



El papel de los psiquiatras en la renovación del cuidado de la salud mental de los médicos y la reconstrucción de la definición del síndrome de *burnout*

► En la medicina moderna, el Síndrome de Burnout se ha vuelto más la regla que la excepción, inclusive en la psiquiatría, ya que, el profesional de la salud mental cursa con muchos factores de riesgo, sin embargo, es más probable que sea consciente de los riesgos relacionados y esto le confiere una oportunidad de ser el guía en el tratamiento de otros médicos.

Aún con el conocimiento obtenido sobre las intervenciones y su efectividad en la reducción de los síntomas, es importante explorar las causas fundamentales y sobre todo la participación de la institución y sus líderes en la prevención de un síndrome que genera a diferentes niveles disminución de la calidad de la atención, incremento de los errores médicos, disminución de la satisfacción de los pacientes, de la productividad, del esfuerzo y que además provoca consecuencias a nivel del individuo tales como ruptura de relaciones personales, abuso de sustancias, depresión y conducta suicida.

En medicina es común enorgullecerse de vivir entre sacrificios durante la jornada, trabajar largos turnos, realizar actos heroicos; por lo que la negligencia en el autocuidado se justifica comúnmente ante dichos preceptos. La medicina moderna proyecta sus preocupaciones no sólo en el trabajo sino además en la creciente carga administrativo-institucional y de trabajo, en las necesidades de actualización, en los aspectos legales y económicos. Estas ideas de responsabilidad, perfeccionismo y temor a las fallas no permiten ver claramente las limitaciones humanas del médico, reduciendo así las posibilidades de la búsqueda de ayuda en salud mental, que se convierte en un área estigmatizada y estigmatizante. Incluso, en relación con las conductas suicidas es mucho más frecuente que un paciente no médico busque ayuda y acepte tratamiento antidepresivo que un paciente médico.

La depresión del médico comúnmente inicia desde la formación universitaria. El 28% de los estudiantes de medicina padece depresión contra el 8% en otras formaciones universitarias, variación que tiende a permanecer en la práctica profesional.

En medicina, uno evita hablar sobre su salud mental para no permitir ser sustituido por alguien "más merecedor" de la plaza alcanzada o con mayor disposición al sacrificio. Cualquier alteración en la salud mental se convierte en una condición perjudicial y los problemas asociados con ésta en un fracaso

personal.

Las experiencias laborales se van acumulando y dan como resultado mecanismos de supervivencia mal adaptados, en los que las actitudes negativas como la falta de objetivos, la pérdida de los ideales, el interés personal aumentado, el egoísmo y el aislamiento emocional son mecanismos de protección para disminuir el desgaste en la despersonalización; el desprendimiento emocional es un intento para mantener la homeostasis del trabajador desgastado.

Los factores de riesgo de burnout se presentan a niveles tanto individuales como organizacionales o sistémicos. A nivel individual, se manifiestan con compulsividad, extraversión, neuroticismo y el deseo de romper los límites, siendo el personal más motivado y que compulsivamente más se esfuerza en su desempeño el más sujeto a riesgo. En el ambiente laboral, aparecen factores estructurales de riesgo debido a crecientes exigencias administrativas, falta de control sobre las actividades diarias, manejo de los archivos electrónicos, limitaciones en la toma de decisiones, expectativas de trabajo poco claras, cambios de sistemas de salud y cuidado de pacientes terminales.

Al pensar en el burnout, muchos clínicos han intentado describirlo como una manifestación de la depresión. El personal sanitario que cursa con depresión, frecuentemente cursa también con burnout y mientras mayor sea la gravedad de los síntomas de la depresión, mayor será la probabilidad de cursar este síndrome. Es importante señalar que el burnout únicamente ocurre en relación con el ambiente laboral y disminuye cuando la persona es cambiada de dicho ambiente o se corrige la discordancia, situación que no ocurre en la depresión. El burnout es un síndrome y no un diagnóstico psiquiátrico, debe ser reconocido como un problema grave, de salud pública no individual ni estigmatizante.

El espectro sintomático con sus tres manifestaciones (agotamiento, cinismo o despersonalización y disminución del sentido de realización) no es aceptado en forma universal. El agotamiento es el más común y reconocido; sin embargo, la despersonalización o la disminución del sentido de realización son continuamente cuestionados como síntomas, ya que para algunos autores son consecuencias del propio desgaste o de una estrategia adaptativa.

El burnout en la psiquiatría

Los profesionales de la salud mental, de acuerdo con un metaanálisis reciente, han encontrado que el desgaste emocional tiene una prevalencia alta de 40%, la despersonalización de 2% y la disminución del sentido de realización de 19%. En este estudio se logra identificar una relación directa entre la edad y la despersonalización, lo que permite establecer una estrategia adaptativa para mejorar la satisfacción personal. Sin embargo, siempre existe la posibilidad de falso negativo debido a la creencia que el agotamiento emocional es parte normal del trabajo en salud mental lo que puede ocultar la presencia de trauma vicario.

Algunos riesgos específicos para el desgaste de los psiquiatras

son el convivir con pacientes potencialmente violentos, la carencia de recursos, hospitales abarrotados, las crecientes cargas de trabajo, los conflictos con empleadores y pacientes, la falta de servicios comunitarios, la poca retroalimentación que llevan a la disminución del compromiso.

El burnout en el psiquiatra está más relacionado con el ambiente que en otras especialidades. La conexión emocional interpersonal se convierte en un gran valor del psiquiatra, pero puede tener consecuencias crónicas importantes, como ocurre después de una conducta suicida.

Gracias a la naturaleza del psiquiatra es el más indicado para el trabajo sobre desgaste emocional y posee las herramientas que pueden permitir una mayor comprensión y abordaje de este síndrome dentro de la medicina.

Las intervenciones necesarias para el tratamiento del burnout deben ser tanto individuales como sistémicas/organizativas. Es de igual importancia diseñar intervenciones que se orienten a las raíces del síndrome, destacando la contribución tanto individual como institucional. Las evidencias continúan siendo escasas a nivel institucional y aun cuando existe un metaanálisis de West y colaboradores, publicado por Lancet en 2016, que encontró mayor efectividad en las terapias estructurales organizacionales, el número de estudios en el que se basa es limitado.

Con respecto a las intervenciones individuales, las que han mostrado ser más eficaces son las basadas en atención plena, enfocadas al manejo del estrés, tanto para desgaste emocional como para despersonalización. Una revisión del 2019 sobre las intervenciones dirigidas a reducir los síntomas de los trastornos mentales comunes e ideación suicida en médicos encontró que las intervenciones grupales son más efectivas que las individuales; dentro de las individuales, las intervenciones basadas en técnicas de Atención Plena y en la Terapia Cognitiva Conductual demostraron mayor eficacia que otras. Sólo se describen pocas intervenciones organizacionales o sistémicas y ninguna más allá de la reorganización de horarios y deberes. El uso de estrategias combinadas podrían ser la gran promesa, sin embargo, no han sido comúnmente probadas.

La reducción de los síntomas se debe atender como una prioridad mediante un proceso que englobe a todo el personal en diferentes niveles de colaboración, desde los médicos, administradores hasta los directivos, pasando de un objetivo insti-

tucional triple (mejorar la experiencia de atención al paciente, mejorar la salud de la población y reducir los costos de la atención médica) a un objetivo cuádruple (incluyendo el bienestar del trabajador), dejando en claro el interés de la institución por sus clínicos, abordando el problema como una necesidad institucional e individual, en forma integral, estableciendo políticas para reducir el estigma que las personas pueden sentir al buscar atención en salud mental. Es en este punto, donde los profesionales de la salud mental y especialmente los psiquiatras pueden ayudar a comprender los contextos psicológicos subyacentes dentro de la institución.

Es importante iniciar el proceso de atención con un primer contacto especializado, papel que el psiquiatra de enlace suele desempeñar con los otros médicos. Puede ser de gran ayuda en la concientización de las instituciones que deben tomar parte activa en la atención integral de sus empleados. La participación del psiquiatra hará que sus habilidades y experiencia permeen en el desarrollo de intervenciones dirigidas al tratamiento del burnout tanto a nivel organizacional como individual. Existen experiencias de desarrollo de una comunidad de colegas a través de la creación de grupos Ballint y de la interacción con otros clínicos.

Los psiquiatras de enlace pueden liderar las intervenciones dirigidas a sus instituciones, como son las basadas en la terapia cognitiva conductual y la atención plena, y a nivel institucional debido a su conocimiento en ambas áreas, clínica y como guía en la construcción de estrategias integrales.

Es importante continuar siendo partícipes del desarrollo de programas dirigidos a disminuir el estigma dentro de las instituciones relacionado con la salud mental, disminuir las consecuencias de la falta de atención de la salud mental del médico que han hecho de esta profesión la con mayor frecuencia de suicidios y altas incidencias de depresión, violencia y consumo de sustancias.

José Javier Mendoza Velásquez

Bibliografía

McFarland DC, Hlubocky F, Riba M. Update on Addressing Mental Health and Burnout in Physicians: What Is the Role for Psychiatry? *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(11):108. doi: 10.1007/s11920-019-1100-6

Una de los benzodicepinas más prescritas
para el tratamiento del TAG* y trastono de pánico.¹

*TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

Alzam



30 tabletas
0.25, 0.5, 1.0 y 2.0 mg

60 tabletas
0.25 y 0.5 mg

90 tabletas
0.25 y 0.5 mg

el regreso a la calma



Tabletas
birranuradas

Referencias: 1.- Ait-Daoud Nassima, et al. A Review of Alprazolam Use, Misuse, and Withdrawal. J Addict Med. 2018 Jan-Feb; 12(1): 4-10.

SS A203300202C1080

Adefaxin XR[®]

Venlafaxina



20 cápsulas
75 y 150 mg



 psicofarma[®]
Al servicio de la salud mental

MAS TIEMPO EN ACCIÓN

 Contigo
en Mente
www.contigoenmente.com