



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ITINERARIO 3. LA GESTIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

Mesa: Prevenimos el desgaste profesional entre todos y para todos

Moderador:

Jesús Martín Fernández

*Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Villamanta, Villamanta, Madrid.
Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Madrid Oeste, Móstoles,
Madrid, España*

Ponentes:

Macarena Gálvez Herrer

Doctora en Psicología, Máster en Psicología Clínica y de la Salud, Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE) de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

Javier Bris Pertíñez

*Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Villa de Vallecas, Vallecas, Madrid, España.
Máster en Coaching e Inteligencia Emocional. Coordinador del Grupo SBE (Salud Basada en Emociones) de la SoMaMFyC*

Tomás Gómez Gascón

*Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Guayaba, Madrid, España.
Investigador de dos proyectos FIS sobre Burnout*

Resumen

En la mesa se va a hablar de qué es el desgaste profesional y lo que implica para los profesionales de la salud, en especial para los médicos de familia y, en consecuencia, para la atención a los pacientes. Se van a dar datos de prevalencia en España y analizar los factores que influyen en su desarrollo.

Por otro lado se hablará del importante papel que tiene el manejo adecuado de las emociones para mejorar la calidad de vida del profesional y prevenir el desgaste. La persona que maneja eficientemente su mundo emocional soporta bien las tensiones y permanece sereno ante la incertidumbre, lo que le otorga un gran poder de acción y una gran calidad a sus decisiones.

A continuación se propondrán medidas individuales para prevenir este desgaste desde el punto de vista individual (manejo del conflicto, adecuación de expectativas, recuperación del estrés, hábitos saludables y estrés, y relajación) y colectivo (el papel que hay que exigir a la Administración, el papel que puede hacer la semFYC, las medidas del centro de salud, el uso de nuevas tecnologías).

Se expondrán los datos de un estudio de investigación financiado por el FIS que se ha realizado en Madrid y titulado "Efectividad de una intervención para prevenir el desgaste profesional en los profesionales sanitarios".

Introducción

Jesús Martín Fernández

Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Villamanta, Villamanta, Madrid. Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Madrid Oeste, Móstoles, Madrid, España

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por desarrollar su cometido en un entorno rápidamente cambiante, orientado a la resolución de problemas de salud y sujeto a los cambios tecnológicos, pero también condicionado por las necesidades del paciente y, por tanto, sometido a cambios sociológicos, quizá más lentos, pero también más profundos. El profesional que trabaja en atención primaria, en concreto el médico de familia, debe dar respuesta a unas expectativas del ciudadano, cada vez más amplias y referidas a un concepto cada vez más global de salud/bienestar. Las respuestas del profesional a estas expectativas crecientes, con unos medios y en un marco asistencial con limitaciones importantes, puede propiciar la aparición de estados emocionales negativos que impactan sobre su desempeño de diferentes formas.

Hace más de 30 años se definió el síndrome del *burnout* (en adelante síndrome de desgaste profesional [SDP]), como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el esperado esfuerzo (Freudenberger, 1974). Este estado se había descrito en entornos laborales exigentes desde el punto de vista emocional, como el que viven algunos educadores, agentes de fuerzas de seguridad o sanitarios. Previamente a la articulación del constructo del SDP, ya se había intuido que la mejor intervención frente a este estado era la prevención primaria, pero a lo largo del tiempo se han ido desarrollando diferentes modelos explicativos del SDP, distintas formas de medida y posibles líneas de intervención y prevención.

En la primera ponencia se analizará cómo se explica el síndrome por los avances científicos aplicados a su estudio, pero también por importantes cambios en el contexto social y sanitario que se han dado de forma paralela. Finalmente se revisan algunos datos relativos a las principales consecuencias del SDP en el facultativo, en la práctica de la medicina de familia y en la propia atención al paciente y calidad asistencial.

En la segunda ponencia se discute la posible justificación de algunos sentimientos que acompañan a los profesionales de la salud cuando aparecen algunos signos del SDP. Se analizan algunos elementos que influyen en la consideración de la actividad profesional como algo estimulante y motivador o bien como fuente de estrés u ostracismo. Y se mencionan algunos puntos importantes para la consideración de la actividad profesional en una línea óptima para el flujo de la efectividad personal.

Finalmente se presentará un ejercicio de reflexión y análisis sobre algunas medidas individuales y colectivas que pueden tener impacto en la prevención o el abordaje del SDP. Desde el punto de vista individual se expondrán diferentes

perspectivas en el manejo del conflicto, la adecuación de expectativas, la recuperación tras el estrés y los hábitos saludables la relajación. Desde la perspectiva colectiva se revisará el papel que se espera de la Administración, que raramente se preocupa de mantener el desempeño de su principal activo, los profesionales, el de las sociedades científicas y organizaciones profesionales o sindicales, el papel del grupo de trabajo e, incluso, la utilidad potencial de las nuevas tecnologías. Se expondrán los datos de un estudio de investigación realizado en Madrid titulado “Efectividad de una intervención para prevenir el desgaste profesional en los profesionales sanitarios”.

El desgaste profesional (*burnout*) en atención primaria: actualización, consecuencias y líneas de intervención

Macarena Gálvez Herrer

Doctora en Psicología, Máster en Psicología Clínica y de la Salud, Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE) de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

Palabras clave: Desgaste profesional, atención primaria, consecuencias.

En la actualidad, el ejercicio de la profesión médica está sometido a diferentes demandas que dependen de factores políticos, organizacionales, sociales, y científicotécnicos. Por un lado, las diferentes Administraciones y las propias organizaciones sanitarias establecen políticas de gestión y salud que suponen exigencias profesionales y criterios económicoadministrativos, que no siempre coinciden con los criterios médicos del profesional que los tiene que llevar a cabo. En nuestra sociedad, cada vez hay un mayor y mejor acceso a la salud, y una clara conciencia de los numerosos avances científicos e innovación técnica que la facilitan y enriquecen, pero eso se acompaña, en ocasiones, de expectativas ilusorias en el paciente respecto a la eficacia terapéutica del profesional y del poder de la medicina, y de actitudes/exigencias difíciles de manejar por el facultativo. Todo ello influye en el proceso de comunicación, en el asistencial y en el rol que el médico debe adoptar. Además, la responsabilidad sobre la salud de terceros, la presión asistencial y la carga de trabajo, el enfrentamiento inevitable a situaciones de emergencia, las situaciones organizaciones inadecuadas, disfuncionales o incluso inequitativas, forman parte de la actividad profesional con demasiada frecuencia¹.

En este marco global es donde se comprende hoy en día el desgaste profesional (*burnout*) médico. La terminología alude al sentimiento prevalente de “estar quemado” profesionalmente, de no soportar la tarea que se tiene que realizar y a una actitud de distanciamiento de la profesión en gene-

ral. Se trata de un proceso fundamentalmente profesional, laboral y organizacional, en el que las variables personales, de vulnerabilidad y resistencia, son factores moderadores del proceso.

El instrumento más utilizado para su evaluación ha sido el Maslach Burnout Inventory². Esta generalización en su uso ha facilitado el gran desarrollo empírico sobre el constructo y, a su vez, ha permitido la comparación entre estudios. Sin embargo, en la actualidad y coherentemente con la evolución de los actuales desarrollos teóricos y metodológicos, surgen algunas dificultades en su utilización y nuevas necesidades de medida y diagnóstico³. La evaluación del desgaste profesional médico ofrece resultados muy dispares, pero en general, de elevada prevalencia. Esto se debe, en parte, a la multidimensionalidad del constructo, a las diferentes conceptualizaciones, criterios, muestras y métodos de evaluación. Sobre lo que sí existe un acuerdo generalizado es en la confirmación del daño a la salud física, mental y social que este síndrome produce en el facultativo. En este sentido, los datos en España parecen confirmar los resultados de otros países. En atención primaria, algunos trabajos⁴ indican una elevada prevalencia de desgaste profesional (69,2%), con presencia de patología psiquiátrica muy superior a la obtenida en estudios sobre la población general y un mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos, así como un porcentaje superior de bajas laborales de origen psiquiátrico. La pérdida progresiva del sentido del trabajo que caracteriza al desgaste profesional se relaciona con sintomatología ansiosodepresiva y manifestaciones psicósomáticas (trastornos del sueño, síntomas digestivos, cardiovasculares e inmunológicos)⁵, así como con valores personales y profesionales del médico de familia⁶. Es, por tanto, un riesgo para el profesional sanitario, para la relación médico-paciente y para la calidad de la asistencia sanitaria.

Se trata de un riesgo psicosocial del trabajo complejo, dinámico y procesual, en el que participan tanto variables sociales, organizacionales y de la tarea como del propio individuo. Las nuevas formas de intervención y prevención, como algunos de los trabajos que se presentan en esta mesa⁷, intentan tener en cuenta todas estas consideraciones y su carácter complejo y multicausal.

Bibliografía

1. Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. El vuelo de Ícaro. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
2. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1981.
3. Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M, Garrosa Hernández E, Mingote Adán JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria. 2006;38:544-9.
4. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003;31:564-71.
5. Mingote Adán JC, Gálvez Herrera M, Del Pino Cuadrado P. Proceso psicósomático en un caso de desgaste profesional en un médico de atención primaria. FMC. 2009;16:402-5.
6. Segura Bernal J, Ferrer Ventura M, Palma Sevillano C, Ger Cabeiro S, Domènech Cortés M, Gutiérrez Blanch I, et al. Valores

personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome de *burnout*. Anales de Psicología. 2006;22:45-51.

7. Gómez Gascón T. Proyecto FIS-Instituto de Salud Carlos III. Efectividad de una intervención dirigida a la prevención y tratamiento del *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria. Documento no publicado.

Atención del “talento emocional” en la prevención del desgaste laboral

Javier Bris Pertíñez

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Villa de Vallecas, Vallecas, Madrid, España. Máster en Coaching e Inteligencia Emocional. Coordinador del Grupo SBE (Salud Basada en Emociones) de la SoMaMFyC

Palabras clave: Neuronas en espejo, estado de flujo, juego de la salvación.

Las neuronas en espejo son un tipo de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción y también cuando percibe una acción similar en otro individuo. Lo más llamativo de este tipo de neuronas es que la simple observación de movimientos en otro individuo activa las mismas regiones de la corteza motora que si él mismo estuviera realizando estos movimientos.

Las neuronas en espejo permiten comprender las acciones de los demás. El mecanismo por el que lo hacen es “*sintiendo lo mismo*”, aunque no sea de manera consciente. Estudios de neuroimagen demuestran que las neuronas en espejo pueden captar y decodificar también estados emocionales como si fueran propios. Cuando un profesional de la salud está continuamente percibiendo dolor, desconsuelo y problemas, esto llega a afectarle e implicarle personalmente porque, de alguna manera, estos estados emocionales dejan huella en él.

El trabajo del médico de familia está influenciado por la variabilidad emocional no solo propia de la patología de sus pacientes, sino de todo el entorno socioeconómico con el que convive. Esto favorece la aparición de situaciones de sobrecarga emocional que influyen en la aparición del *burnout* y sus patologías asociadas. Un abordaje “*emocionalmente inteligente*” comienza por la toma de conciencia acerca de qué situaciones sobrepasan una vivencia emocional normal para convertirse en cargas emocionales. A partir de ahí es necesario aprender a gestionar estas situaciones de manera coherente sana y efectiva para mantener la actividad profesional en los estándares necesarios.

Mihaly Csikszentmihalyi, en su obra *Fluir*, habla de experiencias autotéticas. Son descritas como aquellas en que hay disfrute a la vez que se da el mayor empleo de la energía psíquica. En estas experiencias se produce la mayor concentración sobre una tarea con sensación de ralentización

del tiempo. El autor define como experiencias en *estado de flujo* aquellas en que se corresponden el grado de habilidad para su desempeño con el grado de desafío. *Podríamos decir que la práctica del talento consiste en la búsqueda de la correspondencia de ambos elementos, habilidad y desafío*. De manera que si no hay una coherencia una persona puede caer en la ansiedad o el aburrimiento para su desempeño. La falta de correspondencia entre ambos elementos podría también explicar una parte de los problemas emocionales que se abarcan en esta ponencia.

Csikszentmihalyi propone una serie de medidas encaminadas a mantenerse en la dinámica de esto que él llama *“estado de flujo”*. Medidas que invitamos a analizar.

Otro elemento sobre el que se llama la atención consiste en tomar conciencia de cuando el profesional se permite entrar en un juego psicológico en su relación profesional, especialmente el conocido como juego de la salvación. Para Eric Berne, fundador del análisis transaccional los juegos psicológicos, suponen una manera de cubrir necesidades de reconocimiento y atención. Los juegos psicológicos tienen algunas cosas en común con los juegos de ocio a los que estamos familiarizados, como por ejemplo la presencia de una serie de reglas. En los juegos psicológicos, cada personaje asume un rol con una función determinada.

Además, los juegos psicológicos tienen en común con el resto de los juegos que se repiten sistemáticamente, involucrando a la persona en una serie de jugadas o movimientos que tienen unos resultados previsibles.

Los juegos psicológicos consumen gran parte de la propia energía psíquica, sobrepasan nuestras emociones y suponen una fuente de cargas emocionales.

Un juego muy frecuentemente utilizado en nuestro ámbito profesional es el que Steiner llama *El juego de la salvación*. Este juego está compuesto por una serie de roles:

1. *La víctima*. Parte de la situación: *“yo no estoy bien, tú estás bien, intenta ayudarme”*. Se siente impotente, desamparada, avergonzada, etc.
2. *El salvador*. Parte de la situación: *“yo estoy bien, tú no estás bien, intentaré ayudarte”*. Está por encima en un nivel superior y tiene herramientas para salvar a la víctima.
3. *El perseguidor*. Parte de la situación: *“yo estoy bien, tú no estás bien, pero es por tu culpa... y ahora te vas a enterar”*. Se siente enojado y ostenta algún tipo de autoridad sobre la víctima.

S. Karpman, en su obra *El triángulo del Drama*, afirma que estas 3 figuras del juego de la salvación forman un triángulo dentro del que se intercambian los 3 roles.

No resulta difícil entender cómo podemos los médicos de familia caer sin darnos cuenta en este tipo de juego psicológico. El paciente, al principio comienza el juego desde el papel de víctima y el médico el del salvador. Cuando comienza el juego de la salvación empezará un intercambio de papeles en que, de manera no consciente, el que comienza siendo víctima pasa a ser perseguidor y el que al principio era salvador termina convertido en víctima. Una vez comienza este juego resulta difícil salir de él y más aún para un médico de familia, en que tradicionalmente *“dejar de salvar”* supone dejar de ser solidario, generoso y, sobre todo, dejar de ser considerado un buen profesional.

Bibliografía recomendada

- Csikszentmihalyi M. *Fluir*. Una psicología de la felicidad. Barcelona: Ed. Kairós; 2008.
- Damasio A. *El error de Descartes*. Barcelona: Ed. Crítica; 2006.
- Goleman D. *Inteligencia emocional*. Barcelona: Ed. Kairós; 2006.
- Krogerus M, Tschäppeler R. *El pequeño libro de las grandes decisiones*. Barcelona: Ed. Alienta; 2012.
- Rizzolatti G. *Las neuronas en espejo*. Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Ed. Paidós; 2006.
- Steiner C. *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Ed. Kairós; 2011.
- Yuste F. *Herramientas de coaching personal*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer; 2010.

Estrategias de afrontamiento del desgaste profesional a nivel personal, organizativo y grupal

Tomás Gómez Gascón

Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Guayaba, Madrid, España. Investigador de dos proyectos FIS sobre Burnout

Palabras clave: Desgaste profesional, atención primaria, intervenciones, organizaciones sanitarias.

Cómo prevenir el desgaste profesional

Partimos de la premisa de que el desgaste profesional en los médicos de familia se puede prevenir, y no solo se puede sino que se debe prevenir para evitar las consecuencias personales, familiares y sociales y la repercusión en los pacientes.

Estas medidas preventivas, en prevención primaria, se tienen que aplicar en la formación de grado, de posgrado y en la formación continuada.

Medidas individuales: estrategias personales de afrontamiento en prevención primaria y secundaria

Para mejorar nuestra vida, primero tenemos que mejorar nuestro pensamiento.

El don más importante del ser humano es la capacidad de reformular y reinterpretar una circunstancia difícil de una manera más creativa y útil.

Culpar a nuestras circunstancias de cómo nos sentimos no es sino una excusa fácil. Cuando nos enfrentamos a algún problema debemos tener el valor de asumir nuestra parte de responsabilidad por la situación en la que nos encontramos, sea la que fuere, y luego darnos cuenta de que también tenemos la capacidad de utilizar ese revés en nuestro beneficio.

Estamos en un momento crítico del sistema sanitario, de la atención primaria y de la medicina de familia. O actuamos entre todos, en muchos ámbitos, o va a ser muy difícil salir de esta situación.

- Ajuste de expectativas.
- Trabajo sobre ideas irracionales.
- Estrategias instrumentales: entrenamiento en solución de problemas y en la gestión del tiempo.
- Estrategias interpersonales: entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, empatía, etc.
- Costumbres saludables: mantente en forma; autocuidado, alimentación sana, sueño, actividad física, técnicas de relajación.

Cambios organizativos y medidas colectivas

El apoyo de la administración y de los gestores sanitarios es fundamental para prevenir el desgaste profesional, pero como en España carecemos de unas directrices claras y adecuadas parece necesario organizarse al margen de los gestores, aunque haya que seguir reivindicando las medidas necesarias de higiene en el trabajo: carga laboral, funciones delimitadas, apoyo a los equipos y a los profesionales, etc.

Establecer unas indicaciones de cómo funcionar en un EAP, qué carga laboral es la adecuada, cartera de servicios posible. Todo esto lo debemos desarrollar los médicos de familia en el seno de las sociedades científicas, colegios de médicos y sindicatos, fundamentalmente en las primeras.

- Integrar las 3 sociedades de atención primaria de una vez, respetando las diferentes identidades.
- Papel activo de los médicos de familia en los colegios de médicos y en los sindicatos.
- Fomentar la autogestión de los equipos, aumentando nuestra capacidad de gestión sobre nuestro trabajo.
- Establecer un plan de autoformación que nos garantice que hacemos las cosas lo mejor posible en nuestras condiciones de trabajo.

- Promocionar la investigación en actividades preventivas y de atención eficientes a los pacientes crónicos, para priorizarlas dentro de nuestro trabajo.
- Potenciar los aspectos comunitarios, colaborando más e integrando a los pacientes en el funcionamiento del centro.
- *Sentirnos parte de un colectivo, que nos motive y nos haga sentir importantes.*

Nos debemos a nuestros pacientes, pues la Administración, nuestro empleador solo es una parte interpuesta entre el que siente la necesidad y la financia, el ciudadano y nosotros, como prestadores del servicio. Tenemos que ser capaces de plantear nuestras alternativas y conseguir que estas sean escuchadas y tenidas en cuenta. La Administración, como responsable de las políticas que dan respuesta a las necesidades del ciudadano, debería tener en cuenta que es responsable del mantenimiento de los activos que maneja, y el principal de ellos es el capital humano.

Para finalizar, se presentarán los resultados finales del Proyecto FIS-Instituto de Salud Carlos III “Efectividad de una intervención dirigida a la prevención y tratamiento del *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria”, que se ha desarrollado en Madrid en los últimos 3 años y en el que han colaborado el moderador y los ponentes de esta mesa. Los médicos de familia, no percibimos, a la luz de los resultados, la esperada implicación de la Administración en el mantenimiento del bienestar psicológico de los profesionales, por lo que nos constituimos en los garantes de la eficiencia del sistema.

Bibliografía recomendada

- Bosqued M. El síndrome del *burnout*. Qué es y cómo superarlo. Barcelona: Paidós; 2008.
- Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. El vuelo de Ícaro. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
- Mingote Adán JC, Pérez Corral F. El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
- Sharma RS. Lecciones sobre la vida del monje que vendió su Ferrari. Barcelona: DEBOLSILLO; 2010.