



Estrés ocupacional en los profesionales de la medicina aguda

E. Moreno Millán

SEVILLA

INTRODUCCIÓN

El estrés ocupacional es un problema reconocido desde hace años en los trabajadores sanitarios, y constituye un riesgo importante y específico en los profesionales médicos¹. Influye en la satisfacción por el trabajo que se realiza, en el bienestar psicológico y en la salud física², pero también puede afectar indirectamente a los pacientes a los que se intenta mejorar su salud. Recientes investigaciones muestran que, mientras un 17,8% de los empleados de actividades generales presenta signos de morbilidad psiquiátrica de origen laboral, en los de la sanidad llega a alcanzar entre el 22% y el 46%^{1,3,4}.

El fenómeno se produce, especialmente, en los países más desarrollados (existen referencias de Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido y España^{1,3,5-7}) pero también ocurre en estados con economías en transición (Turquía, Pakistán), aunque se han publicado todavía pocas experiencias^{8,9}.

Entre los trabajadores de la salud, se manifiesta fundamentalmente en intensivistas y anestesiólogos-reanimadores¹, *urgenciólogos*^{3,5,6,8-12} y *emergenciólogos* prehospitalarios^{13,14}, aunque aparece también con menor intensidad en responsables de otras especialidades^{1,3,15}, incluso en generalistas¹⁶ y en personal de enfermería².

EL ESTRÉS Y LA SATISFACCIÓN EN LOS ESPECIALISTAS DE LA MEDICINA AGUDA

Entendiendo por “medicina aguda” aquélla que se encarga de los pacientes que requieren una atención sanitaria especializada en menos de 6 horas desde el comienzo del cuadro pa-

tológico (debido a la gravedad, complejidad, severidad y amenaza vital) tanto por nuevos procesos de aparición reciente como crónicos descompensados, es evidente que las disciplinas que cubren su espectro son, básicamente, la medicina intensiva, la anestesiología-reanimación y, por supuesto, la medicina de urgencias y emergencias.

Los intensivistas, tanto por su entorno laboral –cerrado, ruidoso, hiperactivo, altamente tecnificado– como por su propia actividad –enfermos críticos, altas morbilidad y mortalidad– están en una situación de aparente mayor riesgo, y constituyen un problema evidentemente peligroso para ellos mismos pero también para los enfermos a los que atienden¹, dadas las posibilidades de error a las que pueden conducir los efectos del estrés.

En médicos de unidades de cuidados intensivos (UCI) británicas se realizaron estudios sobre encuestas de calidad de salud (GHQ-12) y escalas de síntomas depresivos (SCL-D) y se observó que el 28% mostraba 3 o más signos y el 22% 4 o más. Además el 12% también presentaba importantes grados de depresión y el 3,2% incluso ideas de autolisis¹. Las percepciones más manifestadas por los afectados eran una sensación continua de cansancio, una excesiva preocupación hasta por hechos banales, alteraciones del ritmo del sueño y cambios de carácter, sin encontrarse diferencias significativas entre géneros. Tampoco existía correlación entre los síntomas y la edad, la suma total semanal de horas de trabajo o el número de camas de la UCI¹.

Entre los profesionales *urgenciólogos* y *emergenciólogos*, la depresión se produce en un 10,6% de ellos, y los episodios de ansiedad en el 29%. La baja renta y la antigüedad en el puesto de trabajo se asocian de forma estadísticamente significativas con la sintomatología depresiva⁸.

La satisfacción previa con el trabajo se ha propuesto, en algunas investigaciones, como un gran protector ante los agentes estresantes externos. Entre los determinantes del estrés se han contabilizado la falta de camas ante un lleno ocupacional en la UCI, el inicio del trabajo matutino con sensación previa de sobrecarga, la necesidad de tomar decisiones en solitario, la escasez de recursos y el traslado de la problemática laboral hasta la vida social y familiar¹. Pero también influiría negativamente el hecho de relacionarse a diario con enfermos en situación crítica y próximos a su muerte, la percepción de infrautilización, la privación de sueño, la dificultad de cooperación con algunos profesionales de otras especialidades, la falta de reconocimiento por los superiores y el exceso de responsabilidad. Todo ello obligaría a definir estrategias para combatir los mecanismos causantes, para procurar disminuir su frecuencia e intensidad, tales como el descanso psicofísico con periodicidad científicamente establecida, incluso el tratamiento médico y el apoyo psicológico¹.

Según otros estudios, a pesar de afirmar diferentes grados de satisfacción con la actividad desarrollada, los profesionales de la urgencia y emergencia expresan altos niveles de estrés, especialmente los que llevan más de 10 años en los departamentos de urgencias hospitalarios. Los directivos deben ser entrenados en el reconocimiento de estos síntomas y signos precozmente, a fin de iniciar su gestión en aquellos trabajadores que los presenten¹¹.

Parece que el estrés estaría determinado por una interacción específica entre las demandas de la organización (en definitiva, los agentes estresantes) y el control personal sobre el propio trabajo. Personalidades con alto nivel de exigencia en sus actitudes frente a los pacientes más críticos y que además ostentan una mayor responsabilidad dentro de la empresa se verían más duramente castigadas por el estrés ocupacional¹⁷. En este sentido, se haría obligado el análisis detenido y profundo de los diferentes puestos de trabajo y los perfiles psicofísicos de los profesionales, de forma que se evitara la adscripción de personas sin una preparación específica suficiente.

Entre los especialistas de urgencias, el 60% de los encuestados con el *Maslach Burnout Inventory*¹⁸ entre 1992 y 1995 decía tener un grado moderado-alto de *burnout*¹². En Canadá se objetivó que eran la escasez de recursos y la sobrecarga de los departamentos hospitalarios los principales estresantes⁵, en tanto que los profesionales sanitarios de Australia y Nueva Zelanda gozaban, en general, de una salud incluso mejor que la global de la población, aunque presentaban una puntuación media de estrés laboral de 5,6 (+/- 2,1) -en una escala de 1 a 10- y ésta era alta (de 8 a 10 puntos) en el 19,5% de profesionales, mientras la satisfacción media con el trabajo sería de 6,3 (+/- 2,1) -también en una escala del 1 al 10- y el

13,3% presentaba un bajo nivel (de 1 a 3 puntos) de satisfacción⁶.

En un estudio realizado sobre *urgenciólogos* británicos, se demostró que el 25% había accedido a su nueva actividad procedente de otras disciplinas, en un 64,7% quirúrgicas. El 41,4% lo había hecho porque parecían existir más oportunidades, y el 35,7% porque ofrecía más perspectivas profesionales en un inmediato futuro³. El 65% de estos médicos estaba satisfecho con su nueva especialidad: el 54,9% por la variedad del trabajo, el 26,5% por las posibilidades de aprendizaje y gestión de tecnologías innovadoras, el 25% por ser un área con mayor contacto con los pacientes y el 20% porque afirmaba tratarse de una actividad excitante. A pesar de esto, el 44% mostraba indicadores de alteración psicológica en el GHQ-12, y el 18% manifestaciones depresivas en el SCL-D. Éstas se asociaban, con significación estadística, con las horas trabajadas en las unidades a tiempo completo³.

LOS BIOMARCADORES DEL ENVEJECIMIENTO Y EL ESTRÉS

Los radicales libres de oxígeno juegan un importante papel en algunas enfermedades degenerativas y en el envejecimiento. Algunas sustancias -como el tocoferol o vitamina E y determinadas enzimas, como la superóxidodismutasa (SOD) y la catalasa (CAT)- están reconocidas por su implicación en la defensa antioxidante. La peroxidación lipídica ha sido propuesta como una consecuencia biológica del daño oxidativo celular y como un mecanismo de toxicidad de los radicales libres del oxígeno¹⁹.

Los ácidos grasos insaturados son especialmente susceptibles para atacar estos radicales. Estas modificaciones oxidativas causan cambios en las propiedades físico-químicas de las membranas, que alteran su permeabilidad y aumentan su riesgo de ruptura. El malondialdehído (MDA) es uno de los productos finales de la lipoperoxidación, y se han encontrado niveles elevados en enfermedades cardiovasculares y neurológicas, y en personas de avanzada edad, y esta elevación se ha asociado a un incremento del estrés sistémico oxidativo¹⁹.

En España se han efectuado, recientemente, dos trascendentales investigaciones sobre personal sanitario de atención urgente y emergente prehospitalaria (SAMUR de Madrid; médicos, enfermeros, técnicos), con diferentes turnos de actividad, edad, régimen marital, consumo de alcohol, tabaco, café o té y realización de actividades deportivas. En el primer estudio demostró que algunos de estos factores están asociados con los niveles superiores de lipoperoxidación (MDA) e indicadores de *burnout* en el *Maslach Inventory*¹⁸, de forma que los trabajadores con trabajo nocturno o vespertino, de mayor



edad, los que viven casados o en pareja y los fumadores presentan grados más altos de estrés, y que éstos son significativamente menores en enfermeros y técnicos. En cambio, no se observó ninguna asociación con el hecho de consumir alcohol, café o té ni prácticas habituales de deportes⁷.

En el segundo estudio, los autores encuentran diferencias estadísticamente significativas de la actividad de SOD en trabajadores del SAMUR que cambian de turnos y en los de noche, y se relacionó también significativamente con las escalas de *burnout* (versión española del *Maslach Inventory*)¹⁸, especialmente en los grupos de edad de 20-29 y de 40-49 años. Los niveles de *burnout* son similares en ambos géneros, y son más elevados en los profesionales de mayor antigüedad y superior categoría profesional¹⁴.

Otros estudios realizados fuera de nuestro país han encontrado que los niveles de cortisol sérico se relacionan -de forma estadísticamente significativa- con la sobrecarga de trabajo y falta de recursos en médicos de servicios de urgencia. Estos médicos perciben más estrés que el resto de especialistas, y tienen cifras más altas del cortisol en los turnos de tarde, con una buena relación con algunas encuestas de evaluación del estrés y con valores más elevados de presión arterial diastólica⁹.

CONCLUSIONES

Parece evidente que el estrés ocupacional en el personal sanitario que se ocupa de la medicina aguda -fundamentalmente los *urgenciólogos* y *emergenciólogos* y, sobre todo, los que realizan asistencia prehospitalaria- es un hecho frecuente, de alta prevalencia en nuestro medio, y que puede alcanzar consecuencias muy negativas, desde la cronificación de alteraciones psicológicas en los profesionales hasta efectos adversos en los pacientes como resultado de posibles errores médicos, fruto de aquéllas. Por esto es preciso, además de admitir y conocer su existencia, plantear estrategias para intentar minimizarlo: buscar un adecuado diseño de las plantillas, constituir equipos con decisión compartida, procurar turnos fijos de actividad con períodos más cortos para los nocturnos y vespertinos, incrementar la incentivación de la docencia y la investigación, introducir un correcto desarrollo profesional, promocionar retribuciones acordes con la penosidad y peligrosidad de las intervenciones y prestar las mayores facilidades para conciliar la vida laboral y la sociofamiliar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth* 2002;89:873-81.
- 2- Chang EM, Daly J, Hancock KM, Bidewell JW, Johnson A, Lambert WA et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses. *J Prof Nurs* 2006;22:30-8.
- 3- Burbeck R, Coomber S, Robinson S, Todd C. Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work. *Emerg Med J* 2002;19:234-8.
- 4- Firth-Cozens J. Hours, sleep, teamwork and stress. *Br Med J* 1998;317:1335-6.
- 5- Rondeau KV, Francescutti LH. Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *J Healthc Manag* 2005;50:327-40.
- 6- Taylor DM, Pallant JF, Crook HD, Cameron PA. The psychological health of emergency physicians in Australasia. *Emerg Med Australas* 2004;16:21-7.
- 7- Casado A, De Lucas N, López-Fernández ME, Sánchez A, Jiménez JA. Antioxidant enzymes, occupational stress and burnout in workers of a pre-hospital emergency service. *Eur J Emerg Med* 2005;12:111-5.
- 8- Erdur B, Ergin A, Turkcuier I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli (Turkey). *Emerg Med J* 2006;23:759-63.
- 9- Baig A, Siddiqui I, Naqvi H, Sabir S, Jabbar J, Shahid M. Correlation of serum cortisol levels and stress among medical doctors working in emergency departments. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006;16:576-80.
- 10- Levin S, France DJ, Hemphill R, Jones I, Chen KY, Rickard D et al. Tracking workload in the emergency department. *Hum Factors* 2006;48:526-39.
- 11- Heyworth J, Whitley TW, Allison EJ Jr, Revicki DA. Correlates of work-related stress among consultants and senior registrars in accident and emergency medicine. *Arch Emerg Med* 1993;10:271-8.
- 12- Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallou WK, Moradzadeh D et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996;3:1156-1164.
- 13- Louville P, Jehel L, Goujon E, Bisserte JC. Stress and burnout among pre-hospital emergency teams. *Eur Psychiatry* 1997;12(suppl 2):186s (1).
- 14- Casado A, De Lucas N, López-Fernández E, Sánchez A, Jiménez JA. Lipid peroxidation, occupational stress and aging in workers of a pre-hospital emergency service. *Eur J Emerg Med* 2006;13:165-71.
- 15- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-8.
- 16- Caplan RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *Br Med J* 1994;309:1261-3.
- 17- Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implication for job redesign. *Admin Sci Q* 1979;24:284-308.
- 18- Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory manual*, 3er ed, Palo Alto, CA, Consulting Psychological Press, 1996.
- 19- Gil P, Fariñas F, Casado A, López-Fernández E. Malondialdehído: a possible marker of ageing. *Gerontology* 2002;48:209-214.