



EDITORIAL

Síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en el recurso humano médico oncológico, una realidad poco explorada en nuestro país

Burnout syndrome in the medical oncological human resource, a reality little explored in our country

Tradicionalmente, el médico sin importar la rama de la medicina en la cual se especialice, se ha dado a la tarea de diagnosticar minuciosamente la patología que acude a su consulta con el objeto de proporcionar el mejor tratamiento a sus pacientes, para que de esta manera pueda rehabilitar y reintegrar a la población en tratamiento, al ámbito socio-cultural en el cual se desenvuelve, realizando un complejo proceso diagnóstico-terapéutico. Sin embargo, el médico por sí mismo es un ser humano que sufre de enfermedades diversas de la misma manera como la presentan los pacientes que acuden a su consulta; ante esto, parece ser que este hecho es olvidado no sólo por estos últimos sino por el mismo médico, dando la apariencia en ocasiones que el galeno es todo poderoso y que el proceso salud-enfermedad es ajeno a su entorno personal^{1,2}.

El momento de desilusión y enfrentamiento con la realidad ocurre cuando el médico se afronta a algún padecimiento en su propia persona y se convierte en un paciente, en ocasiones y paradójicamente presentando el mismo tipo de padecimientos que trata en su especialidad, en donde tiene por necesidad que lidiar con iguales tratamientos que él indica teniendo algunas veces repercusiones físicas y psicológicas más graves que un paciente sin estas condiciones específicas, dado a la *psique* y la formación propia del médico, siendo aún más difícil el proceso de curación del ahora médico enfermo².

Dado a lo anterior y entendiendo al médico como un ser humano común y corriente igual que cualquier otro semejante, se reconoce que es elegible de padecer cualquier enfermedad al igual que el resto de su especie, por tanto resulta fácil pensar que puede sufrir padecimientos de tipo ocupacionales, como lo es el síndrome de desgaste profesional o *burnout*^{1,2}.

La prevalencia de esta patología psicológica y social de tipo ocupacional en el personal médico no es diferente de manera significativa al de la población general, presentado al igual que los demás, ideas de negación, automedicación, abuso de drogas, agresividad progresiva hacia sus semejantes y compañeros, ruptura y violencia familiar, etc., así como las consecuencias profesionales del uso y abuso de los diversos fármacos en alguna categoría especial de un padecimiento; sin embargo, la aceptación de la enfermedad parece ser más difícil en este subgrupo de individuos del ambiente médico, que en el resto de la población general^{2,3}.

De esta forma, los colegas médicos tienen la obligación de actuar cuando detecten en sus compañeros síntomas inequívocos de algún desorden psicológico de tipo ocupacional, ya que las consecuencias potenciales del no intervenir cuando un compañero está afectado son múltiples, encontrándose no sólo lo relacionado con la seguridad del individuo mismo que padece la enfermedad, sino que afecta la seguridad y el trato digno del paciente en su ejercicio cotidiano de la medicina³.

Este tipo de patología provoca inhabilidad de practicar la profesión por parte de quien la padece, de acuerdo a los estándares internacionales de la buena práctica médica, secundarios a un ramillete de síntomas que desencadenan reacciones, signos y conductas compensatorias negativas en el mismo médico, que se reflejan en el aumento del uso, abuso y dependencia de fármacos o sustancias ilegales en su consumo, así como reacciones negativas ante las demás personas que le rodean^{2,3}.

Pensamos en general que esta patología es poco frecuente en el personal médico pero la estadística nos indica todo lo contrario, ya que en la Unión Americana esta enfermedad se presenta por lo menos en la misma cuantía que en la población general, tendiente según se menciona a ser mayor

* Autor para correspondencia: Colina de dos rocas N° 19, Fraccionamiento Boulevardes, C.P. 53140, Naucalpan de Juárez, Méx., México. Teléfono: 55627958. Correo electrónico: gregorioqb@prodigy.net.mx (Gregorio Quintero-Beuló).

dependiendo de la serie que se revise, presentándose aproximadamente en por lo menos un 15% de los médicos en algún momento de sus carreras o de su práctica profesional; aunque existen algunas diferencias entre los médicos y la población general, sobre todo en el tipo de drogas y en la historia premórbida de carácter sociocultural intrínseca a la población médica²⁻⁴.

Un ambiente laboral inapropiado con tendencia a ser frustrante, senescente, inmóvil y remunerado de manera inadecuado a la manera de ver del trabajador de la salud, genera alteraciones psicósomáticas iniciales inespecíficas como son: cefaleas, mialgias y alteraciones en la calidad del sueño, entre otras, que se agravan y recrudecen con el paso del tiempo, afectando posteriormente a su entorno familiar, que se refleja a largo plazo con aumento de divorcios y violencia intrafamiliar, llegando al grado máximo con el abuso de sustancias y fármacos por parte del trabajador, siendo el abuso del alcohol, medicamentos opioides y el uso de la cocaína, las sustancias que más comúnmente se consumen, impactando posteriormente en su ámbito laboral global en donde presenta agresividad hacia los pacientes y sus compañeros, así como ausentismo laboral mínimo inicial y seguidamente prolongado, llegando en algunos casos hasta el suicidio o la autoagresión recurrente. El cansancio emocional, la despersonalización y el bajo cumplimiento personal son los 3 ejes sobre los que gira esta patología, que lamentablemente se refleja en un evento médico negligente hacia sus pacientes, teniendo esta enfermedad sus orígenes y primeras manifestaciones clínicas tan tempranas como desde el inicio de las prácticas médicas por los aspirantes a ser nuevos médicos, que se convierten con el paso del tiempo en grandes especialistas, pero que llevan arrastrando a costas este síndrome sin darle tratamiento ni prevención, lo cual posteriormente no sólo afectará como ya se puntualizó su vida laboral, sino su salud y su vida personal en las relaciones humanas que establezca dentro y fuera de su ámbito de trabajo^{4,5}.

Los médicos comparten muchos de los factores predisponentes para esta patología con la población general en cuanto a las adicciones, pero la facilidad de la obtención de los fármacos en este subgrupo de individuos, agrava la situación, así como el estrés propio de la profesión, son causas inherentes del uso de estas sustancias y del desarrollo de síntomas propios de esta patología de carácter multifactorial, que integran en sí misma a este síndrome de desgaste¹.

El ambiente del médico en la Oncología no escapa a este problema, siendo de hecho una de las ramas de la medicina que más se ve afectada por este fenómeno biopsicosocial; se ha mencionado que las profesiones que por naturaleza tienen que lidiar con el fenómeno de la vida y la muerte, impactan directamente sobre el binomio del médico-paciente en su dinámica de relación ya sea juntas y en su conducta por separado. Estudios mencionan que del 30% hasta el 50% de los oncólogos experimentan algún síntoma de diversos grados del síndrome de desgaste, y que lamentablemente muy poco se sabe en todo el mundo acerca de este entre los mismos oncólogos, existiendo gran variedad de posibilidades y de niveles de afectación que tienen que ver básicamente con el grado de la satisfacción personal, laboral y formativa. En los pocos estudios que se mencionan en la literatura médica acerca de estas alteraciones entre los oncólogos, señalan que entre los factores asociados al desarrollo de este síndrome están la edad menor de 50 años, el

género femenino, el realizar sólo actividad asistencial y no combinarla con investigación u otras actividades intra o extrahospitalarias y sobre todo, el mencionar que la calidad de vida personal general de los médicos se considere como deficiente o baja por ellos mismos; independientemente y paradójicamente a esto cerca del 80% de los oncólogos refieren que volverían a hacer su carrera, a pesar de presentar este fenómeno en el transcurso de su vida⁴.

Siendo entonces muy grave que el síndrome de *burnout* no se conoce del todo en países desarrollados, y por esto mismo, no se ha evaluado metódicamente al personal de salud si presenta o no este fenómeno con el objeto de tratar y generar medidas de prevención, los países en vías de desarrollo como el nuestro con sistemas de control deficientes y de recolección de datos precarios, se encuentran sin conocimiento fidedigno de esta situación, sin negar por esto, que la patología de desgaste laboral seguramente existe en los centros hospitalarios sean o no oncológicos y que muy probablemente presenten tanto características generales semejantes epidemiológicas, clínicas, como de desarrollo laboral y personal, pero que evidentemente no pueden realizarse acciones de manejo y prevención en estos países, puesto que se desconocen las características mínimas propias de la misma y por lo tanto, se subestima la causa o causas que le dieron origen^{1,3,4}.

Por tanto, al igual que el resto del mundo, se deben redoblar esfuerzos por los directivos en sus programas asistenciales al personal laboral, para promover la salud física y mental de los profesionales de la salud y así poder retener a los médicos más capaces en el lugar que hagan falta y donde mejor se desempeñan, por medio de nuevas investigaciones basadas en evidencia de este fenómeno, que genere conocimiento para realizar programas de salud pública que prevengan y traten esta patología; en pocas palabras pensar en cambiar el paradigma de ver al médico como un todo poderoso que no se enferma, generando y favoreciendo los mejores ambientes laborales que favorezcan a su vez la mejoría de calidad de vida, con el objeto de generar rendimientos adecuados basados en la satisfacción personal del personal de salud que labora en los diversos hospitales, entre ellos incluidos por supuesto el ambiente oncológico de nuestro país^{4,5}.

Referencias

1. Desbiens NA, Panda M, Doshi N, et al. Public perceptions of alcohol use by physicians. *South Med J* 2005;98:5.
2. Kleber HD. The impaired physician: changes from the traditional view. *J Subst Abuse Treat* 1984;1:137.
3. Gualtieri AC, Cosentino JP, Becker JS. The California experience with the diversion program for impaired physicians. *JAMA* 1983;249:226.
4. Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE, et al. Surgical Oncologist: Report on the Quality of Life of Members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology* 2007;14(11):3043-3053.
5. McGovern MP, Angres DH, Leon S. Characteristics of physicians presenting for assessment at a behavioral health center. *J Addict Dis* 2000;19:59.

Gregorio Quintero-Beuló*

Unidad de Tumores Mamarios, Servicio de Oncología, Hospital General de México, México D.F., México