

Empatía, burnout... y competencia profesional.

Algunas reflexiones

Empathy, burnout and... professional competence. Some reflections

Dr. Carlos Vecchi^a

RESUMEN

La empatía es un atributo esencial para ejercer la medicina. Dicha conducta es posible porque se reúnen factores biológicos, psicológicos y experienciales.

La erosión de esta conducta se debe, entre múltiples factores, a la presencia del síndrome de *burnout*. Los jóvenes y aquellos en vías de formación están más expuestos. La sobrecarga laboral más la falta de soporte institucional y de los colegas del *staff* acrecientan la erosión.

Los médicos más antiguos deberían asistir en forma más cercana a los que transitan los primeros años de formación. Se debe poner en práctica la verdadera competencia profesional.

Palabras clave: *empatía, agotamiento profesional, competencia profesional.*

ABSTRACT

Empathy is an essential attribute to work as a physician. Biological, psychological and experiential factors come together to make such behavior possible. The erosion of this behavior is due to the presence of burnout, among several other reasons. Young people and those who are in their formation stage are the most exposed to this problem. Overwork and the lack of support from colleagues and institutions increase erosion. Senior physicians should have a closer collaborative relationship with those who are in their first years of training. Thus, they would actually bring their real professional competence into action.

Key words: *empathy, professional burnout, professional competence.*

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.468>

La empatía es un valor esencial del profesionalismo.¹ El ser mamíferos nos marca para siempre por la sensibilidad y la preocupación grupal ante las emociones ajenas.²

a. Sociedad Argentina de Neurología Infantil.

Correspondencia:

Dr. Carlos Vecchi, carlosvecchi1@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 23-2-2016

Aceptado: 28-3-2016

En Atapuerca, Burgos, se encontraron fósiles cuya edad superaba los 40 años. Algunos eran discapacitados y, para llegar a esa edad, no hay duda de que recibieron asistencia. Se observaron congéneres que no podían masticar y fueron cuidados hasta la vida adulta.³

Los paleontólogos consideran estos hallazgos como una piedra angular en la evolución de la compasión.

También merecen citarse los bonobos, que, en su peregrinar por la selva, se detienen para auxiliar al semejante herido por los felinos, lo lamen y acicalan para curar sus heridas. Los ejemplos en animales que ejercitan su capacidad empática son numerosos y reflejan esta ancestral condición.⁴

En la medicina verdadera centrada en el paciente, se reconoce la empatía clínica como un elemento central e insustituible⁵ y es en su ejercicio pleno cuando el equipo de salud logra resultados favorables, cuyos beneficios se reparten en ambos sentidos. Por un lado, la empatía expresa un código de entendimiento sujeto a reglas, que genera confianza y brinda oportunidad de evitar malos entendidos. Por otro, facilita una mejor lectura de la perspectiva y sentimientos del semejante. Aumenta la información recolectada durante el interrogatorio, posibilita un diagnóstico preciso y una mayor adherencia a la terapéutica, acelera el proceso de curación y disminuye el error médico.⁶

Se reconocen en la empatía componentes afectivos, cognitivos y conductuales, fruto de la interacción de aspectos biológicos, psicológicos y experienciales.

La relación materna provoca el despertar empático desde el punto de vista ontogénico y provoca el contagio afectivo. Los primeros contactos permiten construir una representación mental de las emociones del semejante y otorgan sintonía al afecto. En los primeros meses de vida, hay aspectos esenciales que se graban y que actúan luego como factores de protección.

Esas experiencias de vida de los primeros años nos servirán a lo largo de nuestra existencia. Es el

legado que nos dieron nuestros padres y, como expresa Baron-Cohen, es un verdadero “*pot of gold*”⁷ (que puede traducirse como un tesoro).

La empatía presenta dos aspectos inseparables que exceden el simple contagio emocional o simpatía “a simple vista”, ya que, al identificar el pensamiento del otro, se produce una respuesta apropiada que cierra el círculo.

Vivimos la mayor parte de nuestro tiempo autocentrados en el “modo yo”. Cuando el “radar localiza” las sensaciones, pensamientos o sentimientos del otro, se pone en función la empatía y un segundo foco se instala en nuestro cerebro y facilita el pasaje de un modo *off* a un modo *on*.⁷ Se inicia un compartir de sentimientos e intereses a través de un tono emocional que genera motivación por ayudar.

La empatía necesita de un doble foco. Es ahí donde se puede reconocer lo que el semejante piensa y siente, y responder en forma apropiada. Somos conscientes en grado pleno de lo que se dice y hace, y sabemos el impacto que producimos en el que está enfrente. Si, por el contrario, el “modo yo” es continuo, el otro ser humano corre riesgo de transformarse en objeto.⁷

Ponerse en los zapatos del otro, pero no ser el otro, es la recomendación. Ser empático tiene su costo y, en ocasiones, se transforma en una espada de doble filo. Sin la adecuada separación emocional, se pueden producir efectos indeseables, a veces, muy nocivos. Los más vulnerables son las personas que trabajan en las profesiones solidarias (*helpers*), ya que, con la reiterada exposición a hechos traumáticos, se pueden alterar esquemas cognitivos que eran fundamentos y creencias del que ayuda.⁸

Entre otros múltiples factores, la declinación de la empatía en el médico se encuentra relacionada con los síntomas centrales del síndrome de agotamiento (*burnout*). La declinación crónica y gradual acarrea situaciones desagradables y consecuencias imprevisibles, provoca un resquebrajamiento en la relación médico-paciente y aniquila el contrato social que los médicos tenemos con la sociedad.⁹

El estrés laboral, la sal de la vida o el beso de la muerte¹⁰

El *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) de los Estados Unidos define el “estrés” como “la respuesta nociva física o emocional que se produce cuando las exigencias del trabajo no comprenden las capacidades, recursos o necesidades del trabajador”. En ciertos

lugares de trabajo de alto nivel competitivo y en ciertas especialidades, adquiere dimensiones que alarman, sobre todo, por la quietud institucional y la “naturalización” de los profesionales frente a esta patología.¹¹ La ausencia de conciencia incrementa la vulnerabilidad porque impide la prevención. Somos portadores pasivos de situaciones desfavorables.¹²

Las publicaciones sobre el *burnout* comenzaron en los años setenta por Freudenberg y Maslach, quienes, en forma independiente, realizaron la primera descripción.¹³ Durante los inicios de los ochenta, nuevamente Maslach y Jackson desarrollaron el *Maslach Burnout Inventory*, un instrumento de medición que ha dominado hasta hoy la pesquisa del constructo.¹⁴

La tríada típica está formada por el agotamiento emocional (AE), la despersonalización con actitudes cínicas y negativas, y la insatisfacción personal por los logros profesionales obtenidos.

Estar agotado o exhausto en lo emocional es sentir una total pérdida de fuerza o de vitalidad, que, a medida que los factores de estrés se intensifican o persisten en su exposición, torna inaguantable la tarea. La excesiva carga de trabajo acrecienta el agotamiento.¹⁵ Los factores que lo atenúan son la capacitación completa y los años de experiencia acumulados.

Una gran mayoría de autores está de acuerdo en que el AE es el componente central y se expresa con síntomas físicos y cognitivos y promueve la despersonalización.¹⁶ Esta se pone en evidencia a través de actitudes cínicas y de la desaparición de las actitudes altruistas y humanitarias. Esta conducta es interpretada por ciertos autores como una forma de afrontar el estrés. Son resistencias que intentan manejar las exigencias, aunque, a la larga, las consecuencias se exponen con mayor intensidad.

Por último, la insatisfacción personal expresa la disconformidad, el displacer por los logros profesionales obtenidos. Se evidencia la debacle en un ser humano desmotivado, que actúa como si estuviera vaciado de contenido.

A la fecha, no hay acuerdo de si el *burnout* comprende las tres dimensiones del constructo y, de ser así, en qué secuencia y magnitud.¹⁶

Las manifestaciones cardiológicas, gastrointestinales, trastornos del sueño, cefaleas, abuso de sustancias y alteraciones psiquiátricas expresan el malestar psicofísico del estrés. Características clínicas compatibles con cuadros de depresión mayor se han descrito asociados al *burnout*,¹⁷ lo que agrava el cuadro en su evolución y pronóstico.

Durante el año 2015, realizamos una encuesta vía *web* a los pediatras de la ciudad de Bahía Blanca en forma voluntaria y anónima sobre el síndrome de *burnout* (cuestionario de Maslach y datos biográficos), en la que se utilizó, además, una versión abreviada de la escala de depresión de Zung.¹⁸ Respondieron 54 médicos pediatras; un 48% mostró AE y un 31%, despersonalización. Con respecto a la escala de Zung, el 60%, sin diferencias de sexo, mostró un puntaje de depresión por encima del punto de corte.

Un tópico especial lo constituye la afectación de los residentes al empezar el ciclo de entrenamiento clínico, ya que comienzan los signos de AE. “Lo que hacen los residentes es fascinante. He observado la capacitación de los clínicos y los planes son formidables y fascinantes en sus valores, aunque distan de ser placenteros. Esto tiene que ver con mis propias debilidades, pero, mucho más, con la cultura y estructura social de los médicos”, relataba un antropólogo, citado por Anna Stephenson.¹⁹

La educación médica basada solo en el conocimiento científico amenaza la humanidad de estudiantes y médicos. Tiene implicancias para la currícula y la organización hospitalaria y, desde ya, para los médicos y los pacientes.²⁰ La sobrecarga laboral más la falta de soporte institucional y del plantel de colegas aumentan la erosión de la empatía. Se instala la despersonalización y se inicia una lenta y gradual, muchas veces, desapercibida y, otras veces, negada, ruta hacia la enfermedad manifiesta.

En ocasiones, se agrega una cultura de irrespetuosidad en la que las humillaciones y el hostigamiento (*bullying*) a que son sometidos ciertos médicos, sobre todo aquellos más jóvenes y con menor formación, son frecuentes. Se calcula que un 5% de los médicos tienen conductas ofensivas y hostiles, que incluyen enojos, gritos, amenazas verbales y hasta físicas, lenguaje soez, tirar objetos en quirófanos, etc.²¹

El quiebre producido entre los médicos más antiguos y los jóvenes dentro del equipo representa una verdadera “debacle genealógica”. Sus consecuencias son nefastas para un sistema que era intocable y que hoy clama por falta de postulantes.²²

El no reconocimiento de las generaciones mayores de su obligación es una de las explicaciones posibles y que Alfredo Lanari sintetizó en sus siguientes palabras: “Aprendí a darme cuenta que ya no es uno que cuenta, aunque sea el jefe o el profesor, sino aquellos a

quienes biológicamente la vida les deparará un futuro que para nosotros es ya un pasado. Que la satisfacción mayor a que podemos aspirar es la de facilitar el camino a quienes nos siguen y que necesariamente deben superarnos pues de no hacerlo es a nosotros, sus maestros, a quienes recriminará la posteridad y todo esto hay que aceptarlo sin amargarse, más bien con una sonrisa comprensiva, un poco atónitos al comprobar cómo se nos ha ido la vida”.²³

Para finalizar, formar a estudiantes tarda una década y tener médicos con competencia profesional abarca toda la práctica, un tiempo no menor de tres décadas²⁴

La competencia profesional es el uso habitual y cuidadoso de la comunicación, conocimiento, destrezas, técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexiones durante la práctica diaria para el beneficio de los individuos y la comunidad a la que debemos servir.²⁵ ■

Agradecimiento

A la Dra. Mariana Sellán, a la Lic. Cintia Martínez y a la Lic. Ana María Tombolato.

REFERENCIAS

1. Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2007;20(1):13-6.
2. De Waal F. La edad de la empatía. Barcelona: Tusquets; 2011. Págs.128.
3. Moya Albiol L. Capítulo 2, Tienen empatía los animales. En *La empatía: entenderla para entender a los demás*. Barcelona: Plataforma Actual; 2014. Págs.25-30.
4. De Waal F. El bonobo y los diez mandamientos. Barcelona: Tusquets; 2014. Págs.66.
5. Branda L. Vivamos a la vista de todos. *Álabe* 2011;4:41-54.
6. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002;159(9):1563-9.
7. Baron-Cohen S. The Science of Evil: On Empathy and the Origins of Cruelty. New York: Perseus; 2011.
8. Thomas JT, Otis MD. Intrapsychic correlates of professional quality of life: mindfulness, empathy, and emotional separation. *J Soc Social Work Res* 2010;1(2):83-98.
9. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medical residents. *J Gen Intern Med* 2005;20(7):559-64.
10. Comisión Europa: Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. Bruselas: Comisión Europa; 1999.
11. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, et al. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2012;110(6):466-73.
12. Wolberg E, Heumann G, Mazzella L, Serrano E, et al. Problemas y recursos de médicos de planta, residentes y enfermeros en el ejercicio de su trabajo hospitalario. *Vertex Rev Argent Psiquiatr* 2005;XVI(59):5-12.

13. Freudenberg HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues* 1974;30(1): 159-65.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1984;2(2):99-113.
15. Drybye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006;81(4):354-73.
16. Cox T, Tisserand M, Taris T. The conceptualization and measurement of burnout: questions and directions. *Work Stress* 2005;19(3):187-91.
17. Shirom A. Reflections on the study of burnout. *Work Stress* 2005;19(3):263-70.
18. Campo A, Díaz LA, Rueda GE. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica (Bogotá)* 2006;26(3):415-23.
19. Stephenson A, Higgs R, Sugarman M. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001; 357(9259):867-70.
20. Konner M. *Becoming a doctor: a journey of initiation in medical school*. New York: Viking Penguin; 1987.
21. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, et al. A culture of respect. Part1: the nature and causes of disrespectful behavior by physician. *Acad Med* 2012;87(7):845-52.
22. Jaim Etcheverry G. La ruptura generacional. A propósito del centenario de Alfredo Lanari. *Medicina (B Aires)* 2011;71(1):99-102.
23. Martin R, Barcat JA, Molinas F. Alfredo Lanari. Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la medicina y otros escritos. Buenos Aires: Fundación Alfredo Lanari; 1995:140.
24. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287(2):226-35.
25. Drybye LN, Massie FS Jr, Eacker A, Harper W, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA* 2010;304(11):1173-80.