

Porqué unos médicos ¿se queman? y otros no?: Una perspectiva desde el (auto)conocimiento: salutogénesis, afrontamiento y resiliencia.

Doctutor Resumen: En la realidad de la asistencia sanitaria diaria nos encontramos que ante similares circunstancias hay médicos que sufren burnout mientras que otros aparecen indemnes. El artículo plantea los factores que pueden estar detrás de las estrategias que estos últimos puedan poner en práctica, lo que nos lleva a clarificar los conceptos de afrontamiento, resiliencia y salutogénesis, en lo que representa un enfoque al problema de salud que representa el burnout hecho desde lo saludable frente a lo patológico.

Why do some doctors ¿burned-out? and others do not?: A perspective from (self) knowledge: salutogenesis, coping and resilience Summary: In the reality of daily healthcare we find that under similar circumstances there are doctors who suffer burnout while others appear unscathed. The article raises the factors that may be behind the strategies that the latter can put into practice, which leads us to clarify the concepts of coping, resilience and salutogenesis, in what represents an approach to this health problem that burnout represents from healthy versus pathological perspective.



Imagine usted a dos médicos que trabajan en el mismo Centro de Atención Primaria o Servicio hospitalario, ambos tienen un número de pacientes asignados similar y una carga diaria en consulta y avisos comparable. Sin embargo uno de ellos, llamémosle el Dr No, se encuentra desmotivado, desgastado, ha perdido el sentido de su trabajo, esto le hace mostrarse ante los pacientes y compañeros con una conducta cínica, despegada y poco colaborativa. El otro, lógicamente el Dr Sí, sin embargo mantiene la ilusión en su trabajo, globalmente está motivado y es capaz de disfrutar con lo que hace, esto se refleja en un modo de relacionarse con sus pacientes y colegas que es positivo, manteniendo con éstos ciertos lazos que le permiten colaboraciones para resolver situaciones problemáticas en el seno del equipo.

Actualmente es fácil reconocer al primer médico como un ¿médico quemado?, aunque ahora, nuestra sociedad y profesión ¿medicalizadora?, le catalogue como un médico que padece un síndrome, el del ¿burnout?. Este médico y esta ¿pseudopatología? representa actualmente un importante foco de atención no solamente de clínicos y profesionales, sino de investigadores (médicos) y

ya desde otros ámbitos sociales externos a la medicina y a la profesión. Por el contrario el médico aparentemente 'sano', o digamos, funcional, no suele ser objeto ni de la atención médica (lógico porque se considera sano), ni de los investigadores médicos (y no digamos farmacéuticos) y tampoco de la sociedad.

¿Qué es el 'Síndrome del Médico Quemado'?

El concepto de agotamiento o burnout en la atención sanitaria surgió a fines de la década de 1960 como una forma de describir coloquialmente el estrés emocional y psicológico experimentado por el personal asistencial, generalmente médicos y enfermeras (Freudenberger, 1974). Desde entonces, el término burnout se ha utilizado para caracterizar el estrés laboral en cualquier entorno de práctica sanitaria (Kim, 2018; Saijo 2013) y su estudio se ha extendido enormemente. Esta gran expansión y alcance del burnout ha permitido describirlo como una experiencia compartida del estrés en la práctica médica, y en su conjunto, las investigaciones parecen demostrar en los médicos/enfermeros que lo sufren niveles altos de síntomas depresivos. Los investigadores han descrito el burnout como una combinación de agotamiento emocional, despersonalización y bajo rendimiento personal causado por el estrés crónico de la práctica médica.

Una reciente y exhaustiva revisión sistemática (Rotenstein et al AMA, 2018), demostraba una variabilidad importante en las estimaciones de prevalencia del burnout entre los médicos en ejercicio y una marcada variación en las definiciones sobre el mismo, sus métodos de evaluación y la calidad de los estudios que lo abordan. Esos hallazgos impidieron a los autores sacar conclusiones definitivas sobre la prevalencia del burnout. Se puede decir que el síndrome se resiste a ser catalogado con claridad.

Los médicos prácticos sabemos muy bien de que hablamos cuando nos referimos a este tipo de síndromes mal definidos, sin correlatos orgánicos o terapéuticos que permitan cierto valor predictivo sobre el curso natural o su resolución. Así, la diferencia entre el Dr No y el Dr Sí arriba descritos, podría decirse que no es más que una diferencia en la forma de afrontar el estrés externo cada uno que tiene su base en la capacidad que cada médico tiene, condicionada o bien por su constitución psicológica o bien por su contexto cultural (educativo) previo. Imagínese el lector que consideramos que ambos médicos, el Dr Sí y el Dr No, son hermanos, criados en una misma familia. En ausencia de ese correlato orgánico/bioquímico que lo defina, nos queda entonces limitar esa capacidad de afrontar el estrés laboral como algo, sobre todo dependiente de sus rasgos de personalidad?o, si se quiere, de algún tipo de trastorno adaptativo de naturaleza psiquiátrica. La realidad es que esa respuesta 'poco funcional' al estrés laboral que representa el denominado 'síndrome del médico quemado' (SMQ), es un problema cuyo origen efectivamente habría que buscarlo en el carácter, la respuesta psicológica y la educación del médico que lo padece.

Nuestra cultura biomédica nos empuja a ver las cosas desde la perspectiva de la patología, de lo que no funciona. Desde luego esta perspectiva es muy útil para encontrar el origen y desarrollo de muchas enfermedades orgánicas (lo que se llama la 'historia natural de la enfermedad') y así poder encontrar mejor explicaciones y remedios. Sin embargo, el problema surge con esos 'problemas de salud' (término éste eufemístico) que, como el SMQ, no sabemos realmente si existen en la realidad o son un trastorno adaptativo que depende de la constitución y educación del que lo padece. Podemos esperar a que surja esa alteración bioquímica o genética o bien ese remedio milagroso que nos permita elevar su status al de 'enfermedad' propiamente dicha, pero la realidad mientras tanto y en muchos casos es que se trata de una realidad límite que se sufre.

Diferentes respuestas a una misma realidad

Actualmente, en algunas especialidades más que en otras, en algunos contextos laborales médicos más que en otros, el ambiente y los desafíos laborales de los médicos suponen experiencias de vida muy desafiantes. Los médicos quemados reaccionan ante tales circunstancias con un torrente de emociones fuertes y una sensación de incertidumbre que les lleva a situaciones en las que se ven incapaces de afrontarlas y viéndose en los casos extremos obligados a dejar la clínica y solicitar ayuda externa (psicológica o médica), lo que significa para estos profesionales un fracaso tanto personal como profesional y social. Sin embargo otros médicos en las mismas circunstancias desarrollan resistencia y afrontan esos mismos problemas sin esa ayuda externa, un proceso continuo que, sin duda, a estos médicos les supone y les exige tiempo y esfuerzo y les lleva a tomar decisiones importantes. La pregunta que nos interesa aquí es por lo tanto: ¿Cómo manejan estos últimos médicos los acontecimientos difíciles que cambian sus vidas laborales?

Es desde esta perspectiva desde donde deberíamos afrontar este problema y encontrar posibles soluciones. Conseguir eficiencia en la práctica, crear una cultura de bienestar son principalmente responsabilidades organizacionales, sin embargo mantener una capacidad de recuperación personal es principalmente la obligación del médico individual. Aunque cada uno de esos dominios influye recíprocamente en los demás y se necesita un enfoque equilibrado y conjunto (Bohman et al 2017), queremos enfatizar aquí la importancia de que el médico desarrolle por si mismo conductas resilientes al respecto. El SMQ nos está dirigiendo a explorar y reconocer en el que lo padece aquellos aspectos que le podrían facilitar su "funcionalidad", es decir su resistencia y eventual superación de esos estados de "desgaste" que lo definen mientras afronta sus responsabilidades de una manera más o menos aceptable.

En el fondo, puede que no nos quede ante el SMQ otro enfoque que este. Para ello, la estrategia es bien conocida, se llama "salutogénesis" (Antonovsky, 1998): En lugar de centrarnos en el Dr No, podemos atender lo que pasa con el Dr Sí: "¿Qué tiene éste de "sano" que no tiene el otro?" "¿qué le permite a este sobreponerse y funcionar en lugar de caer en el SMQ?". A pesar de esto, resulta decepcionante observar como la mayoría de la literatura médica (y divulgativa) al respecto desde los testimonios de médicos quemados insiste en describir las "terribles" condiciones que viven o han vivido éstos y apenas aportan estrategias concretas para afrontarlos desde dentro. Existen muy pocas experiencias "edificantes" de médicos que hayan superado el síndrome y que nos aporten estrategias concretas personales útiles (¡y no nos valen aquí el ponerse en manos del psicólogo, psiquiatra o tomar drogas psicoactivas claro!). Y aún disponemos de muchas menos experiencias de aquellos otros médicos que en circunstancias similares consiguen no solo sobrevivir y no "cumplir criterios del SMQ" sino funcionar aceptablemente y lo que es más importante lograr poco a poco cambiar las circunstancias.

Tres conceptos relacionados: Salutogénesis, Resiliencia y Afrontamiento La Salutogénesis

La "Salutogénesis" y su forma operativa, el "sentido de coherencia", fueron descritos inicialmente por el sociólogo y médico Aaron Antonovsky (1998). Antonovsky vio la salud y la enfermedad en dos extremos de un continuo. La investigación salutogénica analiza los procesos que llevan a las personas hacia, o mantienen a éstas, en el polo de la salud. Un sentido de coherencia se relaciona con la forma en que los humanos damos sentido al mundo, usamos los recursos necesarios para responder y sentimos que estas respuestas son significativas y tienen sentido emocionalmente. Tiene tres elementos; la comprensibilidad, que es el elemento cognitivo y se relaciona con la forma en que la persona ve el mundo, la manejabilidad, el elemento instrumental y el significado que se refiere a la forma en que la persona está motivada para pensar y actuar de esta manera. Los recursos de resistencia general son un concepto clave para comprender el sentido de coherencia; estos recursos pueden ser internos o pueden estar en el entorno social y pueden ser de naturaleza material o no material.

La resiliencia

Existe cierto consenso en considerar la resiliencia como un proceso. La adaptación positiva y el riesgo son dos constructos importantes en las conceptualizaciones de resiliencia. Existe acuerdo en que para inferir la resiliencia debe haber una adaptación positiva a pesar de la presencia de un riesgo significativo. Los factores protectores son otro aspecto central. Estos factores interactúan con el riesgo para modificar los efectos del mismo en una dirección positiva. Los factores de protección se han identificado comúnmente a nivel individual, familiar y comunitario. Los factores de vulnerabilidad se conceptualizan en la literatura como rasgos o índices que aumentan la vulnerabilidad al estrés o exacerban los efectos negativos de la condición de riesgo.

El afrontamiento (coping)

La definición de "afrontamiento" más ampliamente adoptada es la de Lazarus y Folkman (1984), que la define como un cambio continuo de los esfuerzos conductuales y cognitivos para gestionar las demandas externas y / o internas que exceden los recursos del individuo. La investigación sobre el afrontamiento han evolucionado a partir de las investigaciones del estrés, centrándose en los procesos y mecanismos por los cuales las personas se adaptan al estrés. La forma en la que afrontamos el estrés es importante para comprender las necesidades y problemas de salud, y desarrollar estrategias o intervenciones para prevenir problemas o mejorar la salud y el bienestar.

Los tres conceptos arriba definidos tienen una estrecha relación. En este artículo ofrecemos una aproximación conjunta enfocada a los aspectos prácticos que facilitarían un afrontamiento y recuperación del estrés mediante el uso o canalización de recursos propios. Por cuestiones prácticas nos referiremos al proceso de ¿mantener la salud en la adversidad? empleando recursos propios como Resiliencia. Remitimos al lector interesado a profundizar en estas cuestiones en la magnífica revisión de Harrop et al (2015).

Estrategias de afrontamiento y resiliencia

La investigación ha demostrado que el afrontamiento y la resiliencia no son algo extraordinario. Las personas habitualmente demuestran esta resistencia y muestran sus recursos. Un ejemplo es precisamente esos médicos que aun en circunstancias laborales adversas no caen en el burnout sino que sacan lo mejor de ellos y consiguen avanzar ayudando a sus pacientes.

Un médico resiliente o salutogénico no es un médico que no experimente dificultad o angustia. El dolor emocional y la tristeza están presentes ante esos acontecimientos adversos que generan consultas sobrecargadas, pacientes críticos o desafectos. De hecho, es probable que el camino hacia la salud o la resiliencia implique una angustia emocional considerable en estos profesionales.

Este proceso supone el desarrollar activamente (con esfuerzo) comportamientos, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y poner en práctica.

Factores implicados

Son diferentes los factores que contribuye a la resiliencia. Muchos estudios muestran que el factor principal es tener relaciones afectivas y de apoyo dentro y fuera de la familia. Las relaciones que generan amor y confianza, proporcionan modelos a seguir y ofrecen estímulo y tranquilidad ayudando a reforzar la capacidad de recuperación de una persona.

Varios factores adicionales están asociados con la resiliencia, estos incluyen:

- La capacidad de hacer planes realistas y tomar medidas para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de uno mismo y confianza en sus propias fortalezas y habilidades.
- Habilidades en comunicación y resolución de problemas.
- Capacidad de manejar nuestros propios sentimientos e impulsos fuertes.

Todos estos son factores que las personas pueden desarrollar por sí mismos.

Estrategias para construir resiliencia

Desarrollar resiliencia puede considerarse como una especie de viaje personal. No todos los médicos reaccionan igual ante los eventos traumáticos y estresantes propios de la labor asistencial. Un enfoque para desarrollar resiliencia que funcione por parte de un médico puede no funcionar para otro. Las personas usan diferentes estrategias.

Las variaciones reflejan también diferencias culturales. La cultura y educación de un médico puede tener un impacto en la forma en que él o ella comunica sus sentimientos y trata con la adversidad laboral, por ejemplo, la forma en la que un médico se conecta con otros compañeros, y con su propia familia y, en el caso de la atención primaria, por ejemplo, la forma en la que hace uso de los recursos de la comunidad. Esto además tiene mucho que ver con lo que aquí hemos llamado el carácter o, si se quiere, la forma de ser de cada uno, por lo que la estrategias clave para encarar este aspecto, es algo tan sencillo como difícil: el médico afectado debe dirigir la mirada hacia su ¿interior?, tener capacidad para explorarse a sí mismo es decir capacidad para el auto-conocimiento.

Diez maneras de conseguir ser resiliente Factores en la resiliencia

Habiendo destacado ya el auto-conocimiento como estrategia estrella, exponemos a continuación una serie de factores que favorecen la resiliencia y que en mayor o menor medida tienen que ver con el desarrollo de un mayor auto-conocimiento.

Muchos estudios muestran que el factor principal en la resiliencia es tener relaciones afectivas y de apoyo dentro y fuera de la familia. Las relaciones que crean amor y confianza, proporcionan modelos a seguir y ofrecen estímulo y tranquilidad ayudan a reforzar la capacidad de recuperación de una persona.

Varios factores adicionales están asociados con el proceso de mantener la salud en la adversidad, que incluyen:

Hacer conexiones. Las buenas relaciones con familiares cercanos, amigos u otros son importantes. Aceptar la ayuda y el apoyo de aquellos que se preocupan por uno y escuchan fortalece la capacidad de recuperación. Los médicos han desarrollado grupos con esta finalidad que utiliza la mirada interior mediante la reflexión (Grupos Balint o de reflexión). **Evitar ver las crisis como problemas insuperables.** No se puede cambiar el hecho de que las condiciones asistenciales sean muy estresantes, pero podemos cambiar la forma en que las interpretamos y respondemos a ellas. Intentar mirar más allá del presente para ver cómo las circunstancias futuras pueden mejorara es el primer paso para hacernos con las herramientas necesarias para conseguirlo. **Aceptar que el cambio es parte de la vida.** Ciertos objetivos pueden no ser alcanzables como resultado de situaciones adversas. Aceptar las circunstancias que no se pueden cambiar puede ayudarnos a concentrarnos en las circunstancias que podemos modificar. **Avanzar hacia nuestros objetivos.** Desarrollar algunos objetivos realistas. Hacer algo regularmente, incluso si parece un pequeño logro, que nos permita avanzar hacia esos objetivos. En lugar de centrarnos en tareas que parecen inalcanzables. Muchos médicos de éxito resaltan como estrategia el responderse diariamente a una pregunta como esta: "¿Qué cosa sé que puedo lograr hoy que me ayuda a avanzar en la dirección que quiero ir?" **Tomar decisiones cuando hay que tomarlas.** Actuar en situaciones adversas tanto como se pueda. Tomar medidas decisivas, siempre es preferible a separarnos por completo de los problemas y tensiones y desear que simplemente desaparezcan. Esto supone el no dejarse vencer por situaciones límite. **Buscar oportunidades que nos ayuden a descubrirnos a nosotros mismos.** Las personas a menudo aprendemos algo sobre nosotros mismos y podemos descubrir que hemos crecido en cierto sentido como resultado de nuestra lucha contra la pérdida. Muchos médicos que han experimentado situaciones laborales pésimas han revelado cómo éstas les han llevado a conseguir mejores relaciones, mayor sentido de fortaleza incluso cuando se sentían vulnerables, una mayor sentido de autoestima, un desarrollo de su espiritualidad y una mayor apreciación de la propia vida. A esto es a lo que se llama crecer como personas gracias a las experiencias que da la vida. **Cultivar una visión positiva de uno mismo.** Desarrollar confianza en nuestra capacidad para resolver problemas y confiar en nuestros instintos para desarrollar la resiliencia. **Mantener las cosas en perspectiva.** Incluso cuando nos enfrentamos a eventos muy dolorosos, tratar de considerar la situación estresante en un contexto más amplio y mantener una perspectiva a largo plazo. Huir de la recompensa inmediata es uno de los aspectos más difíciles de conseguir debido a la incapacidad de aceptar frustraciones que nuestra cultura viene promoviendo. **Mantener una perspectiva esperanzadora.** Una perspectiva optimista nos permite esperar que sucedan cosas buenas en nuestro día a día por mi malo que sea este. Intentar visualizar lo que queremos, en lugar de preocuparnos por lo que tememos. **Cuidarse. Prestar atención a nuestras propias necesidades y sentimientos.** Participar en actividades que disfrutemos y sean relajantes. Hacer ejercicio regularmente. Cuidarse ayuda a mantener la mente y el cuerpo preparados para lidiar con las situaciones que se nos plantean en el hospital o la consulta.

Existen otras maneras de fortalecer este proceso que pueden ser útiles. Por ejemplo, algunos médicos escriben sobre sus pensamientos y sentimientos más profundos relacionados con su consulta y encuentros con sus pacientes. La narrativa clínica como así se llama esto es una fuente de reflexión personal que contribuye a desarrollar resiliencia a través de algunas de las estrategias antes comentadas. En otro artículo de este numero de Doctutor, enfatizamos los mecanismos últimos del burnout, relacionándolo con nuestra propia narrativa (identidad) como personas y como médicos en el contexto de las relaciones con los otros (aquí relaciones clínicas con pacientes). Cada médico tiene el poder de cambiar la narrativa del burnout, el primer paso para afrontar este importante reto es simplemente plantearse que puede hacerlo.

Nuestras organizaciones deberían de estar alerta sobre el peligro de cebarnos en este agotamiento. Necesitamos más documentación y experiencias de aquellos profesionales que consiguen cada día superar las condiciones de una práctica clínica adversa y menos las declaraciones y experiencias que exponiendo aquellas no aporten nada a los nuevos médicos, ya que de esta manera se refuerza el sentido catastrofista del burnout normalizándolo

Referencias

Antonovsky, A. (1998). The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. In: McCubbin, H.I.E.T., Elizabeth A (Ed); Thompson, Anne I (Ed); Fromer, Julie E (Ed) ed. Stress, Coping and Health in Families. pp. coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency

Bohman B, Dyrbye L, Sinsky CA, Linzer M, Olson K, MD, MSc, Stewart Babbott S, et al. (2017). Physician Well-Being: The Reciprocity of Practice Efficiency, Culture of Wellness, and Personal Resilience. NEJM Catalyst, April 7.

Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974;30(1):159-165.

Harrop E, Addis S, Elliott E, Williams G. (2015). Resilience, coping and salutogenic approaches to maintaining and generating health: a review. Cardiff Institute of Society, Health and Ethics. Accessed October 20 on:
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/evidence/behaviour-change-review-3-resilience-coping-and-salutogenic-approaches-to-maintaining-and-generating-health-pdf-369664527>

Kim MH, Mazenga AC, Simon K, et al. Burnout and self-reported suboptimal patient care amongst health care workers providing HIV care in Malawi. PLoS One. 2018;13(2):e0192983. 0192983

Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians. A Systematic Review. JAMA 2018;320(11):1131-1150

Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, et al. Job stress and burnout among urban and rural hospital physicians in Japan. Aust J Rural Health. 2013;21(4):225-231.