



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

¿Están nuestros residentes «quemados»?

Are our residents “burn out”?

Vaya por delante que la respuesta a esta pregunta no puede, ni debe, generalizarse. Desgraciadamente, se tiende con frecuencia a usar tópicos que banalizan muchos aspectos de la vida actual poniendo etiquetas que son a veces inexactas, cuando no injustas. Es evidente que ni todos los políticos son inútiles, ni todos los jueces deportivos parciales, ni están necesariamente todos los residentes quemados. La experiencia nos indica que al igual que en otros colectivos existe una gran variabilidad en el umbral individual que conduce al llamado *burnout*¹ también denominado síndrome del agotamiento profesional, enfermedad de Tomás² o, con un término muy elocuente, síndrome del desengaño³. Por tanto, sin desmerecer los factores externos que pueden conducir al síndrome, una diferencia fundamental está en el cómo, es decir en la forma como cada individuo vive las relaciones y los problemas³. El hecho de que se haya descrito en profesiones en las que la relación interpersonal transcurre en circunstancias ocasionalmente difíciles (médicos, enfermeras, operadores telefónicos)¹, apoya esta teoría. A nadie se le ocurre hablar de *burnout* en mineros, marinos u otras profesiones por duras que estas sean.

El análisis del *burnout* en el colectivo de los médicos residentes ha sido objeto de diversos estudios^{4–8} ya que se han considerado un grupo vulnerable para el padecimiento de este síndrome. Las causas que pueden conducir al mismo son múltiples destacándose las dificultades de conciliación entre el trabajo y la vida personal⁷, los déficit de supervisión en la práctica⁴, el aumento de algunos factores externos que presionan a los profesionales en la práctica clínica diaria y suponen una pérdida de control, por ejemplo las denuncias, el uso indiscriminado de internet por inexpertos o la gestión clínica inapropiada. Las consecuencias del *burnout* pueden afectar la salud mental del residente provocando ansiedad, depresión e incluso conduciendo al suicidio⁶. Con el paso del tiempo si el residente no supera el síndrome puede convertirse en un profesional que se abandona al ejercicio

de una práctica de mínimos de honestidad buscando la compensación extraprofesionalmente. Otros se compensan refugiándose en la investigación o, en casos extremos, cambiando de profesión². Las posibles consecuencias negativas que puede tener el síndrome sobre la salud de los pacientes es un tema controvertido ya que en algunos estudios se ha relacionado con errores en la práctica clínica⁵ si bien en otros análisis la relación entre error médico y fatiga del residente no ha sido concluyente⁹.

Las medidas terapéuticas que se han propuesto incluyen: 1) Identificación de los factores de riesgo individuales y tratamiento específico en los casos afectados. En este sentido, debe destacarse la labor que está realizando en nuestro medio la Fundación Galatea que ha estudiado la salud de este colectivo¹⁰, y que tiene entre sus responsabilidades la gestión del programa de atención al médico enfermo¹¹ con excelentes resultados, y 2) Adopción de medidas correctoras sobre los factores externos considerados de riesgo, en este sentido la reducción en las horas de trabajo semanal se cree que es una de las medidas iniciales⁸ aunque llama la atención que esta es otra diferencia entre los residentes norteamericanos (promedio actual de 80 h laborales/semana) y europeos (reducción reciente a 48 h/semana). Parece, por tanto, que no debe ser el único factor ni el más determinante como después veremos.

En este número de Revista Clínica Española Fonseca et al¹² publican un estudio basado en los resultados de una encuesta realizada a residentes de un hospital universitario de tercer nivel siendo la conclusión más significativa que existe una relación directa entre el *burnout* y el número de guardias, no existiendo diferencias en otras variables estudiadas. Se trata de un escrupuloso análisis sobre el tema con ciertas limitaciones que los propios autores reconocen en su publicación.

El trabajo de Fonseca et al¹² invita a reflexionar sobre algunos aspectos relacionados con nuestra formación

médica de postgrado que incide directamente y seguirá incidiendo sobre este «síndrome de desengaño» de los médicos residentes. En primer lugar, hay que repetir lo que hemos comentado otras veces¹³, y es que el sistema MIR sigue estando necesitado de una puesta al día que incluya medidas que indudablemente disminuirían las tasas de *burnout*. Entre otras estarían: la tutorización «real» del residente, la evaluación estricta con importante componente formativo o la asunción de la influencia que tienen los médicos más experimentados sobre los residentes incluso en muchos aspectos que no están formalmente establecidos en los programas. En este sentido, no es de extrañar que haya residentes quemados cuando ven la misma actitud en algunos de sus colegas *senior*. Por lo tanto, no debemos olvidar la responsabilidad que las instituciones sanitarias y sus cargos docentes tenemos sobre este colectivo especialmente vulnerable. Como dice Padrós¹¹ «los residentes exteriorizan a menudo su descontento porque se encuentran con las incertidumbres propias del tránsito de estudiante a profesional y porque en el momento de su incorporación se ven obligados a responder a las necesidades de los pacientes y de la institución mientras sus competencias están en periodo de construcción».

En segundo lugar hay que citar los cambios que ha experimentado la práctica clínica hospitalaria en los últimos años que esta comportando una mayor presión asistencial especialmente en las áreas tradicionalmente más exigentes tanto desde el punto de vista físico como mental, como son las de críticos o las urgencias. Quizás por ésta, y por otras razones, años atrás la guardia del residente no significaba tanto sufrimiento como parece que lo es ahora, al menos para los que contestaron en este sentido en la encuesta de Fonseca et al¹² y probablemente otros en circunstancias similares. Sin embargo, difícilmente podrán prescindir los programas de formación en especialidades médicas o quirúrgicas del concepto «guardia» ya que se perdería una parte importante del aprendizaje de la toma de decisiones clínicas en situación urgente. Obviamente, hay que seguir esforzándose en buscar una organización de las guardias que cumpla con los objetivos asistenciales de los centros y, al mismo tiempo, permita una formación de calidad de los especialistas en formación, tema no fácil ya que de serlo estaría totalmente solucionado.

Es evidente que el malestar que va ligado al *burnout* no es exclusivo de los médicos residentes. Tiene sentido preguntarse: ¿no es este un problema global de la profesión médica? Según voces autorizadas, se ha llegado el final de un ciclo¹⁴ y se sugiere que o bien los médicos clínicos redefinimos nuestro rol en el s. XXI o puede ser que gran parte de nuestras competencias puedan ir a manos de otras profesiones. Gran parte de esta reticencia al cambio¹⁵ es la que genera el descontento que se exterioriza finalmente en «desengaño» o *burnout*.

Afortunadamente, no todo son noticias preocupantes, hay algunos síntomas que son esperanzadores, así parece que encuestas recientes realizadas en algunas especialidades concretas¹⁶ indican que los residentes se encuentran globalmente satisfechos con su trayectoria formativa, si bien es cierto que el tema de las guardias sale de nuevo como uno de los «puntos negros» en el cuadro global. Aunque el objetivo de este estudio no fue detectar específicamente el grado de *burnout* de los encuestados,

de sus respuestas se deduce que no se identificó como una situación muy prevalente. Los estudios basados en encuestas de opinión son difícilmente comparables, ya que los resultados pueden estar influidos por el objetivo, el diseño, la identidad de los promotores, el que sea o no multicéntrico y otros factores que no invalidan los resultados pero que los hacen poco reproducibles. En consecuencia y matizando la opinión de Fonseca et al¹², creo que las conclusiones de su trabajo pueden ser asumidas sin necesidad de realizar más estudios. El siguiente paso es cómo se puede llegar a un consenso amplio para prevenir el *burnout* en los residentes y, porqué no, en los médicos de plantilla.

Han pasado más de 20 años desde que Gervas et al² escribieron un excelente artículo sobre cuál debería ser el tratamiento de este proceso. Parece que después de tanto tiempo hemos avanzado poco. Lo que sí que hemos ido aprendiendo es que, circunstancias personales aparte, la mejora de la frustración que conduce directamente al *burnout* ha de combatirse con medidas que afectan tanto al sistema educativo como al sistema organizativo asistencial y, por encima de todo, que seamos capaces de redefinir e impulsar el papel del profesional del s XXI.

Conseguir médicos residentes (y también especialistas en el mundo laboral) menos «quemados» requiere un esfuerzo conjunto entre instituciones y afectados. Menciono las que me parecen más relevantes. Empezando por la formación de grado que debe evolucionar hacia unos programas que preparen mejor a los futuros médicos para afrontar la realidad que encontrarán en su ejercicio profesional, lo que les evitará el «desengaño». Continuando por el postgrado que debe ofrecer ayuda a quienes estén, a pesar de las medidas mencionadas antes, más afectados y en el desarrollo profesional continuo inculcando el profesionalismo¹⁵ y defendiendo desde los colegios profesionales el papel del médico moderno. Finalmente, los propios afectados pueden beneficiarse de sus compañeros que superan las adversidades y no caen en el síndrome. El papel pedagógico que tienen los colegas de años mayores es una de las armas más poderosas del «currículo oculto».

Bibliografía

1. Universia. Burnout, síndrome quemado. <http://www.contenidos.universia.es/burn-out/index.htm>.
2. Gervás JJ, Hernández Monsalve LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med Clin (Barc). 1989;93:572-5.
3. Tizón JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? Aten Primaria. 2004;33:326-30.
4. Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004;292:2880-9.
5. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an Internal Medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136:358-67.
6. Dabrow S, Russel S, Ackley K, Anderson E, Fabri PJ. Combating the stress of residency: one school approach. Acad Med. 2006;81:436-9.
7. Houterman RR, Oei KW. Burnout in medical residents: a questionnaire and interview study. Psychol Health Med. 2009;14:476-86.
8. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. Arch Intern Med. 2005;165:2595-600.

9. Mitchel CD, Mooty CR, Dunn EL, Ramberger KC, Mangram AJ. Resident fatigue: is there a patient issue? *Am J Surg.* 2009;198:811–6.
10. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudi sobre la salut dels residents de Catalunya. <http://www.fgalatea.org> 2008.
11. Padrós J. El médico enfermo. *Humanitas on line.* 2009;41: 1–19.
12. Fonseca M, Sanclemente G, Hernandez C, Visiedo C, Bragulat E, Miro O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010.
13. Pujol R, Manuel Gómez J, Martínez Carretero JM. Reflexiones y propuestas sobre la especialización médica en España. *Educación Médica.* 1999;2:8–12.
14. Alejandro H. La Medicina Industrial ha llegado a su fin. *Gaceta Médica.* 11 enero 2010.
15. Pardell H, Gual A, Oriol-Bosch A. ¿Qué significa ser médico hoy? *Med Clin (Barc).* 2007;129:17–22.
16. Pinilla B. Informe MIR, resultados de una encuesta de opinión a los residentes de Medicina Interna. <http://www.fesemi.org>.

R. Pujol Farriols

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge, Barcelona, España
Correo electrónico: ramon.pujol@bellvitgehospital.cat