

Reenmarcado el estrés del médico: daño moral y no burnout .

Doctutor Resumen: La diferencia entre burnout y daño moral es importante porque el uso de terminología diferente replantea el problema y sus posibles soluciones. Burnout sugiere que el problema reside en el individuo, que de alguna manera presenta una deficiencia. Implica que este individuo carece de los recursos o de la resiliencia necesaria para soportar su entorno laboral. El daño moral describe las repercusiones en el médico que suponen el reto que conlleva saber cual es la mejor atención que necesitan los pacientes, pero a la vez saber también que no podemos ofrecérsela debido a limitaciones que están fuera de nuestro control.

Reframing the physician distress: moral injury not burnout Summary: The difference between burnout and moral injury is important because the use of different terminology reframes the problem and its possible solutions. Burnout suggests that the problem lies with the individual, who is somehow deficient. It implies that this individual lacks the resources or resilience necessary to support their work environment. Moral injury describes the repercussions on the doctor that pose the challenge of knowing which is the best care that patients need, but at the same time knowing that we cannot offer it due to limitations that are beyond our control.



Tradicionalmente, el término "burnout" se ha utilizado para describir la angustia o agotamiento que sufren los médicos a consecuencia de su trabajo (1,2) El incremento de la demanda de atención médica, impulsada por el envejecimiento de la población, aumentando el número de pacientes que cada médico tiene que ver cada día es una de las causas, pero no la única (3). Freudenberger definió el burnout en 1975 como una constelación de síntomas (malestar, fatiga, frustración, cinismo e ineficacia) que surgen por unas "demandas excesivas de energía, atención o recursos" al médico en su trabajo (4) El término se tomó de otros

campos y fue aplicado al cuidado de la salud con la esperanza de transferir fácilmente las soluciones que habían funcionado en esos otros campos para abordar una crisis entre los médicos que estaba alcanzando unas dimensiones apabullantes. Desafortunadamente, la crisis en los cuidados de salud ha demostrado resistir soluciones que han funcionado en otros lugares, y muchos médicos se han resistido a ser etiquetados como 'agotados', apuntando a una desconexión sutil y elusiva entre lo que estos médicos experimentan y lo que supone ese agotamiento.

Sin embargo, el enfoque sobre el burnout del médico puede cambiar o al menos modificarse considerando lo que se ha dado en llamar 'daño moral' llevado ahora al ámbito de la atención sanitaria (5). El concepto de daño moral se describió por primera vez en los miembros del servicio militar de los EEUU que regresaron de la Guerra de Vietnam con síntomas que se ajustaban a un diagnóstico de 'trastorno por estrés postraumático' (TEPT), pero que no respondían al tratamiento estándar de TEPT y además presentaban otros síntomas distintos de este síndrome (6). Mientras que los pacientes con TEPT experimentaban una amenaza vital real e inminente y habían regresado muy obsesionados por su seguridad física e individual, aquellos con esta presentación diferente lo vivían como repetidos ataques a su moralidad y habían regresado cuestionando si todavía ellos mismos podían ser considerados, en esencia, como personas con principios morales. Esos pacientes, se habían visto obligados, de alguna manera, a actuar en contra de lo que sus creencias dictaban que era lo correcto, por ejemplo, matando a civiles por orden de sus superiores. Este tipo de afectación psicológica pertenecía a una categoría diferente que requeriría un tratamiento diferente.

El daño moral ocurre por lo tanto cuando perpetrados, damos testimonio o no evitamos un acto que transgrede nuestras creencias morales profundamente arraigadas. En el contexto de la atención médica, esa creencia moral profundamente arraigada es el juramento que cada uno de nosotros hizo al iniciar nuestro camino como médicos o enfermeros: anteponer las necesidades de los pacientes. Ese juramento es el eje de nuestra vida laboral y nuestro principio rector a la hora de buscar el mejor curso de acción con un paciente. Pero, la realidad es que, como médicos, nos vemos cada vez más frecuentemente obligados a considerar las demandas de otras partes interesadas: los registros médicos electrónicos (RME), las políticas de los gestores y políticos sanitarios, el tipo de organización por la que se rige un hospital o la atención primaria local, el sistema de atención sanitaria en general, incluso nuestra propia seguridad financiera, antes que las necesidades de nuestros pacientes. Cada vez que nos vemos obligados a tomar una decisión que contraviene los mejores intereses de nuestros pacientes, sentimos una 'punzada' de 'injusticia moral'. Con el tiempo, estos repetitivos ataques se irían acumulando y produciendo en nosotros ese 'daño moral' con repercusión física y psíquica.

La diferencia entre agotamiento o burnout y daño moral es importante porque el uso de terminología diferente replantea el problema y sus posibles soluciones. Burnout sugiere que el problema reside en el individuo, que de alguna manera presenta una deficiencia. Implica que el individuo carece de los recursos o de la resiliencia necesaria para soportar su entorno laboral. Dado que el problema está en el individuo, las soluciones al agotamiento también deben estar en el individuo y, por lo tanto, es responsabilidad, en este caso, del médico el encontrarlas e implementarlas. Muchas de las soluciones al malestar médico planteadas hasta la fecha giran en torno a esta concepción; entre estos enfoques tan populares y difundidos actualmente como el practicar yoga, la atención plena, los retiros y la meditación (7). Si bien no hay nada intrínsecamente malo en ninguna de esas prácticas, es absurdo creer que el yoga resolverá los problemas de tratar a un paciente con cáncer con una dificultad previa (por ejemplo una limitación administrativa) para recibir la quimioterapia, no tener tiempo para discutir un diagnóstico complejo o confiar en un sistema informático que coloca las métricas de gasto farmacéutico por delante de la comunicación con el paciente. Estos problemas no son el resultado de una deficiencia de la persona del médico.

El daño moral describe el reto que conlleva saber qué atención necesitan los pacientes, pero saber también que no podemos ofrecérsela debido a limitaciones que están fuera de nuestro control.

El daño moral, por otro lado, describe el reto de saber simultáneamente qué cuidados necesitan los pacientes pero no poder dárselos debido a limitaciones que están fuera de nuestro control. El daño moral es la consecuencia del doble vínculo siempre presente en los cuidados de salud: ¿Cuidamos primero a nuestro paciente, al servicio-hospital, al RME que debemos rellenar, al sistema de atención sanitaria o a los índices cuantitativos que nos exigen para nuestra productividad? Debería haber solo una respuesta a esa pregunta, pero en el marco político-empresarial actual de la medicina se nos presiona para ser leales a todos estos 'jefes' a la vez. El daño moral colocaría la fuente de la angustia del médico en un sistema que hace aguas, y no en un individuo débil e incompetente, y nos permite redirigir soluciones a las posibles causas de esa angustia. Al final, bajo esta perspectiva tal vez podamos abordar mejor los

propiciadores del daño moral a gran escala y hacer un tratamiento preventivo más eficaz.

Las soluciones a largo plazo al daño moral exigen cambios en el marco empresarial de la atención médica. Las soluciones no residen en promover la atención plena o la resiliencia entre los médicos individuales, sino en la creación de un entorno de atención médica que finalmente reconozca el valor del tiempo que los médicos y los pacientes dedican juntos a desarrollar la confianza, la comprensión y la compasión que acompañan a una relación profesionalmente auténtica y eficaz. Las soluciones a largo plazo para el daño moral incluyen un sistema de atención médica que priorice la "sanación" sobre el beneficio o ahorro en términos económicos y que confíe en que sus médicos siempre antepondrán los mejores intereses de sus pacientes.

Tratar el daño moral no va a ser sencillo. En realidad supone, por una parte la constatación del fracaso de los actuales sistemas sanitarios economicistas y por otra de la necesidad de un reenfoque en los principios que rigen esa atención sanitaria viciada. Esto no va a producirse de forma rápida y no sucederá sin la participación generalizada de los médicos. El cambio puede comenzar cuando los médicos identifiquemos los dobles vínculos a los que nos enfrentamos cada día y transmitamos esos desafíos a nuestros políticos y gestores. Si los administradores y los médicos consiguiésemos llegar y estar dispuestos a trabajar juntos para resolver estos dobles vínculos, la atención médica mejorará para todos.

En otro artículo publicado en este mismo numero de Doctutor [La COVID 19 y el "daño moral" en médicos y sanitarios: diagnóstico y oportunidad](#) resaltamos cómo la situación de epidemia por COVID 19 que estamos viviendo está produciendo un profundo daño moral en médicos y sanitarios que puede tener consecuencias desastrosas tanto en la profesiones como en el propio sistema sanitario si no reconocemos la naturaleza y desarrollamos adecuadas estrategias para minimizarlo.

Referencias West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. J Gen Intern Med. 2009;24(12):1318-1321. **Shanafelt TD, Noseworthy JH.** Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clin Proc. 2017;92(1):129-146.

Fifer R. Health care economics: the real source of reimbursement problems. [Accedido Agosto 19, 2019]. <https://www.asha.org/Articles/Health-Care-Economics-The-Real-Source-of-Reimbursement-Problems/>.

Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Psychother Theory Res Pract. 1975;12(1):73-82.

Dean W, Talbot S. Physicians aren't "burning out." They're suffering from moral injury. STAT. Jul 26, 2018. [Accedido Agosto 19, 2019]. <https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/> **Shay J.** Moral injury. Psychoanal Psych. 2014;31(2):182-191.

Sinsky C, Shanafelt TD, Murphy ML, et al. Creating the organizational foundation for joy in medicine: organizational changes lead to physician satisfaction. [Accedido Agosto 19, 2019]. <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702510>. Published September 7, 2017.