



Capítulo 92/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

AFRONTAMIENTO DE LAS DIFICULTADES DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

Trabajamos para su tranquilidad...

Afrontamiento de las dificultades de la práctica psiquiátrica

Abigail L. Donovan, MD

Theodore A. Stern, MD

PUNTOS CLAVE

- Los psiquiatras son especialmente vulnerables al estrés laboral y el síndrome de desgaste profesional (*burnout*).
- Algunos de los aspectos especialmente complejos de la psiquiatría son el suicidio de pacientes, las demandas por mala praxis y la formación de la residencia.
- Es posible usar varias estrategias de afrontamiento para prevenir y gestionar situaciones difíciles.

Perspectiva general

La práctica de la medicina se centra en la enfermedad, no en la salud, y en el tratamiento, no en la prevención primaria. Por este motivo, no es de sorprender que los médicos tengan dificultades para minimizar su propio estrés y prevenir el síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en sus vidas. En todos los campos de la medicina (y especialmente en la psiquiatría) los clínicos se enfrentan al sufrimiento y la desesperación más a menudo que al éxito y la felicidad. Además, exactamente los mismos rasgos de personalidad que hacen que los médicos tengan éxito (p. ej., perfeccionismo, sentimiento de responsabilidad exagerado, ausencia de egoísmo) también los convierten en vulnerables al estrés. El *estrés*, definido como la situación que aparece en respuesta a influencias externas adversas, tiene el potencial de afectar a la salud física y psicológica. El estrés diario del ejercicio de la medicina, si no se atiende ni gestiona, puede progresar con el tiempo a síndrome de desgaste profesional. Este es un síndrome patológico en el cual un estrés laboral prolongado conduce al vaciamiento emocional y físico, y, en última instancia, al desarrollo de comportamientos desadaptativos (p. ej., cinismo, despersonalización, hostilidad, desapego). Conocer las causas profundas del estrés y el síndrome de desgaste profesional, explorar formas de reducir la vulnerabilidad a dicho trastorno y aprender habilidades para afrontar los estresantes inherentes a la práctica psiquiátrica son factores importantes para construir y mantener una carrera profesional exitosa y lograr una vida plena.

Epidemiología

A pesar de su éxito académico, laboral y social, los médicos no son inmunes a la enfermedad ni al sufrimiento. De hecho, se podría asegurar que los médicos tienen más probabilidades de presentar malestar emocional y síndrome de desgaste profesional por las características de su trabajo. En realidad, la investigación indica que el 46% de los médicos refieren al menos un síntoma del síndrome de desgaste profesional.¹ Además, los estudios también han detectado tasas altas de suicidio entre los médicos. Mientras que los médicos, como grupo, tienen tasas de mortalidad más bajas por varias enfermedades (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hepatopatía), su tasa de suicidio es más alta que la de otras profesiones y la población general² ([fig. 92-1](#)); para los médicos hombres, el riesgo relativo oscila entre

1,1 y 3,4, y para las mujeres, entre 2,5 y 5,7.³ En la población general, la tasa de suicidio es cuatro veces mayor en hombres que en mujeres; en los médicos, la tasa de suicidio de las mujeres es la misma que la de los hombres.⁴ Hasta el 12% de los médicos refieren un mayor consumo de drogas y otras sustancias durante la residencia;⁵ los psiquiatras presentan tasas especialmente altas de consumo de drogas y otras sustancias en comparación con las de otras especialidades médicas.

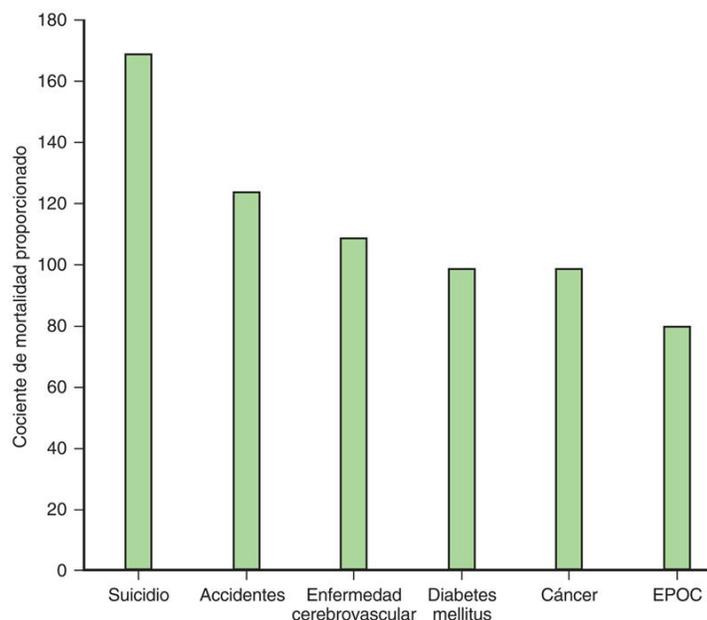


FIGURA 92-1 Cocientes de mortalidad proporcionados de las causas de muerte de médicos hombres blancos. El cociente de mortalidad proporcionado compara la proporción de muertes debidas a una causa específica de médicos hombres blancos con la proporción de esa causa de muerte de todos los profesionales hombres blancos.¹

Etiología del estrés y del síndrome de desgaste profesional

La práctica de la medicina en la sociedad actual es al mismo tiempo compleja y gratificante; sin embargo, también resulta estresante y puede dar lugar al síndrome de desgaste profesional. Varios aspectos del ejercicio de la psiquiatría dejan al psiquiatra especialmente vulnerable al estrés y, en último término, al síndrome de desgaste profesional ([fig. 92-2](#)).

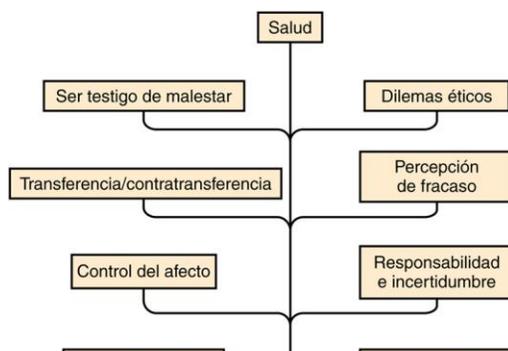


FIGURA 92-2 Causas del estrés.

Encuentros frecuentes con el malestar

Los psiquiatras se topan con el sufrimiento humano a diario. La naturaleza de la práctica psiquiátrica es tal que los clínicos son testigos de incontables historias de tristeza, ira y traición. Aunque son posibles los momentos de alegría y felicidad, con frecuencia parecen pocos y muy espaciados. La naturaleza crónica y devastadora de muchas enfermedades psiquiátricas aumenta la carga emocional del clínico. Como los psiquiatras tienen que mantenerse emocionalmente accesibles ante sus pacientes con el fin de experimentar la empatía necesaria para forjar una alianza, esta accesibilidad emocional hace que los psiquiatras sean especialmente vulnerables a sufrir con sus pacientes. Los psiquiatras deben conservar todo el tiempo una distancia suficiente para seguir siendo objetivos, y hay que guardar un equilibrio crítico y una distancia emocional precisa.

Dilemas éticos

La confianza del paciente en el psiquiatra para que le guíe da pie a múltiples conflictos éticos. Los psiquiatras pueden encontrarse en la posición de observar cómo sus pacientes toman decisiones imprudentes o incluso peligrosas, y ser incapaces de poner fin a este comportamiento destructivo. Es posible que los psiquiatras tengan que imponer un tratamiento forzoso, ingresar a pacientes en contra de su voluntad, o incluso contener física o químicamente a pacientes violentos. En ocasiones, además, un psiquiatra debe vulnerar intencionadamente la confidencialidad de un paciente por su seguridad, o por la seguridad de otros. Ninguna de estas decisiones se toma a la ligera, y todas ellas requieren una gran cantidad de reflexión y energía emocional.

Transferencia y contratransferencia

La práctica diaria de la psiquiatría está ocupada por aspectos de la transferencia y la contratransferencia que pueden conducir al desarrollo de emociones intensas en los pacientes y los clínicos. Además, varias enfermedades psiquiátricas tienen como síntomas centrales los problemas de interacciones interpersonales. Los pacientes afectados, como aquellos con trastorno de la personalidad límite y narcisista, resultan especialmente complejos para el psiquiatra. Un aspecto crítico del tratamiento podría ser trabajar las transferencias hostiles, agresivas o de desprecio del paciente; este proceso suele resultar enormemente difícil al psiquiatra. Es posible que esta dificultad empeore si el psiquiatra se ocupa de

muchos pacientes así o si la transferencia negativa es especialmente prolongada. Además, los psiquiatras, a través del tiempo de escucha y empatía con sus pacientes también pueden convertirse en el objeto de sentimientos amorosos o relaciones de dependencia. Afrontar una transferencia intensa y vigilar al mismo tiempo la propia contratransferencia puede ser agotador.

Percepción de fracaso

Los psiquiatras tratan enfermedades crónicas, sujetas a recaídas y que conllevan un riesgo significativo de morbilidad; así pues, la propia naturaleza de la enfermedad psiquiátrica puede llevar al psiquiatra a experimentar sentimientos de fracaso como médico y sanador. A pesar del conocimiento de las tasas de respuesta al tratamiento, es posible que los psiquiatras jueguen con la idea de que si fueran capaces de encontrar la medicación apropiada o decir las palabras adecuadas en terapia el paciente se curaría. La ausencia de respuesta al tratamiento puede contemplarse, y a menudo se considera, como un fracaso de la intervención médica y del tratante. Sin embargo, es cierto que, debido a la naturaleza de la enfermedad psiquiátrica, no se curarán todos los pacientes; es posible que el psiquiatra experimente entonces sentimientos de fracaso.

Control del afecto

A pesar de la naturaleza intensamente emocional del trabajo psiquiátrico, los psiquiatras deben controlar continuamente su afecto para hacer bien su trabajo. Cuando los pacientes están desbordados de tristeza, desesperanza, ira o frustración, los psiquiatras tienen que controlar sus propias reacciones, a veces enterradas en lo más profundo de su ser. Aunque este control del afecto es necesario para la práctica de la psiquiatría, en último término puede llevar a la negación de las emociones. Si se niega la existencia del afecto (incluso después de que el paciente haya salido de la consulta), es posible que esto conduzca a un mayor estrés y vulnerabilidad al síndrome de desgaste profesional. En su lugar, los comentarios informales con colegas, o la supervisión formal, podrían animar a la expresión necesaria de lo que se controla en las sesiones con pacientes.

Responsabilidad e incertidumbre

La práctica de la psiquiatría es multidimensional; incorpora dinámicas interpersonales e individuales, sociología, biología y farmacología. La naturaleza tan compleja de la psiquiatría la convierte en un campo excitante pero incierto. Los psiquiatras tienen que basar con frecuencia sus decisiones clínicas en datos sesgados, incompletos o ambiguos. Aunque la cantidad y variedad de la investigación psiquiátrica están aumentando exponencialmente, sigue habiendo pocos estudios que dirijan muchas decisiones clínicas. A estos problemas se añade el estrés añadido de responder a instituciones, aseguradoras, pacientes y familias. Las organizaciones de seguros sanitarios a menudo establecen tratamientos de referencia sin contar con psiquiatras; esto socava el orgullo y la autodeterminación de los clínicos.

Alteración de las relaciones sociales

Los psiquiatras trabajan con frecuencia aislados; esto les deja solos para enfrentarse al efecto de la psicopatología y la enfermedad. Además, las normas referentes a la confidencialidad les impiden compartir los detalles del día con familiares y amigos. Las muchas horas de trabajo limitan el tiempo disponible para socializar, y las relaciones sociales y el tiempo dedicado a la familia pueden verse interrumpidos (sin previo aviso) por urgencias. Es posible que estos factores fracturen las relaciones sociales, reduzcan el apoyo social y aumenten el riesgo de síndrome de desgaste profesional. Además, este se asocia, a su vez, a una escasa satisfacción con las relaciones (con los pacientes y el personal clínico).

Demora de la gratificación

La capacidad de demorar la gratificación es un hito del desarrollo importante. El ejercicio de la medicina la eleva a un arte. Para completar con éxito los 4 años de facultad de Medicina, 1 año como interno privado

de sueño y 3 años de residencia agotadores, los médicos tienen que ser expertos en retrasar la gratificación. Sin embargo, esta habilidad, llevada a su extremo, conduce al síndrome de desgaste profesional. Los médicos pueden verse tentados de posponer objetivos personales extralaborales a expensas de su éxito profesional (p. ej., «no puedo casarme, tener hijos ni comprar una casa hasta que termine la residencia, tenga una práctica estable o dinero suficiente en el banco»). Es posible que esas racionalizaciones se prolonguen indefinidamente y lleven a una vida sin equilibrio y carente de éxito no laboral.

Rol de cuidador

Los psiquiatras, por lo general, tienen una gran necesidad de ser necesitados y cuidar de otros. Estos rasgos forman parte de lo que atrae inicialmente a los clínicos al ejercicio de la psiquiatría. Al mismo tiempo, la dependencia que algunos pacientes desarrollan de su psiquiatra puede resultar abrumadora en su intensidad. Además, centrarse intensamente en las necesidades de otros resulta en ocasiones en la negación de la necesidad propia de ser cuidado.

Estrés económico

Aunque la percepción popular es que todos los médicos ganan muchísimo dinero, la realidad es bastante diferente. El coste de la educación médica puede ser astronómico y sigue aumentando año tras año; sin embargo, los sueldos de muchos médicos no reflejan el mismo crecimiento, y es posible que el incremento de los ingresos a lo largo de los años ni siquiera se equipare a la inflación. Muchos médicos jóvenes terminan la residencia con una deuda enorme, con opciones limitadas de repago y aplazamiento de los créditos. Además, las opciones prácticas para mejorar la situación económica son trabajar más horas o ver más pacientes (durante menos tiempo). Ambas opciones probablemente aumentarán el estrés laboral, en vez de reducirlo. Esta presión podría ser especialmente intensa para los médicos al principio de sus carreras.

Situaciones especiales en psiquiatría

Afrontamiento del suicidio de pacientes

Efecto profundo y duradero

La mitad de los psiquiatras han sufrido uno (o más) suicidios de pacientes;² cerca de un tercio de estos experimentaron esa pérdida mientras estaban en la residencia.³ Además, la cuarta parte de los psiquiatras que habían pasado por el suicidio de un paciente declararon que tuvo un «efecto profundo y duradero» sobre ellos a lo largo de toda su carrera.⁴ Aunque el ejercicio de la mayoría de las especialidades médicas conlleva tratar con la muerte, el suicidio en la práctica de la psiquiatría adquiere un significado adicional. Puesto que una de las herramientas principales en la psiquiatría es el individuo, cuando el tratamiento fracasa, es posible sentirse como si el tratante hubiera fracasado. Además, mientras que la muerte por cáncer puede contemplarse como inevitable, la muerte por suicidio posiblemente se considere una elección.⁵ A la hora de afrontar el suicidio de un paciente es importante recordar que «el suicidio de un paciente no es un acontecimiento único ni un fracaso personal».⁶

Reacciones al suicidio

Las reacciones de un psiquiatra al suicidio de un paciente pueden ser intensas y variadas. Además, el psiquiatra tiene que afrontar no solo su propia reacción, sino también las reacciones de los familiares y amigos del paciente. Es posible que el psiquiatra sienta tristeza, culpa, incompetencia, ansiedad, depresión, conmoción, vergüenza, traición y enfado. Los sentimientos de ira y hostilidad hacia el paciente que se suicidó pueden desencadenar más remordimientos y autoculpa. La sensación de rechazo también resulta en ocasiones especialmente aguda; aunque el psiquiatra estaba trabajando al máximo de su capacidad e intentando todos los tratamientos existentes, el paciente le ha dicho con su suicidio: «No fuiste lo

suficientemente bueno». Los clínicos jóvenes tal vez sean particularmente vulnerables a este malestar intenso.

Afrontamiento

Para afrontar eficazmente el suicidio de un paciente, el clínico debe darse permiso para sentir distintas emociones. Aunque puede resultar enormemente difícil, sentir enfado y hostilidad hacia el paciente es un componente necesario de la recuperación. Los clínicos también se encontrarán en ocasiones dando vueltas incesantemente a decisiones terapéuticas, preguntándose «¿qué habría pasado si...?». Si bien es importante revisar la evolución del tratamiento para aprender del desgraciado resultado, las rumiaciones obsesivas probablemente reducirán la confianza propia en la toma de decisiones y dificultarán el afrontamiento de la tragedia. Los remordimientos y la vergüenza, así como el sentimiento de fracaso personal, quizás impidan que el psiquiatra acuda a sus colegas. Sin embargo, estadísticamente es probable que varios colegas hayan pasado por experiencias similares y todos se beneficiarán de compartir sus experiencias.

Tratamiento de pacientes que van a morir

En situaciones extremas, los clínicos pueden encontrar que rechazan la asistencia a pacientes suicidas o desean abandonar el ejercicio de la psiquiatría por completo. Estos deseos defienden contra el temor a futuras experiencias traumáticas con pacientes en riesgo. Sin embargo, como dijo un terapeuta experimentado acerca del tratamiento de pacientes suicidas, «si no tratamos a pacientes que van a morir, nuestros pacientes morirán solos».¹⁰

Afrontamiento de las transgresiones de límites

Transgresiones de límites

La práctica de la psiquiatría está llena de emociones intensas. Además, la psiquiatría se compone de contactos regulares, frecuentes y prolongados con los pacientes, todos ellos detrás de una puerta cerrada. Estos hechos, además de la alteración de las relaciones personales y amorosas del clínico, pueden preparar el escenario para cruces y transgresiones de límites.¹¹ Los cruces de límites se consideran desviaciones inofensivas de la práctica clínica o del marco terapéutico, por ejemplo, dar al paciente muestras de medicación gratuitas o sujetarle del brazo si se tambalea. Sin embargo, las transgresiones de límites son desviaciones dañinas que explotan las necesidades emocionales, económicas o sexuales de los pacientes.

Reducción de la vulnerabilidad

Tiene una importancia primordial que todos los clínicos reconozcan que están en riesgo de transgredir los límites; la negación de esta vulnerabilidad impide la introspección y el análisis de los motivos, así como la consulta precoz ante dilemas complejos. Otros factores (como crisis laborales, domésticas, o de la salud física o psicológica de la persona) pueden hacer que un psiquiatra esté especialmente vulnerable a las transgresiones de límites. En esas situaciones, el clínico podría verse tentado de confiar sus problemas personales al paciente; esa revelación debería servir como aviso de que el clínico se encuentra en un borde precario de la proverbial pendiente resbaladiza. Otros signos de alarma son idealizar al paciente y, por este motivo, creer que merece un tratamiento especial; mantener sesiones al final del día o incluso «después de la consulta»; permitir que las sesiones duren más tiempo del permitido; dejar que el paciente mantenga una factura impagada de gran cuantía,¹² y, lo más importante, reticencia a hablar del caso con colegas o supervisores. Cualquiera de estos signos debería impulsar inmediatamente al clínico a buscar una consulta objetiva para examinar estos asuntos en profundidad.

Afrontamiento de las demandas por mala praxis

El ejercicio de la medicina en la sociedad actual hace que muchos médicos teman a las demandas, independientemente de negligencias reales. Este miedo, si es extremo, puede resultar paralizante y llevar

al deseo de tratar únicamente «pacientes de bajo riesgo». Por desgracia, no hay métodos fiables para predecir qué pacientes serán querulantes. Así pues, es responsabilidad del clínico afrontar eficazmente el riesgo continuo de demandas por mala praxis.

Autoprotección

Hay pasos que todos los clínicos pueden adoptar para protegerse frente a posibles demandas. Una documentación correcta es críticamente importante. La demanda por mala praxis más frecuente contra los psiquiatras se produce en casos en que el paciente se ha suicidado; por este motivo, es crucial documentar los factores de riesgo y los factores protectores, además de la racionalización subyacente a las decisiones clínicas. Quizás el factor más protector es una alianza sólida con el paciente. Mantener y fomentar la alianza terapéutica se consigue de varias formas. Los clínicos pueden descubrir que es útil usar un lenguaje tal que haga referencia a un trabajo conjunto con el paciente, como «nuestro problema es...» o «nuestro objetivo va a ser...». Este lenguaje permite que el clínico y el paciente hablen de la terapia como una tercera entidad en la habitación. Promueve la distancia de la enfermedad y hace saber al paciente que no está solo en su lucha, sino que peleará codo con codo con el médico. Del mismo modo, puede ser útil que el clínico mantenga una alianza con la familia del paciente. En ocasiones, esto resulta difícil de conseguir porque es esencial mantener la confidencialidad del paciente. Incluso si el paciente rechaza el contacto, quizás sea útil simplemente transmitir el deseo de hablar con la familia, en el presente o el futuro. Construir una relación de alianza y colaboración con un paciente es un componente clave del tratamiento eficaz y tal vez ofrezca cierta protección ante futuras demandas.

Afrontamiento de las demandas

¿Qué sucede si un clínico tiene que enfrentarse a una demanda? Desafortunadamente, los mismos rasgos que conforman médicos cuidadosos y competentes (p. ej., responsabilidad, perfeccionismo, estándares elevados) también les hacen ser objeto de dudas y de culpa inmerecida cuando se enfrentan a una demanda. Puede servir de consuelo recordar que solo un pequeño porcentaje de las demandas por mala praxis llegan a juicio, y aquellas que lo hacen habitualmente terminan a favor del médico. Durante la preparación sería útil trabajar estrechamente con el abogado, restablecer la sensación de control y dominio sobre el futuro. También es muy importante mantener los intereses personales y las relaciones fuera del trabajo. Independientemente de si hubo una negligencia o no, es normal sentir remordimientos, culpa y enfado durante una demanda (o incluso después de esta).

Afrontamiento de la residencia

Mientras que afrontar las dificultades de la práctica psiquiátrica puede ser muy complejo, la formación de la residencia psiquiátrica es simplemente extenuante. Varios factores hacen que la residencia sea especialmente demandante: ausencia de control, privación de sueño, responsabilidad sin autoridad, y equilibrio entre autonomía y dependencia. Los residentes apenas tienen control sobre sus horarios diarios. Además, tampoco controlan qué pacientes tratan, y a menudo se ocupan de aquellos más enfermos, desfavorecidos y difíciles. Las muchas horas de trabajo y guardias regulares significan que los residentes están continuamente privados de sueño. También tienen una cantidad tremenda de responsabilidad, pero sin la autoridad total sobre decisiones terapéuticas y sin la credibilidad que procuran los años de práctica. Los residentes deben gestionar asimismo un equilibrio entre autonomía y dependencia. En la formación hay un deseo de aparentar ser fuertes y competentes ante los colegas y los supervisores; los residentes podrían considerar que pedir ayuda es un signo de dependencia o debilidad. Sin embargo, si los residentes lo supieran todo, no tendrían que ser residentes. La escasa predictibilidad, el alto sentido del trabajo y los múltiples conflictos de rol se añaden para dejar a los residentes especialmente vulnerables al síndrome de desgaste profesional.⁴

En casa del herrero, cuchillo de palo

Irónicamente, el herrero estaba tan ocupado fabricando cuchillos para todo el mundo que olvidó hacérselos para su propia casa. Del mismo modo, es sencillo, en días ocupados atendiendo las necesidades de otros, dejar las necesidades propias en segundo lugar o descuidarlas por completo. Sin embargo, para ser buenos médicos con nuestros pacientes, tenemos que cuidar de nosotros mismos también. El descuido del cuidado propio puede causar una progresión mayor de estrés a síndrome de desgaste profesional. Varios factores contribuyen a este tipo de descuido de uno mismo (fig. 92-3).

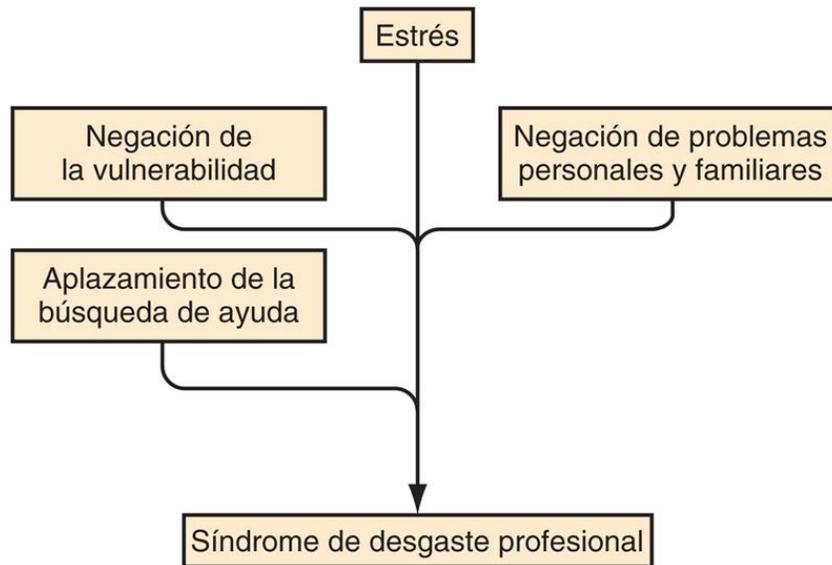


FIGURA 92-3 Factores que contribuyen al descuido de uno mismo.

Negación de la vulnerabilidad

Como médicos, nos consideramos superhumanos. Mientras que para otros es necesario dormir, seguir un horario regular de comidas y tener vacaciones, nosotros nos negamos con frecuencia esas necesidades básicas. Además, los psiquiatras quieren verse a sí mismos como afrontadores consumados, inmunes al deterioro emocional. Ante el estrés, es frecuente trabajar más concienzudamente y más tiempo, y retirarse de actividades no laborales, lo que termina empeorando el problema inicial.

Negación de problemas personales y familiares

Los problemas personales y familiares pueden ser juzgados erróneamente como menos críticos que el alivio del dolor y el sufrimiento. Es posible que parezca fácil, si no importante, pasar una hora más en el trabajo para atender a un paciente en crisis; sin embargo, esta práctica aumenta rápidamente y en muy poco tiempo se convierte en un patrón de trabajar más horas y sacrificar el tiempo personal. Tras días largos y estresantes, los clínicos tal vez estén demasiado agotados emocionalmente para una escucha empática, una conversación entre iguales o actividades de ocio. Como resultado, los clínicos se vuelven introvertidos, interiorizando sus preocupaciones y aislándose de sus amigos y familiares. Este comportamiento compromete la solidez de las relaciones familiares y sociales y reduce el apoyo del clínico.

Aplazamiento de la búsqueda de ayuda

Es frecuente considerar que la búsqueda de ayuda para problemas personales o familiares es un signo de fragilidad o fracaso personal. Algunos médicos son reticentes a buscar ayuda por los estigmas de la enfermedad mental. Por lo general, aunque es posible que los psiquiatras estén más abiertos a la

psicoterapia para ellos mismos, la posibilidad de un diagnóstico formal y las violaciones de la confidencialidad, o tener que comunicar un problema al comité de certificación pueden dificultar la búsqueda de ayuda. La intensa presión del trabajo de un médico alienta la creación de expectativas inalcanzables. Sin embargo, el bienestar del médico solo resulta socavado por esta intolerancia a la vulnerabilidad humana.

Detección del estrés propio

Como psiquiatras, somos buenos detectando el estrés de los demás; sin embargo, detectar el estrés en uno mismo requiere un grupo distintos de habilidades. El estrés no identificado ni tratado puede llevar a la ansiedad o la depresión y tener efectos duraderos sobre los clínicos, los pacientes y las familias. Los signos de estrés son agotamiento, apatía, anhedonia y desesperanza, así como manifestaciones somáticas, como cefaleas y trastornos digestivos. Otros signos de alarma consisten en alteraciones del sueño, conflicto en las relaciones familiares y alteraciones de la memoria, la concentración y la capacidad de solución de problemas. Quizás el signo de alarma más importante es la indicación de amigos, familiares y colegas de que necesitamos ayuda.

El estrés afecta también a las actitudes hacia los pacientes. Los clínicos pueden desarrollar una misantropía reactiva cuando se encuentran a menudo con el dolor y el sufrimiento de los pacientes, especialmente si el paciente los expresa en forma de hostilidad o devaluación. Es posible que los clínicos descubran entonces que la calidez y la preocupación se han sustituido por apatía, o incluso una actitud defensiva y desdén. Este desapego emocional puede progresar y trasladarse a todos los pacientes, de modo que el clínico ya no es capaz de valorar las relaciones satisfactorias con los pacientes.

El estrés, de ser prolongado o no gestionado, puede progresar a síndrome de desgaste profesional. Los signos de este son desapego respecto al significado del trabajo, hostilidad patente, cinismo profundo e insatisfacción laboral abrumadora. Además, la misantropía reactiva a veces avanza a misantropía maligna en el clínico que padece el síndrome de desgaste profesional. En esa forma maligna, la misantropía se extiende a otras relaciones, incluidas aquellas con el personal, los colegas, otros profesionales sanitarios e incluso los amigos y familiares. El desgraciado resultado es entonces un conflicto con los valores sociales y las intenciones propias, que conduce a autocastigos y sentimientos de culpa.

Sanación del sanador herido

Sea su paciente más importante

Mantener una actitud empática y de cuidado hacia los pacientes exige tratarse a uno mismo con amabilidad y solicitud. Aunque todos los médicos tienen enormes habilidades de afrontamiento (¿cómo si no podrían sobrevivir a su formación?), siempre es posible expandir y refinar esas habilidades. Anticipar y prepararse para las dificultades previenen la sobrecarga emocional. La [figura 92-4](#) y esta sección recogen algunas estrategias de afrontamiento útiles.

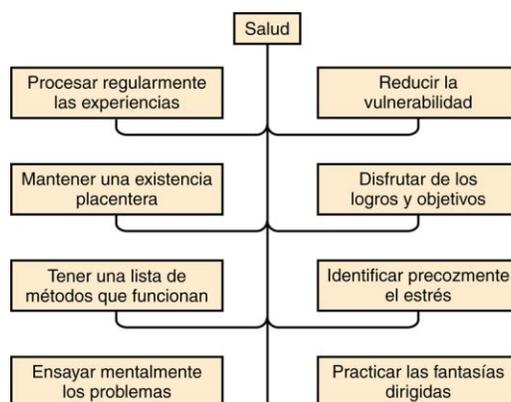


FIGURA 92-4 Afrontamiento del estrés y prevención del síndrome de desgaste profesional.

Procese regularmente las experiencias

Hable con colegas y supervisores regularmente acerca de las interacciones difíciles, o reserve el camino a casa como tiempo para procesar lo sucedido durante el día. Afrontar el estrés diariamente, y procesar las emociones antes de llegar a casa, reduce el riesgo de desquitarse de las dificultades con la familia o los amigos. Además, aprender lecciones importantes de sucesos complicados puede incluso mitigar parte del malestar que causan.

Revise su propia historia y tenga una lista de métodos que funcionan

Los psiquiatras son capaces de identificar estrategias de afrontamiento útiles en el pasado y eliminar las desadaptativas. Como puede ser difícil recordar estrategias adaptativas en momentos de malestar extremo o crisis, resulta útil hacer una lista de las estrategias de afrontamiento que han ayudado previamente. Al dedicarse a actividades constructivas, como el deporte, se pueden descargar la ira y el enfado, mientras que el ejercicio y el yoga alivian la tensión muscular. Incluso liberar emociones llorando puede restablecer el equilibrio psíquico. También resulta útil identificar manifestaciones de estrés, de modo que sea posible reconocerlas precozmente e intervenir antes de que lo causen.

Reduzca la vulnerabilidad al estrés

Hay muchos aspectos de la práctica clínica (como el volumen de horas de trabajo y el ingente papeleo) sobre los cuales los clínicos no tienen control, pero hay otros factores (p. ej., tratar enfermedades físicas, llevar una dieta equilibrada, hacer ejercicio, dormir lo necesario) que los clínicos sí pueden controlar y que reducen la vulnerabilidad al estrés emocional.

Los médicos suelen ser malos pacientes. A pesar de su acceso al sistema sanitario, muchos casi nunca acuden a su médico de atención primaria, incluso cuando están enfermos. Pero las enfermedades no tratadas empeoran el estrés.

Aunque los horarios erráticos en ocasiones obligan a comer deprisa y corriendo, o no comer ni siquiera, la nutrición es crucial para la salud del cuerpo y la mente.

El ejercicio libera endorfinas, y mejora el estado de ánimo y la energía. Además, el ejercicio es una forma excelente de mejorar el estrés y reducir la tensión. El ejercicio físico regular contribuye a la salud física y al bienestar global.

Dormir como mínimo 8 h todos los días resulta beneficioso; el cansancio nos hace vulnerables al estrés y la desregulación emocional.

Ensaye mentalmente posibles problemas

Cuando se anticipa un encuentro o una conversación especialmente difícil, es útil ensayar exposiciones y respuestas a preguntas. Tener las respuestas en mente antes de una crisis hace más probable que permanezcamos calmados en situaciones tensas. Esta técnica también promueve una sensación de control respecto a lo inesperado.

Practique las fantasías dirigidas

Es posible imaginar la expresión de sentimientos intensos (p. ej., ira, tristeza, miedo) como forma de ventilar. También se puede imaginar escenarios afectivamente intensos (p. ej., golpear a ese paciente tan frustrante con un hacha llameante o taparle la boca con cinta aislante). Cuanto más extravagantes sean esas fantasías, más eficaces resultarán para descargar la emoción. Cuanto más irrealistas y excéntricas, más sencillo resultará distinguir entre la fantasía y la realidad correspondiente.

Cultive y mantenga relaciones profesionales y personales

Las relaciones sanas son un amortiguador clave contra el estrés y el síndrome de desgaste profesional. Las relaciones sólidas con colegas crean una red de apoyo natural de personas que comparten dificultades y estresantes, y sirven para reducir los sentimientos de aislamiento profesional. El saber profesional sobre pacientes complejos, situaciones difíciles y la gestión global del trabajo pueden compartirse formal e informalmente. Las relaciones personales son cruciales para mantener el equilibrio entre el trabajo y la vida, y las conexiones sólidas con familiares y amigos mantienen los temas laborales en su sitio. Las relaciones personales no solo ofrecen apoyo y comprensión, sino también revitalización y significado de la vida fuera del trabajo.¹⁵

Comuniqué a su familia y sus amigos las ausencias de disponibilidad previstas

Esta comunicación ayudará a prepararlos y reducirá la probabilidad de que respondan con enfado y aislamiento. Mientras uno comunica futuros compromisos laborales, también es posible establecer futuros compromisos sociales. Esta acción permite que los familiares y amigos sepan que se les sigue teniendo en gran estima y prepara el escenario para las relaciones mantenidas. Por encima de todo lo demás, hay que mantener una comunicación abierta y la sensación de unidad; los momentos difíciles vividos en equipo pueden profundizar la intimidad y el respeto mutuo.

Disfrute de los logros y objetivos

Los triunfos previos, tanto profesionales como personales, deben ser tenidos en cuenta, y revivir los momentos alegres. Hay que recordar los objetivos originales, observar el progreso logrado respecto a su consecución, y determinar nuevos objetivos profesionales y personales para el futuro. Tener en mente el avance en los objetivos vitales puede instilar un sentimiento de orgullo y dominio. La fortaleza obtenida de los recuerdos de los momentos felices de la vida facilita el afrontamiento de los estresantes cotidianos.

Aprenda y practique técnicas de relajación

La tensión y la sobreestimulación pueden entorpecer el sueño, y el miedo a volver al trabajo sin descansar solo sirve para empeorar el problema. Con toda esta presión, es posible que nos veamos tentados a recurrir

al alcohol o los sedantes. Sin embargo, es posible aprender técnicas de respiración profunda, relajación muscular progresiva o autohipnosis para promover la calma y el sueño. Estos ejercicios también se pueden usar en un día frenético y durante una noche de guardia estresante para revitalizar la mente y el cuerpo agotados.

Lleve una existencia placentera

Puede ser útil comprometerse con uno mismo a tomarse un descanso del trabajo todos los días y dedicárselo a una experiencia placentera. Un acontecimiento placentero será tomar una taza de té, dar un paseo corto, leer uno de nuestros poemas favoritos o hablar por teléfono con un amigo. Mantener el equilibrio entre el estrés y el placer diariamente previene el síndrome de desgaste profesional y promueve una actitud positiva.

Solicitud de consulta

La consulta ofrece un punto de vista objetivo; puede ser el primer paso en la búsqueda de ayuda para el clínico sobrepasado. Consultar no es un signo de debilidad, sino la marca de un médico conocedor que sabe que, para ayudar a los pacientes, primero debe ayudarse a sí mismo. También hay que considerar una consulta por distintos problemas: síntomas de depresión, ansiedad invalidante, autoprescripción, consumo creciente o abuso de alcohol, comportamiento impulsivo, juicio clínico alterado o expresiones de ira inapropiadas. Otras señales que deberían motivar una consulta son trabajar más horas de lo habitual, tener problemas con relaciones significativas y el aislamiento social.

Tipos de ayuda profesional

Quizás no sea fácil para un clínico reconocer que necesita ayuda profesional. Puede resultar extremadamente difícil entregar el control cuando se está acostumbrado a mantener un control absoluto. Sin embargo, en ocasiones también es una decisión sabia, especialmente para poner fin a una espiral destructiva.

Psicoterapia

La psicoterapia aporta al psiquiatra la valiosa oportunidad de experimentar el otro lado de la relación terapéutica. La psicoterapia puede ser una experiencia fructífera que mejora la vida, aumenta las habilidades de afrontamiento y proporciona un apoyo muy necesario para el clínico sobrepasado.

Psicofarmacología

Muchos médicos, y muchos psiquiatras, quizás contemplan la necesidad de medicación como signo de debilidad o fracaso. Sin embargo, los médicos casi nunca dejarían de usar quimioterapia para tratar a un paciente con cáncer o insulina en un diabético. Así debería emplearse también la medicación para tratar una enfermedad psiquiátrica de base biológica.

Terapia de pareja

Las relaciones familiares sólidas son cruciales para la resiliencia ante el estrés. Irónicamente, las relaciones familiares suelen ser una de las primeras víctimas del síndrome de desgaste profesional. La terapia de pareja o familiar puede restañar relaciones heridas y restablecer líneas de comunicación abierta; en última instancia, construyen protecciones frente a futuros estresantes.

Terapia grupal

La terapia grupal permite a las personas darse cuenta de que no están solas en su sufrimiento. Los grupos de apoyo profesional pueden facilitar el compartir experiencias y emociones, y promover conexiones entre personas que tienen los mismos puntos fuertes y dificultades. Los grupos más generales promueven el conocimiento de las dificultades inherentes a todos los estilos de vida.

Seminarios de autognosis

Autognosis significa literalmente «autoconocimiento». Los seminarios de autognosis permiten a los psiquiatras compartir experiencias similares e identificar las reacciones individuales ante situaciones clínicas. Después, este conocimiento puede usarse para dar forma a los diagnósticos y minimizar posibles reacciones peligrosas para los pacientes (p. ej., manejar la hostilidad sentida hacia un paciente de modo que no interfiera en el tratamiento). Los seminarios de autognosis han demostrado ser útiles para los grupos de residentes de psiquiatría del Massachusetts General Hospital en las últimas cuatro décadas.

Conclusión

El ejercicio de la psiquiatría, con todos sus estresantes intrínsecos, es un honor y una vocación gratificante. «Cuando encontramos formas de afrontar [...] los conflictos, avanzamos hacia la ecuanimidad que puede permitirnos atender a nuestros pacientes con más eficacia y compasión. También hacemos progresos dirigidos a una mayor satisfacción en esta noble profesión que es la medicina y en nuestras vidas personales también. [...] Ofrezco las indicaciones de este [capítulo] a mis colegas jóvenes y futuros, con la esperanza de que no causarán daño, se fortalecerán y reforzarán, y pondrán su granito de arena al privilegio enorme que constituye el ejercicio de la medicina.»¹⁶

Agradecimientos

Este capítulo está dedicado al Dr. Edward Messner, cuyo compromiso con el bienestar de los residentes no tuvo igual. Nos enseñó no solo a curar a nuestros pacientes, sino también a curarnos a nosotros mismos.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172:1377–1385.
2. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US physicians. *Am J Prev Med.* 2000;19:155–159.
3. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians. *JAMA.* 2003;289:3161–3166.
4. Silverman M. Physicians and suicide. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LI, eds. *The handbook of physician health: essential guide to understanding the health care needs of physicians.* Chicago: American Medical Association; 2000.
5. Koran L, Litt I. House staff well-being. *West J Med.* 1988;148:97–101.
6. Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby RM, et al. Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Acad Psychiatry.* 2004;28:104–110.
7. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, et al. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry.* 1988;145:224–228.
8. Maltzberger J. The implications of patient suicide for the surviving psychotherapist. In: Jacobs D, ed. *Suicide and clinical practice.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
9. Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger JT, et al. Therapists' reactions to patients' suicides. *Am J Psychiatry.* 2000;157:2022–2027.
10. Anne Alonso. Personal communication, 2005.
11. Gabbard GO. Boundary violations. In: Bloch S, Chodoff P, Green S, eds. *Psychiatric ethics.* New York: Oxford University Press; 1999.
12. Norris DM, Gutheil TG, Strasburger LH. This couldn't happen to me: boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapy relationship. *Psychiatr Serv.* 2003;54:517–522.
13. Brazeau CM. Coping with the stress of being sued. *Fam Pract Manag.* 2011;8:41–44.
14. Borritz M, Bultmann U, Rogulies R, et al. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA study. *J Occup Environ Med.* 2005;47:1015–1025.
15. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med.* 2013;88:382–389.

16. Messner E. Resilience enhancement for the resident physician. Durant, OK: Essential Medical Information Systems; 1993.

Lecturas recomendadas

Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, et al. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1442-1446.

Stern TA, Prager LM, Cremens MC. Autognosis rounds for medical house staff. *Psychosomatics*. 1993;34:1-7.

Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880-2889.

SNC PHARMA