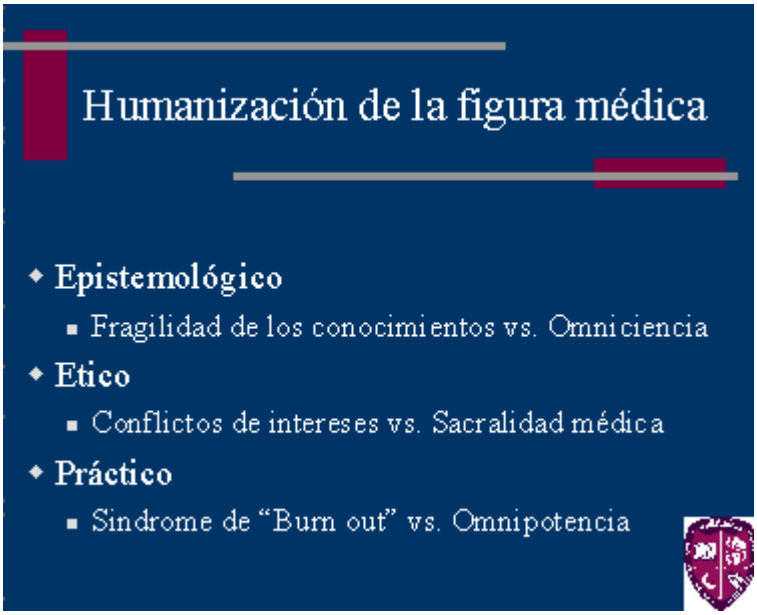
Sindrome de Burnout en médicos:

El Dr. Ernesto Gil Deza es oncólogo, Director del *Dpto. de Docencia e Investigación del Instituto Henry Moore*, Buenos Aires, Argentina.

Vamos a analizar el problema del *burnout* y la responsabilidad de que yo esté aquí es exclusivamente de los organizadores y el libro de quejas está a su disposición.
El problema del *burnout* es un tema en el cual hemos logrado comprender que **los médicos somos humanos**. Como los médicos somos humanos, tenemos problemas con nuestro conocimiento: **nuestro conocimiento es frágil**. Antes éramos onmiscientes, hoy sabemos que lamentablemente **nuestros conocimientos son frágiles, escasos e inciertos**.

Tenemos **problemas éticos**: los conflictos de intereses versus la sacralidad médica. Aun cuando el juramento hipocrático obligara a que educáramos a los hijos de nuestros maestros y obligara a que respetáramos la sexualidad de aquellas casas de las personas que visitábamos, siempre nos consideramos mucho más cerca de los santos que de los hombres, hoy sabemos que somos hombres. El conocimientos no está desprovisto de intereses espúreos.
Un problema práctico: antes éramos



Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

omnipotentes, hoy lamentablemente sabemos que tenemos dificultades con nuestra práctica. Esto no sólo nos afecta a nosotros, sino afecta a todo aquel que trabaje en el área de salud, o puede afectarlo.

Claramente **el *burnout* es la etapa final del estrés profesional y se caracteriza por tres cosas: estar emocionalmente exhausto, estar despersonalizado, tener baja estima e insatisfacción**, y puede afectar hasta al 66% de los oncólogos clínicos.

¿Cuál es el máximo estrés que vivimos en nuestra práctica profesional?

El máximo estrés que vivimos en nuestra práctica profesional se da en dos situaciones diferentes. Aquella situación donde el curso es infausto, es decir, lamentablemente prevemos lo que va a suceder indefectiblemente y además, somos incapaces de actuar. Por eso la mayor presión, el mayor estrés, la vive una **enfermera de neonatología**: sabe lo que va a suceder y, lamentablemente, no está en condiciones de actuar para modificar ese curso.

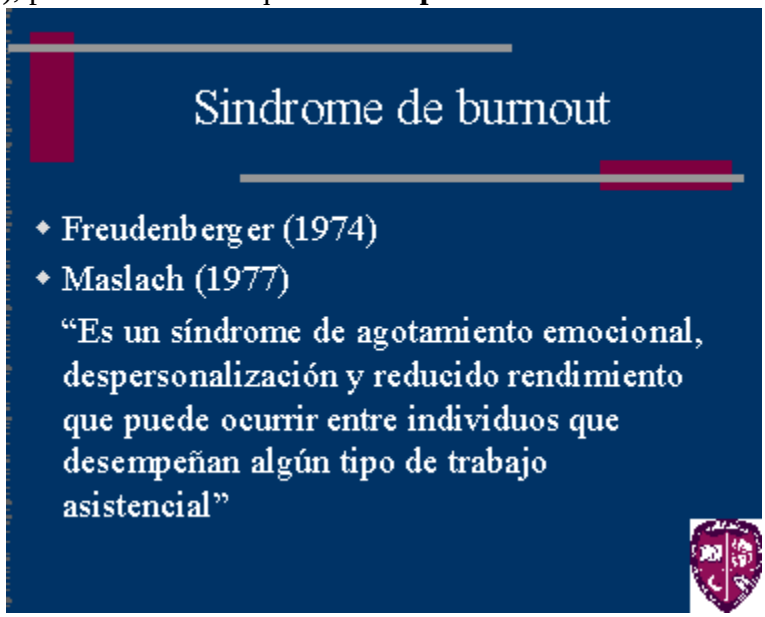
El otro problema son las expectativas desmedidas, **la insatisfacción**: es la relación entre la desmesura de lo que esperamos y la realidad de lo que obtenemos. Aunque eso puede definir desde un matrimonio, hasta casi cualquier otra cosa digamos, lo cierto es que esta frustración entre lo que esperamos y la realidad nos genera una enorme limitación y tensión.

La incidencia de *burnout* varía en toda la profesión médica, entre el **10% y el 70%**, es decir, no hay área médica libre de estrés, no hay área médica libre de *burnout*, no hay persona que trabaje en salud que no pueda exponerse a ello.
Hace apenas 15 días, The*New England Journal of Medicine* publica una perspectiva sobre el problema del **suicidio médico**, tema del que no se habla pero que todos conocemos y del que todos tenemos alguna experiencia próxima. 25 estudios distintos muestran un **40%** más de suicidio entre los médicos y un **130%** más de suicidio en las médicas con respecto a los profesionales de la misma edad y sexo de la población general. Esta diferencia se debe fundamentalmente a dos cosas: el acoso sexual de las médicas en el trabajo,

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

hay una correlación directa entre acoso sexual e intento de suicidio; la insatisfacción laboral por no poder acceder a puestos de dirección y la eficacia en que los intentos de suicidio se transforman en suicidios reales.

¿Cuál es la causa esencial de esta diferencia que nosotros tenemos en nuestra profesión con respecto a las demás profesiones?
Fíjense, (puede sonar viejo esto), pero la verdad es que **nuestra profesión es una verdadera vocación en la cual los miembros no pueden separar su profesión de su vida.**
¿Esta es la primer frase de qué libro?
Esta es la primera frase del primer capítulo del *"Cecil"*.
Así empieza el Cecil, es decir, lo primero que nos dice el libro más estudiado en medicina clínica es: **señores, ustedes acaban de abrazar un estilo de vivir, lo cual implica no sólo una manera de hacer sino una manera de ser.**



¿Cuáles son los desafíos en nuestra vida profesional que nos colocan antes estas situaciones de estrés que a veces nos "queman"?

- ✓ El manejo de la verdad
- ✓ El problema de la enfermedad.
- ✓ El cuidado de la familia.
- ✓ El enfrentamiento de la muerte.

- **El manejo de la verdad** es una arte que lamentablemente aprendemos después de recibirnos, y no antes. **El órgano más importante para manejar la verdad no es la lengua, es la "oreja".** Entrenarse en escuchar, en ser capaz de percibir lo que el otro necesita.

- **El problema de la enfermedad** es claro: hay enfermedades que son prevenibles, hay enfermedades que son curables, hay enfermedades que son paliables, pero todas son temibles y todas son mortales, sino no son enfermedades.
  La enfermedad nos enfrenta a nuestra debilidad radical: a la muerte. Sino, no la consideramos enfermedad. Y esa fragilidad está presente desde nuestros tiempos de estudiantes *(yo creo que fuera de embarazarme padecí todo lo que estudiaba)*.

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

- **El cuidado de la familia** es un desafío muy claro. Cuando ingresa alguien al consultorio o cuando vemos a alguien en el hospital estamos viendo junto, detrás y siempre, a la familia. **Porque cualquier grupo humano que cuida a un paciente mugiente es familia.** No estamos hablando de familias bien constituidas, mal constituidas, relativamente constituidas, desconstituidas, contracturada o lo que fuere. Estamos diciendo, **cuando hay un grupo humano que cuida a un paciente, eso es una familia**. Y tenemos que saber cuáles son sus enfermedades, cómo fueron sus duelos previos, qué estructura familiar, qué roles se han roto y, en el caso particular de la atención de pacientes murientes, tenemos que ver a los chicos, porque la mayoría de las veces, los niños, en esas condiciones, son alejados y no son vistos y sufren enormemente.

- **El dilema de la muerte**, al cual la mayoría de la población tiende a no mirar, es existencial, es instantáneo, es irreversible, es indefectible, es incierto, es insoluble, es impactante y es inexplicable y si alguien quiere agregarle algo más puede. Lo cierto es que decía Marañón: **"nadie que se enfrenta a un ser que acaba de morir y tiene corazón pude dejar de sentir"**. Y nadie que tiene cerebro puede dejar de pensar.

Entonces, esta realidad que nosotros vivimos, del manejo de la verdad, del control de la enfermedad, del cuidado de la familia y del enfrentamiento de la muerte está en cada uno de los pacientes que vemos todos los días de nuestra vida, todas las horas de nuestro día. Observen ustedes que, teóricamente, **de esto no se habla** y entonces la mayoría de los conflictos que surgen en los matrimonios médicos son muy claros: **"estoy casada/o con un mudo".**

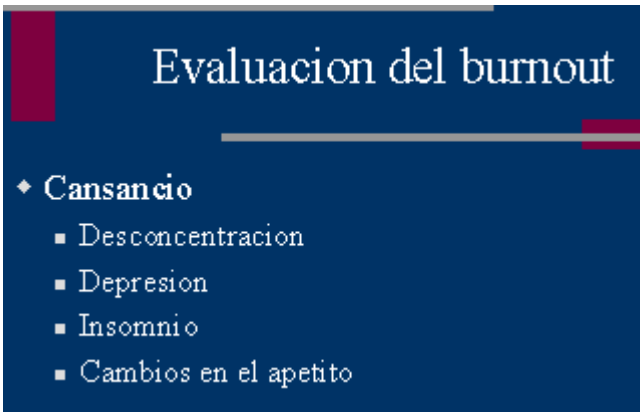
Hay desafíos que son clásicos en la Medicina: ¿Qué es una buena medicina? o ¿Qué es un buen médico? o ¿Qué es buena calidad médica?. **Aquél que tiene buena comunicación, disponibilidad, calidad y experiencia: junte Ud. estas cuatro cosas y tiene un buen médico.** La esencia de una buena comunicación es entender que el paciente es una persona y no un

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

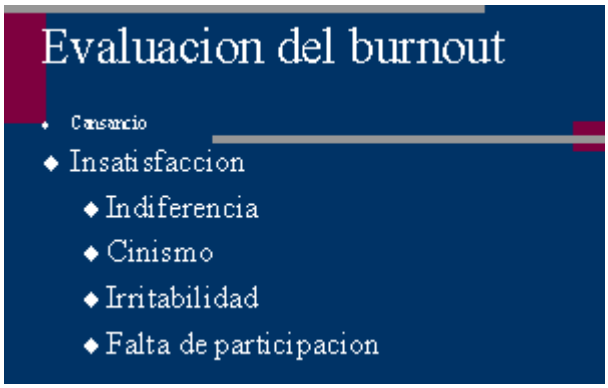
problema médico a resolver. Claro que la primera vez que lo sabemos es después que nos recibimos, porque hasta ahí lo que hemos estudiado son sólo enfermedades. De hecho, aún hoy, la bioética nos enseña mucho más a cómo analizar, resolver y poder lidiar con problemas que probablemente nunca vamos a ver, como la terapia génica, y nos somos capaces de resolver el problema de como tratar mejor a nuestros pacientes cotidianamente, que también es un problema ético.
De hecho, en una medicina moderna nanotecnológica, una corte suprema autoriza un aborto porque no podemos cuidar un embarazo.

El paradigma actual es gravísimo porque **no tenemos tiempo, no sabemos para qué, pero no tenemos tiempo**. Eso es seguro. Y si no tenemos tiempo, yo te puedo decir con qué te puedo dar tiempo. Entonces hay una enorme **medicalización de la cultura**. Todo el mundo cree que nosotros tenemos que tener una solución, solución que tiene que ser un medicamento. Y una enorme cantidad de medicamentos se consumen fundamentalmente para poder resolver problemas existenciales que no solucionan los medicamentos.
¿Quiénes son los más importantes consumidores de medicamentos?: Los médicos.
Los más importantes consumidores de medicamentos son los médicos. Solamente somos superados en la ingesta alcohólica por los escritores.
Pero hay desafíos de la modernidad además de los desafíos clásicos. Para todos o para algunos ¿ahí hay personas?, y tenemos que tomar decisiones nosotros y muchas veces, **apenas sabemos quienes somos, mucho menos podremos saber quiénes son.**

Diagnóstico del Síndrome de *Burnout*:
El diagnóstico del síndrome de *burnout* es relativamente fácil y nos vamos a basar en una de las pocas normas que hay para su diagnóstico, prevención y tratamiento que hizo la Sociedad Internacional de Oncopediatría.



1. La primera evidencia de *burnout* es el **cansancio**.
Cansancio, depresión, trastornos del sueño y cambios del apetito. Esta es la primera etapa.
Cuando uno tiene evidencias de que eso está sucediendo debe empezar a prender las alarmas, *¿por qué?* Por que eso significa que nosotros como instrumento empezamos a tener dificultades y nuestros pacientes pueden sufrir las consecuencias.

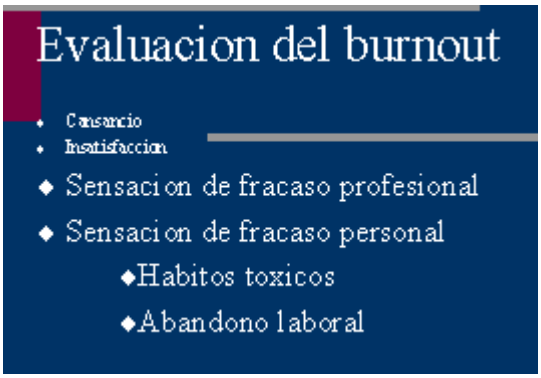


Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

Empezamos con cosas que parecen banales pero no lo son. Ahí es donde tenemos que empezar a prestar atención.

2. La segunda es **insatisfacción**: perdemos felicidad y perdemos grado de placer en lo que estamos haciendo. Aparece entonces la **indiferencia**, el resultado no me importa, el **cinismo** que una enorme cantidad de veces lo empleamos en el entrenamiento de los residentes cuando jugamos al célebre *"no, usted no tiene razón"*. Si la tiene: su conocimiento es absolutamente azaroso no fruto del razonamiento. Acertó. Si acertó y es viejo es tan clásico que es obvio. Si es nuevo: no está probado. Si está probado: no está en un estudio randomizado. Si es randomizado: no se publicó en el *New England, olvídese...*
Pero muchas veces lo empleamos en nuestra relación con todo el grupo que está trabajando en nuestro entorno. Eso genera irritabilidad y falta de participación. La persona deja de estar presente en las actividades grupales. Esto lleva a la sensación de **fracaso profesional**, y a la sensación de **fracaso personal** por esa condición que decíamos al principio: *se ha abrazado una manera de vivir, una manera de ser*.

3. Por lo tanto se incorporan los **hábitos tóxicos y el abandono laboral**. Esto es la tercera etapa de algo que empezó con el cansancio, siguió con la insatisfacción y llegó a este nivel. Por supuesto, esto se traduce rápidamente en el trastorno de relación social más próxima que es el marital y el familiar, **la tasa de divorcios médicos es notablemente más alta que la de la población general** y en la **muerte permanente** ya sea por el abandono profesional donde dejamos *una manera de ser* o directamente por **quitarnos la vida**.



Todo esto, como ustedes ven, no se produce de un día para otro. No se produce sin señales de alarma, no se produce sin tener evidencias de que algo está ocurriendo. Este evento final es **algo que no se quiso ver**. Es una negación activa a entender lo que nos está pasando. Hay instrumentos, muchos, que uno puede intentar poner en evidencia. Algunos muy complejos y otros muy simples. Pero lo cierto es que, independientemente del instrumento que ustedes elijan, lo más importante es tomar conciencia de lo que a uno le está pasando.

La **prevención y el tratamiento** del síndrome de *burnout* se basan en comprender que **el cuidado de uno mismo debería ser parte esencial de nuestra actividad profesional**. En tomar conciencia que el cuidado que uno debe hacer con uno mismo no es solamente para que uno esté mejor, sino para que todos estemos mejor, incluyendo la salud de nuestros enfermos. Porque en la medida de que nosotros estamos mejor, nuestros diagnósticos son más certeros, nuestros tratamientos son mejores y nuestros enfermos están mejor. Es decir, **debería formar parte de la obligación del médico cuidarse a sí**

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

mismo porque él es el factor pronóstico más adverso para una enfermedad. No se olviden ustedes, que la única chance que tiene un paciente de salvarse si un médico equivoca el diagnóstico es que también equivoque la terapéutica. Si un médico equivoca el diagnóstico, la única chance que le queda al paciente de zafar es que se equivoque en la terapéutica también. Sino, lamentablemente el enfermo padecerá las consecuencias.
También es claro que el *burnout* resulta de un desequilibrio entre las demandas del trabajo y las características individuales. Y esto pone una enorme responsabilidad en los encargados de seleccionar a las personas para los trabajos. *¿Por 1qué?* Por que es posible que la demanda no pueda ser satisfecha por todos de la misma manera. Y es totalmente lícito decirle a alguien: *"me parece que usted no es el capacitado para llevar a cabo esta tarea"*. Pero es una responsabilidad de los jefes, que tienen que prevenir la destrucción de una persona evitando que inicie un camino que lo llevará al fracaso.
El primer paso para poder resolver el problema del *burnout* es **entender nuestras limitaciones**. Y eso supone **descubrir nuestros límites y respetarlos**. Y esto exige una cosa que no nos damos: **tiempo y autoconocimiento**.

¿Para qué sirvo y hasta dónde puedo?
Y uno tiende a creer que sirve para todo y que lo puede todo. Ahí se destruye.

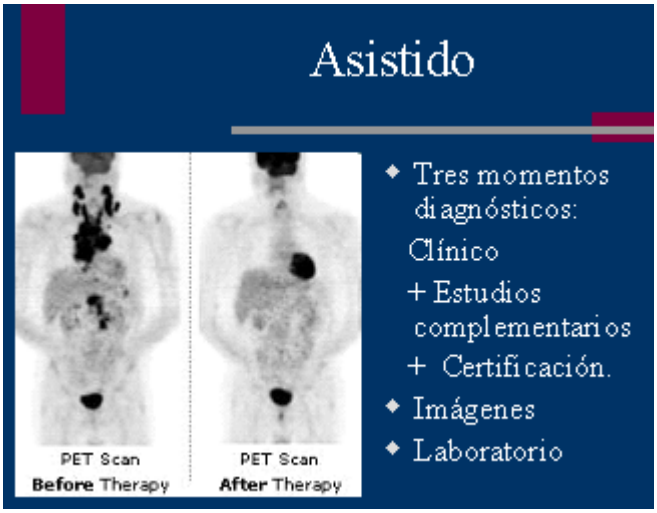
El segundo paso es entender **los conflictos**. Y esto significa descubrir las barreras y tratar de sortearlas. Y esto también exige tiempo y reflexión.
Solamente para ver los problemas de *las Medicinas*. Nosotros vivimos en un mundo en el que se ejerce la medicina. Si ustedes se disiparan un segundito de lo que ustedes hacen y miran alrededor van a ver que la Medicina tiene **conocimientos mágicos**, históricos. Si, si, del conocimiento mágico ya hay evidencias en la prehistoria. Pero también hay tribus salvajes y urbanas actuales 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. Pero está en la televisión y en Internet. Si, si, y los pacientes lo leen, sí, claro, y lo creen, por supuesto.

Está el **conocimiento clínico**, que en principio es empírico, racional, experimental, el diagnóstico es expuesto, el conocimiento es universal y la transmisión es escolar y teóricamente se da en una relación diádica, íntima, secreta, plena: la relación médico-paciente. Pero pocas veces podemos ejercitarlo con precisión.

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

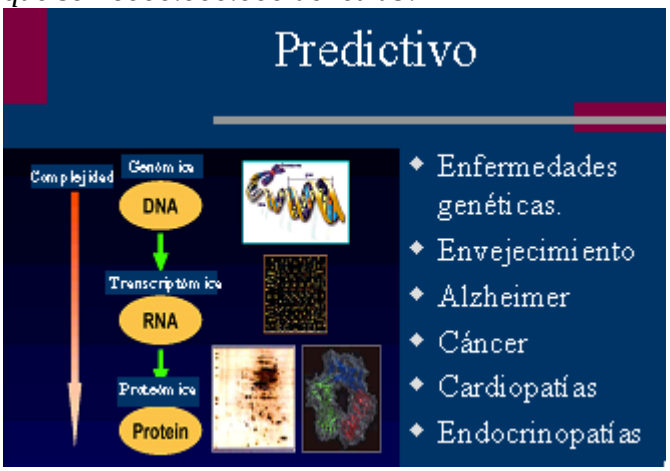
Cuando eso se hace, raramente es adecuadamente remunerado.

A fines del siglo XIX se incorpora otro conocimiento que es **patológico**, donde además del conocimiento clínico viene la certificación del conocimiento de alguien que habitualmente no ve al enfermo pero sí tiene razón. Es un conocimiento que funda una dicotomía muy importante y **falsa** que es la que hay un **cuerpo y un alma**. Pero básicamente es un conocimiento certificado, por lo tanto, lo que el médico piensa será certificado o no por lo que el patólogo muestre.



A mediados de la década del 50 nace el conocimiento **asistido**, donde ya participa otro más que tampoco ve el enfermo. Hay un conocimiento clínico, hay una certificación y hay un estudio complementario donde el laboratorio e imágenes dicen cosas del enfermo. Al enfermo no lo ven, pero la imagen está.

Desde 1953, pero sobre todo desde el 2000, nace un conocimiento **predictivo** esto significa: con la genómica la transgenómica o la proteomica: *"yo te voy a decir lo que te va a pasar"*. Es decir hay un ***nuevo oráculo*** que escribe con 4 letras "ACTG", si, y que además en capas a descifrar nuestro código: 6000.000.000 de letras.
A ver si esta claro, *¿alguien sabe lo que son 6000.000.000 de letras?*



No es tan habitual, dado que estamos en la informática es muy fácil: abran el Word tomen por *default Times New Roman* 12, una hoja A4 escriban dejando 2 cm. de margen a la derecha y a la izquierda, 2cm abajo y 3 cm. arriba y escriban 6.000.000.000 de letras, serán **60 metros de altura de hojas**. Si cuando ustedes van por la calle ven un edificio de **23 pisos** piensen que de la vereda hasta el techo esta escrito el ADN y **así se escribe *"hombre"*.**
Te falta una letra: la anemia falciforme, 2 letras: deficiencia mental severa, te faltan 3 letras: *sos mono*, es así de fácil. Ahora a pesar de eso yo te voy a decir como vas a envejecer, desde cuando te vas a olvidar como se llamaba tu primera novia, en que

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

momento vas a tener un cáncer, el infarto, o la insuficiencia tiroidea, si antes no te atropella el 60 o no te agarran los piquetes. Hay detalles contextuales que pueden relativizar esto, pero el conocimiento está.

Hay conocimientos **desiderativos**, si yo quisiera ser Nikole Kidman seria difícil, pero alguien podría decir bueno, con táctica paciencia y mucha "*guita*" podemos lograrlo.

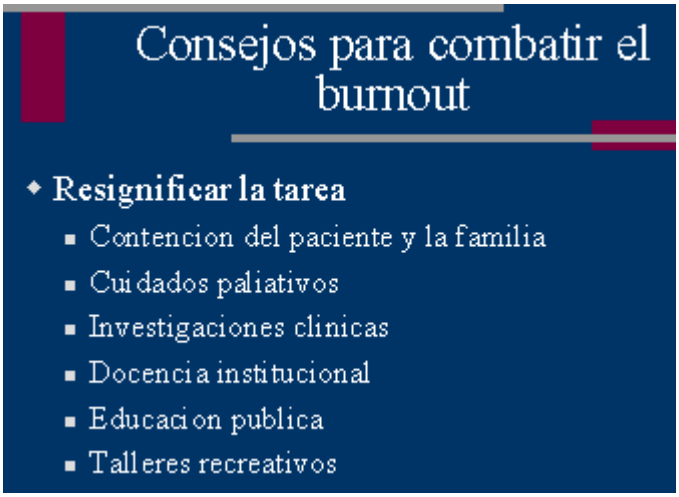
Y hay un **conocimiento *coactivo***, descubre un remedio y te diré que enfermedad tienes. British Medical Journal, 2 artículos brillantes. Una serie de enfermedades que eventualmente son trastornos funcionales o banalidades se pueden transformar en trastornos gravísimos si yo tengo el medicamento adecuado.

La mentalidad mágica persiste en el menor de nuestros gestos, no se olviden que cada vez que yo escribo r/p, *"recipe"*, todo lo que estoy haciendo es trasladar al latín el signo de Orus con el que se iniciaban los papiros de aquellas prescripciones médicas. Es decir cada vez que yo pongo *"recipe"* lo que estoy pidiéndole a Orus es que ilumine y logre que esa receta sea eficaz aunque no lo sepa. La relación medico/médico, es decir la relación entre colegas, es la más difícil de todas, ¿porque es la más difícil de todas? *Porque no hay nada peor que un colega*, así de fácil tanto es así que hay dos relatos de la creación: el primer relato es aquel en el cual se dice: Dios tomó tierra y agua e hizo muñecos de barro y así creo el hombre, pero en las cuevas de Cunram hace poquito se encontró otro parrafito que dice: *y después tuvo un cólico y creo un colega*, entonces digamos este es un problema grave porque habitualmente el colega *no tiene razón*. Entonces tenemos que tener mucho cuidado en las segundas opiniones porque

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

generalmente los oncólogos opinamos de cardiología, los endocrinólogos de psiquiatría , **todos opinamos fundamentalmente de lo que no sabemos** y le decimos con la autoridad que nos da el ser médico y que nos crean, mucho peor si son colegas de la misma especialidad. Es importante entender que esto genera aun más ansiedad.

El tercer paso para combatir el *burnout* es **construir equipos de trabajo**.
Pero los equipos de trabajo no se declaman, los equipos de trabajos se construyen. Como dice Vincent; cuando viene alguien y me dice yo trabajo en equipo yo le digo, *mostrame la cicatriz*. Fíjense ustedes no hay nada mas claro para conformar equipos que un equipo de fútbol o una orquesta, ellos entrenan 40 horas por semana para trabajar a lo sumo 2, y nosotros con suerte entrenamos 2 horas para trabajar 40 horas.
Los equipos se construyen con roces con fricciones con dificultades con fracasos con éxitos con historia y no crean ustedes que sólo los malos médicos pueden tener *burnout.* Sir. William Osler uno de los mas grandes médicos del siglo XIX y principios del siglo XX dejó la Jhon Hopkins y se fue a Oxford porque sufría lo que en esos momentos se llamaba *surmenage,* que no es mas que *burnout.*



El trabajo en equipo exige normas y entrenamiento diario porque las normas facilitan la tarea, ayudan a que la toma de decisiones. Pero es cierto que uno tiene que tener un número limitado de normas eficaces, porque cuantas menos sean mejor se cumplen.

Las vocaciones personales, no todos estamos llamados a lo mismo, yo he asistido mas de 1000 enfermos hasta su muerte. Entre otras muchas cosas porque vocacionalmente no me generan conflicto, bueno, no todos queríamos ser cura cuando éramos chicos y decidimos casarnos después, entonces es comprensible que alguien diga, que a mi vocacionalmente no me interesa eso.

Las vacaciones periódicas, la vacación no es solamente un momento de distensión, es también un tiempo de reconstrucción.

Las postas criticas, cuando alguien ha perdido a un familiar recientemente es importante que no se enfrente a enfermos que tienen la misma patología o la misma edad del familiar que murió.

Nietszche decía: ***"Todo aquel que tiene un porque vivir, siempre encuentra un como".***
Empezamos a estudiar Medicina porque queríamos aliviar y ayudar a la gente, no

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004

debemos olvidar eso porque el médico es siempre aquel que busca ayudar al sujeto.
La contención del paciente, los cuidados paliativos, la investigación clínica, la docencia institucional, la educación junto con los talleres recreativos, todo puede incorporarse a la tarea de un médico y darle un mejor significado a su acción y generar una Medicina integrativa y participativa. Esto supone incorporar al paciente, a la familia y a la sociedad en la Medicina, y es nuestra función hacerlo, porque ellos son, o por lo menos deben ser parte del equipo y claramente hay una utilidad grande en hacer participar a los pacientes en la toma de decisiones, se alivia enormemente la tarea.

Si este es nuestro núcleo causante del problema: el manejo de la verdad, el alivio de la enfermedad, el cuidado de la familia y el problema de la muerte.
Si estos son los desafíos: el tiempo y los dilemas éticos y prácticos cotidianos.
Si esta es la solución: entender que somos limitados, descubrir cuales son las barreras y formar equipos, la decisión de hacerlo o no hacerlo, descubrir cuales son las barreras y formar equipos, la decisión de hacerlo o no es absolutamente individual.
Recuerden ustedes que la mas vieja, la mas clara la mas útil definición de médico la dio un filósofo romano en el siglo IV y definió al médico con cuatro palabras: "*hombre bueno experto en el arte de curar*".
No se puede lograr un médico solo con expertitud, no se puede lograr un médico solo con humanidad; humanidad y expertitud es lo que logran un médico y nosotros debemos cuidarlo.
Muchas gracias.

- La conferencia del Dr. Ernesto Gil Deza tuvo lugar el día 1º de Julio de 2005 en la sede de la AMA como parte del programa de las Jornadas **IntraMed** 2005

Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2004