

¿Porque unos médicos se 'queman' y otros no?: Una perspectiva desde la ética.

Roger Ruiz Moral. Editor de Doctutor

Resumen: Se considera el desgaste o burnout del médico como en cierta medida una especie de 'patología profesional' que tiene que ver con un problema de fondo de carácter 'ético' que radica en la 'mentalidad' del profesional a la hora de reconocer 'el tipo de médico que quiere (debe) ser'. Esto se refleja en la narratividad del médico quemado, que revela el vacío esencial que deja una práctica clínica sin un sentido último integrador (saludable), como consecuencia de perseguir unos objetivos médicos alternativos o subrogados

Why do some doctors 'burned-out' and others don't?: A perspective from ethics Summary: The physician's burnout is considered as a kind of "professional pathology" that has to do with a fundamental problem of "ethical" nature that lies in the "mentality" of the professional when recognizing " the type of doctor who wants (should) be". This is reflected in the narrativity of the burned doctor, who reveals the essential vacuum left by a clinical practice without an integrative (healthy) ultimate sense, as a result of pursuing alternative or subrogated medical goals.



Obra del autor sudafricano William Kentridge.

Una encuesta recientemente realizada por la Asociación Médica Estadounidense (The Washington Post, 2017), abordó las razones por las que estudiantes y médicos jóvenes eligieron hacer medicina. La encuesta encontró que el motivo principal para estudiar esta carrera, en tres cuartos de los encuestados fue 'el ayudar a las personas?', seguido a bastante distancia del interés intelectual. Cuatro de cada cinco estudiantes de medicina y aproximadamente tres de cada cinco residentes y médicos eligieron la medicina en base a experiencias personales, ya sea como pacientes, voluntarios o con familiares.

Los resultados de esta reciente encuesta no sorprenden a casi nadie. Generalmente, una gran mayoría de los médicos reconoce que su

vocación médica se basaba en una vocación de ayuda al prójimo. Lo interesante de este asunto es que algo tan simple y reconocido como la respuesta mayoritaria a esta pregunta nos lleve al núcleo central de lo que representa la medicina: una profesión caracterizada por desarrollarse en un contexto relacional (y esto es común con la mayoría de las profesiones) con el objetivo de ayudar a las personas cuando estas sufren a consecuencia de la enfermedad (esto ya más específico de la medicina).

La encuesta de la AMA a la que nos referíamos antes mostraba que 9 de cada 10 médicos jóvenes estaban aún satisfechos con su elección. Los estudiantes de medicina encabezaban la tabla, con el 94% sintiéndose muy satisfechos. En lo que respecta a los desafíos, y a pesar de las condiciones de trabajo y las cargas administrativas que conlleva actualmente para un médico el ejercicio de la medicina (más del 60% de los residentes y médicos calificaron estas cargas como una de las principales dificultades a las que se enfrentan), más de tres de cada cinco estudiantes de medicina continuaban y se sentían ilusionados con su carrera médica incluso después de experimentar algún tipo de experiencia negativa desalentadora.

En este artículo vamos a aproximarnos a esos dos aspectos nucleares: el carácter relacional de la profesión y las acciones del médico para conseguir ayudar a las personas, con el objetivo de clarificar la antropología que subyace en el ejercicio de la medicina. De esta manera esperamos apuntar sus consecuencias tanto para una práctica médica satisfactoria como para una desalentadora o ¿quemante?.

El carácter de la relación médico-paciente Una relación en crisis

La relación médico-paciente ha evolucionado desde el paternalismo hacia modelos más participativos y colaborativos en los que médico y paciente trabajan cada uno con responsabilidades distintas para conseguir el bien salud? Aunque generalmente la medicina actual acepta la comprensión de este ¿bien salud? (los objetivos médicos), desde una perspectiva holística, (definición de salud de la OMS) (Bickenbach, 2015), a efectos prácticos existe una dificultad intrínseca tanto para definirlo con claridad como para justificarlo. Esto hace difícil al médico la comprensión e interiorización de una mentalidad en la relación médica de tipo ¿sujeto-sujeto?, en lugar de ¿sujeto-objeto?, orientando así sus acciones, si no prescindiendo de los aspectos que no son biológicos o meramente funcionales y considerando solo una visión puramente mecanicista-biologicista, sí anteponiéndolos a otros (realización, integridad, bienestar, etc). Esto se refleja en la práctica, la cual se plantea como una acción médica que, más allá del respeto personal, no contempla otro bien del paciente o la persona más que el utilitarista o de eficacia diagnóstico-terapéutica (curativa). Pero también esta visión es la que el médico se aplica a si mismo (conseguir salir airoso y aceptablemente indemne de una relación particularmente frustrante en muchas ocasiones). Así es el enfoque último de los modelos relacionales colaborativos y de participación o el concepto de autonomía inherentes al concepto actual de ¿medicina centrada en el paciente?. En este contexto cualquier perspectiva de una relación médico-paciente que pretenda establecer unos vínculos entre sus protagonistas que superen los puramente materiales (relación sujeto-objeto) y que vayan dirigidos a otros objetivos del bien salud (relación sujeto-sujeto, desarrollo y perfeccionamiento de las personas del paciente y del propio médico), es sencillamente incomprendida y por lo tanto visto, si no con suspicacia, sí como prescindible. Esto es así en gran medida porque la medicina carece de una reflexión acerca de esta fundamentación antropológica sobre lo que es la realidad del sujeto, más allá de su concepción biologicista, que ayude a abordar las diferentes facetas no biológicas del sufrimiento que genera la enfermedad y por ende lo que significa y supone para un médico el proceso de sanación (del paciente y suyo en particular). Esto afecta al núcleo central de lo que tradicionalmente se han considerado los fines de la medicina y al rol profesional del médico, generando gran desconcierto en éste y reforzándose una medicina, educación e investigación médicas exclusivamente materialistas o biomédicas, donde los enfoques comunicativos centrados en la persona, con las humanidades y ciencias socio-conductuales como sus elementos prácticos y formativos, ocupan un lugar secundario en la práctica y educación médicas (Ruiz Moral, 2019).

¿De qué hablamos cuando hablamos de ¿relación??

Lo relacional no es algo secundario en la vida del ser humano, sino que por el contrario, es algo radicalmente constitutivo de éste: nos descubrimos a nosotros mismos, nos conocemos, nos encontramos con nosotros mismos gracias a las relaciones con los demás. La persona humana es un ser completo desde su concepción, pero, como dice Zubiri, ¿in-concluso? (1986: 67). No es sólo que consideremos interesante el diálogo con los otros para descubrir aspectos en nuestra manera de ser que de otro modo nos pasarían desapercibidos, aunque también sea ésto. Al integrar en nuestra reflexión sobre el fundamento de la medicina, la ontología de la

relación, estamos aludiendo a que ésta forma parte estructural del modo de ser y obrar del médico y que constituye la base de su capacidad de relacionarse con sus pacientes y tomar decisiones libres que le desarrollan y perfeccionen, o que le limiten y deterioren, a él/ella mismo/a como médico-persona.

La acción humana en la relación

La acción humana nunca es el resultado automático de unos procesos físicos, químicos o neurológicos, sino la expresión externa de una intencionalidad querida como tal por un sujeto. En consecuencia, el primer paso consiste en ¿desvelar? cuál es el patrón o pauta que se reproduce en toda acción humana, independientemente del tipo particular de la misma (sea que decido estudiar medicina o hacer una determinada especialidad, irme de vacaciones con mis hijos, comprar una camisa o preparar la cena). Este patrón está en función de dos ontologías subyacentes: la de la sustancia y la de la relación. El médico al ocuparse como médico de la persona paciente debe plantearse cómo está considerando a esa persona. En el contexto de la relacionalidad que proponíamos antes, además de considerar al individuo que padece una enfermedad esto lleva a que el médico ponga en ejercicio una segunda intencionalidad: o bien acoge a la persona, o bien prescinde de ésta y atiende sólo a aspectos parciales de la misma. Para entender mejor cómo se lo plantea ayuda mucho pensar cómo se explica esa relación: o en términos más o menos mecánicos, o por el contrario, en términos ¿narrativos? que incorporen a los dos sujetos implicados.

Las acciones del médico y su objetivo último

Por lo tanto en el fondo cualquier acción médica sea del tipo que sea representa un punto de partida al que el médico ha de responder antes de afrontar los aspectos concretos vinculados con su ciencia y arte médicos propiamente dichos. En términos de Lévinas (2015) supone ver la acción como una respuesta al otro que me interpela. La acción va expresar como modo de perfeccionamiento y desarrollo el modo en que estoy considerando quiénes somos las dos personas implicadas (paciente y médico). Y de esa manera provoca el modo en que yo médico me explico a mí mismo (me narro) las razones últimas que están detrás de mis actuaciones con mi paciente. Es evidente que como objetivo de la acción sólo se alcanzará plenamente el bien del otro ¿entendido como ¿bien-salud?, que se materializa en acciones concretas (buena atención, buena escucha, buen diagnóstico y buen tratamiento)? si la intencionalidad básica y primera es el perfeccionamiento de ambos como personas (lo que solo se da cuando acogemos a la persona sin presupuestos). Como se ve, el bien de la acción no es así sólo uno ¿curar la enfermedad? sino que hay distintos niveles de bien presentes en la intencionalidad de la acción. Hay varios bienes presentes en la acción médica que podíamos expresar como aquella que ¿hace y me hace bien al hacer bien lo que sé que es bueno y está bien?.

Vocación pervertida y burnout

La manifestación de esta acción en el ¿hacer médico? de una relación de esta naturaleza repercute no sólo en el destinatario (paciente), sino también en el médico, que de esa manera se perfecciona así siendo más plenamente persona en el ejercicio de su quehacer profesional. Se ve así cómo este ¿buen hacer? perfecciona el ser de las dos personas implicadas en la relación. Se ilumina así, por ejemplo, el concepto de vocación del que se habla en la profesión médica, pues esta acción nos realiza como personas y como médicos, esto es, dentro de esa relación particular de atención a un tipo de vulnerabilidad. El ¿mal hacer? por lo tanto desvirtua ese querer ser y llegar a ser que representa la vocación del estudiante o médico joven. Dentro de la práctica clínica en particular, este ¿buen hacer? arroja luz también sobre la naturaleza de las actitudes terapéuticas que se destacan como específicas de esta acción, y que se revelan como modos de ser o estar del médico con el paciente como son la ¿presencia plena? o la ¿entrega? del médico tan bien reconocidos por los pacientes, especialmente como dice Arthur Kleinman (2017), en su ausencia. Sin embargo, cuando esto no es así, ya hay un primer nivel de tensión generado por esa inconformidad entre el propio ser y modo de obrar, por la inautenticidad o incoherencia. De hecho, el profesional podrá tratar al paciente con respeto y educación, incluso tratando de ser empático y de poner en práctica su arte y ciencia para un buen diagnóstico? pero sin implicarse desde lo más propio de su ser. De manera casi espontánea el paciente puede que lo note, que note cierta distancia o frialdad? Esa falta de presencia que definía Kleinman. Y también el profesional que no vive así caerá más fácilmente en formas de agotamiento o burnout (más allá de las circunstancias adversas que también influyen, claro). Esta inautenticidad llevará a la relación médico-paciente un estado pervertido.

Conclusión

Una aproximación a la antropología de la medicina como la que hemos tratado de dibujar aquí de forma apresurada arroja por lo tanto luz sobre un importante aspecto a considerar del desgaste o burnout del médico o 'síndrome del médico quemado', su consideración como en cierta medida una especie de 'patología profesional' que tiene que ver con un problema de fondo de carácter 'ético' o, si se quiere, de 'mentalidad' del profesional a la hora de reconocer 'el tipo de médico que quiere (debe) ser'. Esto se refleja en la narratividad del médico quemado, la cual revela siempre y por encima de cualquier otro discurso, el vacío esencial que deja una práctica clínica sin un sentido último integrador (saludable), como consecuencia de perseguir unos objetivos médicos alternativos o subrogados.

Referencias

Bickenbach, J. (2015). WHO's definition of health: Philosophical Analysis. In: T. Schramme, S. Edwards (eds.), Handbook of the Philosophy of Medicine. Springer Science+Business Media Dordrecht.

Kleinman A. (2017). Presence. The Lancet, 389:2466-7

Levinás E. Ética e infinito. Madrid: A Machado Libros, 2015

The Washington post. (2017). Survey shows why doctors choose medicine and the challenges they face. April, 10

Ruiz Moral R. La incorporación de las Humanidades y Ciencias Socio-Conductuales en la educación médica: ¿Cuál es el problema y qué se debe hacer? Folia Humanística, 2019 (11): 65- 81. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0050>

Zubiri, X. (1986). Sobre el hombre. Alianza. Madrid.