

El estrés del médico



José Carlos Mingote Adán

Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE). Comunidad de Madrid.



Macarena Gálvez Herrero

Psicóloga. Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE-PAIPSE). Comunidad de Madrid.

«Éstos son los deberes de un médico: primero... curar su mente y ayudarse a sí mismo antes de ayudar a nadie.»

Epitafio de un médico ateniense, siglo II a.C.

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo¹, el estrés laboral es el segundo problema de salud más grave en la Unión Europea, está estrechamente ligado a trastornos musculoesqueléticos y de salud mental, afecta al 28% de los trabajadores europeos (unos 40 millones de personas), puede relacionarse con el 50% de las ausencias en el puesto de trabajo, el número de personas afectadas se ha duplicado en los últimos años y supone un coste estimado para la sociedad de unos 20.000 millones de euros. Se trata en definitiva no sólo de un problema específico de salud ocupacional, sino de un importante problema de salud pública.

El estudio del estrés laboral en general y del estrés en la profesión médica en particular es un tema desarrollado de forma extensa en la bibliografía científica desde los años 1950-1960 hasta nuestros días. El abordaje del mismo se ha efectuado desde diferentes perspectivas: estrés como respuesta (con estudios centrados en las consecuencias para la salud física y mental del médico), estrés como estímulo (análisis de las demandas laborales, personales, etc., que actúan como estresores) o estrés como pro-

ceso (analizando demandas, respuestas, consecuencias, mediadores personales y sociales, y factores de control del mismo).

La adaptación del médico a su medio va a depender de la calidad de los recursos de afrontamiento de que disponga (competencia profesional), conocimientos teóricos y habilidades técnicas (capacidades instrumentales) y actitudes y habilidades para establecer relaciones humanas cooperativas y eficaces (inteligencia emocional y social). Por ello, una adecuada competencia psicosocial debe ser no sólo una característica personal sino también un rasgo distintivo de la profesión médica.

APROXIMACIONES CLÁSICAS AL ESTRÉS MÉDICO

Tradicionalmente se atribuye a Hans Selye la nomenclatura del término «estrés». Este científico definió el «síndrome de estrés» como la respuesta corporal inespecífica que se produce en el organismo ante cualquier demanda externa que suponga una amenaza para su equilibrio. En una autobiografía del autor, de origen austriaco y nacionalizado canadiense, expone que sus iniciales dificultades

con el idioma inglés le hicieron elegir el término «*stress*» (fuerza externa que actúa sobre una estructura), en vez de «*strain*» (grado de distorsión que se produce en dicha estructura), que, según indica, habría sido más adecuado para su concepción del estrés como respuesta. Lo importante, en cualquier caso, es que, desde esta perspectiva, se han realizado múltiples estudios sobre las consecuencias fisiológicas, cognitivas y emocionales del estrés y las enfermedades asociadas al mismo. Concretamente, en el caso de los médicos, algunos autores indican tasas de alcoholismo, adicción a otras drogas, depresión y suicidio superiores a las de otros grupos profesionales^{2,3}. Si bien este dato no está plenamente confirmado por la bibliografía científica, sí es un hecho compartido que determinadas condiciones de trabajo, tales como la relación con pacientes y sus familiares, el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, el trabajo en turnos y nocturno, la presión asistencial, el afrontamiento de situaciones de emergencia, la presión social y las dificultades de coordinación entre la concepción personal del ejercicio médico y las directrices organizacionales y de la Administración sobre la práctica de la medicina, son situaciones frecuentemente relacionadas con un amplio rango de síntomas físicos y psíquicos, que repercuten en la salud del médico, en la propia organización y en la calidad asistencial prestada^{4,7}. El desequilibrio entre estas demandas laborales y la percepción de control para afrontarlas⁸, así como el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa percibida tras el mismo⁹, conforman los dos modelos teóricos principales en el estudio del estrés.

Las consecuencias de esos estresores se relacionan con alteraciones tales como trastornos cardiovasculares, dermatológicos, respiratorios, gastrointestinales, musculares, sexuales, endocrinos, inmunológicos y de salud mental¹⁰⁻¹², con manifestaciones clínicas como lumbalgias, gripe, cefaleas, problemas de salud bucodental y/o trastornos del sueño¹³⁻¹⁵.

En los estudios procesuales sobre el estrés médico, se han analizado no sólo los estresores propios de la profesión y sus consecuencias para la salud del facultativo, sino que también se han estudiado las variables individuales de manejo y control del estrés. Así, se ha comprobado cómo influyen los procesos motivacionales y cognitivos de la personalidad en la evaluación de los estresores como amenazantes y, por tanto, en la emisión de respuestas de afrontamiento más o menos adaptativas, y de qué manera intervienen variables individuales como la autoeficacia, el optimismo disposicional, la inteligencia emocional, la personalidad resistente (*hardiness*) o el sentido de la coherencia como componentes de personalidad positiva de afrontamiento al estrés y conductas saludables^{16,17}, y todas estas variables son competencias que el ser humano puede desarrollar y trabajar en su crecimiento personal.

NUEVAS LÍNEAS DE ESTUDIO E INTERVENCIÓN

El estrés laboral es una variable muy asociada a cambios no sólo individuales sino también organizacionales, sociales y culturales, y quizá por ese motivo no dejan de aparecer nuevas perspectivas de estudio del mismo. Esta dinámica plantea nuevos caminos de investigación sobre el estrés médico aún por recorrer.

Estrés, recuperación e interacción trabajo-familia

De forma coloquial, cuando hablamos de conciliación, inmediatamente pensamos en las dificultades de armonizar la vida laboral con la extralaboral. La investigación sobre este aspecto ha señalado circunstancias relacionadas con el ejercicio médico que se relacionan con dicha conflictividad (turnicidad, guardias, dificultad de desconexión, etc.) y algunas de estas características se acentúan cuando se combinan con otras, como la creciente feminización de la profesión en nuestro país, en la que el 56% de los médicos menores

de 45 años son mujeres. Sin embargo, una novedosa aportación es la nueva perspectiva que analiza no sólo el conflicto sino también cómo el trabajo y la vida personal pueden enriquecerse mutuamente y cómo el desempeño de un rol (profesional o personal) nos aporta competencias que pueden incrementar la calidad de vida en el otro ámbito (personal o laboral)¹⁸. Por otro lado, en relación con la actividad extralaboral y sus efectos en el control del estrés, se está desarrollando actualmente una serie de estudios sobre los procesos de recuperación (*recovery*), como procesos opuestos al estrés y que se conforman en relación con cuatro dimensiones: distanciamiento psicológico del trabajo, capacidad de relajación, búsqueda de retos y control del tiempo libre. Para este tipo de estudios, se están adaptando recientemente a la población española instrumentos validados en el ámbito internacional^{19, 20} que podrán ser en un futuro aplicados a muestras de médicos.

Variables colectivas de estrés laboral

De forma alternativa al estudio individual del estrés, algunos autores²¹ proponen su consideración en el aspecto colectivo, tanto en las posibles fuentes de estrés como en la vivencia del mismo. Desde este modelo, se plantea el estrés más allá de un desequilibrio entre demandas y respuestas individuales, prestando especial atención a las emociones compartidas, al clima emocional y a las estrategias grupales de afrontamiento. La aplicación de este modelo en unidades o servicios médicos con especial riesgo de estrés es algo que puede abrir nuevas líneas de conocimiento.

Bienestar en el trabajo y prevención del estrés

Finalmente, quisiéramos terminar este artículo centrándonos en las posibilidades que la ciencia nos ofrece de prevención e intervención sobre el estrés médico. En este sentido, las diferentes revisiones sobre el tema²² inciden en la relevancia de la prevención primaria, con medidas que afectan a niveles sociopolíticos, organizacionales, grupa-

les e individuales sobre las variables desencadenantes del estrés y que faciliten los recursos humanos, logísticos y materiales para el correcto desarrollo de la actividad asistencial, sin que el profesional pague con su salud. También se indican como necesarias medidas de prevención secundaria, especialmente en servicios donde el estrés es un «ingrediente» cotidiano del trabajo, así como de intervención multidisciplinar sobre la mella que este riesgo del trabajo puede originar en los profesionales de la salud.

CONCLUSIÓN

El estrés acompaña al ser humano desde sus orígenes biológicos hasta llegar a ser el animal cultural y ético actual. El estrés ha sido, a lo largo de milenios, un inseparable estímulo vital para que las personas hayan podido aprender de la experiencia, en especial de los errores, y transmitirla a las generaciones ulteriores. Prevenir sus efectos negativos en el ámbito médico implicará seguir determinadas estrategias que incluyan su formación (en competencia psicosocial al mismo nivel que su capacidad científicotécnica) y su gestión del trabajo (facilitando la autonomía profesional del médico) y faciliten el soporte social e institucional necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int>
2. Pilowski L, O'Sullivan, G. Mental illness in doctors. *BMJ*. 1989;298:269.
3. Reimer C, Trinkaus S, Jurkat HB. Suicidal tendencies of physicians. An overview. *Psychiatrische Praxis*. 2005;3:381-5.
4. Barney JA, Fredericks J, Fredericks M, Robinson P. The relationship between anxiety and attitudinal variables of physicians: implications for health care. *Education*. 2001;116:543-9.
5. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000;163:166-9.
6. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med*. 1993;37:575-81.
7. Mingote JC, Pérez F. El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos; 1999.

8. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-308.
9. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.
10. Murphy LR. Stress management in working settings: a critical review of the health effects. *Am J Health Promotion*. 1996;11:112-35.
11. Rodríguez R, Almirall P, Oramas A, Echevarria JH, Azze MA, Fernández B, Álvarez M. Estrés y manifestaciones dermatológicas en una población trabajadora bajo exigencias psíquicas. *Rev Cubana Salud y Trabajo*. 2002;3(1-2):55-61.
12. Mingote JC, Moreno-Jiménez B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clín (Barc)*. 2004;123(7):269-70.
13. Aranda C, Pando M, Torres TM, Salzar JG, Aldrete MG. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*. 2006;16:15-21.
14. Hernández D, Romero M, Mingote JC, Gálvez M, Gutiérrez D. Higiene y salud bucodental en pacientes atendidos en una unidad psiquiátrica: diferencias entre sanitarios y no sanitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2010;95:9-34.
15. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*. 1997;44:1017-22.
16. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Gálvez M. Personalidad positiva y salud. En: Flórez Alarcón L, Botero MM, Moreno-Jiménez B (Eds.). *Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica*. Barranquilla: Ediciones Uninorte; 2005.
17. Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote C. Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*. 2006;38(10):544-9.
18. Greenhaus JH, Powell GN. When work and family are allies: a theory of work-family enrichment. *Acad Management Review*. 2006;31(1):72-92.
19. Moreno-Jiménez B, Sanz-Vergel AI, Rodríguez-Muñoz A, Geurts S. Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING). *Psicothema*. 2009;21(2):331-7.
20. Sanz-Vergel AI, Sebastián J, Rodríguez-Muñoz A, Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Sonnentag S. Adaptación del «Cuestionario de Experiencias de Recuperación» a una muestra española. *Psicothema*. 2010;22(4):990-6.
21. Peiró JM. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud*. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 2001;13:18-38.
22. Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. *El vuelo de Ícaro*. Madrid: Díaz de Santos; 2009.