

Artículo especial

La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*). Un modelo de prevención en la formación médica

Dres. Cristina Catsicarís*, Alfredo Eymann*, Nicolás Cacchiarelli* y
Lic. Ignacio Usandivaras**

INTRODUCCIÓN

Ya han llegado al campo de la medicina las señales de alarma por este síndrome de desgaste laboral que afecta, mayoritariamente, a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios, como los profesionales de la salud y la educación.¹

Sus efectos, si no se detectan a tiempo, conducen al agotamiento cognitivo, emocional y físico de la persona.

El término de la lengua inglesa *burnout*, no exento de sutileza, fue tomado de la física de los metales para referirse a la forma en que un material, aun estando quemado (o fundido), puede continuar con la función de transmisión de energía. El traslado de este concepto a la complejidad del rol profesional y al desgaste no visible de la persona (su falta de registro y la naturalización del malestar en estos contextos de trabajo), da lugar a un horizonte de riesgo para la salud de los cuidadores.

Un poco de historia

La primera referencia al concepto de *burnout* se puede encontrar en *Buddensbrooks*,² una novela de Thomas Mann de 1901; allí se relata la decadencia personal y familiar de un senador cuyo apellido da nombre a la obra. Más tarde, Graham Greene utiliza el término en *A burnt-out case*,³ una publicación de 1961.

El término *burnout* fue descrito por Freudenberg, un psiquiatra que trabajaba en una clínica para toxicómanos de Nueva York, en 1974. Observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación laboral y agresividad con los pacientes.

El síndrome de *burnout* o agotamiento profesional ha alcanzado mayor difusión a partir de los trabajos de Cristina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome dentro del Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología; se refería a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos: concretamente, al hecho de que, después de meses o años de dedicación, éstos terminaban "quemándose".

El síndrome de *burnout* y sus efectos

El síndrome de *burnout* ha sido definido como un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Lo integran tres componentes:

- Despersonalización: se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.
- Falta de realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.
- Agotamiento emocional: combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.

Manifestaciones del síndrome de "*burnout*" en la práctica profesional

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes conductas:

1. *Evitación del compromiso emocional:*

La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal

* Servicio de Clínica Pediátrica.

**Servicio de Salud Mental Pediátrica. Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia:
cristina.catsicaris@hospitalitaliano.org.ar

manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

2. *Disociación instrumental extrema:*

Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

3. *Embotamiento y negación:*

La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

4. *Impulsividad:*

La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

5. *Desmotivación:*

Se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Complicaciones

El desarrollo del síndrome de *burnout* puede adquirir distintas formas de evolución:⁴

1. *Psiquiátricas*

Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).

2. *Somáticas*

Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.

3. *Organizacionales*

Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

La residencia médica y el síndrome de *burnout*

Los programas de residencias médicas son un modelo de formación basado en el aprendizaje en servicio. Después de 3 ó 4 años, un médico residente egresa con una significativa cantidad de conocimientos, destrezas y actitudes que lo han preparado para desarrollar la tarea médica para la cual se formó, con idoneidad y competencia.

Se han propuesto muchas variables como factores predisponentes para este síndrome que pone en riesgo la salud de los pacientes y del propio médico. Se consideraron: características demográficas, tipo de trabajo, género, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, situaciones de estrés vividas con despereja supervisión, perfiles de personalidad o crisis institucionales, entre otras.

Sin embargo, los estudios realizados en médicos residentes muestran resultados diversos; Shanafelt y col.,⁵ en un estudio sobre residentes de medicina interna de EE.UU., informan elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional y un 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout*. Esto se asoció a la percepción de que los pacientes a su cargo no recibían un cuidado óptimo.

Martín y col.,⁶ indagaron este síndrome entre diferentes especialidades médicas de EE.UU. y concluyeron que el 50% de los residentes reunían criterios de síndrome de *burnout* (rango: medicina familiar 27% y tocoginecología 75%) y se asoció al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.

En un hospital de Valencia, España, Belloch y col.,⁷ describieron que en residentes de medicina interna la despersonalización fue de 17,8%, el agotamiento emocional de 7,1% y la falta de realización profesional de 23,2%. Estos indicadores se asociaron a ser soltero, estar insatisfecho con el trabajo y pobre reconocimiento por parte de los pacientes y sus jefes. No estuvo asociado a factores económicos.

Thomas⁸ realizó una revisión de 15 artículos de síndrome de *burnout* y llegó a algunas conclusiones: es frecuente entre los residentes y puede estar vinculado a depresión y problemas en el cuidado de los pacientes, pero todavía no se ha identificado asociación causal demográfica o con características de la personalidad de los médicos que permita identificar a los residentes con elevado riesgo de desarrollar síndrome de *burnout*.

Aunque no se han realizado muchos estudios en nuestro país, en uno de ellos Dieringer,⁹ señala que los residentes de la provincia de Misiones presentan una prevalencia de síndrome de *burnout* de 16% (52% de alto nivel de cansancio emocional, 52% de alto nivel de despersonalización y 23% de bajo nivel de realización personal).

En un estudio realizado en la residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires en 2004, se estimó una prevalencia de síndrome de *burnout* de

19,59% (64% de alto cansancio emocional, 64% de alta despersonalización y 28,35% de baja realización personal). No se encontró asociación significativa con el género, edad, año de residencia y residencias clínicas vs. quirúrgicas.¹⁰

Por último, Maslach¹¹ sostiene que la condición para desarrollar síndrome de *burnout* está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales, e identifica seis factores:

1. Sobrecarga laboral: número de horas, falta de claridad en las horas de descanso laboral y ambientes inadecuados.
2. Falta de control: sobre la propia tarea, ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto laboral, baja participación en la toma de decisiones, escasa disponibilidad de medios tecnológicos por precariedad o faltantes.
3. Insuficiente reconocimiento de la labor: ambigüedad en el desempeño de roles.
4. Sensación de injusticia: por condiciones económicas insatisfactorias y falta de perspectivas de crecimiento laboral.
5. Fallas en la construcción de una comunidad de trabajo: ausencia de espacios para el tratamiento de las dificultades en las relaciones interpersonales.
6. Conflicto de valores: entre los valores personales y los de la organización.

Propuesta de abordaje para la prevención del síndrome de *burnout* en el nivel formativo del médico residente de pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires

La actividad comenzó en el año 2000 y comprendió las siguientes etapas:

1. Etapa de sondeo.
2. Etapa de contención.
3. Etapa de afrontamiento formativo.

Etapa de sondeo

A través de grupos focales con formato de taller se indagó el estado afectivo y la presencia de desgaste profesional en el trabajo y la formación del residente.

Utilizamos como pesquisa el instrumento diseñado por Maslach (MBI),¹² que reveló indicadores de desgaste.

Ante este hallazgo, nos propusimos explorar algunos ejes asociados al síndrome de *burnout*:

- a. Modelos médicos predominantes en el sistema de creencias del residente:
Modelo omnipotente: el médico debe saber todo y responder a todo; debe ser obedecido.

Modelo abnegado: el esfuerzo y sufrimiento son la forma de reconocimiento e inclusión en la organización médica.

Modelo "empleado": responde al paciente-cliente, sin límites ni derechos.

Modelo paternal: se dan indicaciones permanentes y se acentúa el rol pasivo del paciente.

- b. El grado de disociación entre los recursos técnicos profesionales y la propia persona del médico:

El concepto de persona del médico se relaciona sólo con el rol asistencial en función de la persona asistida.

El registro de que el médico es una persona que se emociona, sufre, tiene afectos y un propio sistema de creencias, no suele estar presente en la formación profesional.

Esto posibilita grados de tolerancia a la sobrecarga laboral y emocional que se naturaliza en la cultura de la residencia médica.

- c. Formas de contención del estrés emocional:

Depende de factores aleatorios, como la presencia de redes interpersonales espontáneas en el grupo de residencia o la personalidad del jefe de residentes y supervisores. La contención en los pasillos o espacios de descanso es la forma predominante dentro del espacio organizacional.

En resumen, los hallazgos en la etapa de sondeo fueron:

- Alto estrés emocional producto de la tarea médica.
- Falta de espacios programados de contención.
- Falla en los modelos de formación y entrenamiento del médico como persona, sostenidos en sistemas de creencias rígidos, polarizados entre el ideal omnipotente y el real desgastado.
- Exclusión de la subjetividad del médico, falencia tradicional en la formación médica.

Etapa de contención

Sobre la base de los resultados, propusimos dispositivos de trabajo grupal con la finalidad de desarrollar la contención y la prevención del desgaste laboral, con un formato de taller anual de tres meses de duración. Este espacio apuntó a favorecer la catarsis y la exteriorización de las emociones de la práctica médica.

Inicialmente, los médicos residentes presentaron cierta resistencia a involucrarse afectivamente en estos encuentros. Se trabajó sobre la distinción entre la vida emocional personal y la persona del médico en su rol, vinculados con las emociones que despierta la práctica médica.

En los dos primeros años de trabajo con este formato, el grupo de residentes planteó que no era

suficiente contar con un espacio de descarga y catarsis emocional, y que necesitaban aprender habilidades y contar con herramientas de comprensión en todos los aspectos de la práctica médica.

Etapas de afrontamiento en la formación médica

Sobre la base de la experiencia anterior, propusimos un formato de trabajo más amplio, con la doble finalidad de contención y de formación en la residencia. La actividad se incorporó al cronograma del programa de residencia y se denominó Programa de Salud Médica (*Anexo*).

En el aspecto formativo, se apuntó a la promoción en el desarrollo de habilidades sociales que permitan incluir la persona del médico en la relación terapéutica. Los contenidos incluyen: complejidad de la comunicación en medicina, narrativa médica, bioética, interacción con especialidades de salud mental y aporte de lenguajes interdisciplinarios (literatura, cine, artes plásticas, teatro, filosofía, etc.).

Los dos ejes conceptuales sobre los que se basó el programa de trabajo son:

1. El concepto de la persona del médico como un sujeto de la experiencia humana relacional.
2. La comunicación en los diversos aspectos implicados en la medicina.¹³

La metodología de trabajo de la actividad fue la siguiente:

- Coordinación interdisciplinaria médico-psicológica.
- Reuniones quincenales de 90 minutos.
- Dinámica grupal con dos formatos de trabajo:
 - a) reunión abierta a los emergentes que el grupo propone,
 - b) reunión temática para el abordaje de contenidos del programa propuesto.

Seguimiento

En las próximas etapas, implementaremos instancias de evaluación del impacto de este abordaje

en el nivel formativo de la residencia médica.

Desde el punto de vista cualitativo, los residentes han manifestado su satisfacción por la existencia del programa, que se expresa en la elevada asistencia al espacio de trabajo y en el compromiso con la tarea grupal.

CONCLUSIONES

El propósito fue trabajar sobre la persona y la salud del médico en formación para prevenir que desarrolle síndrome de *burnout*.

Apuntamos a trabajar con los médicos residentes, por considerarlos un grupo vulnerable en cuanto al desgaste profesional.

Este proyecto implica la articulación y el compromiso de tres niveles: *el organizacional*, como una política propuesta desde la conducción del Servicio de Clínica Pediátrica; *el grupal*, en el cual se basa la metodología de trabajo y *el individual* de la persona del residente, comprometido en su formación humanista de la profesión.¹⁴

Algunos de los médicos residentes participantes de los talleres se capacitaron para actuar como coordinadores y multiplicadores de esta forma de cuidar a los cuidadores. Se intentó fortalecer la capacidad autogestiva del cuidado en cada médico, para beneficio propio, de los compañeros, de la institución y de los pacientes.

Resta mucho por desarrollar para el logro de una nueva cultura en la formación y la práctica médica, que permita no sólo prevenir las complicaciones del ejercicio profesional sino también ampliar horizontes de complejidad y riqueza.

Los importantes avances de la tecnología y la velocidad de los cambios en la medicina no deben estar separados del concepto de persona.

La condición humana debería ser siempre un punto de partida y de llegada, porque es el encuentro entre personas lo que hace a la esencia de esta ciencia. ■

ANEXO

Programa de Salud Médica del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires

Ejes temáticos

Modelos del rol médico

1. Ser médico. Análisis de los sistemas de creencias en la educación y la práctica médica.
2. Persona del médico. Pensamientos, afectos, creencias y actitudes de la persona en el rol de asistencia.
3. Estilos de relación terapéutica: paternal, autocrática, delegante, etc.

Bibliografía

- Gil Monte P. Desgaste físico en el trabajo, el síndrome de quemarse. Madrid: Paidós 1997.

Persona del paciente

1. Paciente pediátrico y familia.
2. Modalidad vincular en el paciente enfermo.
3. Salud y Resiliencia.

Bibliografía

- Célerier MC, Oresve C, Gouitaa F. El encuentro con el enfermo. Madrid: Síntesis, 1999.
- Uzorskis B. Clínica de la subjetividad en territorio médico. Buenos Aires: Letra Viva 2002.

Comunicación médico paciente

1. Empatía. Diálogo. Confianza y alianza terapéutica. Asimetría relacional.
2. Relación médico y equipo de salud (especialista, enfermera, auxiliares).
3. Comunicación analógica, no verbal. Proxemia.
4. Comunicación verbal. Narrativa médica.
5. Tecnología y ética médica.

Bibliografía

- Vidal y Benito MC. Comunicación médica. Cemic 2002.
- Meeroff M, Candioti A. Ciencia, Técnica y humanismo. Buenos Aires: Biblos Argentina 1996.
- Asen E, Tomson M. Intervención familiar. Barcelona: Paidós 1997.
- Losoviz A. Compiladora. El guardián de los vientos. Reflexiones interdisciplinarias sobre ética en medicina. Buenos Aires: Catálogos 1998.
- Beber E, Beltrán MC, Bó A. Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas Interdisciplinarias. Buenos Aires: Catálogos 2002.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Monte P. Desgaste físico en el trabajo, el síndrome de quemarse. Madrid: Paidós, 1997.
2. Mann T. Buddenbrooks. Berlín: S Fisher, 1901.
3. Greene G. A burnt-out case. Nueva York: Viking Press, 1961.
4. Lipko E, Dumeynieu I. Patología Laboral. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
5. Shanafelt TK, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burn-out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136:358-367.
6. Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004 Fall; 28(3):240-2.
7. Belloch García SL, Renovel Farre V, Calabuig Alborch JR, et al. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med Interna* 2000; 17(3):118-22.
8. Thomas NK. Resident burnout. *Jama* 2004; 292: 2880-2889.
9. Dieringer Y. El Síndrome de Burnout y su impacto en residentes de salud de la provincia de Misiones. Tesis de Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) Inédita.
10. Durante E, Augustovski F, Catsicaris C, Eymann A, Reboiras F, Faingold D, Figari M. El desgaste profesional entre los residentes de un Hospital Universitario en Argentina. VII Conferencia Argentina de Educación Médica, 25 a 27 de Agosto de 2005, Córdoba, Argentina. CAEM 2005 (abstract 122).
11. Maslach C, Leiter M. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
12. Maslach C, Jackson S. MBI Human Services Survey. CPP. Mountain View, California, San Francisco, EE.UU., 1996.
13. Vidal y Benito MC. Acerca de la buena comunicación en medicina. Buenos Aires: CEMIC, 2002.
14. Meeroff M, Candioti A. Ciencia, técnica y humanismo. Una propuesta a la sociedad. Buenos Aires: Biblos, 1996.