

J.C. MINGOTE ADÁN · F. PÉREZ CORRAL

# EL ESTRÉS DEL MÉDICO

MANUAL DE AUTOAYUDA







# **EL ESTRÉS DEL MÉDICO**

Manual de autoayuda



# EL ESTRÉS DEL MÉDICO

## Manual de autoayuda

### **JOSÉ CARLOS MINGÓTE ADÁN**

Jefe Clínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario  
12 de Octubre. Madrid

Profesor Asociado de la Universidad Complutense de Madrid  
Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Madrid

### **FRANCISCO PÉREZ CORRAL**

Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid  
Profesor Asociado de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid  
Vocal de Hospitales del limo. Colegio Oficial de Médicos de Madrid



© José Carlos Mingóte Adán, 1999  
© Alicia Antón (Método de Relajación), 1999

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos, S. A.  
Juan Bravo, 3-A. 28006 Madrid  
España  
Internet: <http://www.diazdesantos.es>  
E-Mail: [ediciones@diazdesantos.es](mailto:ediciones@diazdesantos.es)

ISBN: 978-84-7978-407-2  
Depósito legal: M. 27.082-1999

Diseño de cubierta: Ángel Calvete  
Fotocomposición: Fer, S. A.  
Impresión: Edigrafos, S. A.

# Agradecimientos

---

Es un deber de gratitud a la vez que un gran placer expresar nuestro reconocimiento, por sus valiosas enseñanzas, a las siguientes personas que han contribuido a la gestación de esta obra:

**Francisco Molleda Sánchez.** Catedrático de Materiales de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Navales de la Universidad Politécnica de Madrid.

**Luis Domínguez Ortega.** Médico Adjunto del Departamento de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre. Madrid. Profesor Asociado de Medicina Interna de la Universidad Complutense de Madrid. Director de la Unidad del Sueño de la Clínica Ruber.

**Alicia Antón Pires.** Psicóloga Clínica.

**Fundación Cerebro-Mente.** Director: Tomás Palomo. Madrid.

**Jesús Antonio Ramos Brieva** porque su sano humor nos ayuda a cuidarnos mejor. Psiquiatra. Médico Adjunto. Servicio de Psiquiatría Hospital Ramón y Cajal. Profesor Asociado de Psicología de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

**Fray Luis de León** por su legado poético.





# Índice

---

<b>Agradecimientos .....</b>	<b>VII</b>
<b>Prólogo .....</b>	<b>XI</b>
<b>Presentación .....</b>	<b>XV</b>

## **PARTE I: ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?**

<b>1. El estrés .....</b>	<b>3</b>
Modelo psicobiológico del estrés .....	9
La ansiedad y el estrés .....	11
<b>2. El estrés laboral .....</b>	<b>17</b>
<b>3. El estrés laboral del médico .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Medición del estrés .....</b>	<b>31</b>
<b>5. Síndrome de «burnout» o de desgaste profesional .....</b>	<b>41</b>
Recuerdo histórico .....	41
Definición .....	42
Etiología .....	44
Patogenia .....	45

La salud del médico.....	47
Sintomatología .....	52
La salud de las médicas .....	53

## **PARTE II: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTRÉS**

<b>6. Prevención .....</b>	<b>63</b>
Recomendaciones generales .....	65
Hábitos de vida. Modificación y mejora del estilo de vida .	69
Relajación e hipnosis .....	70
<b>7. Técnicas de tratamiento .....</b>	<b>83</b>
Técnicas cognitivo-conductuales.....	85
Técnicas psicoterapéuticas de orientación psicoanalítica ...	94
Tratamientos psicofarmacológicos .....	95
<b>8. Visión general y consideraciones finales .....</b>	<b>99</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>103</b>
<b>Epílogo.....</b>	<b>107</b>

# Prólogo

---

...¡YPamen se perforó!

La profesión médica es una de las profesiones más estresantes que existe. Numerosos estudios científicos lo señalan sin vacilación. Los médicos son los profesionales que desarrollan y padecen más enfermedades directamente relacionadas con el estrés. El estrés y el desgaste profesional se están convirtiendo en una insidiosa epidemia que está minando el potencial profesional de nuestros Centros Sanitarios. Y esta situación, sin duda en franco aumento, amenaza con transformarse en el principal problema del Sistema Nacional de Salud.

El médico desarrolla en la actualidad su profesión sumergido en un *entorno de presión* como no había sucedido con anterioridad. Múltiples factores inciden y le acechan con sus *exigencias*. Las

\* *Pamen* es el amigable nombre de la Dra. Carmen Concejo, que sufrió un cuadro agudo de perforación duodenal mientras atendía a un enfermo en el Servicio de Urgencias. *Pamen* era entonces la Coordinadora de Urgencias del Hospital Ramón y Cajal.

propias *exigencias* de la profesión, de la especialidad, de la necesidad de actualización científica, del abrirse/reto a la novedad, al cambio permanente, zahieren con frecuencia el sosiego y la templanza profesional. Las dificultades inherentes a la propia práctica clínica, su incertidumbre, su grado de variabilidad no explicada, el afán por buscar la evidencia científica más contundente, la competitividad, etc., requieren del médico un talante de tenacidad no siempre al alcance de cualquiera. Las *exigencias* del enfermo y su familia, con sus ilimitadas expectativas, el contacto con la enfermedad, la limitación, el dolor y la muerte acumulan pesadumbre y desconcierto. La *exigencia* de resultados favorables por una sociedad enajenada, que niega y excluye al enfermo, que mira a la enfermedad como un mero problema de obligada resolución, cuya responsabilidad incumbe al médico y al que se le exige la *perfección*, puede amilanar al más vocacional. La amenaza de una querrela, el desconcierto ante determinadas sentencias judiciales condenatorias, y hasta la duda de paternidad sobre su propio discurrir en una historia clínica, en un comentario de evolución; han hecho brotar en muchos compañeros un malestar de indefensión y un sentimiento de acoso judicial. Las *exigencias* administrativas imponiendo una sobrecarga asistencial, un burocrático control de calidad, un... En definitiva, el médico se siente hoy como un asalariado más, pero escrutado por todos, por el jefe, el director, el gerente, el paciente, su familia... Y todo este entorno de presión lo soporta, muchas veces, *sin salida*. Sin reconocimiento a su importante papel profesional. Con menoscabo permanente de su retribución económica y con estancamiento perpetuo de sus legítimas aspiraciones de progreso y mejora. Nada tiene de extraño que muchos médicos sientan/soporten vivencias de opresión y de carga que desembocan en el arroyo del abatimiento y del desgaste profesional.

Es conocido científicamente que la desmotivación de los médicos españoles (particularmente en el territorio INSALUD) es enorme. Y que los factores más determinantes de la misma son la carencia de una *compensación intrínseca* adecuada por parte del empleador

(Administración en la mayor parte de los casos), esa que va ligada a las características del propio trabajo, al reconocimiento, a la autoestima, a la capacidad de logro, a la autonomía, a la posibilidad de desarrollo y ascenso, etc. Es urgente para la Administración, para los Servicios de Salud, proponer e implantar alicientes que estimulen la creatividad y el gusto por el trabajo, que devuelvan la confianza y la ilusión a un colectivo desmoralizado y consternado. Pero mientras tanto no se arbitren las necesarias medidas de forma general, nos quedará el consuelo de un abordaje personal. Ante la amenaza, el recogimiento, la relajación; ante la agresión, la fortaleza, el temple individual. Y la lectura. Y para eso tenemos un libro. Hoy tengo el gusto de presentaros un pequeño libro que tiene como finalidad el conocimiento puntual de un problema que nos afecta y sus medidas de solución. Un libro guía que nos aportará información y terapéutica. Información y conocimiento para prevenir el estrés y fortalecer los mecanismos de adaptación y afrontación de exigencias. Docencia y consuelo.

*La Mesa de Hospitales del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM)*, sensible ante este enorme problema, ha tenido a bien el solicitar al Dr. Mingóte, reconocido experto del Hospital 12 de Octubre, la confección de un manuscrito que, habiendo resultado algo prolijo, ha tenido la osadía de recortarlo y ofrecerlo, buscando la comprensión general y la facilidad divulgativa. Muchas gracias.

FRANCISCO PÉREZ CORRAL  
Vocal de Hospitales del ICOMEM



# Presentación

---

Aunque muchas personas consideren que el estrés de vivir día a día es su principal problema vital, la mayoría de ellas no llegan a ser enfermos mentales a lo largo de toda su existencia, porque desarrollan unos recursos adaptativos eficaces con los que pueden hacer frente a las dificultades de la vida. Ya Platón y Aristóteles opinaban que las personas capaces de afrontar con éxito las circunstancias adversas de la vida «tienen personalidades bien organizadas y se hacen cargo de los problemas de su vida como protagonistas activos, y mantienen relaciones interpersonales cuidadosas».

Varios psicólogos contemporáneos describen el perfil de los sujetos resistentes al estrés como personas con un adecuado autocontrol, capaces de aceptar y analizar sus problemas, en vez de negarlos, y de desarrollar estrategias adaptativas orientadas a la exploración creativa de la realidad. Además, son capaces de asumir, involucrarse y comprometerse con las tareas propias que sus diferentes roles les demandan.

Numerosos estudios epidemiológicos concluyen que los profesionales sanitarios tienen mayor riesgo relativo de padecer numerosas enfermedades como cardiopatía isquémica, úlcera gastroduode-



nal, accidentes de tráfico, depresión, alcoholismo y otras conductas adictivas e, incluso, suicidas, que otros profesionales del mismo nivel social. Esta mayor morbi-mortalidad relativa se ha explicado porque el profesional sanitario vive sometido a un elevado nivel de estrés crónico: por un lado es una persona normal y corriente que tiene los mismos problemas que sus semejantes (defectos, limitaciones, conflictos psicológicos comunes, etc.), y, por otra parte, asume las responsabilidades propias de su profesión, siendo objeto de enormes exigencias de resultados en su lucha contra el dolor y la enfermedad. Muchas veces, comparte el sufrimiento del enfermo y de su familia y se expone a la angustia que suscita la muerte real, sin contar con la suficiente competencia psicosocial para afrontar tales demandas de trabajo emocional y apoyo psicoterápico.

El estrés laboral del médico ha sido atribuido a varios factores como el grado de complejidad y dificultad de su tarea, los conflictos en las relaciones asistenciales, las guardias médicas, la toma de decisiones, la sobrecarga asistencial, la incertidumbre inherente al método clínico, los riesgos de toda intervención instrumental, los resultados negativos no esperados, el riesgo de demandas por mala práctica, así como la insuficiencia de estímulos económicos y profesionales. Ha disminuido también la tradicional autonomía médica, han aumentado las expectativas populares sobre los resultados obtenibles con la sofisticación biotecnológica actual y se ha exagerado la tendencia de atribuir los resultados no deseados al profesional médico.

La calidad de vida laboral del médico está fuertemente asociada con la calidad asistencial y con la satisfacción del enfermo, por lo que su mejora debe ser una responsabilidad compartida tanto por los propios profesionales como por los directivos e instituciones representativas. Por ello, es preciso estudiar las opiniones y preferencias de los médicos, sobre cómo ejercer su profesión. Según Freidson, la principal característica de una profesión es «la legítima autonomía organizacional» que incluye el derecho a determinar los criterios que legitiman a cada profesional para ejercerla, los

estándares operativos requeridos, así como su orientación de servicio social altruista. Ésta incluye la competencia científico-técnica y la competencia psicosocial, la actitud humanitaria no discriminativa y la respetuosa neutralidad afectiva *K*

Este libro tiene por finalidad hacer consciente al médico del estrés laboral que soporta todos los días ejerciendo su profesión. Asimismo intenta servir de guía de autoayuda, adiestrándole en el reconocimiento y control de dicho estrés, para que pueda desarrollar con satisfacción su tarea profesional.

Hoy se acepta que los *trastornos del estrés* son enfermedades transmisibles por contagio emocional, que amenazan con llegar a ser una epidemia en nuestros centros de trabajo. Frente a ellos ¿es posible una inmunización? Los autores de este libro están convencidos de que sí y, por tanto, ofrecen estas páginas a modo de profilaxis o vacuna eficaz.

JOSÉ CARLOS MINGÓTE ADÁN  
Madrid 28-4-1999



# **Primera parte**

## **¿Qué es el estrés?**

MINISTERIO DE  
ECONOMÍA Y CONSUMO



*Era el Dr. Piruleta.  
Lo invitamos a una  
cacería. Claro que no le  
comentamos quién era  
la pieza*

*Ya veo. Ya*



© Jesús Antonio Ramos Brieva

PARA QUE NO NOS PASE COMO AL DR. PIRULETA...

---

# El estrés

El estrés acompaña al ser humano desde sus orígenes biológicos, y ha sido a lo largo de milenios un inseparable estímulo para que las personas hayan podido aprender de la experiencia vivida y transmitirla a las generaciones ulteriores.

Aunque la palabra estrés tiene poco más de 80 años, y hoy la utiliza todo el mundo, muy poca gente lo hace en el mismo sentido. Así, sólo en el ámbito psicosocial, puede significar conceptos tan distintos como: ansiedad, esfuerzo, tensión emocional, sobrecarga, fatiga o frustración. El término «*estrés*» es tres cosas a la vez, así puede considerarse como un *estímulo* estresante (vg. privación de sueño, sobrecarga de trabajo, etc.), como *una respuesta* de estrés (vg. elevación de la tensión arterial, aumento del cortisol plasmático, etc.) o como una *transacción* o relación estresante (vg. conflictos interpersonales, mala comunicación, etc.).

La popular palabra *estrés* tiene diferentes significados. Inicialmente se utilizó en metalurgia para referirse a la fuerza externa que deforma la estructura de un material sólido. Hasta cierta tensión límite, característica del material, éste recupera su forma original cuando deja de actuar la fuerza externa. Dicho valor límite se

conoce como *límite elástico* del material. Por encima de éste se produce una deformación *plástica* (deformación permanente) e incluso la fractura del mismo si la tensión aplicada es excesiva. Los materiales *frágiles*, como el vidrio, las cerámicas, etc., se caracterizan por su alta dureza y rigidez, pero tienen un mal comportamiento a choques. Por el contrario, los materiales *tenaces*, como los metales, tienen una menor dureza y rigidez, pero toleran bien los choques y modifican su forma al aceptar tensiones que producen deformación plástica.

Los sistemas físicos o biológicos se caracterizan por sufrir deformaciones que son consecuencia de fenómenos excitadores externos. Las personas pueden comportarse de forma similar a los materiales: en unos casos se pueden modificar comportamientos por el aprendizaje, parecido a un sistema tenaz, mientras que en otros no es posible aprender, produciéndose un desgaste reversible o bien el deterioro irreversible de la persona, lo que equivale a la fractura en un material (forma de irreversibilidad por excelencia). Sin embargo, al igual que las tecnologías de unión, como las soldaduras, pueden reparar esos *materiales*, otras *tecnologías psicoterapéuticas* son también eficaces en la *restauración* del ser humano.

En biología, el término *estrés* fue introducido por Walter Cannon en 1911 para designar a todo *estímulo nocivo* capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Se trata de la evaluación rápida de una amenaza, resultante del *significado inconsciente* atribuido a cada situación por un individuo particular.

Hans Selye usó desde 1936 el mismo término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos y la denominó *Síndrome General de Adaptación*. Describió tres etapas: *alarma*, *adaptación* y *agotamiento*. En esta última se produce una pérdida de recursos adaptativos y se acompaña de un grupo típico de síntomas de ansiedad (mala calidad del sueño, fatiga progresiva, dolores vagos, hipertensión arterial, mareos, etc.).

Ante la vivencia de una amenaza, el organismo responde mediante unas reacciones generales inespecíficas, que representan el *estado de estrés*, y por unos mecanismos específicos (por ejemplo, de tipo inmunológico y hemodinámico). Cuando la activación es demasiado intensa o prolongada y se superan ciertos márgenes en los dispositivos autorreguladores existentes, se producen enfermedades, bien sea por el esfuerzo adaptativo o bien por el fracaso o insuficiencia de dichos mecanismos de adaptación. Todos los individuos disponen de unos limitados recursos de afrontamiento, que si son desbordados por el esfuerzo requerido, aparecen síntomas y signos característicos del estrés. Selye destacó el coste del proceso adaptativo al referirse a los efectos negativos de la confrontación con el estresor, y que también se pueden llamar efectos secundarios, indirectos o residuales (*strain*), si bien, éstos dependen tanto de la exposición al estresor como de la eficiencia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados.

Otros estudios posteriores han demostrado que no todos los estresores producen el mismo patrón de respuestas bioquímicas, que no todos los animales responden al mismo estresor de la misma forma, y que los factores psicológicos desempeñan también un papel decisivo en el desarrollo de la respuesta de estrés. Así, por ejemplo, Masón<sup>2</sup> concluyó en 1975 que la respuesta de estrés es vital para la supervivencia, que en sí misma no es que sea buena ni mala, sino que depende del resultado de la operación entre las demandas adaptativas y los recursos movilizados para su afrontamiento.

El estrés crónico se asocia con significativas disminuciones de la respuesta linfoproliferativa y de la actividad de los linfocitos asesinos (*linfocitos killer*). Cuando existen conflictos interpersonales crónicos se produce una alteración inmune asociada muchas veces a depresión clínica y/o subclínica. Además, el estrés puede contribuir al desarrollo de algunas enfermedades autoinmunes, particularmente endocrinológicas, como la de Basedow. Últimamente se han identificado algunas relaciones significativas entre factores psicosociales e inmunidad en varios enfermedades, como el cáncer y el sida.



El sistema nervioso autónomo tiene efectos inmunomoduladores. La activación simpática tiene un efecto inmunosupresor y, a su vez, las neuronas noradrenérgicas se activan en respuesta a la inmunización con varios antígenos. Se puede concluir que el sistema inmunológico es exquisitamente sensible a los cambios de las circunstancias vitales y a las actitudes de las propias personas. Por ejemplo, los sujetos que hacen un afrontamiento eficaz de las demandas adaptativas mantienen una mayor actividad citotóxica de las *células asesinas naturales* que los que no lo hacen, y presentan menos síntomas asociados de ansiedad y depresión. Además, ha podido demostrarse en personas sanas una consistente correlación positiva entre una mayor capacidad citotóxica (inmunocompetencia) y un mejor perfil psicológico<sup>3</sup>.

La ansiedad normal sirve como estímulo energizante eficaz para mejorar la realización de cualquier tarea. A medida que aumenta la ansiedad, se estabiliza el resultado obtenido, y si la ansiedad continúa aumentando se produce una disminución del rendimiento funcional. El estrés saludable llamado *euestrés*, o tensión emocional sana, sirve para conseguir una mejor adaptación al medio, y se caracteriza por el predominio de la capacidad exploratoria y creativa así como por la búsqueda activa y transformadora de la realidad, en oposición a la renuncia de información y a la conducta de escape que acompañan al *distrés*. La tensión emocional saludable se experimenta a nivel subjetivo como vivencias de satisfacción y desarrollo personal, y propicia rendimientos creativos útiles que mejoran la calidad de vida y el bienestar social. El estrés patológico produce insatisfacción y deterioro psicosocial.

El estrés psicológico ha sido definido por Engel en 1962 como «todo proceso originado tanto en el medio exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia adaptativa sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere la activación de los mecanismos psicológicos de defensa»<sup>4</sup>.

Debemos a Kahn *et al.* (1964) la importante discriminación conceptual entre: 1. *Estresor*, que es el acontecimiento objetivo, la

característica del medio ambiente verificable, independientemente de la conciencia individual. 2. *Estrés* como experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, sinónimo de ansiedad, y 3. *Respuesta de estrés (strain)*, consecuencia psicobiológica, reacción fisiológica y conductual (*putéome*) a la experiencia del estresor<sup>5</sup>.

Los agentes estresantes pueden ser físicos, como el ruido excesivo, bioquímicos, como una infección bacteriana, y psicosociales. Estos últimos son situaciones que se caracterizan por significar novedad, incertidumbre, conflicto o falta de control sobre la situación vivida, como pueden ser el desempleo o la falta de contactos sociales.

Las experiencias vitales estresantes producen efectos diferentes, dependiendo de varios factores: agente estresor (tipo, duración, intensidad, etc.), sujeto de estudio (especie, edad y sexo, historia previa de contacto con los estresores, etc.), y respuesta que se estudie, ya que se conocen más de 17 péptidos neuroendocrinológicos que constituyen la respuesta *bioquímica* del estrés. Se denomina *respuesta de estrés* al conjunto de los cambios agudos neuroendocrinológicos, inmunológicos, vegetativos y conductuales que se producen en el organismo ante la percepción de amenaza, que tienen por objeto mantener un adecuado equilibrio interno (homeostasis) y una adaptación óptima al medio ambiente. Además, es necesario contar con los factores dependientes del medio social. Así en los animales sociables como los primates y el hombre, el rango social es el principal determinante de la activación neuroendocrinológica e inmunitaria.

Las personas experimentan simultáneamente varios tipos de estresores, pertenecientes a sus diferentes ámbitos vitales y que interactúan entre sí de forma dinámica. Así, por ejemplo, el estrés laboral puede exacerbar la frecuencia e intensidad de las discusiones familiares, que, a su vez, sensibilizan al trabajador para los estresores laborales, fenómeno que se conoce como generali-

zación por desplazamiento (*spillover*) entre los diferentes roles personales.

Sin embargo, el estrés en sí mismo no es una enfermedad, y los pacientes no sufren de estrés, sino de enfermedades físicas y trastornos mentales como disfunciones del sistema nervioso central, dolor músculo-esquelético (fibromialgia), disfunciones sexuales, o diferentes problemas cardiovasculares y gastrointestinales.

No existe una relación biunívoca entre estresores y enfermedades relacionadas con el estrés, sino que existen diferentes variables mediadoras como la edad, el sexo, el estado civil y otras características individuales que determinan los recursos de afrontamiento del estrés. Así, por ejemplo, hay más mujeres que hombres que sufren los efectos del estrés (56 % versus 44 %), aunque disponen a su favor de un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento. Los varones utilizan estrategias orientadas sobre todo a la resolución de los problemas que han generado el estrés, sin embargo es característico, que las mujeres traten de reducir sus efectos nocivos mediante estrategias emocionales de búsqueda de apoyo social.

La vulnerabilidad o la resistencia individual al estrés va a depender de factores biológicos, como el grado de reactividad a estrés; de factores cognitivos, como el pesimismo y el perfeccionismo; de factores psicológicos de personalidad; y, por supuesto, de factores ambientales, como la exposición a varios estresores a la vez y el contar con un bajo soporte social.

El continuo *estrés-salud-enfermedad* puede describirse como un círculo vital que parte de: 1) la salud como un estado positivo de bienestar donde el estrés se configura y se vivencia como una situación de creatividad y actividad efectiva, pero que puede dar paso a 2) la utilización de estilos disfuncionales de afrontamiento del estrés, y llegar a 3) a las alteraciones psicobiológicas asintomáticas prolongadas, hasta la aparición de 4) las propias enfermedades relacionadas con el estrés, como las antes mencionadas.

## MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE ESTRÉS

El término *estrés* se entiende como un *proceso dinámico complejo desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad del individuo y para la calidad de sus relaciones significativas, que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual y mejorar la calidad de la adaptación al medio.*

Las situaciones estresantes que no se resuelven eficazmente producen la amenaza de pérdida de control personal (angustia, señal de alarma), y la aparición de conductas repetitivas y ritualizadas como estrategias de afrontamiento disfuncionales que tratan ilusoriamente de aumentar la autoeficacia, disminuir la angustia y alcanzar el control de la situación sin desarrollar unos mecanismos adaptativos eficaces.

El afrontamiento del estrés tiene diferentes consecuencias individuales según el grado de eficacia del procedimiento utilizado. El trabajo realizado en el intento adaptativo conlleva cierto gasto de energía que se experimenta como desgaste o fatiga psicobiológica (*strain*), junto con la satisfacción por el aprendizaje y el desarrollo personal conseguido. Las distintas estrategias de afrontamiento pueden producir, también, efectos nocivos sobre la salud, bien de forma directa (como el aumento de la tensión arterial y la retención de líquidos), o bien de forma indirecta (por fumar tabaco, comer y beber en exceso, adicción a drogas, etc.). Esto sucede, sobre todo, en personas con determinadas características de personalidad, como las que son muy ambiciosas, competitivas, impacientes y hostiles (que caracteriza el conocido patrón de conducta tipo A que describieran Friedman y Rosenman en 1959), que intentan ejecutar las tareas más difíciles, y que requieren alto esfuerzo para lograrlo. En el laboratorio animal, este mismo paradigma experimental se asocia a mayores tasas de enfermedades relacionadas con el estrés, como son las úlceras gástricas.

Cuando fracasa el intento adaptativo en el control del estímulo estresante se produce más fatiga aún, con aumento de los niveles de ansiedad, depresión y hostilidad, y peor rendimiento en las tareas ulteriores por desmotivación, deterioro cognitivo y alteración conductual operativa. Existe una fuerte evidencia de que la pérdida de capacidad de control sobre aspectos importantes de la propia vida (familiar, laboral y personal) daña, de forma importante, la salud, la autoestima y la autoeficacia, con pérdida de motivación para el trabajo creativo, mayor desconfianza y aislamiento interpersonal, así como mayor riesgo de depresión clínica y de padecimientos somáticos asociados a inmunosupresión. Al contrario, las diferentes intervenciones psicoterápicas se asocian con mejoría de la inmunocompetencia y mejor autorregulación neuroendocrina, así como una mayor supervivencia<sup>6</sup>.

Desde una perspectiva integradora, es posible concluir que *el estrés* para el ser humano es un fenómeno multidimensional que se caracteriza por incluir un estímulo significativo (estresor) capaz de activar *la respuesta de estrés*, la cual media, tanto en el desarrollo de una personalidad sana como en la génesis de varias disfunciones psicobiológicas (enfermedades psicosomáticas, conversiones) y enfermedades orgánicas (enfermedad coronaria, ulcus, colitis ulcerosa, etc.), según sean las diferentes vulnerabilidades y recursos adaptativos individuales.

Desde la perspectiva psicosocial proponemos esta definición integradora del estrés como el resultado individual de la discrepancia percibida entre las demandas planteadas y los recursos con los que se cuenta y que produce percepción de riesgo de pérdida de control sobre la situación vital experimentada, y que motiva el intento de recuperar el control adaptativo. En la experiencia estresante traumática el desbalance entre las demandas y los recursos es de tal magnitud que produce la vivencia catastrófica de pérdida total de control adaptativo, con bloqueo funcional operativo y/o realización de conductas de alto riesgo de ataque-fuga de la situación vivida como realmente insoportable.

Las respuestas de estrés pueden ser saludables o no, con efectos combinados sobre el estado afectivo y fisiológico del individuo, así como su conducta y sobre su funcionamiento cognitivo global.

En la Figura 1.1 se recogen de forma esquemática las consideraciones previas.

El diagnóstico diferencial de las respuestas de estrés es una tarea estresante pero no imposible. ¿Son respuestas normales o no? ¿El estrés es beneficioso o no? ¿El afrontamiento realizado es adaptativo o desadaptativo? Para empezar, es necesario reconocer que no existen estrategias de afrontamiento eficaces para cualquier persona en toda situación y ante cualquier problema, pero salvo algunas excepciones conocidas, es adaptativo hacer frente a los problemas en vez de negarlos. Estas excepciones, que justifican la regla general anterior son: postinfarto agudo de miocardio, dolor agudo, acúfenos, y cuando verdaderamente no hay nada que hacer: en todos estos casos particulares son preferibles estrategias de distracción y minimización de la percepción de estos riesgos concretos.

Con frecuencia las personas no somos conscientes de los fenómenos de *estrés crónico* que estamos experimentando y necesitamos de un objeto-espejo reflector eficaz que nos ayude a tomar conciencia de ellos, y a veces sólo se llega a la salud a través del duro camino de la enfermedad y de su tratamiento.

## LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

Ansiedad deriva del latín *anxietas*, que significa inquietud o zozobra del ánimo con sentimiento de incapacidad e inseguridad ante la anticipación de un peligro futuro. La ansiedad es un estado emocional desagradable, caracterizado por la vivencia de temor difuso y por varias sensaciones somáticas activadas por la percepción de riesgo. Es una respuesta adaptativa del organismo ante una amenaza real.

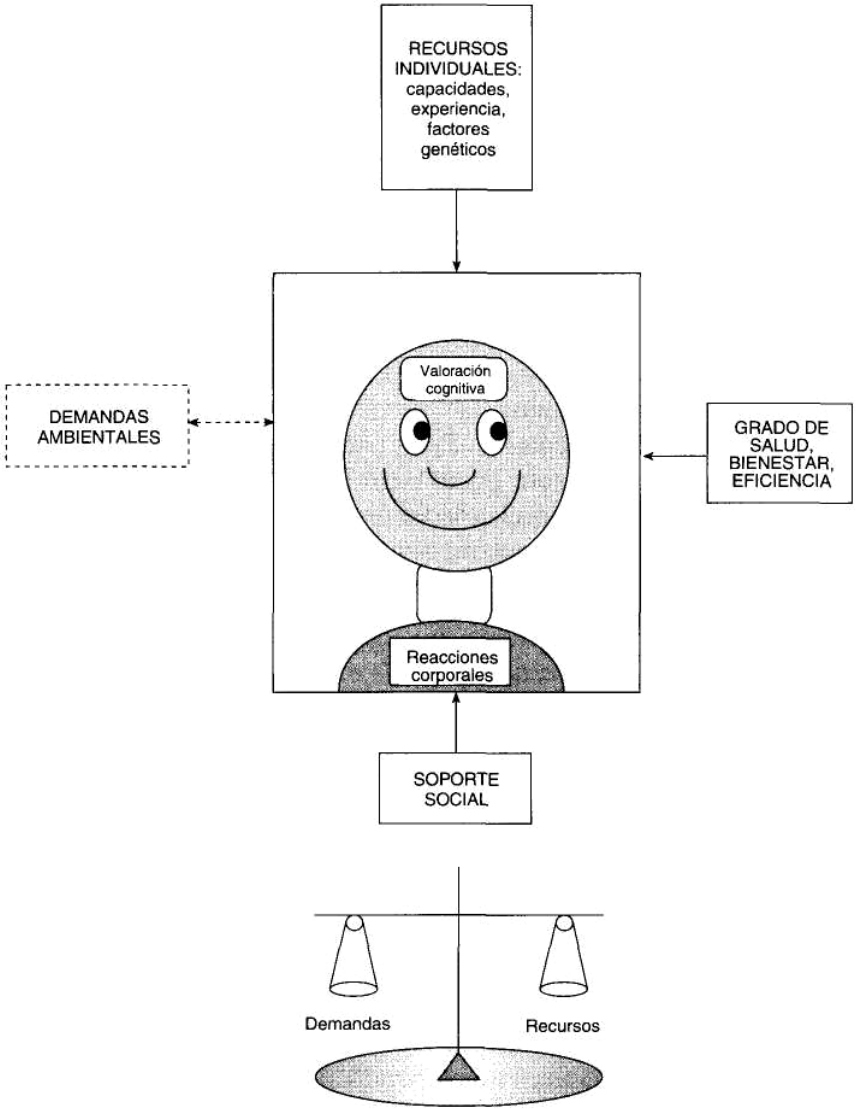


Figura 1.1. Un modelo biopsicosocial de estrés.

La vivencia de ansiedad es la manifestación subjetiva de un estado de activación emocional general suscitada por la percepción de amenaza, daño o pérdida de control personal. Angustia deriva del latín *angustiam* que significa estrechez o angostura, aflicción, sufrimiento o congoja. La *angustia* no debiera interpretarse como algo nocivo o perturbador para el ser humano, sino más bien (como lo entiende Heidegger y lo explica Gómez Bosque<sup>7</sup>) como una *experiencia fundamental del sufrimiento genérico del hombre* que le permite captar la realidad del mundo y la suya propia. Nos descubre la finitud y mortalidad de nuestra existencia. Por tanto, la angustia puede ser contemplada como «un estado anímico salvador, asumiendo el papel de voz de la conciencia que se presenta cuando vivimos inauténticamente. Nos habla de la infidelidad a nuestra vocación y nos descubre nuestro estado de caída existencial, para que podamos remediarlo». Para Heidegger, lo que caracteriza la angustia es un sentimiento que evidencia la nada, cuando reexperimenta la propia vida vacía de sentido. En la actualidad se considera que ansiedad y angustia son dos perfiles clínicos cualitativamente diferentes de un mismo proceso psicobiológico fundamental, que se encuentra en la base de cualquier alteración psicopatológica en la práctica clínica, mientras que el concepto de estrés se desarrolla en el ámbito experimental.

La ansiedad puede definirse como una emoción de malestar difuso, como una señal de alarma psicobiológica ante los estímulos amenazantes, que se acompaña de una serie característica de sensaciones somáticas (cardiorrespiratorias, gastrointestinales y neurológicas), así como de un estado de activación del sistema nervioso central. En la ansiedad normal se mejora la eficacia adaptativa al medio a través del aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento de las demandas en juego, mientras que con la ansiedad patológica se pierde la eficacia adaptativa, con deterioro significativo de la calidad de vida y de las relaciones sociales del paciente. Los trastornos de ansiedad constituyen las enfermedades psiquiátricas más prevalentes, de manera que en algún momento



de la vida más del 25 % de la población tendrá un trastorno de ansiedad. La ansiedad neurótica se produce por la percepción de amenazas internas, como deseos prohibidos e inaceptables para la conciencia moral inconsciente (*Super Yo*). Freud atribuía el miedo y la angustia a una serie causal de factores etiológicos complementarios. Destacaba por un lado temores de origen interno determinados filogenéticamente con fantasías primitivas de odio y muerte, y por otro lado temores aprendidos de experiencias reales vividas como abandono, amenazas y pérdidas de amor. Desde la teoría de las relaciones objétales, la ansiedad es la señal de alarma esencial que resulta de la percepción de la agresión experimentada por la frustración y separación de la madre o figuras sustitutivas necesitadas.

Darwin, en *La expresión de las emociones en el hombre y los animales* (1872), defendió la tesis de que las emociones expresadas son restos o vestigios de antiguas conductas concretas, con fuerte éxito adaptativo para la supervivencia, y que por eso persisten de forma automatizada en los individuos de una misma especie. Esto es coherente con los resultados de algunas investigaciones sobre la expresión gestual y sonora de emociones agradables y desagradables de niños sordomudos que son iguales, hasta los tres meses de edad, que la de los niños normales. Por otra parte, estudios realizados en primates y en niños demuestran que el grado de susceptibilidad al miedo es inversamente proporcional a la calidad del vínculo de la cría y de sus padres. Así, cuando se consolida un vínculo de confianza básica entre ellos, el niño muestra una escasa tendencia a sufrir ansiedad, mientras que si no ocurre así presentará una mayor vulnerabilidad al sufrimiento de ansiedad. En la especie humana, el periodo crítico para lograr o no consolidar este vínculo suficientemente bueno, se extiende a lo largo de los tres primeros años de vida, aunque de forma gradual descendente se extiende hasta el final de la adolescencia, siendo éste el periodo sensible durante el cual cada individuo desarrolla una imagen genérica de las personas con las que se relaciona afectivamente. Se han detec-

tado algunas conductas maternas que causan ansiedad en los niños, como las amenazas de abandono y las separaciones de los padres durante la infancia, y, sobre todo, la inducida por padres ansiosos que transmiten la ansiedad a sus hijos por contagio emocional directo.

En el miedo la ansiedad es producida por un peligro real, conscientemente percibido, mientras que en la ansiedad, propiamente dicha, se produce la percepción de riesgo por la anticipación de un peligro, que puede ser externo (p. ej., la muerte del cónyuge) o interno, es decir, determinado por la existencia de conflictos inconscientes.

Pero más allá de sus formas de expresión, la ansiedad es un estado emocional vital para la toma de conciencia de sí mismo como ser humano esencialmente conflictivo, es decir, capaz de saberse «uno mismo» como protagonista activo y solidario con «otros semejantes».



---

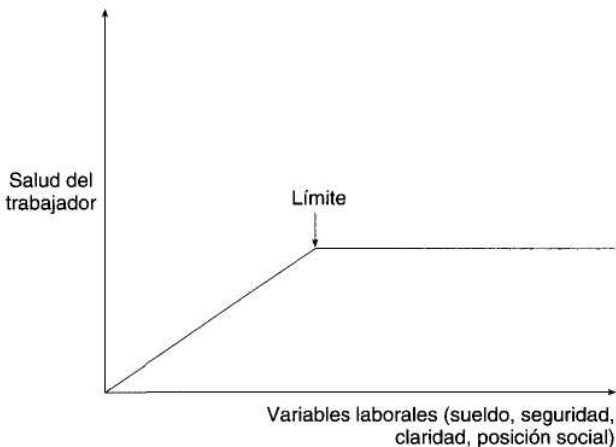
# El estrés laboral

El ámbito laboral determina la exposición del empleado a ciertos estresores que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual de estrés, bien sea adaptativa (aprendizaje y satisfacción) o desadaptativa (desgaste e insatisfacción). Se han descrito varias características laborales que influyen en la salud del trabajador, como son el tamaño de la empresa, el nivel jerárquico que ocupa, la responsabilidad que tiene, la estabilidad en el empleo, las disfunciones de rol (sobrecarga, ambigüedad, conflictos) y la falta de participación en la toma de decisiones y en el control organizativo. Según el modelo de Peter Warr (1987), se ha demostrado de forma consistente que son nueve las características del trabajo que condicionan el grado de salud mental del trabajador, y que se presentan en la Tabla 2.1. De forma general, al aumentar la cuantía de cada una de las variables ocupacionales, mejora la salud mental de los trabajadores, y al disminuir se deteriora. Warr<sup>8</sup> desarrolla lo que denomina *el modelo vitamínico* de estrés laboral, según el cual a partir de un cierto límite (Fig. 2.1) aunque se aumenten o mejoren algunos factores laborales no mejora la salud mental del trabajador como ocurre con las vitaminas C y E. Así sucede con el sueldo, la seguridad en el empleo y la valoración-

**Tabla 2.1.** CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR (Warr, 1987)

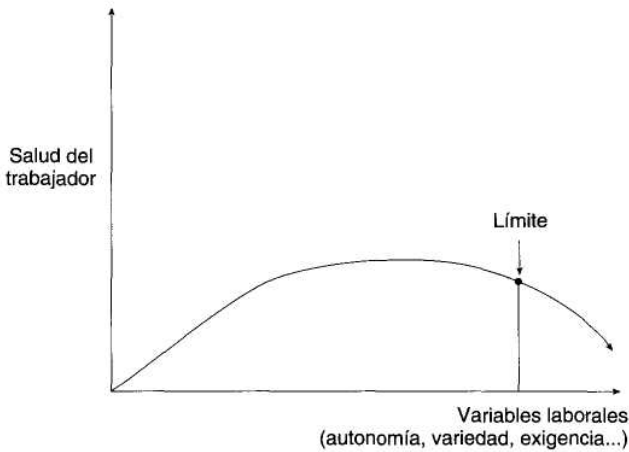
1. Autonomía (AD).
2. Uso de capacidades (AD).
3. Objetivos externos (AD).
4. Variedad de la tarea (AD).
5. Claridad ambiental (CE).
6. Salario (CE).
7. Seguridad física (CE).
8. Relaciones interpersonales (AD).
9. Posición social (CE).

AD es el acrónimo de Disminución de la Acción y CE de Efecto Constante en inglés.



**Figura 2.1.** Modelo vitamínico de Warr.

posición social (estas variables se han marcado en el texto con un asterisco). Por otra parte, sucede que si el resto de las variables o factores referidos aumentan demasiado (Fig. 2.2), se produce un daño en la salud del trabajador como ocurre con las vitaminas A y D. Así ocurre por ejemplo cuando se persiguen demasiados obje-



**Figura 2.2.** Modelo vitamínico de Warr.

tivos externos, como exigir excesivos resultados, realizar una gran variedad de tareas o establecer innumerables relaciones interpersonales. En el ámbito sanitario sería necesario incluir un décimo factor fundamental que es la calidad de la supervisión.

El estrés laboral resulta del desequilibrio mantenido entre las demandas que el ejercicio profesional exige y las capacidades de afrontamiento del trabajador. Desde la perspectiva científica actual, puede asegurarse que más importante que la demanda ocupacional (agentes estresantes), son los recursos que se destinan a un afrontamiento eficaz del estrés, tanto a nivel individual como institucional: un afrontamiento eficiente de la demanda facilita el aprendizaje (mayor comprensión y desarrollo de nuevos recursos adaptativos), la capacidad de predicción y de control, y la satisfacción laboral, procurando una mayor autoeficacia o maestría personal. Un afrontamiento desadaptativo suele estar orientado a la evitación o escape de las demandas, y origina ansiedad patológica, desgaste personal y un mayor riesgo de alteraciones psicosomáticas como la depresión.

El estrés laboral puede manifestarse por tres tipos de síntomas y enfermedades:

1. Psicológicos, como ansiedad, hostilidad y depresión.
2. Síntomas físicos, como cefaleas, úlcera gastroduodenal o hipertensión, y
3. Síntomas conductuales, como absentismo, siniestrabilidad y baja productividad.

---

# El estrés laboral del médico

*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, 2 AD.

Numerosos estudios muestran que la vida del médico puede ser personalmente satisfactoria y profesionalmente valiosa. El médico está ubicado en una posición social en la que puede ganarse el respeto de sus colegas, la admiración de sus pacientes, alcanzar un suficiente bienestar económico, y desarrollar una rica vida intelectual y emocional. Sin embargo, se estima que entre un 10 y un 20 % de médicos están emocionalmente perturbados.

Ya desde la primera edición del *Tratado de medicina interna* coordinado por el Dr. Harrison, en su primer capítulo, «La práctica de la medicina», puede leerse:

«No cabe mayor suerte, responsabilidad u obligación en el destino de un hombre que convertirse en médico. Para atender a los que sufren, el médico debe poseer habilidades técnicas, conoci-



miento científico y calor humano. Sirviéndose de todo ello con coraje, humildad y sabiduría, puede el médico prestar un servicio único a sus congéneres, a la vez que forma dentro de sí un firme carácter. El médico no ha de pedir más a su destino, pero tampoco ha de contentarse con menos. Del médico se espera tacto, simpatía y comprensión...», «...cualidades humanitarias, respeto y compasión» Y «... su disponibilidad en todo momento...», aunque el enfermo «le provoque emociones fuertemente negativas y, a veces, también fuertemente positivas. Los médicos deben estar atentos a sus propias reacciones ante dichos pacientes y situaciones para controlar su conducta de modo que la principal motivación de sus acciones siga siendo, en todo momento, el mejor interés del paciente». Ser médico, más que una profesión, es una digna forma de «estar en la vida», es un «proyecto vital», algo por lo que luchar con esfuerzo, y por lo que vivir como protagonista activo, aunque tales valores idealizados pueden mediar en conflictos más intensos con limitaciones reales de uno mismo y de los demás.

El Consejo Americano de Medicina Interna define, en 1994, la profesión médica como «los atributos y conductas que sirven para mantener el interés del paciente por encima de nuestro propio interés», e incluye: 1) El compromiso personal con las normas más elevadas de la excelencia en la práctica de la medicina y en la producción y divulgación de los conocimientos. 2) El compromiso con las actitudes y conductas que se orientan al interés y bienestar de los pacientes. 3) El compromiso para responder a las necesidades de salud de la sociedad. «La profesión médica aspira al altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad y el respeto a los demás.»

Reflexiones como las precedentes, exaltadoras de la profesión y de la figura del médico, han contribuido y contribuyen a mantener una aureola idílica, alejada de la realidad cotidiana del quehacer médico. Tales comentarios y creencias pueden actuar como *grilletas esclavizadoras* de muchos profesionales y predisponerles a un prematuro desgaste profesional.

En 1963, Marañón destacó «el ambiente melancólico en que suele vivir el profesional de la medicina», que le impulsa a desarrollar otras actividades saludables compensatorias. Asimismo, criticó que muchos jóvenes eligen la medicina, no por lo que tiene de ciencia experimental y rigurosa, «sino por su leyenda sentimental y romántica, de sacrificio».

Sobre el trabajo médico se han publicado numerosos trabajos, como los estudios clásicos de Freidson, ya mencionados, quien reconociendo el liderazgo protagonista que ejerce el médico sobre los cuidados de salud, cuestiona su autonomía profesional en una sociedad democrática y establece como límite de la misma el interés público y el bien común. Freidson admite que la autonomía profesional ha facilitado la progresión del conocimiento científico sobre la enfermedad y su tratamiento, pero no ha podido mejorar las formas sociales de aplicar dicho conocimiento.

Mechanic<sup>9</sup> advierte del riesgo que se corre con el aumento de la complejidad de la práctica moderna que impulsa una excesiva especialización y fragmentación asistencial «y hace que los médicos trabajen como en una línea de producción en serie, lo que disminuye la única satisfacción posible en la práctica que es la que proporciona la relación con el enfermo». Describió que la bondad de dicha relación médico-paciente es inversamente proporcional a la carga de trabajo asistencial. Esto es, una mayor presión laboral se asocia con menor interés por los problemas psicosociales de los enfermos y con la frustración del médico y «un médico frustrado tiende a ser mal médico y a trabajar poco».

Freud insiste en la importancia del autocontrol emocional, y justifica la neutralidad afectiva, «porque crea para ambas partes las condiciones más ventajosas: para el médico, el muy deseable cuidado de su propia vida afectiva; para el enfermo, el máximo grado de socorro que nos es posible prestarle»<sup>10</sup>.

La mayoría de los médicos encuentra que su trabajo es satisfactorio, pero, a la vez, sufren con frecuencia de estrés laboral. Los

aspectos más agradables del trabajo se basan en el contacto personal con los pacientes por la satisfacción de poder ayudarles; a la vez que los aspectos menos agradables se asocian con una alta presión psicológica asistencial.

Mármor<sup>11</sup> describió «el sentimiento de superioridad» como un riesgo ocupacional en la práctica del terapeuta, al reforzar su grandiosidad inconsciente: el profesional debe estar permanentemente en guardia contra la tendencia defensiva a refugiarse en la arrogancia. Es importante que el profesional sanitario sea capaz de admitir los errores y las debilidades humanas propias y del paciente, así como no fomentar en él la ilusión de encarnar la perfección. Es «El complejo de Dios» que describiera Jones en 1913, en personas con fuertes tendencias exhibicionistas inconscientes.

En la interacción personal que caracteriza la relación médico-paciente, pueden distinguirse dos tipos de conductas: la *conducta instrumental* orientada a la tarea diagnóstica y terapéutica de la enfermedad, que requiere competencia instrumental del médico (habilidad técnica); y la *conducta expresiva* o social, focalizada en las relaciones interpersonales, y que le demanda competencia psicosocial. Ambas conductas están inversamente relacionadas de forma habitual. La conducta instrumental y la expresiva son los dos componentes básicos de todas las profesiones asistenciales, de servicio o de ayuda. Tradicionalmente la profesionalización del rol médico (ocupado preferentemente por varones) se consolidó con la progresiva especialización instrumental, mientras que la profesionalidad del rol de enfermera (ocupado preferentemente por mujeres) retuvo en su núcleo la importancia de la competencia socio-emocional. Esta dicotomía está desapareciendo. La medicina moderna demanda aunar competencia instrumental y emocional para lograr la mejor calidad asistencial. Se trata de una concepción unitaria de la medicina que requiere hacer un trabajo añadido de integración. La fragmentación asistencial implícita en la superespecialización actual («el lastimoso desmembramiento del arte de

curar» que denunciara Vesalio en pleno Renacimiento) no debe, ni tiene por qué, asociarse de forma inevitable a la disociación estresmental-expresiva o socio-emocional.

El estrés laboral del médico resulta de la acumulación de estresores asociados al desempeño de su profesión cuando las demandas laborales sobrepasan los recursos de afrontamiento disponibles. Las demandas del trabajo dependen, como acabamos de exponer con anterioridad, de determinadas características organizativas, como son la estructura y el clima organizacional, la carga de trabajo o la autonomía del empleado; así como de la personalidad individual del trabajador.

Las variables organizativas más determinantes del grado de satisfacción y de estrés laboral de los médicos son: el grado de autonomía sobre el desarrollo de la tarea, la oportunidad de aprender y desarrollar habilidades técnicas, la variedad de la tarea y la capacidad de establecer relaciones personales. La oportunidad de participar en la toma de decisiones se asocia a una mayor satisfacción laboral, mejor calidad de vida y mayor longevidad. La sobrecarga crónica de trabajo es un significativo factor de riesgo que predice enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio, el desarrollo de trastornos depresivos y de ansiedad, así como una mayor prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas ilegales<sup>12-13</sup>.

La adaptación del médico a su medio va a depender de la calidad de sus recursos de afrontamiento disponibles (*competencia*): conocimientos teóricos, capacidad instrumental (habilidades técnicas), y actitudes para establecer relaciones humanas cooperativas.

Los principales estresores organizacionales reconocidos de forma consistente por los médicos son:

1. *Los bajos salarios* que confirman su pérdida de estatus social y le refuerzan una imagen profesional negativa.
2. *La ausencia de una adecuada planificación* del desarrollo profesional, desde las facultades de Medicina (planes de estu-

dio, integración teórico-clínica, formación psicosocial y biomédica, etc.) hasta la jubilación.

3. *La sobrecarga cuantitativa* (demasiado trabajo en poco tiempo) y *cualitativa de trabajo* (demasiado complejo, o demasiado difícil). En la sobrecarga cualitativa, la tarea a desarrollar excede las capacidades técnicas de una persona. Este tipo de sobrecarga es la que se da con mayor frecuencia en las organizaciones profesionales, como son las sanitarias. El trabajo es demasiado complejo por la gran cantidad y sofisticación de información a utilizar, y por la dificultad del proceso de toma de decisiones. Las principales dificultades dependen de la importancia de las consecuencias que se pueden derivar, de las responsabilidades personales asumidas, de las posibilidades de resultados no esperados y de los fracasos terapéuticos. La exposición habitual del médico al sufrimiento humano suele provocarle una reacción defensiva de distanciamiento emocional, para polarizarse en la tarea orientada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con exclusión del propio enfermo. Éste puede sentirse agredido por la aparente frialdad del médico, y responde con desconfianza, mal-cumplimiento terapéutico, quejas al servicio de Atención al Paciente, e, incluso, con demandas judiciales por mala práctica.

La enfermedad y la muerte han sido, desde siempre, problemas esenciales del ser humano, que padece de una tanatofobia generalizada, y no muchos profesionales son capaces de afrontarlas con serenidad y respeto, para poder entablar con el paciente las necesarias condiciones de proximidad y empatía.

4. *La incertidumbre de la práctica clínica* y dificultad del proceso de toma de decisiones en el menor tiempo posible, con las elevadas (y a veces irrealistas) expectativas sociales sobre la eficacia médica moderna, y con la importancia de las posibles consecuencias derivadas para la salud de otras personas.

5. *La pérdida de control del médico actual sobre la gestión* de los recursos sanitarios, que dependen de una estructura burocrática,

con la consiguiente falta de autonomía y frustración ocupacional que dañan la autoestima del médico.

6. *Los estresores psicosociales* generados en el medio ambiente vivido por el médico como un *entorno de presión amenazante*: escrutinio de su actividad por los equipos directivos, la administración, los familiares, la amenaza de judicialización, etc.

7. *Interferencias del trabajo en la vida personal y familiar*, por la elevada dedicación exigida, con falta de la adecuada compensación económica. El médico ha perdido disponibilidad familiar, valoración social y poder adquisitivo, todo lo cual contribuye a generar una auto-imagen devaluada teñida de insatisfacción.

8. *Arquitectura sanitaria*. Los hospitales diseñados en las últimas décadas son un buen ejemplo de disfuncionalidad: enormes masas de cemento, grandes alturas, miles de camas, masificación de consultas, hacinamiento de pacientes, colas en comedores... Todo aporta frialdad, burocracia y despersonalización.

Firth (1986) estudió los niveles y las causas de estrés en los estudiantes de Medicina y reconoció como principales estresores la comunicación con los enfermos; el tratar con el sufrimiento y la muerte; la relación con los médicos (staff y residentes), situaciones en que se los humilló delante de sus compañeros, así como la vivencia de que la profesión médica ha fracasado (incapacidad ante la muerte). Todos estos factores les producen vivencias de frustración e impotencia, al tiempo que dañan su autoestima personal".

Durante el periodo de formación del programa M.I.R., aumentan los efectos dañinos del estrés y se ha comunicado una elevada prevalencia de depresión (hasta del 25 % al 30 % de los médicos residentes), de conductas adictivas, somatizaciones y conflictos familiares. Estos trastornos se han asociado a excesivas cargas de trabajo y de exigencias propias, alta competitividad entre iguales, privación de sueño, inseguridad laboral futura y algunas situaciones especialmente difíciles, como la muerte de un paciente, la sobreidentificación y las equivocaciones.

### Carta anónima de una residente

*«Esta residencia lleva consigo una considerable cantidad de amargura. Trabajamos un mínimo de 80 horas a la semana, a veces 120. Los jefes pocas veces te lo reconocen, de modo que el hospital no tiene en cuenta al personal residente. Por otra parte, da la impresión de que hay envidias por cualquier cosa. Mi vida social no existe con respecto a los hombres y a las relaciones sexuales. Mi última cita fue hace más de un año, y mi última noche de juerga hace seib meses.*

*Dudo entre preguntarme qué hago yo mal o echarle la culpa al sistema que me oprime y me deprime. Mis deseos de contacto amoroso están decayendo. En este aspecto no confío en que alguna vez pueda tener una buena relación afectiva, sin negar que sería agradable. Me apoyo en mis amigos, pero mi ritmo me permite verles sólo una o dos veces al mes. Mi tiempo se llena sólo con trabajo y preparando seminarios, y me deja deprimida y atrapada, sintiéndome agotada física y mentalmente.*

*Los tres amigos de nuestro programa hacíamos planes de invertir mucho esfuerzo, pero todos sentimos que no merece la pena. Ninguna gratificación posterior puede compensar estos últimos años de juventud, ya en los albores de la treintena. No soy una suicida, pero, a veces, he de echar mano de todas mis fuerzas para poder seguir adelante, y, a veces, no me importaría no despertarme. Dormir es uno de los lujos más grandes. Estoy continuamente falta de sueño»<sup>15</sup>.*

La motivación para estudiar medicina es una cuestión compleja, y hay tantos factores conscientes como inconscientes que empujan a una persona a proseguir la ardua y prolongada formación necesaria para llegar a ser médico. Algunos de estos factores pueden asentar tanto en recursos sanos de la personalidad como en mecanismos neurótico-conflictivos (por ejemplo en las propias necesidades de dependencia).

Indudablemente la estructura de la carrera médica es un importante origen de estrés, por una mala programación y desajuste entre las diferentes asignaturas, con solapamientos tediosos y lagunas injustificables. En este sentido, destaca la ausencia o la falta de profundidad en las materias psicosociales y psicobiológicas, así como el imprescindible entrenamiento en habilidades sociales, en el afrontamiento del estrés para la confrontación con la muerte, en el manejo de los errores médicos, de la información a los pacientes y a los familiares, por poner sólo algunos ejemplos mayores. Con frecuencia, las presentaciones teóricas están muy alejadas de la realidad, produciéndose una disociación teórico-práctica que, al hacerse evidente en la realidad diaria, genera frustración y erosiona las expectativas previstas y la autoestima personal.

No es posible estudiar la cultura sanitaria, el clima humano existente dentro de la organización sanitaria, al margen del contexto social del que forma parte la cultura occidental de nuestra sociedad. Esta cultura (¿postmodernismo?) se define en la actualidad por el predominio progresivo de formas democráticas de vida social, por la confianza en el dominio científico-técnico del presente y por el predominio de las relaciones sociales egocéntricas. En este último aspecto destaca: 1) Un individualismo frente a un humanismo solidario, transformacional y universal; 2) Unas relaciones interpersonales con rasgos narcisistas, con alta preocupación por la imagen externa, búsqueda inmediata de gratificaciones y pensamiento insensible a las necesidades ajenas; 3) Un consumismo cultural, destacando la cultura de la diversión y sin esfuerzo, el culto al dinero y la política electoralista del voto; 4) Por último, un egocentrismo emocional con máxima preocupación por sí mismo, y evitación del compromiso interpersonal.

Por ello, una adecuada competencia psicosocial debe ser no sólo una característica personal sino también un rasgo distintivo de la profesión médica.

Ser médico *imprime carácter* individual y social y se manifiesta por unos característicos ideales humanistas a la vez que por



una reconocida responsabilidad por la vida del ser humano. Desde este compromiso del médico con la vida, se entiende el alto grado de exigencia de rendimientos y la sensación de responsabilidad que, sobre todo en médicos con predominio de rasgos obsesivos y depresivos de carácter, les hace vivir con sentimientos crónicos de *no hacer todo lo suficiente*, de tener prisa continua y de carecer de tiempo para su autocuidado, su familia y actividades de recreo.

Aunque los estresores ocupacionales no son relativamente sensibles a las soluciones individuales de afrontamiento, se ha documentado la importancia de los factores personales de protección frente al estrés. De hecho, la mayor parte de la gente cuando experimenta situaciones estresantes severas (como crisis personales, accidentes o pérdidas significativas), resurgen de ellas, no sólo sin haber enfermado, sino fortalecidos. ¿Cómo es esto posible?: porque disponen de recursos adaptativos vitales que les permite recuperar su homeostasis psicobiológica. Entre estas *fuerzas saludables*, se encuentran las siguientes:

1. El sentido del humor, la capacidad sublimatoria creativa, la capacidad de anticipación y de elaboración de las pérdidas.
2. La capacidad de comprensión emocional (*insight*) acerca de uno mismo y de los demás.
3. Una eficiente regulación de la autoestima personal a través del trabajo bien hecho y del amor maduro.
4. La apertura mental a la vivencia de lo nuevo, con capacidad de aprender de las experiencias de satisfacción y de frustración cotidianas.
5. La capacidad para establecer relaciones interpersonales sanas, también denominada soporte social.

---

# Medición del estrés

Para la medida del estrés no existe ningún parámetro simple que refleje, de forma fiable, el grado de estrés individual, y es necesario recurrir a un conjunto de pruebas que registren los distintos índices individuales de respuesta.

Se ha estudiado la magnitud de la respuesta de estrés a través de varios indicadores médicos, como son la incidencia de enfermedad coronaria, la presencia de molestias somáticas varias, el uso de los servicios médicos o los niveles de patrón de conducta tipo A. También se han utilizado escalas psicométricas, cuya ventaja principal es la estandarización que ofrecen en la evaluación de los resultados. Así, por ejemplo, se puede utilizar el índice de reactividad al estrés de González de Rivera (1989), que se representa más adelante y que consiste en una escala autoaplicada que mide síntomas y conductas relacionadas con el estrés general<sup>16,17</sup>.

El índice de Reactividad al Estrés (IRÉ) de González de Rivera, es una escala auto aplicada, que permite la cuantificación válida y fiable de la respuesta individual de estrés como variable de rasgo bastante estable a lo largo del tiempo. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 32 reacciones típicas al estrés, y se puntúa cada una con un punto.

El autor considera que *la puntuación de corte es 9*, de tal modo que una puntuación superior a dicha cifra indicaría un probable trastorno de estrés.

## ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

J. L. GONZÁLEZ DE RIBERA, 1990

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue.

Por favor, marque las respuestas que le parecen más próximas a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. Puede modificar o añadir algo si lo desea.

1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo.
2. Pérdida de apetito.
3. Desentenderse del problema y pensar en otra cosa.
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo.
5. Palpitaciones, taquicardia.
6. Sentimientos de depresión y tristeza.
7. Mayor necesidad de comer, aumento de apetito.
8. Temblores, tics o calambres musculares.
9. Aumento de actividad.
10. Náuseas, mareos, inestabilidad.
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma.
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc.
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.
14. Dolores de cabeza.
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación.

16. Disminución de la actividad.
17. Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales.
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo.
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir.
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo.
21. Agotamiento o excesiva fatiga.
22. Urinación frecuente.
23. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad.
25. Diarrea.
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.).
27. Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste.
28. Aumento de apetito sexual.
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden.
31. Mayor dificultad en dormir.
32. Necesidad de estar acompañado y ser aconsejado.

El estrés laboral del médico puede valorarse por el cuestionario de Revicki, May y Whitley (1991) como veremos seguidamente y que consta de dieciocho ítems en la versión definitiva, y que fue diseñado para medir las percepciones de estrés (distrés) en el profesional sanitario. Su desarrollo, fiabilidad y validez se realizó con un total de 1.830 profesionales sanitarios norteamericanos: médicos, residentes y enfermeros. Se incluyeron ítems que representaban 18 frases que reflejan síntomas indicativos de estrés ocupacional, no específicos para ningún grupo particular, lo que asegura la generabilidad de los resultados en los diferentes grupos sanitarios. Se usó una escala de respuestas de cuatro puntos que se distribuye desde *no es aplicable a mí*, hasta *se aplica a mí totalmente*<sup>18</sup>.

Revicki y May han validado la siguiente escala autoaplicada para medir el estrés subjetivo de los médicos:

## CUESTIONARIO DE ESTRÉS EN EL TRABAJO

(REVICKI y MAY, 1983)

### Respuestas:

1. Nunca se aplica a mí.
2. Se aplica un poco a mí.
3. Se aplica a mí mucho.
4. Se aplica a mí siempre.

*Ponga una cruz sobre el número de la respuesta elegida*

1. El trabajo interfiere en mi vida de familia . . . .	1	2	3	4
2. Mis expectativas iniciales sobre el trabajo se han cumplido .....	1	2	3	4
3. Estoy más nervioso de lo que solía estar . . . .	1	2	3	4
4. Soy todavía el colaborador que solía ser . . . .	1	2	3	4
5. A veces me aislo para no tener contacto con nadie .....	1	2	3	4
6. Parece que no pudiera obtener el reconocimiento que merezco .....	1	2	3	4
7. Me siento culpable cuando no cumplo bien mi cometido .....	1	2	3	4
8. Los compañeros colaboran en el trabajo adecuadamente .....	1	2	3	4
9. Mi productividad ha mejorado.....	1	2	3	4
10. Mis responsabilidades son muy diferentes a las que yo esperaba .....	1	2	3	4
11. Mi desarrollo profesional y mi cualificación siguen mejorando.....	1	2	3	4
12. Mi preocupación por el trabajo hace difícil que me libere de él en casa .....	1	2	3	4
13. A menudo siento que los demás quieren aprovecharse de mí .....	1	2	3	4
14. Mis discusiones en casa con los más próximos a mí han aumentado últimamente .....	1	2	3	4
15. Me despisto a veces en el trabajo .....	1	2	3	4
16. Trabajo mucho pero me cunde menos .....	1	2	3	4
17. El reconocimiento por mi contribución al trabajo ha sido siempre escaso .....	1	2	3	4
18. A menudo llego tarde al trabajo .....	1	2	3	4

Este cuestionario consta de 18 ítems y se diseñó para medir el estrés percibido en el ámbito sanitario. La puntuación del cuestionario se obtiene invirtiendo los valores de 6 ítems (2, 4, 8, 9, 11 y 15), y sumando luego los de todos los ítems, puntuaciones directas e inversas. La puntuación total puede fluctuar desde 18 a 72. El cuestionario se completa en cinco minutos.

La media obtenida en los médicos americanos fue de  $34,19 \pm 10,03$  (DS), y en la muestra de médicos españoles fue de  $37,46 \pm 6,19$ . Se considera que existe un elevado grado de *estrés* cuando la puntuación es superior a 44.

Proponemos finalmente utilizar el cuestionario autoaplicado de Maslach y Jackson para medir el desgaste laboral de profesionales (*burnout ob.*) que prestan servicio directo al usuario.

La mayoría de las personas precisa diez o quince minutos para completarlo. Sólo se presente la escala de frecuencia porque estas puntuaciones se asocian de forma significativa con las de intensidad. Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas máximas se especifican en la Tabla 4.1.

**Tabla 4.1**

<b>Escala</b>	<b>Elementos</b>	<b>P.D. máxima</b>
CE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
DP	5, 10, 11, 15, 22	30
RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

CE = Cansancio emocional; DP = Despersonalización; RP = Realización personal; P.D. = Puntuación directa.

La corrección de cada escala consiste en sumar las puntuaciones de los elementos que las constituyen. Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33.

El cuestionario de B. de Maslach de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Ha sido adaptado a la población es-

pañola por Moreno, Oliver y Aragonese<sup>43</sup>. Se trata de un cuestionario autoadministrado constituido por veintidós ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. La subescala de agotamiento emocional consta de nueve ítems midiendo el cansancio emocional, la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La subescala de realización personal se compone de ocho ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

### MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) (44)

Marcar con una X la respuesta que crea oportuna:

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces al año o menos.
- 2 = Una vez al mes o menos.
- 3 = Unas pocas veces al mes.
- 4 = Una vez a la semana.
- 5 = Pocas veces a la semana.
- 6 = Todos los días.

1. Me siento emocionalmente defraudado por mi trabajo.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1		2		3		4		5		6
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1		2		3		4		5		6
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6

4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6

5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fuesen objetos impersonales.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6

6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6

7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6

8. Siento que mi trabajo me está desgastando.  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6

9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo  
¿Con qué frecuencia siento esto?

1       2       3       4       5       6



10. Siento que me he hecho más duro con la gente.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Me siento frustrado por mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

¿Con qué frecuencia siento esto?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---



---

# Síndrome del «burnout» o de desgaste profesional

## RECUERDO HISTÓRICO

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberger, psiquiatra que junto a otros asistentes voluntarios trabajaba en una clínica para toxicomanos en Nueva York. Observó que hacia el año de empezar a trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación para el trabajo. Freudenberger describió cómo estas personas iban modificando su conducta y se volvían poco sensibles, nada comprensivas e, incluso, agresivas con los pacientes<sup>19</sup>.

Por aquél entonces (1976) la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los trabajadores de las profesiones de ayuda, calificó a los afectados de «sobrecarga emocional» con el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Le llamó *síndrome burnout o de desgaste profesional*. Maslach decidió emplear este feliz término descriptivo porque los afectados se sentían fácilmente identificados

con él y no era estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos. Desde entonces el término, *síndrome burnout* («quemado») como expresión del sufrimiento y desgaste emocional en el trabajo, ha hecho fortuna, tanta que ha perdido consistencia científica por ambigua e inespecífica y ha pasado a ser un gran cajón de sastre donde incluir cualquier desajuste socio-laboral<sup>20</sup>.

## DEFINICIÓN

La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986. Se trata de «un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas». Incluye: 1) *agotamiento emocional*, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales; 2) *despersonalización o deshumanización*, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad, y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado; y 3) *falta de realización personal*, con tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Para Maslach, este síndrome se da exclusivamente en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y los educadores, que prestan servicios al público.

En 1981, Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: «Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes». Pines destaca la importancia que tienen la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, la supervisión y las oportunidades de promoción, aprendizaje continuado y desarrollo de una carrera profesional como instrumentos necesarios (preventivos y terapéuticos) para evitarlo<sup>21</sup>.

Freudenberger describe que las personas con riesgo de desarrollar el *síndrome de «burnout»* (SB) son «idealistas, optimistas e

ingenuas», y se entregan en exceso al trabajo para conseguir «una buena opinión de sí mismos.» Este tipo de motivaciones inconscientes pueden producir una alta motivación y compromiso profesional, como también la pérdida ulterior de sus elevados y costosos ideales, mal rendimiento laboral, baja autoestima y aislamiento social. Para Maslach, son las inadecuadas demandas emocionales auto y heteroimpuestas, imposibles de satisfacer, las que producen la vivencia de fracaso personal.

En España, Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí<sup>22</sup>, han utilizado la feliz expresión *Síndrome de Desgaste Profesional* (SDP) para referirse al mismo concepto de Maslach y Jackson, y que nosotros utilizaremos desde este momento. Asimismo, Gervás y Hernández, en 1989, lo han denominado la *enfermedad de Tomás*, en homenaje al neurocirujano frustrado protagonista de la novela de Kundera *La insoportable levedad del ser*<sup>23</sup>.

El *síndrome de desgaste profesional* (SDP) es la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas. Se produciría un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre unas *excesivas demandas* laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos *limitados recursos* de afrontamiento.

En síntesis, el SDP se caracteriza por cinco factores comunes a todas las definiciones presentadas. A saber:

1. Síntomas disfóricos, sobre todo de agotamiento emocional.
2. Alteraciones de conducta (conducta anormal del rol asistencial o despersonalización de la relación con el enfermo/cliente) como evasividad, absentismo, conductas adictivas, etc.
3. Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.
4. Inadecuada adaptación al trabajo con vivencias de baja realización personal.
5. Disminución del rendimiento laboral, desmotivación y desinterés.

## ETIOLOGÍA

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como de satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del médico se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo. Por tanto, una adecuada formación psicosocial puede permitir al profesional sanitario tolerar mejor y afrontar de forma más satisfactoria la inevitable ansiedad del paciente y su familia.

## Factores demográficos

*Edad:* Se da con más frecuencia entre los jóvenes. La satisfacción laboral aumenta con la edad y se sabe que la satisfacción con el trabajo es el mayor predictor de longevidad. *Sexo:* Las mujeres presentan más estrés laboral que los varones. *Estado civil:* los solteros son más proclives al desarrollo del desgaste profesional.

## Características del trabajo

El SDP se asocia con: sobrecarga de trabajo, conflicto de rol (ambigüedad), falta de participación, ausencia de control, trabajo clínico (relación directa con enfermos), especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales.

## Actitudes en el trabajo

El SDP se asocia positivamente con expectativas irrealistas en el trabajo, meticulosidad y perfeccionismo excesivos, individualismo y falta de trabajo en equipo, y con hostilidad.

## Características de personalidad

Se asocia de forma terminante con personalidades teñidas de conflictos emocionales en su infancia que las han hecho ser narcisistas y ambiciosas de modo obsesivo, ansiosas o depresivas.

## PATOGENIA

El SDP se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo. Para Chernis (1980) «es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral». Dicho autor describió tres fases evolutivas. En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir, se trataría de una situación de estrés psicosocial. En la segunda, se produce un estado de tensión psicofisiológica (*strain*). Y en la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que se presta<sup>24</sup>.

Para Etzion (1987) es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin apenas señales manifiestas, y que evoluciona casi siempre de forma larvada hasta que hace eclosión repentina e inesperadamente, como experiencia devastadora de agotamiento personal, y sin que se pueda relacionar con ninguna situación estresante particular. Dice Etzion: «los mini-estresores o desajustes menores no causan alarma. Por eso el proceso de erosión puede continuar mucho tiempo sin ser detectado»<sup>25</sup>.

En conclusión, el *burnout* o *SDP* resulta de una discrepancia entre las expectativas e ideales individuales, por una parte, y la dura realidad de la vida ocupacional, por otra. Es la resultante desa-



daptativa de un estrés laboral crónico. El proceso de *burning-out* puede ser percibido conscientemente por la persona que lo padece, o bien puede negarse y mantenerse no reconocido durante mucho tiempo. Poco a poco, el médico se va sintiendo afectado, y va cambiando sus actitudes hacia el trabajo y hacia sus compañeros. Puede sentirlo a nivel emocional por sus concomitantes somáticos (palpitaciones, dolores, cansancio, etc.) o por su conducta en el trabajo (impaciencia, olvidos, altanería, hipercriticismo, etc.). La técnica formal o estilo que utiliza cada persona para afrontar estas señales de alarma (ansiedad, estrés percibido o *strain*) va a ser crucial para que se desarrolle o no el síndrome, para que resulte un rendimiento eficaz y satisfactorio, o bien para que se produzca el deterioro, la insatisfacción, y toda la sintomatología del SDP. Es preciso reconocer que no hay ninguna estrategia de afrontamiento que sea válida de forma universal, aunque suele ser eficaz y adaptativo un estilo de afrontamiento activo orientado al conocimiento y resolución de los problemas, y suele ser desadaptativo la conducta de escape.

Desde la óptica psicoanalítica se aprecia como un factor clave en la predisposición al síndrome, la existencia de unas necesidades emocionales insatisfechas desde la infancia que, por determinados mecanismos inconscientes de defensa (que no son del caso exponer), inducen una *vocación* de ayuda a los demás pero con predominio de mecanismos reparatorios insanos, narcisistas, neuróticos o, incluso, psicóticos. La motivación altruista surge al observar la necesidad de ayuda de otra persona, cuando se puede experimentar una relación empática (sintonía emocional) por identificación inconsciente con ella desde la vivencia dolorosa de necesidades insatisfechas y cuando se carece de los adecuados recursos de protección personal. La continua exposición a las necesidades de los demás puede hacer disminuir con el tiempo la motivación prosocial si no se sienten suficientemente satisfechas las necesidades personales. Se ha destacado la importancia de los rasgos de carácter depresivo y obsesivo-compulsivos en los médicos vulnerables al estrés ocupacional.

## LA SALUD DEL MÉDICO

El *SDP* es un importante mediador patogénico que daña la salud del médico, fenómeno ya señalado en 1947, por Dublin y Spiegelman<sup>26</sup> que destacan que «es notable descubrir que los hombres y las mujeres de la profesión médica, dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la suya.» También Dowling, (1959) describió el bien conocido triple signo de «ignorancia, indiferencia y falta de cuidado» de los médicos hacia su propia salud<sup>27</sup>.

Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos estudios disponibles revelan, con contundencia, que las tasas de alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a las de la población general (Tabla 5.1). Asimismo, las tasas de morbi-mortalidad por enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular), cirrosis hepática y accidentes de tráfico son tres veces más altas entre los médicos que en la población

---

### Tabla 5.1. CONDUCTA ADICTIVA Y ESTRÉS LABORAL

---

- El abuso de sustancias tóxicas es otra forma potencial de afrontar el estrés ocupacional, asociado con sentimientos de impotencia, alineación y falta de compromiso laboral.
  - Igualmente los trabajadores que no pueden participar activamente en la toma de decisiones sobre sus trabajos muestran mayores tasas de absentismo, de cambios de puesto de trabajo, insatisfacción y menor rendimiento laboral.
  - La reducción del estrés laboral media en la prevención de las toxicomanías, y se puede conseguir a través de:
    1. Minimizar impredecibilidad y ambigüedad.
    2. Involucrar a los trabajadores en la toma de decisiones.
    3. Enriquecimiento cualitativo del trabajo.
    4. Mejorar el soporte social en el trabajo y una supervisión eficaz.
    5. Reforzando a los trabajadores según sus rendimientos.
-

**Tabla 5.2. LA DEPRESIÓN EN LOS MÉDICOS**

---

- Los médicos y los profesionales sanitarios en general, son particularmente proclives a sufrir depresión.
  - Destaca que alrededor de un 30 % de los médicos en su primer año de posgrado muestran niveles de síntomas indicativos de depresión clínica, este índice baja luego, aunque se mantiene más alto que en población general (20 %-30 % frente al 15 %).
  - Las médicas son especialmente proclives a la depresión, con tasas más altas que otras profesionales, y mayores que los médicos, con 1,5 más posibilidades de estar deprimidas y 8 veces más de estar severamente deprimidas que ellos.
  - El abuso de alcohol está altamente relacionado con la depresión, como causa y como consecuencia de ésta.
  - **Causas:**
    1. Las desagradables condiciones de entrenamiento médico, con varios aspectos humillantes.
    2. La sobrecarga de trabajo y la pérdida de calidad de vida personal.
    3. Factores individuales: la autocrítica excesiva (Firth-Cozens y Morrison, 1985) y las altas necesidades de dependencia (Blatt y Zuroff, 1992).
  - **Se han destacado especialmente:**
    1. La interferencia con la vida privada.
    2. La responsabilidad clínica.
    3. La comisión de errores y el temor a los litigios (Firth-Cozens, 1994).
    4. La insuficiente competencia psicosocial del médico, respecto a su mayor competencia instrumental y para las demandas a las que se ve expuesto en la actualidad.
- 

general<sup>11, 12, 28, 29</sup>. Se ha estimado que entre el 5 % y el 12 % de los médicos de Estados Unidos y de Europa están lo suficientemente deteriorados como para afectar a la práctica de su trabajo con el consiguiente daño que pueden ocasionar a los pacientes, según insiste Robinowitz<sup>30</sup> (Tabla 5.2).

En los médicos enfermos se ha descubierto la existencia de antecedentes personales infantiles de privación afectiva, lo que

por un lado induce a la elección de profesiones de ayuda, y por otro, les hace vulnerables al desarrollo de trastornos depresivos desencadenados por experiencias vitales estresantes posteriores, al «revivir» las situaciones traumáticas originarias<sup>28, 29</sup>. El estrés, inherente a la práctica de la medicina (del rol médico), precipitaría un trastorno mental sólo entre los predispuestos a ello (vulnerabilidad previa por antecedentes familiares psiquiátricos y/o por una infancia inestable y desgraciada), tal como expresa Iruela Cuadrado (1983): «...la vulnerabilidad emocional del médico está condicionada por sus propios conflictos, pasados y presentes, no resueltos, y que las condiciones especiales del trabajo sanitario ponen continuamente a prueba»<sup>31</sup>.

Se ha publicado, también, que los profesionales sanitarios reconocen una presión psicológica superior a la de otros profesionales de igual nivel ocupacional<sup>32</sup>. Vaillant y *et al.*, realizando un estudio de seguimiento a lo largo de 30 años, encuentran que los médicos, sobre todo los que están involucrados en la atención directa al paciente, tienen peor calidad de relaciones matrimoniales, usan más drogas —alcohol, sobre todo— y necesitan más tratamientos psicoterápicos que otros profesionales. Los médicos que tuvieron peores ajustes infantiles y adolescentes son los más vulnerables a estos riesgos ocupacionales. Asimismo, descubren que un ambiente familiar satisfactorio en la infancia, fue un importante predictor independiente de salud física y mental a los 65 años<sup>28, 29</sup>.

Un estudio realizado por la Asociación Médica Americana puso de manifiesto el desconocimiento y la falta de responsabilidad que tienen los médicos con respecto al compañero médico deteriorado e incompetente, silenciando con frecuencia su conducta. Las asociaciones médicas no funcionan como verdaderos grupos de soporte y dejan a sus miembros a solas con progresivas y elevadas demandas psicológicas de trabajo, para las que carecen de recursos eficaces, lo que les predispone a la depresión y al suicidio.

En España se han realizado numerosos trabajos en nuestro medio que demuestran la amplitud e importancia del problema

que nos ocupa. Entre los más significativos destacamos los siguientes:

El estudio realizado por Daniel Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí<sup>22</sup> en el Hospital Clínico de Salamanca señala que los médicos del hospital presentan un grado medio de desgaste caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, niveles medios de despersonalización y moderadamente altos de realización personal. Aunque aprecian el trabajo en equipo creen que existe mala comunicación entre ellos, se sienten mal pagados y exhiben una alta dependencia afectiva con su empleo. Padecer mayor grado de SDP se asocia con el consumo de más de veinte cigarrillos al día, menor implicación laboral afectiva y peor salud general. Un 20 % de los médicos presentan síntomas psicopatológicos que alcanzan el nivel de probable caso psiquiátrico según el cuestionario de Salud General de Goldberg.

Álvarez Gallego y Fernández Ríos<sup>33</sup> demuestran la existencia de un elevado grado de desgaste profesional en psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales, mayor que el producido entre el personal de enfermería.

De las Cuevas Castresana, González de Rivera y Revuelta, De la Fuente Portero *et al.*<sup>34</sup>, han estudiado el síndrome B en una muestra representativa de los distintos profesionales del Sistema de Atención Primaria de Salud en Santa Cruz de Tenerife. Los resultados indican la existencia de un nivel moderado de desgaste profesional, con gran agotamiento emocional, elevada despersonalización y baja realización personal.

Mingóte, Denia y Jiménez<sup>35</sup> han realizado un estudio sobre el SDP en diplomados universitarios de enfermería que trabajan en el Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid, detectando la existencia de un elevado porcentaje de personal «quemado» en las unidades de hospitalización de pacientes graves y con alta tasa de mortalidad. En estos profesionales que se ocupan de pacientes con alto riesgo de mortalidad, se apreció una incidencia

muy elevada de agotamiento emocional, estrés y consumo excesivo de café, tabaco y alcohol, así como un deseo de cambio de puesto de trabajo.

Mingóte, Rallo y Baca Baldomero<sup>35</sup> en el estudio llevado a cabo en el Hospital 12 de Octubre sobre el estrés laboral, la satisfacción y la calidad de vida del médico encuentran que el mayor estrés lo sufren las especialidades clínicas, siendo menor en los servicios centrales. Asimismo, la satisfacción laboral, el soporte social y la calidad de vida es mayor en los médicos de estos servicios centrales que en los clínicos que tienen un contacto directo con el paciente.

En otros países destacan los siguientes trabajos:

Arnetz *et al.*<sup>37</sup> estudiaron el fenómeno del *SDP* en médicos, y concluyeron que los índices son más altos en los que tienen mayores demandas asistenciales y menor control sobre la tarea que realizan, siendo muy elevado, sobre todo, entre las mujeres médicos de atención primaria que ocupaban los niveles jerárquicos inferiores. Asimismo evidenciaron que una mayor libertad de decisión (control de la actividad) reduce el estrés y permite el aprendizaje de nuevas capacidades. Los empleados de mayor riesgo son aquellos con alta carga psicosocial de trabajo, con menor libertad de decisión, menor soporte social y bajo ejercicio físico.

McCranie y Brandsma<sup>38</sup> observan que la vulnerabilidad de los médicos al desarrollo del *SDP* está en relación directa con la baja autoestima, los sentimientos de inadecuación, la disforia, la preocupación obsesiva, y la ansiedad social que tuvieran previamente.

Belfer<sup>39</sup> estudia los estresores inherentes de la práctica clínica, y propone «la hipótesis del estrés del rol médico», según la cual, los médicos han de funcionar siempre al máximo nivel de competencia lo que puede desencadenar fácilmente un trastorno mental en las personas predisuestas.

Otros numerosos estudios<sup>40, 41, 42</sup> confirman que el médico está sometido a unos estresores propios de la práctica clínica que le suponen un riesgo de desgaste profesional y, si los *mimbres* psicológicos de que dispone su personalidad no son firmes, puede verse abocado, con facilidad, al desarrollo del *SDP* lo que sucede hasta en un 20-25 % de los médicos.

En síntesis, el síndrome de desgaste profesional es un tipo específico de trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua. Se caracteriza por constituir una respuesta desadaptativa, que se produce como consecuencia de un disbalance prolongado (más de seis meses) entre demandas y recursos de afrontamiento.

## **SINTOMATOLOGÍA**

El *síndrome burnout* se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas:

### **Manifestaciones mentales**

Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Asimismo es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración, olvidos, tendencia depresiva, etc., y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoide y/o agresivo hacia los enfermos, los compañeros y la propia familia.

### **Manifestaciones físicas**

Se han descrito numerosos síntomas: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.

## Manifestaciones conductuales

Predominio de conductas adictivas y evitativas (de escape): consumo aumentado de café, té, tabaco, alcohol, fármacos y drogas ilegales, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia, etc.

El *SDP* media en depresión y en trastornos adictivos como el alcoholismo que aunque poco estudiado, constituye un grave problema de salud pública. Los datos sobre su prevalencia en la población médica son muy dispares, oscilando entre el 3 y el 32 %, en todo caso superior al de la población general (en torno al 14 %), y sobre todo en médicos varones de edad superior a los 45 años.

Además la proporción de grandes bebedores aumenta entre los médicos de forma progresiva hasta su jubilación, al igual que en el consumo de tabaco, benzodiacepinas y opiáceos.

## LA SALUD DE LAS MÉDICAS

Existen importantes diferencias en cuanto a la prevalencia, curso y tratamiento de algunas enfermedades entre hombres y mujeres. Así, la mujer con cardiopatía isquémica probable o conocida es con menor frecuencia sometida a estudios angiográficos y a tratamiento de revascularización coronaria, aunque la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria es cinco a seis veces superior a la del cáncer de mama o de pulmón, las dos causas de muerte por cáncer más frecuentes en la mujer.

Cada vez más las mujeres comparten con los hombres los mismos factores de riesgo como son el tabaquismo, el alcoholismo y el estrés laboral, mientras que otros son propios de ellas, como es el uso de anticonceptivos orales. Las médicas, como las mujeres adultas



en general, son más susceptibles que los varones a sufrir trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios, somatizaciones y trastornos del estado de ánimo, menos el trastorno afectivo bipolar que tiene una incidencia similar en ambos sexos. Estas diferencias se deben tanto a factores psicosociales y económicos, como es el papel tradicional de subordinación de la mujer al hombre, como a factores biológicos. Así, se ha demostrado la existencia de receptores para la testosterona y el estradiol en el sistema límbico y en el hipotálamo.

Aunque las estudiantes de medicina inician sus formación sin presentar más síntomas psicológicos que los hombres, la mayoría de los estudios revelan que las estudiantes de medicina y las médicas residentes presentan niveles superiores de estrés emocional que los médicos, sobre todo durante el primer año de postgrado. Así, las tasas de depresión son más altas para ellas, con una probabilidad tres veces mayor que ellos de estar gravemente deprimidas<sup>47, 48</sup>, sobre todo para las médicas solteras.

Las médicas sufren también más tensión emocional que otros grupos profesionales y constituyen un grupo profesional con un riesgo especial para la depresión y el suicidio, en comparación con los médicos y otros profesionales suecos de semejante nivel socio-económico<sup>37</sup>.

Las médicas están expuestas a mayores estresores que los médicos, tanto en términos de frecuencia como de intensidad, a causa del conflicto de rol que experimentan entre los requerimientos de sus carreras y los de su vida personal y familiar. El mayor estrés de las médicas debido a conflicto y sobrecarga de roles que experimentan, influye en su elección de especialidad y en el desarrollo de su carrera profesional por las concesiones que suelen realizar en beneficio de su familia, por trabajar menos horas que los médicos, y dedicar más tiempo a las actividades domésticas y cuidado de los hijos que sus maridos. Así, son aún muy pocas las que alcanzan un rango profesional superior como jefas, directivas, catedráticas o decanas.

Otras causas de estrés en las médicas son el acoso sexual en el trabajo, la falta de modelos de rol femenino profesional y la discriminación sexista de las mujeres.

Cartwright<sup>49</sup> describió tres estilos de afrontamiento del estrés de rol por las médicas:

1. Las que tratan de ser «supermujeres» y abarcan las demandas de sus diferentes roles personales. El resultado para su salud va a depender de otras variables, como la disponibilidad de recursos y habilidades, el soporte social, etc., con posibilidad de enriquecimiento y desarrollo creativo por los beneficios experimentados en cada faceta de su vida, o de deterioro de su salud si fracasa en su esfuerzo adaptativo.
2. Las médicas que limitan sus ambiciones y objetivos profesionales, en beneficio de su papel central familiar o en otras actividades sociales.
3. El tercer grupo de mujeres es el de las que «se desposan con la medicina», no se casan ni tienen hijos, en beneficio de su papel profesional, que les proporciona las mayores satisfacciones personales.

En el estudio realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid<sup>36</sup> sobre satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, aunque la mayoría de médicas se concentran en los servicios centrales y hacen guardias con menor frecuencia que los médicos. Además ellas son menos competitivas y tienen mejor calidad percibida de relación interpersonales en el trabajo. No obstante, estas médicas tienen un menor número de hijos (1,44 de media) que los médicos de la muestra (2, 16).

En resumen, aunque las mujeres viven aproximadamente siete años más que los hombres y tienen menores tasas de morbi-mortalidad para la mayoría de las enfermedades graves; cuando ellas tratan de compatibilizar sus nuevos roles sociales con el papel femenino

tradicional («la revolución sutil» actual), aumenta su conflicto de rol, sufren mayor estrés residual, mayor riesgo de depresión y suicidio, y pierden los beneficios de su género, si aumentan sus conductas de riesgo como el tabaquismo y el alcoholismo, y disminuyen la práctica de las conductas de salud como el ejercicio físico y una dieta adecuados.

Para reducir el estrés laboral de las médicas (y de los médicos) es imprescindible:

- Mejorar las condiciones de su actividad laboral, como ya se ha dicho.
- Regular la estructura de la carrera profesional de modo flexible.
- Revisar el procedimiento curricular actual, que no tiene los suficientes mecanismos de control de calidad, equidad y justicia y que impide o dificulta ser «un buen médico».

Todos estos «efectos secundarios» derivados del trabajo médico, que forman parte de los costes humanos de la actividad sanitaria-social, se aprecian igualmente en otros profesionales sanitarios, como enfermeras, trabajadoras sociales, etc., así como en los familiares cuidadores de enfermos crónicos, quienes a menudo descuidan también su propia salud, enferman, se aíslan socialmente y parecen más alteraciones psicológicas que otros no cuidadores de enfermos, y hasta el 30 % de ellos cumplen los criterios operativos diagnósticos de un trastorno depresivo.

Hemos revisado las distintas consecuencias a largo plazo, que tiene el estrés crónico del rol propio del clínico sobre su salud personal, pero no debemos aislarle de otros problemas que dependen también de su trabajo, y nos referimos sobre todo a su insuficiente remuneración, en comparación con otros profesionales que tienen también responsabilidad directa sobre la vida de terceros y a los que se les reconoce un elevado estrés laboral, como es el caso de los controladores aéreos y los pilotos de aeronaves.

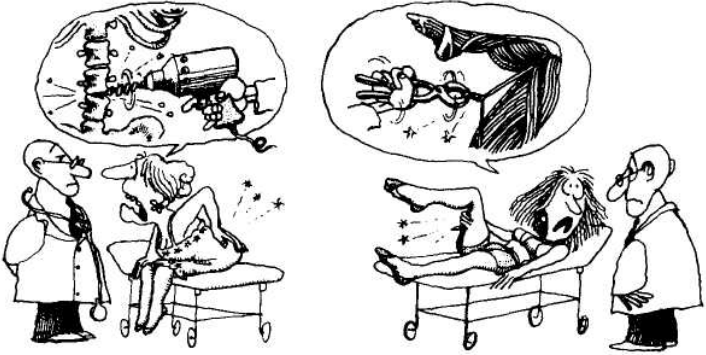
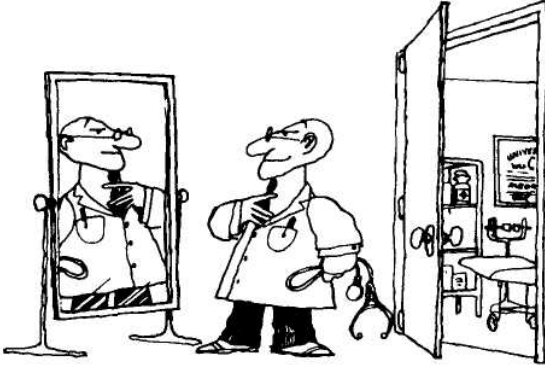
Aunque en este resumen se ha destacado el peso que tienen las condiciones objetivas de trabajo sobre la salud de los médicos, no debemos pasar por alto la importancia de las diferencias individuales de personalidad. A fin de cuentas, cada uno interpreta de forma subjetiva lo que le produce malestar, y cada uno tiene sus propios factores de vulnerabilidad o resistencia al estrés. Así, el tener «personalidad negativa» con un funcionamiento pesimista, te hace más vulnerable al alcoholismo, depresión y varias enfermedades psicosomáticas como asma, artritis y cardiopatía isquémica.

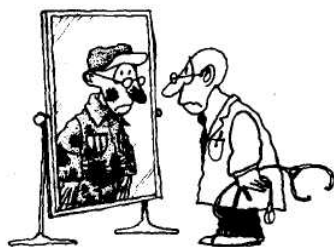
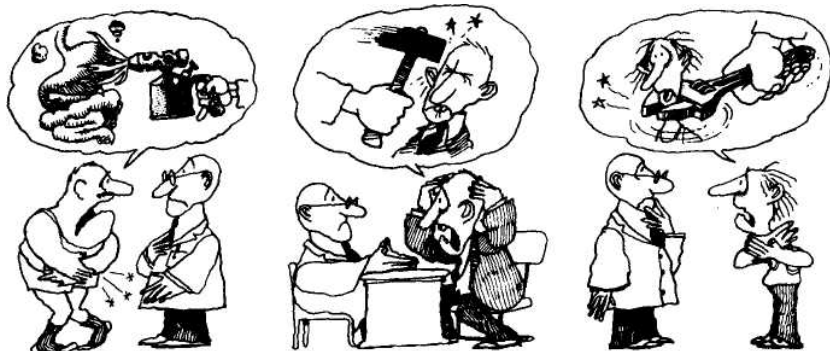
Es decir que el ser negativo es un rasgo individual que predispone a enfermar más allá de la exposición al estrés. Al contrario las personas optimistas, comprometidas en trabajar juntos para hacer un mundo mejor, son más resistentes al estrés, más creativas y sobre todo más felices. Lo esencial de este «programa de resistencia al estrés», es la firme convicción de poder ejercer un control efectivo, participativo y democrático sobre el estrés psicosocial.

Terminamos positivamente este capítulo recordando las palabras de una paciente agradecida:

*Este mundo es maravilloso, porque vosotras  
y vosotros estáis dentro de él.  
Gracias por vuestros cuidados,  
con todo mi agradecimiento*

*Angela*







**Segunda parte**  
Prevencción  
y tratamiento del estrés





© Jesús Antonio Ramos Brieua

¡¡¡POR MIL RAYOS, PIRULETA. SIEMPRE ENTENDIMOS POR  
ARDIENTE ENTREGA AL TRABAJO OTRA COSA BIEN DISTINTA!!!

---

# Prevención

Desde que se describió el *síndrome de desgaste profesional (SDP)* ha existido un enorme interés en el desarrollo de intervenciones orientadas a su reducción y a la prevención del estrés laboral. Sin embargo, es necesario reconocer que, en general, las diferentes ofertas preventivas no despiertan excesivos entusiasmos en la población general ni entre los profesionales sanitarios, salvo cuando el problema de salud es alarmante y, por consiguiente, su eficacia es ya mínima. Además, asumir la prevención no resulta fácil, porque la idea de prevenir reactiva la angustia por la enfermedad y la incapacidad propia, ansiedades difíciles de reconocer y de tolerar, aunque sean necesarias para aprender a cuidarse mejor. La tarea de prevención no se puede reducir a actuaciones puntuales y parciales de tipo voluntarista, motivadas en el miedo. El trabajo de prevención debe ser un desarrollo planificado por cada persona, como protagonista creativo, orientado específicamente a reducir los factores de riesgo para la salud y a fomentar los de protección. En definitiva, se trata de mejorar la formación integral y continua de los médicos, así como de la calidad de su vida personal (Tabla 6.1).

*¿Se puede prevenir el desgaste ocupacional?* Entendemos que sí, y, tal vez, el mayor enemigo que tenga sea la creencia de que no

**Tabla 6.1. PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL**

El mayor obstáculo es la creencia de que «no hay nada que hacer»

---

**Procedimientos:**

Participación democrática y solidaria, aumentar los cauces de comunicación en el Centro y potenciar la formación continuada.

**Objetivos:** T Eficacia.

t Eficiencia y satisfacción.

**Instrumentos:**

1. Evaluación y control de calidad.
2. Supervisión
3. Comunicación.

**Para mejorar el control.**

---

hay nada que hacer, de que es un proceso inevitable, y de que ya es demasiado tarde. La prevención y el control del estrés laboral no sólo es un objetivo posible de alcanzar sino que es necesario hacerlo.

No existe una única técnica capaz de prevenirlo o tratarlo de forma efectiva. Por lo tanto, es obligado utilizar *técnicas de intervención conjuntas* orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral. A nivel individual se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del trabajo y potenciar la percepción de control y de autoeficacia personal. Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a las interpretaciones erróneas o desadaptativas como son, por ejemplo, las expectativas irrealistas y las falsas esperanzas. También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación, de

autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc. Esto es, adoptar una adecuada estrategia preventiva supone una actuación multifocal, que de modo operativo consideramos a continuación, en los tres epígrafes siguientes:

- Recomendaciones generales.
- Hábitos de vida.
- Técnicas de relajación e hipnosis.

## RECOMENDACIONES GENERALES

Existen procedimientos *generales* capaces de prevenir y controlar el estrés, como son la participación democrática y solidaria de los trabajadores en las tareas laborales, la mejora de los cauces de comunicación en el centro de trabajo y la potenciación de la formación continuada. Merece la pena hacer énfasis en este último punto porque el aprendizaje es la herramienta más útil para prevenir el estrés. *Prevenir es aprender*, aprendizaje o deterioro, *{that's the question}*). Es sabido que a través del aprendizaje se produce un proceso de regeneración continuada y desarrollo científico-técnico, y que si no tiene lugar, sucede un deterioro y un daño progresivo. Todos los programas de prevención del estrés laboral tratan de mejorar el aprendizaje y la maestría individual, y de reducir el deterioro personal. Por tanto, es fundamental establecer un diseño óptimo de las funciones y responsabilidades propias del médico para reducir su estrés, a través de cursos específicos de formación continuada, dirigidos tanto a mejorar los recursos instrumentales para la tarea diagnóstica y terapéutica, como a aumentar su competencia psicosocial.

El aprendizaje sistemático de conocimientos y destrezas permite lograr una mayor eficacia laboral e institucional, así como el crecimiento personal a través de una actividad productiva. Para ello es esencial comprender las funciones, competencias y respon-

sabilidades propias del rol desempeñado en la institución. Formar significa generar cambios en las actitudes y en la conducta laboral orientados a mejorar la competencia individual, el compromiso con la empresa y la eficiencia organizacional.

Para la prevención del desgaste profesional y la mejora de la calidad asistencial, es esencial conocer que:

1. Ser comprendido y comprender a otros ayuda a mejorar la competencia individual y la cooperación interpersonal.
2. Mejorar la formación compartida permite enriquecer el rol profesional (tareas, organización, compromiso, respuestas emocionales), aumentar la satisfacción personal y mejorar la calidad asistencial. Además de enriquecer las relaciones interpersonales y de mitigar el estrés laboral.

Mejorar el soporte social a través de una buena relación con los compañeros y superiores debería de ser institucionalizado mediante reuniones y encuentros periódicos. Unas buenas relaciones interpersonales en el trabajo reduce el nivel de estrés y aumentan la satisfacción laboral y la calidad de vida del trabajador.

*Gervás y Hernández*<sup>211</sup> han propuesto una serie de medidas terapéuticas, compartidas por los autores, para prevenir el síndrome de desgaste profesional en los médicos, entre las que destacan, a nuestro juicio, las indicadas en la Tabla 6.2.

A nivel personal es aconsejable *evitar el aislamiento y tratar de generar opiniones*, creencias y actitudes positivas en el trabajo cotidiano.

*Michel Argyle* propone las siguientes normas (Tabla 6.3) que deben regir las relaciones entre los compañeros de trabajo (modificado).

También, creemos que es importante tener en consideración una serie de *recomendaciones* para tratar de corregir comportamientos inadecuados entre los compañeros de trabajo (Tabla 6.4).

**Tabla 6.2****A) Medidas educacionales:**

1. Transmisión de conocimientos útiles en la práctica que genere un cuerpo teórico-clínico eficaz para resolver los problemas de salud.
2. Fomento del trabajo en equipo.

**B) En relación con la estructura sanitaria:**

1. Definición clara y explícita de objetivos sanitarios con establecimiento de unos incentivos económicos y profesionales orientados a la prestación de asistencia sanitaria de calidad.
2. Fomento de la participación de los profesionales en las decisiones y actuaciones tendentes a mejorar la calidad del servicio prestado.
3. Consideración de la satisfacción de los profesionales sanitarios y no sólo de la de los usuarios/pacientes, como una medida de la eficiencia de la estructura sanitaria.

**C) En relación con la sociedad:**

1. Es necesario transmitir una imagen de la medicina adaptada a la realidad, sin fomentar expectativas ilusorias que con tanta frecuencia en la actualidad provocan confusión acerca de lo injusto del dolor, del sufrimiento y de la muerte, como si ello fuera debido al fracaso de la medicina y de los médicos en cada caso particular.
2. El médico debe aceptar la nueva percepción social de su profesión, alejada de aquella figura cuasi-sagrada e idealizada de tiempos pretéritos, y tiene que saber reorientar la relación médico-paciente estableciendo un vínculo de confianza con el enfermo, asumiendo al mismo tiempo la plena autonomía del mismo.
3. El médico debe tener en cuenta que los enfermos valoran más las cualidades humanas del médico que su capacidad técnica, de forma que es conveniente valorar el componente afectivo, cultivando la palabra afectuosa y sencilla, la paciencia y la capacidad de escucha terapéutica.
4. Enjuiciar en su justo término la nostalgia aureola romántica de la medicina liberal. Valorar que el trabajo asalariado de los médicos ha permitido la consecución de evidentes mejoras laborales, como el horario fijo, las vacaciones reglamentarias, el apoyo a la formación continuada, el trabajo en equipo, etc.

**Tabla 6.3**

---

1. Aceptar la parte de trabajo que corresponde a cada uno.
  2. Respetar la intimidad de los demás.
  3. Cooperar con los compañeros respecto a las condiciones físicas de trabajo compartidas (por ejemplo, despacho, taquilla, iluminación, temperatura, ruido).
  4. Estar dispuesto a prestar ayuda cuando se le solicita.
  5. No desvelar la información confiada en secreto.
  6. Mostrarse cooperativo al trabajar a pesar de posibles sentimientos de antagonismo personal.
  7. No denigrar a los superiores, iguales o subordinados.
  8. Dirigirse a los compañeros utilizando su nombre.
  9. Pedir ayuda o consejo cuando se necesita.
  10. Mirar a los compañeros a los ojos cuando se habla con ellos.
  11. No entrometerse en la vida privada de los demás.
  12. Ser agradecido cuando se ha recibido favores y halagos por pequeños que sean.
  13. No entablar relaciones sexuales con un compañero de trabajo.
  14. Defender a los compañeros en su ausencia.
  15. No criticar públicamente a los compañeros.
- 

**Tabla 6.4**

---

1. En las discusiones *no perder la calma*: actuar tranquilo y con firmeza al mismo tiempo. *No discutir acaloradamente*. *Evitar las voces*, pues acabarán por sacarle de sus casillas: por la violencia se pierde la razón.
  2. Evitar sermones, retahílas y circunloquios: hay que *ser claro y conciso*. *¡Entre al trapo sin rodeos!*
  3. *Evitar las generalizaciones* abusivas. Ser concreto y ceñirse a los hechos demostrados.
  4. *Ser respetuoso y no permitir* que otros abusen y le pierdan el respeto. La propia dignidad obliga, a veces, a decir por ejemplo: «¡Basta!... ¡Ya!». Es mucho mejor que ceder por sumisión.
  5. *Tratar de enseñar* a mejorar en vez de reñir por hacerlo mal.
  6. *Ser comprensivo y responsable* ayudará a que cada cual cumpla su deber: obras son amores y no buenas razones.
  7. *Resaltar los aspectos positivos, sin adulación*, ayuda a mejorar a las personas, y es mucho más eficiente que culpabilizarlas.
  8. *Ayude a mejorar el apoyo social mutuo* entre las personas del grupo de trabajo: *no aislarse*.
  9. *Reconocer los errores y fallos propios*: No es signo de debilidad sino de fortaleza personal y de confianza en el otro.
-

## HÁBITOS DE VIDA. MODIFICACIÓN Y MEJORA DEL ESTILO DE VIDA

En la actualidad los ciudadanos de los países industrializados pueden tener mayor control sobre su propia salud que en ningún otro momento histórico anterior, y así, se postula desde la Psicología de la Salud que *«uno mismo puede hacer más por su propia salud y bienestar que ningún médico, que ningún fármaco y que ningún otro procedimiento exótico»*, siguiendo adecuadas conductas de salud, como es, por ejemplo, el no fumar; ya que es ampliamente conocido que el fumar tabaco es la principal causa evitable de muerte en nuestra sociedad y el principal problema de salud de nuestro tiempo.

Las medidas para promover una buena salud son las más eficientes, por baratas y eficaces, para conseguir una reducción del estrés personal y deben introducirse de forma gradual e integrada (Tabla 6.5).

**Tabla 6.5**

1. Ejercicio físico regular. El ejercicio físico isotónico regular, como el *trote («footing»)*, el ciclismo o la natación, reduce el riesgo cardiovascular y promueve la longevidad y el bienestar personal. Se recomienda un ejercicio aeróbico que eleve en un 70 a 80 % la frecuencia cardiaca basal (se calcula restando la edad del sujeto a 220) durante 20 a 30 minutos, tres veces a la semana. Con ellos se gastan 300 kilocalorías por sesión.
2. Supresión del tabaquismo y restricción de cafeína.
3. Restricción de alcohol.
4. Reducción del peso. Las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de problemas cardiovasculares, y su control es la medida no farmacológica más eficaz para su prevención y tratamiento eficaz.
5. Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales familiares y extrafamiliares con un buen soporte social.
6. Mejorar la higiene y calidad del sueño. El dormir y el soñar, por sus funciones autorreguladoras, son actividades psicobiológicas básicas para el aprendizaje y para el desarrollo individual saludable. La alteración del



**Tabla 6.5 (Continuación)**

---

sueño es una de las primeras señales de malestar emocional. Para una buena higiene del sueño se recomienda mantener constante la hora de acostarse y, aún más importante, la de levantarse, así como hacer ejercicio de forma regular, aunque nunca inmediatamente antes de acostarse; cenar, al menos, dos horas antes de irse a la cama; evitar ruidos; mantener una temperatura agradable y una adecuada ventilación de la habitación; evitar el consumo de cafeína, estimulantes, tabaco y alcohol; y... si una noche se desvela y le cuesta volver a dormirse, debe levantarse y hacer algo que le entretenga y relaje hasta que le vuelva el sueño. No es aconsejable tomar *pildoras* para dormir salvo por necesidad médica. Además, es importante recordar que el tiempo de sueño que necesita cada persona es variable. Usted debe dormir las horas que necesite para levantarse descansado y activo.

---

## RELAJACIÓN E HIPNOSIS

La habilidad de relajarse puede adquirirse de forma natural y sencilla. ¡Pruebe ahora!: siéntese cómodamente o tumbese donde pueda, respire suave y profundamente durante unos minutos, aspire todo el aire que le quepa en el pecho, reténgalo mientras cuenta hasta cinco y déjelo salir luego lenta y pausadamente. Cierre los ojos y repita el proceso. Se sorprenderá del bienestar que experimenta.

Existen varias formas o técnicas de relajación. En general, se suele enseñar a los pacientes relajación muscular progresiva, ejercicios de respiración profunda o cualquier otro procedimiento que sirva para aliviar la sintomatología fisiológica y la tensión emocional. El terapeuta enseñará al paciente los distintos procedimientos y éste eligirá y practicará aquel que le resulte más útil para rebajar su estrés. Cuando domine la técnica, se le pide que la utilice como procedimiento de autocontrol en aquellas situaciones que le producen malestar y sobrecarga emocional.

Para que pueda utilizar estas técnicas como un procedimiento de autocontrol, además de enseñarle la técnica correcta, se le

enseñará a detectar algunas de las señales o *síntomas anunciadores* más importantes que preceden al incremento de la tensión (activación). Con ello se pretende que pueda controlar la ansiedad en el momento en que comienza a producirse. También se entrena al sujeto en el uso de la relajación en los momentos de máxima tensión.

Las técnicas consisten en el aprendizaje y utilización de la respuesta de relajación. Dicha respuesta representa la antítesis de la respuesta de estrés, y para Meichenbaum (1985) el entrenamiento en dicha respuesta de relajación es como «la aspirina en la reducción del estrés». Durante la respuesta de relajación disminuye el consumo de oxígeno, el ritmo cardiorrespiratorio, la ventilación por minuto y el lactato de la sangre arterial; mientras que aumenta la resistencia eléctrica de la piel, el flujo sanguíneo de la musculatura esquelética y la intensidad de ondas alfa en el electroencefalograma. Existen diferentes técnicas que median en la producción de la respuesta de relajación, algunas ya conocidas desde hace varios siglos habitualmente dentro de un contexto religioso.

## **Técnica de la relajación muscular progresiva**

Nuestro organismo reacciona con una serie de respuestas psicofisiológicas ante situaciones nuevas o amenazantes que pueden ser muy variadas: tensión muscular, aceleración del ritmo cardíaco, respiración superficial y rápida, elevación de la tensión arterial, sudoración, molestias gástricas, etc. La vivencia de una situación como amenazante depende de la percepción individual, lo que para unas personas puede ser muy estresante, como por ejemplo hablar en público, para otras puede resultar satisfactorio y agradable.

Es imposible experimentar al mismo tiempo estas dos sensaciones contrapuestas: tensión o relajación, ansiedad o bienestar. Son respuestas incompatibles. Si se dan unas no se pueden dar las otras, por lo que si aprendemos a responder con relajación anula-

remos el hábito de responder con tensión. En este principio se basa la técnica de la *relajación muscular progresiva*, que fue diseñada por Edmund Jacobson, médico de Chicago, en 1929.

Este tipo de relajación es un método sencillo que no requiere imaginación ni grandes conocimientos para su aplicación, y ha sido ensayado con éxito en altos ejecutivos, en deportistas de élite, en pacientes con trastornos de ansiedad y, por supuesto, en personas *normales*. Con la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson se pretende enseñar al sujeto, por medio de ejercicios de tensión-relajación de los distintos grupos musculares, a identificar las señales fisiológicas que provienen de sus músculos cuando están en tensión, y posteriormente a poner en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas. El procedimiento consiste en ejercicios continuados en los que el sujeto aprende a percibir las sensaciones de tensión y distensión que provienen de los músculos y cómo estas se modifican al realizar los ejercicios correspondientes. Aunque es una técnica activa, no debe requerir esfuerzo, sino abandono, *dejarse llevar*, concentrarse en las instrucciones y sensaciones que genere su cuerpo, adoptar una postura cómoda, permanecer con los ojos cerrados y reducir los distractores (ruidos, luces, temperatura, ropa, calzado, gafas) que pueda perturbarle.

Investigaciones comparadas de fármacos y técnicas de relajación han señalado la mayor efectividad de estas últimas a largo plazo ya que no pierden su efectividad con el tiempo, sino que cuanto más se practica mayores son sus efectos beneficiosos (no así los fármacos donde hay que ir aumentando la dosis a medida que se produce el fenómeno de la habituación), no producen dependencia y es una estrategia de control de la ansiedad que nos administramos a nosotros mismos y que podemos aplicar en cualquier momento que sea necesario.

Esta técnica requiere un tiempo de aprendizaje que oscila entre una y dos semanas, practicando todos los días en sesiones de 15 a 20 minutos. No obstante, los primeros beneficios pueden notarse desde la primera sesión.

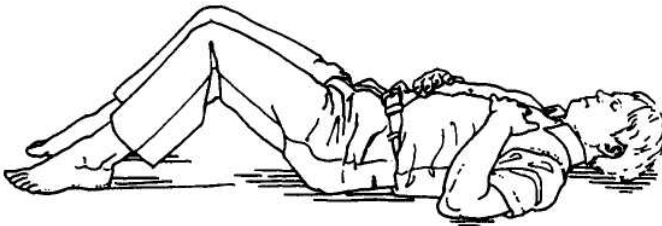
En un primer momento es aconsejable buscar el lugar idóneo para practicarla: cama o sillón cómodos, habitación silenciosa, luz tenue, aislamiento en un lugar donde no pueda ser molestado (desconectar el teléfono, avisar a la familia que no interrumpan durante 20 minutos, etc.), para pasar progresivamente a practicar la relajación en condiciones no tan óptimas como en una silla, sopor-tando cierto ruido ambiental, etc. La última fase es utilizar el *pro-cedimiento abreviado* en cualquier circunstancia y ante el menor síntoma de tensión.

**Es recomendable empezar practicando con el disco compacto grabado que se adjunta.**

Esta técnica se basa en la tensión y posterior relajación de grupos musculares para aprender a diferenciar entre los dos estados, algo que la mayoría de las personas desconoce al tener sus músculos tensos de forma crónica. Así se podrá detectar la tensión en sus primeras manifestaciones. En general, se trata de mantener la tensión un cuarto del tiempo que dedicamos a la relajación. Es decir, dedicar 10 segundos a la tensión y 40 a la relajación. Hay que repetir cada ejercicio dos veces. Si después alguna zona permanece tensa, se repite el ejercicio una vez más.

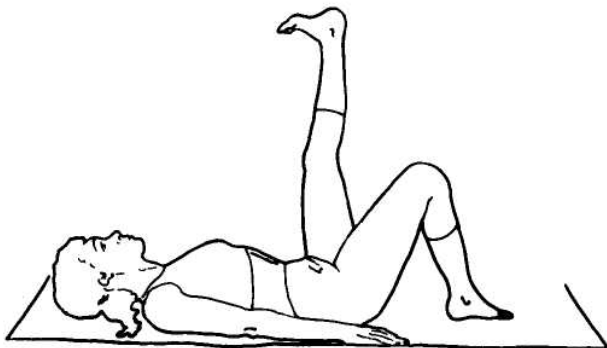
### **Instrucciones:**

Elija un lugar cómodo y mantenga los ojos cerrados durante toda la sesión. Comience a realizar los siguientes ejercicios:



1. Estire la pierna derecha tanto como pueda levantando y poniendo de punta el pie. Estírelo más y más. Observe cómo se produce la tensión y cómo se va haciendo cada vez más desagradable.

Ahora deje que su pierna caiga y se relaje y sentirá que empiezan a aparecer agradables sensaciones de calor y pesadez.

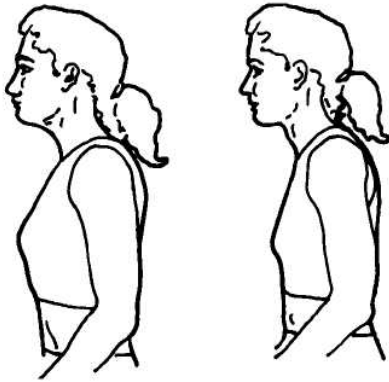


2. Repita lo mismo con su pierna izquierda.

En estos momentos ha tensado y relajado los principales músculos de su cuerpo. Si todavía siente alguna tensión repita el ejercicio correspondiente a esa parte una vez más.

Levante ambas piernas a un tiempo. Note la tensión en ambas piernas y en su abdomen. Dése cuenta de cómo se dificulta su respiración. Ahora deje que ambas piernas caigan y sus músculos se aflojen. Note sus piernas pesadas y calientes. Sienta su abdomen relajado y cómo vuelve a respirar libremente.

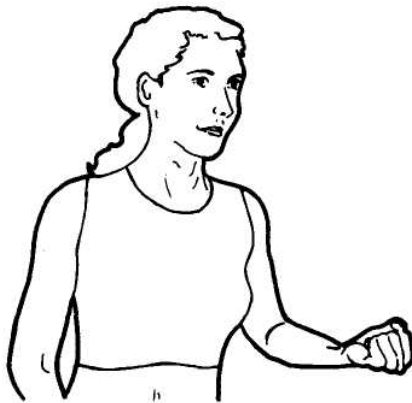
3. Llene de aire sus pulmones y retenga el aire unos instantes. Note la sensación que se produce en su pecho. Suelte el aire poco a poco y dése cuenta de cómo su pecho se va deshinchando, se relaja y desaparece la tensión. Vuelva a la respiración normal, espontánea y agradable.



4. Doble el brazo derecho por el codo y apriete el puño fuertemente. Note la tensión que se produce en sus dedos, mano, antebrazo y parte superior del brazo.

Ahora afloje sus músculos y deje que su brazo caiga suavemente a su lado. Observe las sensaciones de flojedad, relajación, calor y pesadez que van apareciendo e invaden todo su brazo derecho. Note la diferencia entre el actual estado de bienestar y la incómoda tensión anterior.

5. Haga lo mismo con su brazo izquierdo.



6. Repítalo con ambos brazos a un tiempo.
7. Frunza el ceño y apriete los párpados tanto como pueda. Desarrugúela y note cómo su piel se va alisando cada vez más. Note sus párpados agradablemente cerrados y pesados.



8. Apriete los dientes fuertemente y los labios uno contra otro, notando la tensión que se produce en toda la zona. Afloje las mandíbulas y los labios y observe cómo éstos se entrea-bren suavemente y su mandíbula queda floja y colgante.



9. Ahora que su cuerpo está relajado cuente lenta y mentalmente de 1 a 10. Cada vez que diga un número trate de relajarse un poco más.
10. Cuando llegue a 10, repítase mentalmente la palabra *calma* cada vez que respire y suelte el aire. De esta forma irá asociando la palabra *calma* con el estado de profundo bienestar en que se encuentra.

*Salir de la relajación.* Abra los ojos y dése cuenta de lo que le rodea. Haga un par de inspiraciones profundas y haga flexiones con los brazos. Comience lentamente a levantarse y reanude sus quehaceres diarios, sintiendo todo el día la *calma* interior y *recuerde practicar de nuevo mañana*.

## Procedimiento abreviado

Sentado, apriete los puños fuertemente, eleve los hombros, frunza el ceño, apriete la mandíbula, al mismo tiempo que levanta las piernas y estira los pies, reteniendo la respiración unos segundos. Es decir, ponga todo su cuerpo en tensión a un tiempo. Mantenga la tensión unos segundos y afloje de golpe todo su cuerpo: suelte el aire, afloje los brazos y manos, deje que sus hombros caigan, alise su frente y deje que su boca se entreabra y su mandíbula caiga. Relaje sus piernas, deje caer sus piernas y apoye los talones en el suelo. Dígase la palabra *calma* mentalmente mientras respira lentamente. Repítalo una vez más.

## Generalización

Cuando vaya andando, sentado en transporte público, conduciendo, trabajando... observe si hay signos innecesarios de tensión. Por ejemplo, conduciendo, fíjese si tiene los hombros tensos, el ceño fruncido o las mandíbulas apretadas. Llevar estos músculos en tensión no es necesario para conducir, sino todo lo contrario,



puede acabar con dolor en las cervicales o dolor de cabeza. Afloje esos músculos y mantenga la tensión mínima necesaria en el resto del cuerpo para realizar dicha actividad.

Poco a poco adquirirá el hábito de relajarse ante cualquier situación y ante el menor signo de tensión innecesaria.

## **Técnica de la respiración natural completa**

La respiración es esencial para la vida. Aunque todos respiramos, pocos son los que conservan el hábito de una respiración natural completa, ésa que todavía realizan los hombres primitivos de algunas etnias y los niños pequeños.

La respiración que realizamos es un reflejo de nuestro estado corporal y anímico. Unos correctos hábitos de respiración son esenciales para prevenir situaciones de estrés y para mantener tanto una buena salud física como un equilibrio mental. Se reduce la ansiedad, irritabilidad, fatiga, decaimiento, tensión muscular, apnea, hiperventilación y la frialdad de manos y pies.

Los ejercicios de respiración natural completa pueden aprenderse en pocos minutos y experimentar beneficios de forma inmediata. Sin embargo, sus efectos profundos no aparecerán hasta después de varios meses de práctica continuada. Se trata de ir sustituyendo progresivamente la respiración superficial, a la que estamos acostumbrados, por una respiración completa.

En principio, es mejor practicarla a intervalos de 2-3 minutos, varias veces al día, que un periodo largo una vez. Es decir, es mejor practicarla 18 veces al día 2-3 minutos cada vez, que 18 minutos seguidos una vez.

## **Procedimiento e instrucciones**

Túmbese en el suelo sobre una alfombra y con la piernas abiertas y dobladas, apoyando los pies en el suelo. También puede prac-

ticarlo sentado o de pie. Si lleva cinturón o pantalones muy apretados es conveniente que se los desabroche. Coloque suavemente la mano derecha encima de su abdomen y la mano izquierda encima de su pecho. Cierre los ojos y comience lentamente a respirar por la nariz. Relájese y no fuerce la respiración. Observe cómo se produce la respiración durante unos minutos. Después:

1. Intente llenar primero las partes bajas de sus pulmones haciendo que el abdomen salga hacia afuera. Notará cómo se eleva suavemente su mano derecha. En segundo lugar llene la parte media y alta de sus pulmones notando cómo se eleva el tórax y su mano izquierda. En ese momento notará cómo su abdomen se mete ligeramente hacia adentro. En esta última fase trate de subir sus hombros y clavículas ligeramente para que la parte más superior de sus pulmones se llene también de aire fresco.
2. Mantenga la respiración unos segundos.
3. Espire lentamente notando cómo su pecho, tórax y abdomen se van relajando a medida que se van vaciando sus pulmones.

Imagínese que su respiración es como una ola que se acerca mientras inspira y se aleja mientras espira.

4. Trate de no forzar la respiración. Lleve un ritmo espontáneo, fácil y libre.

*Nota. Algunas personas, cuando empiezan a practicar, fuerzan la respiración. Al respirar más rápido de lo conveniente pueden producirse mareos (por hiperventilación e hipocarbia). Si esto le ocurre no tiene más que parar y respirar lentamente como está acostumbrado. Se le pasará en breve. Después vuelva a practicar el ejercicio tratando de no forzar la respiración, haciéndola lenta y pausada.*

## La hipnosis

La hipnosis es otra técnica para el control y prevención de los trastornos relacionados con el estrés. La hipnosis se enraiza en nuestra cultura desde los tiempos más primitivos, pero el desarrollo final comienza en 1774, con el nacimiento de Franz Antón Mesmer, que se doctora en Medicina, con un trabajo de tesis *De Influxa Planetarium in Corpore Humano*, donde relaciona los fenómenos astronómicos con las enfermedades. Serán después sus descendientes y discípulos los que desarrollen de manera clara y decidida lo que son las bases de la hipnosis actual. Han sido muchas las personas que a lo largo de la historia han estado relacionadas con la hipnosis, debiendo destacar a hombres de la talla de Charcot, Babinski y Freud, si bien este último nunca llegaría a ser un gran hipnólogo (gracias a lo cual *no le quedó más remedio* que descubrir el psicoanálisis). En nuestro país destacan Santiago Ramón y Cajal, que durante una temporada tuvo una dedicación corta pero entusiasta, y el profesor Abdón Sánchez Herrero en Valladolid, autor de un maravilloso libro llamado *El hipnotismo y la sugestión*. La hipnosis se ha encontrado siempre con una dificultad y un prejuicio mantenido de la clase médica para su comprensión y práctica, aunque hayan sido precisamente médicos y psicólogos los que la han impulsado.

La hipnosis es un estado consentido en el que se combina la relajación fisiológica con una pérdida del sentido crítico de nuestra consciencia. Los estados por los que pasamos son: un estado consciente en el cual la consciencia crítica es predominante, un estado inconsciente como sería el del sueño o la anestesia y, finalmente, un estado hipnótico en el que desaparece el sentido crítico. La capa subconsciente sería la más alta de la mente inconsciente. Ese estado hipnótico inducido, cuando alcanza niveles profundos nos permite crear modificaciones en nuestra mente que son muy útiles para el control de muchas enfermedades. La hipnosis, en algunos momentos, puede ser el arma terapéutica esencial, tanto para el

tratamiento como para el diagnóstico de muchos procesos psicológicos, y para ayudar a la modificación de estados patológicos en los que la implicación de la mente es muy importante. La hipnosis tiene diferentes grados de profundidad relacionados directamente con la supresión del sentido crítico, de modo que para algunos tratamientos se puede utilizar lo que podemos llamar una hipnosis superficial y para otros requeriremos un estado más profundo (hipnosos sonámbula).

Durante la hipnosis se producen unos fenómenos conocidos que consisten en alteraciones motoras de los músculos voluntarios con relajación en estado cataléptico, de los involuntarios, parálisis de grupo musculares, movimientos automáticos y mejoría de la eficiencia muscular. Asimismo hay una afectación de la musculatura involuntaria de órganos y glándulas, del corazón y grandes vasos, incluso del sistema de la coagulación o de la respuesta inmunológica. Se puede modificar el nivel de dolor, induciendo una hipnoanalgesia; se puede distorsionar la sensación temporal (vivencia del tiempo) e incluso producir modificaciones en nuestra memoria. Otro de los fenómenos hipnóticos es la conocida sugestión post-hipnótica y una de sus grandes aplicaciones en la terapéutica es la conocida como la autohipnosis.

La hipnosis presupone mantener una relación de confianza personal y de respeto a las normas éticas de la práctica médica.



---

# Técnicas de tratamiento

El tratamiento de la enfermedad mental en los médicos plantea dificultades a veces insalvables, que influyen en su peor pronóstico. Vicent *et al.* (1969) describieron las especiales resistencias de los médicos para admitir en ellos mismos problemas emocionales y adoptar el rol del paciente, por lo que consultan tras un largo periodo de tiempo en que intentan un ineficaz autotratamiento. Además, por ser *pacientes especiales*, reciben un tratamiento médico de peor calidad, así como menos tiempo de seguimiento que los pacientes no sanitarios. Waring (1977) en un estudio controlado de 30 médicos y enfermeras hospitalizados por enfermedad psiquiátrica, concluyó que ambos grupos son *los peores pacientes* al compararles con un grupo de pacientes psiquiátricos ajustados en edad y sexo: los médicos buscan ayuda cuando ya están muy enfermos, a través de consultas *informales*.

Respecto a la prevención y tratamiento de problemas psiquiátricos en los médicos, el primer paso en respuesta a la alta prevalencia de enfermedad mental entre ellos es su reconocimiento, en vez de la negación, así como la organización de programas educacionales y de *counselling* como ya se hace en Gran Bretaña desde 1985, donde se dispone de una especial línea telefónica para esta-

blecer contacto con un servicio especializado para solicitar ayuda seria y confidencial por los mismos médicos-enfermos (sobre un cuarto de las llamadas), al *National Counselling Service for Sick Doctors*. Se ha sugerido, también, que se debería investigar, y luego excluir, a estudiantes con personalidades vulnerables antes de entrar en la Facultad de Medicina.

El tratamiento de los trastornos mentales de los médicos constituye un verdadero reto profesional para los psiquiatras, quienes experimentan algunos característicos sesgos cognitivo-afectivos con colegas, y les diagnostican y tratan de forma menos adecuada que al enfermo común. Ello ha llevado a crear una figura médica especial para ayudarles, que en EE UU se llama *Confronter*, caracterizado por altas habilidades de comunicación interpersonal, empatía y firmeza suficientes como para «encaminar al médico hacia el tratamiento adecuado, proteger sus intereses profesionales y económicos, cuidar de la rehabilitación y reorientación laboral si los precisa y servir en todo momento de apoyo personal y social».

La Asociación Médica Americana, reconociendo el creciente problema de la pérdida de médicos productivos debido a varios tipos de deterioro y el impacto de su incapacidad en la calidad de la asistencia al paciente, ha ejercido un activo liderazgo en la realización de actividades relacionadas con su prevención y tratamiento.

A nivel del médico hospitalario son prioritarias llevar a cabo las siguientes propuestas:

- 1) Potenciación de las unidades de Salud Laboral-Medicina Preventiva.
- 2) Creación de consultas de Psiquiatría Laboral.
- 3) Desarrollar un servicio ágil y confidencial de Inspección Laboral eficaz, con una orientación preventiva y rehabilitadora, más que sancionadora.
- 4) Desarrollar programas formativos que traten de mejorar la competencia psicosocial de los médicos.
- 5) Sensibilización de las organizaciones colegiales y sindicales al servicio de sus representados.
- 6) En el caso del médico «deteriorado» se

formalizará el procedimiento más adecuado para tramitar el proceso de incapacidad laboral transitoria, que puede llegar a ser permanente tras su valoración por un tribunal competente.

Es responsabilidad compartida individual, colegial e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario para realizar la tarea clínica a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia. En la actualidad el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid ha elaborado un Programa de Ayuda al Médico Enfermo (PAME) \*, que pretende prevenir y colaborar en el tratamiento de los trastornos mentales en los médicos, y evitar riesgos para la salud de la población general.

Vamos a exponer a continuación una síntesis de los métodos terapéuticos más eficaces que conocemos y que son aplicables al médico *estresado/desgastado*. En resumen, podemos decir que dos grandes grupos de técnicas terapéuticas: 1.º las técnicas *cognitivo-conductuales*<sup>4</sup>, y 2.º *la psicoterapia* (técnicas psicodinámicas o psicoanalíticas), son las más disponibles en la actualidad.

## TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Existen varias técnicas cognitivo-conductuales que se centran en el control de las respuestas de estrés que padece el paciente en el momento presente y que se manifiestan en el pensamiento, en las emociones y en las conductas observables. Dichas técnicas tratan de controlar los comportamientos (pensamiento, emoción y conducta) que resultan estresantes. Las más destacadas son las siguientes: Reestructuración cognitiva, autocontrol emocional y control conductual.

---

\* Para más información, contactar con el Colegio.



## Regulación cognitiva (control de pensamientos)

Las técnicas más utilizadas son tres, a saber: a) técnicas de identificación y resolución de problemas, b) la reestructuración cognitiva, y c) entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

a) *Las técnicas de identificación y resolución de problemas* consisten en aprender a evaluar de forma realista los problemas con los que nos enfrentamos. A través de un método sencillo, que Ud. puede realizar de modo personal, se trata de enumerar y discernir el problema que le estresa y tratar de buscar la respuesta de conducta más satisfactoria para su resolución. Se trata de practicar siguiendo los siguientes pasos (que si lo desea usted puede empezar ahora mismo a realizarlo, tomando lápiz y papel y comenzando a escribir):

- 1.º Describa la situación estresante (Por ejemplo, el jefe de mi servicio me manda que vea un número excesivo de enfermos que me desborda).
- 2.º Considere las soluciones o alternativas posibles a ese problema (Ej.: negarme a verlos y enfrentarme violentamente al jefe y decirle que es un..., solicitar que los vea el residente, pedir que se distribuya equitativamente la carga asistencial entre todos los componentes del servicio, ver a los pacientes muy rápidamente casi sin explorarlos, hacer historias clínicas muy reducidas, denunciar al jefe ante la Dirección por abuso y maltrato, etc.).
- 3.º Valorar los pros y los contras de cada una de las alternativas propuestas.
- 4.º Tomar la decisión que nos parezca más adecuada.
- 5.º Llevarla a cabo. Realizar la acción propuesta.
- 6.º Evaluar sus resultados.

Si la decisión tomada y la actuación subsiguiente no han conseguido rebajar/apagar el «fuego» del estrés, se probará con otra alternativa que nos parezca la más pertinente.

b) *La reestructuración cognitiva* tiene por objeto corregir errores interpretativos debidos a creencias distorsionadas de la realidad y a transformarlas para hacer una evaluación más objetiva de la situación real. Con frecuencia las personas distorsionamos algunos aspectos de la realidad. Así, por ejemplo, cuando estamos tristes exageramos los aspectos negativos y minimizamos los positivos, o al revés, cuando estamos eufóricos y alegres. En otras ocasiones generalizamos en exceso. Por ejemplo, si «le ha ido mal» (no ha estado acertado) con un paciente puede pensar que es un mal médico, lo que aumenta nuestra frustración y sensación de incapacidad, con daño a la autoestima personal. En el ejemplo anterior se trataría de tener en cuenta toda la trayectoria profesional y no sólo un mal día, que puede tener cualquiera. En general se propone la técnica del «*si bien es verdad* que no estuve acertado con este paciente, *también es verdad* que lo hago bien con la mayoría de ellos».

Una forma de averiguar si usted distorsiona o evalúa de forma realista es observar lo que siente:

Las evaluaciones realistas producen emociones moderadas, de duración limitada en el tiempo, acordes a la situación y no impiden la acción. Ante un acontecimiento negativo las reacciones *normales* pueden ser de tristeza, inquietud, enfado, aceptación y responsabilidad de sus actos y, por lo tanto, actuar en consecuencia (normalmente de forma ajustada) o bien, no actuar, según sea el caso.

Ahora, pregúntese usted por lo que le sucede ante ese acontecimiento negativo: ¿Se encuentra profundamente abatido, angustiado, iracundo o culpable?, ¿esos sentimientos le bloquean y le impiden actuar o, por el contrario, le impulsan a tomar medidas extremas? Si contesta que sí entonces está distorsionando la realidad, lo cual puede ser perjudicial para usted y, muchas veces también para los demás, porque mermará su capacidad para dar y recibir, disminuirán las posibilidades de tener experiencias agradables, le impedirán actuar, se amargarán la vida inútilmente y, en suma, disminuirá su capacidad para el placer y la felicidad.

En el caso de la hostilidad extrema incluso puede ser peligroso. Muchos atropellos «accidentales» en la carretera tienen en su inicio una evaluación distorsionada («Los ciclistas, ese coche, esa persona... es un estorbo, no debería estar ahí, ¡quién se habrá creído!»).

## Distorsiones cognitivas más comunes

Son las siguientes:

1) *Hipergeneralización*. Es un proceso inverso al método científico. De un hecho concreto se saca una ley general y no se comprueba si es cierta. Se utilizan términos absolutos como *todo, nada, nunca, nadie, ninguno, todo el mundo...* usted hipergeneraliza cuando al no hacerse entender por *uno* de sus pacientes cree que es un mal médico (dejando de valorar todos los demás casos donde sí ha podido hacerse entender), cuando ante un cita frustrada con una de las enfermeras de su departamento cree que ninguna enfermera del hospital querrá salir nunca con usted, cuando se le bloquea el ordenador y usted piensa que nunca logrará dominar *ese maldito cacharro* (queremos decir la informática)...

2) *Etiquetaje global*. Uso de «clichés» estereotipados y peyorativos para designar cosas, personas, situaciones o la propia conducta. Esta distorsión es lo que conocemos por prejuicios. «Soy un fracaso total», «soy un inútil, un tonto, un estúpido, un inepto...», «mi despacho es una cuadra», «mi vida amorosa es un desastre», «no valora mi trabajo porque tiene complejo de inferioridad», «lo que no valoran mis ideas son gente de mente estrecha», «las mujeres son unas histéricas» «los hombres son unos egoístas», «los cirujanos se creen una raza aparte», «los que van al psiquiatra están locos», «los psiquiatras están locos», «la gente sin estudios no son inteligentes», «los hombres guapos son unos creídos»...

3) *Filtrado*. Se produce cuando sólo se presta atención a ciertos hechos negativos de la realidad, ignorando todo el resto. Es como si se llevara orejera. Cuando escucha ciertas palabras *clave*

que le suponen pérdida, injusticia, peligro, se manifiesta la distorsión. Por ejemplo, el doctor Martínez es llamado al despacho de su jefe y éste elogia su trabajo con un paciente muy difícil así como su buena calidad técnica y, en general, su buena atención a los pacientes; sin embargo, también le indica que podría tratar de sonreír un poco más, lo que le haría parecer más amable. Automáticamente, el doctor Martínez se siente abatido e inútil porque su jefe piensa que no es tan amable como debiera. Ha filtrado sólo el contenido crítico de la charla con su jefe y no toma en cuenta los numerosos elogios.

4) *Pensamiento polarizado*. Sucede al dividir todos los acontecimientos en buenos o malos, en dicotomías rígidas tipo blanco o negro, perdiéndose todos los matices del gris. Inevitablemente usted termina en el lado negativo, ya que no puede tener siempre una actuación brillante, caer siempre bien, ser simpático y amable invariablemente. Las cosas no van a salir siempre como desea ni las personas van a reaccionar según sus gustos, por lo que tendrá una considerable pérdida de autoestima. Las frases que le deben hacer sospechar que está polarizando la realidad son aquellas que contienen las conjunciones *Y/O*. Ej: «O soy capaz de presentar un trabajo en un Congreso o arruino mi carrera para siempre», «si no puedo mantener la calma soy un neurótico», «O voy a EE UU o me quedaré obsoleto en mis conocimientos (para siempre)», «Sólo hay una forma ética de hacer las cosas (las demás son inmorales). «Si no consigo que me vaya bien con Marta es que no valgo para el amor»...

5) *Autoacusación*. Usted es como el «ombligo del mundo» para las cosas negativas, todo lo negativo que acontece a su alrededor está relacionado con usted y es culpa suya. Vive constantemente disculpándose por las cosas que ocurren sean o no responsabilidad suya. Una cosa es autorresponsabilizarse de su vida, sus actos y de sus sentimientos (lo cual es altamente deseable) y otra llegar a responsabilizarse de cosas que escapan a su control como, por ejemplo, los sentimientos de los demás, o los hechos fortuitos. Contrae una enfermedad y se culpa por estar enfermo, a su hija adolescente le deja

su novio y piensa que es culpa suya por no educarla correctamente, hay huelga de transportes y usted se disculpa (ya que debería tenerlo previsto), su mujer (o marido) no quiere cenar lo que ha preparado y usted se disculpa (¡qué idiota soy!, tendría que haber preparado otra cosa, lo siento). A su hijo le tienen que operar y piensa que es culpa suya ya que tendría que haber hecho un diagnóstico precoz...

6) *Personalización*. Se produce al referir hacia su persona todo lo que sucede a su alrededor. Esta distorsión tiene un componente «narcisista» ya que todo lo que los demás dicen o hacen está relacionado con usted. Le hace reaccionar inadecuadamente ya que interpreta mal a los demás. Por ejemplo, alguien dice que la fiesta es un rollo y usted piensa que el aburrido es usted. (Tal vez trate de animar las cosas y comience a hablar por los codos, convirtiéndose en alguien realmente inaguantable y pelma para el otro). Su jefe dice que no se atienden en el servicio a un número suficiente de pacientes y piensa que lo dice por usted (Comenzando un enfrentamiento con él por algo que en principio no estaba relacionado con usted). Los rechazos y desaprobaciones, imaginarios al principio, pueden terminar siendo realidad debido a su reacción, deteriorando las relaciones con los demás. Es muy difícil «cazarse» en esta distorsión. No obstante, hay algunas claves que le pueden hacer sospechar su presencia. Por ejemplo, el compararse constantemente con los demás (quién es más listo, competente, amable...) y si al prestar atención cuando alguien se queja), automáticamente piensa que es una indirecta hacia usted, entonces, está personalizando.

7) *Lectura de la mente*. ¿Es usted de los que dice «sé que fulano piensa de mí... que soy tonto, aburrido, incompetente...»? ¿Es usted capaz de adivinar lo que piensan o sienten otras personas sin preguntárselo?, entonces está cayendo en esta distorsión ya que nadie es capaz de leer más que sus propios pensamientos. Esta distorsión se basa en la *proyección*, ya que piensa que los demás comparten con usted su visión del mundo, sus sentimientos y su visión negativa de sí mismo, lo cual puede ser o no realmente

cierto. Esta distorsión daña su autoestima y deteriora sus relaciones con los demás.

Un consejo: si tiene «intuiciones», «simplemente sabe lo que piensan los demás» o le da la impresión..., antes de sacar conclusiones, pregúntese.

8) *Error del Adivino*. Se parece mucho al anterior pero referido a acontecimientos futuros. Comete este tipo de error cuando dice «sé que me saldrá mal», «no volveré a enamorarme», «no ascenderé en mi trabajo», «no puedo superarlo», «no puedo cambiar».... ¿Cómo lo sabe si no lo intenta?

### **Sugerencias para combatir las distorsiones:**

#### 1. Actúe como un científico:

- No descarte las cosas a la primera, inténtelo de nuevo.
- Ponga a prueba sus pensamientos o apreciaciones para ver si es una regla general o un acontecimiento puntual, y arriesgúese a comprobar la veracidad de sus afirmaciones (¿de qué pruebas dispongo para pensar así?).
- Contraste sus opiniones con los demás, pida consejo

2. Aprenda a desvincular su comportamiento, que puede ser mejor o peor, de su valor como persona, que es un valor dado por el hecho de existir.

- Cambie las afirmaciones absolutas del tipo «Soy...» por «me he comportado» «he hecho» («Soy un estúpido» por «me he comportado estúpidamente» «he hecho una estupidez»).

3. Recuerde que el ser humano es falible («quien tiene boca se equivoca») y que una manera de aprender y evolucionar es a través de nuestros errores.

- En las ocasiones donde no actúe como le hubiera gustado pregúntese qué está bien y qué se puede mejorar.

4. Pruebe con esta frase *Si bien es verdad que a veces... también es verdad que...* («Si bien es verdad que a veces no me hago entender por mis pacientes, también es verdad que normalmente me entienden y siguen mis prescripciones»).

## Control emocional

Para atender al componente emocional de la respuesta de estrés existen diversas técnicas de entrenamiento en *relajación*: relajación progresiva de Jacobson, respiración controlada, yoga, meditación, etc. Las hemos ya referido, y en el C-D que se entrega están perfectamente descritas.

## Control conductual

A nivel conductual se debe insistir en la importancia del afrontamiento directo orientado al conocimiento de la realidad, dado que conocer ayuda a controlar los problemas. Así, es fundamental trabajar para la mejora de las condiciones objetivas de trabajo, bien sea del entorno físico, bien de la tecnología a emplear, o bien de la estructura empresarial. Existen cauces de participación de tipo asociativo, colegial o sindical y dentro del centro hospitalario, como las distintas comisiones y órganos de dirección (Comisión mixta, Junta Técnico asistencial, Junta de personal, etc.) que son fundamentales para reducir la carga de estrés. La participación individual en un grupo colectivo que entienda y atienda a unos intereses compartidos (por ej., participación en las actividades colegiales, como la Mesa de Hospitales) puede ser bien un buen antídoto frente a la desesperación estresante.

Se pueden emplear también técnicas de entrenamiento en habilidades sociales como *asertividad* (afirmación personal) y otras habilidades de comunicación y técnicas de afrontamiento e *inoculación del estrés*. Éstas consisten en ir superando poco a poco situaciones que nos resultan estresantes e ir así fortaleciendo nues-

tros mecanismos adaptativos, nuestro sistema *immune* de resistencia, frente al estrés. La mejor manera de perder el miedo es enfrentarse con la situación que lo provoca, esto es, hay que dejar de evitar la situación temida. Esta técnica de inoculación de estrés, al igual que una vacuna, trata de exponer al individuo en imaginación a las situaciones temidas, para después poder afrontarlas en la realidad. En general, conviene hallar una jerarquía de situaciones estresantes puntuándolas de cero a cien, y, ordenarlas decrecientemente, comenzando a afrontar las de menor puntuación. Cada vez que enfrentemos una situación habrá que valorar los aspectos positivos, como es el haberlo intentado, con independencia del resultado final. Conviene practicar varias veces hasta saber que se ha superado satisfactoriamente tal situación estresante.

Se han desarrollado varios programas de intervención grupal para la prevención y control del *SDP* en los profesionales sanitarios, como es el de Hamberger y Storm (1987), que tienen una duración de 20 a 30 horas, repartidas a lo largo de una a diez semanas. Estos programas multicomponentes tienen varios objetivos fundamentales como son:

1. Proporcionar la información adecuada sobre el *SDP*, y mejorar la competencia psicosocial al mismo nivel que la científico-técnica del profesional sanitario.
2. Enseñar técnicas para aumentar el control del médico sobre las condiciones organizacionales y los cometidos del trabajo, como la priorización de las tareas y mejorar las habilidades sociales para conseguir un equipo asistencial eficaz y una buena comunicación con el enfermo y con su familia. El soporte social institucional aumenta la resistencia del médico al estrés laboral.
3. Educar para la salud con el aprendizaje de conductas saludables, y controlar los factores conductuales de riesgo como son las respuestas desadaptativas de afrontamiento (escape, evitación y aislamiento).



## TÉCNICAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA

Todas ellas parten del supuesto de la existencia de conflictos psicológicos inconscientes que se pueden resolver a través de la interpretación de los mismos y de su elaboración e integración personal.

El término psicoanálisis se refiere a una teoría de la estructura y de las funciones de la personalidad, así como también a una técnica psicoterápica específica, ambas basadas en los fundamentales descubrimientos psicológicos que realizó Sigmund Freud. Fue este mismo quien definió los principales objetivos generales de cualquier tratamiento psicoanalítico, que son: 1) Liberar al paciente de sus inhibiciones. 2) Hacer consciente lo inconsciente. 3) Reestructurar lo más extensamente posible la personalidad del enfermo. 4) Transformar la neurosis en sufrimiento humano normal. 5) Conseguir que el paciente sea capaz de gozar de las relaciones de amor, de la sexualidad y del trabajo creativo.

La técnica psicoanalítica se basa en la interpretación sistemática de la transferencia y de las resistencias del paciente a fin de aumentar el *insight* de la persona sobre sus conflictos inconscientes y lograr las oportunas modificaciones dinámicas y estructurales. La psicoterapia psicoanalítica se centra en el *aquí y ahora* vivencial del paciente, y en el análisis de las defensas desadaptativas que interfieren en su desarrollo.

Las distintas modalidades de psicoterapia dinámica constituyen un tratamiento psicológico de amplio espectro y de extensas indicaciones que ofrecen al enfermo la oportunidad de modificar, él mismo, sus dinamismos internos a través del conocimiento propio. Sus principios básicos son: la existencia de un inconsciente dinámico conflictivo, la multideterminación de los síntomas y la tendencia a la repetición de las mismas conductas como intento de resolución de los conflictos psicológicos individuales. La mejoría

sintomática alcanzada a través del autoconocimiento emocional se asocia a la reactivación de los procesos madurativos interrumpidos y a la reorganización estructural. Aplicada a los pacientes con *síndrome de burnout* procura resolver los conflictos emocionales que, generados fundamentalmente en la infancia del sujeto, le han impedido una maduración eficaz.

La psicoterapia breve o focal es una variedad de técnica psicoterápica derivada del psicoanálisis que trata de ayudar al paciente a resolver su conflicto patógeno esencial en el menor tiempo posible acordado (habitualmente menos de un año). Con esta técnica se alcanzan objetivos limitados, como una curación sintomática o el desarrollo de recursos creativos sanos. Esta técnica psicoterápica está indicada en los trastornos neuróticos clásicos y en los reactivos con escasa afectación de la personalidad, y es aplicable en personas inteligentes, motivadas y con cierta curiosidad acerca de sí mismos.

*La psicoterapia psicoanalítica del profesional sanitario mejora no sólo la salud de éste, sino que permite conseguir la mejor calidad asistencial posible. A través del autoconocimiento emocional puede adquirirse una mayor competencia creativa, con enriquecimiento de la propia personalidad, de la actividad profesional y de la vida social del analizado.*

## TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS

Además de unas buenas dosis de conocimiento personal, información suficiente sobre el estrés, sentido del humor, autocontrol emocional, asertividad, etc., puede estar indicada la utilización de algún agente psicotrópico en el tratamiento de los trastornos relacionados con el estrés, como son los trastornos adaptativos, sobre todo si son crónicos o intensos. En cualquier caso es recomendable evitar la autoprescripción de psicotropos, y elegir un médico personal de confianza, quién será el encargado del tratamiento. Aunque no hay estudios controlados que hayan demostra-

do la eficacia de intervenciones farmacológicas en pacientes con patología subsindrómica, puede ser conveniente utilizarlas para tratar los síntomas más perturbadores, junto con intervenciones psicoterápicas. Así, para reducir la ansiedad y mejorar el sueño puede utilizarse benzodiacepinas, empezando a dosis bajas (por ejemplo, 0,5 mg de alprazolam retard, cada 12 horas, o lorazepán, 1 mg. cada 12 horas), y aumentar luego la dosis en los días siguientes hasta alcanzar el efecto terapéutico.

Cuando las benzodiacepinas se utilizan con un control adecuado, el potencial de abuso es mínimo. Una encuesta realizada recientemente en Suiza demostró que por cada 100.000 nuevas prescripciones tan sólo se produjeron 2 casos nuevos de *abuso primario* de benzodiacepinas<sup>46</sup>.

Las benzodiacepinas tienen interacciones peligrosas con otros fármacos como el alcohol y otros depresores del sistema nervioso central. Como efectos secundarios destacan el deterioro de la coordinación psicomotriz (riesgo de accidentes), el deterioro de la memoria de fijación y los fenómenos de deprivación cuando se retiran inadecuadamente. Por lo tanto, es prudente utilizarlas durante periodos cortos de tiempo (menos de cuatro meses), con una ulterior reducción gradual de la dosis.

Puede utilizarse buspirona para el control de los síntomas de los trastornos de ansiedad, sin riesgo de efectos secundarios psicomotores ni cognitivos, aunque su efecto terapéutico puede demorarse hasta tres y cinco semanas. La buspirona es el primero de una nueva clase de ansiolíticos no benzodiacepínicos, que carece de efectos relajantes y sedantes y con escaso o nulo potencial de crear dependencia.

Desde hace ya varios años se ha aprobado en Europa y en Estados Unidos la utilización de varios antidepressivos, tricíclicos como la imipramina y clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la fluvoxamina, paroxetina y la sertralina para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, espe-

cialmente cuando se asocian síntomas depresivos. Si se presentan trastornos del estado de ánimo como son la depresión mayor y la distimia, se utilizarán fármacos antidepresivos como los antes mencionados, que se deben mantener como mínimo durante seis meses, tras de haberse alcanzado la remisión clínica completa. De todos ellos la imipramina ha sido el más ampliamente utilizado desde los trabajos pioneros de Klein y Fink en 1962. Sus mayores desventajas radican en sus efectos anticolinérgicos, el aumento del apetito, su tardanza en actuar, su toxicidad cardiovascular y el riesgo de suicidio por sobredosis.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina tienen un perfil mucho más favorable de efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos, siendo también conveniente comenzar el tratamiento con dosis bajas, como, por ejemplo, fluvoxamina (Dumirox®) 50 mg/d, o paroxetina 10 mg/d, para ir subiendo progresivamente la dosis.

En resumen, los psicotropos son útiles en el manejo de la ansiedad, el insomnio y la depresión. Aunque el trastorno adaptativo es la alteración mental más benigna que existe, no debe subestimarse dada su elevada prevalencia (entre el 10-15 % de la población general) y la gravedad potencial de sus complicaciones múltiples, y no debe confundirse con los problemas normales «de la vida cotidiana».



---

# Visión general y consideraciones finales

El estrés psicofisiológico acompaña a hombres y mujeres desde el nacimiento a la muerte, incluso sin saberlo, como la savia recorre y da vida a las plantas. Y al final de la experiencia del estrés resultan dos clases de productos: aprendizaje y/o deterioro, desarrollo de nuevas capacidades, siempre compartidas, o bien otra oportunidad perdida. ¿Qué es si no la vida?, sino una serie limitada de oportunidades que somos capaces, o no, de darnos a nosotros mismos y a los demás para satisfacer nuestras necesidades y deseos propios, y desarrollar los recursos latentes que todos tenemos, incluso sin saberlo.

Para reducir el deterioro producido por el estrés a la fatiga residual inevitable, el coste del esfuerzo realizado..., ¿qué podemos hacer?: aumentar el aprendizaje, la formación continuada, trabajando cada día mejor, ésta es nuestra prescripción, la anunciada vacuna contra los trastornos relacionados con el estrés.

El estrés laboral individual, nos suele hacer, otras veces nos puede deshacer, y algunas veces incluso rehacer como personas: depende de la calidad del rol laboral, pero el contar con un empleo estable y bien remunerado, habitualmente mejora y protege la salud de hombres y mujeres. Es mucho peor el estrés del desempleado o del que no sabe cómo dar sentido a su vida.

La mayor morbilidad y mortalidad de los médicos y de las médicas en comparación con la población general para depresión, alcoholismo y cardiopatía isquémica, puede explicarse por tres mecanismos no excluyentes<sup>50</sup>:

1. El estrés inherente al trabajo clínico asistencial, sin el suficiente soporte organizacional ni la utilización de las adecuadas estrategias de afrontamiento de la práctica laboral.
2. El conocimiento y fácil disponibilidad de sustancias psicoactivas por los médicos, tales como hipnóticos y sedantes, drogas estimulantes, etc.
3. La autoselección inconsciente para la Medicina de personas con gran necesidad de logro o de realización personal y de poder o control personal, lo que también les hace ser más reactivos al estrés y tener más riesgo de depresión.

Los diversos trastornos relacionados con el desgaste ocupacional de las y de los profesionales sanitarios en general, puede llegar a deteriorar la eficacia de las organizaciones sanitarias y a generar intenso malestar social. Por ello es necesario que el Estado provea de los recursos económicos convenientes para poder contar con unos servicios sanitarios de la mejor calidad y eficiencia, con la posibilidad de controlar las conductas inadecuadas del rol sanitario profesional, como son la despersonalización de las relaciones con el usuario, y una práctica desmotivada de mala calidad científico-técnica.

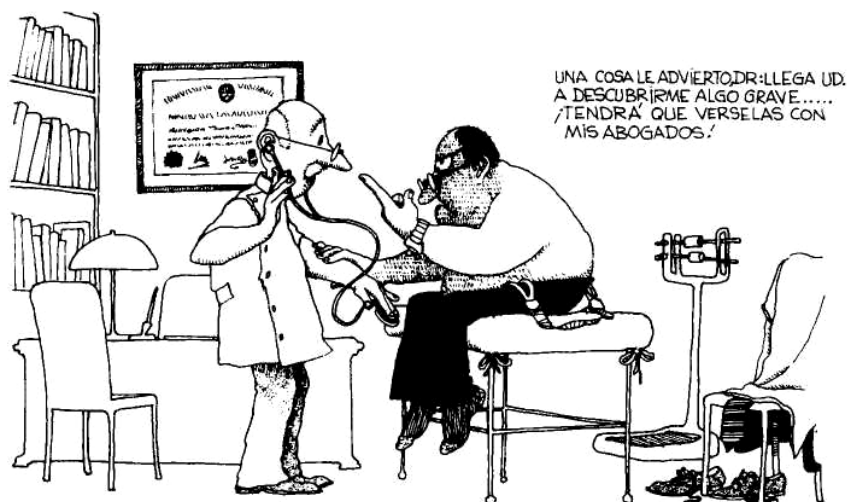
Sin negar la importancia de las diferencias y responsabilidades individuales, es evidente el mayor peso de las condiciones organizacionales en el desarrollo de los principales trastornos mentales y psicofisiológicos relacionados con el estrés de la práctica médica, y en la calidad asistencial; ésta y la salud laboral de los sanitarios son inseparables.

El trabajo médico tiene mucho de satisfactorio, pero también de penoso y hasta de antihigiénico, al estar expuesto al sufrimiento humano, a la enfermedad y a la muerte, con responsabilidad directa sobre la vida de otras personas. Es además antihigiénica la nece-

saría identificación con sus enfermos, para poder conocerlos y comunicarse con ellos, y sobre todo por la frustración de sus expectativas de curación, además del trabajo mental que es necesario realizar para ejercer una adecuada gestión y control emocional.

Las asociaciones profesionales y sindicales del sector sanitario tienen una gran responsabilidad en la mejora continua de la calidad asistencial y de la salud laboral de los profesionales sanitarios.





# Bibliografía

---

1. Freidson E. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper and Row, 1970.
2. Masón JW. Psychological stress and endocrine function. En: Schar EJ (ed.): *Topics in psychoendocrinology*. New York: Gruñe Stratton, 1975.
3. Glaser R, Rice J, Sheridan J *et al.* Stress related immune suppression: Health implications. *Brain Behavior Immunity* 1987; 1:7-20.
4. Engel GL. *Psychological development in health and disease*. Philadelphia: Saunders, 1962.
5. Kahn RL, Wolf DM, Quinn RP *et al.* *Organizational stress. Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley, 1964.
6. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer *et al.* Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic cancer. *Lancet*, 1989; 2:888-891.
7. Gómez Bosque P, Ramirez Villafanez. *Cerebro, mente y conducta humana*. Salamanca: Amarús, 1998.
8. Warr P. *Work, unemployment and mental health*. Oxford University Press, 1987.
9. Mechanic D. *Polines, medicine and social science*. New York: Wiley, 1974.
10. Freud S. Breuer J. *Estudios sobre la histeria*. Standard edition II: 282.
11. Marmor J. The feeling of superiority. *km J Psych*, 1953; 110:310-376.

12. Krakowski AJ. Stress and the practice of medicine. The myth and reality. *J Psych Res*, 1982; 26:91-98.
13. Simpson LA, Grant L. Sources and magnitude of job stress among physicians. *J Behav Med*, 1991; 14:21-42.
14. Firth -Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *B M J*, 1987; 295:533-536.
15. Hurwitz TA, Beiser M, Nichol H *et al*. Impaired interns and residents. *Cañad J Psych*, 1987; 52:165-169.
16. González de Rivera JL *et al*. Stress reactivity in the general population. *Europ J Psych*, 1993; 7:5-11.
17. González de Rivera JL. Factores de estrés y enfermedad. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1991; 79:290-297.
18. Reviki DA, May H, Whitley W. Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. *Behavioral Medicine*, 1991; 77:11-16.
19. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *J Soc Iss*, 1974; 30:159-165.
20. Maslach Ch, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 1981; 2:99-113.
21. Pines A, Aronson E, Kufry D. *Burnout*. New York: The Free Press, 1981.
22. Vega ED, Pérez Urdaniz A. *El síndrome de Burnout en el médico*. Madrid: Smith Kline Beecham, 1998.
23. Gervas JJ, Hernández M. Enfermedad de Tomás. *Med Clin*, 1989; 95:572-575.
24. Cherniss C, Staff Burnout. *Job stress in the human services*. New York: Sage Publications, 1980.
25. Etzion D, Burnout. *The hidden agenda of human distress*. Faculty of Management. Tel-Aviv University, 1987.
26. Dublin LI, Spiegelman M. The longevity and mortality of american physicians. *JAMA*, 9:1214-1215.
27. King H. Health in the Medical and other learned professions. *J Ch Dis*, 1970; 25:275-281.
28. Vaillant GE. *Adaptation to Ufe*. Boston: Little Brown and Co, 1977.
29. Vaillant GE, Sobowale N, McArthur Ch. Some Psychological Vulnerabilities of Physicians. *New Eng J Med*, 1972; 257:372-375.
30. Robinowitz CB. The impaired phsycian and organized medicine. En: Scheiber JC, Doyle BB (eds.). *The impaired physician*. New York: Plenum Medical Book Company, 1983.

31. Iruela Cuadrado LM. Transtornos mentales en los médicos. *Tribuna Médica*, 1983; 7008:29-30.
32. Rees D, Cooper CL. Occupational stress in health service workers in the U.K. *Stress Med*, 1992; 8:79-90.
33. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. Estudio empírico de los profesionales gallegos del Área de Salud Mental. *Rev Esp Neurops*, 1991; 39:267-273.
34. De las Cuevas Castresana C, González de Rivera JL, De la Fuente JA *et al.* Burnout y reactividad al estrés. *Rev Med Univ Navarra*, 1997.
35. Mingóte JC, Alonso-C, Denia F, Jiménez Arriero MA. Estresores ocupacionales en el personal de enfermería. *En prensa*.
36. Mingóte JC. Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico. *Tesis Doctoral*. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
37. Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A *et al.* Suicide patterns among physicians. *Acta Psych Scand*, 1987; 75:139-145.
38. McCranie EW, Brandsma OM. Personality antecedents of Burnout. *BehavMed*, 1988; 2:30-36.
39. Belfer B. Stress and the medical practitioners. *Stress Med*, 1989; 5:109-113.
40. Firth-Cozens. Depresión en médicos. En: Roberts M, Katona CL (eds). *Depresión y enfermedades somáticas*. New York: Wiley, 1998; 99-118.
41. Thompson MS, Page SL. Psychological determinants of occupational burnout. *Stress Medicine*, 1992; 5:151-159.
42. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among. *General Pract Soc Scien Med*, 1993; 37:575-581.
43. Moreno Jiménez B, Oliver C, Aragonese A. El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Buela Casal y Caballo (eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. México: Siglo xxi: 1991; 271-285.
44. Maslach Ch, Jackson SE. *Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA, 1997.
45. Argyle M. *The socialpsychology ofwork*. London: Penguin Books, 1972.
46. Lader M. Hazards of benzodiazepine treatments of anxiety. En: Bueeows GD, Roth M, Noyes Jr. R (eds.) *Handbook of anxiety*, 1992; 5:221-232.
47. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents. *Cañad J Psych*, 1987; 52:165-169.

48. Firth-Cozens J. Mujeres médicas. En: Firth-Cozens J, West MA (eds.). *La mujer en el mundo del trabajo*. Madrid: Edit. Morata, 1993.
49. Cartwright L. Occupational stress in women physicians. En: Payne RL, Firth-Cozens (eds.). *Stress in health professionals*. Chichester: John Wiley, 1987.
50. Lindeman S, Laara E, Vuori E, Lonniquist J. Suicides among physicians, engineers and teachers. *Acta Psych Scand*, 1997; 9(5):68-71.

# Epílogo

---

Oda a la *Vida Retirada* del combativo Fray Luis de León, quien vivió en la segunda mitad del siglo xvi, y definió la salud como «la armonía interior» alcanzable a través de un trabajo continuo de regeneración o de «renacimiento interior», que nos permite recuperarnos para nosotros mismos a pesar del ruido exterior:

## VIDA RETIRADA

¡Qué descansada vida  
la del que huye del mundanal ruido,  
y sigue la escondida  
senda por donde han ido  
*los pocos sabios* que en el mundo han sido!

Que no le enturbia el pecho  
de los soberbios grandes el estado,  
ni del dorado techo  
se admira fabricado  
del sabio moro, en jaspes sustentado.

No cura si la fama  
canta con voz su nombre pregonera,  
ni cura si encarama  
la lengua lisonjera  
lo que condena la verdad sincera.

¿Qué presta a mi contento  
si soy del vano dedo señalado,  
si en busca de este viento  
ando desalentado  
con ansias vivas y mortal cuidado?

¡Oh campo, oh monte, oh río!  
¡Oh secreto seguro deleitoso!  
Roto casi el navio,  
a vuestro almo reposo  
huyo de aqueste mar tempestuoso.

Un no rompido sueño,  
un día puro, alegre, libre quiero;  
no quiero ver el ceño  
vanamente severo  
de quien la sangre ensalza o el dinero.

Despiértenme las aves  
con su cantar suave no aprendido,  
no los cuidados graves  
de que es siempre seguido  
quien al ajeno arbitrio está atenido.

*Vivir quiero conmigo,*  
gozar quiero del bien que debo al cielo,  
a solas, sin testigo,  
libre de amor, de celo,  
de odio, de esperanza, de recelo.

Del monte en la ladera  
por mi mano plantado tengo un huerto,  
que con la primavera,  
de bella flor cubierto  
ya muestra en esperanza el fruto cierto.

Y como codiciosa  
de ver y acrecentar su hermosura,  
desde la cumbre airosa  
una fontana pura  
hasta llegar corriendo se apresura.

Y luego sosegada,  
el paso entre los árboles torciendo,  
el suelo de pasada  
de verdura vistiendo,  
y con diversas flores va esparciendo.

El aire el huerto orea;  
y ofrece mil olores al sentido,  
los árboles menea  
con un manso ruido,  
que del oro y del cetro pone olvido.

Ténganse su tesoro  
los que de un flaco leño se confían;  
no es mío ver el lloro  
de los que desconfían  
cuando el cierzo y el ábrego porfían.

La combatida antena  
cruje, y en ciega noche el claro día  
se torna; al cielo suena  
confusa vocería,  
y la mar enriquecen a porfía.

A mí una pobrecilla  
mesa de amable paz bien abastada  
me baste, y la baxilla  
de fino oro labrada  
sean de quien la mar no teme airada.

Y mientras miserablemente  
se están los otros abrasando  
en sed insaciable  
del no durable mando,  
tendido yo a la sombra esté cantando.

A la sombra tendido,  
de yedra y lauro eterno coronado,  
puesto el atento oído  
al son dulce acordado  
del plectro sabiamente meneado.



