mencionada, declarando el síndrome de “Burn Out” como accidente laboral y reconociendo la incapacidad permanente total a un trabajador como consecuencia del padecimiento de esta dolencia.

Como ya hemos adelantado, el encuadramiento jurídico de la patología a día de hoy sigue siendo el de accidente de trabajo por no encontrarse la misma tipificada aún a nivel nacional como enfermedad profesional del artículo 157 de la Ley General de la Seguridad Social. Sin embargo, la mejor opción, reside en considerar el “Síndrome del Trabajador Quemado” como enfermedad profesional donde encaja perfectamente de manera natural en su condición de *“enfermedad.”*

Conclusión:

Desde la perspectiva del derecho del Trabajo, y en base a la jurisprudencia dictada por los Juzgados y Tribunales del Orden Social, a pesar de la existencia de pronunciamientos jurisprudenciales contradictorios, puede concluirse que el SQT ha sido reconocido mayoritariamente como accidente de trabajo. Es altamente probable que la incorporación del “Burn Out” a la clasificación internacional de enfermedades de la OMS sirva para el cambio paulatino en la determinación de contingencia e introduzca un cambio en el tratamiento de los Tribunales han hecho hasta la fecha del “Burn Out”.

Pregunta 16.- ¿Cuál es la posición y la visión del SQT por parte de las organizaciones sindicales?

Exposición:

El origen del SQT, depende de variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal y además se ve muy influido por el entorno laboral y las condiciones de trabajo. La Ley 31/1995 de 8 de Noviembre (86) y las reformas incluidas en la Ley 54/2003 (87), de 12 de diciembre de 2003, garantiza el derecho de los trabajadores a la salud y a la prevención de enfermedad como consecuencia del entorno laboral:

- **El artículo 14 de la Ley 31/1995** obliga al empresario o las Administraciones Públicas a realizar la prevención de los riesgo laborales (PRL) mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa, la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos en el trabajo, la evaluación de riesgos laborales (RL) y la actuación preventiva en casos de emergencia y de riesgo grave. Además, deben realizar la información, consulta y formación de los trabajadores sobre RL, la vigilancia de la salud y un seguimiento permanente de la actividad preventiva, con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de control de riesgos.
- **El artículo 34 de la Ley 31/1995** (86) reconoce a los trabajadores el derecho a participar en las cuestiones relacionadas con la PRL, a través de sus representantes y de la representación especializada. A los Comités de Empresa, a los Delegados de Personal y a los representantes sindicales les corresponde, en los términos que les reconocen la normativa vigente, la defensa de los intereses de los trabajadores en materia de PRL.
- **El artículo 35 de la Ley 31/1995** (86) recoge la figura de los Delegados de Prevención como representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de PRL y el **artículo 36** establece las competencias y facultades.

En una encuesta realizada en 2018 en España, el 37% de los médicos reconocía que sufría SQT y el 7% estar deprimido. Los 5 principales factores que contribuían al desgaste profesional de los médicos se relacionan con el deterioro de las condiciones laborales y el escaso reconocimiento profesional: salarios insuficientes, burocratización de la asistencia, falta de respeto de administradores, colegas o pacientes, exceso de horas de trabajo, pobre reconocimiento profesional (Tabla 1) (88). El 10% de los médicos estaba insatisfecho con

su vida laboral. A pesar de reconocer el desgaste profesional y la depresión, solo 1 de cada 10 médicos estaba pensando o ya había solicitado ayuda profesional.

La crisis económica, iniciada a mediados de 2008 que se prolongó hasta el 2014, ha supuesto un notable incremento de las demandas físicas y emocionales a los profesionales de la salud. Además, la reducción de los presupuestos destinados a la sanidad ha intensificado el deterioro de las condiciones laborales de los profesionales de la sanidad española (89):

- Se redujo el poder adquisitivo de los médicos, de tal forma que en 2019 es un 17,5% inferior al de 2010. Además, las diferencias salariales con los de otros países de nuestro entorno y entre los médicos españoles en relación del lugar del territorio donde residen, se han intensificado.
- Ha aumentado el grado de temporalidad y precariedad en las contrataciones en los centros sanitarios.
- Se ha incrementado la duración de la jornada laboral semanal.
- No se han incrementado las plantillas de médicos en labores asistenciales en el SNS, para atender a la creciente demanda de servicios de la población. El número de recursos en hospitales y centros de salud no han experimentado ningún incremento desde 2010 (90).

Corregir el deterioro de las condiciones económicas, laborales y profesionales del médico, han sido temas habituales en los ámbitos de negociación entre las organizaciones sindicales y las diferentes Administraciones Sanitarias en los últimos años. Lamentablemente, en la negociación han primado los criterios economicistas cortoplacistas, sin tener en cuenta que la mejora de las condiciones laborales y profesionales de los médicos también mejora la salud y el bienestar de los trabajadores y de la población a la que atienden.

Por otro lado, aunque la estructura organizativa para ejercer la PRL de acuerdo la Ley 31/1995 está prácticamente implantada en todos los centros sanitarios del SNS, esta normativa no está plenamente desarrollada:

- No existe suficiente sensibilidad por parte de los actores implicados (Administración, trabajadores, SPRL) a la influencia del estrés laboral, los factores de riesgo psicosociales y la calidad del empleo, en materia de prevención RL. Se tiende a percibir como implícito al puesto cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial del trabajo y a relacionar con la vulnerabilidad individual o con el entorno extra-laboral cualquier deterioro de la salud de los

trabajadores. Con frecuencia se demora la intervención sobre el estrés laboral y su consecuencia como el SQT.

- Las instituciones sanitarias no realizan vigilancia periódica de la salud, ni seguimiento permanente de las actividades preventivas. No muestran proactividad para realizar la evaluación de los RL y la planificación de las actividades preventivas. Las evaluaciones suelen realizarse casi siempre a solicitud de los trabajadores o de los delegados de prevención.
- No se realizan de forma sistemática actividades de información, consulta y formación de los trabajadores sanitarios y a los delegados de prevención sobre RL

Algunas propuestas para mejorar el control de los RL de los profesionales sanitarios serían:

1. Mejorar las condiciones laborales de los médicos a través de la negociación con las organizaciones sindicales en las mesas sectoriales.
2. Mejorar los sistemas de información e investigación sobre las condiciones de trabajo y los daños sobre la salud de los trabajadores sanitarios.
3. Aumentar las actividades de formación de los trabajadores y de los delegados de prevención.
4. Potenciar las actuaciones de vigilancia del estado de la salud para detectar precozmente los daños derivados del trabajo y realizar las actividades preventivas correspondientes.
5. Facilitar el desarrollo de las funciones y competencias de los delegados de prevención.
6. Facilitar el trabajo de los SPRL.
7. Agilizar los procesos de inspección de Trabajo y de sanción en los casos de incumplimientos en materia de PRL.

Tabla 1. Factores que contribuyen al SQT

• Remuneración insuficiente	56%
• Demasiadas tareas burocráticas (por ejemplo, administración, papeleo)	47%
• Falta de respeto de administradores/empleadores, colegas o personal	36%

• Invierto demasiadas horas en el trabajo	26%
• Me siento como una pieza más de un engranaje	23%
• Falta de respeto de los pacientes	21%
• Énfasis en las utilidades, más que en los pacientes	18%
• Computarización creciente de la consulta (expediente electrónico)	15%
• Falta de control/autonomía	11%
• Regulaciones gubernamentales	7%
• Reembolsos decrecientes	7%
• Mantenimiento de los requisitos de certificación	2%
• Otros	10%
(88).	

Conclusión:

La crisis económica, iniciada a mediados de 2008, ha supuesto un notable incremento de las demandas físicas y emocionales a los profesionales de la salud lo que, unido a los recortes en los presupuestos sanitarios, ha agravado el estrés psicosocial al que se ven sometido los facultativos y el resto de profesionales sanitarios. Los servicios de Prevención de Riesgos Laborales están implantados en los Servicios de salud, pero las diferentes instituciones sanitarias no cumplen con la normativa específica en materia de prevención de riesgos laborales.

Pregunta 17.- ¿Qué conocimiento tiene y cómo trata la prensa no especializada el problema del SQT?

Exposición:

La Fundación del Español Urgente (Fundeu), promovida por la Agencia EFE y la entidad financiera BBVA, han aclarado que la expresión “síndrome de desgaste profesional” o, más coloquialmente, “síndrome del trabajador quemado” son alternativas en español al anglicismo “*burnout*”.

La Agencia EFE es el gran productor y distribuidor de noticias para el resto de medios de comunicación en España y Latinoamérica; por lo tanto, los datos mencionados pueden suponer que el resto de medios de comunicación generalistas habrán publicado un número similar de informaciones relacionadas con el síndrome de Burnout.

Los datos del Servicio de Archivo y Documentación de la Agencia EFE nos pueden aproximar a las respuestas de las dos preguntas que formula la ponencia:

1. La Agencia EFE ha publicado 8.245.500 noticias de texto de cualquier temática durante los últimos 20 años.
 2. Solo 335 de estas noticias están relacionadas con el síndrome de *Burnout* o el SQT, es decir, el **0,004%** de todas las noticias enviadas a sus abonados.
 3. De las 335 noticias, 21 mencionan el SQT en el titular de la noticia.
 4. El contenido informativo de la mayoría de estas 335 noticias está relacionado con el mundo laboral en general y gira en torno al término “estrés”. El SQT aparece como una consecuencia más del estrés a largo plazo en algunas profesiones, como la educación, la sanidad o la seguridad.
 5. Aproximadamente, el 10% de estas 335 noticias tratan del SQT en relación con la profesión médica.
 6. En los últimos 10 años, sólo 11 noticias están relacionadas con el SQT en la profesión médica o en la enfermería.
 7. A fecha de 28 de mayo de 2019, la última noticia publicada por la Agencia EFE sobre las consecuencias de este síndrome fue del día 23 de mayo del mismo año: Se ha jubilado la ex nadadora Ruta Meilutyte, de 22 años de edad, después de llegar a lo más alto con una medalla de oro en los Juegos Olímpicos de Londres de 2012. Entonces tenía 15 añitos.
- Desde el punto de vista multimedia, solo se han elaborado dos reportajes con el foco puesto en el SQT relacionado con el personal médico o sanitario.
 - El archivo gráfico de la Agencia EFE, con 20 millones de fotografías (8 millones de ellas digitalizadas desde octubre de 1998, que se pueden adquirir en www.lafototeca.com), sólo contiene tres fotografías etiquetadas con síndrome de

Burnout (dos corresponden a una comandante de aeronave con diagnóstico del síndrome y otra ofrece una imagen de una reunión de expertos que analiza este trastorno psicológico o psiquiátrico).

- www.efesalud.com, web de salud de la Agencia EFE, que solo divulga reportajes y noticias del ámbito sanitario, ha publicado seis informaciones en los últimos siete años relacionadas con el SQT.

¿Todos estos datos y ejemplos demostrarían que no existe interés periodístico por el SQT? No, por supuesto; simplemente nos encontramos ante una cuestión que está fuera de la actualidad informativa diaria y, además, el síndrome de *Burnout* es una enfermedad casi desconocida por la población, a diferencia del estrés, que sí es una realidad enfermiza que sienten en sus propias carnes la inmensa mayoría de la población mundial.

Es necesario apuntar aquí, además, una máxima periodística: “Lo común no suele ser noticia”.

Si un perro muerde a una persona no es noticia; si la persona muerde al perro se convierte rápidamente en noticia... y hoy en día, si este suceso imprevisto se ha grabado en vídeo se podrá convertir en uno de los vídeos más virales de la semana.

Por añadidura, se podría decir que, si una serie de perros muerden a otras tantas personas, especialmente a niños o bebés, la sociedad vive este conjunto de sucesos con cierta intranquilidad o miedo; incluso se podría abrir un debate público. El hecho se convierte en noticia por acumulación de casos.

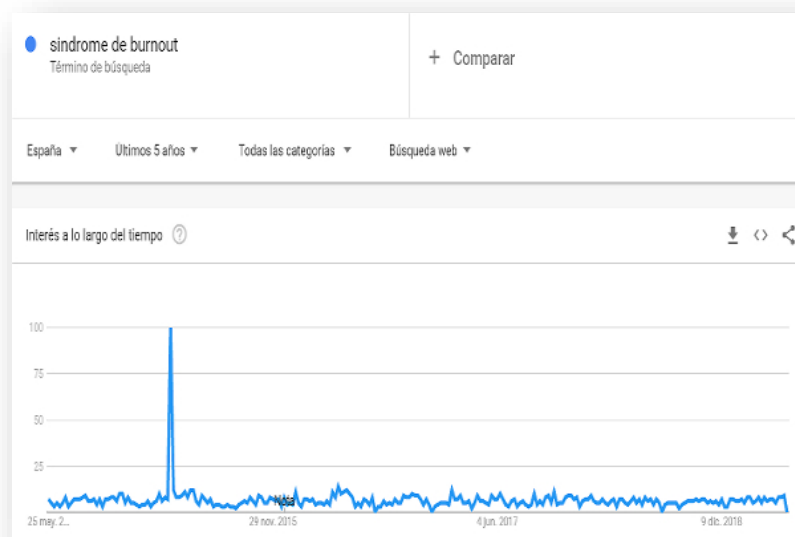
Por lo tanto, si el estrés es muy común a nivel laboral y familiar; si la mayoría de las personas entienden que el estrés está íntimamente unido al trabajo, más aún en puestos laborales que entran en contacto directo con otras personas externas a la organización, como los médicos; si apenas se habla del síndrome de *Burnout* en los medios de comunicación (prensa escrita, radio, televisión, digital); y ningún profesional afectado “muerde” o a un compañero o a un paciente, estamos ante un pez que no se encuentra la cola.

Esta situación poco mediática del *burnout* se puede corroborar con varios ejemplos llamativos, pero poco conocidos, de noticias sobre la cuestión que también pasan desapercibidas para la población:

- En México, El 75% de los trabajadores mexicanos padecen *burnout*, lo que coloca al país en primer lugar a nivel mundial en esta categoría, seguido por China, con el 73%, y Estados Unidos, con el 59%, según cifras de la Organización Mundial de la Salud.
- También en México, el 25% de los infartos están relacionados con el estrés laboral.
- En Europa, el 50% del absentismo laboral está justificado en el estrés laboral, lo que supone costes superiores a los 20.000 millones de euros/año en concepto de tiempo perdido y gasto sanitario.
- En España, entre el 12% y el 30% de los médicos están más o menos afectados en algún grado por el SQT.

Para reforzar esta idea del escaso conocimiento que tiene la población mundial acerca del *burnout*, se pueden obtener datos muy interesantes relacionados con las búsquedas por palabras clave en el consultorio internauta del “Dr. Google” (Figura 2)

Figura 2.- Búsquedas con la palabra *Burnout* en Google
Se busca entre 2.500 y 5.000 veces al mes (figura 2).



- Las búsquedas se producen, sobre todo, en octubre y noviembre (los meses posteriores a las vacaciones de verano -julio, agosto y septiembre en Europa-) o en febrero, marzo, abril (mes en el que también baja el número de búsquedas por la

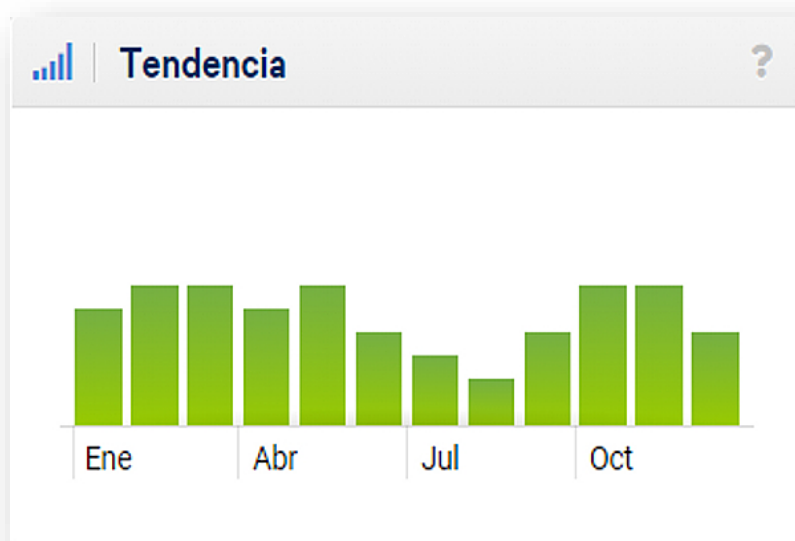
Semana Santa) y mayo. En los meses de diciembre y enero también bajan las búsquedas de la palabra *burnout* por las vacaciones de Navidad (Figura 3).

Figura 3.- Evolución sobre las búsquedas sobre “burnout”



- El término “síndrome del trabajador quemado” apenas se busca en Google.
- Casi todas las noticias que aparecen en la web buscando “*burnout*” tienen un origen en informaciones de contenido anglosajón o germánico.
- En los últimos cinco años, *burnout* se ha mantenido como una palabra que se busca poco; pero en cambio, se busca de manera constante, algo positivo que puede ser la base para un desarrollo futuro de información relacionada con este síndrome (Figura 4).

Figura 4.- Estacionalidad de las búsquedas sobre burnout



Un buen ejemplo para aprovechar sinergias informativas y repercusión social podría ser que la OMS ha incluido el síndrome de *Burnout* en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, que entrará en vigor el 1 de enero de 2022, según todas las previsiones.

Esta noticia, que se ha publicado en la inmensa mayoría de diarios digitales españoles, quienes además aportan en su contenido apuntes sobre las características de este trastorno psicológico, serviría como banderín de enganche para los próximos años.

En condiciones normales, esta noticia de alcance se comentará durante unos días en el ámbito laboral o durante la cena familiar, con el permiso de la televisión; o, quizá, algún medio de comunicación aproveche la percha informativa para ampliar el hecho noticioso con más detalles, análisis de la situación por países e incluso pulse la opinión de especialistas sobre la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y las consecuencias del *burnout*. Después volverá a su habitual ostracismo informativo.

El SQT sólo volverá a las portadas periodísticas cuando alguna persona famosa sufra este síndrome, como la joven nadadora olímpica que se ha jubilado; por un suceso doloso o violento relacionado con alguien que sufra el trastorno; por una sentencia judicial que sea muy llamativa o ejemplarizante; o por un reportaje en el suplemento dominical o de salud de cualquier periódico de tirada nacional.

Ante esta situación, las asociaciones de médicos y de enfermería deberían insistir en que los medios de comunicación pongan el foco informativo en este síndrome, que afecta 10%-30% de los profesionales: ruedas de prensa periódicas donde se ofrezcan datos, tanto del resultado de estudios analíticos como de prevalencia u otras circunstancias relacionadas.

Pero, sobre todo, deben facilitar el acceso a casos reales de pacientes con SQT, con voz y rostro, especialmente a aquellos medios que conectan y empatizan con la audiencia a través de los dispositivos móviles y la televisión. La acumulación de casos, como explicaba, tiende a iniciar el debate público.

Conclusión:

El interés por el SQT o “burnout” se demuestra en el registro de la agencia EFE donde ha estado presente sólo en un 0,004% de todas las noticias enviadas a sus abonados. Sólo en aproximadamente un 10% de las mismas se hace referencia a médicos. Por ser un asunto común, no se convierte en noticia.

Pregunta 18.- ¿Creemos que hay demanda de un gran estudio nacional sobre SQT en la profesión médica? ¿Qué piensan los Colegios de Médicos?

Exposición:

Consideramos que sería necesario y muy conveniente que pudiera realizarse el estudio de la prevalencia del SQT a nivel nacional, como ya se ha hecho en otros países, con muestras representativas de médicos de las diferentes especialidades, y especialmente de facultativos MIR y de otros profesionales sanitarios, con inclusión de las condiciones objetivas de la organización y de las tareas que realiza cada trabajador, así como las percepciones subjetivas personales (del SQT, satisfacción laboral, calidad de vida, etc.). Se trataría de un estudio multinivel, de grandes grupos, de gran complejidad metodológica, y que deberá incluir médicos de Atención Primaria y Especializada, del ámbito rural y urbano, de pequeños y grandes centros, etc.

Para ello sería necesario contar con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales que existen en todas las Áreas de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas, y que tienen encargado por ley la prevención de riesgos psicosociales tales como el SQT, por los técnicos de Psicología Aplicada y Ergonomía y por los Médicos del Trabajo. Los médicos tienen aún bastantes posibilidades de seleccionar su especialidad, pero esa autoselección no implica necesariamente que estén capacitados para ejercerla en todos los casos. De hecho, todos conocemos casos de elección inadecuada de especialidad y de las consecuencias que ocasiona. En este sentido es muy importante el papel de los Servicios de Prevención para valorar la aptitud de un profesional a un puesto de trabajo concreto, así como para ver la posible adecuación o adaptación de la persona al puesto de trabajo.

Por otra parte, es necesario poner de manifiesto que el sistema ya cuenta con la normativa que regula la asistencia a los profesionales sanitarios quemados por el trabajo desde 1995, con la ley de prevención de Riesgos Laborales. Pero, deberíamos preguntarnos ¿por qué apenas se emplea este procedimiento, salvo en casos graves y habitualmente crónicos y complicados? Desde luego, todos deberíamos hacer autocrítica acerca de cómo se están gestionando los Servicios de Prevención, si se les ha dotado de los medios necesarios para poder realizar con eficacia su misión, y si dada la magnitud de los problemas que deben afrontar, deberían reestructurarse y dotarse de más recursos. Es labor de todos luchar contra el estigma de la enfermedad mental y promover el reconocimiento y la petición de la ayuda profesional adecuada para este tipo de padecimientos, igual que podemos hacer para otros problemas médicos.

Si fuera posible económicamente, convendría incluir indicadores fisiológicos y metabólicos para analizar el daño a la salud personal, como por determinaciones de estrés oxidativo celular, porque todo tipo de estrés psicosocial al final acaba siendo estrés oxidativo a nivel celular (91).

También sería conveniente incluir medidas de satisfacción de los pacientes, ya validadas y disponibles en nuestro país(92, 93). Esos autores validaron el Cuestionario para la evaluación de la relación médico-paciente con 9 ítems de Cristina Van der Felz-Cornelis y cols (94).

Para todo ello, siempre se podrá contar con el apoyo de los diferentes Colegios de Médicos provinciales, así como de la Organización Médica Colegial.

Conclusión:

La Organización Médica Colegial (OMC) cree que el SQT es un grave problema entre los médicos y que los datos parciales de los que se dispone en España justificarían un gran estudio nacional sobre el tema. El estudio debería tener un gran rigor metodológico e incluir la adecuada proporción de médicos trabajando dentro y fuera del medio hospitalario y dentro y fuera del medio urbano, así como tanto en el ámbito de la sanidad pública como en de la privada.

Pregunta 19.- ¿Qué papel juegan o deberían jugar las Humanidades en la prevención y tratamiento del SQT?**Exposición:**

Un reciente meta-análisis intentaba resumir las intervenciones que previenen y tratan el SQT (95), y concluyó que las estrategias efectivas se dividen en individuales (*mindfulness*, entrenamiento en la gestión del estrés o sesiones de trabajo en grupos pequeños) y de organización del sistema (evaluaciones del horario laboral y modificaciones locales de procesos clínicos).

Aunque con un menor nivel de evidencia, las Humanidades y las Artes pueden ayudar a prevenir o reducir el SQT (95, 96). La Medicina del Siglo XX se tecnificó gracias a incorporar los múltiples descubrimientos y avances científicos en etiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Desgraciadamente, la relación médico-paciente se deterioró, pasando a una relación de superioridad, con escasa comunicación y cero empatía, incluso derivando los sentimientos fuera del ámbito médico, y el cuidado y afectos circunscribirlo a enfermería, o incluso a otros profesionales como psicólogos. La formación en las Facultades de Medicina se realiza en ausencia de arte y produce, por lo tanto, médicos sin arte. Cuando alguien decide convertirse en médico, parece que todo converge en una capacitación en el campo científico-técnico, con una orientación exclusiva hacia la enfermedad y no hacia la salud o la persona. Se enseñan materias muy específicas, dejando poco o ningún espacio y tiempo para la cultura, los deportes, la música y otras

artes. Los intereses culturales se consideran superfluos, y no se evalúan durante la carrera ni en el examen MIR. Pero las Artes deben considerarse como la base de las humanidades y el crecimiento personal del médico (95, 97-100). Son esenciales para la comprensión, el tratamiento y el cuidado del verdadero enfoque de nuestro trabajo presente y futuro: las personas. De hecho, muy a menudo los mejores clínicos, que han pasado a la historia como genios, también fueron pintores, escultores, escritores, científicos y humanistas.

Uno de los más grandes médicos españoles de todos los tiempos, José de Letamendi (1828-1897), que fue profesor de anatomía y patología general, y también antropólogo, filósofo, pedagogo, pintor y violinista, decía: "El médico que sólo de Medicina sabe, ni de Medicina sabe" (101).

Las máquinas no muestran empatía, ni saben cómo llegar al alma hablando o con una mirada, sentir, pensar sobre cosas que preocupan a nuestros pacientes, como sí pueden hacer los médicos humanistas, más allá de la evidencia científica. La medicina puede considerarse el arte que cura la enfermedad del paciente y el alma del paciente y del propio médico. Debemos profundizar en el conjunto de cualidades que caracterizan al buen estudiante de medicina, futuro médico y persona humana. Incuestionablemente, hay requisitos técnicos fundamentales que todo médico debe internalizar, durante su etapa de educación generalista o después como formación continuada. Pero la visión humanista, desde la música, poesía, filosofía, dialéctica, lecturas biográficas, e incluso el voluntariado, son el pretexto perfecto para cambiar actitudes y tomar conciencia del sentido último de las cosas, para trabajar en las llamadas habilidades "blandas" y para aprender herramientas valiosas para empoderarnos.

Como botón de muestra, la Ópera es Arte con mayúsculas. *Gesamtkunstwerk* (traducible del alemán como obra de arte total) que es un concepto atribuido al compositor Richard Wagner, quien lo acuñó para referirse a la ópera como un tipo de obra de arte que integraba las antiguas seis Bellas Artes: la música, la danza, la poesía, la pintura, la escultura y la arquitectura (102).

La iniciativa internacional "EL MÉDICO COMO HUMANISTA", que recientemente celebró su II Simposio Internacional del 1 al 3 de abril de 2019 en la Universidad Sechenov en Moscú, Rusia, tiene como misión mejorar la enseñanza y la práctica de la Medicina promoviendo las Humanidades en las profesiones sanitarias. Y pretende reincorporar los valores humanistas en las profesiones médicas, facilitando el diálogo entre las Humanidades y las Ciencias Biomédicas. El III Simposio ya se está planificando, a

celebrarse del 25 al 28 de marzo de 2020 en Ciudad de México DF, México, organizado por la Universidad Anáhuac.

Proponemos recuperar y facilitar en la educación médica general temas de Filosofía, Artes y otras disciplinas más allá de los libros de texto médicos y quirúrgicos. Debería ayudar a sobrevivir y superar el SQT, y ayudarnos a vivir una vida plena, como médicos y como personas. La implicación de la administración es clave en la prevención, pero también en la recuperación de los médicos afectados.

Conclusión:

Es indudable la necesidad de reintroducir las Humanidades en el curriculum académico de la carrera de medicina, y sugerimos que su mejor conocimiento podría ser una herramienta preventiva y terapéutica frente al SQT (“burnout”).

Pregunta 20.- ¿Qué aspectos éticos concita todo esto?

Exposición:

Cuando los términos designan problemas complejos y de perfiles no bien definidos, siempre conviene echar la vista atrás y reconstruir su historia, porque ella nos permitirá entender muchos aspectos que de otro modo nos pasarán desapercibidos. La expresión “estar quemado” tiene un sentido literal, el de las consecuencias sufridas por la exposición al fuego, y otro metafórico, el resultado de la acción nociva de fuegos distintos del físico, pero no por ello menos reales. La expresión “líder quemado” fue frecuente en los movimientos sociales, y sobre todo en el interior de los grupos revolucionarios, desde mediados del siglo XIX. Los dirigentes se consideraban quemados cuando ya no podían resistir la presión inherente a su cargo y tenían que ser sustituidos. Esto era frecuente en las organizaciones políticas y sindicales.

Como sucede con otras expresiones, esta ha venido a menos en esos contextos clásicos y ha cobrado nueva vigencia en el interior de las organizaciones profesionales. Hasta tal punto es esto así, que cuando en 1974 Freudenberger acuñó la expresión *burn-out syndrom*, síndrome del quemado, lo hizo a partir de su experiencia con profesionales, en especial sanitarios(6). Cuando hoy alguien utiliza el término “quemado” en sentido

metafórico, todo el mundo entiende que se está refiriendo a un profesional, y probablemente a un médico.

Este cambio de atribución no deja de ser sorprendente. Y nos pone sobre la pista de un hecho histórico de la máxima importancia, cual es el del incremento de la presión social sobre los profesionales, especialmente sobre las en otro tiempo denominadas “profesiones liberales”. Sus miembros han de tomar continuamente decisiones de enorme responsabilidad, pero a la vez se ven obligados a hacerlo de modo cada vez más rápido y en un mayor número de casos. La gestión empresarial del ejercicio de estas profesiones ha llevado a un incremento muy considerable de la eficiencia, pero también al aumento exponencial de la presión sobre sus miembros, todo unido a un crecimiento de la conflictividad, que la profesional vivencia como una falta de reconocimiento social y, por si esto fuera poco, con una remuneración económica cicatera, cuando no claramente injusta.

El desgaste profesional se ha convertido, a partir de Freudenberg, en un “síndrome”, es decir, en un conjunto de síntomas que aparecen juntos: nerviosismo, fatiga, pérdida de ilusión por el trabajo, dificultad de concentración, aumento del número de errores, etc. Como existen pruebas objetivas que sirven para diagnosticar este síndrome, no hay más que repasar los ítems que las componen para tener una idea de cuáles son sus síntomas principales.

Pero el diagnóstico sindrómico, hasta ahora casi el único estudiado, dice poco o nada sobre sus causas. Para ello es preciso llevar a cabo un “diagnóstico etiológico”, algo bastante más difícil y complejo, ya que exige analizar las “causas” que desencadenan el complejo sintomático que caracteriza al síndrome.

Como en toda enfermedad, cabe distinguir dos tipos de factores, los “predisponentes” y los “desencadenantes”. Ya decía Galeno que los procesos patológicos se debían a la convergencia de dos tipos de causas, que el denominó “procatárticas”, internas o predisponentes, y “proegúmenas”, externas o desencadenantes. Ambas son necesarias, de tal modo que las primeras sin las segundas no dan como resultado una enfermedad, de igual modo que tampoco estas últimas sin las otras.

No hay duda de que al síndrome de desgaste profesional predisponen ciertos factores biológicos y psicológicos, como la enfermedad física, la enfermedad mental, la falta de madurez, la poca fortaleza antes las adversidades (lo que hoy se denomina, más

en inglés que en español, débil resiliencia), etc. Es claro que todos estos factores han estado presentes en los profesionales desde siempre, lo que viene a indicar que ellos pueden ser causa “necesaria”, pero no “suficiente” para el desarrollo del síndrome. No toda persona con poca fortaleza física o mental desarrolla un síndrome de desgaste profesional, etc.

Esto nos obliga fijar la atención sobre los otros factores, los “desencadenantes”. Estos, a diferencia de los anteriores, han de caracterizarse por ser “nuevos”, de modo que deben estar en relación con los cambios acaecidos en las profesiones liberales, y muy concretamente en la medicina, durante el último medio siglo. Entre ellos se encuentran, cuando menos, los siguientes:

- *Los cambios en las relaciones profesionales, que han pasado de ser verticales a horizontales.* De nuevo la medicina es un ejemplo típico de esto. El modelo clásico de relación vertical era el llamado “paternalismo”, en el que el profesional interactuaba, en el caso del médico, con el paciente, siguiendo el modelo de la relación padre-hijo, de tal modo que buscaba lo mejor para el paciente, pero sin el paciente, es decir, sin incluirle en el proceso de toma de decisiones.
- *El nuevo perfil de los usuarios, que de amigos morales han pasado a ser extraños morales.* El resultado de este cambio es la desconfianza mutua, que lleva al profesional a protegerse ante las posibles demandas. En el caso de los pacientes, la expresión de esto han sido sus “códigos de derechos”. El profesional ha visto esto como la juridificación y burocratización de las relaciones profesionales, ante las que ha buscado defenderse a través de la llamada “medicina defensiva”.
- *La tiranía de la “cultura de la eficiencia”, que ha hecho cada vez menos gratificante el ejercicio de la profesión.* La eficiencia es el principio básico de la ciencia económica. De la mano de los economistas pasó a imponerse en el trabajo industrial durante la primera mitad del siglo XX, y en la segunda ha ido introduciéndose también en las instituciones profesionales. Un ejemplo paradigmático de esto lo constituye el hospital, que de estar dirigido por médicos ha pasado a serlo por gestores profesionales, en un intento por incrementar su eficiencia. Este cambio se ha visto reforzado por la crisis económica de los años 2008-2014, hasta el punto de que los profesionales han comenzado a sentirse incómodos, considerando, en un número creciente de casos, que se les estaba obligando a ejercer la profesión en condiciones incompatibles con la calidad, el

decoro y la ética profesional. Un ejemplo de esto lo ha constituido el debate norteamericano sobre el llamado *managed-care*.

- *La revolución operada en la propia medicina científica, que ha puesto en cuestión las bases tenidas por inamovibles durante toda su historia.* Este es el caso de la que hoy se conoce con los nombres de “medicina personalizada”, “medicina genómica” o “medicina de precisión”, que obliga a revisar categorías hasta hace nada tenidas por intocables, como la de “especificidad” de los procesos clínicos, de tal modo que la función del profesional consistía en identificar la “especie morbosa” sufrida por el paciente, a partir de ella dar con la “etiología específica” del proceso y buscar el “tratamiento específico”. Esta era la cadena de la especificidad, que en las últimas décadas ha perdido gran parte de su antigua importancia. La genética nos ha convencido de que no hay un cáncer de mama, sino muchos, y que lo mismo sucede con las demás entidades morbosas, la diabetes, la esquizofrenia, o cualquier otra. Cada día cobra mayor vigencia el apotegma clásico de que “no hay enfermedades sino enfermos”.

La convergencia de estos cuatro factores ha cambiado el ejercicio de la medicina de tal modo, que a muchos profesionales les cuesta identificarse con el nuevo rol. Esto no es lo que les enseñaron en la Facultad, ni lo que les llevó a estudiar esta carrera o a elegir esta profesión. La consecuencia es la frustración, el desánimo, y muchas veces el sentimiento de culpa. Saben que no saben y que no pueden hacer las cosas bien, como ellos quisieran. Es lo que desde Sócrates se denomina “el saber del no saber”, que si no lleva al abandono del ejercicio profesional, exige la búsqueda de soluciones.

Son varias las soluciones que se han propuesto. Una, que los profesionales puedan estudiar con calma a sus pacientes. Tal es, por ejemplo, lo que pretende la llamada “plataforma 10 minutos”. Los movimientos sindicales, por su parte, han buscado el remedio en la mejora de las condiciones laborales y sobre todo económicas de los profesionales, siempre escasas, pero muy venidas a menos durante los años de la crisis.

Nuestra opinión es que todas esas medidas, con ser útiles y muy puestas en razón, no acabarán con el síndrome de desgaste profesional. Porque el mayor desgaste no lo genera la prisa, ni tampoco los bajos ingresos, sino la sensación que tiene el profesional de que no está haciendo las cosas como deberían hacerse. Intuye que debe hacerlas de modo distinto a aquél que le enseñaron durante los años de Facultad y de residencia, pero no sabe cómo. Le entrenaron para tomar decisiones a la vista de los hechos clínicos, pero no

le formaron sobre el otro elemento que hoy es necesario introducir en todo proceso correcto de toma de decisiones: la gestión correcta de los valores del paciente. Una anemia grave no puede tratarse de igual modo en un Testigo de Jenová que en una persona que no lo es. Los valores son muchos, económicos, sociales, culturales, religiosos, etc., y todos hay que tenerlos en cuenta en la relación clínica. Los valores hay que explorarlos, como se exploran los hechos clínicos. Lo cual exige formación y entrenamiento adecuados, de igual modo que se necesitó en el caso de los hechos clínicos. Las condiciones del ejercicio médico han cambiado a una velocidad muy superior a la de los programas de formación.

Hace ahora 15 años, en 2004, llamamos la atención sobre este problema (103) que desde entonces no ha hecho más que incrementarse y ganar en importancia. La urgencia en el remedio ha llevado a que los programas existentes de formación en bioética se hayan organizado precipitadamente, y con docentes ellos mismos necesitados de formación. El problema primario y más grave es quién enseña al enseñador. Porque, hoy como antaño, sigue siendo cierto que “si un ciego conduce a otro ciego, ambos caerán en el hoyo” (Mt 15,14).

Conclusión:

En este último medio siglo el ejercicio de las llamadas profesiones liberales, y muy en particular el ejercicio de la medicina ha sufrido un cambio drástico. Hay, al menos, cuatro factores en ello: el paso de unas relaciones interhumanas de tipo vertical y paternalista a otro horizontal, presidido por las cartas de derechos de los enfermos; la conversión de los pacientes de amigos morales en extraños morales, y el consiguiente auge de la medicina defensiva; la aparición de la cultura de la eficiencia en las instituciones sanitarias, que ha obligado al profesional a tener en cuenta el factor económico, a veces incluso en detrimento de otros factores que él considera moralmente vinculantes; y, en fin, la revolución que están suponiendo los avances científicos, y más en concreto el auge de la llamada medicina personalizada o medicina de precisión.

Los conflictos que generan todas estas novedades son muchos y de diverso tipo, pero de todos ellos hay uno sobre el que pocas veces se llama la atención. Se trata de que la exploración y diagnóstico de un paciente exige hoy tener en cuenta no sólo los datos clínicos, sino también sus valores, algo para lo que los profesionales no han sido suficientemente entrenados. Muchas veces no saben cómo proceder bien, pero sí saben que no lo están haciendo correctamente. Este es el que cabe denominar “burnout moral”, para el cual no hay otro tratamiento correcto

que la adecuada formación en valores. Algo que se hace poco y, además, con programas de muy escasa calidad.

Declaración de transparencia / Potencial conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses. Esta publicación fue financiada por GSK. Los autores no han recibido ningún honorario por su colaboración.

REFERENCIAS

1. Gil-Monte PR. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout). Quinta Edición ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2017 2017.
2. Gil-Monte PR. Influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *European Psychologist*. 2012;17:231-6.
3. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2016;15(2):103-11.
4. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical teacher*. 2017;39(2):160-3.
5. Gil-Monte P, Viotti S, D. C. Propiedades psicométricas del «Cuestionario para el Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*. 2017;23: 153-69.
6. Freudenberger H J. Staff burnout. . *Journal of Social Issues* 1974;30:159–65.
7. Edelwich J, A. B. *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. . Nueva York: Human Sciences Pres; 1980.
8. Pines A, D. K. Tedium in the life and work of professional women as compared with men. . *Sex Roles*. 1981;7:963-77.
9. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clinical psychology review*. 2015;36:28-41.
10. Maslach C, E. JS. *Maslach Burnout Inventory. Manual*. . Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.; 1981.
11. Maslach C, SE. J, P. LM. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Ed r, editor. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.; 1996.
12. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*. 2009;250(3):463-71.
13. Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, Dumanian GA, Kim JY, Rawlani V. Burnout phenomenon in U.S. plastic surgeons: risk factors and impact on quality of life. *Plastic and reconstructive surgery*. 2015;135(2):619-26.
14. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic proceedings*. 2015;90(12):1600-13.
15. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of pain and symptom management*. 2016;51(4):690-6.
16. Li H, Zuo M, Gelb AW, Zhang B, Zhao X, Yao D, et al. Chinese Anesthesiologists Have High Burnout and Low Job Satisfaction: A Cross-Sectional Survey. *Anesthesia and analgesia*. 2018;126(3):1004-12.
17. Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2017;28(7):1590-6.
18. Grau Martin A, Flichtentrei D, Suner R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español (2007). *Revista española de salud pública*. 2009;83(2):215-30.
19. Grau A, Suner R, Garcia MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*. 2005;19(6):463-70.

20. Riquelme I, Chacon JI, Gandara AV, Muro I, Traseira S, Monsalve V, et al. Prevalence of Burnout Among Pain Medicine Physicians and Its Potential Effect upon Clinical Outcomes in Patients with Oncologic Pain or Chronic Pain of Nononcologic Origin. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2018.
21. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *Jama*. 2018;320(11):1131-50.
22. Moreno-Jiménez B, González JL, E. G. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. In: (Eds) JByFR,
23. Jefatura del Estado. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*. 1995;269(10-11).
24. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. (burnout). EG-MPyMJBESdqpet, editor. Madrid: Pirámide; 2007.
25. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In: W.B. Schaufeli CMYTME, editor. *Professional burnout recent developments in theory and research* London: Taylor and Francis; 1993. p. 135-49.
26. Ruzycki SM, Lemaire JB. Physician burnout. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2018;190(2):E53.
27. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2018;75(3):147-52.
28. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*. 2017;17(1):264.
29. Bauernhofer K, Bassa D, Canazei M, Jimenez P, Paechter M, Papousek I, et al. Subtypes in clinical burnout patients enrolled in an employee rehabilitation program: differences in burnout profiles, depression, and recovery/resources-stress balance. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):10.
30. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international*. 2011;108(46):781-7.
31. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS one*. 2015;10(8):e0136955.
32. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2017;177(2):195-205.
33. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saude publica*. 2005;39(1):1-8.
34. Price DM, Murphy PA. Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death education*. 1984;8(1):47-58.
35. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall Press.; 1982.
36. Golembiewski RT, Munzenrider R F, D. C. Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and proxis. . *Journal of Applied Behavioral Science*. 1983;19:461-81.
37. Paine W S. The burnout syndrome in context. En J. W. Jones (Ed.) p, editor. Park Ridge, Illinois: London House Press.; 1982.
38. Vanheule S, Lievrouw A, P. V. Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*. 2003;56: 321-32.
39. Oosterholt B G, Maes J H, Van der Linden D, Verbraak M J, A. KM. Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. . *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2014;17: 400-9.

40. van Dam A. Subgroup analysis in burnout: Relations between fatigue, anxiety, and depression. *Frontiers in Psychology*. 2016;7-90.
41. Tops M, Boksem M A, Wijers A A, van Duinen H, Den Boer J A, Meijman T F aK, J. The psychobiology of burnout: Are there two different syndromes? . *Neuropsychobiology*. 2007;55: 143–50.
42. Gil-Monte. P R. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
43. Maslach. C, Jackson. S E. MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition. . Palo Alto, CA.: University of California, Consulting Psychologists Press; 1986.
44. Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of occupational health psychology*. 1999;4(2):95-107.
45. Shirom A. Job related burnout: a review. (eds) QJTL, editor. Washington, DC,: American Psychological Association; 2003. 245– 64.
46. Hatfield. E, Cacioppo. JT, L. RR. Emotional Contagion. . New York. : Cambridge University Press, 1994.
47. McIntosh. DN, Druckman. D, B. ZR. Socially induced affect. . In: Druckman D. & Bjork R.A. (eds), editor. In *Learning, Remembering, Believing: Enhancing Human Performance*. Washington, DC: National Academy Press; 1994. p. 251–76.
48. Howes MJ, Hokanson JE, Loewenstein DA. Induction of depressive affect after prolonged exposure to a mildly depressed individual. *Journal of personality and social psychology*. 1985;49(4):1110-3.
49. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*. 2005;51(3):276-87.
50. Karasek. R A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design. . *Administrative science quarterly*. 1979; 24:285–308.
51. Karasek. R A. Job Content Questionnaire. . University of Southern California, Los Angeles, CA 1995.
52. Van Veldhoven. M, De Jonge. J, Broersen. S, Kompier. M, Meijman. T. Specific relationships between psychosocial job conditions and job related stress: a three-level analytic approach. . *Work and stress*. 2002;16: 207–28.
53. Groenestijn. E, Buunk. B P, Schaufeli WB. Het besmet- tingsgevaar bij burnout: De rol van sociale vergelijkingsprocessen In: Meertens R.W. BAP, van Lange P.A.M. & Verplanken B.,(eds),, editor. In *Sociale psychologie & beïnvloeding van inter-menselijke en gezondheidsproblemen* The Hague, The Netherlands, : VUGA,, ; 1992. p. 88–103.
54. Gálvez. M, Moreno. B, Mingote. J. El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. . Madrid: Díaz de Santos 2009.
55. Maslach. C, Leiter. M. The Truth about Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it. . San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
56. Shirom. A, Nirel. N, Vinokur. A. Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating affects by perceived workload and by autonomy. . *Applied Psychology: An International Review* 2010;59:539-65.
57. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. 2016. BOE-A-2015-11724.
58. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE. 2006;302, de 19 de diciembre de 2006 Referencia: BOE-A-2006-22169.

59. Organización Internacional del Trabajo. Enfermedades profesionales de la OIT. In: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf, editor. 2010.
60. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open medicine (Warsaw, Poland)*. 2018;13:253-63.
61. Gálvez. M, Moreno. B, Mingote. JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Icaro. Madrid: Diaz de Santos; 2009.
62. Lasalvia A, Tansella M. Occupational stress and job burnout in mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2011;20(4):279-85.
63. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, et al. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;195(6):537-44.
64. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic proceedings*. 2016;91(4):422-31.
65. Weight CJ, Sellon JL, Lessard-Anderson CR, Shanafelt TD, Olsen KD, Laskowski ER. Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. *Mayo Clinic proceedings*. 2013;88(12):1435-42.
66. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic proceedings*. 2015;90(4):432-40.
67. Le Blanc PM, Hox JJ, Schaufeli WB, Taris TW, Peeters MC. Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *The Journal of applied psychology*. 2007;92(1):213-27.
68. Steven. G, editor Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention: Presidential address. . Annual Meeting of the American Gynecological and Obstetrical Society; 2002; Hot Springs: September 12-14.
69. Butow P, Cockburn J, Girgis A, Bowman D, Schofield P, D'Este C, et al. Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psycho-oncology*. 2008;17(3):209-18.
70. Lopez-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Luna JD, Catalan J. Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1999;68(6):348-56.
71. Fridner A, Belkic K, Marini M, Gustafsson Senden M, Schenck-Gustafsson K. Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss medical weekly*. 2012;142:w13626.
72. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960)*. 2011;146(1):54-62.
73. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*. 2014;14:325.
74. Cano-Langreo. M, Cicirello-Salas. S, López-López. A, Aguilar-Vela. M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med segur trab* 2014;60(234):198-218.
75. Mingote Adán. JC, Crespo Hervás. D, Hernández Álvarez. M, Navío. M, C. RG-P. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab*. 2013;59:176-204.
76. Siu C, Yuen SK, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi*. 2012;18(3):186-92.
77. Hoff T, Whitcomb WF, Nelson JR. Thriving and surviving in a new medical career: the case of hospitalist physicians. *Journal of health and social behavior*. 2002;43(1):72-91.

78. Zhang Y, Feng X. The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2011;11:235.
79. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC health services research*. 2014;14:254.
80. Hamidi MS, Bohman B, Sandborg C, Smith-Coggins R, de Vries P, Albert MS, et al. Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported burnout and associated financial burden: a case study. *BMC health services research*. 2018;18(1):851.
81. Lopez-Jimenez J M. La consideración por la OMS del burnout como enfermedad profesional es un hito. <https://confi legalcom/20190602-la-consideracion-por-la-oms-del-burnout-como-enfermedad-profesional-es-un-hito/>. 2019.
82. Tejero Acevedo. R, Graña Gómez. JL, Muñoz Rivas. M, Peña Fernández. ME. Consideraciones sobre el síndrome Burnout como una forma de estrés laboral. *Jurisprudencia y legislación relacionadas. Psicopatología Clínica, legal y forense*. 2002;2(1): 95-115.
83. Gobierno de España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. . BOE. 2015.
84. Sempere-Navarro E. El estrés laboral como accidente de trabajo. Social RdA, editor. Cizur Menor. : Editorial Aranzadi, S.A.U., ; 1999.
85. Sánchez Pérez. J. El síndrome del trabajador quemado (burn out) su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral. *Revista de información laboral*, ISSN 0214-6045, . 2016;5:8-14, 31-50.
86. Jefatura del Estado. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. . 1995. Boletín Oficial del Estado.
87. Jefatura del Estado. LEY 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. . Boletín Oficial del Estado. 2003; N° 298, 13/12/2003. [:https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-228611](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-228611).
88. López M. Informe de calidad de vida y desgaste profesional del médico: España. . Medscape [Internet] 1 2012: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000099.mon>
89. Oliva. J, Peña. LM, González. B, Urbanos. R, Barber. P, Zozaya. Crisis económica y salud en España. . Madrid: MSCBS; . 2018; <https://bit.ly/2YVydEJ>.
90. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. . Informes temáticos basados en el documento sobre el Sistema Nacional de Salud . 2018;<https://bit.ly/2W5PM73>.
91. Castellanos Asenjo. A. Tesis doctoral sobre Modelo de gestión de prevención en un servicio de Medicina Intensiva. Identificación y valoración de las causas de los niveles de estrés oxidativo. . Universidad de Valladolid. 2008.
92. Mingote Adán. JC, Moreno Jiménez. B, Rodríguez Carvajal. R, Gálvez Herrer. M, Ruíz López. P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). . *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009; 37 94-100.
93. Moreno-Jiménez. B, Rodríguez-Carvajal. R, Gálvez. M, Garrosa. E. Aspectos psicosociales de la práctica clínica. . *Atención Primaria y Salud Mental*. 2005;8:12-20.
94. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General hospital psychiatry*. 2004;26(2):115-20.
95. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*. 2016;388(10057):2272-81.
96. Boudreau JD, Fuks A. The Humanities in Medical Education: Ways of Knowing, Doing and Being. . *J Med Humanit*. 2015; 36:321-36.

97. Young RK. Introducing The Arts and Medicine: JAMA Turns Another Page. JAMA. 2016;316:1365.
98. Epstein M. For a truly humanistic ethic, we need truly humanistic medicine. . Br Med J 2014;348:g1133.
99. Glick. SM. Sounding board. Humanistic medicine in a modern age. The New England journal of medicine. 1981;304:1036-8.
100. Orefice. C, Baños. JE, Eds. The role of humanities in the teaching of medical students. Barcelona (Spain): Fundació Dr Antoni Esteve; 2018.
101. Pulido y Fernández .Ángel. Biografía del Dr. D. José de Letamendi y Manjarrés. Anales de la Real Academia de Medicina 1898;2-3: 97-136.
102. Soriano. JB. On Doctors and Their Operas: A Critical (and Lyrical) Analysis of Medicine in Opera. Chest. 2018;154:409-15.
103. Gracia. D. Medice, cura te ipsum: Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Real Academia Nacional de Medicina. 2004(Madrid).

SUPLEMENTO eidon



| JULY 2020 |

WORK-RELATED BURNOUT SYNDROME IN PHYSICIANS IN SPAIN

WORK-RELATED BURNOUT SYNDROME IN PHYSICIANS IN SPAIN

Authors:

Bouza E. ^{1,}
*Gil-Monte P.R. ²
Cortell-Alcocer M.³
Del Rosario G.⁴
González J.⁵
Gracia D.⁶
Martínez Moreno A.⁷
Melero Moreno C.⁸
Molero García JM.⁹
Montilla P.¹⁰
Peñacoba E.¹¹
Rodríguez.Créixems M.¹²
Rodríguez de la Pinta ML.¹³
Romero Agüit S.¹⁴
Sartorius N.¹⁵
Soriano JB.¹⁶
Palomo E. ¹⁷

*Both first authors

¹- Clinical Microbiology and Infectious Diseases Department, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, School of Medicine, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, and CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES CB06/06/0058), Madrid.

²Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO), Universitat de València.

³- Psychologist Specialist in Clinical Psychology. Ibermutuamur collaborator. Valencia.

⁴-Journalist. EFE Health Agency. Madrid

⁵-Doctor in Pharmacy. Universidad Complutense de Madrid

⁶- Emeritus Professor. Universidad Complutense. Madrid President, Ciencias de la Salud Foundation. Madrid

⁷-Specialist in Clinical Psychology. Organisation and Human Resources Consultant. Associate Professor at the Universitat de València. Director of Aduma-Psicología. Valencia

⁸- Pneumology Department and Research Institute (i+12) Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.

⁹- Family Physician. Madrid Health Services. Secretary of SIME-CSIT Professional Union. Madrid

¹⁰- Senior Medical Specialist in Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Clinical Microbiology Department of the Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid

¹¹- Lawyer – Simmons & Simmons LLP. Branch in Spain. Madrid

¹²- Specialist in Clinical Microbiology. Department Head (Retired). Clinical Microbiology and Infectious Diseases Department. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense. Madrid

¹³- Occupational Risks Prevention Department Head Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

¹⁴.-President of the General Council of Official Medical Associations of Spain. Madrid

¹⁵.- Psychiatrist of the Comprehensive Care Plan for the Sick Healthcare Professional (PAIPSE). General Directorate of Human Resources. Ministry of Health. Madrid

¹⁶.- Epidemiologist. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid.

¹⁷.- Pharmacist. Director of Ciencias de la Salud Foundation. Madrid Spain.

Running title: Work-related burnout syndrome in physicians Spain

Corresponding author:

Emilio Bouza MD, PhD.

Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.

C/ Dr. Esquerdo, 46

28007 Madrid, Spain

Telephone: +34- 91- 586 84 53/Fax: +34- 91- 504 49 06

E-mail: emilio.bouza@gmail.com

Alternative corresponding author

Esteban Palomo, PhD.

Director. Ciencias de la Salud Foundation

C/ Severo Ochoa 2

28760 – Tres Cantos Madrid

Telephone: +34 91 3530150

ABSTRACT

Work-Related Burnout Syndrome is a complex multi-faceted disease that is not always easy to diagnose. This article brings together the views of a group of professionals (physicians, psychiatrists, psychologists, journalists, lawyers, trade unionists, representatives of professional organisations) on the problem of burnout in the medical profession. The document is the result of the answers that different members of the group have prepared to different questions on the subject with conclusions derived from the discussion among all the participants. It emerges that burnout is an entity with a high incidence in physicians, with serious work, personal and economic repercussions, whose recognition as a disease is changing in recent years. It affects more often some specialties, such as Primary Care, Oncology, Intensive Care Medicine, and Palliative Care, the common factor being an increased qualitative or quantitative demand on the professional. Although it may have a substratum of personal characteristics, it is more commonly associated with extrinsic factors specific to the organisation of work and the management of occupational risks. It involves serious indirect costs for the health system including absenteeism, high financial costs and leads to loss of health and well-being in people who suffer it.

Burnout syndrome is not yet accepted as an occupational disease but case law usually accepts it as a work accident. Very recently, it was announced that the new ICD-11 will include burnout syndrome from 2022 with the code QD-85. The treatment of burnout syndrome is complex, its prognosis uncertain, and it may even induce suicide. The trade unions and the Spanish Organisation of Medical Colleges (OMC) view burnout syndrome with great concern and accept the need for a major study in Spain to clarify the real dimensions of this problem. The press has paid very little attention to it because they consider it a normal and accepted fact. Finally, the participants see a partial solution to the problem in the reinforcement of Humanities in the training of physicians, since in its essence there are fundamental ethical issues justifying its origin and evolution.

INTRODUCTION

Work-Related Burnout Syndrome is a health problem that can affect professionals of all kinds, but in particular those whose activity is related to the care of human beings. Health professionals are particularly exposed to this condition and physicians are the prototypical worker exposed to it. It is an extremely destructive health problem affecting work and personal life. It damages the quality of the work provided and adversely affects the cognitive and emotional spheres of individuals, their family life and even their physical health.

Although this syndrome was identified many years ago, the information about it is very patchy. Definitions are not precise, the process approach depends very much on the professional perspective of whoever is carrying it out and we do not, therefore, have a clean and clear picture of it.

For this reason, the Ciencias de la Salud Foundation, whose objectives include preventative healthcare, has brought together professionals with knowledge of this condition from very different perspectives: Psychiatry, Psychology, Medicine, Professional Unions, Epidemiology, Law and the Organisation of Medical Colleges itself. The idea was to respond, from any of the above standpoints, to the burnout syndrome situation among Spanish physicians, putting not only the limited data available on the table, but also the opinion of the participants.

The format chosen was to prepare a series of questions about the situation, that were asked by the members of the Board of Trustees of the Foundation, to which the participants would answer with the best information available to them. It was a matter of explaining, not only what we know, but fundamentally what we do not know about burnout syndrome in Spanish physicians.

The initial meeting was held at the Royal National Academy of Medicine on 29 May 2019 and this paper aims to cover the most important points of what was discussed that day.

All participants did so in a personal capacity and their views do not necessarily represent those of the associations and groupings to which they belong or which they are a part of. This document does not intend to issue guidelines or recommendations on this subject, but rather to provide an overview of the different aspects, summarise the Spanish situation and express an opinion.

MATERIAL AND METHODS

The questions about burnout syndrome were chosen by the members of the Board of Trustees of the Ciencias de la Salud Foundation with the contribution of an expert on the subject in Spain (PGM). They were subsequently accepted by the participants. Each one was proposed by a speaker who presented his view of the question and, after a debate, a conclusion to each question was agreed on.

The texts of the various speeches were reviewed and approved by all participants after the necessary editorial process prior to publication.

QUESTION 1. What is the best definition of Work-related Burnout Syndrome / Burnout? Does the definition and concept of burnout syndrome require any nuance in its application to the medical profession?

Presentation:

The concept of “work-related burnout syndrome” or *burnout* appears as a concept complex to delimit. There is agreement that it is about: 1.- a response to chronic work-related stress, 2.- a negative subjective experience that impairs the individual’s cognitive, emotional and attitudinal functioning, 3.- that leads to the development of negative behaviours towards work, towards the people with whom the individual has to relate in the working environment and towards his own professional role, and 4.- that is associated with by psychological and physiological disorders. It is a condition that develops progressively and becomes chronic (1). There is also agreement that it is not a psychiatric problem, but a mood disorder, a dysphoria derived from work activity (2-4) that is sometimes accompanied by feelings of guilt (5).

However, the definitions developed to delimit and differentiate it from other psychological and psychiatric problems are numerous and disparate. The first definition in a scientific publication was drafted by Freudenberger in 1974 (6) who defined it as “failing, becoming exhausted, or becoming burned out by making excessive demands on energy, strength or resources”. This definition is characterised by highlighting as the most relevant symptom the emotional and physical deterioration of the person, but does not contemplate other spheres of the psyche that are also recognised as symptoms of burnout syndrome today, namely the cognitive and attitudinal area.

Like Freudenberger, other authors have emphasized in the definition of burnout syndrome the emotional and physical deterioration of the person who suffers it, downplaying other relevant symptoms that allow differentiation from other mood disorders. These definitions include that of Edelwich and Brodsky in 1980 (7) who define it as “a progressive loss of idealism, energy and purpose experienced by specialists in professions aimed at helping people as a result of their professional activities”, or that of Pines and Kafry in 1982 (8) who define it as “a state of mental, emotional and physical exhaustion caused by chronic emotional stress resulting from excessive implication with people over long periods of time”. Subsequently, some authors have concluded that the most relevant symptom of burnout syndrome is emotional deterioration (9). This perspective on the concept of burnout syndrome is supported empirically by the type of questionnaire or scale used for

assessment, such as the Emotional Exhaustion subscale of the *Maslach Burnout Inventory* and the *Burnout Measure* questionnaire (10). However, the most widespread definition is the one derived from the factorial structure of the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) questionnaire, developed by Maslach and Jackson in the 80s (10). As a result of this structure, burnout syndrome is defined as “as a syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people in some capacity”. Although later, after the development of a new version of the MBI(11), burnout syndrome is defined as “a state of exhaustion which is accompanied by cynicism toward the meaning of work and doubts about capacity to perform the professional activity”. The problem with this definition is that it has been produced from the construct, that is, the concept is the result of a defined measure and not of the theoretical conceptualisation and definition of the phenomenon. Adopting this definition is too restricting, since it does not fully reflect the phenomenon. This form of conceptualisation has been criticised because it leads to a tautology, since burnout syndrome is what the MBI assesses and the MBI is the instrument to assess burnout syndrome.

Conclusion:

Burnout syndrome is “a psychological response to the chronic interpersonal and emotional work stress that appears in the professionals of service organisations who work in contact with clients or users of the organisation”. It is characterised by cognitive impairment (loss of the enthusiasm for work or low personal fulfilment in work), affective impairment (emotional and physical exhaustion), the appearance of negative attitudes and behaviours towards clients and towards the organisation and, in some cases, these symptoms are accompanied by feelings of guilt.

QUESTION 2.- What is the extent of Burnout Syndrome in the medical profession? Do we have global, European and Spanish data?

Presentation:

Knowing the scope of burnout syndrome is essential in order to take measures to reduce the appearance of the syndrome. However, the studies carried out have been very different in terms of the methods used and do not allow comparable figures to be given.

When the words “Prevalence” “Burnout” and “Physicians” are entered in PubMed, we get 890 citations, but some of them also include nurses and other healthcare personnel. We will analyse the data from the articles with the greatest number of individuals analysed.

In the US studies, to be noted is the one published by Shanafelt et al. (12) carried out in June 2008, that included 7,905 surgeons in which they found a burnout syndrome prevalence of 39.6%. The factors most often associated with the condition included age, having children, type of surgical specialty, number of nights on duty per week, hours worked, and billing. Following up on data on surgeons, Qureshi HA (13), conducted a study between September 2010 and August 2011 that included 1,691 active plastic surgeons in the U.S. and found a burnout syndrome prevalence of 29.7%.

In another U.S. study, conducted on physicians in general and comparing the results vs a control population (14), the prevalence of burnout syndrome was 54% in the 6,880 participating physicians. After comparison vs the control group, physicians had an increased risk of burnout syndrome and were less likely to be satisfied in the work-life binomial. In addition, the situation of the physicians was worse than that found a few years earlier, in 2011.

Another subgroup of interest is that of North American physicians engaged in Palliative Care in which the prevalence of burnout syndrome was 61.9%, with emotional exhaustion in 60% and depersonalisation in 24%(15).

China, as a representative of the Asian continent, contributes the study of Li et al. (16) who carried out a study in Beijing, using the MBI-SS, in 211 hospitals with the participation of 2,873 anaesthetists, between June and August 2015. It reports a burnout syndrome prevalence of 69% among Chinese anaesthetists with an emotional exhaustion of 57%, a depersonalisation of 49%, and a decrease in personal fulfilment of 57%. They conducted a multi-variate logistic regression and found as independent variables, associated with exhaustion, age, hospital category, working hours per week, number of cases seen per day and sleep quality.

In Europe, Banerjee et al. (17) conducted a large study analysing 595 young (< 40 years) European oncologists, using the database of the European Society of Medical Oncology. The physicians surveyed from 41 European countries were distributed along six areas of Europe: a.- Northern Europe and British Isles, b.- Eastern Europe (Belarus, Estonia, Latvia, Lithuania, Georgia, Moldova, Ukraine and Russian Federation), c.- Southeastern Europe (Albania, Bosnia, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Greece, Israel, Macedonia, Montenegro, Serbia and Turkey), d.- Central Europe (Austria, Czech Republic,

Germany, Hungary, Poland, Romania, Slovakia, Slovenia and Switzerland), e.- Southwestern Europe (Italy, Portugal and Spain) and f.- Western Europe (France, Belgium and Luxembourg) and f.- Western Europe (France, Belgium and Luxembourg). According to this study, 71% of all physicians analysed had evidence of exhaustion, finding emotional exhaustion in 45%, depersonalisation in 50%, and 35% decrease in personal fulfilment (Figure 1).

Figure 1.- Regional distribution of the prevalence of burnout syndrome among young European oncologists



Central Europe showed the highest prevalence with 84% and Northern Europe and British Isles the lowest with 52% and no significant differences were found between women (69%) and men (75%) ($p=0.12$).

In the Hispanic world, Grau-Martin et al. (18) study on-line 11,530 Spanish-speaking health workers from different countries including Argentina (7,503), Mexico (1,125), Ecuador (593), Peru (494), Colombia (337), Uruguay (305), Guatemala (199), Spain (175),

El Salvador (121) and others (678). The study was carried out between December 2006 and September 2007 (9 months), using the MBI plus an in-house questionnaire. There were 9,848 (85.4%) physicians, of various specialties, 49% were women, the average age was 47 years old and the median professional experience was close to 16 years. In this context, the overall prevalence of exhaustion found was 11.4% and particularly among physicians, 12.1%. In the case of Spain, the prevalence found in this article was 14.9%, the highest along with Argentina (14.4%). In terms of the different specialties, emergency department physicians (17%) and internists (15.5%) had the highest prevalence and anaesthetists (5%) and dermatologists (5.3%) the lowest.

This same author (19) carried out a study in the province of Gerona (Spain) in which 5 hospitals participated and included 1,095 healthcare workers, of whom only 24.5% were physicians. Physicians had high levels of emotional exhaustion (46.5%), medium depersonalisation values (45.9%) and low personal fulfilment values (37%).

More recently, Riquelme et al., in the province of Madrid (20), published the prevalence of burnout syndrome among physicians who treat patients with chronic pain at a Pain Clinic. The MBI-HSS is used for the assessment. Of the 301 participating physicians, 22 (7.3%) met the burnout syndrome criteria.

Finally, we will mention a recent meta-analysis carried out by researchers from Harvard University (Boston, Massachusetts) (21) which analyses 182 studies reported in the literature between 1991 and 2018 and that include 109,628 individuals from 45 countries. 85.7% of the authors use one of the MBI versions for assessment, but there is enormous disagreement among the different authors with the general criteria of the subscales to define exhaustion or non-exhaustion. Only 67% of the analysed articles report on overall exhaustion, 72% on emotional exhaustion, 68.1% on depersonalisation and 63.2% on low personal fulfilment. The authors of the meta-analysis report that at least 142 unique definitions were used to meet the general criteria of exhaustion and MBI subscales, most of which were inconsistent. Due to all this heterogeneity, they only performed a qualitative synthesis of the subset of large studies, with at least 300 participants, which included 45 studies and 65,327 individuals from 20 countries. In spite of everything, the results showed very variable prevalences, ranging from 0 to 80.5%. The same applies to data on emotional exhaustion (0-86.2%), depersonalisation (0-89.9%) and personal fulfilment (0-87.1%).

Conclusion:

Burnout syndrome data from around the world, referring to healthcare personnel, are obtained from studies that vary greatly in methods and time, and precise information is lacking in almost all countries. However, it may be concluded that, wherever it has been sought and with the limitations mentioned, burnout syndrome figures are very high among physicians in all places and specialties.

QUESTION 3.- Does simulation exist in this condition? Is there a fictitious and fraudulent burnout syndrome?

Presentation:

Work-related Burnout Syndrome has a number of characteristics that make it difficult to simulate:

- It is not an acute condition, it is a condition with a prolonged onset. It is a progressive phenomenon in which there is a gradual psychological adaptation to emotional requirements maintained over time.
- It is a dynamic process that is started, in most cases, by a stressful situation with a mismatch between the demands on and the resources of the worker, followed by a phase of exhaustion, finally reaching the phase of depersonalisation.
- It has very varied symptoms that can guide us to the correct diagnosis of this syndrome: Affective symptoms related to depression, helplessness, feelings of failure and loss of self-esteem predominate.

Cognitive symptoms include difficulty concentrating or making decisions.

In terms of behavioural symptoms, the subject loses the ability to plan, project, and set goals.

Social aspects are important and among them isolation stands out. Patients with symptoms of professional exhaustion appear as individuals who tend to isolate themselves and withdraw into themselves with their feeling of failure.

The most frequent physical manifestations are headache, muscle aches, loss of appetite, sexual dysfunction and sleep problems. It is also associated with an increase in the consumption of stimulants and other substances.

Reviewing the symptoms, we observe that they are progressive and maintained over time; in addition it is difficult to achieve an improvement in the state of health of the worker without an intervention on the psychosocial factors that affect their work activity.

- The consequences of the syndrome are extensive and significant and affect, as we have already seen, mental and physical health, but also the quality of life and professional effectiveness of the physician (job satisfaction, and quality of care)(22).

In the hypothetical event that there was a fictitious burnout syndrome, the objectives pursued would be framed as follows:

- Failing to attend work. The Temporary Inability to Work may respond to the decision made by the worker with a fraudulent and abusive purpose, since without being ill he takes advantage of a legally accepted formula to miss work. Psychosocial factors are, in many cases, the precedents of absenteeism behaviours and there is scientific evidence that reflects the effect of these on the frequency, duration and incidence of Temporary Incapacity. In general, professional burnout has an impact on the individual's state of health, leading to an increase in absenteeism, related to musculoskeletal disorders, depressive disorders and psychosomatic problems.

Studies of healthcare professionals show that role ambiguity predicted the frequency of short absences in the following twelve months, and the perception of a lack of support from supervisors predicted absences of more than four days, while emotional fatigue predicted absences of more than seven days in the following twelve months. (22).

- Improve working conditions (adaptation/change of workplace). The duties of Occupational Risk Prevention Services include the care for particularly sensitive workers. Article 25 of the Law on the Prevention of Occupational Risks talks about the protection of workers who are especially sensitive to certain risks and states the following: "The employer shall ensure the protection of workers who, because of their own personal characteristics or known biological condition, are particularly sensitive to the risks arising from work. This will be taken into account in the risk assessments and, on the basis of those assessments, the necessary preventive and protective measures will be adopted. Workers shall not be employed in jobs in which, because of their personal characteristics, biological state or because of their duly recognised physical, mental or sensory disability, they, the other employees or other persons related to the company may be placed in danger".

Workers may seek an improvement in their job, requesting an adaptation or change of the same for health problems related to the performance of their work activity.

Conclusion:

There is no data in the literature that would allow us to state that simulation exists as a significant event in Burnout Syndrome.

QUESTION 4.- What are the clearest extrinsic predisposing factors? Are there intrinsic factors?

Presentation:

We believe that burnout syndrome is a response to chronic stress as a result of the failure of the coping strategies that the individual uses to manage work stress(24). In this sense we can identify extrinsic predisposing factors, found in the contexts of labour organisations, and other intrinsic factors that relate to individual capacities and characteristics. Burnout syndrome requires the specific confluence of factors from the two domains combined.

Among the external predisposing factors the following can be identified:

- Frequent relationship with aversive stimulation. This is the case for many healthcare professionals or those who care for others who are dependent.
- Relationships helping people (clients) in contexts that require high levels of involvement. This implies the need to have capacities that allow for the adequate management of involvement in a way that is not excessive, which would increase identification, or too detached (avoidance) which would lead to depersonalisation and, in some people, the appearance of processes of self-blaming.
- Problems in the design of the role structure of which the professional person is a part, so that role dysfunctions occur, especially in relation to conflict, ambiguity and overloading.
- Deterioration of the working environment so that the necessary social support is not available or not appropriate for the situation.
- In general, those socio-occupational situations that involve cognitive overload for different reasons that may make it difficult to obtain a sufficient feeling of sustained control.
- Excessively hierarchical and rigid organisational structures that hinder participation and adequate recognition of efforts. Especially important are the patterns of negative

motivation where people expend most of their efforts in avoiding undesirable consequences rather than to obtaining recognisable achievements.

- More or less abrupt changes in organisations that bring the usual forms of work into question and that may facilitate the emergence of doubts about the adequacy and sufficiency of the personal and professional skills available.
- Erratic and excessively task-oriented management styles rather than towards people and their professional development.

Among the intrinsic factors, the following have been identified in the literature:

- Lack of confidence in one's own abilities, (25) which can occur as a consequence of different failures in the fulfilment of efficacy expectations. In this sense, this situation may be amplified by the existence of high demands and repeatedly scarce resources, which would lead to less self-efficacy as the beginning of the burnout syndrome condition.
- Low self-esteem
- Type A personality characteristics
- Emotional self-management difficulties which, in their extreme form, can take on the characteristics of emotional incompetence.

Although multiple studies have attempted to establish relationships between different factors and personality characteristics and burnout syndrome, we do not consider that a clear relationship could be established. However, adverse working conditions (extrinsic factors) do underscore significant results with respect to burnout syndrome.

Conclusion:

The influence of individual characteristics (intrinsic factors) is relevant and some predisposing factors can be identified, but it is the extrinsic factors, the working conditions, that are the most determinant for suffering burnout syndrome.

QUESTION 5.- What are the most frequent initial clinical manifestations? Who is usually first alerted to this diagnosis?

Presentation:

Burnout syndrome is a diagnostic construct characterised by the primary involvement of three dimensions of reactions to work-related stress, mainly described in jobs that involve “taking care of others”, that is: healthcare workers, educators, and other people involved in various help relationships (members of NGO’s, social workers, etc) (26)

One of its main characteristics is the aforementioned relationship with the work being carried out. Although it is not possible to define one single cause, or even several, the risk factors are related to occupational factors such as the overload of both technically and emotionally demanding work, the limited capacity to control it, the absence of institutional support and recognition, etc. Its main repercussions are also primarily occupational, but soon reach personal life, invading various functional areas of those affected (27, 28).

Descriptions of the syndrome include the appearance of at least three phenomena: 1) emotional exhaustion, with a broad range of symptoms related to it; 2) depersonalisation, characterised by “distancing” and a feeling of detachment from oneself and from one’s environment; and 3) feelings of inability and the uselessness of one’s own efforts.

Methodologically very different studies speak of different subtypes, from the “frenetic” to the “worn out” or from the “exhausted” to the “indifferent” and the “burned out”, with a different prevalence of symptoms of depression or anxiety, and different prognoses (29). The authors who describe them consider the possibility that we are dealing with different evolutionary phases or the combination of these with different types of personality.

In any case, symptoms related to emotional exhaustion seem to be the first to appear. These include sleep disturbances, irritability, difficulties in maintaining concentration, a sensation of a lack of energy, feelings of the futility of one’s own efforts and of ineffectiveness, as well as various somatic symptoms (30).

All the initial symptoms of this syndrome are too non-specific to have high diagnostic validity in the clinical setting; however, they should be understood as warning symptoms. Once the clinical suspicion has been established, there are instruments based on “clusters” of symptoms that allow this syndrome to be differentiated from others sharing symptoms with it, particularly major depressive disorder, generalised anxiety disorder, secondary post-traumatic stress disorder and “compassion fatigue” (31).

As in any other area of medicine the value of a symptom, a syndrome, a biochemical or imaging test, is critically dependent on the prevalence. And this prevalence is particularly high among healthcare professionals. The basis of this problem are the enormous technical-scientific demands of medicine (of medical epistemology), but above all the emotional consequences of an ethical approach that is its true basis, this is the commitment to the patient, especially in circumstances where the needs that this presents exceed the ability of the doctor to meet them (32).

Strikingly, many doctors finally diagnosed with burnout syndrome experience suggestive symptoms early in their professional careers, but the diagnosis, when made, is usually late. This phenomenon may be due to avoidance strategies, fear of stigma, fear of loss of work or consideration by their colleagues or others, and is different in different health systems.

Once burnout syndrome has been recognised and accepted as a defined medical condition, and after an adequate sensitisation of both the potentially affected healthcare professionals and those involved in its diagnosis and treatment (family doctors and other general practitioners and professionals from the Mental Health and Occupational Health Services), it is to be expected that it will be held as a diagnostic possibility in all these areas. This would enable an earlier intervention and minimise harm both to the affected person, and the health organisations and patients.

On the other hand, being recognised as a disease may reduce the stigma associated with this complex syndrome and make it easier for affected professionals to seek help earlier.

Conclusion:

Healthcare professionals, who are subjected to a very high level of work stress due to the emotional, ethical and technical demands imposed by the relationship with their patients, are a professional group in which the level of suspicion about the appearance of burnout syndrome must be very high.

The initial clinical features of this syndrome are very non-specific but the appearance of symptoms related to emotional exhaustion must drive the initiation of diagnostic work in order to differentiate the syndrome from others with which it is often confused. It is not clear where and who alerts initially about the presence of burnout syndrome.

QUESTION 6.- How is Work-related Burnout Syndrome diagnosed?

Presentation:

A few years after Herbert Freudenberger (6) described *Burnout Syndrome* in 1974, Maslach and Jackson (1981) published the first version of the MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (10) and this questionnaire has become the main reference for research and diagnosis of burnout syndrome. Although originally intended to evaluate *burnout* in educators and professionals in services for people, other versions of more general application have subsequently been developed. This means an unquestionable advantage that has provided a more homogeneous understanding of the syndrome in different cultural and professional contexts that is reflected in the three dimensions raised in the MBI: a) emotional exhaustion, b) depersonalisation and c) professional efficiency.

Subsequently, other proposals for the diagnosis and assessment of *burnout* have appeared, such as the *Burnout Measure* (BM, Pines and Aronson, 1988), the *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI, Demerouti, et. al, 2001) or the *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI, Krhristensen et al. 2005).

The Questionnaire for the Evaluation of Work-Related Burnout Syndrome (CESQT, Gil-Monte, 2011) stands out for its relevance in the approach to clinical diagnosis, and considers four dimensions: 1) *Enthusiasm for work* (desire to achieve meaningful work goals) 2) *Psychological exhaustion* (related to the emotional exhaustion of dealing with people) 3) *Indolence* (which translates into depersonalisation and sometimes even cynical attitudes) and 4) *Guilt*. The incorporation of guilt is a particularly significant element in understanding the dynamics of the disorder because:

- 1) Its presence can mean that the person experiences burnout syndrome or that, in its absence, he does not when there is an adaptation to working conditions, even if associated with attitudes of indolence when dealing with people and lack of enthusiasm for work and
- 2) because guilt implies an intensification of depressive symptoms that are linked to burnout syndrome as well as to symptoms of anxiety.

Questionnaires, which are essential for the investigation and for the detection of psychosocial risks in labour organisations, are insufficient for individual clinical diagnosis. This requires tools that allow a greater depth of analysis both of the circumstances and working conditions as well as of the characteristics and contingencies that affect the specific individuals. This is why a clinical interview is essential. At present, there is no standardised clinical interview protocol available for the diagnosis of burnout syndrome. This would enable to standardise the individual clinical diagnosis process and guide psychotherapeutic intervention, advancing in the drafting of diagnostic and treatment protocols and allowing the measurement of the efficacy and progress of therapeutic processes. In addition, the interview protocol should enable to identify the time of the burnout consolidation process of the person, rather than focusing solely on results that sometimes only show up as a reference in an ongoing process and that may tend to worsen as the person continues to fail in attempting to meet the demands of the environment with the resources available.

It is crucial to identify the burnout syndrome consolidation phase of the person. Although there are different proposals of phases through which burnout syndrome takes place, we understand that, from the clinical point of view, Gil-Monte's proposal is particularly useful.⁽³³⁾ Gil-Monte considers that the process begins with a first stage of cognitive impairment, a second stage of emotional exhaustion, a third one of negative attitudes towards people (indolence, depersonalisation and/or cynicism), continuing with a fourth stage characterised by the appearance of guilt, precisely because the behaviours involved in the previous stages contradict the prescribed and accepted professional role of the person.

On the other hand, an effective differential diagnosis is essential. In this sense it is essential to differentiate burnout syndrome from other stress and depression related disorders: So, the impact of the working conditions and the demands they generate must be considered. The origin lies in work, although the effects may extend to other areas of life. With this regard, it should be considered that, although burnout syndrome is a response to chronic work stress, it is not uncommon to find situations in which it appears after a specific situation of acute stress. It is especially important to clearly distinguish between burnout syndrome and clinical depression, even if it is associated with symptoms of depression, since we find cases of people diagnosed as depressive who, when they improve and are about to return to work, deteriorate over and over again with the consequent feelings of guilt that usually accompany this situation.

Also, we can consider how with stress work engagement as well as emotional activation are usually maximum, whereas with burnout syndrome absence of work engagement and emotional numbness are present. Activations by stress (functional stress) do not exist in burnout syndrome, and symptoms of depression are largely linked to a devaluation of self-image and professional self-esteem.

Conclusion:

The MBI questionnaire, complemented by the CESQT questionnaire that basically introduces assessment of guilt, always in the context of a clinical interview, are the best tools available to make the diagnosis of burnout syndrome. It is essential to differentiate burnout syndrome from other disorders related to stress and depression.

QUESTION 7.- What is the development process or phases through which burnout syndrome progresses? Can burnout syndrome be classified by severity?

Presentation:

The description of the burnout syndrome process has been developed from two perspectives: (a) theoretical, the result of interviews with subjects identified as burnout syndrome cases to some degree and, (b) empirical, the result of analysing the “causal” relationship between the dimensions of a questionnaire, usually the Maslach Burnout Inventory.

The theoretical perspective includes, among others, the Edelwich and Brodsky Model of 1980 (7) that identifies four phases: enthusiasm, stagnation, frustration and apathy and the Price and Murphy Model of 1984 (34) that proposes six phases: disorientation, emotional instability, feelings of guilt, loneliness and sadness, request for help and restoration of the initial balance.

The empirical perspective includes, for example, the models developed by Maslach in 1982 (35) or by Golembiewski et al. in 1983 (36) considering the dimensions of the “Maslach Burnout Inventory” questionnaire and its empirical relationships.

The development and classification according to the severity of burnout syndrome can be also explained with the proposal of profiles or types. That is to say, not all individuals

experience all symptoms equally, as proposed, for example, by the statements of Paine (37) who, in the mid-80's, distinguished between "Burnout Stress Syndrome" and "Burnout Mental Disability", the former being a more moderate and less traumatic response to stress for the person than the latter. Vanheule et al. differentiate between Type 1, characterised by a more aggressive behaviour, and Type 2, characterised by greater involvement and burnout (38). Oosterholt et al. in 2014 (39) identified two types: non-clinical burnout and clinical burnout (with more cognitive impairment problems). van Dam in 2016 distinguished between a type of burnout syndrome with a more anxious profile versus another type with a more depressive and fatigued profile (40). Finally Tops et al. (41) distinguish between subjects with burnout syndrome and low prolactin levels (with high work engagement) and subjects with burnout syndrome and high prolactin levels (with low engagement).

Gil-Monte (42) has constructed a process model to explain the development of this mood disorder. Clinical evidence based on interviews indicates that feelings of guilt are a common symptom in individuals who suffer a burnout syndrome more serious for health, and to understand its relationship with other more serious health problems, such as depression.

In the Gil-Monte model (42), two profiles are identified according to the severity of the burnout syndrome suffered. In both profiles, burnout syndrome starts as a chronic response to interpersonal sources of work-related stress. The initial symptoms are: low levels of enthusiasm for work along with high levels of mental exhaustion. To manage these symptoms, the professionals who develop burnout syndrome experience distancing and indifference attitudes and behaviours towards the people they serve and towards their own work. This symptom, which is a coping strategy for managing sources of occupational stress and other symptoms, has been called Indolence. Low levels of enthusiasm for work, together with high levels of psychological burnout and indolence, characterise the professionals who suffer burnout syndrome Profile 1. They are professionals who can stay in the organisation for years without suffering relevant health problems derived from work-related stress, although their indolent attitudes and behaviours harm the quality of service of the organisation.

Conversely, Profile 2 characterises professionals who feel remorse for not adequately carrying out the prescriptions of the "role", for feeling exhausted and not being able to give more of themselves, and for the use of indolence as a coping strategy. These individuals experience very high levels of feelings of guilt and will suffer psychosomatic problems linked to stress at work with greater frequency and intensity, and they may even

suffer conditions such as anxiety and depression as a result of burnout syndrome. The appearance of very intense feelings of guilt will lead to a vicious circle in the burnout syndrome development process that intensifies its symptoms and makes it more harmful. These feelings of guilt will lead professionals to a greater work engagement to reduce their remorse, but, as the conditions of the working environment do not change, cognitive and emotional deterioration will increase, and new indolent attitudes and behaviours will appear. This process will develop new feelings of guilt, or intensify the existing ones, creating a vicious circle maintaining and increasing the intensity of the burnout syndrome and making Profile 2 chronic.

Conclusion:

Different authors have established criteria for the severity of burnout syndrome based on the presence or absence of different clinical signs. The signs or symptoms that for the different authors point to the most serious forms are: presence of clinical manifestations, mental disorders, aggressive behaviour, depressive profile and high prolactin levels. Gil-Monte proposes two profiles in which Profile 2 subjects would be the most serious and would be characterised by a greater feeling of guilt.

QUESTION 8.- Is burnout syndrome contagious between co-workers?

Presentation:

To answer this question, within the scope of causal factors involved in burnout syndrome, we should look into the professions with high demands and the working conditions that combined cause the psychological and physical disorders that deplete the emotional resources of the subject, and can trigger burnout syndrome (43, 44). Exhaustion has been defined as a specific type of work-related stress among these professionals, as a result of the demanding and emotionally charged relationships between the professionals and those to whom their attention or care is directed (43). The feelings of emotional exhaustion are considered the initiator of burnout syndrome (45), together with other central characteristics, such as the development of negative and cynical attitudes towards the recipients of the attention, depersonalisation, and the tendency to believe that one is no longer efficient at work (reduction of personal achievement).

From this line of argument, the contagiousness of Burnout, among the cited groups of professions, would occur either from unconscious contagion (the tendency to imitate facial expressions, speech patterns and postures) and consequently to converge emotionally (46), or from the position of contagion as a conscious cognitive process, by tuning into the emotions of others (trapping the emotions of another). Regardless of the reason why contagion may occur, researchers from a variety of disciplines (46, 47) have demonstrated this type of transmission, and the main mechanisms involved are similar in actual exhaustion and emotional exhaustion. There is also evidence of contagious depression (48), which accounts for approximately 20% of the variation in emotional exhaustion, the central symptom of exhaustion.

In the study of Bakker et al.(49), after controlling the impact of the already known indicators (organisational stress and components of the work demand control model) (50) involved in burnout syndrome, they test the hypothesis of burnout syndrome contagion using validated questionnaires (objective workload, freedom of decision scale, perceived exhaustion scale, emotional exhaustion scale, depersonalisation and personal achievements) (43, 51-53), among the Intensive Care Unit (ICU) teams, in a European project (EURICUS-I), which was carried out under the auspices of the Foundation for Research on Intensive Care in Europe (FRICE), in which a total of 3,000 nurses of both sexes have participated, and 80 ICUs in 12 different European countries). Their multilevel regression analysis shows that exhaustion is transmitted from one nurse to another, both consciously and unconsciously, where complaints about exhaustion among colleagues help explain the variation in individual nurse exhaustion levels.

Conclusion:

There is evidence that complaints about exhaustion can be transmitted between colleagues, both consciously and unconsciously, as well as being the most important predictor of emotional exhaustion and depersonalisation at the individual and unit level. This suggests that burnout syndrome may be a contagious condition among co-workers, particularly in Intensive Care Units.

QUESTION 9.- Which medical professionals are most affected? Are there higher-risk specialties?

Presentation:

The medical specialties with the highest risk of burnout syndrome are those in which the pressure of care is greatest, either due to quantitative overload (as in Primary Care), or due to qualitative overload, in relation to complex, seriously ill patients and with a poor prognosis, as in Intensive Care Units, Oncology and Geriatrics, or due to the difficulty of communication and treatment with the patient, as in Mental Health Units (54).

The specialties mentioned with the highest rates are those in the first line of care. It is noted that the computerisation of clinical activity has become a cause of control on the part of the company and a burnout syndrome risk factor for the profession in general and these specialties in particular.

Exposure to work stressors such as demand overload in relation to resources and perceived support, the lack of control and autonomy, the deterioration of working conditions, and the lack of support from the organisation have been noted as organisational factors. For this reason it is not surprising that professionals in specialties such as Intensive Care or Oncology, for example, where they work with more seriously ill patients and with a greater demand for emotional work, may be at a higher risk of professional burnout, especially during the Resident Medical Intern training period and between 25 and 40 years of age (54).

In this context, there are registered case studies with highly alarming incidence rates: up to 70% burnout syndrome in some healthcare populations (42). These data are significant indicators of the degree of dissatisfaction and discomfort which, in all cases, should be taken very seriously by the managers of the so-called Human Resources in the healthcare setting, as well as the indices of patient satisfaction in their relationship with the physician and with the rest of the healthcare professionals.

Today, both nationally and internationally, it is concluded from existing studies that the prevalence ranges of burnout syndrome remain similar, although with a tendency to increase as the working conditions of the physician deteriorate. The legitimate professional autonomy of physicians and their social and economic status have decreased and work demands have increased. In our country, both the Spanish Organisation of Medical Colleges and the National Confederation of Medical Unions have denounced the absence of effective Human Resources policies and work instability, precariousness and overload. There are greater potential risks (such as errors and legal complaints), more attacks on physicians and the training of residents has worsened (particularly due to deficient supervision), all of which implies a deterioration in the quality of care in Primary and Specialised Care. These problems are aggravated in the case of female physicians, with

greater precariousness, workplace harassment and aggressions in their work than their male colleagues, which also implies the advisability of taking the gender perspective into account in this issue.

Organisational factors are also important, including exposure to work stressors such as the overload of demands as compared to the resources and the perceived support, lack of control and autonomy, deterioration of the work environment and lack of organisational support.

Several studies have been carried out to analyse whether burnout syndrome is only an individual phenomenon, or if it is also a highly contagious group and organisational phenomenon, although both possibilities are not mutually exclusive. The results obtained so far indicate the greater relative weight of group and organisational factors in the determination of burnout syndrome, although the conventional (erroneous) opinion is that burnout syndrome is mainly a problem that a given individual has. That is, people burn out because of defects in their character or behaviour. From this perspective, the person who burns out is the problem, and consequently the solution would be for the affected person to change or to get rid of the affected person. In any case, the priority is to care for these colleagues adequately, as is done in the Comprehensive Care Programme for the Sick Physician, while taking into account all the risk factors involved in each individual case, including those of an organisational, personal type, etc.

Studies show that burnout syndrome affects people, but it is a problem of the working environment in which they work, and not a personal vulnerability, except in some specific cases. Different investigators have found that burnout syndrome is caused mainly by organisational factors, such as: work overload, lack of control, insufficient rewards, lack of fairness, conflicts of values, splits in the working group and lack of adequate supervision (55, 56).

The results of the studies carried out so far recommend the implementation of public policies that reduce work overload in order to improve the safety of patients and healthcare professionals. The structure and operation of the company shapes how people interact with each other and how they carry out their jobs. When the company does not recognise the human aspects of the work, people and relationships become dehumanised, conflicts and the risk of burnout increase, and this entails high economic and social costs.

Conclusions:

Burnout syndrome has an unequal incidence in the different medical specialties. Those at the highest risk are those with the greatest quantitative

overload, such as Primary Care, due to the high care pressure, or with the greatest qualitative overload such as Intensive Care, Oncology and Geriatrics because they deal with complex, seriously ill and difficult to manage patients, or due to the difficulty to communicate and deal with the patient, such as in Mental Health.

QUESTION 10.- Could burnout syndrome be included in the list of occupational diseases or is it a work accident?

Presentation:

Article 115 of the General Social Security Law defines Work Accident (WA) as any bodily injury suffered by a worker on the occasion of or as a consequence of work performed as an employee. It also describes the situations that are included in this definition and within them it highlights the illnesses, not included in article 116 (this article, as we will see later, defines the concept of Occupational Disease (OD)), contracted by workers in the performance of their work, as long as it is proven that the disease was exclusively caused by the performance of the same (57).

Article 116 of said Act defines Occupational Disease (OD) as that contracted as a result of work carried out as an employee in the activities specified in the list approved by the applicable provisions and those developing this Act, and which is caused by the action of the elements and substances indicated in said list for each occupational disease (57).

Until 2007, the list of occupational diseases in force dated from 1978 (Royal Decree 1995/1978, of 12 May) and had become outdated as a result of the advances in industrial processes and the considerable progress made in the field of medicine. The list of occupational diseases is updated with the publication of RD 1299/2006 of 10 November, which approves the new list of occupational diseases. The new list of occupational diseases does not include psychosocial diseases in any section(58).

If we are progressing on definitions, we should then define Work-Related Diseases. These are diseases that, due to their characteristics, cannot be included within the concepts that define a work accident or an occupational disease. Situations such as workplace harassment, burnout syndrome, work-related stress, sick building syndrome, etc., can be extraordinarily damaging to the worker and yet, in most cases, are considered and covered

as a common disease. In certain situations, if the worker proves the relationship between the disease and his work (in most cases through the courts) it is given the category of a work accident.

Given the definitions, we observe that burnout syndrome cannot be labelled as OD because it is not included in the list of occupational diseases of RD 1299/2006. It could be considered a WA, if we take into account that diseases not included in the list of OD contracted by the worker as a result of carrying out their work are considered a WA, as long as it is proven that the disease was exclusively caused by the performance of the work. The difficulty we are facing at this point is that a significant part of the Mutual Insurance Companies for Work Accidents and Occupational Diseases do not recognise that these diseases are exclusively caused at work and establish the existence of personal factors that favour the appearance of these diseases. To establish this disease as an occupational contingency, in a significant number of cases the worker would have to go to court.

There is a need to promote a review of the list of occupational diseases, and this review should focus primarily on the inclusion of diseases related to musculoskeletal disorders and psychosocial risks.

According to data provided by the General Union of Workers, in 2016 20% of work-related diseases were not included in the list of occupational diseases, and this would mean that, although they have an occupational origin, they are not recognised as such. In this document a revision of Royal Decree 1299/2006 is considered essential, with the aim of adapting the qualification of OD to the current reality. In addition, it proposes implementing the Spanish list of diseases with the list of Occupational Diseases that in 2010 was reviewed and approved by the International Labor Organization (ILO). (59) In this list of ODs, section 2 includes ODs according to the affected organ or system and it is observed that mental and behavioural disorders are included, and specifically section 2.4.1 contains post-traumatic stress disorder, and: "other mental or behavioural disorders not mentioned in the previous item where a direct link has been established, scientifically or by methods appropriate to national conditions and practice, between exposure to risk factors resulting from work activities and the mental or behavioural disorder(s) contracted by the worker.

The new ILO list is the latest global consensus on internationally accepted work-related diseases and can serve as a model for the establishment, review and revision of the national lists of occupational diseases.

Currently, in Spain, in order to establish burnout syndrome as an occupational contingency, the worker would have to go to court. From the year 2000 there is a judgement from the High Court that legally supports burnout syndrome as a work accident. The health centre specialist, in this case, diagnosed the worker with a “burnout syndrome, which he describes as a chronic adaptive disorder with anxiety as a result of the interaction of the job or work situation with his personal characteristics”

As a result of this ruling, other judgments have been issued in the same context and have also considered burnout syndrome as a work accident.

Conclusion:

Burnout syndrome cannot be officially labelled as an occupational disease in Spain because it is not included in the official list of occupational diseases of RD 1299/2006. However, there is case law that recognises it as a Work Accident in Spain.

QUESTION 11.- What is the most appropriate treatment? Is it the same for all professionals or does it have specific aspects?

Presentation:

For the therapeutic approach to burnout syndrome we have to recognise its multidimensional aspect and the wide range of causes and psychological mechanisms involved in its genesis. An effective global treatment will only be possible if we appropriately confront the various elements that precipitate it, with the use of different therapeutic tools.

Multiple interventions have been studied for the management of this syndrome, but their efficacy has not been sufficiently proven. There are methodological difficulties, multiple individual studies with valid internal results, but difficult to generalise due to lack of randomisation. At present, therefore, there is not enough data to recommend a specific therapeutic strategy (60, 61).

Recent publications on the treatment of burnout syndrome are aimed at preventive interventions. As we have agreed that the psychological link with work depends on

individual, interpersonal-group and organisational factors, therapeutic actions will have to be performed at these three levels(54, 62, 63).

Burnout syndrome can be considered an occupational disease and a Public Health problem. For this reason, local authorities are responsible for drafting laws that encourage professionals, increase their motivation, improve their work environment and recognise their prestige and competence. There is also a need for programmes to raise public awareness of the proper use of the Health System, the care of the image and the promotion of respect for the figure of the physician.(56)

It will be important to add to the extensive scientific training of our professionals' education for the care of their own physical and mental health and the acceptance of their eventual vulnerability and need for help; as well as aspects relating to interaction with patients, the organisation, the work, and psychosocial risks. (56)

Prevention in the organisation is based on those measures that favour the commitment of the physician, the reduction of risk factors in the work environment (control of excessive work overload, scarce time for carrying out the essence of the task, which is patient care, eliminating uncertainty as far as possible), training for managers in the management of complex situations, communication skills and conflict management.(57,64,65,68) In this sense, it will be fundamental to have a proactive and accessible institutional culture of Occupational Risk Prevention. For their part, trade union organisations have experienced partners who can provide guidance to the professional and mediate with the management where necessary (64).

Prevention at the level of professional groups and teams is carried out by encouraging the development of mutually supportive relationships and favouring spaces for coexistence, the development of Codes of Good Practices that promote respect and care among professionals. Meetings, workshops, research and training groups are mechanisms that promote mutual knowledge, the feeling of belonging to the group and cohesion around shared values. (56) (63)

On an individual level, a more realistic vision, with expectations more in line with professional reality, continuous training and the search for individual skills will protect us from burnout; but also developing a lifestyle where the profession is just another element

but not the only one, the promotion of self-care in a broad sense, which includes the body itself, health, human relations and the development of interests outside the profession. (63)

Training aimed at developing skills for the management of active listening, empathy, management of negative emotions, coping strategies, communication skills, assertiveness and stress reduction-control, have also proved useful. (56)

The treatment, once the syndrome is established, has three aspects. At the organisational level, it will be necessary to carry out an appropriate study of the human group, with periodic evaluation of the working environment, and an engagement with appropriately resourced Occupational Risk Prevention Services, so that they can understand the underlying causes and implement measures to restore health to the injured professionals. (63) In this context, it will be fundamental for management to support the recommendations for rotation or adaptation of positions made by these services, and in coordination with the Health and Safety Committees.

When specially affected teams are detected, the possibility of introducing Support Groups with qualified professionals can be therapeutic. Different psychotherapeutic strategies have been studied: training groups in communication skills, homogeneous and heterogeneous psychotherapeutic groups...(63)

On an individual level, the treatment will depend on its severity. In some cases, appropriate intervention by the Occupational Risk Prevention Service, with measures on professional activity that improve self-perception and motivation, temporary rotation to another unit, or a brief Temporary Incapacity or sick leave that allows rest, distance from the focus and observation of daily performance with greater emotional distance, may be sufficient.(56)

When the syndrome is established, the treatment of choice is psychotherapeutic. The PAIPSE (Comprehensive Care Plan for the Sick Healthcare Professional) is made up of professionals specially trained in the comprehensive treatment of this syndrome, in coordination with the Occupational Health Services.

It is essential to understand how this point has been reached considering biographical, personality, and coping style variables. With the knowledge of the patient's resources and defenses, the objective will be to strengthen and optimise the adaptive capacity of the professional, the development of new strategies for coping with stress and training in setting reasonable limits to external demands. It will be important to understand

the role played by professional identity in the emotional world of the patient, in the self-efficacy perceived and in personal fulfilment. And all this from the acceptance and commitment to making a personal journey that is indispensable for the change.

Is it different in the different professional groups?

If we understand burnout syndrome as a process of burnout that originates in various professions characterised by the wide gap existing between the high emotional demand and the scarcity of resources to cope with it, which end up exhausting the professional, depending on his genetic and biographical vulnerability, and individual coping style, we can consider that the treatment has aspects common to all professions (teachers, doctors, nurses ...) and others that are more clearly individual (65).

Broadly speaking, we can say that the preventive approach aimed at reducing the stressors linked to burnout syndrome is common to the different professions. However, therapeutic interventions seem to be more effective the more they address the collection of elements affecting this syndrome in an individualised manner.(62)

There are no studies comparing the treatment of burnout syndrome in different professional groups. The publications focus on certain interventions carried out in specific professional teams (oncologists, gynaecologists, HIV professionals, ICU-emergencies...) in different countries, in very different circumstances, and are difficult to compare. None has a sufficiently large or homogeneous sample, nor has a random distribution been made with control groups, and, in general, they address some of the variables involved in *burnout*, but not the underlying problem in a comprehensive manner. Hence, the results are poor and difficult to extrapolate (66-70).

Some publications study the impact of specific training in communication skills based on *workshops*, incorporating presentations with images of ideal behaviour and *roleplaying*. The MBI is measured before, after training and twelve months later, observing an improvement in communication skills, but not in stress or burnout syndrome. This means that we are facing a deaf, corrosive phenomenon that has no direct relationship with isolated elements that can be taught and mitigated. These studies conclude that isolated interventions on people are insufficient to bring about changes. (62)

In our experience at PAIPSE, the burnout is particularly harmful among primary care physicians. Various work stressors converge in these professionals, such as the huge

healthcare pressure and the fact that it is the gateway to the system for users especially affected by the socioeconomic situation, increasingly demanding and less respectful, who convey their discomfort and sometimes arouse negative emotions. The reduction of the time of care, which hinders the capacity of empathic listening, as well as the bureaucratisation of the task, makes impossible the human contact of quality that defines this professional group.(63) In our opinion, prevention is fundamental. It is very difficult to develop a minimal cognitive reordering that brings back a sense to the identity of the healer, if he does not have time to even look at the patient, or "to take the stethoscope out the drawer".

All measures aimed at promoting quality Primary Care, with more time per patient, flexibility allowing effective conciliation, continuous training, team meetings to share experiences and approaches to common day-to-day difficulties, are essential. (63)

When these professionals consult, they are usually caught between the work variables described, and the costly attempt from an intrapsychic point of view to maintain their demands of adult life: care for children and / or elderly parents, problems related to the support group or the partner (divorce, crisis ...) and sometimes chronic diseases, which end up upsetting the fragile balance. In these cases the integral treatment will include a psychotherapeutic and pharmacological approach depending on the symptoms reported.

The **professionals who work in hospitals** show protective factors linked to the specialisation of the task, the search for specific training, teaching and research lines. They are ways of giving meaning to the hard daily care activity. The cases they consult in the PAIPSE usually have as a trigger a long history of abuse by the institution or by a superior, even a member of the work team, who has damaged their professional career. Sometimes highly committed professionals who love their profession are the object of unutterable envy by mediocre superiors. The intervention of the Occupational Risk Prevention Services and Health and Safety Committees may be necessary, as well as a change of job to save their mental health and avoid irreversible damages. The Protocol for internal conflicts and all types of harassment in health institutions can become an effective mechanism to control this scourge.

The professionals of emergency departments or ICUs are especially exposed to contact with death, mourning, conveying bad news to families, and therefore are a group of special vulnerability. Relevant preventive measures will include training in Communication Skills, managing negative emotions, and team meetings to address difficulties in coping with serious diseases and death.

In all these cases, a prolonged burnout syndrome can affect a precarious psychological balance and destabilise it by different individual fracture lines. We can find **different psychopathological presentations**: somatisation, hypochondria, insomnia, unadaptive behaviours, onset or aggravation of addictions (alcohol, benzodiazepines, opiates ...), anxiety and/or depression symptoms ... All of them may require specific psychopharmacological and psychotherapeutic treatment.

Conclusion:

Multiple interventions have been studied for the management of this syndrome, but their efficacy is not sufficiently tested and, at present, there are not enough data to recommend a specific therapeutic strategy. Interventions are required in the organisation, in the professional groups and in the individual. Some are generic and valid for any professional and others are specific for certain professional groups such as primary care physicians, oncologists, intensivists or those caring for HIV patients in the early years, who have to develop and deal with the continuous contact with death.

QUESTION 12.- Can we speak of total cure? What is the risk of relapse?

Presentation:

Burnout is a syndrome not registered in the catalogues of disorders that we handle in public healthcare and, therefore, we do not have statistics regarding the cure or relapses. In the Valencian region, for example, the ICD-9 is used for diagnosis in primary care by General Practitioners as well as by Specialists in Clinical Psychology and Psychiatrists, both in public medicine and in mutual insurance companies collaborating with the Social Security. Burnout syndrome is not listed and is therefore not a diagnosis for incapacity for work, either due to common contingency or to professional contingency.

If we look at the symptoms, many of those profiled in the burnout syndrome are edited *as dysthymic disorders, reactive depression, recurrent depressive disorder, or depressive disorder, not otherwise classified. Or as mixed adjustment disorder of anxiety and depressed mood. Or as anxiety disorder, not otherwise specified.*

All, or almost all, of the patients diagnosed under the above epigraphs come to the psychologist's office treated with a similar medicine. The most frequent pair is an SSRI

antidepressant plus a benzodiazepine. There are also patients who receive antiepileptics, amitriptyline, or in some cases antihistamines because of insomnia symptoms. Although these treatments reduce the symptoms, in particular the anxiety derived from stress or apparent external causes, they do not cure the depressive condition or the burnout syndrome.

The symptoms may subside until they disappear through the so-called psychotherapy. This includes both cognitive and psychoanalytic therapies.

The risk of relapse will be greater without psychological intervention or the duration of the problem will be. Psychological intervention must seek a subjective change in the patient that allows him to become an actor in his life again and not just a passive object of the circumstances that affect him.

The situations are very different depending on whether the care is public or private and are also different if the sick person's employer is a private company or the State. In the former, the patient will generally be dismissed if he/she is young or middle-aged and will tend to retirement if he/she is older, according to sectors, 60 or 61 years old, or to early company retirements, if any. In the case of the public service, where there are many physicians, the cost of a long sick leave and a process of recognition of an occupational disease such as the burnout syndrome, or major depression, does not entail the loss of employment or fees, and may also be relocated to another position in some circumstances.

In each case we must carefully observe the personal circumstances that contribute to making condition chronic and symptoms of the condition diagnosed at the beginning of the process.

Conclusion:

We have not found clear criteria for the cure of burnout syndrome or figures that estimate the trend to recurrence after a presumed cure.

Question 13.- From the perspective of a hospital occupational health service, what is the personal cost of the burnout syndrome? Is it associated with an increased risk of suicide? What are the essential prevention measures? Who should lead and drive them?

Presentation:

The cost of burnout syndrome is very high on a personal, labor and social level. The most common physical signs are: headache, muscle pain, loss of appetite, sexual dysfunction and sleep disturbances. For some authors, chronic fatigue is the most common symptom. There can also be gastrointestinal and cardiovascular disorders, recurrence of infections, etc..

As for the psychological manifestations we highlight:

Emotional or affective symptoms They are people with no desire to undertake tasks and often with depression, feelings of failure and loss of self-esteem. People affected may also suffer hopelessness, pessimism and apathy and, as a consequence of the effects described, irritability, insomnia, aggressiveness and lack of tolerance.

Cognitive symptoms include most remarkably a loss of expectations in the work environment, which sometimes marks the onset of the condition; the affected person has difficulty concentrating or making decisions. In general, there is a loss of values, disorientation, lack of creativity, cynicism, easy distractibility and a decline in productivity.

The behavioural aspect is another important dimension of the burnout syndrome. Depersonalisation is a common manifestation, the person loses the ability to plan, project and set goals, especially work goals. There is an increase in absenteeism, business turnover and intentions to leave the organisation. In addition, there is disorganisation and inability to make decisions.

With regard to social aspects, the affected person is often described as someone who tends to isolate himself or herself and withdrawing into himself or herself with a feeling of failure.

When asked whether burnout syndrome increases the risk of suicide, it should be noted that the prevalence of suicide and suicidal ideation is higher among health professionals. These results could be related to the conditions and organisation of work in this sector and the presence of situations of anxiety and helplessness. This would be compounded by the low importance that healthcare providers attach to mental health care, tending to avoid contact with mental health services for fear of social stigma and to damage their professional careers.(75)

In the published studies we observed that the specialties with the highest suicide rates are anaesthesiologists, psychiatrists, family doctors and residents. This could be related to a greater access to lethal methods. With regard to the forms of suicide, it was

observed that in the health sector the use of toxins stands out, the easy access to them and the knowledge about their use could explain it. (74)

Different psychosocial factors related to an increased risk of suicidal ideation have been identified in healthcare professionals. A study performed by Fridner et al. (71) in 2012 reports that 79.2% of the physicians with suicidal ideation had not sought help for depression or burnout syndrome.

Shanafelt et al. found a statistically significant relationship between suicidal ideation and burnout syndrome among American surgeons (72). The prevalence of suicidal ideation increases with the severity of the condition, regardless of the presence of depression.

With regard to preventive measures, there is no doubt about the need to implement strategies aimed at eliminating or reducing the risks caused by burnout syndrome. Although the emphasis is on individual intervention, we know that the root causes are in the workplace. Human resources departments and prevention services must collaborate and develop prevention and intervention strategies.

In general, the measures to prevent burnout syndrome can be categorised in three different levels of action.

At the organisational level, the following measures can be mentioned, among others: establishing host programmes, decentralising decision-making, establishing clear objectives for professionals and clear lines of authority and responsibility. At the same time, powers and responsibilities must be defined, workloads must be adjusted, communication must be improved and participation in the organisation must be promoted.

At the interpersonal level, there is a need to strengthen social links between workers, encourage teamwork and avoid isolation. Managers must also be trained.

On an individual level, professional counselling must be given at the beginning of the work, diversifying the tasks and the rotation in them. There is a need for continuing training programmes. Train the worker in the identification and resolution of problems and in the management of anxiety and stress; they should also be trained in the management of emotional distance from the patient, increase resources or communication and negotiation skills, etc.

Another fundamental measure for the prevention of burnout syndrome is to act on working conditions. Physicians, in general, have work shifts and night shifts, perform duties and have long working hours. These factors can have a direct impact on health habits in sleep and diet. Working conditions sometimes make it difficult to reconcile family and social life and leisure time, which can be a risk factor in this type of condition.

There are factors that establish the need for specific intervention programmes for medical professionals affected by burnout syndrome. These factors include: fear of stigmatisation associated with psychiatric diseases, fear of losing credibility among colleagues and patients, and the perceived lack of confidentiality of public services.

Regarding who should lead and be the driving force behind this work, actions should be undertaken by the Occupational Risk Prevention Services, but acting jointly with the Hospital Management, in particular with the Human Resources department and the Workers' Representatives (Health and Safety Committee).

The occupational risk prevention technician must place special emphasis on the causes of the burnout syndrome when assessing risks and implementing preventive actions. These preventive measures must be aimed at preventing and, where this is not possible, minimising the risk factors that can cause professional burnout in workers. The Prevention Services should have professionals specialised in psychosocial risks to carry out a specific evaluation in order to propose appropriate preventive measures relating to working conditions, both for immediate intervention and to prevent in the future that the risks cause harm to workers.

The Health Surveillance and Control Unit is responsible for the actions to be taken on the consequences of this disease on the health of the worker. It would be highly advisable to have specialised personnel who could work in this area.

Prevention Services can also take actions when the worker is already affected. In these cases, the damages will be assessed and appropriate measures will be implemented to avoid the progression of the condition.

It is also necessary to act on the factors that increase sensitivity given the psychosocial risk and the protective and potentiating factors of positive coping such as emotional competence, resilience and others that can increase the person's resources.

Conclusion:

The cost of the PD condition is very high at the personal, professional and social levels. The consequences of this syndrome affect the mental health, physical health, quality of life and professional performance of the physician. The prevalence of suicidal ideation increases with the severity of the condition.

The measures to prevent burnout syndrome can be divided into three different action levels: organisational, interpersonal and individual.

Prevention must be carried out by the Occupational Risk Prevention Services in collaboration with the Management of the health centre and the Workers' Representatives.

Question 14.- Could we measure the economic-labour costs and for the society of burnout syndrome? And very particularly that of the medical profession?

Presentation:

The well-being of physicians contributes to the quality of the Public Health System.

Reports from studies performed around the world suggest that between one-third and one-half of physicians experience some degree of burnout syndrome and its associated effects have a huge impact on health systems.

Such effects vary, but in relation to economic cost estimates for governments they are mainly:

- Decrease in productivity
- Absenteeism
- Sick leave
- Decrease in working hours
- Early retirement
- Changes of profession
- Presentism.

Dewa et al. (73) carried out a systematic review of the literature to show the effects of burnout on the productivity of physicians, understood as losses in working hours, number of patients seen, sick leave, leaving the profession, early retirement and workload. The search included articles published from January 2002 to December 2012. Eight hundred and seventy unique citations were identified, but only five met the required inclusion and exclusion criteria. The five articles were produced in the USA, China, Hong Kong, the

Netherlands, and 12 other European countries (Bulgaria, Croatia, France, Greece, Hungary, Italy, Malta, Poland, Spain, Sweden, Turkey and the United Kingdom). Burnout rates were variable. Ruitenburg et al. (74) found 6% burnout among Dutch hospital physicians. Soler et al. (75) found in physicians from 12 European countries that 43% had high emotional exhaustion, 35% high depersonalisation and 39% low personal fulfilment. Sin et al. (76) describe that 31% of Hong Kong's public hospital physicians were exhausted. Finally, Hoff et al. (77) reported a 3% burnout rate in US hospital physicians.

All studies reported significant negative relationships between the 3 dimensions of the burnout syndrome and productivity understood as days of sick leave, intention to change jobs, intention to continue practicing medicine and work capacity.

Sick leave. - In relation to this parameter the data found are contradictory. Soler et al. (75) found that the 3 dimensions of the burnout syndrome were associated with an increased use of sick leave, and physicians who had at least one sick day per year were significantly more likely to report high emotional exhaustion and depersonalisation and low self-fulfilment. Siu et al. (76) on the contrary, did not find any statistically significant differences in the average number of days of sick leave in the last year, for physicians in public hospitals with or without burnout.

Intention to change job.- It has been shown that there is a significant relationship between emotional exhaustion and high depersonalisation and low personal fulfilment, with the intention of leaving the current job. (75) (78).

Intention to continue practicing medicine. - There are indications that burnout syndrome is significantly associated with the intention to leave the current specialty. A US survey(77) performed among hospital physicians found that more than 50% of the physicians surveyed who were not at risk of burnout syndrome planned to continue hospital practice for more than 10 years and only one-third of those who were at risk of burnout syndrome. Of the latter, 44% intended to continue for no more than 4 years.

Work capacity.- Hospital physicians with high scores for both emotional exhaustion and depersonalisation were significantly more likely to have an "insufficient" self-perceived work capacity. (74).

Early retirement and lost work hours. - The link between burnout syndrome and the intention to leave the profession, with early retirement or the reduction of the hours of care, produces significant economic losses for both the physician and the health systems. In order to calculate the costs of such attitudes, Dewa et al. (79) conducted a study to estimate the cost of burnout syndrome in relation to early retirement and reduced working hours among practicing physicians in Canada. For this, they used a January 2012 Canadian Medical Association database. A survey was sent to 8,100 practicing physicians, randomly selected from the above database, and 3,213 responded (41% response rate). They found that physicians who suffered exhaustion showed dissatisfaction with work in 35.6% of the cases and those who did not were only dissatisfied in 4.5% ($p < 0.001$). In addition to the dissatisfaction, age stratifications were also performed and it was observed that of the family physicians aged < 45 years who had work dissatisfaction, 5.3% planned to retire in the next two years, compared to 0.2% of those who were satisfied. With regard to family physicians between 45 and 54 years of age and between 54 and 64 years of age, the same occurs between dissatisfied and satisfied (8.4% vs 1.2%; $p < 0.001$ and 24.4% vs 11%; $p < 0.01$ respectively). Similar results were found with the data on reduction in hours of care.

On the basis of the data found, an attempt was made to calculate the cost of economic losses caused by physicians suffering exhaustion as compared to those who did not. The total cost of burnout for all physicians practicing in Canada is estimated at \$213.1 million (\$185.2 million for early retirement and \$27.9 million for reduced working hours).

Finally, Hamidi et al.(80) from the US Stanford University have published similar data, with a burnout syndrome rate of 26% in physicians.

Twenty-one percent of the physicians who suffered one or more symptoms of burnout in 2013 had left the centre by 2015 compared to only 10% of the physicians without symptoms of burnout. The estimated economic loss at two years due to the physicians leaving because of exhaustion ranges from \$15,544,000 to \$55,506,000

Conclusion:

Physicians with burnout syndrome have higher absenteeism rates, leave the profession early more often, and are considered less productive. Rough estimates estimate the cost of this problem to Canada's health care system at 213 million Canadian dollars. Such calculations are not available in Spain or in many other countries.

Question 15.- What is the view of labour lawyers about this problem?

Presentation:

To date, there is no agreed legal definition of what can be considered "Burnout syndrome". However, according to the literature consulted, there seems to be a relative agreement that the onset of the syndrome may be work-related because, as a consequence of its symptoms, a considerable reduction is perceived in the effectiveness of work performance.

On May 25, 2019, the World Health Organization (WHO) included in its international classification of diseases the Burnout Syndrome, with code QD-85 of the ICD-11, [new reference: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>] with the respective consequences that this entails for the different legal systems. The fact that the WHO includes the burnout syndrome in its classification puts the focus of attention on the States, which should adapt their respective lists of occupational diseases, thus modifying their internal regulations. Likewise, the fact that the WHO has recognised the disease also has implications in the field of the study of work preventions (81).

Besides the above-mentioned consequences, the importance of the fact is also that the WHO has not modified its list of diseases since 1950, an event that shows the importance of the above-mentioned syndrome at an international level. The new international classification of diseases will enter into force on 1 January 2022 (81).

QD85 Burn-out

Description: Burnout is a syndrome conceptualised as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterised by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one's job, or feelings of negativism or cynicism related to one's job; and 3) reduced professional efficacy. Burnout refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life.

Exclusions:

- Adjustment disorder (6B43)
- Disorders specifically associated with stress (6B40-6B4Z)
- Anxiety or fear-related disorders (6B00-6B0Z)

- Mood disorders (6A60-6A8Z)]

As for its legal framework, among others, the High Court ruling of 26 October 2000 considers the burnout syndrome as a work accident, and the relationship between the syndrome and the work relationship is proven in it. (82). However, its legal classification as a work accident and not as a disease makes it necessary for the worker to prove the causal relationship since it is not included among the cases of work accident provided for in article 157 of the General Social Security Law (83). As a precedent to this ruling, there is a Judgment of the High Court of Justice of the Basque Country of 1999 that establishes that in the "Burnout" there is one of the essential elements for us to be able to speak of an occupational disease lacking the above-mentioned classification requirement (84).

As shown through the analysis of the case-law carried out in the presentation, the assessment of burnout syndrome in a worker has several legal consequences, which include the following (85):

I. Recognition of burnout syndrome as a work accident and its classification as a common disease by the High Court of Justice of Andalusia

The analysis of the burnout syndrome in the courts finds its origin in the Sentence of the Superior Court of Justice of the Basque Country of November 2, 1999 in which *burnout* is portrayed as a "syndrome of personal burnout, which is described as a chronic adaptive anxiety disorder, as a result of the interaction of work or work situation in personal characteristics." In this way, the High Court of Justice of the Basque Country recognises for the first time the occupational nature of the syndrome with the respective legal consequences for the worker: temporary incapacity for professional contingency was declared.

At the same time, the High Court of Justice of Catalonia, in its ruling of 20 January 2005, also recognised burnout syndrome as a professional contingency, arguing that the psychophysical problem suffered by the worker occurs only when faced with groups of students, which would exclude the reproduction of the disabling condition outside the workplace, confirming the degree of permanent disability.

For its part, the ruling of the High Court of Justice of Andalusia (Granada) understands that the situation of temporary incapacity derives from a common disease as the plaintiff

had been suffering depressive symptoms that only since 2008 can be related to work overload.

II. Burnout syndrome and its disabling effect

In addition to ruling on whether burnout syndrome should be considered an occupational contingency, case-law also determines the different disabilities that may result from a diagnosis of burnout syndrome. The judgement of the High Court of Justice of Andalusia of 30 January 2008 estimates a degree of total incapacity for the **usual profession**, as it is understood that the worker can perform sedentary tasks while the High Court of Justice of Catalonia concludes that the description of the disorders suffered by the worker does not allow the consideration that it can be disabling only for the usual profession.

III. Burnout syndrome, Is the recognition of a compensation for damages applicable?

Corporate liability in case of burnout syndrome diagnosis is only applicable in case of fault or malice within the meaning of Article 1101 of the Civil Code. The judgment of the High Court of Justice of Cantabria of 17 March 2004 declares that the declaration of corporate liability for just the link between work and disease is not sufficient. It would not be sufficient for a monetary compensation to establish the causal relationship between psychological damage and work. The same conclusion is reached in the judgments of the High Court of Justice of Aragon of 1 March 2006 and the High Court of Justice of Galicia of 31 October 2002.

IV. Burnout syndrome and the application of the benefits surcharge

The ruling of the High Court of Justice of Catalonia of 14 September 2010 considers the application of the 30% surcharge to be in accordance with law, bearing in mind that psychosocial risks are psychosocial risks in the strict sense of the term and must therefore be included in the company's preventive system as well as the other risks set out in the occupational risk prevention law.

Finally, it is worth mentioning that, with regard to the prevention of occupational risks, it is necessary to recall the positive obligation of employers to take action to prevent their appearance. As established in the Decision of the High Court of Justice of Catalonia

of 14 September 2010, there is the possibility of imposing a surcharge on the company for breach of its prevention obligations.

The latest rulings of the courts regarding burnout syndrome have followed the aforementioned line of case law, declaring burnout syndrome a work accident and recognising the total permanent incapacity of a worker as a consequence of suffering this condition.

As we have already mentioned, the legal framework for the condition is still that of a work accident, since it is not yet classified at a national level as an occupational disease under article 157 of the General Social Security Law. However, the best option is to consider the "Work-Related Burnout Syndrome" an occupational disease where it fits perfectly naturally into its condition of "*disease*".

Conclusion:

From the perspective of Labour Law, and based on the case law issued by the Courts and Tribunals of the Social Order, despite the existence of contradictory case law rulings, it can be concluded that burnout syndrome has been recognised as a work accident. It is very likely that the inclusion of burnout syndrome in the WHO international classification of diseases will serve for the gradual change in contingency determination and introduce a change in how the Courts have handled to date burnout syndrome.

Question 16.- What is the position and view of burnout syndrome on the part of the trade unions?

Presentation:

The origin of burnout syndrome depends on personality, individual sociodemographic or personal environment variables and is also strongly influenced by the working environment and working conditions. Law 31/1995 of 8 November 1995 (86) and the reforms included in Law 54/2003(87), of 12 December 2003, guarantee the right of workers to health and the prevention of diseases caused by the working environment:

- **Article 14 of Law 31/1995** forces the employer or the Public Administrations to carry out occupational risk prevention (ORP) through the integration of the preventive activity in the company, the implementation and application of an occupational risk prevention plan, the evaluation of occupational risks (OR) and preventive action in cases of emergency and serious risk. In addition, they must carry out information, consultation and training of workers on OR, health surveillance and permanent monitoring of preventive activity, in order to continuously improve risk control activities.
- **Article 34 of Law 31/1995 (86)** grants to workers the right to participate in matters relating to ORP, through their representatives and specialised representation. Workers' committees, personnel representatives and trade union representatives are responsible, under the terms recognised by the current law, for defending the interests of workers in matters of workplace risk prevention.
- **Article 35 of Law 31/1995 (86)** provides for the Prevention Delegates as representatives of workers with specific functions in matters of ORP and **Article 36** establishes the powers and faculties.

In a survey conducted in 2018 in Spain, 37% of physicians acknowledged that they suffered burnout syndrome and 7% were depressed. The 5 main factors that contributed to the work-related burnout of physicians are related to the deterioration of working conditions and poor professional recognition: insufficient salaries, bureaucratisation of healthcare, lack of respect for administrators, colleagues or patients, excessive number of working hours, poor professional recognition (Table 1) (88). 10% of physicians were dissatisfied with their work life. Despite the recognition of work-related burnout and depression, only 1 in 10 physicians was thinking of or had already sought professional help.

The economic crisis, which began in mid-2008 and lasted until 2014, involved a remarkable increase in the physical and emotional demands on health professionals. In addition, the reduction in health budgets has intensified the deterioration of working conditions for Spanish health professionals (89):

- The purchasing power of physicians decreased, so that in 2019 it is 17.5% lower than in 2010. In addition, the salary differences as compared to other countries around us and between Spanish physicians in relation to the place in the territory where they live have increased.
- The degree of temporariness and precariousness in hiring in health centres has increased.
- The length of the weekly working time has been increased.

- There has been no increase in the number of physicians working in the NHS to meet the population's growing demand for services. The number of resources in hospitals and health centres has not increased since 2010 (90).

Correcting the deterioration in the economic, working and professional conditions of physicians has been a common theme in the areas of negotiation between trade unions and the different Health Administrations in recent years. Unfortunately, short-term economic criteria have prevailed in the negotiations, without taking into account the fact that improving the working and professional conditions of physicians also improves the health and well-being of workers and the population they serve.

On the other hand, although the organisational structure for carrying out ORP in accordance with Law 31/1995 is practically implemented in all NHS health centres, this regulation is not fully developed:

- The actors involved (Administration, workers, ORPS) are not sufficiently sensitive to the influence of work stress, psychosocial risk factors and the quality of employment, in terms of prevention of OR. There is a tendency to perceive any psychological burden or psychosocial risk of work as implicit in the job and to relate any deterioration in the health of workers to individual vulnerability or to the non-work environment. Intervention on work-related stress and its consequences, such as burnout syndrome, is often delayed.
- Health institutions do not carry out periodic health surveillance or permanent monitoring of preventive activities. They are not proactive in carrying out the evaluation of the ORs and the planning of preventive activities. Evaluations are almost always carried out at the request of workers or prevention delegates.
- No systematic information, consultation and training activities for health workers and prevention delegates on OR.

Some proposals to improve the control of the ORs of health professionals would be:

1. Improve the working conditions of physicians through negotiation with trade unions in the sector-based committees.
2. Improve information and research systems on working conditions and damage to the health of health workers.
3. Increase training activities for workers and prevention delegates.
4. Promote health surveillance actions to detect early the damages related to work and carry out the appropriate preventive activities.
5. Facilitate the development of the functions and competencies of the prevention delegates.

6. Facilitate the work of the ORPS.
7. Streamline the processes of work inspection and sanction in cases of non-compliance in the ORP area.

Table 1. Factors contributing to burnout syndrome

• Underpayment	56%
• Too many bureaucratic tasks (e.g., administration, paperwork)	47%
• Lack of respect from managers/employers, colleagues or staff	36%
• I spend too many hours at work	26%
• I feel like one more piece of a gear	23%
• Disrespect from patients	21%
• Emphasis on utilities rather than on patients	18%
• Increasing computerisation of consultation (electronic file)	15%
• Lack of control/autonomy	11%
• Government regulations	7%
• Decreasing reimbursements	7%
• Maintenance of certification requirements	2%
• Others	10%
(88).	

Conclusion:

The economic crisis, which began in mid-2008, has involved a remarkable increase in the physical and emotional demands on health professionals, which, together with cuts in health budgets, has aggravated the psychosocial stress to which physicians and other health professionals are subjected. The Occupational Risk Prevention services are implemented in the Health Services, but the different health institutions do not comply with the specific regulations regarding the prevention of occupational risks.

Question 17.- What knowledge does the non-specialised press have and how does it deal with the burnout syndrome problem?

Presentation:

The Urgent Spanish Foundation (Fundeu), promoted by the EFE Agency and the financial institution BBVA, has clarified that the expression “síndrome de desgaste profesional” (work-related burnout syndrome) or, more colloquially, “síndrome del trabajador quemado” (burned worker syndrome) are alternatives in Spanish to the “*burnout*” anglicism.

The EFE Agency is the major producer and distributor of news for the rest of the media in Spain and Latin America; therefore, the data mentioned may imply that the rest of the general media will have published a similar number of information related to burnout syndrome.

The data from the EFE Agency's Archive and Documentation Service can provide us with answers to the two questions posed by the paper:

1. The EFE Agency has published 8,245,500 text news items on any subject over the last 20 years.
2. Only 335 of these news items are related to burnout syndrome, that is, **0.004%** of all news sent to its subscribers.
3. Of the 335 news items, 21 mention burnout syndrome in the news headline.
4. The informative content of most of these 335 news items is related to the world of work in general and revolves around the term "stress". Burnout syndrome appears as another consequence of long-term stress in some professions, such as education, health or safety.
5. Approximately 10% of these 335 news items deal with burnout syndrome in relation to the medical profession.

6. In the last 10 years, only 11 news items are related to burnout syndrome in the medical or nursing profession.
7. As of 28 May 2019, the last news published by the EFE Agency about the consequences of this syndrome was dated 23 May of the same year: The 22-year-old former swimmer Meilutyte Route has retired after reaching the top with a gold medal at the 2012 London Olympic Games. She was 15 years old then.
 - From the multimedia point of view, only two reports have been produced with the focus on burnout syndrome related to medical or health personnel.
 - EFE's graphic archive, with 20 million photographs (8 million of them digitised since October 1998, which can be purchased at www.lafototeca.com), only contains three photographs tagged with *Burnout syndrome* (two correspond to an aircraft commander with a diagnosis of the syndrome and another offers an image of a meeting of experts analysing this psychological or psychiatric disorder).
 - www.efesalud.com, EFE Agency's health website, which only releases reports and news in the health field, has published six reports in the last seven years related to the burnout syndrome.

Would all these data and examples demonstrate that there is no journalistic interest in burnout syndrome? No, of course, we are simply dealing with an issue that is outside the daily news and, in addition, burnout syndrome is a disease almost unknown to the population, unlike stress, which is a sick reality felt in their own flesh by the vast majority of the world's population.

In addition, a journalistic maxim must be pointed out here: "The common is not usually news."

If a dog bites a person it is not news; if the person bites the dog it quickly becomes news... and today, if this unexpected event has been recorded on video, it may become one of the most viral videos of the week.

In addition, it could be said that, if a number of dogs bite as many people, especially children or babies, society lives this set of events with a certain restlessness or fear; it could even open a public debate. The fact becomes news by accumulation of cases.

Therefore, if stress is very common at work and family level; if most people understand that stress is closely linked to work, even more so in jobs that come into direct contact with other people outside the organisation, such as physicians; if burnout syndrome

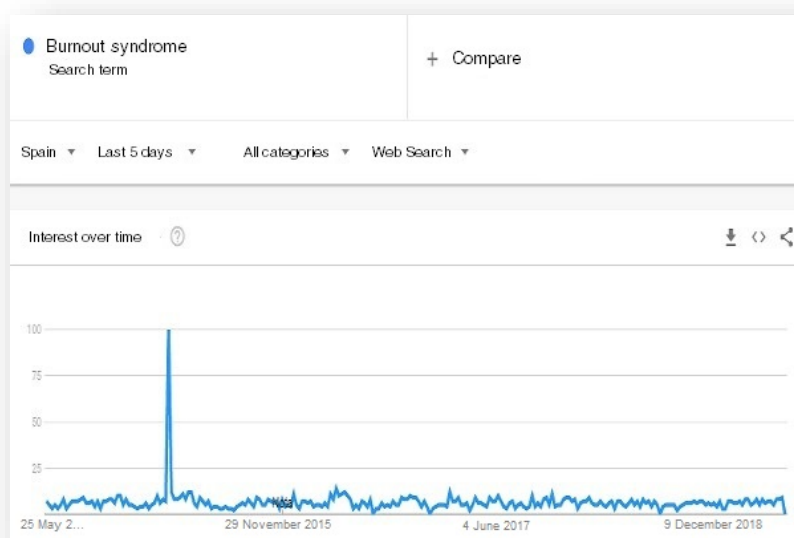
is hardly mentioned in the media (written press, radio, television, digital); and no affected professional "bites" a colleague or a patient, we are facing a snake that does not find its tail.

This poor situation of burnout in the media can be supported by several striking but little-known examples of news on the issue that also go unnoticed by the population:

- In Mexico, 75% of Mexican workers suffer *burnout*, which places the country in first place worldwide in this category, followed by China, with 73%, and the United States, with 59%, according to figures from the World Health Organisation..
- Also in Mexico, 25% of heart attacks are related to occupational stress.
- In Europe, 50% of absenteeism from work is justified by occupational stress, which means costs in excess of 20,000 million euros/year in lost time and healthcare expenditure.
- In Spain, between 12% and 30% of physicians are more or less affected to some degree by burnout syndrome.

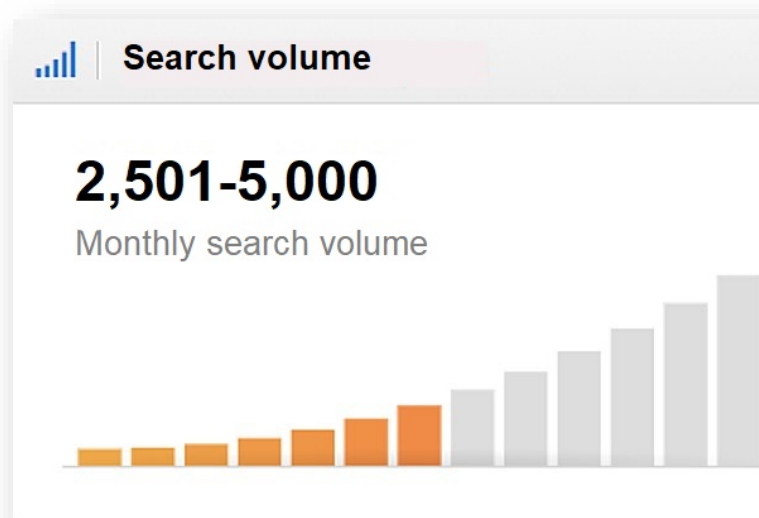
In order to reinforce this idea of the scarce knowledge that the world population has about burnout, very interesting data related to keyword searches can be obtained from the Internet consulting room of "Dr. Google" (Figure 2)

Figure 2.- Searches with the word *Burnout* in Google
Search between 2,500 and 5,000 times a month (Figure 2).



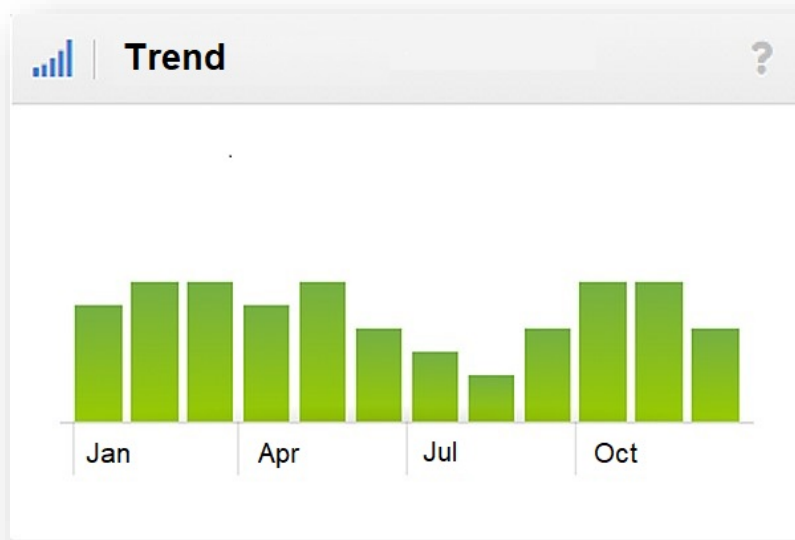
- Searches take place mainly in October and November (the months following the summer holidays - July, August and September in Europe) or in February, March, April (the month in which the number of searches also decreases due to the Easter holidays) and May. In the months of December and January the searches for the word *burnout* also decrease due the Christmas holidays (Figure 3).

Figure 3.- Evolution on burnout searches



- The term "burned worker syndrome" is barely searched on Google.
- Almost all news that appear on the web searching for "burnout" have an origin in information of Anglo-Saxon or Germanic content.
- In the last five years, burnout has remained a little searched word; but instead, it is constantly searched for, something positive that may be the basis for a future development of information related to this syndrome (Figure 4).

Figure 4.- Seasonality of burnout searches



A good example to take advantage of information synergies and social repercussion could be that the WHO has included burnout syndrome in the International Classification of Diseases ICD-11, which will enter into force on 1 January 2022, according to all forecasts.

This piece of news, which has been published in the vast majority of Spanish digital newspapers, which also provide in their content notes on the characteristics of this psychological disorder, would serve as a hooking flag for the coming years.

Under normal conditions, this far-reaching news will be discussed for a few days in the work environment or during the family dinner, with the permission of the television; or, perhaps, some mass media will take advantage of the informative hangers to extend the informative fact with more details, analysis of the situation by countries and even gauge the opinion of specialists on the prevention, diagnosis, treatment and consequences of burnout. Then it will return to its usual informative ostracism.

Burnout syndrome will only return to the front pages of newspapers when a famous person suffers this syndrome, such as the young Olympic swimmer who has retired; for a fraudulent or violent event related to someone suffering the disorder; for a court sentence that is very striking or exemplary; or for a report in the Sunday or health supplement of any national newspaper.

Faced with this situation, the associations of physicians and nurses should insist that the media focus on this syndrome, which affects 10%-30% of professionals: periodic press conferences that provide data both on the result of analytical studies and on prevalence or other related circumstances.

But, above all, they must provide access to real cases of patients with burnout syndrome, with voice and face, especially to those media that connect and empathise with the audience through mobile devices and television. The accumulation of cases, as I explained, tends to trigger public debate.

Conclusion:

The interest in burnout syndrome is shown in the records of the EFE agency where it has been present only in 0.004% of all news sent to its subscribers. Only about 10% of these are referred to physicians. Because it's a common issue, it does not become news.

Question 18.- Do we believe that there is a demand for a large national study on burnout syndrome in the medical profession? What do Medical Colleges think?

Presentation:

We consider that it would be necessary and very advisable for the study of the prevalence of burnout syndrome to be carried out at a national level, as already done in other countries, with representative samples of physicians from the different specialties, and in particular resident physicians and other health professionals, including the objective conditions of the organisation and the tasks carried out by each worker, as well as personal subjective perceptions (on burnout syndrome, job satisfaction, quality of life, etc.). It would be a multilevel study of large groups, of great methodological complexity, that should include Primary and Specialised Care physicians, rural and urban, small and large centres, and so on.

In order for this, the Occupational Risk Prevention Services that exist in all the Health Areas of the different Autonomous Regions should be involved, which are in charge by law of the prevention of psychosocial risks such as the burnout syndrome, by the technicians of Applied Psychosociology and Ergonomics and by Physicians at Work. Physicians still have a good chance of selecting their specialty, but that self-selection does not necessarily imply that they are qualified to practice it in all cases. In fact, we all know of cases of inappropriate choice of specialty and the consequences it causes. With this regard, the role of the Prevention Services is very important to assess the competence of a professional for a specific job, as well as to see the possible suitability or adaptation of the person to the job.

On the other hand, it must be noted that since 1995 the system already has the regulations that regulate the assistance to health professionals burned by work, with the law on prevention of occupational risks. But we should ask ourselves why this procedure is rarely used, except in serious and usually chronic and complicated cases. Of course, we should all be self-critical about how Prevention Services are being managed, whether they have been given the means to carry out their mission effectively, and, whether, given the magnitude of the problems they face, they should be restructured and given more resources. It is everyone's job to fight the stigma of mental disease and to promote the recognition and call for appropriate professional help for this type of diseases, just as we can do for other medical problems.

Should it be feasible economically, it would be advisable to include physiological and metabolic indicators to analyse the damage to personal health, such as by determinations of cell oxidative stress, because all types of psychosocial stress end up being oxidative stress at the cellular level. (91).

It would also be advisable to include measures of patient satisfaction, already validated and available in our country(92, 93). These authors validated the 9-item questionnaire for the evaluation of the physician-patient relationship by Cristina Van der Felz-Cornelis et al. (94).

For all this, you can always count on the support of the different provincial Medical Associations, as well as the Organisation of Medical Colleges.

Conclusion:

The Organisation of Medical Colleges (OMC) believes that burnout syndrome is a serious problem among physicians and that the partial data available in Spain would justify a major national study on the subject. The study should have great methodological rigour and include the adequate percentage of physicians working inside and outside the hospital environment and inside and outside the urban environment, as well as in both public and private healthcare.

Question 19.-What role do Humanities play or should play in the prevention and treatment of burnout syndrome?

Presentation:

A recent meta-analysis attempted to summarise the interventions that prevent and treat burnout syndrome (95), and concluded that effective strategies are divided into individual (*mindfulness*, stress management training or small group work sessions) and system organisation (working time evaluations and local modifications of clinical processes).

Although with a lower level of evidence, Humanities and Arts can help prevent or reduce burnout syndrome (95, 96). Twenty-first century medicine became more technologically advanced thanks to the incorporation of multiple discoveries and scientific advances in the aetiology, diagnosis and treatment of diseases. Unfortunately, the physician-patient relationship deteriorated, moving to a relationship of superiority, with little communication and zero empathy, even moving feelings outside the medical field, and limiting care and affection to nurses, or even to other professionals such as psychologists. Education in Medical Schools is carried out in the absence of art and produces, therefore, physicians without art. When someone decides to become a physician, it seems that everything converges in education in the scientific-technical field, aimed only at diseases and not at health or the person. Very specific subjects are taught, leaving little or no space and time for culture, sports, music and other arts. Cultural interests are considered superfluous, and are not assessed during the career or in the MIR exam (public examination for resident physicians). However, Arts should be seen as the foundation of humanities and the personal growth of the physician (95, 97-100). They are essential to understanding,

treating and caring for the true focus of our present and future work: people. In fact, very often the best clinicians, who have gone down in history as geniuses, were also painters, sculptors, writers, scientists and humanists.

One of the greatest Spanish physicians of all times, José de Letamendi (1828-1897), who was a professor of anatomy and general diseases, and also an anthropologist, philosopher, pedagogue, painter and violinist, said: "The doctor who only medicine knows neither medicine knows" (101).

Machines do not show empathy, nor do they know how to reach the soul speaking or with a look, feel, think about things that worry our patients, as humanist physicians can do, beyond scientific evidence. Medicine can be considered the art that cures diseases of the patient and the soul of the patient and of the physician himself. We must go deeper into the set of qualities that characterise the good medical student, future physician and human person. Unquestionably, there are fundamental technical requirements that every physician must internalise, during his stage of general education or later as continuing education. But the humanist vision, from music, poetry, philosophy, dialectics, reading biographies, and even volunteering, are the perfect pretext to change attitudes and become aware of the ultimate meaning of things, to work on the so-called "soft" skills and to learn valuable tools to empower ourselves.

As an example, Opera is Art in capital letters. *Gesamtkunstwerk* (translatable from German as a total work of art) is a concept attributed to the composer Richard Wagner, who coined it to refer to opera as a type of work of art that integrated the six ancient Fine Arts: music, dance, poetry, painting, sculpture and architecture (102).

The international initiative "THE PHYSICIAN AS A HUMANIST", which recently held its 2nd International Symposium on April 1-3, 2019 at Sechenov University in Moscow, Russia, has as its mission to improve the teaching and practice of Medicine by promoting Humanities in the health professions. It intends to include humanist values again in medical professions, promoting the dialogue between Humanities and Biomedical Sciences. The III Symposium is already being planned, to be held from March 25 to 28, 2020 in Mexico City, Mexico, organised by Anahuac University.

We propose to recover and facilitate in general medical education topics of Philosophy, Arts and other disciplines beyond medical and surgical textbooks. It should help us survive and overcome burnout syndrome and help us live a full life, as physicians and as people. The involvement of the administration is key in prevention, but also in the recovery of affected physicians.

Conclusion:

There is no doubt about the need to reintroduce Humanities in the academic curriculum of medicine, and we suggest that their best knowledge could be a preventive therapeutic tool against burnout syndrome.

Question 20.- What are the ethical aspects of all this?

Presentation:

When the terms designate complex problems and not well defined profiles, it is always advisable to look back and reconstruct their history, because it will allow us to understand many aspects that otherwise will go unnoticed. The expression "be burned out" has a literal meaning, that of the consequences suffered by the exposure to fire, and another metaphorical meaning, the result of the harmful action of fires different from the physical, but not less real. The expression "burned out leader" was common in social movements, and particularly in revolutionary groups, since the mid-nineteenth century. Leaders were considered burned out when they could no longer withstand the pressure inherent in their office and had to be replaced. This was common in political and trade union organisations.

As with other expressions, this one has decreased in those classic contexts and has become more relevant in professional organisations. So much so that when Freudenbergler coined the expression burnout syndrome in 1974, he did so from his experience with professionals, especially health professionals(6). When someone today uses the term "burned out" in a metaphorical sense, everyone understands that they are referring to a professional, and probably a physician.

This change of attribution is all the same astounding. And it bring us on track to a historical fact of utmost importance, which is the increase in social pressure on professionals, particularly those once called "liberal professions". Its members must continually make decisions of a great responsibility, but at the same time they are forced to do so increasingly quickly and in a higher number of cases. The business management of the practice of these professions has led to a very remarkable increase in efficiency, but also to an exponential increase in pressure on its members, all coupled with a growth in

conflict, that professionals experience as a lack of social recognition and, if this were not enough, with a miserly economic remuneration, if not clearly unfair.

Since Freudenberg, work-related burnout has become a "syndrome", that is, a set of symptoms that appear together: nervousness, fatigue, loss of enthusiasm for work, difficulty concentrating, an increase in the number of errors, and so on. As there are objective tests to diagnose this syndrome, you just have to review the items that make them up to get an idea of what the main symptoms are.

But the diagnosis of the syndrome, so far almost the only one studied, says little or nothing about its causes. To do so, an "aetiological diagnosis" must be obtained, something much more difficult and complex, as it requires an analysis of the "causes" that trigger the symptom complex that characterises the syndrome.

As in any disease, two types of factors can be distinguished, "predisposing" and "triggering" factors. Galen already assured that pathological conditions were due to the convergence of two types of causes, which he called "procatartic", internal or predisposing, and "proegumenic", external or triggering. Both are necessary, so that the former without the latter do not result in disease, just as the latter without the others do not result in disease.

There is no doubt that certain biological and psychological factors predispose to burnout syndrome, such as physical diseases, mental diseases, lack of maturity, lack of strength in the face of adversity (what is now called, more in English than in Spanish, weak resilience), and so on. It is clear that all these factors have always been present in professionals, which indicates that they may be a "necessary" cause, but not "sufficient", for the development of the syndrome. Not everyone with little physical or mental strength develops an occupational burnout syndrome, etc.

This forces us to pay attention to the other factors, the "triggers". These, unlike the previous ones, must be characterised as "new", so they must be related to the changes that have taken place in liberal professions, and particularly in medicine, during the last half century. These include, at the very least, the following:

- *Changes in professional relationships, which have gone from vertical to horizontal.* Again, medicine is a typical example of this. The classic model of vertical relationship was the so-called "paternalism", in which the professional interacted, in

the case of the physician, with the patient, following the model of the parent-child relationship, in such a way that he sought the best for the patient, but without the patient, that is, without including him in the decision-making process.

- *The new profile of users, who from moral friends have turned to moral strangers.* The result of this change is mutual mistrust, which leads the professional to protect himself against possible lawsuits. In the case of patients, the expression of this has been their "codes of rights". Professionals have seen this as the juridification and bureaucratisation of professional relationships, against which they have sought to defend themselves through the so-called "defensive medicine".
- *The tyranny of the "culture of efficiency", which has made the practice of the profession less and less rewarding.* Efficiency is the basic principle of economic science. In the first half of the 20th century, it was imposed by economists on industrial work, and in the second half it was also introduced in professional institutions. A paradigmatic example of this is the hospital, which from being run by doctors has become run by professional managers, in an attempt to increase its efficiency. This change has been reinforced by the economic crisis of the years 2008-2014, to the extent that professionals have begun to feel uncomfortable, considering, in a growing number of cases, that they were being forced to practice their profession in conditions incompatible with quality, respect and professional ethics. An example of this has been the North American debate on the so-called managed-care.
- *The revolution that has taken place in scientific medicine itself, which has called into question the foundations that have been held to be immovable throughout its history.* This is the case of what we know today as "personalised medicine", "genomic medicine" or "precision medicine", which requires that we revise categories that until now were considered untouchable, such as the "specificity" of clinical conditions, in such a way that the function of professionals was to identify the "morbid entity" suffered by the patient, from which we could find the "specific aetiology" of the condition and seek the "specific treatment". This was the chain of specificity, which in recent decades has lost much of its former importance. Genetics has convinced us that there is not one breast cancer, but many, and that the same thing happens with medical conditions, diabetes, schizophrenia, or any other. The classic apothegm that "there are no diseases, but sick people" becomes more and more valid every day.

The convergence of these four factors has changed the practice of medicine in such a way that many professionals find it difficult to identify themselves with the new role. This is not what they were taught in the medical school, nor what led them to study this career or choose this profession. The consequence is frustration, discouragement, and often guilt. They know they don't know and can't do things right, like they'd like to. This is what Socrates calls "knowing the unknown", which, if it does not lead to leaving professional practice, requires the search for solutions.

Several solutions have been proposed. One, that professionals can examine calmly their patients. This is, for example, what the so-called "10-minute platform" intends to do. The trade union movements, for their part, have looked for the remedy to improve the working conditions and especially the economic conditions of professionals, always scarce, but that have come down during the years of the crisis.

We think that all these measures, though useful and very reasonable, will not put an end to occupational burnout syndrome. Because the greatest burnout is not caused by haste, nor by low income, but by the professional's feeling that he or she is not doing things as they should be done. He intuits that he or she must do them differently from the one he or she was taught during the years of university school and residence, but he or she does not know how. They trained him or her to make decisions considering the clinical facts, but they did not train him or her on the other element that today must be introduced into every correct decision-making process: the correct management of the patient's values. Severe anaemia cannot be treated in the same way in a Jehovah's Witness as in a person who is not. The values are many, economic, social, cultural, religious, etc., and all have to be taken into account in the clinical relationship. Values should be explored, just as clinical facts are explored. This requires adequate education and training, just as it was needed in the case of clinical facts. Medical practice conditions have changed at a much faster rate than training programmes.

Fifteen years ago now, in 2004, we drew attention to this problem, (103) which since then has only increased and gained in importance. The urgency of the remedy has led to existing bioethics training programmes being rushed, where trainers themselves are in need of training. The primary and most serious problem is who trains the trainer. Today, as in the past, it is still true that "if a blind man leads a blind man, they will both fall into the pit" (Mt 15:14).

Conclusion:

In the last half century the practice of the so-called liberal professions, and in particular the practice of medicine, has undergone a dramatic change. There are at least four factors in that: the passage from vertical and paternalistic interhuman relations to a horizontal one, presided over by the patients' bills of rights; the conversion of patients from moral friends to moral strangers, and the consequent rise of defensive medicine; the emergence of a culture of efficiency in health institutions, which has forced professionals to take into account the economic factor, sometimes even to the detriment of other factors that they consider morally binding; and, finally, the revolution brought about by scientific advances, and more specifically the rise of the so-called personalised medicine or precision medicine.

The conflicts generated by all these novelties are many and of various kinds, but of all of them there is one to which attention is rarely drawn. It is about the fact that the examination and diagnosis of a patient today requires taking into account not only the clinical data, but also their values, something for which professionals have not been sufficiently trained. Many times they do not know how to proceed well, but they do know that they are not doing it correctly. This is what can be called "moral burnout", for which there is no other correct treatment than the adequate training in values. Something that is done little and, moreover, with programs of very poor quality.

Declaration of transparency / Potential conflict of interest.

The authors declare that they have no conflict of interest. This publication was funded by GSK. The authors have not received any fees for their collaboration.

REFERENCES

1. Gil-Monte PR. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout). Quinta Edición ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2017 2017.
2. Gil-Monte PR. Influence of guilt on the relationship between burnout and depression. *European Psychologist*. 2012;17:231-6.
3. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2016;15(2):103-11.
4. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical teacher*. 2017;39(2):160-3.
5. Gil-Monte P, Viotti S, D. C. Propiedades psicométricas del «Cuestionario para el Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit*. 2017;23: 153-69.
6. Freudenberger H J. Staff burnout. . *Journal of Social Issues* 1974;30:159–65.
7. Edelwich J, A. B. *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. . Nueva York: Human Sciences Pres; 1980.
8. Pines A, D. K. Tedium in the life and work of professional women as compared with men. . *Sex Roles*. 1981;7:963-77.
9. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clinical psychology review*. 2015;36:28-41.
10. Maslach C, E. JS. *Maslach Burnout Inventory. Manual*. . Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.; 1981.
11. Maslach C, SE. J, P. LM. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Ed r, editor. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.; 1996.
12. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*. 2009;250(3):463-71.
13. Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, Dumanian GA, Kim JY, Rawlani V. Burnout phenomenon in U.S. plastic surgeons: risk factors and impact on quality of life. *Plastic and reconstructive surgery*. 2015;135(2):619-26.
14. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic proceedings*. 2015;90(12):1600-13.
15. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of pain and symptom management*. 2016;51(4):690-6.
16. Li H, Zuo M, Gelb AW, Zhang B, Zhao X, Yao D, et al. Chinese Anesthesiologists Have High Burnout and Low Job Satisfaction: A Cross-Sectional Survey. *Anesthesia and analgesia*. 2018;126(3):1004-12.
17. Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2017;28(7):1590-6.
18. Grau Martin A, Flichtentrei D, Suner R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español (2007). *Revista española de salud pública*. 2009;83(2):215-30.
19. Grau A, Suner R, Garcia MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*. 2005;19(6):463-70.

20. Riquelme I, Chacon JI, Gandara AV, Muro I, Traseira S, Monsalve V, et al. Prevalence of Burnout Among Pain Medicine Physicians and Its Potential Effect upon Clinical Outcomes in Patients with Oncologic Pain or Chronic Pain of Nononcologic Origin. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2018.
21. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *Jama*. 2018;320(11):1131-50.
22. Moreno-Jiménez B, González JL, E. G. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Dpto. Ps. Biológica y de la Salud UAM. In: (Eds) JByFR,
23. Jefatura del Estado. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*. 1995;269(10-11).
24. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. (burnout). EG-MPyMJBESdqpet, editor. Madrid: Pirámide; 2007.
25. Cherniss C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In: W.B. Schaufeli CMYTME, editor. *Professional burnout recent developments in theory and research* London: Taylor and Francis; 1993. p. 135-49.
26. Ruzycki SM, Lemaire JB. Physician burnout. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2018;190(2):E53.
27. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2018;75(3):147-52.
28. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarstrom A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC public health*. 2017;17(1):264.
29. Bauernhofer K, Bassa D, Canazei M, Jimenez P, Paechter M, Papousek I, et al. Subtypes in clinical burnout patients enrolled in an employee rehabilitation program: differences in burnout profiles, depression, and recovery/resources-stress balance. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):10.
30. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international*. 2011;108(46):781-7.
31. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS one*. 2015;10(8):e0136955.
32. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2017;177(2):195-205.
33. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de saude publica*. 2005;39(1):1-8.
34. Price DM, Murphy PA. Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death education*. 1984;8(1):47-58.
35. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall Press.; 1982.
36. Golembiewski RT, Munzenrider R F, D. C. Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and proxis. . *Journal of Applied Behavioral Science*. 1983;19:461-81.
37. Paine W S. The burnout syndrome in context. En J. W. Jones (Ed.) p, editor. Park Ridge, Illinois: London House Press.; 1982.
38. Vanheule S, Lievrouw A, P. V. Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from a Lacanian perspective. *Human Relations*. 2003;56: 321-32.
39. Oosterholt B G, Maes J H, Van der Linden D, Verbraak M J, A. KM. Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. . *Stress (Amsterdam, Netherlands)*. 2014;17: 400-9.

40. van Dam A. Subgroup analysis in burnout: Relations between fatigue, anxiety, and depression. *Frontiers in Psychology*. 2016;7-90.
41. Tops M, Boksem M A, Wijers A A, van Duinen H, Den Boer J A, Meijman T F aK, J. The psychobiology of burnout: Are there two different syndromes? . *Neuropsychobiology*. 2007;55: 143–50.
42. Gil-Monte. P R. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
43. Maslach. C, Jackson. S E. MBI: Maslach Burnout Inventory; Manual Research Edition. . Palo Alto, CA.: University of California, Consulting Psychologists Press; 1986.
44. Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of occupational health psychology*. 1999;4(2):95-107.
45. Shirom A. Job related burnout: a review. (eds) QJTL, editor. Washington, DC,: American Psychological Association; 2003. 245– 64.
46. Hatfield. E, Cacioppo. JT, L. RR. Emotional Contagion. . New York. : Cambridge University Press, 1994.
47. McIntosh. DN, Druckman. D, B. ZR. Socially induced affect. . In: Druckman D. & Bjork R.A. (eds), editor. In *Learning, Remembering, Believing: Enhancing Human Performance*. Washington, DC: National Academy Press; 1994. p. 251–76.
48. Howes MJ, Hokanson JE, Loewenstein DA. Induction of depressive affect after prolonged exposure to a mildly depressed individual. *Journal of personality and social psychology*. 1985;49(4):1110-3.
49. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*. 2005;51(3):276-87.
50. Karasek. R A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design. . *Administrative science quarterly*. 1979; 24:285–308.
51. Karasek. R A. Job Content Questionnaire. . University of Southern California, Los Angeles, CA 1995.
52. Van Veldhoven. M, De Jonge. J, Broersen. S, Kompier. M, Meijman. T. Specific relationships between psychosocial job conditions and job related stress: a three-level analytic approach. . *Work and stress*. 2002;16: 207–28.
53. Groenestijn. E, Buunk. B P, Schaufeli WB. Het besmet- tingsgevaar bij burnout: De rol van sociale vergelijkingsprocessen In: Meertens R.W. BAP, van Lange P.A.M. & Verplanken B.,(eds),, editor. In *Sociale psychologie & beïnvloeding van inter-menselijke en gezondheidsproblemen* The Hague, The Netherlands, : VUGA,, ; 1992. p. 88–103.
54. Gálvez. M, Moreno. B, Mingote. J. El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. . Madrid: Díaz de Santos 2009.
55. Maslach. C, Leiter. M. The Truth about Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it. . San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
56. Shirom. A, Nirel. N, Vinokur. A. Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating affects by perceived workload and by autonomy. . *Applied Psychology: An International Review* 2010;59:539-65.
57. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. 2016. BOE-A-2015-11724.
58. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE. 2006;302, de 19 de diciembre de 2006 Referencia: BOE-A-2006-22169.

59. Organización Internacional del Trabajo. Enfermedades profesionales de la OIT. In: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf, editor. 2010.
60. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open medicine (Warsaw, Poland)*. 2018;13:253-63.
61. Gálvez. M, Moreno. B, Mingote. JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Icaro. Madrid: Diaz de Santos; 2009.
62. Lasalvia A, Tansella M. Occupational stress and job burnout in mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2011;20(4):279-85.
63. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, et al. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;195(6):537-44.
64. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association Between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clinic proceedings*. 2016;91(4):422-31.
65. Weight CJ, Sellon JL, Lessard-Anderson CR, Shanafelt TD, Olsen KD, Laskowski ER. Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. *Mayo Clinic proceedings*. 2013;88(12):1435-42.
66. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic proceedings*. 2015;90(4):432-40.
67. Le Blanc PM, Hox JJ, Schaufeli WB, Taris TW, Peeters MC. Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *The Journal of applied psychology*. 2007;92(1):213-27.
68. Steven. G, editor Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention: Presidential address. . Annual Meeting of the American Gynecological and Obstetrical Society; 2002; Hot Springs: September 12-14.
69. Butow P, Cockburn J, Girgis A, Bowman D, Schofield P, D'Este C, et al. Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *Psycho-oncology*. 2008;17(3):209-18.
70. Lopez-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Luna JD, Catalan J. Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1999;68(6):348-56.
71. Fridner A, Belkic K, Marini M, Gustafsson Senden M, Schenck-Gustafsson K. Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss medical weekly*. 2012;142:w13626.
72. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960)*. 2011;146(1):54-62.
73. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*. 2014;14:325.
74. Cano-Langreo. M, Cicirello-Salas. S, López-López. A, Aguilar-Vela. M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med segur trab* 2014;60(234):198-218.
75. Mingote Adán. JC, Crespo Hervás. D, Hernández Álvarez. M, Navío. M, C. RG-P. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab*. 2013;59:176-204.
76. Siu C, Yuen SK, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi*. 2012;18(3):186-92.
77. Hoff T, Whitcomb WF, Nelson JR. Thriving and surviving in a new medical career: the case of hospitalist physicians. *Journal of health and social behavior*. 2002;43(1):72-91.

78. Zhang Y, Feng X. The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2011;11:235.
79. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC health services research*. 2014;14:254.
80. Hamidi MS, Bohman B, Sandborg C, Smith-Coggins R, de Vries P, Albert MS, et al. Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported burnout and associated financial burden: a case study. *BMC health services research*. 2018;18(1):851.
81. Lopez-Jimenez J M. La consideración por la OMS del burnout como enfermedad profesional es un hito. <https://confi legalcom/20190602-la-consideracion-por-la-oms-del-burnout-como-enfermedad-profesional-es-un-hito/>. 2019.
82. Tejero Acevedo. R, Graña Gómez. JL, Muñoz Rivas. M, Peña Fernández. ME. Consideraciones sobre el síndrome Burnout como una forma de estrés laboral. *Jurisprudencia y legislación relacionadas. Psicopatología Clínica, legal y forense*. 2002;2(1): 95-115.
83. Gobierno de España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. . BOE. 2015.
84. Sempere-Navarro E. El estrés laboral como accidente de trabajo. Social RdA, editor. Cizur Menor. : Editorial Aranzadi, S.A.U., ; 1999.
85. Sánchez Pérez. J. El síndrome del trabajador quemado (burn out) su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral. *Revista de información laboral*, ISSN 0214-6045, . 2016;5:8-14, 31-50.
86. Jefatura del Estado. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. . 1995. Boletín Oficial del Estado.
87. Jefatura del Estado. LEY 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. . Boletín Oficial del Estado. 2003; N° 298, 13/12/2003. [:https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-228611](https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-228611).
88. López M. Informe de calidad de vida y desgaste profesional del médico: España. . Medscape [Internet] 1 2012: <https://espanol.medscape.com/diapositivas/59000099.mon>
89. Oliva. J, Peña. LM, González. B, Urbanos. R, Barber. P, Zozaya. Crisis económica y salud en España. . Madrid: MSCBS; . 2018; <https://bit.ly/2YVydEJ>.
90. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017. . Informes temáticos basados en el documento sobre el Sistema Nacional de Salud . 2018;<https://bit.ly/2W5PM73>.
91. Castellanos Asenjo. A. Tesis doctoral sobre Modelo de gestión de prevención en un servicio de Medicina Intensiva. Identificación y valoración de las causas de los niveles de estrés oxidativo. . Universidad de Valladolid. 2008.
92. Mingote Adán. JC, Moreno Jiménez. B, Rodríguez Carvajal. R, Gálvez Herrer. M, Ruíz López. P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). . *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009; 37 94-100.
93. Moreno-Jiménez. B, Rodríguez-Carvajal. R, Gálvez. M, Garrosa. E. Aspectos psicosociales de la práctica clínica. . *Atención Primaria y Salud Mental*. 2005;8:12-20.
94. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General hospital psychiatry*. 2004;26(2):115-20.
95. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*. 2016;388(10057):2272-81.
96. Boudreau JD, Fuks A. The Humanities in Medical Education: Ways of Knowing, Doing and Being. . *J Med Humanit*. 2015; 36:321-36.

97. Young RK. Introducing The Arts and Medicine: JAMA Turns Another Page. JAMA. 2016;316:1365.
98. Epstein M. For a truly humanistic ethic, we need truly humanistic medicine. . Br Med J 2014;348:g1133.
99. Glick. SM. Sounding board. Humanistic medicine in a modern age. The New England journal of medicine. 1981;304:1036-8.
100. Orefice. C, Baños. JE, Eds. The role of humanities in the teaching of medical students. Barcelona (Spain): Fundació Dr Antoni Esteve; 2018.
101. Pulido y Fernández .Ángel. Biografía del Dr. D. José de Letamendi y Manjarrés. Anales de la Real Academia de Medicina 1898;2-3: 97-136.
102. Soriano. JB. On Doctors and Their Operas: A Critical (and Lyrical) Analysis of Medicine in Opera. Chest. 2018;154:409-15.
103. Gracia. D. Medice, cura te ipsum: Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Real Academia Nacional de Medicina. 2004(Madrid).