
Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios

V. Escribà-Agüir / Y. Bernabé-Muñoz

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia.

Correspondencia: Dra. Vicenta Escribà-Agüir. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Juan de Garay, 21. E-46017 Valencia. Correo electrónico: escriba_vic@gva.es

Trabajo financiado parcialmente con una ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias (99/0704).

Recibido: 10 de enero de 2002.

Aceptado: 4 de junio de 2002.

(Job stress perceived by hospital medical staff)

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgo psicosocial, que hacen referencia a las exigencias psicológicas, percibidos por los médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia.

Métodos: Estudio realizado mediante metodología cualitativa. La población estudiada ha sido personal facultativo especialista hospitalario (medicina interna, oncología, traumatología, unidad de cuidados intensivos [UCI] y radiología) de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia. Una encuestadora especializada llevó a cabo 47 entrevistas semiestructuradas de manera individual y presencial. Las variables estructurales que se tuvieron en cuenta para la elección de los participantes en el estudio fueron: el sexo, la edad, el estado civil, las cargas familiares, la especialidad médica, la categoría profesional, la antigüedad profesional y el tipo de contrato. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Finalmente, se realizó un análisis del contenido del discurso.

Resultados: Los principales factores de riesgo psicosocial expresados por los participantes son la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, debidas fundamentalmente a las características organizativas del trabajo del hospital. Otro elemento estresante es el contacto diario con el sufrimiento y con la muerte, así como el hecho de sentirse responsable de vidas humanas. Las relaciones interpersonales en el entorno laboral, en el caso de los familiares de los pacientes, constituyen también un factor de riesgo psicosocial destacable, así como la incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento, las posibilidades de ser demandado por mala práctica y el tener que transmitir malas noticias.

Conclusiones: El personal facultativo hospitalario expresa un alto número de factores de riesgo psicosocial. Algunos están relacionados específicamente con las características de la profesión médica (contacto con el sufrimiento y con la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento) y otros con la organización del trabajo (sobrecarga de trabajo y falta de personal).

Palabras clave: Factores de riesgo psicosocial. Médicos especialistas. Hospital. Metodología cualitativa.

Summary

Objective: To identify the psychosocial risk factors related to psychological demands perceived by specialist physicians from six public hospitals in the province of Valencia in Spain.

Methods: A qualitative study was carried out. The population studied comprised the hospitals' specialist medical staff (Oncology, Internal Medicine, Traumatology, Radiology and Intensive Care). A trained interviewer performed 47 individual, face-to-face, semi-structured interviews. To select the participants, the following structural variables were taken into account: gender, age, family responsibilities, medical specialty, professional standing, length of service, and type of contract. Interviews were tape recorded and subsequently transcribed. Finally, the content of the interviews was analyzed.

Results: The main psychosocial risk factors mentioned by the participants were workload and lack of staff, mainly due to the characteristics of work organization in the hospital. Another job stressor was daily contact with suffering and death, and feeling responsible for human life. Other significant job stressors were interpersonal relations in the work environment, in the case of patients' relatives, uncertainty about diagnosis and treatment, the possibility of being sued for malpractice, and communicating bad news.

Conclusions: Hospital physicians report a large number of psychosocial risk factors. Some involve the characteristics of the medical profession (contact with suffering and death, responsibility for human life, uncertainty about diagnosis and treatment) and others concern work organization (workload and staffing shortages).

Key words: Psychosocial risk factors. Specialist physicians. Hospital. Qualitative methodology.

Introducción

El personal facultativo hospitalario está expuesto a importantes factores de riesgo durante el desarrollo de su práctica profesional. Entre ellos cabe destacar la exposición a factores de riesgo de origen psicosocial (estresores laborales)¹. Éstos influirán de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo. Una de las principales repercusiones será en la esfera psicológica (depresión, ansiedad, cansancio y/o desconexión emocional, aislamiento social, etc.)², aunque también afectará al absentismo laboral³, la calidad del trabajo realizado y las actividades familiares y sociales⁴.

Los factores de riesgo psicosocial a los que debe enfrentarse el personal médico pueden ser intrínsecos o extrínsecos a su práctica profesional, y la mayoría está relacionada directamente con la práctica médica, constituyendo características intrínsecas de la profesión, como trabajar en contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, la posibilidad de cometer errores de juicio médico, etc.⁵. Entre los factores extrínsecos, destacan la sobrecarga de trabajo y sus repercusiones en la vida familiar, la escasez de recursos, las responsabilidades de gestión asumidas y la falta de control sobre el propio trabajo, así como, tener que adaptarse a plazos temporales tanto de la práctica clínica como de la investigación, ser responsable de la calidad del trabajo de otros profesionales sanitarios, las relaciones con el resto del equipo sanitario, la relación con los pacientes y tener que enfrentarse al enfado y al estrés de los familiares de los pacientes^{1,5-7}. Además, en menor medida, en la bibliografía aparecen referencias a otros estresores, como el temor a la posibilidad de ser demandado por mala práctica, la percepción de ser poco remunerado, las dificultades de tratar con médicos noveles y la relación con el personal administrativo¹.

La caracterización del ambiente psicosocial del trabajo del personal facultativo hospitalario ha sido escasamente estudiada en España. La escasez de trabajos que describen de un modo general el ambiente psicosocial del trabajo de este grupo profesional ha llevado a plantearnos un acercamiento cualitativo, que permita una mayor flexibilidad y amplitud en el abordaje de un tema, en el que confluyen muchos factores complementarios. Asimismo, los resultados de este estudio permitirán completar los resultados aportados por otro estudio cuantitativo, que se está llevando a cabo sobre una muestra aleatoria de personal facultativo especialista hospitalario. La identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos los profesionales de la medicina permitirá realizar las modificaciones organizacionales necesarias para reducir el impacto en su salud y bienestar, facilitando el cuestio-

namiento de su rol tradicional y la creación de nuevos roles más acordes con las características de la realidad de la asistencia sociosanitaria actual.

El objetivo del presente trabajo es identificar los factores de riesgo psicosocial, que hacen referencia a las exigencias psicológicas, percibidos por los médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia.

Métodos

Diseño

Se trata de un estudio cualitativo, a través de la técnica de entrevista individual semiestructurada. La investigación cualitativa utiliza las categorías analíticas para describir y explicar los fenómenos. Estas categorías pueden ser deducidas inductivamente (esto es, obtenidas gradualmente de los datos) o utilizadas deductivamente, al principio o a través del análisis como un modo de abordar los datos. Nuestro estudio siguió este último enfoque deductivo, partiendo de los objetivos específicos establecidos previamente.

Muestra

Las variables estructurales que se tuvieron en cuenta para la elección de los participantes en el estudio fueron: el sexo, la edad, el estado civil, las cargas familiares, la especialidad médica, la categoría profesional, la antigüedad profesional y el tipo de contrato. Con ello se buscó obtener una cierta variabilidad para proporcionar una mayor riqueza al análisis del discurso.

Los entrevistados pertenecían a seis hospitales generales públicos de la provincia de Valencia, cuya área de influencia incluye la ciudad de Valencia y pueblos limítrofes, así como hospitales comarcales. Se excluyó de la muestra al personal que llevaba trabajando durante un período inferior a 15 días, con el fin de garantizar un tiempo mínimo de exposición a los factores de riesgo psicosocial potenciales. Se estableció un tamaño muestral inicial de 15-20 participantes, pero se trataba de una estimación *a priori*, ya que el estudio se iba a dar por finalizado cuando se saturara la información obtenida. Finalmente, el número total de médicos entrevistados fue de 47. La distribución por especialidades de los participantes en la investigación fue: oncología (7), medicina interna (17), traumatología (4), radiología (10) y unidad de cuidados intensivos (UCI; 9). Se eligieron estas especialidades para que la muestra integrara una amplia gama de potenciales factores de riesgo psicosocial con especialidades médicas, quirúrgicas y tecnológicas.

Recogida de información

Teniendo como referencia la bibliografía revisada, el equipo investigador elaboró un guión de la entrevista que permitiese recoger información sobre las características socioprofesionales y los factores estresantes percibidos por los médicos en su trabajo.

La rejilla que guió la entrevista y permitió el análisis posterior de la información incluía diversas áreas temáticas: *a)* el desarrollo profesional seguido por el médico hasta el momento de la entrevista; *b)* los componentes de la actividad médica y las responsabilidades de su empleo; *c)* las características del trabajo que les producían estrés laboral (los factores de riesgo psicosocial); *d)* las relaciones interpersonales, y *e)* la compatibilidad de la vida extralaboral con la profesión médica.

Se contactó con los jefes de servicio de los hospitales incluidos en el estudio, con el fin de informar de los objetivos de la investigación y solicitar su colaboración para la participación de las personas interesadas que cumplieran los criterios muestrales.

Las entrevistas fueron aplicadas por una psicóloga especializada y se realizaron de manera presencial e individual. Tras el contacto telefónico con los participantes, se acordaba una cita con cada uno de ellos. Se procuraba que en el lugar del encuentro no hubiera interrupciones, para permitir la privacidad necesaria para la realización de la entrevista, así como que el participante contara con tiempo suficiente. En el momento inicial del encuentro, se le agradecía a la persona entrevistada su participación, se le aseguraba la total confidencialidad de la información facilitada en el informe final de la investigación y se le indicaba que la conversación iba a ser grabada. El desarrollo de la entrevista seguía el guión planteado y su duración fue de entre 40 y 60 min.

Análisis

El proceso de análisis de los datos empezó durante su recopilación. La información se iba analizando a medida que se generaba. Este análisis secuencial o intermedio permitió adaptar continuamente el método de recogida de información a los objetivos de la investigación. Así, se retrocedía y refinaban preguntas, se desarrollaban hipótesis e identificaban cuestiones que precisaban un tratamiento más exhaustivo. También sirvió para identificar la saturación de información por áreas y colectivos. Este análisis continuo es casi inevitable en la investigación cualitativa, debido a que la tarea del investigador al recopilar los datos es «de campo»¹¹, lo que facilita su implicación en el proceso. Frente al mantenimiento de una posición neutral por parte del entrevistador, cada vez se estimula más en la investiga-

ción cualitativa el fomento de esta figura del entrevistador como un participante más en la entrevista¹².

Una vez finalizado el trabajo de campo (transcripciones de las grabaciones en audio y de las notas tomadas durante las entrevistas) se procedió al análisis del contenido de los datos textuales. Las transcripciones y las notas se estudiaron cuidadosamente. En primer lugar, se identificaron las áreas temáticas en las que se había basado el desarrollo de la entrevista; a continuación se clasificó la información recogida siguiendo estas áreas temáticas. Para cada área se realizaron recuentos simples de respuestas similares generadas respecto a las cuestiones planteadas en las entrevistas. De este modo, se obtuvo un guión que permitió desarrollar categorías analíticas y explicaciones teóricas, y se elaboró una estructura de codificación a partir de los temas recurrentes y los objetivos específicos de nuestro trabajo. Esta estructura se aplicó de forma sistemática a todas las transcripciones, para permitir codificar los datos de las entrevistas según sus categorías, de modo que pudieran analizarse los datos reorganizados. Se identificaron las diferencias y las similitudes. Simultáneamente, se seleccionaron los comentarios clave susceptibles de ser utilizados, posteriormente, como citas textuales.

Resultados

Características de los participantes

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y profesionales de los participantes en el estudio. La muestra total está constituida por 47 médicos especialistas, de los cuales 37 son varones. El rango de edad es de 26 a 68 años, siendo el de mayor representación el de 31 a 50 años. Del total de los entrevistados, 35 están casados y 30 tienen hijos. Respecto a las características profesionales, la antigüedad profesional va desde los 2 meses a los 36 años y la mayoría pertenece a la categoría profesional de adjunto (28).

Carga de trabajo y falta de personal

El principal factor de riesgo psicosocial al que están sometidos los facultativos especialistas es la sobrecarga de trabajo. La mayoría del personal médico afirma tener sobrecarga de trabajo, debido principalmente a dos factores: *a)* a que los hospitales están masificados, o *b)* a la fuerte presión asistencial existente para reducir las listas de espera. Los entrevistados indican que esta sobrecarga es debida a una mala organización de los servicios sanitarios, más que a una cantidad excesiva de trabajo.

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de los participantes en el estudio

| Características | n |
|------------------------------|----|
| Sexo | |
| Mujeres | 10 |
| Varones | 37 |
| Edad | |
| Hasta 30 años | 6 |
| 31-50 años | 31 |
| Más de 50 años | 10 |
| Estado civil | |
| Casado | 35 |
| Soltero | 12 |
| Hijos | |
| Sí | 30 |
| No | 17 |
| Categoría profesional | |
| Jefe de servicio | 6 |
| Jefe de sección/departamento | 5 |
| Adjunto | 30 |
| Residente | 4 |
| Coordinador | 2 |
| Tipo de contrato | |
| Fijo/indefinido | 41 |
| Residente/eventuales | 6 |
| Especialidad | |
| Medicina interna | 17 |
| Oncología | 7 |
| Traumatología | 4 |
| Rayos | 10 |
| UCI | 9 |
| Antigüedad profesional | |
| 1-10 años | 14 |
| 11-30 años | 29 |
| Más de 30 años | 4 |

«No hay sobrecarga de trabajo, lo que hay es muy mala organización que hace que parezca que haya sobrecarga de trabajo. Padecemos de mala organización impuesta por otros servicios, y eso conlleva estrés, conlleva sobrecarga de trabajo en momentos puntuales, cosa que no debería existir.» (Varón, Radiología, Hospital A).

Existe, además, una queja generalizada que hace referencia a la falta de personal tanto sanitario como no sanitario.

«Hacen falta recursos personales, médicos, enfermeras, secretarías, nuestro problema es que los papeles se nos comen por una cuestión puramente administrativa.» (Varón, Oncología, Hospital C).

En el caso del personal sanitario, la falta de facultativos y de personal de enfermería supone dificultades adicionales en las temporadas de vacaciones, ante bajas laborales del personal o en situaciones de sobrecarga de trabajo puntual. Esto revierte en un mayor volumen de trabajo por persona.

«El personal es tan justo que cuando alguien se pone enfermo o llegan vacaciones las cosas se ponen feas.» (Varón, UCI, Hospital C).

Se da también una demanda generalizada de personal no sanitario, específicamente de profesionales encargados de las tareas administrativas. Para el personal médico, tener que realizar estas actividades, además de la asistencial, supone interrupciones telefónicas continuas y dedicación a tareas rutinarias y de gestión que interfieren en las funciones específicas de sus puestos y les sobrecargan, por lo que demandan en sus servicios un mayor apoyo administrativo.

«Sí, pero no por la cantidad de enfermos, sino por las llamadas, por cosas que te enlentecen, no tenemos secretaria, no tenemos enfermera en consulta, tú te lo haces todo, entonces es una sobrecarga indirecta.» (Varón, Oncología, Hospital B).

Relacionada con la sobrecarga de trabajo, y la dedicación a multitud de tareas, se da la queja de falta de formación continuada y de un sistema de reciclaje adecuado promovido por el hospital, que permita al personal médico actualizar de manera periódica sus conocimientos profesionales y garantizar un mejor servicio.

«Sí, porque las horas que estoy en el hospital me las paso viendo enfermos (...). Para funcionar bien como médico tienes que hacer investigación, docencia, estudiar... y eso no se contempla en el horario laboral.» (Varón, Oncología, Hospital C).

«No está contemplado un sistema de reciclaje serio, ni tampoco en nuevas técnicas, es tal la presión asistencial que no puedes coger y decir pues yo todos los días me voy a desplazar a tal centro a aprender tal técnica y voy a estar 3 meses para tener formación: eso no se puede hacer. Luego viene que traes la técnica y todo son impedimentos para ponerla en marcha, por falta de dinero, personal, organización, y al final no se lleva a cabo.» (Varón, Radiología, Hospital A).

Esta carencia de tiempo está relacionada con la organización del trabajo, que implica plazos, imprevistos y situaciones a las que dar una respuesta inmediata.

«Es la ética personal, si yo tengo que hacerle tal cosa a un enfermo, nadie me dice cuándo se lo tengo que hacer, pero yo sé que no me puedo encantar con un enfermo si hay que realizarle una determinada prueba. Si al ingresar a un paciente, hay que hacerle una historia, no puedo retrasarlo una semana. Tienes que cumplir muchos plazos, porque trabajas con material humano.» (Mujer, UCI, Hospital B).

La falta de tiempo se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación. Los médicos que desempeñan labores de gestión son por lo general profesionales que tienen un puesto de responsabilidad dentro del hospital, como jefe o coordinador de un determinado servicio. El resto de los médicos,

tanto adjuntos como residentes, no tienen responsabilidades de gestión. En general, las tareas de gestión no son la prioridad del trabajo del médico.

«A la coordinación no le dedico mucho tiempo, nos reunimos por la mañana y una vez organizado el trabajo nos dedicamos cada uno a lo que le corresponde.» (Varón, Oncología, Hospital B).

«En proyectos de investigación, los plazos te los marcan las becas, en temas concretos de protocolos clínicos, ensayos clínicos, preparación de clases, tienes plazos limitados, unos oficiales y otros que me los marco yo.» (Varón, Oncología, Hospital A).

En cuanto a la docencia, cuatro de los hospitales participantes en el estudio son hospitales universitarios, lo que implica que tienen responsabilidad de formar a los médicos internos residentes. Además hay también médicos que dedican parte de su tiempo a impartir clases en las facultades de medicina, como colaboradores o profesores asociados. Ante esta situación, los entrevistados manifiestan dificultades para compaginar la labor asistencial con el resto de sus funciones.

«Sí que tengo dificultades para compaginar, porque significa que veas menos enfermos o que los veas de forma más rápida.» (Varón, Oncología, Hospital B).

La posibilidad de dedicarse a la investigación constituye un tema de interés entre los facultativos. Sin embargo, encuentran dificultades debidas a la organización del trabajo para poder compatibilizar todas sus tareas laborales.

«(...) la investigación conlleva una liberación de responsabilidades asistenciales en el campo de la medicina; si a uno no le liberan parcial o completamente durante un tiempo determinado, no puede realizar, al menos de manera seria, tareas de investigación.» (Varón, Medicina Interna, Hospital B).

Contacto con el sufrimiento y la muerte

La vivencia del sufrimiento de los pacientes por parte de los facultativos especialistas no es un fenómeno unitario. Hay una parte de los facultativos que considera el trabajar con el sufrimiento físico como inherente a su profesión, aunque no por ello deja de afectarles. Este colectivo expresa la necesidad de aceptar la muerte, tanto por parte del médico como de los pacientes.

«Viene implícito, igual que la enfermedad, es el fin del proceso, y todo depende de la coyuntura, de cómo se produce la muerte, de en quién se produce, de la edad, del entorno, la forma, la rapidez o la lentitud, lo fundamental es que uno esté preparado y prepare al otro.» (Varón, Medicina Interna, Hospital B).

Para la mayoría de personal facultativo, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica más a la que el médico se acostumbra a medida que adquiere mayor edad y experiencia profesional.

«Con el sufrimiento y la muerte nadie es insensible, pero de hecho con el tiempo y la profesionalidad te vas acostumbrando (...). Lo que me preocupa es el descorazonamiento que produce la irreversibilidad de la patología.» (Varón, UCI, Hospital C).

Ante esta realidad una de las actitudes más generalizadas entre los médicos es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, necesaria para el desarrollo de una relación asistencial de calidad.

«Nunca estás inmunizado del todo, pero es algo que con los años acaba formando parte de tu trabajo, te vas habituando, te habitúas con el tiempo e intentas siempre no participar en el sufrimiento de cada una de las situaciones, intentas estar ajeno a lo que es el problema social al que te enfrentas, intentas mantenerte en cierta manera distante, porque si te involucras mucho pierdes un poco el rumbo y ya no puedes ser objetivo.» (Varón, Medicina Interna, Hospital B).

Existe, sin embargo, otra parte del personal facultativo que reconoce que el sufrimiento físico le afecta, ya que, con independencia de la experiencia profesional de cada uno, resulta desagradable ver a otras personas sufrir, sobre todo en los casos en los que se ha establecido una relación estrecha con ellas, o cuando los pacientes son más jóvenes.

«Cuando un paciente muere procuras desconectar, porque ahí se ha terminado tu trabajo, das carpetazo, también tienes el caso de que hayas tenido al paciente mucho tiempo, y hayas entablado una relación con él, desde ese punto de vista es distinta la concepción de la muerte de un paciente, si lo tienes un día o lo tienes un mes.» (Varón, UCI, Hospital A).

En este caso hay factores que modulan cómo les afecta el sufrimiento. Así, las enfermedades que no tienen solución y los niños son los casos en los que más afecta el sufrimiento de los pacientes.

«Me afecta sobre todo con enfermedades que no tienen solución, enfermedades en las que ves ir deteriorándose al paciente; afecta más con enfermos que de entrada uno sabe que no se van a curar, y se hace difícil la relación personal.» (Varón, Oncología, Hospital A).

«Cuando ves casos que pueden darse dentro de tu entorno, sobre todo en tu familia, es decir los niños; si una niña tiene una patología seria, pues no dejas de pensar que te puede suceder.» (Varón, Oncología, Hospital C).

Sin embargo, hay una parte del colectivo médico que asegura no sentirse afectado en absoluto por el tema de la muerte, al concebirlo como parte natural del ciclo vital.

«La muerte en sí no debe preocupar porque todo el mundo se va a morir.» (Varón, Radiología, Hospital D).

«Me río de ella: a lo mejor es un mecanismo de defensa, o mecanismo reflejo, como es algo que no puedo

remediar, tampoco le doy importancia.» (Varón, Medicina Interna, Hospital B).

Un aspecto destacable con referencia a la convivencia del médico con el sufrimiento y la muerte es la concepción de la enfermedad y de la medicina en nuestra sociedad. En este sentido, existe una queja por parte del personal médico ante las expectativas de sus pacientes.

«A mí lo que me preocupa es cómo ha cambiado el concepto que tiene la gente de enfermedad... la gente piensa que en la sociedad en la que estamos ahora todo tiene solución.» (Mujer, Medicina Interna, Hospital C).

Sentirse responsable de las vidas humanas

Existe una clara tendencia a que el personal médico asuma que es responsable de las vidas de sus pacientes. Los motivos principales de esta preocupación son las posibles repercusiones que pueden tener sobre la vida de los pacientes como consecuencia de la decisión tomada en un momento determinado, respecto al tratamiento instaurado.

«Sentirme responsable de vidas humanas es lo que más me preocupa; la muerte a todo el mundo nos va a llegar: lo que más me afecta es pensar que tú eres el responsable de determinado tratamiento.» (Mujer, Radiología, Hospital C).

Hay también un grupo de facultativos que no se sienten responsable de la vida de sus pacientes, ya que opinan que ellos no son los que producen las enfermedades y que la medicina no es una ciencia exacta, ya que un mismo tratamiento puede tener efectos distintos en diferentes personas.

«Yo no me siento responsable de la muerte de un paciente y, si me siento, me voy a sentir muy mal. Lo que más me dolería, lo que me haría sentir muy mal, es que yo me sintiera responsable de la vida de un paciente.» (Varón, UCI, Hospital A).

Por último, encontramos un colectivo al que sí que afecta sentirse responsable de las vidas humanas, pero se ha ido adaptando, bien a medida que han ido pasando los años o porque lo consideran una parte más de su trabajo.

«Lo piensas pocas veces, aunque alguna vez lo piensas. Es raro que una equivocación le cueste la vida a alguien, pero un retraso en un diagnóstico te hace pensar: es que si yo me equivoco en esto, puede desarrollar tal enfermedad, pero poco a poco eso lo vas venciendo. Yo creo que si lo piensas mucho es contraproducente, porque te pone más nervioso; tienes que aislarte un poco y actuar en función de lo que sabes, y lo que no sabes preguntarlo o mirarlo en los libros, pero si cada uno que ves piensas que eres responsable de su vida, quizá nos agobiaríamos más todavía, y eso con el tiem-

po uno se va adaptando, se va endureciendo.» (Varón, Medicina Interna, Hospital D).

Relaciones personales

Relaciones con el personal sanitario. Las relaciones con otros médicos y el resto de personal sanitario son satisfactorias, y existe un buen clima laboral.

«Me llevo bien con la gente del trabajo, soy amigo de todos mis compañeros, no tengo ningún problema con nadie dentro del servicio.» (Varón, Medicina Interna, Hospital B).

Relaciones médico-paciente. En términos generales, se califican como buenas. De hecho, constituye una de las recompensas que los médicos consideran recibir por su trabajo. Uno de los principales elementos de satisfacción encontrados por el personal médico es el agradecimiento del paciente (considerado como uno de los elementos más gratificantes de la profesión médica), junto con la sensación de ver a un enfermo evolucionar de forma satisfactoria.

«La relación con los pacientes casi siempre es gratificante... el agradecimiento que te devuelve el paciente es una de las cosas que más compensa la angustia del trabajo y el estrés que te produce trabajar con este tipo de enfermedades.» (Varón, Oncología, Hospital C).

«Ver al paciente salir de aquí, y que luego venga a verte, eso es una sensación increíble.» (Mujer, UCI, Hospital A).

Relaciones con familiares del paciente. El núcleo familiar del paciente también constituye un elemento destacable en las relaciones personales que mantiene el personal médico en su profesión. Sin embargo, estas relaciones no son valoradas de una manera tan positiva como en el caso de los pacientes, sino que suponen un importante estresor laboral de la práctica médica. Un gran número de médicos opina que los familiares son, por regla general, más exigentes que los pacientes. Además, en algunos casos la insatisfacción de la relación del médico con el familiar proviene de la incompreensión o no aceptación de la enfermedad y su gravedad.

«Últimamente estoy teniendo problemas con los familiares de los pacientes, no sé si porque han cambiado ellos o yo; yo creo que es porque no admiten que su familiar se puede morir, y esto me resulta llamativo desde hace 3 o 4 años; esto antes no me había ocurrido, la gente lo entendía.» (Varón, UCI, Hospital A).

Incertidumbre en la práctica médica

La incertidumbre ante un diagnóstico es aceptada como parte de la práctica diaria del personal facultativo. La totalidad de los médicos especialistas entrevistados

tados afirma tener dudas a la hora de establecer un diagnóstico o instaurar un tratamiento, ya que a veces resulta complicado conocer exactamente qué efectos puede llegar a tener un determinado tratamiento sobre un paciente concreto.

«Sí, ocasionalmente dudo de que sea lo más correcto; esto es algo consustancial a la profesión (...). Tú nunca vas a tener la seguridad al cien por cien de que tu decisión sea la correcta.» (Varón, Oncología, Hospital B).

Demanda por mala práctica

A la mayoría de los médicos entrevistados les afecta el hecho de que puedan llegar a ser demandados por algún paciente o familiar.

«Estás pensando siempre en el beneficio y el riesgo de cada cosa que haces, teniendo en cuenta que siempre puede pasar lo peor.» (Varón, Radiología, Hospital A).

Esto es así sobre todo en las guardias en urgencias, llegando a preocupar de manera continua a algunos profesionales.

«En la práctica habitual, no. Probablemente, en las urgencias te condiciona más, porque es una situación bastante estresante: son situaciones más graves y en las que se da el compromiso de tomar una decisión más rápida. La posibilidad de hacer mala praxis no creo que sea mayor, pero está la posibilidad de que un enfermo se te muera, entonces la posibilidad de demandas aumenta más en urgencias que en la práctica habitual.» (Varón, Oncología, Hospital B).

Por otro lado, existe otro grupo de facultativos que, aunque aceptan la posibilidad de ser demandados durante el ejercicio de la profesión, no se muestran especialmente preocupados.

«No me afecta, pero soy consciente de que puedo ser demandado, lo veo como un riesgo inherente. Si alguna vez fuera demandado, a partir de ahí estaría más preocupado.» (Varón, UCI, Hospital C).

Transmitir malas noticias

Prácticamente la totalidad de personal facultativo, con independencia de su especialidad, coincide en que transmitir malas noticias es una de las peores tareas que debe realizar en el ejercicio de su profesión.

«Lo que a mí me apena es tener que dar malas noticias; además creo que es para lo peor que estoy preparada.» (Mujer, Rayos, Hospital A).

Aunque, en general, se considera algo muy duro y desagradable, hay quienes se han acostumbrado a hacerlo y las transmiten porque no les queda más remedio y de la mejor manera que pueden.

«Dar malas noticias no es agradable, pero forma parte de mi trabajo y de mi rutina diaria.» (Varón, Oncología, Hospital C).

Hay, sin embargo, otro colectivo que, aunque lo define como un tema delicado, lo consideran implícito a la profesión.

«Las transmito, es parte de mi obligación, pero sí, sí que es duro.» (Varón, Oncología, Hospital B).

Por último, existe una minoría que opina que el paso de los años y la experiencia adquirida ayuda a hacer más llevadero dar malas noticias.

«Es una de las peores cosas en esta profesión, es horrible, pero bueno, hay que hacerlo, y yo creo que he aprendido a hacerlo de manera que la gente lo pueda digerir; tenemos una serie de métodos para hacerlo lo más suavemente posible, y poniéndote en el lugar de la persona, pero es lo peor de lo que te toca hacer.» (Mujer, UCI, Hospital E).

Un aspecto que influye en cómo abordan este tema los facultativos son las características del paciente y la familia a los que se ha de transmitir una mala noticia, sobre todo en lo referente a la dificultad en identificar qué quiere saber el paciente en realidad, ya que hay ocasiones en que el paciente o familiar no quiere que se le diga toda la verdad y esto es difícilmente evaluable por parte del personal facultativo.

«No me gusta, siempre tenemos el problema de las malas noticias, a quién darlas, esto es siempre una pelea entre lo que te parece que quiere el paciente, a veces te resulta muy difícil conocer al cien por cien lo que un paciente quiere saber; intentamos dar siempre lo que el paciente quiere recibir y no siempre nos vemos obligados a darle la mala noticia.» (Varón, Medicina Interna, Hospital D).

Discusión

Este estudio se ha centrado en la información facilitada por los facultativos especialistas hospitalarios, respecto a la percepción de sus estresores laborales relacionados con las exigencias psicológicas de su trabajo diario. Para la obtención y análisis de esta información de carácter subjetivo, una herramienta útil es la metodología cualitativa. Esta línea de investigación, a pesar de ser relativamente infrecuente en el ámbito de la salud pública, tiene una larga tradición en las ciencias sociales¹⁰.

Las aproximaciones cualitativas pueden ser un complemento de la investigación cuantitativa en el entorno sanitario¹¹, no solamente porque permiten el estudio de áreas no accesibles a la investigación cuantitativa, sino porque además la descripción cualitativa es un prerrequisito para una buena investigación cuantitativa, particularmente en áreas que han sido poco investigadas¹⁰.

El interés entre los investigadores sanitarios en el desarrollo y la optimización de esta metodología de investigación es creciente¹²⁻¹⁴. De entre los métodos cualitativos, la entrevista es considerada una herramienta útil y poderosa que puede abrir muchas áreas de investigación en el ámbito médico¹⁵ y que ya ha sido aplicada entre la población de facultativos especialistas hospitalarios para estudiar la relación entre la vida familiar y laboral¹⁶. Existen, asimismo, estudios recientes que abordan el análisis de los estresores laborales en personal sanitario mediante metodología cualitativa¹⁷. Sin embargo, la mayoría de los estudios cualitativos existentes sobre factores de riesgo psicosocial en el sector sanitario han sido realizados en profesionales de enfermería¹⁸⁻²². Además, el volumen de trabajos realizados desde este planteamiento no es muy elevado, sobre todo en España, por lo que nuestro estudio supone una aportación al desarrollo de esta línea de investigación.

Los factores de riesgo de origen psicosocial más destacables referidos por los médicos entrevistados en nuestro trabajo son: la sobrecarga de trabajo, el contacto con el sufrimiento y la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, la incertidumbre en la práctica médica, la posibilidad de ser demandado por la mala práctica y tener que transmitir malas noticias.

Al igual que indican otros autores, la sobrecarga de trabajo es un importante estresor. Ésta es debida a factores organizacionales del trabajo, específicamente a la escasez de personal y a la falta de tiempo para la dedicación a otras actividades además de la asistencial¹.

La vivencia del contacto con el sufrimiento y la muerte como estresor aparece también en otros estudios⁵. Esta característica es considerada como implícita a la profesión médica. Los facultativos han de aceptar que la muerte es una parte intrínseca de su profesión, debido a la irreversibilidad de algunas enfermedades o a fracasos en los tratamientos realizados. Pero, peor aún, las decisiones tomadas por los médicos pueden tener como resultado la muerte de algún paciente. Los médicos deben, pues, aprender a funcionar a un nivel emocional e intelectual óptimo a pesar de esos potentes estresores. El análisis del contenido de las respuestas de los entrevistados, respecto al sufrimiento y la muerte, proporciona información interesante sobre la evolución del concepto de enfermedad en nuestra sociedad, y también del rol de los médicos y la medicina. La vivencia de este estresor se ve influida por la edad y la experiencia laboral, siendo los médicos de mayor edad y experiencia los que logran sobrellevar mejor el sufrimiento o la muerte de sus pacientes. La edad elevada de los médicos como factor protector frente al desgaste profesional ha sido referida en otros estudios²³.

Por lo que se refiere a sentirse responsable de la vida de sus pacientes, en este trabajo se refleja que

éste es un importante factor de riesgo psicosocial entre la profesión médica. Sin embargo, el grado en el que afecta a cada uno de los facultativos es muy variable, por lo que pueden estar interviniendo factores personales no analizados en el presente estudio.

El personal médico ha de enfrentarse a menudo a fracasos, sufrimiento continuado en algunos de sus pacientes, muertes, y falta de aceptación y de simpatía por parte de los pacientes y sus familiares. Sin embargo, aunque la relación que se establece entre médico y paciente es un aspecto fundamental de la profesión médica y representa la fuente de la mayoría de experiencias gratificantes, constituye, al mismo tiempo, uno de los factores de riesgo emocional más graves para el profesional. Los pacientes pueden expresar emociones de enfado, frustración, evitación y desprecio hacia los médicos. Estas características pueden ser entendidas en términos de demandas cualitativas procedentes de los pacientes que ha de atender el facultativo en su práctica profesional²⁴ y que se suman a la tradicional presión asistencial. Además, todas estas emociones son generalmente proyectadas en el facultativo que ha de desarrollar estrategias de afrontamiento para manejarlas con éxito y así preservar su propia estabilidad emocional⁵.

Las relaciones interpersonales, que específicamente constituyen una importante fuente de estrés en nuestro estudio, son las que el médico mantiene con los familiares de los pacientes, que habitualmente expresan sentimientos de enfado o son exigentes en exceso¹.

La posibilidad de demanda por mala práctica, aparece también en otros trabajos como fuente de estrés entre los facultativos¹. En este caso también pueden estar influyendo factores personales que modulen la gran variabilidad existente entre los entrevistados. El desarrollo de estrategias para sobrellevar esta situación es un hecho bastante generalizado entre la población estudiada. Los datos generados por nuestra investigación en este apartado proporcionan información sobre el cambio en el sistema de salud que se está dando en nuestra sociedad, con los subsecuentes cuestionamientos de los roles tradicionales de paciente y médico⁵.

Tener que transmitir malas noticias es aceptado mayoritariamente por los facultativos como algo inherente al desempeño de la profesión médica, y sin embargo, constituye de manera general un factor estresante para la mayoría de estos profesionales. Además, los facultativos estudiados hacen referencia a la falta de preparación general para establecer relaciones de comunicación óptimas con sus pacientes a la hora de transmitir malas noticias, lo que les supone dificultades adicionales en su práctica diaria. De hecho, sentirse poco preparado en habilidades de comunicación ha sido relacionado con una mayor prevalencia de síndrome de *burnout* en facultativos hospitalarios¹.

Finalmente, y a modo de conclusión, se puede indicar que este estudio se ha centrado en los aspectos potencialmente modificables del ambiente psicosocial de los médicos. Algunas de las cuestiones más importantes de los factores de riesgo psicosocial percibidos por los facultativos especialistas, tienen que ver bien con características extrínsecas a su profesión (organización de la institución, con el entorno sociocultural) o bien con características intrínsecas de la profesión desempeñada. Se está produciendo una reconsideración de la figura del médico. El rol del profesional de la medicina está en proceso de cambio, debido a factores extrínsecos a la profesión (como políticas organizacionales y evolución de la sociedad en general) y a factores intrínsecos⁵.

Los factores de riesgo extrínsecos de la profesión médica son abundantes y están aumentando; así el rol del médico está siendo progresivamente «desmitificado». Otras profesiones cuestionan el papel de la profesión médica y demandan mayor poder de decisión y ejecución, y tareas que antes eran responsabilidad del médico hoy son llevadas a cabo por otros profesionales²³. Teniendo en cuenta esta situación, resulta comprensible que en el entorno hospitalario aparezcan dificultades para el trabajo en equipo de los distintos profesionales. De hecho, la falta de cooperación entre los profesionales y el mal funcionamiento de los equipos de trabajo representa una fuente adicional de estrés laboral, y se ha constituido en factor determinante del absentismo laboral por enfermedad en los médicos³.

Son abundantes las características intrínsecas a la práctica médica que constituyen potenciales factores

de riesgo. El entrenamiento en el abordaje de estos componentes no recibe demasiada prioridad en los planes de formación en las facultades de medicina, con lo que, al iniciar la vida laboral, el médico debe enfrentarse a los estresores implicados sin sentirse preparado y adecuando sus actuaciones a medida que va obteniendo más experiencia profesional. Como respuesta a esta situación, últimamente se están llevando a cabo planes de formación complementarios de los conocimientos médicos, como son las habilidades de comunicación con los pacientes²⁵.

Los profesionales de la medicina constituyen un colectivo especialmente afectado por los factores de riesgo psicosocial^{26,29}. Ello va a afectar en la propia calidad de vida del profesional y en su entorno más próximo, y también tendrá importantes consecuencias en su desempeño laboral. Concretamente, los facultativos con muchos factores de riesgo psicosocial tienen más probabilidades de tratar a sus pacientes de un modo más descuidado, tanto médica como psicológicamente. También presentan mayor propensión a realizar errores de juicio⁵. Todas estas características pueden impedir el desarrollo de un sistema de salud de alta calidad.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los participantes en el estudio por la valiosa información aportada, sin la cual no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Bibliografía

- Ramírez 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.
- De Pablo González R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4.
- Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M, Vathera J, Rasanen K, Toyry S, et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001;58:361-6.
- Capilla R. El síndrome de *burnout* o de desgaste profesional. *Jano* 2000;58:56-8.
- Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001;52:203-13.
- Graham J, Ramírez AJ, Field S, Richards MA. Job stress and satisfaction among clinical radiologists. *Clin Radiol* 2000;55:182-5.
- Graham J, Ramírez AJ, Cull A, Finlay I, Hoy A, Richards MA. Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliat Med* 1996;10:185-94.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6.
- Iñiguez I. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999;23:496-502.
- Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
- March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999;13:312-9.
- Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2.
- Meyer J. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ* 2000;320:178-81.
- Mays, N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.
- Britten N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-3.
- Dumelow C, Littlejohns P, Griffiths S. Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semistructured interview study. *BMJ* 2000;320:1437-40.
- Humphris GM, Cooper CL. New stressors for GPs in the past ten years: a qualitative study. *Br Dent J* 1998;185:

- 404-6.
18. Mas R, Escribà V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Arch Prev Riesgos Labor* 1999;2:159-67.
 19. Taylor C, Ogle KR, Olivieri D, English R, Dennis M. Taking on the student role: how can we improve the experience of registered nurses returning to study? *Aust Crit Care* 1999;12:98-102.
 20. Healy C, McKay M. Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Aust J Adv Nurs* 1999;17:30-5.
 21. Hinds PS, Sanders CB, Srivastava DK, Hickey S, Jayawardene D, Milligan M, et al. Testing the stress-response sequence model in paediatric oncology nursing. *J Adv Nurs* 1998;28:1146-57.
 22. Steenkamp WC, Van der Merwe AE. The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. *Burns* 1998;24:253-8.
 23. Olivar C. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
 24. Theorell T. Chancing society: chancing role of doctors. *BMJ* 2000;320:1417-8.
 25. Lloyd G, Skarratts D, Robinson N, Reid C. Communication skills training for emergency department senior house officers— A qualitative study. *J Accid Emerg Med* 2000;17:246-50.
 26. Blades DS, Ferguson G, Richardson HC, Redfern N. A study of junior doctors to investigate the factors that influence career decisions. *Br J Gen Pract* 2000;50:483-5.
 27. Sexton JB, Thomas EJ, Hemreich RL. Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-9.
-