

Resiliencia en medicina: mantenerse conectado con lo más importante.

Nicole Piemonte



Resumen: Ante el burnout, la resiliencia y las herramientas para promoverla son enfocados como intervenciones individuales, simplistas e incompletas. En el origen del burnout se encuentra la 'pérdida del sentido' en el trabajo. Estrategias para integrar la experiencia vivida al atender y cuidar a otra persona con las aspiraciones y anhelos personales de los sanitarios, amplía las dimensiones meramente técnicas de la asistencia y abre las puertas a considerar el sentido de nuestro trabajo como clínicos. La autora describe algunas experiencias prácticas desarrolladas en su centro hospitalario.

Resilience in Medicine: Staying Connected to What Matters Most Abstract: Faced with burnout, resilience and the tools to promote it are approached as individual, simplistic and incomplete interventions. At the origin of burnout is the "loss of meaning" at work. Strategies to integrate the lived experience of caring for another person with the personal aspirations and longings of healthcare professionals broadens the merely technical dimensions of care and opens the doors to consider the meaning of our work as clinicians. The author describes some practical experiences developed in her work center.

En casi todos los artículos o presentaciones que he visto sobre el **burnout** en la atención sanitaria, se destaca la resiliencia como la herramienta más valiosa para luchar contra ello, se considera algo que es fundamental para soportar los embates de la educación y la práctica médicas. Este movimiento lógico del burnout a la resiliencia es comprensible, dada la definición literal de 'resiliencia', que es la 'capacidad para recuperarse rápidamente de las dificultades' o la capacidad de 'recuperarse' después del impacto (1). Tal habilidad parece necesaria en la atención sanitaria, donde las presiones sistémicas, las demandas organizativas y la tensión interpersonal están omnipresentes y contribuyen a las complejidades emocionales existentes en la atención a las personas enfermas y que sufren.

Sin embargo, la resiliencia también se presta a ideas sobre el valor y la dureza, una impermeabilidad a la vulnerabilidad que es inherente a la atención médica. La resiliencia rara vez destaca la necesidad que tienen los otros en ese camino hacia el bienestar. En cambio, el camino hacia la resiliencia parece estar pavimentado sobre el estoicismo y la responsabilidad personal. Todo esto suena oneroso e incluso un poco solitario.

Burnout como manifestación de una pérdida del sentido del trabajo del sanitario

Los académicos han señalado los problemas que surgen cuando la resiliencia y la reducción del estrés se enfocan demasiado en las intervenciones individuales en lugar de las organizacionales, y cómo estas intervenciones individuales pueden, irónicamente, exacerbar el estrés y la mala salud (2-4). Aunque las intervenciones individuales como las estrategias de atención plena, la meditación y el ejercicio son indudablemente beneficiosas, lo que estas intervenciones no consideran son los contribuyentes sistémicos y políticos del burnout, especialmente dentro de algunos sistemas sanitarios, así como la causa fundamental del burnout, que creo que está relacionada con una sensación de falta de sentido en el trabajo.

En mi opinión, lo que estamos hablando cuando describimos el "burnout" es menos sobre la fatiga y el número de horas trabajadas y más sobre una crisis de significado, sobre perder la conexión con las razones por las que uno eligió estudiar medicina en primer lugar. He visto esto de primera mano en mi propia institución, donde me desempeñé como vicedecana de educación médica en nuestra escuela de medicina y como consultora académica para nuestros médicos residentes; roles profesionales, estos que me permiten apoyar a los estudiantes y residentes, emocional, personal y profesionalmente. Al trabajar directamente con los aprendices, a veces les escucho decir que el burnout es causado por la "fatiga por compasión" o por implicarse más, por acercarse demasiado a los pacientes. Pero, por lo que he visto, las cosas son todo lo contrario. No es conectarse con los demás ni sentir empatía por los pacientes lo que quema a la gente; más bien, es tener que participar en encuentros rutinarios y una especie de atención médica mecanizada que minimiza la conexión humana. Conectarse con los pacientes, incluso cuando es doloroso y uno se siente vulnerable, hace que el trabajo sea significativo, no insoportable.

La estrategia contra el burnout de integrar trabajo y vida personal: algunos elementos prácticos

Nuestra tarea, entonces, como educadores médicos es ayudar a nuestros aprendices a mantenerse conectados con las cosas que son realmente importantes. Y podemos hacer esto reconociendo que una vida al servicio de la atención médica tiene tanto que ver con el corazón como con la mente, y recordándoles el privilegio que tienen de entrar en el mundo de los pacientes y brindarles atención cuando lo necesitan más. Me complace decir que hay un trabajo que estamos haciendo en mi institución que es, al menos, un paso más en la dirección de conectar a las personas con su trabajo y entre sí. No mucho antes de comenzar en mi institución, se había establecido un "comité de bienestar", al que me pidieron que me uniera. Lo primero que hicimos como comité fue organizar una "Reunión sobre el Bienestar", donde 79 médicos, enfermeras, estudiantes, residentes y personal se reunieron para hablar sobre lo que había contribuido a su bienestar y lo que les había quemado. Lo que escuchamos, una y otra vez, fue que no son las horas trabajadas lo que los quemaba, sino más bien el dedicarse a un trabajo que no vivían como significativo y auténtico. Los participantes no estuvieron de acuerdo con la idea de que existe algún tipo de "equilibrio entre la vida laboral y personal"; más bien, vieron que el trabajo y la vida estaban integrados. Es decir, lo que sucede en el trabajo se extiende a sus vidas en el hogar, y lo que sucede en el hogar afecta quiénes están en el trabajo. Por lo tanto, querían trabajar en un entorno que los reconociera como personas integrales, no solo como técnicos.

En respuesta a esto, nuestro hospital ahora planea implementar las denominadas "Schwartz Rounds", que son sesiones interdisciplinarias mensuales abiertas a todos en el hospital para discutir los elementos humanos de la práctica de la medicina y la atención de los pacientes y sus familias (5). A diferencia de otras sesiones médicas (p. ej., sobre morbilidad y mortalidad), la atención no se centra en el tratamiento médico de los pacientes, sino en la experiencia vivida al atender y cuidar a otra persona y las pruebas y éxitos que acompañan a la asistencia sanitaria del paciente. En nuestra facultad de medicina, un colega y yo, junto con dos estudiantes de medicina, establecimos un grupo que denominamos "Más allá de la Medicina", donde los estudiantes asisten voluntariamente a reuniones mensuales para discutir sobre todas las cosas que conlleva el convertirse en médico y que no se tratan en su currículum formal. Tuvimos una sesión en la que un traumatólogo habló sobre el momento en que se convirtió en paciente en la unidad de cuidados intensivos y cómo se sintió al estar sedado, intubado, confundido y, por lo tanto, dependiente de su enfermera y colegas médicos que de repente se convirtieron en sus colegas cuidadores. Hicimos que un médico de medicina de familia hablara sobre su trabajo al frente de una comisión de ámbito estatal defendiendo a los pacientes desatendidos y la tensión que sentía entre su deseo de hacer este trabajo y el tiempo que esto le quitaba a su esposa y familia. Hemos hecho que los residentes hablen sobre las realidades del año de residencia y la frecuencia con la que se enfrentaban a sí mismos con sentimientos de incompetencia o con el

temor de equivocarse con algún paciente. Hemos hablado con los estudiantes sobre su economía y cómo administrar mejor su dinero, sobre el agotamiento, la depresión y el suicidio, y les hemos hecho reflexionar sobre lo que hizo a algunos residentes que sus años de residencia fueran inolvidables, hemos hablado sobre lo que para todos ellos fue la angustia que vivieron y sintieron después de la muerte de alguno de sus pacientes o su alegría al sentirse en conexión con un paciente de una manera más profunda. Ningún estudiante o residente habló sobre sus calificaciones o el momento en que habían superado un examen.

Conclusiones

Ya sea formal o informalmente, todos nosotros, especialmente aquellos que ocupamos puestos de liderazgo, debemos fomentar las oportunidades para reflexionar sobre el trabajo que realizan los médicos y los residentes o estudiantes todos los días. Reflexionar intencionadamente unos con otros ayuda a los estudiantes y residentes a mantenerse conectados con aquello que hace que la medicina sea tan significativa. Les impide ceder a la tentación de alejarse de los pacientes y de los demás cuando creen que no hay lugar para hablar de lo que en la realidad les está sucediendo. Aquellos de nosotros que conocemos las estadísticas sobre el sufrimiento emocional y mental de los médicos y los aprendices sabemos que las intervenciones que ofrecen momentos de reflexión, vulnerabilidad y conexión, incluso cuando estas intervenciones son transitorias e imperfectas, merecen la pena. A veces, la resiliencia no se trata de ¿ser valiente?; se trata de que se reconozca el propio sufrimiento. Se trata de ser visto, conocido y escuchado mientras uno lucha por atender a los demás. A veces, los médicos y los aprendices necesitan tener la oportunidad de reducir la velocidad y recordar por qué eligieron ser médicos en primer lugar. De hecho, para algunos, sus vidas dependen de ello.

Referencias

- 1 Resilience. Definition of resilience by Oxford Dictionaries available at <https://en.oxforddictionaries.com/definition/resilience>; Definition of resilience by Merriam Webster available at <https://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>; Accessed on 15 January 2019.
- 2 Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. JAMA 2009; **302**(12): 1338-1340.
- 3 Carrieri D, Briscoe S, Jackson M, Mattick K, Papoutsi C, Pearson M, Wong G. 'Care under pressure': a realist review of interventions to tackle doctors' mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. BMJ Open 2018; **8**(2): e021273l.
- 4 Squiers JJ, Lobdell KW, Fann JJ, DiMaio JM. Physician burnout: are we treating the symptoms instead of the disease? Ann Thorac Surg 2017; **104**(4): 1117-22.
- 5 The Schwartz Center for Compassionate Healthcare. Schwartz Rounds®. Available at <https://www.theschwartzcenter.org/supporting-caregivers/schwartz-center-rounds/>. Accessed on 2 May 2019.