

Rosa Gómez Esteban

EL ESTRÉS LABORAL DEL MÉDICO: BURNOUT Y TRABAJO EN EQUIPO

PROFESSIONAL STRESS IN DOCTORS: BURNOUT AND TEAMWORK

■ RESUMEN

Se ha detectado que la variable ansiedad tiene un gran impacto en la práctica del médico, el setenta por ciento presenta una ansiedad media y el dieciocho por ciento, un nivel de ansiedad alto. Asimismo se detecta depresión, importante en un 5%. Respecto al paciente, la falta de satisfacción en la relación y el sufrimiento de éste son las variables que causan mayor ansiedad. A nivel institucional las variables más estresantes son el estrés laboral, la falta de apoyo social, de formación y de tiempo. La variable más ansiógena referente a la enfermedad es el error en el tratamiento o en el diagnóstico. La satisfacción laboral se correlaciona directamente con la organización, el buen funcionamiento del Centro, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y jefes. Se constata que el trabajo en equipo es un factor de contención de la ansiedad de los médicos.

Palabras clave: Relación médico – paciente. Grupo Operativo. Ansiedad y Estrés en los profesionales de la medicina. Burn-out. Atención Primaria. Calidad asistencial. Salud Mental. Interconsulta. Trabajo en equipo.

■ SUMMARY

It has been noticed that the variable of anxiety has a relevant impact on the work of the physicians, showing the seventy percent a medium level of anxiety, and the eighteen percent a high level of anxiety. In the same way we detect an important depression in a 5%. The lack of satisfaction in the relationship and the state of suffering of the patient are the variables that create the most anxiety. In terms of the medical organization, the lack of public support, education and time are the most stressing aspects. In terms of dealing with illness, the physician's fears are giving a wrong diagnosis and treatment. The work satisfaction is directly related to the medical organization they belong to, and of how this institution functions, as well as the relationship they has with their boss and peers when doing team work. Team work can make physicians keep their anxiety internally.

Key words: Doctor-patient's relationship. Operative Group. Doctor's anxiety. Doctor's stress. Burn-out. Primary Health Care. Quality improvement. Mental Health. Consultation - liaison. Team-Work.

■ INTRODUCCIÓN

En 1978, en Alma Ata, se plantea un nuevo modelo de organización de los Servicios de Salud que será adoptado en muchos países, el primer nivel se denomina Atención Primaria de Salud. En ese mismo año en España se regula la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. A partir de los años 80 en nuestro país, se producen importantes cambios políticos, en 1982 gana el Partido Socialista en España, que van a posibilitar otros, y en esa década se desarrollan profundas transformaciones, tanto en el marco jurídico como en las estructuras sanitarias españolas. En el 84 se regulan las estructuras básicas de salud y se crean los Centros de Salud. El nuevo modelo se plantea integrar lo asistencial y preventivo, fomentar el trabajo en equipo y apoyarse en una territorialización que apuesta por lo comunitario.

En 1986, la Ley General de Sanidad enmarcará los cambios en la reforma sanitaria. Después de casi 20 años se han conseguido muchos logros, pero, en el momento actual, con el desarrollo del modelo de Atención Primaria ha aparecido un problema similar al de otros países europeos, la sobrecarga asistencial (1). La demanda de la población sube anualmente, la exigencia de los pacientes también y los recursos asistenciales no se incrementan. Esta sobrecarga asistencial es un obstáculo para una asistencia de calidad, que prime las actividades centradas en el paciente y que, a su vez, se preocupe por sus profesionales.

El estrés laboral es la principal variable generadora de ansiedad en la práctica clínica según el trabajo de investigación que he realizado con todos los médicos de Atención primaria del Área 10 de la C.A.M.. Constatamos que la variable ansiedad tiene un gran impacto en la práctica del médico, el setenta por ciento presentaba una ansiedad media y el dieciocho por ciento, un nivel de ansiedad alto. Asimismo se detectaba depresión importante en un 5%. Este estrés es mayor al sumarse otras variables que también producen alto nivel de ansiedad al médico: la insatisfacción en la relación médico-paciente, el sufrimiento del paciente, la falta de apoyo social, la carencia de formación acerca de la relación médico-paciente y la escasez de tiempo. Referente a la enfermedad, el error en el tratamiento o en el diagnóstico, ocupaba un nivel medio de ansiedad, similar al paciente «difícil».

En las respuestas al estrés, al principio se da una respuesta de alarma, después, una activación sostenida y, si no cesa el estrés, se da la fase de agotamiento, con el riesgo de desarrollar una enfermedad psiquiátrica si la evolución es desfavorable y no existen los apoyos adecuados (2). Mientras que el estrés laboral en población general se da en un 5 a 10%, en los médicos, como muestran nuestros resultados, el 18% de los médicos padecen un nivel de ansiedad alto, siendo el estrés laboral el principal responsable.

Dos formas de expresión de estrés laboral crónico, son el Síndrome de Burnout y el Mobbing o Acoso Institucional. El primero se genera más por la dinámica institucional: organización del trabajo, liderazgo dictatorial, aumento constante de

la presión asistencial y de la responsabilidad, a la que se une la falta de autonomía y decisión del médico (3,4,5). Sin embargo, el Síndrome de Acoso Institucional o Mobbing es una forma de estrés laboral que tiene su origen en las relaciones interpersonales dentro de la institución.

Se refiere al maltrato verbal y moral que recibe un trabajador por parte del jefe, de los compañeros o de ambos. Este síndrome es frecuente en los médicos y profesionales sanitarios, hasta un 38% según datos publicados en el *British Medical Journal* (6). La clínica del Mobbing es muy parecida a la del Burnout, aunque con mayores dudas sobre la autoidentidad. El cuadro clínico puede tener una forma depresiva o la de estrés-ansiedad. Cuando ambos síndromes se dan en el mismo profesional, los riesgos sobre su salud son mayores.

Además de esta violencia sutil, difícilmente demostrable que es el mobbing, otros fenómenos nuevos que han surgido en la relación médico – paciente son los actos de violencia por parte de pacientes o familiares, a veces sólo verbales, y, en ocasiones, también físicas. Esta violencia ha sido motivo de varias denuncias en editoriales médicas (Madrid Médico, nº 70, Sept., 2003; Noticias Médicas, nº 3835, Jul. 2003), y, en algunos casos, ha producido la muerte de algún profesional, por temas como la disparidad de criterios en relación a la baja laboral.

El Burnout ha sido motivo de reflexión en periódicos nacionales en varias ocasiones durante este año, se ha reseñado la sobrecarga asistencial y sus efectos sobre los médicos: depresión, alcoholismo, drogadicciones, y una mayor tasa de suicidios (El País, 26 de febrero, 20 de Abril, 2003). La sobrecarga asistencial de los médicos españoles llega a un 40% o un 50% más que en otros países y, sin embargo, los honorarios parece que son una tercera parte de los de Europa.

Erradicar la violencia y el maltrato institucional es fundamental para que no se generen problemáticas mayores, si la situación se cronifica. Así, para Mansilla (7), la hipótesis de la cadena de estrés laboral atraviesa tres estadios: El primero es el Síndrome del Mobbing, el S. Burnout o el Estrés Laboral. El segundo estadio es la Fatiga Laboral, de la que puede recuperarse con descanso o cambio de trabajo. Y, por último, el S. de Fatiga Crónica, que no se recupera ni con el tiempo, ni con cambio de trabajo, y se caracteriza por una fatiga intensa al realizar mínimos esfuerzos. González de Rivera(8), plantea que las autoridades sanitarias deberían tomarse el mismo interés para erradicar estos problemas de estrés que otros problemas de salud pública, ya que aunque de menor gravedad, tienen mucha mayor prevalencia.

Es preciso tomar conciencia de esta situación porque la mayor parte de los profesionales lo sufren en silencio, con las consiguientes repercusiones familiares y laborales, si la situación se cronifica. Cuando se produce la enfermedad también se silencia, sobre todo, si es psíquica, porque la enfermedad mental del médico ha sido un tema tabú. Frente a este ocultamiento, la Asociación Médica Americana, en 1973, elaboró un proyecto de ley en el que se señalaba la obligación moral de los médicos

de comunicar los casos de compañeros con trastornos mentales, siempre y cuando afectara a su práctica profesional y éste no quisiera ponerse en tratamiento (9).

Sin embargo, en España, sigue siendo una problemática que no se sabe cómo abordar. Probablemente, uno de los emergentes dramáticos de este conflicto ha sido la muerte de tres pacientes en un hospital de Madrid, a principios de este año. Este caso extremo ha permitido denunciar en los periódicos nacionales lo que denominan «El estrés de las batas blancas», por la insostenible situación de la atención ambulatoria, como dicen los dos titulares de El País (26. febrero, 2003; 20 Abril, 2003). Esta actitud de ocultamiento personal y social, la constatan Helm et al (10), cuando confirman una elevada tasa de suicidio en los médicos (el 4.3% de las muertes se debieron a suicidio) y una tasa baja de intentos de suicidio (1.6%), lo que apoya la hipótesis de que los médicos no piden ayuda, como hace la población general. En ésta los intentos de suicidio son muy altos en relación a las tasas de suicidio.

En los grupos operativos y Balint que hemos realizado en los centros de salud, numerosos emergentes hacen referencia al mismo: «*En la atención primaria no se te reconoce y eso te quema*», «*Algunos estamos tirando la toalla*», «*Queríamos arreglar el mundo y luego te quemas*», «*Puedes resolver cosas, pero la pregunta es, ¿A costa de qué?, y ¿Hasta cuándo puedes hacerlo?*», «*Hago lo que me interesa, para no quemarme tanto, que no lo pueda hacer*», «*Tienes la sensación de que no das más de sí, de que nunca lo haces bien*», «*Trabajamos más horas y hacemos más actividades, pero uno no siente que se le reconoce*».

El «Síndrome de Burnout» o «Síndrome del quemado», como se ha denominado en nuestro país (11,12), es un síndrome clínico descrito por Freudenberger (13), en el que se hace referencia a aquellos profesionales sanitarios que, con el paso del tiempo, se vuelven menos sensibles, comprensivos e incluso agresivos con los pacientes, con un trato distanciado, cínico y con tendencia a culparles de los problemas que padecen. Este cuadro también se denomina Síndrome de Agotamiento Emocional, con sentimientos de incapacidad, desesperanza, alienación, despersonalización y baja realización personal descrito por Maslach (14). Este autor propone que el síndrome se inicia con el cansancio emocional fruto de un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Continúa con la despersonalización que se ofrece como única salida a la situación creada.

Los profesionales más afectados por el «Burnout» son aquellos que han estado más implicados en su trabajo y han intentado encontrar soluciones eficaces para la colectividad. En el grupo pudimos observar este mayor compromiso previo con su quehacer: «*Ibas a arreglar las cosas, teníamos un espíritu de cambio...*». Este malestar es mayor si además ha habido una idealización previa: «*Queríamos arreglar el mundo y luego te quemas*». Álvarez Gallego et al (15), nos recuerdan que para Freudenberg, «*el Burnout*» es consecuencia de la caída de un ideal que se expresa con elementos de la dinámica del duelo.

En nuestros grupos constatamos que si el profesional no encuentra resultados en su trabajo y pierde el sentido de su quehacer se instala en la frustración, la queja y la impotencia. Estas vivencias y sentimientos, si no son elaborados, desencadenan síntomas como la tristeza, apatía, desinterés, irritabilidad, disminución de la autoestima y repliegue en uno mismo. Por ello compartimos la idea de Leal (43), cuando considera que el «*Burnout*» hace referencia a una sintomatología depresiva que surge ante lo que siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo no son útiles.

En España, Mingote Adán (27), considera que es un grave y creciente problema que afecta a más del 10% de los médicos. Generado por la confrontación con el sufrimiento humano, la enfermedad, la invalidez, la muerte, la alta responsabilidad de las decisiones a tomar, el trato a pacientes difíciles y el manejo de la información. Este porcentaje es mayor en los médicos que trabajan con pacientes de alta mortalidad, en ellos es también más alto el nivel subjetivo de estrés y el consumo excesivo de café, tabaco y alcohol.

De la Torre Prados *et al* (16), Blasco y Huet (17), también lo han descrito en médicos intensivistas que atienden a pacientes graves, con mal pronóstico, por las vivencias frente a la muerte, la urgencia y la falta de reconocimiento social. Asimismo por las condiciones laborales: escasez de tiempo, falta de trabajo en equipo, carencias en la formación y nombramiento de responsables por criterios políticos y no académicos. Otros estudios lo relacionan además de con los pacientes terminales, con los poco colaboradores y los no respondedores al tratamiento (30), y por el trato con pacientes difíciles (25).

Gérvas *et al* (18), plantean que en su etiología hay factores predisponentes y desencadenantes. Entre los primeros, una formación sólo dirigida a curar y no a cuidar, y la falta de objetivos y prioridades en la institución. Entre los segundos, la falta de agradecimiento del paciente, que convierte los deseos de éstos en exigencias. Este síndrome es más frecuente en los médicos de Atención Primaria y Salud Mental, probablemente porque la sobrecarga asistencial y la implicación emocional en la relación con el paciente son mayores.

En las primeras publicaciones acerca del tema se destacaba más la importancia de la personalidad previa (rasgos de perfeccionismo, idealismo y excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas laborales. Personalmente, en base a nuestros resultados, sin descartar los factores personales, estoy de acuerdo con los autores que priorizan los factores institucionales (19):

En nuestro trabajo de investigación las variables más relevantes, como hemos señalado, son: estrés laboral, dificultades en la relación médico-paciente, sufrimiento del paciente, carencias en la formación psicológica, y falta de apoyo social y tiempo en la consulta. Los pacientes difíciles y los errores en el diagnóstico y tratamiento ocupan un nivel medio de ansiedad. Las fuertes demandas, tanto de la insti-

tución como de la enfermedad y del paciente pueden hacer entrar en crisis al profesional, ya sea porque estas demandas sean excesivas o porque el profesional está atravesando un momento de mayor vulnerabilidad, debido a problemáticas personales o familiares.

■ EFECTOS DEL ESTRÉS LABORAL SOBRE LA SALUD DEL MÉDICO: SÍNDROME DE BURNOUT

En 1930 la Organización Interterritorial de Trabajo concluye que los médicos constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, motivados por la gravedad de los pacientes (20). A partir de los años 50, los profesionales sanitarios muestran su interés en la interrelación existente entre el trabajo y su salud. La O.M.S. auspicia un grupo de trabajo sobre los riesgos profesionales en el ámbito hospitalario observándose que la sobrecarga asistencial, las urgencias, los turnos rotatorios y la situación crítica de los pacientes genera intensa ansiedad y estrés.

El trabajo del médico implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el apoyo de otras vidas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza (24). Se constatan trastornos asociados a estrés ocupacional crónico y una tasa de prevalencia psiquiátrica, depresión y drogadicción, más alta que en la población general (21), (22), (23), (24).

Asimismo, existe depresión importante en un 4% (25). Se han hallado niveles de ansiedad entre moderada y grave en un 10 a 20% (24), (25), (26), (27), (28). El 30%, en los trabajos de De las Cuevas y González de Rivera (29) en Atención Primaria. Mingote Adán (27), señala que los médicos van diez veces más al psiquiatra para tratamiento de la depresión que la población general.

Se ha constatado mayores porcentajes de enfermedades cardiovasculares y accidentes. Los porcentajes de infartos, suicidios y muerte son más elevados. El doble de suicidios que en población general para Charlton J. *et al*, y dos o tres veces más para Mc Cue (30). La explicación que se da a este hecho es la conjunción entre factores estresantes y personalidad del profesional. La tasa de suicidio es más alta entre los médicos que tienen la especialidad de psiquiatría (31), (32).

Los médicos en ejercicio presentan tasas más altas de cirrosis hepáticas que la población general. Ésta es una de las causas más frecuentes de incapacidad del médico para el ejercicio profesional. Un 12% de consumo excesivo o abuso de alcohol (33). También la tendencia al consumo de analgésicos, estimulantes, tranquilizantes e inductores del sueño es más alta en los médicos (23), (24) que en otras profesiones de edad y sexo similar. Asimismo, el Síndrome de Burnout se asocia a mayor consumo de cigarrillos (más de 20 al día).

Reig Ferrer y Caruana Bañó (34), plantean que la insatisfacción laboral es la que actúa sobre el estado de salud de los médicos. Algunos de los factores que influyen en la satisfacción laboral, para estos autores, son: número de horas de trabajo, guardias, falta de ocio, escasez de tiempo en la consulta, dificultad de los diagnósticos, relación con pacientes disfuncionales, ansiedad sobre el futuro, relaciones con los compañeros, urgencias inesperadas y excesivo trabajo administrativo. Estos autores concluyen con la interesante idea de que buena parte de la insatisfacción se produce cuando el médico tiene expectativas irreales en relación con su trabajo y cuando se compromete excesivamente a nivel emocional.

En nuestro trabajo (35) y, el de otros autores, la mitad de los médicos presentan insatisfacción laboral (36), (37), (38), (39), (40). Este porcentaje es similar a la insatisfacción de los pacientes encontrada por Korsch *et al* (41). La satisfacción de los pacientes está en función de que el médico tenga en cuenta las expectativas, preocupaciones y ansiedades acerca de su enfermedad. La mayor insatisfacción se produce cuando no se tiene en cuenta estas expectativas, hecho importante ya que el 65% de los pacientes no las verbalizan, circunstancia que está en función del nivel cultural.

En nuestros resultados (42), casi la totalidad de los médicos considera que la relación médico - paciente influye en su salud, la mayoría sobre la salud psíquica y la mitad respecto a la física. Para la mitad de los médicos su trabajo es una fuente generadora de estrés y ansiedad, para un 18% el nivel de ansiedad es alto, y un 20% padece insomnio. Por otro lado, también un 20% acepta padecer problemas de salud física. La práctica clínica les afecta anímicamente al 27.6%, y a casi un 5% les deprime bastante o mucho, proporción que consideramos debe tenerse en cuenta por los responsables sanitarios.

La investigación de Linn *et al* (25), coincide básicamente con nuestros resultados, encuentra puntuaciones compatibles con depresión importante en el 4% de los médicos, ansiedad entre moderada y grave en el 13% y algunos problemas de salud en el 27%. En cuanto al consumo de alcohol y psicofármacos, un 3,4% siente la necesidad de beber ante la tensión generada por su trabajo. Sumando el «sí» y «a veces», la tercera parte consume analgésicos, uno de cada 10 consume hipnóticos y, en el mismo porcentaje, ansiolíticos.

■ EL EQUIPO Y LA SALUD DEL MÉDICO

En los equipos de los Centros de Salud, como en todo grupo humano, se genera una dinámica grupal que influye de manera importante en el comportamiento de cada uno de los sujetos. Estas dinámicas más o menos complejas se dan en todos los equipos, aunque esta complejidad aumenta cuando los equipos son multidisciplinarios, como es el caso de la Atención Primaria. Los conflictos institucionales se mani-

fiestan por enfrentamientos, rivalidades, relaciones de poder entre los diversos colectivos y relaciones personales conflictivas entre los diferentes profesionales. Estos conflictos, a su vez, podemos considerar que son también emergentes de la resistencia al cambio institucional. Expresiones de esta problemática son los emergentes inicial, central y final de una de las sesiones grupales:

E.I.: « *Envidia y rivalidad hay, pero entre los médicos no. Yo, estoy cabreada con enfermería y administrativos*».

E.C.: « *Siempre que hay reunión de equipo, hay follón*».

E.F.: « *Aquí todo el mundo tiene claro lo que tiene que hacer; si no es función de nadie, para el médico*».

En nuestros grupos, los médicos relatan el sufrimiento y las vivencias de ansiedad y depresión motivadas por los conflictos que se producen en la dinámica institucional. El estrés laboral genera ansiedad y aumenta la conflictividad con los pacientes, familiares y compañeros. Si la dinámica grupal se hace patológica, se generan afectos y sentimientos que no pueden ser elaborados y se produce la estereotipia de los profesionales y de la institución. Esta dinámica institucional puede enfermar a los profesionales y afectar el proceso terapéutico de los pacientes.

En nuestros resultados, sólo la mitad de los médicos trabajaba en equipo. La ansiedad en los médicos que trabajan en equipo era menor, datos similares a los obtenidos en la relación con los familiares. Esta ansiedad era de un 25 %, si trabajaban en equipo, un 75%, si no lo hacían. De estos resultados podemos deducir que aunque las relaciones de equipo pueden ser una fuente de malestar para el médico, el equipo se puede considerar un factor protector frente a las tensiones derivadas de la práctica clínica.

Se constató que la satisfacción laboral se correlaciona directamente con la organización, el buen funcionamiento del Centro, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales con los compañeros y jefes. Así, a mayor satisfacción, menor conflictividad y menor ansiedad y estrés. Los médicos que se reconocían satisfechos atendían a una media de 36.5 pacientes, dedicando a cada uno 7.7 minutos, frente a los 44.4 pacientes de media que atendían los «no satisfechos», con una media de 5.3 minutos por paciente. Estos resultados contrastan con el tiempo de consulta de los médicos europeos, que tienen 20 ó 25 minutos por paciente, y cobran hasta tres veces más que los médicos españoles (datos facilitados por la Presidenta del colegio de Médicos en la Revista de la Organización Médica Colegial, O.M.C. julio, 2002). En esta entrevista señalaba un tiempo medio de consulta médica de dos a tres minutos en España.

Para no sucumbir a la dinámica institucional es fundamental el trabajo en equipo o, cuando no sea posible, al menos con algún compañero con el que compartir esta problemática. En el grupo explicitaban esta necesidad: «*Para no quemarse, hay que buscarse más actividades en equipo y no resquebrajarnos ante las demandas*

institucionales». En esta línea Leal (43), plantea que: «Sobrevivir en una situación de equipo de fuerte contradicción entre lo que uno cree que debe hacer y lo que recibe como obligatorio de ser hecho, presupone encontrar aliados que compartan los mismos valores éticos y sirvan de apoyo para poder seguir afrontando las incoherencias de la intervención».

El trabajo en equipo requiere tres dimensiones, como dice Leal Rubio (43): cuidar, cuidarse y ser cuidado. A pesar de las contradicciones y dificultades, es una estrategia que permite al médico participar en las decisiones y en el desarrollo de un proyecto en común con otros. El trabajo en equipo permite pensar, hablar, reflexionar, intercambiar y elaborar estrategias que permitan una mejor atención al paciente. Asimismo evita la fragmentación del enfermo, que se realiza cuando se trabaja en la institución de manera aislada y con escasa comunicación, a pesar de que haya un enfoque biopsicosocial de los procesos de salud – enfermedad en los profesionales.

Como plantea Scotti (44) disminuye los riesgos que conlleva la superespecialización de la medicina, la fragmentación del organismo, al dar las condiciones para que algunos profesionales tengan en cuenta la totalidad del organismo y el ser persona del paciente ya que, cuando no se trabaja en equipo, es más difícil pensar en la elaboración de los aspectos emocionales que depara el contacto con el enfermo.

■ ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL TRABAJO DE EQUIPO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Balint, hace referencia a los beneficios que el trabajo en equipo procura a la práctica asistencial. Señala que los fenómenos de «Dilución de responsabilidades» y «La complicidad en el anonimato», se dan en menor intensidad cuando se trabaja con esta modalidad. El equipo posibilita realizar indicaciones más adecuadas al tener en cuenta aspectos más amplios de la realidad y de la relación terapéutica, disminuyendo la petición de pruebas y análisis ante el sufrimiento del paciente, así como derivaciones innecesarias a otros especialistas. Asimismo, facilita una atención integral al paciente, tanto de los aspectos biológicos como psicosociales, diferencia que es reconocida por los médicos en el grupo: «*Antes era un médico al que le iban a pedir medicinas, era impensable tener un médico donde sentarse y, menos aún, donde poder hablar*».

En el grupo surgieron interrogantes acerca de las tareas específicas de cada profesional, dificultades que fueron manifestadas a través de la queja: «*Aquí todo el mundo tiene claro lo que tiene que hacer, menos nosotros*». Los obstáculos y malentendidos en la comunicación se agravaban por la carencia en la delimitación de funciones y por aspectos de la tarea que no querían ser asumidos por nadie. Surgieron frecuentes protestas por las tareas administrativas que les ocupaba mucho tiempo del trabajo diario, algunos decían que hasta el cuarenta por ciento de su tiempo.

Esta situación creaba intenso malestar y era motivo de fricción con los otros compañeros: «*Me tienen mosqueado los administrativos*».

Para que no se generen ansiedades confusionales y persecutorias que dificultan en gran medida la tarea asistencial, es preciso que los responsables sanitarios hayan definido las funciones de cada profesional. Si los roles están bien estructurados y hay una delimitación de funciones y responsabilidades, podrán cumplirse los objetivos. Cuando estas cuestiones no se abordan es habitual que algunos profesionales sólo puedan reivindicar lo que no es su función, lo que con frecuencia aumenta la rigidez y la estereotipia de los profesionales y, por tanto, de la institución.

Una figura central para la dinámica del equipo, como ya señalara Lewin (45), es el rol del coordinador. Éste ha de tener una formación pertinente y un prestigio personal y profesional para acometer los diferentes cambios que se van dando a lo largo del proceso. Si no es de este modo, no puede potenciar que el grupo encuentre los liderazgos rotatorios necesarios para la consecución de los objetivos, en función de los diversos momentos y tareas del proceso. Cuando puede ejercer dicho rol puede ayudar a los otros miembros del equipo a atravesar las diversas etapas, desde la dependencia del líder, al inicio, con sentimientos ambivalentes con respecto al grupo, a la superación de las divergencias acerca del proyecto y de las metas a alcanzar. De este modo, podrá ayudar a clarificar las tareas y responsabilidades de cada miembro en el equipo.

Si el trabajo en equipo es un objetivo institucional prioritario, el coordinador podrá responsabilizarse de que las reuniones de equipo tengan la periodicidad necesaria, para transmitir la información y trabajar los objetivos pertinentes para cada momento del proceso. Una de sus funciones más importantes es potenciar la comunicación para que todos los miembros del equipo puedan hablar y ser escuchados. Asimismo, facilitar las diferencias en el análisis y solución de los problemas y los acuerdos en la toma de decisiones para que éstas tengan el apoyo de todos los miembros del equipo. Estas decisiones acordadas han de anotarse para su seguimiento posterior. De este modo, podrán realizarse evaluaciones anuales del trabajo de equipo, en función de los objetivos propuestos por la institución, y los asumidos por el equipo.

Cuando se reúnen las condiciones institucionales, el coordinador puede ejercer su función y el equipo compartir unos objetivos y definir unas prioridades. En este caso, el equipo funciona como un «Grupo de Trabajo», en palabras de *Bion* (46), y no, como un «Grupo de Supuesto Básico», en el que predominan los factores emocionales y no los racionales, y, por lo tanto, no se puede abordar la tarea. Cuando se funciona como Grupo de Trabajo, poco a poco, se puede incluir lo afectivo, además de lo profesional, y las relaciones interpersonales son de mayor apoyo y confianza. Este cambio en la dinámica grupal permite enfrentar los conflictos de una manera constructiva y enfocarlos hacia su resolución.

Para funcionar como grupo de trabajo es importante implementar métodos que faciliten la participación. El coordinador ha de tener una escucha activa y hacer preguntas y señalamientos para obtener información y confirmar acuerdos. Si los conflictos se abordan adecuadamente se incrementa la confianza y se genera mayor interrelación e intercambio de ideas. Este proceso disminuye las conductas de evitación, incrementa la motivación, la productividad de los profesionales y, por tanto, es la mejor prevención del Burnout.

Para que las reuniones sean eficaces han de ser necesarias, estar preparadas, y concluir con actuaciones que permitan la puesta en práctica de los acuerdos y el seguimiento de las decisiones tomadas. Para conocer si son necesarias hay que tener en cuenta tanto las necesidades técnicas, como las de interrelación. Señalar los motivos, los objetivos, el tiempo preciso y los asistentes a cada reunión, en función de los objetivos propuestos. Si la dinámica es adecuada, los miembros se implican en las decisiones y definen los responsables de cada actuación. Este proceso de toma de decisiones que permite la reflexión sobre quién, qué, cómo y cuándo se decide, es muy importante para el buen desarrollo de la tarea asistencial, siempre teniendo en cuenta que el análisis de problemas y la toma de decisiones es un proceso que parte de una realidad que se quiere transformar y regresa a una realidad que se modifica.

Esta dinámica grupal permite al equipo realizar una planificación a medio y largo plazo. En ésta hay que tener en cuenta: el qué (los objetivos), el cómo (el método) y el cuándo (las prioridades). Para alcanzar los objetivos, tres aspectos son importantes: la información, la comunicación y el seguimiento, que permite una valoración de los resultados.

El aprendizaje del trabajo en equipo en Atención Primaria ha sido uno de los objetivos prioritarios en las diversas conferencias mundiales sobre formación continuada. La concepción integral de los problemas de salud y de las intervenciones terapéuticas exige un funcionamiento en equipo interdisciplinario capaz de abordar la mayor complejidad. Este funcionamiento en equipo exige una tarea y un proyecto común, tareas y proyectos que irán consolidándose en la medida en que se puedan abordar y elaborar los diversos momentos de cambio y resistencia al mismo que se generan a lo largo del proceso.

La cuestión del equipo es central para la sanidad pública por lo que supone de cambio en la atención a los pacientes. Pero precisa, como señalamos, de responsables de los Servicios con prestigio personal y buena formación que, por un lado, sepan realizar su función y, por otro, sean reconocidos institucionalmente. Esta problemática es central, ya que el trabajo en equipo repercute en la calidad de atención a los pacientes y en la contención de los profesionales, lo que previene de los riesgos psicopatológicos que supone el trabajo del médico. Éste es un deseo que se expresaba con frecuencia en los grupos: *«Hay que buscar más actividades en equipo y no resquebrajarse ante las demandas institucionales», «El planteamiento que menos te quema es hacer lo que nos interesa como equipo».*

Si, como hemos constatado, el trabajo en equipo es un factor de contención y de prevención del Burnout, las administraciones sanitarias deberían velar por el buen funcionamiento del trabajo de los equipos. Asimismo, tomar las decisiones pertinentes cuando éstos tengan una dinámica disfuncional, ya que ello supone un riesgo para la salud de los profesionales y de los pacientes, además de generar un mayor coste económico.

Es preciso organizar programas de prevención y tratamiento del Burnout y del Acoso Institucional con los profesionales afectados. Los Grupos Balint y los Grupos Operativos han demostrado ser de gran utilidad. Pero lo más importante es incidir sobre las variables institucionales que generan ansiedad al médico, entre ellas, la insatisfacción que los pacientes y familiares tienen hacia el sistema sanitario. La intervención sobre estas variables posibilita que la relación médico-paciente ocupe su lugar, que es nuclear en la asistencia sanitaria, en la atención del enfermo, en la satisfacción del profesional y, por tanto, en la prevención de la salud física y psíquica de los médicos y de los profesionales sanitarios.

■ CONCLUSIONES

1. El estrés laboral es la variable principal en la ansiedad del médico. Los niveles de estrés y satisfacción laboral se asocian con la salud mental y física de los médicos y de los profesionales sanitarios. Si el estrés se cronifica puede generar el Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios, que afecta a un porcentaje entre el 10 y el 20% de los médicos. Se manifiesta con sintomatología depresivo-ansiosa y, si se agrava, puede conducir a problemas somáticos o psíquicos graves y abuso de fármacos o alcohol.
2. Para prevenir el Burnout en los profesionales sanitarios es fundamental incidir sobre las principales variables que generan ansiedad, sobre todo, las institucionales: el estrés laboral, la insatisfacción en la relación médico-paciente, la falta de formación psicológica, la carencia de apoyo social y la escasez de tiempo. La disminución de estas ansiedades le posibilitará al médico abordar mejor las que se refieren a dificultades específicas de la enfermedad y de sus pacientes.
3. Es fundamental lograr la distancia adecuada frente a aquellas demandas tanto institucionales como de los pacientes que aumentan el estrés y la ansiedad, y conseguir que la implicación emocional sea pertinente con la tarea, disminuyendo la autoexigencia, la hiperresponsabilidad y las expectativas, que tienen más relación con un proyecto ideal y no real. De este modo, se podrán adecuar los recursos personales e institucionales a las necesidades de los pacientes.
4. Es imprescindible facilitar una formación más pertinente para el médico de Atención Primaria en la que se incluyan los factores psicológicos y sociales que influ-

- yen en el proceso de salud-enfermedad. La coordinación entre el nivel de Atención Primaria y Salud Mental con reuniones periódicas, para que el médico aprenda a tener en cuenta además de la patología orgánica, la problemática psicológica y social, así como su interrelación, ha de ser un objetivo prioritario.
5. Es preciso potenciar el trabajo en equipo para abordar las diferentes problemáticas de los Servicios y para que los profesionales puedan tomar las decisiones para una mejor atención a los pacientes. Grupo de trabajo cuyo coordinador sea responsable de este funcionamiento en equipo, y, que a su vez, sea reconocido por la institución sanitaria.
 6. Implementar técnicas grupales para que los profesionales puedan hablar de sus relaciones tanto laborales como con los pacientes, y aprender técnicas que disminuyan la ansiedad y los efectos del estrés laboral. Las Técnicas Cognitivo-Conductuales, los Grupos Balint y Operativos, se han demostrado de gran utilidad en la prevención y tratamiento del Burnout.
 7. En resumen, es preciso la urgente intervención de los responsables políticos y sanitarios sobre aquellas variables institucionales que generan ansiedad al médico, y ejecutar las medidas pertinentes para dignificar la relación médico-paciente. Dar prioridad a mejorar la gestión de la organización en los Centros, a través de la participación de los profesionales, el trabajo en equipo y un tiempo adecuado de atención a los pacientes. Estos objetivos son prioritarios si se quiere preservar la salud del médico y de los profesionales sanitarios y, de este modo, mejorar la calidad asistencial.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio Basauri, V. «El escenario de la salud mental. De la Atención Primaria a la sobrecarga asistencial», *Rev. Norte de Salud Mental*, 2002, vol. IV, nº 14: 35-41.
2. Montesdeoca Hernández, et al. «El medio laboral y la salud mental (II): estrés, Burnout y drogodependencias. Una propuesta preventiva», *Psiquis*, 1997; 18 (3): 105-114.
3. González de Rivera, J.L. *El acoso laboral*, Madrid, Ades Ediciones, 2003.
4. Flores Lozano, J.A. *Manual de prevención y autoayuda del burnout del médico*, Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, Almirall Prodesfarma, 2002.
5. V.V.A.A. «Quemados por el trabajo», *Rev. OMC*, nº 86, 2002.
6. *Rev. British Medical Journal*, 1999, 318: 228-332.
7. Mansilla, F. El síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral, Madrid, *Rev. AEN*, 2003.
8. González de Rivera, J.L. Nosología psiquiátrica del estrés, *Rev. Psiquis*, 2001, 22: 1-7.
9. Iruela Cuadrado, L. «Trastornos mentales entre los médicos», *Rev. Tribuna Médica*, 1983, nº 1009: 37-39.

10. Helm, E. et al. «La prevalencia de ideación suicida y los intentos de suicidio entre médicos noruegos. Resultados de un estudio transversal de una muestra nacional», *Rev. Eur. Psiquiatría*, 2000, 7: 466-472.
11. Sáez Navarro, C. «Burnout en equipos de atención primaria de salud», dirigida por el profesor Rodríguez González, A., Universidad de Murcia, 1998 (Tesis doctoral).
12. Flores Lozano, J.A. *Manual de prevención y autoayuda del burnout del médico*, Madrid, Ed. Grupo Entheos, 2002.
13. Freudenberger, H.J. «Staff burnout», *Rev. Journal of Social Issues*, 1974, 30: 159-165.
14. Maslach, C.; Jackson, S.E. «The measurement of experienced burnout», *Journal of Occupational Behaviour*, 1981, 2: 99-113.
15. Álvarez Gallego, E. et al. «El síndrome de «Burn-out»: el desgaste profesional (I): Revisión de estudios y (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental», *A.E.N.*, 1991, 39: 257-273.
16. De la Torre Prados, M.V. et al. «Perfil psicológico, respuesta cardiovascular y endocrinometabólica del profesional facultativo en el área de Medicina Intensiva», *Rev. Medicina Intensiva*, 1998, 5: 229-239.
17. Blasco, J.; Huet, J. «¿Es estresante la Unidad de Cuidados Intensivos para el intensivista?», *Rev. De Medicina Intensiva*, 1998, vol. 22, nº 5: 62-64.
18. Gervás, J.J.; Hernández Monsalve, L.M. «Tratamiento de la enfermedad de Tomás», *Medicina Clínica*, 1989, 93: 572-575.
19. Olmedo Montes, M. et al. «El Síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas», *Psiquis*, 2001, 22 (3): 117-129.
20. De Lorenzo, L. «El informe de la O.I.T., efectos sobre la salud», *Rev. Previsión*, 1997, 70: 72-73.
21. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. *Compendio de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1987.
22. A' Brook, M.; Hailstone, J.D.; Mclauchlan, I.E.J. «Psychiatric illness in the medical profession», *Brit. J. Psychiat.*, 1967, 113: 1013-1023.
23. Hughes, P.H.; Branderburg, N.; Baldwin, D. et al. «Prevalence of substance use among physicians», *Jama*, 1992, 267: 2333-2339.
24. Alonso Fernández, F. «Morbilidad psiquiátrica en los profesionales sanitarios», *Psicopatología*, 1988, 8: 121-132.
25. Linn, L.S.; Yager, J.; Cope, D.; Leake, B. «Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty», *Jama*, 1985, 19: 2775-2782.
26. Molina Siguero et al. «Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid», *Rev. Atención Primaria*, 2003, vol. 31, nº 9: 564-571.
27. Mingote Adán, J.C. «Síndrome Burnout (S.B.), síndrome de desgaste profesional (S.D.P.)», *Libro de Ponencias, X Jornadas A.M.S.M.*, 1998.

28. Vega, E.D.; Pérez Urdániz, A. *El Síndrome de Burnout en el médico*, Smithkline Beecham, 1998.
29. De las Cuevas, C.; González de Rivera, J.L.; De la Fuente, J.A.; Alviani, M. y Ruiz Benítez, A. «Burnout y reactividad al estrés», *Rev. de Medicina, Univ. de Navarra*, 1997, 41: 10-18.
30. Mc Cue, J.D. «The effects of stress on physicians and their medical practice», *N. Engl. J. Med.*, 1982, 306: 458-463.
31. Blachly, P.H.; Disher, W.; Roduner, G. «Suicide by physicians», *Bulletin of Suicidology*, 1968, 1: 18.
32. Franklin, R.A. «One hundred doctors at the retreat», *Brit. J. Psychiat.*, 1977, 131: 11-14.
33. Ferrer, I. «El exceso de trabajo y la falta de estímulos aboca a los médicos británicos al uso de drogas y alcohol», *El País*, 1995, 9 de julio.
34. Reig Ferrer, A.; Caruana Bañó, A. «Insatisfacción laboral, patrón A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos», *Rev. Análisis y Modificación de conducta*, 1990, 49: 345-374.
35. Gómez Esteban, R. «Las ansiedades del médico en la relación médico-paciente», dirigida por el profesor Baca Baldomero, E., Universidad Autónoma de Madrid, 2000 (Tesis doctoral).
36. López, J. «Baremo de satisfacción bajo mínimos», *Previsión*, 1998, 68: 19.
37. Maset, P. et al. «Actitud de los médicos murcianos en 1975 ante la problemática sanitaria» en Albarracín Teulón, A., *Medicina e Historia*, Madrid, Ed. Universidad Complutense, 1982.
38. Breslau, N.; Novack, A.H.; Wolf, G. «Work setting and job satisfaction, a study of primary care physicians and paramedical personnel», *Medical Care*, 1987, 10: 850-862.
39. García Laborda, A.; Bermejo Caja, C.; Mejías Lizancos, F. «Satisfacción profesional de las enfermeras», *Rev. Rol de Enfermería*, 1996, 219: 38-42.
40. Anónimo. «Uno de cada cuatro médicos dejaría la Medicina por insatisfacción laboral», *Rev. Madrid Médico*, 2003, nº 71: 18-20.
41. Korsch, B.; Gozzi, E.; Francis, V. «Gaps in doctor - patient communications: Doctor - patient interaction and patient satisfaction», *Pediatrics*, 1968, 5: 855-871.
42. Gómez Esteban, R. *El médico como persona en la relación médico-paciente*, Madrid, Ed. Fundamentos, 2002.
43. Leal Rubio, J. «Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión?», en *Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario*, Barcelona, Diputación de Barcelona, 1993.
44. Scotti, F. «La relación asistencial», *Quaderm Caps*, 1991, 15: 24-31.
45. Lewin, K. *La dinámica de los grupos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.
46. Bion, W.R. *Experiencias en grupos*, Buenos Aires, Paidós, 1972.

Rosa Gómez Esteban

Psiquiatra Adjunto de los Servicios de Salud Mental de Alcorcón, C.A.M., Ex-Secretaria General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,

C/. Prado del Rey, 71, 2º C

28223 MADRID

Tel.: 917119942