

Soluciones innovadoras: Aislamiento y síndrome de desgaste profesional en la cultura del médico

Entrevista con el Dr. Tait Shanafelt

Dra. Lidia Schapira

21 de junio de 2018

El síndrome de desgaste profesional o *burnout* está alcanzando proporciones epidémicas en medicina. Tan solo como un ejemplo, en el [Informe Nacional de Desgaste Profesional y Depresión del Médico de Medscape 2018](#), 42% de los médicos informaron estar exhaustos y 15% admitieron tener depresión clínica o informal.

En esta entrevista, la Dra. Lidia Schapira, profesora asociada de oncología en el *Stanford University Medical Center*, en Stanford, Estados Unidos, conversó con el Dr. Tait Shanafelt, un experto reconocido en síndrome de desgaste profesional, quien recientemente se incorporó a *Stanford Medicine* como decano asociado y el primer director de bienestar de la institución, sobre las causas de este síndrome y soluciones prácticas al nivel del individuo y de todo el sistema.

¿Es el síndrome de desgaste profesional más común o solo nos estamos concientizando más del mismo?

Dra. Lidia Schapira: Todo el mundo parece tener síndrome de desgaste profesional o hablar sobre este tema en nuestros días. ¿Han cambiado las cosas o simplemente estamos más al tanto de ello?

Dr. Tait Shanafelt: Creo que es un poco de ambas cosas. Definitivamente la comunidad médica y la sociedad están más al corriente del síndrome de desgaste profesional. Aunque todos pueden hablar sobre este tema, también sabemos que el problema no es igual de apremiante en toda profesión y disciplina. Estudios estadounidenses demuestran que el síndrome de desgaste profesional es un problema más agudo en médicos que en profesionales de otros campos.^[1,2] El campo de la asistencia sanitaria conlleva un alto riesgo de síndrome de desgaste profesional, dada la índole del trabajo —atender a pacientes con problemas de salud complejos es difícil y a menudo conlleva una carga emocional—. Entre los profesionales de la salud, estudios demuestran que las tasas más altas de síndrome de desgaste profesional corresponden a los médicos; también se observan tasas elevadas en enfermeras y profesionales clínicos especializados.^[3,4] Además, sabemos por estudios longitudinales que la prevalencia del síndrome de desgaste profesional puede estar aumentando en los médicos.^[2] Es una combinación de mayor concientización y un problema creciente.

Grandes factores que contribuyen al síndrome de desgaste profesional: registro electrónico de salud y carga emocional

Dra. Schapira: Estamos oyendo hablar más sobre las presiones ejercidas en términos de documentación. Muchas personas consideran que el registro electrónico de salud ha contribuido a la insatisfacción en el trabajo o tal vez incluso ha acelerado el síndrome de desgaste profesional. ¿Cómo deberíamos considerar esto? ¿Cuáles son los factores contribuyentes más importantes?

Estudios estadounidenses demuestran que el síndrome de desgaste profesional es un problema más agudo en médicos que en profesionales de otros campos. Dr. Tait Shanafelt

Dr. Shanafelt: El síndrome de desgaste profesional es un problema complejo. Agrupamos las dimensiones de factores causantes en siete dimensiones: carga de trabajo, eficiencia, flexibilidad y control sobre el trabajo, integración a la vida laboral, sentido del trabajo, armonización de valores entre profesionales de la salud y las organizaciones para las cuales trabajan, y comunidad y compañerismo. Para los médicos que trabajan en diferentes sistemas y diversas especialidades, algunas dimensiones representan un factor más importante que otras. Consideramos el registro de salud electrónico principalmente en la categoría de eficiencia. Ciertamente ha creado cambios en nuestros flujos de trabajo y procesos asistenciales. En muchos casos, la documentación ahora toma más tiempo, y la carga informática y de trabajo administrativo han aumentado.^[5] A medida que las organizaciones han incrementado las expectativas de productividad, los médicos también no siempre terminan las tareas de documentación y de trabajo administrativo durante el día de laboral pues se han acortado las duraciones de la consulta. En consecuencia, ese trabajo deben hacerlo por la noche. Algunos de los mejores estudios que utilizan datos de registro de hora en el registro electrónico de salud indican que el médico promedio trabaja 28 horas al mes por la noche y en los fines de semana que no está de guardia terminando trabajo que no pudo hacer durante el día laboral.^[6]

El registro electrónico de salud también ha cambiado fundamentalmente el trabajo. Algunos estudios indican que casi 40% del tiempo que los médicos están en la sala de examen con los pacientes ahora se invierte escribiendo e interactuando con la computadora, en vez de interactuar con los pacientes.^[7] Los registros electrónicos de salud han cambiado fundamentalmente

la interacción humana entre médico y paciente, que es la parte esencial de la labor terapéutica y un componente decisivo del sentido del trabajo. Estas son por lo menos dos formas en que el registro electrónico de salud ha contribuido al problema del síndrome de desgaste profesional. Hemos demostrado en estudios estadounidenses, no obstante, que solo cerca de 20% a 25% del síndrome de desgaste profesional en los médicos puede atribuirse a factores relacionados con el registro electrónico de salud.

¿Mejorará el registro electrónico de salud?

Dra. Schapira: Mencionó algunos puntos muy importantes. Tenemos mucho que aprender de la comunidad de medicina paliativa por lo que respecta a cómo apoyarnos unos a otros y formar equipos que funcionen bien. Pero exploremos una cuestión más, antes que dejemos el registro electrónico de salud. Algunas personas inteligentes han dicho que los primeros 10 años de innovación pueden ser muy dolorosos pero que mejorará. ¿Cree que miraremos esto en retrospectiva y diremos, "esos fueron los días sombríos del registro electrónico de salud, pero luego mejoró"? ¿Considera que el registro electrónico de salud tarde o temprano estará a nuestro servicio, o estaremos estancados en este modo actual durante la siguiente generación más o menos?

Dr. Shanafelt: Tengo optimismo en que los registros electrónicos de salud mejorarán, pero no porque esto vaya a fluir naturalmente en esa dirección. Creo que los médicos han llegado a un punto en el que no van a tolerar más las ineficiencias de nuestro sistema y la excesiva carga administrativa. Están exigiendo mejoras en el flujo de trabajo y en la forma en que funcionan los registros electrónicos de salud para que puedan servir mejor a los profesionales que atienden a los pacientes. En el entorno de la práctica actual sujeta a tantas presiones, estamos pidiendo a los médicos que maximicen el volumen de pacientes que pueden atender debido a la necesidad social. La atención médica también ahora es más compleja y requiere más coordinación: ¿realmente queremos que el médico haga tareas de escaso valor que otros podrían realizar? Las organizaciones innovadoras han reflexionado profundamente en cuáles tareas requieren la habilidad y el tiempo de un médico. Estos son los componentes que hacen creer a las personas que vamos a lograr progresos.

Intervenciones como escribas, escribas virtuales y mejores modelos de atención basada en equipo para mejorar la eficiencia, reducir la carga de documentación y eliminar el trabajo administrativo de bajo valor, van a surgir mucho más rápido que los sistemas de registro electrónico de salud de inteligencia artificial que escuchen nuestras entrevistas, proporcionen apoyo a las decisiones y completen nuestra documentación y órdenes mientras salimos de la habitación. Esto sin duda vendrá en el futuro; pero en lo personal, no creo que sea en un futuro inmediato. Esperar a tales avances tecnológicos puede distraer de las grandes oportunidades para mejorar el día de mañana el flujo de trabajo y la eficiencia. Una serie de procedimientos han implantado cambios que mejoraron drásticamente la eficiencia del médico. Los médicos ahora van a sus casas varias horas antes habiendo concluido la documentación. Invierten más tiempo conversando con sus pacientes y sienten que han recuperado el sentido y el propósito de su trabajo. La oportunidad para difundir estas intervenciones que ya existen es lo que nos brinda esperanza.

Dra. Schapira: Mencionó que uno de los elementos que contribuye al síndrome de desgaste profesional en los profesionales de la salud y los médicos puede ser la carga emocional. ¿Confirma esto su investigación?

Dr. Shanafelt: En medicina, estamos expuestos a la muerte, el sufrimiento humano y las limitaciones de nuestro tratamiento actual para ayudar a muchos pacientes. La mayoría de los médicos reconoce esto como una parte del trabajo que no podemos dejar a un lado necesariamente. Sin embargo, necesitamos brindar apoyo a medida que los profesionales de la salud afrontan estas cargas emocionales relacionadas con el trabajo. Cuando era residente de oncología, recuerdo haber rotado con el equipo de cuidados terminales durante dos semanas haciendo visitas y brindando cuidados a domicilio. Una vez a la semana, en su reunión de equipo, prendían una vela y leían el nombre de los pacientes que habían fallecido en la última semana. Proporcionaban una oportunidad para que los miembros del equipo compartieran una anécdota o una reflexión sobre su interacción con esa persona y su familia. Luego apagaban la vela y continuaban con su trabajo de esa semana. Este es un ejemplo tangible de cómo los profesionales integran en el día laboral un método específico para apoyarse entre sí con una sustancial carga emocional diaria específica de su especialidad. Toda especialidad y disciplina tiene cargas y retos emocionales un poco diferentes. No todos hemos desarrollado e integrado mecanismos de apoyo eficaces para abordar nuestras dificultades singulares de manera tan estratégica.

Procedimientos innovadores para la eficiencia

Dra. Schapira: Las organizaciones necesitan ser más reactivas a este problema pues, de lo contrario, pueden perder parte de su fuerza laboral, y esto no beneficiaría a nadie. ¿Puede nombrar algunos otros procedimientos innovadores que pudieran comprometer nuevamente a los médicos con su trabajo, hacerlos sentir más apreciados, ayudarlos a "reavivar" su vocación y reducir el estrés?

Dr. Shanafelt: El grupo del *Massachusetts General* tiene un modelo que me agrada y que está basado en cuatro principios: eliminar, consolidar, delegar y ayudar.

Eliminar. Hacemos trabajo en nuestras clínicas y hospitales que potencialmente debería eliminarse. Es de escaso valor. No debería traspasarse de un médico a otro. Es innecesario y debería suspenderse. Es fácil recordar ahora mismo muchos de los requerimientos de documentación que hacemos en determinados contextos y circunstancias, que están ahí solo para justificar

un código de facturación o impuestos a 100% de los médicos para tratar de evitar el fraude en 0,01%. No están ahí por algún motivo médico. Deberíamos eliminar tal trabajo derrochador.

Consolidar. ¿Se pueden consolidar las actividades? El ejemplo que me gusta es el del flujo aparentemente interminable de módulos anuales requeridos: Capacitación en Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA), asuntos humanos, cumplimiento, seguridad, control de infecciones, etc. Suelen realizarse en tiempo personal, y cada tercer mes surge otro. Muchos de estos tipos de cosas pueden consolidarse en un solo formato registrable una vez al año. Todo está preparado, integrado, agrupado y administrado en diversos formatos: cursos antes del trabajo o al medio día, por internet. Hay que hacerlo eficiente y flexible de llevar a cabo. Este es un ejemplo de consolidación.

Delegar. Luego está la cuestión de delegar. ¿Quién realmente debe ser el primero en responder en la bandeja de entrada del portal? Muchas de estas cosas van a terminar canalizadas a alguien más del equipo asistencial, como la persona encargada de las citas, una enfermera o un farmacéutico. El médico todavía es el primero que se ocupa de esto en muchos lugares, y es algo que alguien más debería estar haciendo.

Ayudar. Los escribas son un ejemplo de asistencia. En algunas cosas tiene que involucrarse el médico, pero se puede aumentar su eficiencia si se utiliza un enfoque más eficaz basado en equipo que sea neutral o incluso favorable en materia de ingresos netos.

Determinar los obstáculos más importantes

Dr. Shanafelt: El movimiento de calidad nos ha enseñado que los retos son peculiares a la unidad de trabajo. Hemos visto exactamente el mismo problema cuando hemos trabajado para diferentes divisiones, departamentos y clínicas con el fin de reducir el síndrome de desgaste profesional e impulsar el compromiso y la realización profesional. Es necesario en efecto analizar la unidad de trabajo y utilizar, por ejemplo, las siete dimensiones impulsoras para considerar la dificultad más importante e identificar factores sujetos a control local que estén relacionados con el problema y que puedan mejorarse. Una vez que se identifica cuál dimensión es la dificultad más importante y cómo se manifiesta a un nivel local, hay que permitir a los integrantes del equipo médico diseñar una estrategia para mejorarla. Ponerla a prueba para ver si mejoran las cosas.^[8,9]

Siempre me sorprende ver cuántas oportunidades fáciles hay cuando trabajo con unidades. Casi todas las divisiones o unidades de trabajo han descifrado algunas cosas y sorprendentemente descuidado otras. Recientemente charlé con un médico de un centro académico grande en el que, en un área de especialidad con 20 personas, tenían uno de los modelos asistenciales basados en equipo más integrados de médicos, enfermeras y profesionales clínicos especializados que he visto. Los médicos nunca tocaban la computadora para hacer pedidos. Pero no tenían un sistema de cobertura mediante suplencias para atender su bandeja de entrada cuando estaban de vacaciones. Este médico se quejaba de que tuvieron que salir del bosque una vez al día durante un viaje para acampar para revisar los mensajes de la bandeja de entrada. En otro pasillo, en el mismo edificio, cuando alguien estaba de vacaciones, sus colegas lo cubrían. Ese es un ejemplo de una unidad local que no ha priorizado este problema. Hay una solución fácil, pero todavía no se ha implementado.

Por lo general hay una serie de detalles pequeños como este en toda unidad y que tienen que ver con planificación, suplencias, selección, el proceso de alojamiento, asistencia basada en equipo, flujo de trabajo y cómo se delegan actividades.

Casi siempre hay oportunidades para mejorar estos procesos.

Fomentar más compañerismo y solidaridad y apoyo de colegas es una gran oportunidad. Dr. Tait Shanafelt

Cultura del médico

Dra. Schapira: Sabemos que en la cultura del médico muchos de nuestros colegas se sienten muy aislados y pueden mostrar renuencia a compartir con otros colegas cuán angustiados están. Tal vez el motivo por el que las cosas se han puesto tan mal, como un grupo, es que no sabemos cómo abogar por nosotros mismos. ¿Puede comentar algo sobre el temperamento o la aculturación de médicos que pueden llevar a que alguien se sienta muy abrumado o tal vez encaminarlo a un estrés excesivo y síndrome de desgaste profesional?

Dr. Shanafelt: Algunos de los rasgos que nos convierten en buenos médicos también nos vuelven vulnerables al síndrome de desgaste profesional. Muchas de estas cualidades son fortalecidas y reforzadas por nuestra cultura y sistema de formación. Tendemos a ser perfeccionistas y a menudo nos suscribimos a principios inalcanzables. En estudios, cerca de 80% de los médicos nos describimos como adictos al trabajo, personalidades de tipo A o excesivamente controladores.^[10] Nos creemos superhumanos y pensamos que la fatiga, las enfermedades y las limitaciones humanas normales no son aplicables a nosotros. Por lo general no revelamos nuestras vulnerabilidades o no compartimos con nuestros colegas los problemas que nos agobian. Muchas de estas conductas son reforzadas como normas profesionales durante la capacitación. Nuestros sistemas de formación profesional, incluso hoy en día, tienden a basarse en trabajo excesivo y prueba de fuego y no necesariamente fomentan la vulnerabilidad frente a los colegas.

¿Cómo abordamos estas cuestiones? Algunas de ellas son más difíciles que otras. Fomentar más compañerismo, solidaridad y apoyo de colegas es una gran oportunidad. Como médicos, estamos muy comprometidos con nuestros colegas. Nos preocupan profundamente y deseamos apoyarlos, sobre todo cuando están teniendo dificultades profesionales. El ajeteo del

entorno de la práctica médica en nuestros días ha causado más tensión o ha debilitado algunas de estas relaciones o interacciones que tenemos con los colegas.

Este es un ejemplo en el que las organizaciones conscientes pueden idear oportunidades para que los colegas se reúnan y tengan conversaciones sobre las virtudes y los retos de ser médico, aun cuando solo sea una división, un departamento o un grupo de médicos. Las rondas de Schwartz o los grupos de Balint tienen formatos que algunas organizaciones han utilizado de esta manera. Creo que también hay oportunidades para crear colectivos coherentes más pequeños, que pueden tener incluso más influencia personal.

Realizamos un par de estudios aleatorizados en la *Mayo Clinic* dirigidos por mi colega, el Dr. Colin West, Ph. D., para explorar diferentes formas de crear colectivos de médicos. Creamos grupos de colegas que se reunían cada 2 o 3 semanas para participar en una conversación sobre un tema relacionado con las virtudes y las dificultades de ser médico, de manera que pudiesen compartir experiencias, apoyarse uno a otro y disfrutar de su compañía.^[11,12]

Dos estudios aleatorizados han demostrado ahora que tales grupos no solo reducen el síndrome de desgaste profesional, sino que también dan lugar a un mejor sentido del trabajo, y estos beneficios perduran por lo menos 18 meses. Es una intervención de muy bajo costo. La esencia de la misma es que son colegas que se reconectan entre sí y que se recuerdan unos a otros muchas cosas sobre esta profesión y el trabajo que hacemos cada día. Esta es una formidable oportunidad y es fácilmente adaptable a todas las especialidades y contextos de práctica.

Dra. Schapira: Tal vez la generación más joven llegará a esto de una manera más natural, pues están más acostumbrados a conectarse a través de redes sociales y pueden sentirse más acompañados cuando afrontan un reto. ¿Considera que mejorarán las cosas porque son tan abiertos y están acostumbrados a ser más creativos en la forma en que se relacionan entre ellos?

Dr. Shanafelt: No lo sé. Ser vulnerable, compartir experiencias y resolver las dificultades frente a frente es diferente a una experiencia virtual. Los tipos de situaciones que se resuelven en estas conversaciones de grupo pueden no lograrse fácilmente por vía electrónica.

Independientemente del formato, es importante crear una seguridad psicológica de manera que los participantes acepten frente a sus colegas que pueden ser vulnerables. Muchos médicos siempre se ponen su gorra de "líder del equipo" cuando están en el entorno laboral con el equipo multidisciplinario. No es solo hasta que están en una habitación con colegas en los que confían cuando pueden correr la cortina y bajar la guardia. Sería agradable pensar que la generación más joven hará naturalmente algunas de estas cosas, pero si no nos esforzamos en incorporar estas cualidades y conductas en la cultura profesional, podríamos simplemente aculturarlos en las normas profesionales bien establecidas tan pronto como terminan su capacitación.

Es importante crear seguridad psicológica para que los participantes sientan ante sus colegas que pueden ser vulnerables. Dr. Tait Shanafelt

Creación de una comunidad segura y de apoyo

Dra. Schapira: ¿Cuáles son algunas formas específicas y fáciles de lograr la participación de los colegas en este esfuerzo por crear una comunidad que brinde apoyo y protección a largo plazo?

Dr. Shanafelt: Todo médico puede decir: "Siento como que ya no me conecto tanto con mis colegas, de manera que voy a invitar a cuatro o cinco personas con las que disfruto pasar el tiempo para ir a cenar cada jueves de cada mes". Vale la pena hacer esto. Sin embargo, si realmente queremos avanzar en ello a un nivel más amplio, necesitamos pensar en estas cosas desde la perspectiva de los sistemas y organizacional, y a un nivel profesional. Necesitamos crear tal comunidad para mantenernos participando, frescos, plenamente comprometidos y comprensivos en lo que aportamos a esta en el curso de una carrera profesional. A menudo nos referimos a este aspecto del sistema bajo la rúbrica de una "cultura de bienestar". Una cultura de bienestar no significa fomentar que las personas procuren actividades de autocuidado o desarrollo de resiliencia personal (aunque estas son algo bueno). Tiene que ver con los valores y las conductas de la organización —las expectativas, capacitación y responsabilidad de los líderes; proporcionar a los médicos la capacidad de participar en la creación de su entorno de trabajo en asociación con los compañeros—. Comprende armonizar valores entre los profesionales de la salud y la organización, apoyo de compañeros, flexibilidad, reconocimiento y fomentar la opinión, y la participación de las personas, así como la capacidad de arreglar los problemas en su unidad de trabajo local.

Requiere atención a las iniciativas y procesos que repercuten en todo el sistema para que ocurra la solidaridad y el compañerismo.

En el segundo estudio de grupos comunitarios en la *Mayo Clinic*, hacíamos que siete u ocho colegas se reunieran para cenar cada 2 o 3 semanas. Se les pedía que comentaran durante 15 minutos una de las preguntas que proporcionábamos, y que luego disfrutaran de su compañía entre ellos.^[12] Pagábamos la comida. La mitad de los grupos se aleatorizaron a comenzar a comenzar a reunirse de inmediato y la otra mitad a comenzar a reunirse 6 meses más tarde. Después de los primeros 6 meses, los grupos asignados al inicio inmediato habían reducido el síndrome de desgaste profesional y habían mejorado su sentido del trabajo. Cuando presentamos los resultados en la junta de la *Mayo Clinic*, reconocieron que la intervención era ampliable, rentable y que hacía una diferencia. Inmediatamente la aprobaron como un beneficio estándar para todos los médicos y

científicos de la *Mayo Clinic*. No teníamos idea de cuál sería la participación. Las personas registraban su grupo, recibían las preguntas, comenzaban a reunirse, cargaban el costo de la comida a su tarjeta corporativa y la *Mayo Clinic* pagaba la comida. Todos nos dijeron que nadie se registraría, pues lo último que querían es otra noche alejados de su familia. Cincuenta por ciento del profesorado en Rochester, Estados Unidos se unió a un grupo en los primeros 16 meses, aproximadamente. Nos sorprendió un poco. Habíamos aprovechado una gran necesidad insatisfecha. Las personas estaban obteniendo algo de esas sesiones que era diferente respecto a las conversaciones que tenían en otros contextos, que a menudo se enfocaban en las frustraciones y los problemas cotidianos. Podían reconectarse con sus colegas y con el sentido más profundo, el propósito, las virtudes y los retos de nuestro trabajo en esta profesión. La estructura de la intervención también atraía a las personas. Cuando un par de colegas decide formar un grupo e invita a algunos colegas, otros que podrían no haber formado un grupo propio, participan.

Este es solo un ejemplo de cómo una organización puede idear estructuras y procesos para crear una cultura de bienestar.

Las organizaciones "necesitan prestar atención"

Dra. Schapira: Eso es excelente. Creo que lo que está diciendo es algo que no es opcional. Las organizaciones necesitan prestar atención, y si no lo hacen, es bajo su propio riesgo.

Dr. Shanafelt: Es cierto. Hay un motivo moral y ético para que las organizaciones se preocupen por su gente y reconozcan que la mayor parte del trabajo que hacen está basado en profesionales de la salud talentosos, comprometidos y consagrados. A otras organizaciones les interesa por factores económicos, reconociendo el costo del recambio de personal y la fuerte evidencia del efecto del síndrome de desgaste profesional sobre la productividad y la calidad de la atención, la satisfacción del paciente, el menor profesionalismo y los efectos multiplicadores de estos factores en todo el equipo asistencial. Tristemente, algunos no abren los ojos hasta que ocurre una tragedia, por lo general el suicidio de un profesor, un residente, un becario de su centro. Pero en última instancia, hay sin duda efectos sobre acceso, calidad, costo y satisfacción del paciente. Todas nuestras organizaciones afirman que estas son las cosas que estamos tratando de lograr, y que no podemos lograrlas con un grupo de médicos, enfermeras y profesionales clínicos especializados que tienen desgaste profesional.

Las organizaciones tienen que comprometerse a esto si quieren cumplir su misión. Es muy análogo al movimiento de la calidad. Hubo una época en que el movimiento de la calidad estaba en su etapa inicial y nadie evaluaba la calidad.

Presuponían que tenían una buena calidad porque contaban con profesionales consagrados bien capacitados. Luego, las organizaciones comenzaron a medir la calidad y a ser honestas consigo mismas. "Tal vez no seamos tan buenos como pensamos que somos". Muchas iniciaron programas de calidad como un costo necesario de "hacer negocio". En un determinado momento, las instituciones de vanguardia se percataron de que el camino de la calidad no es un centro de costos.

Es una estrategia central fundamental, que representa un medio para que su organización alcance sus metas. Creo que estamos en un punto crucial similar en el que las instituciones de vanguardia han reconocido que en realidad lo mismo es aplicable al bienestar de los profesionales de la salud. Contar con una fuerza de trabajo involucrada, comprometida y compasiva que no tenga síndrome de desgaste profesional, es una estrategia esencial para que la organización cumpla su misión. Tenemos que pensar en cómo crear un sistema organizacional y una cultura para lograr este resultado.

Paul Harvey habló en la radio sobre un estudio de la *University of Washington* que mostraba vínculos entre el síndrome de desgaste profesional y la calidad de la asistencia médica. Dr. Tait Shanafelt

Un interés naciente en el síndrome de desgaste profesional y un grito inesperado de Paul Harvey

Dra. Schapira: ¿Qué le hizo interesarse en esto?

Dr. Shanafelt: Fue un poco de suerte. Estaba en una rotación de investigación como residente superior en la *University of Washington*, con el Dr. Tony Back, quien ha sido mi mentor profesional. Tony me preguntaba en qué quería trabajar, y le dije que quería estudiar la experiencia de la residencia. Siendo el gran mentor que es, Tony me hizo una serie de preguntas con respecto a lo que estaba yo observando y cuál era mi hipótesis. Le dije que, ahora que era un residente superior, estaba observando a los residentes que supervisaba comportarse de maneras que no eran compatibles con lo que eran como personas y que eran incongruentes con su dedicación y altruismo. "¿Por qué te interesa?" preguntó Tony. Le dije: "Está afectando a los pacientes que atendemos". Dijo: "Creo que estás hablando del síndrome de desgaste profesional. No soy un experto en ese campo o un investigador de encuestas, pero conozco a algunas personas que lo son. Déjame ayudar a integrar un equipo y desarrollemos un proyecto".

Hicimos este estudio pionero pequeño hace casi 20 años.^[13] Fue uno de los primeros estudios en que se analizaron los vínculos entre el bienestar del médico y la calidad de la atención. Fue un pararrayos cuando lo publicamos. Lo recuerdo muy bien. Estaba de becario cuando se publicó el artículo e iba y venía en autobús de un hospital a otro en el campus de la *Mayo Clinic*. Paul Harvey habló por la radio acerca de un estudio de la *University of Washington* que mostraba vínculos entre el síndrome de desgaste profesional de los médicos y la calidad de la atención. "Yo estaba sentado ahí en el autobús, mudo de asombro, pensando, "No lo puedo creer, ¡ese es nuestro estudio!"

Fue un momento revelador. Un estudio de investigación pequeño, sin financiamiento, pero rigurosamente realizado y dirigido por un residente creó un diálogo nacional [*Nota del editor: Este estudio ahora se ha citado en más de 750 artículos revisado por pares*]. Los dirigentes de educación en la *Mayo Clinic* y varias sociedades profesionales en todo el país me contactaron, preguntándome: "¿Nos ayudaría a hacer un estudio para explorar más esto?" Tuvo un efecto de avalancha y con el tiempo emprendimos estudios clínicos que evaluaban intervenciones. Tuve la buena suerte de contar con dos colegas extraordinarios; los Dres. Colin West y Lotte Dyrbye se sumaron a mí poco después que llegué a la *Mayo Clinic*.

Hemos publicado subsecuentemente más de 120 artículos especializados sobre este tema. Pero recuerdo esa revelación inicial. Abordar el problema de una manera metodológicamente rigurosa utilizando el método científico tenía el potencial de cambiar el mundo. Al igual que en mi investigación sobre leucemia, este enfoque proporcionaría la evidencia para comprender el problema y resolverlo. Con el tiempo, estudiar la vida laboral de médicos y otros profesionales de la salud resultó un interés cada vez mayor en mis actividades de investigación profesional.

Poniendo en práctica lo que se pregona

Dra. Schapira: Nos da mucho gusto que haya seguido esa intuición y encontrado al mentor correcto. Me imagino que es muy consciente de sí mismo. ¿Tiene alguna forma especial de verificar y asegurarse de que su equilibrio en la vida laboral esté donde cree que debería estar? ¿Se observa usted mismo para detectar signos de estrés excesivos?

Dr. Shanafelt: Lo hago. Tengo varias formas de "autocalibrarme". He establecido prácticas y rituales que utilizo para desconectarme del trabajo y asegurarme de que me cuido a mí mismo y me mantengo involucrado en cosas que me dan sentido y propósito, tanto en el ámbito personal como en el profesional. En realidad, soy bueno para decir "no" y limitar las cosas que no tienen máxima prioridad para mí. Mi esposa es una gran compañera y me mantiene también responsable.

A veces dice bromeando: "¡Hey! Sería mejor que pusieras en práctica lo que pregonas sobre algunas de estas cosas", si es que he estado viajando demasiado, quemándome las pestañas escribiendo un manuscrito o dejando que el trabajo invada mi vida personal muchas noches sucesivas. Me recuerda que me tome el tiempo para recargar energías. Ha sido una formidable compañera en ayudarme a monitorearme a mí mismo.

Dra. Schapira: Qué bien que cuente con ella. Ha sido agradable charlar con usted. Tal vez queramos contactarlo de nuevo y escuchar sobre su visión para corregir algunas de estas tendencias en el síndrome de desgaste profesional. Le agradezco de sobremanera por su tiempo.

Referencias

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, y cols. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 8 Oct 2012;172:1377-1385. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199. PMID: 22911330. [Artículo](#)
2. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, y cols. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. Dic 2015;90:1600-1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023. PMID: 26653297. [Resumen](#)
3. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff (Millwood)*. Feb 2011;30:202-210. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0100. PMID: 21289340. [Artículo](#)
4. Benson MA, Peterson T, Salazar L, et al. Burnout in rural physician assistants: an initial study. *J Physician Assist Educ*. Jun 2016;27:81-83. doi: 10.1097/JPA.000000000000069. PMID: 27123598. [Resumen](#)
5. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, Hasan O, y cols. Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc*. Jul 2016;91:836-848. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.05.007. PMID: 27313121. [Resumen](#)
6. Arndt BG, Beasley JW, Watkinson MD, Temte JL, y cols. Tethered to the EHR: primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. *Ann Fam Med*. Sep 2017;15:419-426. doi: 10.1370/afm.2121. PMID: 28893811. [Artículo](#)
7. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, y cols. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med*. 6 Dic 2016;165:753-760. doi: 10.7326/M16-0961. PMID: 27595430. [Resumen](#)
8. Swensen S, Kabacene A, Shanafelt T. Physician-organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. *J Healthc Manag*. Mar-Abr 2016;61:105-127. PMID: 27111930. [Resumen](#)
9. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc*. Ene 2017;92:129-146. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004. PMID: 27871627. [Artículo](#)

10. Lemaire JB, Wallace JE. How physicians identify with predetermined personalities and links to perceived performance and wellness outcomes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 29 Nov 2014;14:616. doi: 10.1186/s12913-014-0616-z. PMID: 25471536. [Artículo](#)
11. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, y cols. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174:527-533. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.14387. PMID: 24515493. [Artículo](#)
12. West CP, Dyrbye LN, Satele D, Shanafelt TD. A randomized controlled trial evaluating the effect of COMPASS (Colleagues Meeting to Promote and Sustain Satisfaction) small group sessions on physician well-being, meaning, and job satisfaction. *J Gen Intern Med*. Abr 2015;30:S89.
13. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 5 Mar 2002;136:358-367. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008. PMID: 11874308. [Resumen](#)

© 2018 WebMD, LLC

Cualesquiera puntos de vista expresados antes son del propio autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de WebMd o Medscape.

Citar este artículo: Soluciones innovadoras: Aislamiento y síndrome de desgaste profesional en la cultura del médico - *Medscape* - 21 de jun de 2018.