

Cuando el exceso de trabajo agota. Aunque usted no lo crea, el superman de la bata blanca también es un ser humano... Por favor, tómelo en cuenta

Héctor A Baptista González*

"Diferente fue lo que pasó [...] porque, siendo médico, no iba a entregarse sin más a la desesperación, como hacen aquellos que de su cuerpo sólo saben cuando les duele. Hasta en una situación como ésta, angustiado, teniendo por delante una noche de ansiedad. Fue aún capaz de recordar lo que Homero escribió en la Ilíada, poema de la muerte y el sufrimiento sobre cualquier otro, Un médico, sólo por sí, vale por varios hombres, palabras que no vamos a entender como directamente cuantitativas sino cualitativamente..."

José Saramago. Ensayo sobre la ceguera. 1996.

El síndrome de desgaste o síndrome de "burnout" o quemados por la medicina (SBO), se refiere una serie de respuestas en el médico a situaciones de presión crónica en el ambiente laboral, integrado por sentimientos y actitudes negativos que provocan tensión al interactuar con el paciente y su familia, disminuyendo la calidad de la atención y falta de compromiso en la práctica médica. El SBO se presenta como un grupo inespecífico de alteraciones psicosomáticas, conductuales, emocionales y en el ambiente laboral.

El concepto de SBO, fue acuñado por el psiquiatra Hebert Freudenberger hacia mediados de los años 70, aunque en 1976 la psicóloga Cristina Maslach fue quien estableció el término de «burnout». Actualmente, el concepto aceptado es el de Maslach y Jackson (1986), quienes señalan tres dimensiones constitutivas: a) Cansancio emocional, sentimientos de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que el sujeto realiza. b) Despersonalización, carac-

terizada por un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo, así como por incremento de la irritabilidad de la motivación laboral. c) Sentimientos negativos de realización personal, que supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el trabajo, evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima.

La manera como la estructura institucional está organizada en el ambiente de la medicina contemporánea, permite el desarrollo de vicios como la sobrecarga de trabajo, la pérdida de control sobre las actividades que se realizan, falta de cordialidad en el mismo lugar de trabajo, inequidad en los sistemas de recompensa y compensación, jerarquía autoritaria o desvinculada con la mística médica, injusticia en el reconocimiento de habilidades y capacidades o toma de decisiones basadas en el conflicto con los valores propios y de la institución. El uso de la tecnología, la división del trabajo, la intensificación y especialización han hecho de los hospitales sistemas cada vez más complicados. Esto impacta en una elevada jerarquía de autoridad, a considerar nuevos canales formales de comunicación y también a adoptar nuevas normas y reglas que funciones de acuerdo a los requerimientos institucionales. Así se crean dos líneas de autoridad: la administrativa y la profesional, que se suscitan en diferentes momentos de su cotidianidad conflictos; los cuales, pueden obedecer a creencias y valores distintos, que resultan válidos en ambos casos pero que operacionalmente pueden presentar connotaciones distintas que entran en una percepción contradictoria y que dificultan la toma de decisiones eficazmente.

El máximo estrés que vivimos en nuestra práctica profesional se da en dos situaciones diferentes. Aquella situación donde el curso es aciago, es decir preve-

* Hematología Perinatal, Instituto Nacional de Perinatología Medicina Transfusional y Banco de Sangre, Médica Sur.

mos lo que va a suceder y además, somos incapaces de actuar. Por ejemplo el personal de neonatología que atiende a un nacido pretérmino extremo en los límites de la viabilidad, sabe lo que va a suceder y, lamentablemente, no está en condiciones de actuar para modificar su curso. El otro problema son las expectativas desmedidas, la insatisfacción. Es la relación entre lo que esperamos y la realidad de lo que obtenemos. Es resultado frustrante entre lo que esperamos y la realidad nos genera una enorme limitación y tensión. Cuando hoy se habla de una progresiva deshumanización de la medicina, es posible que estemos detectando fenómenos de despersonalización. Esta cuestión, para nada trivial, está afectando a la esperanza de vida profesional de muchos médicos de todos los niveles asistenciales.

La frecuencia del SBO varía en toda la profesión médica, entre el 10 y el 70%, no hay área médica libre de este síndrome (*Tabla I*). El SBO es un problema de salud pública. Si el personal de la salud, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, químicos, etc., se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que al final, quien pierde es la sociedad en su conjunto. En consecuencia, se debería considerar el bienestar de los médicos y de todos los trabajadores de la salud. Simplemente por una cuestión de inteligencia. Es por esto, que en particular los médicos, han sido motivo de estudio en diferentes reportes de la literatura. El SBO, se presenta aun en los médicos de las sociedades industrializadas, aunque con un patrón de respuesta con mediciones distintas. Los médicos noruegues están satisfechos con su trabajo en puntuación promedio de 5.3 (escala 1 al 7, menor a mayor), mostrando más insatisfacción los anestesiólogos e internistas y la escala más alta los psiquiatras y los médicos familiares. Un dato revelador es la asociación entre

el SBO y la sensación de fracaso profesional. Hasta el 71% de los médicos sufre en carne propia esta frustración y la mitad manifiesta que está a disgusto con el trabajo que desarrolla.

¿Cómo evitar el SBO?

Debido a que los médicos frecuentemente somos autosuficientes, es buena oportunidad mostrarles algunos de los criterios más elementales para el diagnóstico de este síndrome, a saber: 1. **Cansancio** como síntoma predominante. 2. **Insatisfacción**: Se pierde la felicidad y el placer en lo que estamos haciendo. Aparece la indiferencia, el cinismo o el sentirse infalible. 3. **Abandono laboral, personal y familiar**. Se extiende al ámbito personal con la aparición de vicios (tabaquismo, alcoholismo, etc.) y el familiar, reflejándose en un aumento en la tasa de divorcios o abandono prematuro de los hijos del hogar. No hay recetas universales, pues el contexto es distinto para cada profesionista médico. La medida preventiva más efectiva es la vocación personal, no todos estamos llamados a lo mismo. El filósofo alemán Frederick Nietzsche decía: "Quien tiene un porqué vivir, siempre encuentra un cómo". En general se pueden resumir las siguientes actividades:

- Comprender y tomar conciencia que el cuidado de uno mismo debería ser parte esencial de nuestra actividad médica profesional. Esto no es solamente para que uno esté mejor, sino para que todos estemos mejor, incluyendo la salud de nuestros enfermos. Darse un descanso periódico. Las vacaciones no solamente son un momento de distensión, es también un tiempo de reconstrucción y de acercamiento familiar.

Tabla I. Frecuencia del SBO en diferentes tipos de trabajadores de la salud.

Tipo de personal	Frecuencia (%)	Agotamiento emocional (%)	Baja realización personal (%)	Despersonalización (%)
Generales o familiares	42.3			
Anestesiólogos	44	17	10	12.3
Cirujanos	20 *			
Pediatras	13.5-34.1	13	68	26
Investigadores clínicos	30	40	20	20
Residentes (74 horas)		42	51	61
Residentes (67 horas)		29	41	55
Recién graduados	28-61	14-40	15-25	21-52
Enfermeras	39	40	63	32

* (80% según sus esposas)

- Corregir el desequilibrio entre las demandas del trabajo y las características individuales. Debemos entender nuestras limitaciones y eso supone descubrir nuestros límites y respetarlos, y aumentar nuestra autoestima. ¿Para qué sirvo y hasta dónde puedo? Pues el médico tiende a creer que sirve para todo y que lo puede todo. Ahí se destruye.
- Entender los conflictos. Es decir, descubrir las barreras y tratar de sortearlas, nuevamente con tiempo y reflexión.
- Construir equipos de trabajo. La atención multidisciplinaria de nuestro paciente, evitar las limitaciones de los terceros pagadores. Compartir la experiencia conjunta.
- Cambios en la **relación médico a médico**, ¿por qué es la más difícil de todas las relaciones? Para todo tema de la medicina hay una segunda opinión. Dicen que la diferencia fundamental entre Dios y un médico es que Dios no se cree un médico... es porque nunca tuvo un colega, agrego yo. Es decir, se deben de emplear todas las medidas necesarias para fortalecer la convivencia y tolerancia entre los médicos de diferentes especialidades. Como una manera de integrar y socializar, a partir de diferentes posturas conjuntadas en intereses comunes.

Debemos entender que la medicina, no se limita a la relación médico-paciente. La medicina no solamente es la práctica médica. Está incluida en un mundo de aspectos mágicos, religiosos, sociales, económicos y por supuesto políticos. Pero además es la historia de personas y familias organizadas en sociedades urbanas o rurales. Estas hordas responden a la manipulación de su pensamiento debido a los intereses de la mercadotecnia, donde claramente el conocimiento no tiene absolutamente nada de científico: el diagnóstico es impuesto, la terapia es conjurada, el conocimiento es esotérico y la transmisión es clonada. La opinión del individuo, paciente o el médico mismo que leen y creen lo que dicen los medios como la televisión o el Internet.

Finalmente, la combinación de diversas actividades donde destaque el humanismo como actividad creadora vital y las bellas artes como los médicos del siglo XIX, que junto con todas aquellas acciones como la

contención del paciente, la investigación clínica, la docencia institucional, todo puede incorporarse a la tarea de un médico y darle un mejor significado a su acción y generar una mejor práctica médica. Esta mezcla se adereza con el elemento fundamental del humorismo, que según el escritor Wilhelm Raabe, es el salvavidas en el río de la vida. Todo esto en una época donde los grandes desafíos son los dilemas éticos y prácticos cotidianos.

Referencias

1. Cabrera GLS, López RP, Salinas TS, Ochoa TJG, Marín CIA, Haro GL. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005; 43: 11-5.
2. Catt S, Fallowfield L, Jenkins V, Langridge C, Cox A. The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *Br J Cancer* 2005; 93: 1092-7.
3. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005; 62: 105-12.
4. Gil MPR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica* 2005; 39: 1-8.
5. Gwede CK, Johnsson DJ, Roberts C, Cantor AB. Burnout in clinical research coordinators in the United States. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32: 1123-30.
6. Lopez FM, Rodriguez NA, Fernandez SM, Marcos AS, Martinon TF, Martinon SJM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62: 248-51.
7. Nylenna M, Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 44.
8. Palmer MLY, Gomez VA, Cabrera PC, Prince VR, Searcy BR. Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141: 181-3.
9. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-9.

Correspondencia:

Dr. Héctor Baptista González
Jefe del Banco de Sangre
Fundación Clínica Médica Sur
Puente de Piedra No. 150
Col. Toriello Guerra
Deleg. Tlalpan
14050 México, D.F.
Tel. 5424 72 00 Ext. 7229