

## LA INFELICIDAD DE LOS MÉDICOS: UN FENÓMENO COMPLEJO Y UN INTENTO POR COMPRENDERLA

Ismael Ramírez-Villaseñor

Especialista en medicina familiar, Profesor de Farmacología aplicada y Medicina Familiar, Escuela de Medicina y Salud, Campus Guadalajara, Tecnológico de Monterrey, México

**RESUMEN:** Se contrasta la paradoja de que la medicina ha contribuido a que la población esté físicamente más sana, pero al costo de la felicidad del médico, que se ha deteriorado universal y progresivamente. Se analizan factores como la selección de estudiantes de medicina para ingresar en la carrera, el deterioro de la empatía que produce la escuela médica y el ambiente de la práctica real, que erosiona la autonomía médica, y su relación con las guías de práctica clínica (GPC). Se cuestiona la idea de que es posible normar por completo la labor del médico. Se describe el concepto *mindlines* de creación colectiva de conocimiento en equipos de trabajo para aplicación y generación de conocimiento en y desde la práctica clínica. También se describe el desarrollo de autoconciencia, y cortos de cine en procesos de autoconocimiento, conocidos como de autocalibración emocional. Se plantean algunas posibilidades de investigación para aliviar el sufrimiento del médico.

**Palabras clave:** Sufrimiento del médico. Salud del médico. Relación médico-paciente. Fatiga por compasión. Educación médica.

### DOCTOR UNHAPPINESS: A COMPLEX PHENOMENON AND AN ATTEMPT TO UNDERSTAND IT

**ABSTRACT:** The paradox that medicine has contributed to the population being physically healthier, but at the cost of the doctor's happiness, which has universally and progressively deteriorated, is contrasted. Factors such as medical student admission selection, the deterioration of empathy produced by the medical school, and the real practice environment, which erodes medical autonomy, and its relationship with clinical practice guidelines (CPC) are analyzed. The idea that it is possible to completely standardize medical practice is questioned. The concept of mindlines of collective creation of knowledge in work teams for application and generation of knowledge within and from clinical practice is described. The development of self-consciousness and movie shorts in self-knowledge processes, known as emotional self-calibration, are also described. Some research possibilities to alleviate the doctor's suffering are presented. (Rev Mex Med Fam. 2018;1:37-44)

**Corresponding author:** Ismael Ramírez-Villaseñor, ismaelravi@itesm.mx

**Keywords:** Physician suffering. Physician health. Doctor-patient relationship. Compassion fatigue. Medical education.

### OBJETIVO

Identificar y tratar de comprender elementos asociados a la infelicidad del médico actual, y plantear alternativas de intervención e investigación.

### INTRODUCCIÓN

En los países ricos, los desarrollos en salud pública y los avances tecnológicos de la medicina han hecho posible que los estándares objetivos en salud y longevidad sean los

#### Correspondencia:

\*Ismael Ramírez-Villaseñor  
Remanso del Jabalí # 133  
Col. Ciudad Bugambilias  
C.P. 45238, Zapopan, Jal., México  
E-mail: ismaelravi@itesm.mx

Fecha de recepción: 15-09-2017  
Fecha de aceptación: 22-10-2017

mayores de la historia; sin embargo, la población de esos países reporta niveles más altos de malestar que la población de los países pobres. Es decir, viven más tiempo y tienen menos enfermedades, pero se sienten enfermos y temerosos la mayor parte del tiempo<sup>1</sup>. Por otro lado, es sabido que los médicos sufren de altos niveles de depresión en todo el mundo<sup>2</sup>, que se sienten frustrados, desilusionados, insatisfechos con su práctica profesional e incluso con ideación suicida<sup>3</sup>. Estamos frente a la paradoja de un mundo actual con inventos generalizados y una mejoría sin precedentes en la población general de los países ricos y en capas de la población de los países pobres; pero al mismo tiempo ha crecido un fenómeno inesperado (emergente en lenguaje de la ciencia compleja): los médicos en el mundo han enfermado y su infelicidad es creciente<sup>4</sup>. Estamos frente a un fenómeno complejo, es decir, uno que no puede ser comprendido en su totalidad por la comprensión aislada de las partes que lo componen, y que no puede ser predicho con certeza. Un fenómeno que tiene desarrollo propio y autoorganizado, en el que la magnitud de las intervenciones no determina la magnitud de los efectos, y en el que emergen situaciones nuevas<sup>5</sup>. El presente escrito se plantea como un marco de ideas que asume el planteamiento de H. Sigerist de que la medicina es una ciencia más social que natural<sup>6</sup>. Es decir, ampliamos nuestra visión más allá de los datos provenientes de la investigación empírica en que se basa la medicina basada en la evidencia (MBE)<sup>7</sup>, que, dicho desde ahora, ha tenido consecuencias inesperadas en la vida profesional.

### **¿QUÉ FACTORES INDUCEN O FAVORECEN LA INFELICIDAD DEL MÉDICO?**

Rosenstein considera que son factores de la personalidad del médico, de su proceso formativo y del ambiente de trabajo<sup>3</sup>. El autor parte de que una fuerte personalidad egocéntrica privilegia la búsqueda de seguridad técnica y pericia clínica, descuidando el desarrollo personal: se vuelve altamente

competitivo, y se le dificulta trabajar en armonía con otros colegas y profesionales de la salud de otras áreas. En talleres con médicos es frecuente encontrar la frase «trabajamos juntos, pero solos» (*practising alone together*)<sup>4</sup>. ¿Es este tipo de personalidad y actitud la que responde mejor a la misión histórica de la medicina? P. B. Price, decano en la Universidad de Utah, dedicó 20 años a investigar las cualidades de los mejores médicos, a los que llamó «médicos superiores», y publicó sus datos en 1971. Price encontró 87 rasgos positivos y 29 negativos. Sade, en 1985, buscó saber cuáles eran las cualidades más importantes del médico superior y al mismo tiempo las más difíciles de enseñar en el pregrado<sup>8</sup>. Las características que encabezaron la lista fueron: ecuanimidad emocional, genuino interés por sus pacientes, altruismo, integridad, entusiasmo natural, compasión, capacidad de comprensión y capacidad de generar confianza. Características íntimamente relacionadas con la empatía<sup>8</sup>. La conclusión: los mejores aspirantes a la carrera médica deben ser escogidos entre los de mayor empatía, porque ésta es muy difícil de enseñar en la escuela de medicina. ¿Debía formalizarse este criterio? Hojat, el creador de la escala Jefferson, validada ampliamente para medir la empatía en estudiantes y médicos en gran parte del mundo, lo dice francamente: «¿Se van a esperar las escuelas de medicina a que les litiguen por haber egresado médicos sin competencias interpersonales?»<sup>9</sup>. La importancia social de este aspecto es indudable. Pasemos ahora a ver qué hace la escuela de medicina respecto a la empatía de sus estudiantes.

### **LA ESCUELA DE MEDICINA ABATE LA EMPATÍA DE SUS ESTUDIANTES**

Posterior al informe Flexner, la enseñanza de las ciencias en el pregrado médico buscó tener a los mejores científicos, pero los estudiantes egresaron con déficit en las habilidades para tratar a los pacientes. Al respecto, citamos a F. Peabody (1927): «Los clínicos viejos cuestionan que los recién graduados

han recibido mucha información sobre la enfermedad, pero muy poco sobre la práctica de la medicina. Para decirlo directamente, son demasiado “científicos” y no saben cómo atender a los pacientes»<sup>10</sup>. Unos 60 años más tarde, Sade coincide en que no hay relación directa entre las calificaciones en ciencias básicas y el ejercicio profesional<sup>8</sup>. También sabemos que, conforme avanza el estudiante en la carrera, su empatía declina sistemáticamente; la educación médica disminuye la empatía.<sup>11,12</sup> Un profesor de la Escuela de Medicina de Harvard describe el vídeo de un estudiante de cuarto año entrevistando a un paciente, en el cual se muestra torpe, temeroso y usa términos técnicos y un lenguaje corporal inapropiado. Dice: «¿Cómo admitimos a este estudiante en la escuela de medicina?»<sup>13</sup>. El autor plantea que los educadores no pueden seguir negando esa realidad, y que deben asumir el compromiso de no permitir que egresen los estudiantes que carecen de las capacidades interpersonales necesarias para relacionarse con sus pacientes<sup>13</sup>. Podríamos concluir provisionalmente que la formación de pregrado no selecciona adecuadamente a los estudiantes, que les deteriora la empatía fundamental para relacionarse con sus pacientes y que reconoce que los egresa con ese déficit. Un elemento en la infelicidad futura aparentemente.

### LA EROSIÓN DE LA AUTONOMÍA

A partir del surgimiento del movimiento de la MBE, a mediados de la década de 1990, y la tendencia a normar la práctica clínica por medio de GPC, el médico ha sido abrumado por el creciente número de normas, árboles de decisiones y protocolos que aplican a poblaciones, pero que se le exige aplicar a pacientes específicos<sup>14</sup>. Citaré sólo algunos pocos de los muchos artículos que han cuestionado el enfoque reduccionista de la MBE<sup>14</sup>. Nevo, profesor de filosofía analítica, plantea: «La evidencia de la investigación no puede ser considerada como decisiva, sino como informadora de la práctica, y la práctica no puede basarse solamente sobre esa información»<sup>15</sup>. Si las GPC se aplicaran

como leyes obligatorias, la autonomía médica desaparecería por completo, pero también desaparecería su responsabilidad al tratar pacientes específicos, lo cual suena absurdo. En los albores de la MBE a mediados de la década de 1980, el cardiólogo Hampton escribió: «La libertad clínica es un mito, es un manto de ignorancia, su desaparición debía ser bienvenida. El tratamiento debería basarse únicamente en el resultado de ensayos clínicos»<sup>16</sup>. Unos 27 años después, el mismo Hampton reconoció: «Necesitamos cambiar la cultura médica para que los médicos puedan usar sus opiniones sobre la evidencia publicada para seleccionar el mejor tratamiento para cada paciente individual. Necesitamos volver a la libertad clínica». Y contundente expresó: «La mayoría de las guías son para la obediencia de los tontos y la guía de los hombres sabios»<sup>17</sup>. ¿Deberían ser normativas las GPC, al punto de que destruyan la autonomía del clínico? Tonelli responde directamente: «Los resultados de la investigación clínica, independientemente de su fuerza y calidad, nunca pueden sustentar una guía normativa de las decisiones clínicas [...], dado que el tipo de conocimiento obtenido nunca es directamente aplicable a los cuidados de salud del paciente en particular»<sup>18</sup>. Para Tonelli, las GPC son solamente elementos informadores para la toma de decisiones. Además, la jerarquía del conocimiento propuesta por la MBE es altamente controvertida. En 2006 existían 106 sistemas para calificar la fuerza de la evidencia y más de 51 esquemas para diseñar recomendaciones para la práctica<sup>19</sup>. ¿Cómo se puede guiar normativamente la toma de decisiones con tal gama de sistemas de jerarquía de información? El concepto de *jerarquía* es debatido incluso entre los propios proponentes de la MBE. Uno de ellos sostiene que la idea de que un estudio analítico controlado es el método más poderoso de investigación científica «[...] es un concepto muy limitado de investigación y ciencia»<sup>20</sup>. Greenhalgh<sup>21</sup> y Rawlins<sup>22</sup> también cuestionan las jerarquías de «evidencia».

Sin embargo, los desarrolladores de guías no parecen tener en cuenta este debate<sup>23</sup>.

### **La ilusión del seguimiento de las guías de práctica clínica al pie de la letra**

Un médico familiar (MF) relata el caso de un anciano con EPOC y enfermedad isquémica coronaria que desarrolló herpes zoster y dolor severo. El dolor no se resolvió a pesar del uso de GPC especializadas. El especialista en dolor le escribió al MF: «Devuelvo este caballero a su buen cuidado». Un mensaje que todo MF recibe con cierta frecuencia al agotarse las GPC; el especialista suele decir o pensar: «No hay más que se pueda hacer». El punto es, las GPC no garantizan la resolución de un caso y versan solamente sobre el manejo de la enfermedad, no de la persona. «[...] la MBE ha sido casi patológica en su evitación de la naturaleza de la relación con los pacientes»<sup>24</sup>. En consecuencia, un buen MF se estresa cuando el sistema de salud le dificulta ejercer su papel de acompañante del paciente.

### **Guías clínicas en los sistemas sanitarios**

Estamos ampliando el punto porque la pérdida de autonomía es uno de los factores influyentes en la insatisfacción médica, y hemos visto que las bases epistémicas para la aplicación normativa de GPC son considerablemente endebles; sin embargo, su presencia en los sistemas sanitarios es omnipresente. Los hacedores de políticas de la salud se preguntan: ¿Cuánto voy a gastar por cada paciente con el tratamiento X y cuánto con el tratamiento Y? Por eso las GPC dependen de quién las escriba y bajo qué juicios de valor lo haga. Una guía gubernamental será diferente a la de un organismo comercial privado o una organización de pacientes. Cada grupo tendrá un «costo de oportunidad diferente». Se trata de una decisión política compleja en la que los datos de investigación son sólo uno de los muchos elementos en la decisión. Saarni escribe: «La MBE en su forma práctica (GPC) es una forma de racionamiento...; por tanto, se requiere un proceso justo y políticamente

transparente de toma de decisiones»<sup>24</sup>. Como se ve, el tema de la insatisfacción médica implica factores políticos y de democracia participativa. Existe el riesgo de que las GPC se conviertan en recomendaciones obligatorias que marquen el mínimo y el máximo de atención posibles, lo que conduciría a lo advertido por Hampton como la muerte de la responsabilidad del médico<sup>17</sup>. Por lo pronto, el médico se está enfermando. Y nos preguntamos, ¿es posible conciliar autonomía clínica con aplicación de GPC y reducir la erosión de la autonomía médica? Es posible, la alternativa se llama *mindlines*.

### **GUÍAS PRÁCTICAS CONSTRUIDAS COLECTIVA E INTERDISCIPLINARIAMENTE DESDE LA PRÁCTICA**

¿Cómo resuelven los médicos los problemas clínicos de sus pacientes? Gabbay y Le May<sup>25</sup>, con un enfoque cualitativo ejemplar, convivieron dos años con el personal de dos clínicas del Instituto Nacional de Salud, las mejores del norte y sur de Inglaterra. Sus hallazgos fueron: «Los médicos generales y enfermeras no usaban las guías clínicas en su desempeño diario, fueran escritas o electrónicas. Veían las guías en su tiempo de descanso o cuando se preparaba una sesión clínica. Ocasionalmente, revisaban las guías para comparar su práctica personal; si había discrepancia, no cambiaban de inmediato su práctica, sino que consultaban con colegas, especialistas y otros en su contexto local. [...] Un médico nos dijo que cuando llegaba una nueva guía, si le parecía bien hecha, la hojeara para revisar si hubiera algo fundamental que necesitara cambiar en su práctica. Si lo hubiera, lo discutiría con colegas antes de decidir cómo manejar la discrepancia... La excepción a esta conducta era cuando encontraban casos particularmente desafiantes»<sup>25</sup>.

No se trata de reglas automáticas (*rules of thumb*), *scripts* o atajos, sino de algo no descrito antes, lo denominaron *mindlines*, un concepto epistémico: guías tácitas colectivamente construidas e internalizadas que proceden de complejas interacciones



con colegas y líderes de opinión, experiencias con pacientes y otras fuentes de conocimiento tácito. Las guías *mindlines* se construyen sobre la base de la formación previa y las experiencias de colegas. Están siempre en continuo proceso de revisión. Cada *mindline* se aplica ajustándose al paciente individual. Los autores concluyeron que los clínicos de atención primaria trabajan en «comunidades de práctica», combinando información de una amplia gama de fuentes, en directivas tácitas interiorizadas, reforzadas colectivamente, es decir, conocimiento construido solamente<sup>25</sup>. Aquí podría haber espacio para reducir la insatisfacción médica. Concluyo esta sección con una reciente autocrítica del sector de la MBE: «Los hallazgos purificados provenientes de ensayos clínicos controlados (RCT, por siglas en inglés) bien diseñados son maravillosos datos, pero al final del día pueden ser inútiles frente a un paciente específico en el aquí y ahora»<sup>7</sup>.

### EXPECTATIVAS DEL PACIENTE IMPOSIBLES DE CUMPLIR

Por razones que escapan al objetivo de este documento, se generó la falsa creencia social de que la medicina es capaz de tener o desarrollar una curación para cualquier problema de la salud humana. Este «falso contrato» (*bogus contract*) es alimentado de diversas maneras por los propios médicos<sup>4</sup>. La propaganda de la industria dirigida a la población y los médicos es responsable, en parte, de esta inducción consumista, conocida bajo el concepto de *disease mongering* ('urdir enfermedades')<sup>26</sup>. En el fondo está la confusión del médico, a quien se le sigue enseñando que la medicina, "es una ciencia", en la idea reduccionista y positivista de la Ilustración. El punto es muy complejo, me limito a este breve extracto: «Montgomery está convencido de que [...] la afirmación científica de la medicina es una frágil defensa contra la incertidumbre, la muerte y la emoción humana [...]. Vista como una ciencia más que como una práctica al servicio de

los enfermos, la medicina se apropia de un distanciamiento que le protege de la emoción, la intimidad y la muerte. La ciencia biomédica se centra en las estructuras alteradas y el funcionamiento anormal del cuerpo, y si la medicina tiene el mismo enfoque, su responsabilidad se reduce al estudio de la enfermedad en los laboratorios y en los recipientes vivos llamados pacientes»<sup>27</sup>.

El reciente reconocimiento de la validez de investigación cualitativa, cuyos datos no cuantificables no son susceptibles al análisis estadístico, ha venido a mejorar la comprensión de la labor del médico en el tratamiento de personas completas, y no sólo de entidades nosológicas<sup>28</sup>. En el fondo estamos hablando de la irrupción en la medicina de la necesidad de volver a poner en el centro de la medicina su milenaria razón: cuidar de la salud de la persona y hacerlo con valores humanistas<sup>29</sup>. Pero si el médico va a tratar a personas, debemos reconocer en primer lugar la humanidad del médico (y otros profesionales de la salud), por lo que cuidar la salud del médico se convierte en una prioridad<sup>30</sup>. En este tenor, reconocer el agradecimiento sincero del paciente y su familia, como factor sanador para el médico, es indispensable. Bazari describió magistralmente el estímulo vital que recibió cuando una anciana le agradeció los cuidados que su madre recibió 27 años antes, cuando siendo un novato interno de pregrado le dio lo mejor que tenía – compasión y cariño – a una persona que los necesitaba<sup>31</sup>. Se trata de un factor de salud sin equivalentes monetarios que depende de la calidad de la relación médico-paciente<sup>32</sup>.

### DISCUSIÓN

Discutiremos algunos puntos de lo expuesto. Con respecto a escoger a los estudiantes con la personalidad de los médicos superiores, de Price-Sade<sup>8</sup>, no parece haber duda. Los recursos para hacerlo existen<sup>33</sup>. Según la experiencia del autor, los cortos de cine detectan estudiantes con serios problemas vocacionales y emocionales, una comparación con la escala Jefferson podría darles un lugar en ese objetivo (no publicado)<sup>34</sup>. Buscar

que no egresen médicos emocionalmente incompetentes es un imperativo ético difícilmente cuestionable, dado que se ponen en riesgo ellos mismos y sus pacientes<sup>13</sup>. Con respecto a proteger y estimular la ecuanimidad empática del estudiante durante el pregrado y posgrado, implica equilibrar el currículo, demasiado inclinado a las áreas biomédicas, aumentándolo en áreas de destrezas interpersonales. Schwartzstein propone que los estudiantes se pongan en contacto con pacientes desde el inicio de la carrera, que se apoye el idealismo, la amabilidad, el enfoque en el paciente, el contacto temprano con pacientes y clínicas dirigidas por estudiantes con asesoría de profesores con valores humanistas<sup>13</sup>. Los 20 años de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar formando estudiantes y residentes es una referencia a considerar<sup>35</sup>. Según nuestra experiencia, los estudiantes proponen incluir en el currículo cursos de cortos de cine en los que puedan expresar su sentir y conocer el de otros, así como ver y discutir escenas diversas de la relación médico-paciente de cualquier época<sup>34</sup>.

En relación con la pérdida de control de autonomía a que es sometido el médico al fijarle tiempos uniformes para atender a cada paciente, Schwartzstein aboga por sistemas financieros y logísticos que permitan al médico pasar más tiempo con sus pacientes y distribuir sus horarios de acuerdo al paciente que atiende. Pone el ejemplo de una paciente que debía atender en 20 min, pero atendió en 35 min porque su estado de duelo reciente y problemática física no podían atenderse adecuadamente en menor tiempo. Esto le complicó su día de trabajo<sup>13</sup>. Una situación que cualquier médico sabe que es común y que se le presenta con al menos uno o dos pacientes en un día normal en una consulta conocida, y que es más frecuente con pacientes desconocidos.

Seleccionar bien a los estudiantes y después a los médicos puede ser la mejor inversión en razón de costos monetarios: «Cuando se atiende a pacientes temerosos y con alta necesidad de ecuanimidad compasiva, el

resultado no es neutral, incluso podría ser patogénico para paciente y médico, dado que la relación es recíproca; una atención indiferente significa *burnout* para el médico, mal desenlace para el paciente e incremento de costos para el sistema»<sup>36</sup>.

La experiencia en los países ricos muestra que la insatisfacción del médico no se resuelve sólo aumentando los sueldos y facilitando más tiempo por paciente; el trabajo del médico implica altas demandas emocionales<sup>4</sup>. La demanda emocional es especialmente alta cuando se atiende a pacientes con enfermedades graves. Meir describe el caso de un oncólogo que, al morir un paciente suyo de 16 años, pasa por un proceso de desesperanza y pérdida de confianza en sus habilidades, así como en el propósito en su carrera. La afectación en sus relaciones familiares y profesionales es intensa debido a su irritabilidad, y empieza a ver a sus pacientes como una carga<sup>37</sup>. En este punto, recordamos a Novack y su grupo de «Promoción de la autoconciencia personal del médico»<sup>30</sup>. Partiendo de los resultados de M. y E. Balint de que el médico general como persona es el principal medicamento que puede recibir su paciente<sup>38</sup>, Novack trabaja sobre la manera de «calibrar al médico-medicamento», o mejor dicho, de que el médico aprenda a autocalibrarse. La justificación es que mientras que el médico no tome conciencia de los sentimientos y emociones que guarda en su interior, que son resultado de su desarrollo personal en una familia, cultura y tiempo específicos, tendrá siempre latente el riesgo de que su relación médico-paciente se descarrile, y le comprometa seriamente su salud personal y familiar, o llegue a litigaciones que le dejarán graves consecuencias emocionales y sociales. La descripción de medios para abordar este complejo tema hace del artículo de Novack un recurso especial<sup>30</sup>. El autor del presente admite su sesgo de preferencia por los grupos Balint<sup>39,40</sup>. La necesidad de cursos formales de autocalibración emocional en el pre- y posgrado queda de manifiesto en una reciente comunicación de la *American Academy of Family*

*Physicians* que relata los esfuerzos autodidactas de una residente de medicina familiar que describe la forma como está atenta a lo que su cuerpo le comunica (le llama *somatización*) y los sentimientos negativos que la empiezan a dominar. Esta autoconciencia reflexiva le ha salvado del *burnout*<sup>41</sup>. Mi experiencia con médicos experimentados y estudiantes es que ambos se benefician de los grupos Balint, de los talleres de expresión emocional con música, cortos de cine y casos clínicos en los que se expone el pensamiento del médico tratante seguido en el caso. Los talleres de cortos de cine y música parecen especialmente útiles al respecto<sup>42</sup>.

Es importante aclarar que no todos los médicos están deprimidos o insatisfechos con su profesión; hay un buen número que viven su práctica de forma grata, productiva y gozosa. ¿Qué factor favorece la felicidad médica? Primero, los médicos que lo son por vocación son los que mejor se sienten en su práctica<sup>30</sup>; otro es la gratitud sincera del paciente, como ha sido descrito por Bazari<sup>31</sup>, y un tercero es la satisfacción de haber hecho nuestro mejor esfuerzo. Se podría hipotetizar que la sociedad y los médicos sufren de la paradoja del éxito en el control y tratamiento de la enfermedad, pero al costo del olvido de la persona. La sociedad y la medicina, en consecuencia, son cada vez más tecnológicas, y más despersonalizadas y deshumanizadas, por lo que urge volver al equilibrio de arte y ciencia. Cito a Miles: «La medicina es un servicio, pero uno de tipo muy diferente al mercantil; es un servicio al enfermo, gente que necesita atención, cuidado, alguien que busca ayuda, asistencia y comparte con el clínico los detalles más íntimos de su estado físico, emocional y espiritual... La medicina tiene un imperativo inalterable de cuidar, confortar y consolar, al igual que aliviar atenuar y curar... Lo que distingue a la medicina de otras profesiones es su habilidad para cuidar del paciente al tiempo que aplica pericia técnica al atender la disfunción biológica de la enfermedad. Se trata de reconectar la ciencia, el humanismo y la ética de la medicina. Es

la asociación de *episteme*, *techne* y *phronesis*: saber qué hacer, saber la forma de hacerlo y la sabiduría para hacerlo en el momento oportuno»<sup>29</sup>.

## CONCLUSIONES

La infelicidad del médico, que puede llegar a depresión y suicidio, es universal y va en aumento. Los costos en sufrimiento de médicos y pacientes son enormes, así como las consecuencias económicas negativas y de otro orden en los sistemas de salud. Las causas se atribuyen a factores de la personalidad individual, la selección errónea en la admisión a las escuelas de medicina, a una orientación curricular desbalanceada que sobreestima el conocimiento de áreas biomédicas, en detrimento de las competencias interpersonales y conocimiento integrador y centrado en la persona. La ausencia de educación en la «autocalibración personal» es una carencia desde el pregrado médico, el posgrado y la práctica profesional. Los sistemas sanitarios se han despersonalizado y le han retirado cada vez más autonomía al médico, tanto en el control de sus tiempos de trabajo como en su autonomía, para decidir qué curso tomar y qué tratamiento aplicar en casos específicos. Las instituciones de salud se beneficiarían del conocimiento de las *mindlines* construidas colectivamente. El método de talleres con cortos de cine (*cinemeducation*), música y casos clínicos reales estructurados con expresión del pensamiento analítico y emocional, seguidos por el clínico en el caso, son recursos que parecen prometedores en la educación de estudiantes y probablemente para médicos experimentados<sup>43</sup>. La infelicidad del médico parece ser parte de la infelicidad de la sociedad misma, la deshumanización, el aislamiento, un desequilibrio que es necesario reconocer y tratar urgentemente. Russell trató el tema de la felicidad y la ubicó en las relaciones humanas, mientras que a la infelicidad la ubicó en el aislamiento: «Una buena relación humana debería ser satisfactoria para las dos partes [...], lo que implica la necesidad de cierta ternura. Para ser feliz en el mundo actual, es

necesario sentir que uno no es solamente un individuo aislado cuya vida terminará pronto, sino que formamos parte del río de la vida, que fluye desde la primera célula hasta el remoto desconocido futuro»<sup>44</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sturmberg JP, Martin CM. Complexity in health: An introduction. En: Sturmberg JP, Martin CM, editores. Handbook of System and Complexity in Health. New York: Springer; 2013. p. 1-24.
2. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians a Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373-83.
3. Rosenstein AH. Understanding and Improving Physician Attitudes and Behaviors in Today's Health Care Environment. EC Psychology And Psychiatry. 2016;1(4):145-8.
4. Nigel E, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ. 2002;324(6):835-8.
5. Cilliers P. Understanding complex systems. En: Sturmberg JP, Martin CM, editores. Handbook of System and Complexity in Health. New York: Springer; 2013. p. 27-38.
6. Price L. Art, science, faith and medicine: the implications of the placebo effect. Sociology of Health and Illness. 1984;6(1):61-73.
7. Wieringa S, Engebretsen E, Heggen K, et al. Has evidence-based medicine ever been modern? A Latour-inspired understanding of a changing EBM. J Eval Clin Pract. 2017;23(5):964-70.
8. Sade R, Stroud MR. Criteria for selection of future physicians. Ann Surg. 1985;201(2):225-30.
9. Hojat M. Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed? Int J Med Educ. 2014;5:7-10.
10. Miles A. Science, humanism, judgement, ethics: Person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. Folia Medica. 2013;55(1):5-24.
11. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Academic Med. 2009;84(9):1182-91.
12. Nunes P, Williams S, Sa B, et al. A study of empathy decline in students from five disciplines during their first year of training. Int J Med Educ. 2011;2:12-7.
13. Schwartzstein RM. Getting the Right Medical Students – Nature versus Nurture. N Engl J Med. 2015;372(17):1586-7.
14. Ramírez-Villaseñor I. Enseñar el camino de la evidencia científica hasta la persona: Una trayectoria necesaria. En: Millán JNC, Blasco PG, editores. Educación Médica Centrada en el Paciente. Madrid: Unión Editorial, Fundación Lilly Universidad Complutense de Madrid; 2017. p. 55-106. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/319112478\\_Ensenar\\_un\\_camino\\_de\\_la\\_evidencia\\_cientifica\\_hasta\\_la\\_persona](https://www.researchgate.net/publication/319112478_Ensenar_un_camino_de_la_evidencia_cientifica_hasta_la_persona)
15. Nevo I, Slonim-Nevo V. The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. Br J Soc Work. 2011;41(6):1176-97.
16. Hampton JR. The end of clinical freedom. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;287(6401):1237-8. Reprinted: Int J Epidemiol. 2011;40(4):848-9.
17. Hampton JR. Commentary: The need for clinical freedom. Int J Epidemiol. 2011;40(4):849-52.
18. Tonelli MR. The challenge of evidence in clinical medicine. J Eval Clin Pract. 2010;16(2):384-9.
19. Djulbegovic B. Evidence and decision making. Commentary on M.R. Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative approach to evidence-based approaches. Journal of Evaluation in Clinical Practice 12, 248-256. J Eval Clin Pract. 2006;12(3):257-9.
20. Lipman T. Evidence and casuistry Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. J Eval Clin Pract. 2006;12(3):269-72.
21. Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. Br Med J. 1999;318(30):323-5.
22. Rawlins MD. Commentary: The death of clinical freedom. Int J Epidemiol. 2011;40(4):859-61.
23. Upshur R. The complex, the exhausted and the personal: reflections on the relationship between evidence-based medicine and casuistry. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. J Eval Clin Pract. 2006;12(3):281-8.
24. Saarni SI, Gylling HA. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science? J Med Ethics. 2004;30(2):171-5.
25. Gabbay J, Le may A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. Br Med J [online]. 2004;329(28):1013. Disponible en: <http://dx.doi.org/> y <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7473.1013> [Acceso el 14 de septiembre de 2017].
26. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. Singapore Med J. 2007;48(4):275.
27. Buetow S. Opportunities to elaborate on casuistry in clinical decision making. Commentary on Tonelli (2006). Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. J Eval Clin Pract. 2006;12(4):427-32.
28. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet. 2001;358(9279):397-400.
29. Miles A. Science, humanism, judgement, ethics: Person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. Folia Medica. 2013;55(1):5-24.
30. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E. Calibrating the physician Personal awareness and effective patient care. JAMA. 1997;278(6):502-9.
31. Bazari H. Gratitude, Memories, and Meaning in Medicine. New Engl J Med. 2010;363(23):2187-9.
32. McWhinney IR. The importance of being different. Br J Gen Pract. 1996;46(408):433-6.
33. Hojat M, Gonnella JS. Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): proxy norm data and tentative cutoff scores. Med Princ Pract. 2015;24(4):344-50.
34. Ramírez-Villaseñor I. Estimulando la reflexión ética de estudiantes de medicina con cortos de cine. Aceptado para presentación en el Congreso Internacional de Investigación Educativa. Tecnológico de Monterrey, Ciudad de México. 13 de diciembre de 2017. (No publicado).
35. Blasco PG, Boso-Vachii VH, Subtil de Paula P. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. Educ Med. 2017;18(4):276-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.024>
36. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. J Gen Intern Med. 2002;17(11):883-90.
37. Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA. 2007;286(23):3007-14.
38. Bardes CL. Defining "Patient-Centered Medicine". N Engl J Med. 2012;366(9):782-3.
39. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Introduction by John A Balint (2.ª ed.). Edinburgh UK: Churchill Livingstone; 2005.
40. Roberts M. Balint groups A tool for personal and professional resilience. Can Fam Physician. 2012;58(3):245-7.
41. Sederstrom J. Aafporg [online]. Disponible en: <http://www.aafp.org/news/focus-on-physician-well-being/20170907burnout-williams.html> [Acceso el 14 de septiembre de 2017].
42. Ramírez-Villaseñor I. Emociones, relación médico-paciente y cine: comparación entre estudiantes y médicos familiares. Una investigación cualitativa. Rev Mex Med Fam. 2016;3(2):15-23. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/319310888\\_EMOCIONES\\_RELACION\\_MEDICOPACIENTE\\_Y\\_CINE\\_COMPARACION\\_ENTRE\\_ESTUDIANTES\\_Y\\_MEDICOS\\_FAMILIARES\\_UNA\\_INVESTIGACION\\_CUALITATIVA\\_EMOTIONS\\_DOCTORPATIENT\\_RELATIONSHIP\\_AND\\_CINEMA\\_COMPARISON\\_BETWEEN\\_STUDENTS\\_AND](https://www.researchgate.net/publication/319310888_EMOCIONES_RELACION_MEDICOPACIENTE_Y_CINE_COMPARACION_ENTRE_ESTUDIANTES_Y_MEDICOS_FAMILIARES_UNA_INVESTIGACION_CUALITATIVA_EMOTIONS_DOCTORPATIENT_RELATIONSHIP_AND_CINEMA_COMPARISON_BETWEEN_STUDENTS_AND)
43. Ramírez-Reyes T, Ramírez-Villaseñor I. "Edgar, mi pequeño paciente con tumor en el cuello". Centro Internacional de Casos. Tecnológico de Monterrey [online]. Disponible en: <https://cic.gda.itesm.mx/cic/busqueda.php?s=C28-27-001> [Acceso el 5 de septiembre de 2017].
44. Russell B. La conquista de la felicidad (5.ª ed.). Barcelona: Editorial DeBOLSILLO; 2004.

## GLOSARIO

Por *insatisfacción* consideramos la idea del DRAE, esto es, «falta de satisfacción», es decir, ausencia de sosiego, confianza o seguridad del ánimo; falta de cumplimiento del deseo o del gusto; sensación de pena o culpa. Satisfacción: Dleraees [online]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XLJpCkx> [Acceso el 18 de septiembre de 2017].