

RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE MORBIMORTALIDAD DE LOS MÉDICOS

Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU*

CAPÍTULO I MORBIMORTALIDAD DE LOS MÉDICOS. REVISIÓN HISTORICA DEL TEMA

Introducción

La salud de los médicos ha despertado interés desde hace muchos años y este interés se ha basado en tres aspectos.

El primero es un prejuicio: “Si los médicos saben cómo cuidar la salud, los médicos deberían vivir más y mejor que el resto de la población”. Este prejuicio no tiene en cuenta las circunstancias laborales y sociales de los médicos en el desempeño de sus tareas. Apunta exclusivamente a sus

conocimientos, como si el médico estuviera en un ambiente independiente del resto de la sociedad. De ahí que los resultados de diferentes estudios realizados en países de diversos niveles socioeconómicos y culturales y con diversos sistemas de salud, puedan dar diferentes resultados y observarse contradicciones en los resultados de los mismos. En Uruguay, la situación social de los médicos ha variado sustancialmente en los últimos 20 años. La crisis del sistema económico financiero y la crisis del sistema de salud han perjudicado de manera significativa las condiciones laborales de los médicos en Uruguay.

El segundo motivo por el cual los médicos han sido estudiados como

grupo ha tenido una base más racional, sustentada muchas veces en la observación y constatación de hechos repetidos. Determinadas especialidades están particularmente expuestas en su salud debido al material que usan o al tipo de enfermos con que trabajan, por ejemplo, anestesistas, radiólogos, infectólogos, pediatras, internistas, y todos aquellos médicos que deben enfrentar día a día la muerte de sus pacientes.

El tercer aspecto que ha despertado el interés de analizar a los médicos como grupo, es que se trata de una población ideal, dados sus conocimientos para estudiar la evolución de factores de riesgo de determinadas enfermedades a lo largo del tiempo.

Análisis de bibliografía vinculada a la morbimortalidad de los médicos

Todo trabajo, toda profesión, lleva consigo una responsabilidad que el individuo asumirá según su personalidad, su grado de compromiso, su educación y su ética.

La profesión médica es una profesión de contacto con enfermos, que pueden ser de mayor o menor gravedad, pero que consultan al médico buscando una solución de un conflicto físico, psíquico, o ambos. Ese individuo, que consulta a otro ser humano para confiarle su salud, espera del médico lo mejor para él en relación

con su consulta. Requiere tiempo de atención y explicaciones satisfactorias sobre el diagnóstico y el tratamiento que el médico va a indicarle.

Por otro lado, el médico, preparado científicamente para esa atención, responde a sus expectativas y a partir de ese momento se establece la relación médico-paciente con un compromiso mutuo. Forman un equipo para luchar contra la enfermedad. Y si bien la relación médico-paciente es una de las cosas más hermosas de la medicina, lo que para el paciente es un alivio (cuenta con un aliado), para el médico es una gran responsabilidad. Es un “Yo me dejo cuidar” y un “Yo te cuido”. Ahora bien, siendo la medicina una ciencia biológica con todas las variables inherentes a cada individuo, donde no hay dos iguales, esta responsabilidad genera estrés en el médico, que puede ser consciente o no. Es el estrés propio de una profesión elegida, pero es estrés. En el Capítulo II analizamos la importancia del estrés sobre la salud.

Nadie puede dudar que todas las profesiones en las cuales uno o más individuos dependen de otros, como los abogados, los contadores, los arquitectos, los ingenieros, etcétera, tienen estrés laboral. Sin embargo, estar siempre en contacto con enfermos, cerca del sufrimiento humano, de situaciones de gran dramatismo vinculadas a la salud y a la muerte a lo largo de toda la carrera profesio-

nal, es un estrés diferente.

Habiendo aclarado esta particularidad de la vida profesional del médico, vamos a analizar la bibliografía que existe a nivel nacional e internacional sobre estos temas de la salud de los galenos.

Uno de los más estudiados a nivel internacional es la mortalidad precoz de los anestelistas en relación con otros especialistas. Este grupo es generalmente considerado un grupo de alto riesgo donde el alto grado de estrés al que se encuentran sometidos (dormir y despertar con fármacos a una persona en un tiempo determinado), afecciones propias del uso de sustancias tóxicas que manejan, la presencia de adicciones, son algunas de las causas que se asociarían a una mayor morbimortalidad en este grupo de especialistas⁽¹⁻⁵⁾. La contaminación en sala de operaciones por agentes inhalantes tóxicos fue estudiada y resaltada en Uruguay por un trabajo que denuncia los riesgos del personal en sala de operaciones, expuesto a los mismos por razones laborales, como anestelistas, cirujanos, instrumentistas y personal de servicio^(6,7). Dice el Dr. Barreiro, terminando su trabajo de polución en sala de operaciones: "...en fin, para terminar, que si los gases anestésicos fueran de colores, hace tiempo que los hubiéramos eliminado de las salas de operaciones. No solamente porque hubiéramos hecho conciencia de la gravedad del proble-

ma, sino porque no veríamos nada adentro del quirófano..."⁽⁷⁾. Otro hecho que ha llevado a cuestionamientos profundos es el mayor número de suicidios en la población médica. De acuerdo a un estudio estadounidense: 3% de los médicos se suicida antes de los 40 años, lo cual representa en esta categoría profesional y en ese país, la primera causa de muerte a esa edad. Según ese estudio estadístico la tasa de suicidio varía según la especialidad, los pediatras tienen 10/100.000 suicidios anuales en tanto psiquiatras y anestelistas 61/100.000, siendo esta la tasa más elevada^(8,9). En otro estudio estadounidense se constata que mujeres médicas mayores de 25 años se suicidan con una frecuencia cuatro veces mayor que mujeres no médicas de la misma edad⁽¹⁰⁾. La revista JAMA publica un estudio retrospectivo llevado a cabo en Inglaterra y Gales que demuestra que existe un mayor riesgo de suicidio en médicos de sexo femenino en comparación con sus compañeros de sexo masculino. Del mismo modo, el estudio revela que estos médicos varones tienen, a su vez, un mayor riesgo de suicidio en comparación con el riesgo de la población en general⁽¹¹⁾.

En Uruguay, un estudio basado en 298 certificados de defunción de médicos, durante el período 1998-2002, observa que las mujeres médicas se suicidan con mayor frecuencia que los hombres médicos, a diferencia de

lo que ocurre en la población general, donde la mayor tasa de suicidio es en hombres de 50 años⁽¹²⁾.

Otro estudio realizado en EEUU sobre 20.000 médicos ha encontrado una alta tasa de suicidio no sólo en anestesistas, sino también en ginecólogos y particularmente en el sexo femenino⁽¹³⁾.

Vale la pena preguntarse cuál es la razón por la que aquellos que eligieron curar o aliviar a sus semejantes tienen una alta tasa de suicidio como muestran estos estudios. Seguramente los motivos serán complejos y nos llevan a plantearnos, sin ser especialistas en el tema, si individuos con tendencia depresiva eligen más frecuentemente la profesión médica, o bien es el desempeño de la profesión médica lo que puede llevar a ciertos individuos a la depresión. Sin duda, es un tema que merece mucha atención a fin de poder prevenir las causas de suicidio de los médicos, explorando particularmente aquellos grupos que, de acuerdo a los trabajos actuales, serían más susceptibles a tomar este tipo de determinación en su vida.

El tabaquismo es otro aspecto estudiado en los médicos. ¿Por qué fuman los médicos sabiendo y viendo el mal que hace la nicotina? Esta pregunta, al igual que la del suicidio, es difícil de contestar. Un estudio realizado en Argentina en el 2003, sobre una población de 783 médicos, observó que la prevalencia de

fumadores y ex fumadores fue, respectivamente, de 28,6% y 25,3%. Al distribuirlos por especialidades, los autores observan que “los fumadores predominaron entre los dedicados a especialidades quirúrgicas ($p=0,001$) y entre los que se desempeñaban en los servicios de urgencia ($p=0,037$). Los médicos fumadores presentaron más frecuentemente el antecedente familiar de tabaquismo ($p < 0,0001$); 30% fumaba al despertar, más de 70% lo hacía por la mañana, y un tercio fumaba aun cuando padecían de alguna enfermedad”⁽¹⁴⁾. También observaron que los médicos ex fumadores eran los que más frecuentemente brindaban a sus pacientes consejos para abandonar el tabaco.

Tanto en el estudio argentino como en otros realizados en diferentes países, el porcentaje de médicos que fuma es menor que en el resto de la población. Argentina: 28,6% vs 33%; Francia 36,1% vs 39%^(15,16); Italia 26,3% vs 30%^(17,18), Japón: 28% vs 33%^(19,20), Estados Unidos: 8% vs 24%^(21,22). Una encuesta realizada en Uruguay en el año 2005, sobre tabaquismo en el personal de salud del Hospital Universitario, mostró que 29% de los médicos docentes fumaban, para una prevalencia en la población general de 22%-32% según las fuentes consultadas hasta ese año⁽²³⁻³⁰⁾.

En México, la prevalencia de fumadores médicos varía según la re-

gión. Así, en un estudio realizado en los estados de Morelos y Guanajuato en el 2004 en médicos y enfermeras, mostró una mayor prevalencia de tabaquismo (31,6%) al compararlos con universitarios de otras áreas (23,5% $p=0,230$). Cuando desglosan la prevalencia entre médicos o enfermeras, se encontró que el tabaquismo era mayor en los médicos que en las enfermeras (43,1% vs 29,3% $p=0,066$)⁽³¹⁾. Otro estudio realizado en Ciudad de México⁽³²⁾ muestra que 33,3% de los médicos son fumadores activos en un hospital privado de Ciudad de México, mientras que en tres de las instituciones oficiales de salud de Ciudad de México, el 26,9% de los médicos son fumadores activos.

Brasil y Costa Rica son los países latinoamericanos de aparente menor consumo de tabaco entre los médicos. En Brasil se realizó una encuesta entre 11.909 médicos de la Asociación Médica Brasileña que reportó una prevalencia de tabaquismo de 6,4%⁽³³⁾. En un estudio realizado entre 1993 y 1994, con 217 médicos en Costa Rica, la prevalencia fue de 19%⁽³⁴⁾.

En Chile, en una encuesta realizada sobre 20.848 funcionarios de la salud, los resultados mostraron que 30,5% de los médicos fumaba, no existiendo diferencia con la población general, pero sí con otros trabajadores de la salud que fuman más que los médicos⁽³⁵⁾.

En Ecuador, un estudio mostró que la prevalencia de tabaquismo era alta en los médicos de ambos sexos (34%)⁽³⁶⁾. Demostró además que los médicos que fuman tienen menos resultados en la educación abstencionista de sus pacientes.

Sin duda, el tabaquismo del personal de salud es un problema mayor por el rol educativo que tienen los mismos sobre los pacientes. Cuando se trata de la figura del médico esto es más grave aun.

En referencia con los médicos y la enfermedad cardiovascular también se han llevado a cabo numerosos estudios.

En muchos casos se observa una dicotomía entre lo que saben los médicos sobre la importancia de la prevención de la enfermedad cardiovascular y la tarea educativa que ejercen en este sentido sobre sus pacientes.

En México se llevó a cabo un estudio transversal analítico en 264 voluntarios médicos y otro personal del equipo de salud (dentistas, enfermeras, psicólogos, químicos, trabajadoras sociales, etcétera) procedentes de 23 estados de la república. En el mismo, se evaluaron los factores de riesgo cardiovascular. Se midió índice de masa corporal, presión arterial, colesterol y glicemia. Del total de individuos estudiados, 140 (53,0%) pertenecieron al género masculino y 124 (47,0%) al femenino; 178 (67,4%) fueron médicos y 86 (32,6%) corres-

pondieron a otro personal del equipo de salud⁽³⁷⁾. Los médicos presentaron diferencias estadísticas en comparación con el resto del personal del equipo de salud, con un mayor índice de masa corporal ($28,6 \pm 4,1$ vs $27,5 \pm 4,4$ kg /m², $p=0,044$); la hipertensión arterial fue más frecuente en los médicos que en el resto del equipo de salud (41,0 vs 17,4%, $p<0,001$). Además, se observó que en los médicos fue más frecuente la presencia de tres y cuatro (26,8 vs 9,8, $p=0,001$ y 21,5 vs 9,4, $p=0,017$, respectivamente) factores de riesgo cardiovascular modificables asociados⁽³⁸⁾.

En los dos estudios realizados en Uruguay sobre mortalidad de los médicos se observó que los patrones de mortalidad no tenían grandes diferencias con la población general^(11, 38). Sin embargo, cuando analizaron la edad de muerte por sexo se observó una mortalidad precoz (mediana de 60 años) en las mujeres médicas en relación con el hombre médico y a las mujeres de la población general. Este dato, confirmado en los dos estudios, es preocupante y merece un análisis más profundo de la causa de mortalidad de los médicos uruguayos. Especulando sobre estos datos surgen varias preguntas: ¿por qué las mujeres médicas uruguayas viven menos? ¿Puede haber una cuota de estrés muy severa que sea peor tolerada por la mujer? ¿Puede ser que la mujer médica sea más sensible al es-

trés que el hombre médico? ¿Cuidan las mujeres médicas y los hombres médicos su salud como predicán a sus pacientes?

La encuesta ¡Vamos los médicos por nuestra salud!, que presentamos aquí, aspira a saber si los médicos y médicas uruguayos cuidan debidamente su salud o no, y si es posible que un grado de estrés excesivo, por diferentes causas, esté cobrando su precio en la salud de los médicos uruguayos.

Si aportamos alguna luz a estas incógnitas, habremos dado nuestro primer paso para tratar de mejorar el estado de salud de los galenos uruguayos.

Bibliografía

1. **Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB.** Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93(4): 922-30.
2. **Berry AJ, Fleisher LA.** Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. New evidence for the existence of old problems. *Anesthesiology* 2000; 93(4): 919-21.
3. **Bruce DL, Eide KA, Linde HW, Eckenhoff JE.** Causes of death among anesthesiologists: a 20-year survey. *Anesthesiology* 1968; 29(3): 565-9.
4. **Ohtonen P, Alahuhta S.** Mortality among Finnish anesthesiologists from 1984-2000. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46(10): 1196-9.
5. **Lew EA.** Mortality experience among anesthesiologists, 1954-1976. *Anesthesiology* 1979; 51(3): 195-9.
6. **Rosasco CL.** Riesgo profesional en la sala de operaciones: efecto de los agentes anestésicos. *Cir Uruguay* 1976; 46(4): 288-92.
7. **Barreiro G.** La polución ambiental en sala de operaciones: un problema aún sin solución. *Rev Med Uruguay* 1990; 6(1): 6-8.
8. **Roy A.** Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1089-95.
9. **Abreu Rossana.** Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992). *Rev Med Uruguay* 1998; 14: 236-47.
10. **Rose KD, Rosow I.** Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 800-5.
11. **Keith Hawton et al.** Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *JAMA* 2001 May; 55: 296-300.
12. **Ciriacos C, Rodríguez Almada H, Turnes A.** Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002. *Rev Med Uruguay* 1998; 14: 236-47.
13. **Carpenter L, Swerdlow A, Fera N.** Mortality of doctors in different specialties: findings from a cohort of 20000 NHS hospital consultants. *Occup Environ Med* 1997; 54 (6): 388-95.

14. **Zylbersztejn H, Cragnolino C, Francesia A, Tambussi A, Mezzalira V, Levin R, et al.** Estudio epidemiológico del tabaquismo en médicos. *Revista Argentina de Cardiología*, 2003; 71(3):178-184

15. **Josseran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau D.** Smoking behavior and opinions of French general practitioners. *J Natl Med Assoc* 2000; 92: 382-90.

16. **Comite Francais d'Education pour la Santé.** National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.

17. **Muzi G, dell'Omo M, Crespi E, Madeo G, Monaco A, Curradi F, et al.** Smoking in the workplace. Study at a hospital in central Italy. *Med Lav* 2001; 92: 54-60.

18. **Italy's National Statistical Institute.** Italy in figures. National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.

19. **Ohida T, Kawahara K, Osaka Y, Soine T, Ishii T, Fujimori T, et al.** Smoking behaviors among medical doctors in Fukui, Japan. *Nippon Eiseigaku Zasshi* 2000; 55: 559-65.

20. **Ministry of Health and Welfare.** National survey on smoking and health in Japan. National Tobacco Information Online System (Nations). WHO ORG. American Cancer Society. World Bank Group. CDC; 1999.

21. **Gault R, Yeater RA, Ullrich IH.** West Virginia physicians: cardiovascular risk factors, lifestyles and prescribing habits. *W V Med J* 1994; 90: 364-6.

22. **Centers for Disease Control and Prevention.** Cigarettes smoking among adults. USA 1997. National Tobacco Information Online. www.cdc.gov/tobacco/smokeless/

23. **Cuesta A, Kuster F, Llubeiras R.** Tabaquismo en el Personal y Usuarios de un Hospital Universitario: Consumo y Recomendación de Abandono. *Rev Urug Cardiol* 2005; 20 (2): 75-85.

24. **Junta Nacional de Drogas.** Primera encuesta nacional y segunda en Montevideo sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Informe de la Junta Nacional de Drogas - Organización de Estados Americanos. Presidencia de la República, Uruguay, 2003. www.infodrogas.gub.uy

25. **Carámbula J, Ronco A, Niedworok N.** Investigación socio-laboral del tabaquismo en el Uruguay urbano. Módulo de la Encuesta Continua de Hogares, Instituto Nacional de Estadística, Montevideo, Uruguay, 1995.

26. Prevalencia del tabaquismo en países latinoamericanos (PW).1988. [1pantalla]. Obtenido de: http://ficnet.org/onet/infouru/tabaco_tabaquismo_uruguay.htm.

27. En cuanto a los datos obtenidos por encuestas, 1991. In: Tabaco y tabaquismo en Uruguay. (PW) (1 pantalla). Disponible en: http://ficnet.org/onet/info-uru/tabaco_tabaquismo_uruguay.htm.

28. Tabaquismo: consumo en el ámbito de la enseñanza media [informe de investigación]. Montevideo: OPS, 2002. En: <http://www.info-drogs.gub.uy/pdf>. (consultado mayo 2005).

29. **Curto S, Prats O, Ayestarán R.** Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay. Rev Med Uruguay 2004; 20: 61-71.

30. Junta Nacional de Drogas. Tercera encuesta nacional de prevalencia del consumo de drogas. Informe de la Junta Nacional de Drogas - Programa de Naciones Unidas para

el Desarrollo, Presidencia de la República, Uruguay, 2001.

31. **Arenas ML, Hernández I, Jasso VR, Martínez PC, Menjivar RA.** Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 2004; 17(4): 261-65.

32. **Gómez GR, Grimaldi CA.** Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria. Salud Pública Mex 1998; 40: 53-57.

33. **Tapia CR, Cravito P, de la Rosa GF, de la Torre GG, Kuri P.** Cigarette smoking knowledge and attitude among Mexican physician. Salud Pública Mex 1997; 39: 507-12.

34. **Mirra AP, Rosemberg J.** Survey on prevalence of smoking among Brazilian physicians. Rev Assoc Med Bras 1997; 43: 209-16.

35. **Grossman DW, Knox JJ, Nash C, Jiménez JG.** Attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention. Bull World Health Organ 1999; 77: 315-22.

36 **Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas.** Encuesta nacional de tabaquismo en funcionarios de salud. Rev Méd Chile, 2004; 132 (2):223-32

37. **Sánchez P, Lisanti N.** Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos del Azuay, Ecuador. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2003; 14(1): 25-30

38. **Lara Esqueda A, Velásquez Monroy O, Ruiz Matus C, Martínez-Abundis E, Valera-González GI, González-Ortiz M.** Factores de

riesgo cardiovascular modificables en los médicos y en otro personal del equipo de salud. *Salud Pública México* 2007; 49 (2) 83-4.

39. **Turnes A. Ciriaco C, Rodríguez Almada h,** Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974-2002. Características demográficas *Rev Med Uruguay* 2003; 19 216-24

CAPÍTULO II EL ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Para comprender la interrelación entre estrés y la salud corresponde realizar una breve definición de cada uno de ellos. La definición más conocida de Salud es la elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad y achaque”.

Podemos definir el estrés como una respuesta del organismo, adaptable a los cambios, demandas, presiones, desafíos o amenazas. Según la OMS, es un “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al individuo para la acción”. Este estado se produce ante una inadecuación entre las demandas ambientales y los recursos internos con los que cuenta un individuo. Todas las situaciones del diario vivir suscitan reacciones internas, pero no toda situación estresante provoca consecuencias negativas en el sujeto. Por eso es importante diferenciar el estrés, respuesta del organismo que nos posibilita desarrollar una actitud de alerta ante las situaciones cotidianas, y el distrés que se manifiesta cuando las situaciones desbordan las capacidades del individuo, desencadenando un exceso de tensión física o mental. El interés en el estudio de las consecuencias que provoca el estrés en la salud de la población ha sido y

continúa siendo objeto de múltiples trabajos e investigaciones⁽¹⁻⁸⁾.

Ante una situación de amenaza, el individuo presenta una reacción universal (síndrome general de adaptación) que se describe en tres fases: 1) Alarma: el organismo amenazado activa una serie de glándulas especialmente en el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales. 2) Resistencia: el organismo prosigue con su adaptación a las demandas del medio, 3) Agotamiento: si la demanda del medio persiste por un tiempo prolongado, el individuo pierde sus recursos adaptativos con la posibilidad de la aparición de trastornos psicofisiológicos diversos.

La alostasis es el proceso que posibilita a los organismos vivos mantener un equilibrio biológico en presencia de desafíos ambientales o fisiológicos que involucran al eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, sistema nervioso autónomo, inmunario, cardiovascular, metabólico y protegen al organismo del estrés externo e interno.

La tolerancia al estrés, su vulnerabilidad, es particular de cada individuo así como la posibilidad de afrontamiento⁽⁹⁾.

El estrés en los individuos con diferentes patrones de conducta: patrón tipo A (caracterizados por la hiperactividad, hostilidad, competitividad, impaciencia en la consecución de metas, conflicto dominar/ser dominado,

agresividad y tensión) están propensos al desarrollo de enfermedades coronarias (especialmente infarto agudo de miocardio) y síndrome metabólico.

En cambio, los de tipo B (pesimistas, sombríos, introvertidos) son propensos a la depresión. Los individuos con patrón de conducta tipo C (perfil de excesivo cooperativismo, conformistas, estableciendo en sus relaciones un deseo constante de agradar al otro), tienen riesgo de padecer cáncer e hipertensión.

Se denominan factores de riesgo estresantes a un conjunto de signos biológicos y hábitos adquiridos que se ven con más frecuencia en los sujetos que padecen estrés que en la población general, como ser: enfermedad física, abusos de sustancias, tabaquismo, sedentarismo, astenia, dificultades laborales, suicidio, depresión, ansiedad, consumo de psicofármacos, entre otros^(10,11).

Ante una situación estresante encontramos dos tipos de respuesta del organismo, una rápida respuesta de lucha o huida, y una vía de respuesta lenta en la cual se presenta sintomatología física como pueden ser alteraciones digestivas (úlceras, cólicos, colon irritable, gastritis), cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión arterial, palpitaciones), inmunológicas, psoriasis, así como síntomas psíquicos, ansiedad, depresión, cambios en la conducta, hosti-

lidad, alteraciones del sueño, frustración, entre otros.

Cuando una situación estresante se prolonga en el tiempo se desarrolla estrés crónico. Tanto el estrés como la depresión determinan una activación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal⁽¹²⁾, se produce una activación a nivel hipotalámico, con aumento del factor de liberación de corticotropina (CRF), este actúa a nivel hipofisario liberando ACTH y por su intermedio estimula la corteza suprarrenal a producir cortisol. A nivel medular, determina activación del SNA, con liberación de adrenalina y noradrenalina produciendo sus ya conocidos efectos cardiovasculares. Hay una disminución de la actividad parasimpática, determinando una pérdida de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y dispersión del intervalo QT, predisponiendo a la aparición de trastornos del ritmo. Esto es más evidente en pacientes con cardiopatía, con un claro aumento en la incidencia de arritmias (15% de descargas de cardiodesfibriladores, vinculado a episodios estresantes respecto a un 3% en períodos de estabilidad emocional).

El estrés crónico a través de la activación adrenérgica y la elevación de los niveles de cortisol plasmático, determinan una respuesta inflamatoria que produce desarrollo y progresión de la placa (enfermedad aterosclerótica), así como aterotrom-

bosis (con oclusión vascular) a punto de partida de la fisura o erosión de la misma, con el consiguiente desarrollo de un evento coronario agudo. El estrés crónico determina un estado protrombótico mediado por un incremento del fibrinógeno, del factor VIIc, del factor IV beta tromboglobulina, activación y agregabilidad plaquetaria^(13,14). Hay aumento del factor de Von Willebrand, factor VIII, y del plasminógeno⁽¹⁵⁾. A su vez, hay una tendencia a la disminución espontánea de la fibrinólisis a través de un aumento de la PAI1⁽¹⁶⁾. Se ha puesto en evidencia la disfunción endotelial vinculada al estrés. A través de la reducción en la producción de óxido nítrico, y puesta en evidencia en algunos trabajos por el test de vasorreactividad de la arteria humeral luego de un estrés mental. La respuesta vasodilatadora está más reducida en pacientes diabéticos. La respuesta dinámica a esta noxa evidencia un mecanismo estrechamente ligado al inicio y progresión de la enfermedad aterosclerótica en etapa preclínica. Quizá los beta y no los alfa bloqueantes pudieran mejorar esta respuesta inapropiada⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Existe una respuesta inmune puesta en evidencia por una elevación de la PCR (proteína C reactiva), aumento de la linfocitosis, elevación de las citoquinas: entre ellas las interleuquinas IL 1, IL 2, IL 6, elevación del interferón alfa y del factor de

necrosis tumoral (FNT). Hay además una elevación de las moléculas de adhesión, ICAM 1, selectina-E, y MCP-1^(2,14,21).

Hay un incremento de la resistencia a la insulina, con aumento de la grasa visceral y del perímetro abdominal, considerado como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

El estrés mental se considera hoy un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular no convencional cada vez más importante por las repercusiones que determina. Es más evidente en pacientes con enfermedad coronaria establecida, manifestándose por la presencia de isquemia silente en estudio Holter^(22,23). A largo plazo los efectos del estrés crónico son eclipsados por la aparición de los factores de riesgo clásicos, siendo difícil delimitar cuánto daño produce cada uno de ellos por separado. Seguramente, una combinación de estos hechos explique el riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular en este grupo de pacientes⁽¹⁾.

El estrés agudo se presenta en forma súbita, cuando las demandas exceden los recursos con los que cuenta el sujeto, no es imprescindible que sea un suceso de máxima intensidad, lo importante es que produzca una reactivación emocional en el individuo. Ante la proximidad de una situación de lucha, en el organismo se realizan una serie de cambios adap-

tativos por liberación de catecolaminas, con aumento de gasto cardíaco, vasoconstricción periférica y redistribución del flujo sanguíneo, aumentando a nivel cerebral y cardíaco.

Determina una descarga adrenérgica con cambios en las propiedades hemoreológicas del flujo sanguíneo favoreciendo la fisura de placa y con ello la aparición de un síndrome coronario agudo. Aumenta el riesgo de arritmias, sobre todo en pacientes con cardiopatía estructural previa, evidenciado por aumento de descarga de cardiodesfibriladores. Recientemente se ha descrito una entidad indistinguible de un síndrome coronario agudo, que se vincula a descarga excesiva de catecolamina, disfunción endotelial, vasoespasmo, conocida con el nombre de disquinesia apical transitoria o enfermedad de Takotsubo⁽²⁴⁾. Cuando el estrés agudo es intenso hay un aumento en la mortalidad cardiovascular entre dos y cinco veces por ejemplo, Guerra del Golfo, Torres Gemelas, pérdida de hijo, cónyuge, etcétera).

El estrés laboral es considerado como un factor de riesgo para muerte cardíaca, infarto no fatal y angina, (WHITEHALL II study, 10.308 pacientes entre 35 y 55 años)⁽²⁵⁾. Esto parece más evidente en individuos menores de 50 años, quienes tienen un RR 1,68 (95% IC: 1,17-2,42). Se asocia a un cambio en los hábitos de vida: pobre actividad física, dieta

inadecuada, y con ello mayor predisposición a síndrome metabólico, lo que aumenta el riesgo cardiovascular.

En el INTERHEART study, sobre 11.119 pacientes con un primer infarto, respecto a un grupo control de 13.648 pacientes, aquellos que tenían un estrés laboral permanente duplicaban el riesgo de infarto de miocardio (RR 2,14) respecto al grupo control que no reporta estrés laboral⁽²⁶⁾.

En el estudio MALMO sobre un total de 13.609 pacientes (2.741 mujeres) con edad media de 45 años y un seguimiento de 21 años, demuestra que el RR de enfermedad cardiovascular fatal y no fatal es de 1,27 (95% IC: 1,15-1,39). Cuando se ajusta a los factores de riesgo asociados el RR se reduce a 1,14. El RR de stroke fatal para hombres es de 2,04, pero para mujeres, cuando se ajusta a otros factores de riesgo, no da significación estadística, quizá por el número de pacientes enrolados más pequeño⁽²⁷⁾. Como conclusión de este trabajo, el estrés crónico constituye un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares, en particular para stroke fatal en hombres de mediana edad.

En el trabajo realizado por Hiruyasu⁽¹⁾, de gran relevancia por el número de pacientes ingresados al mismo, se enrolan 110.792 pacientes entre 1988 y 1990, 46.465 hombres

y 64.327 mujeres, ente 40 y 79 años, que vivían en 45 comunidades de Japón. Se excluyeron aquellos pacientes portadores de enfermedad cerebrovascular, cardiovascular y neoplásica; el seguimiento fue de un plazo promedio de 7,9 años (hasta 1997) con un total definitivo de 30.180 hombres y 43.244 mujeres. En el estudio se evaluó el nivel de estrés que percibían en la vida cotidiana. Al finalizar el estudio habían fallecido 778 hombres y 643 mujeres de stroke isquémico o hemorrágico, o de enfermedad cardiovascular. Comparando los resultados en ambos sexos, el estrés mental en las mujeres se asoció con un aumento estadísticamente significativo de muerte por AVE isquémico o hemorrágico, respecto al hombre, sin una clara explicación para ello. El aumento de muerte por enfermedad coronaria se presentó en ambos sexos sin diferencia estadísticamente significativa.

El estudio de las manifestaciones del estrés en los profesionales de la salud ha tomado cada vez más relevancia en el ámbito sanitario. Se han realizado importantes investigaciones a nivel mundial que revelan las causas así como las consecuencias del estrés ocupacional en los médicos⁽²⁸⁻³³⁾.

“En 1930, la Organización Internacional de Trabajo concluye que los médicos constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presentan

con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos motivados por la gravedad de los pacientes”⁽³⁴⁾.

El estrés en el médico se basa en el contacto con la patología, con la enfermedad y la muerte. El paciente lo consulta buscando mitigar su dolor o resolver la problemática que lo aqueja. En el ejercicio de la medicina el profesional se enfrenta diariamente a la incertidumbre a la hora de establecer un diagnóstico o tratamiento⁽³⁵⁾. Esta relación con el sufrimiento supone un desgaste psicológico intenso, expuesto diariamente ante las múltiples responsabilidades y demandas que su rol le exige. Emitir un diagnóstico de mal pronóstico provoca en el médico ansiedad por el dolor que siente ocasionar al paciente⁽³⁶⁾. Otra fuente de estrés en el médico es la interfase médico/paciente, médico/familia, trato con pacientes difíciles, no colaboradores, con alteraciones bruscas de la conducta^(37,38). Vínculo laboral y calidad de su trabajo: cambios organizacionales, inestabilidad laboral, multiempleo, presiones institucionales, largas jornadas laborales, disminución del sueño nocturno⁽³⁹⁾, demandas judiciales⁽⁴⁰⁾. La ética debemos considerarla generadora de estrés, puesto que el profesional de la salud debe enfrentarse diariamente a cuestionamientos referidos a la prescripción de tratamientos e indicación

de estudios que no siempre están a disposición en la institución en la que se encuentra desarrollando su labor⁽⁴¹⁻⁴⁴⁾.

En cuanto a la diferenciación de género encontramos trabajos que mencionan que la mujer es más propensa a sufrir estrés, depresión, ansiedad, que el hombre médico⁽¹⁾, a su vez la tasa de suicidio es mayor que en otras mujeres profesionales. En España, el Dr. Mingote estima que entre 10% y 12% del personal sanitario presenta algún problema de salud durante su carrera profesional, especialmente de ansiedad, depresión, alcoholismo, en ocasiones esta situación termina en suicidio⁽⁴⁴⁾.

El estrés de los profesionales de la salud representa un conjunto multidimensional de factores tanto internos (ansiedad, pérdida de autoestima, autoevaluación negativa) como externos (falta de soportes por distanciamiento, aislamiento interpersonal).

El Mobbing y el síndrome de desgaste profesional o Burnout son dos formas de expresión del estrés laboral crónico en el profesional de la salud. El Mobbing tiene su origen en las relaciones interpersonales dentro de la institución, alude al maltrato que recibe un trabajador por su jefe, sus compañeros, evidenciando una relación de poder. El cuadro clínico se manifiesta por depresión o el binomio estrés-ansiedad. Según datos pu-

blicados por British Medical Journal, este síndrome es frecuente en los médicos y profesionales sanitarios hasta en un 38%⁽⁴⁵⁾.

La definición más conocida de síndrome de Burnout es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986: "Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". Según la OMS, el "Burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el staff como en los miembros de una familia". El desgaste profesional es un proceso gradual, comienza con niveles excesivos y prolongados de estrés laboral. Algunos autores han definido que existiría un tipo de personalidad más susceptible al desgaste profesional, perfeccionista, idealista (imposición de metas poco realistas, falsas expectativas), excesiva implicación laboral⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾.

Este síndrome se manifiesta por una sintomatología multidimensional a nivel físico, emocional, social y cognitivo. Los facultativos con desgaste profesional manifiestan diferentes síntomas psicofísicos, como puede ser astenia, cefaleas, trastornos gastrointestinales, pérdida de apetito, así como úlceras y enfermedad coronaria, como ya fue mencionado^(13,49-51).

Debemos agregar además la interfase trabajo-casa que determina una adaptación dependiente de: carga horaria laboral, número de hijos, falta de apoyo del cónyuge, que constituye un factor coadyuvante más al estrés ya mencionado^(31,55).

En el plano conductual se manifiesta por un consumo de estimulantes, como ser café, té, bebidas alcohólicas, y abuso de sustancias con aumento de la ingesta de sedantes así como otros psicofármacos, con autoprescripción tal vez, la mayoría de las veces por el fácil acceso que tiene a ellos. Todo lo cual lleva a cambios en el estilo de vida, sedentarismo y mala dieta^(49,52,53).

Podemos entonces concluir que el estrés mental al que es sometido el profesional de la salud determina: altos niveles de desgaste profesional, con pobre satisfacción por parte del paciente, afectando la relación médico-paciente, disminuye su productividad, genera deterioro en su salud y en la población a la que asiste, y con ello un gran impacto socioeconómico^(33,56,57). La evaluación psicológica, la mejoría en las condiciones laborales y de los hábitos de vida pueden considerarse como mecanismos de ayuda a los médicos, que deben realizarse en conjunto con las instituciones en las cuales desempeña su labor, para desarrollar estrategias de afrontamiento constructivas de autodiagnóstico y autoayuda en las

primeras etapas de su manifestación, para evitar y controlar las consecuencias negativas de este mal^(54,58).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Hiroyasu I, Chigusa D, Akio Y, Hideaki T, Naohito T, Shogo K, et al.** Perceived Mental Stress and Mortality From Cardiovascular Disease Among Japanese Men and Women. The Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk Sponsored by Monbusho (JACC Study). *Circulation*. 2002; 106: 1229-36.
2. **Boskis B.** Estrés y enfermedad cardiovascular. 1^{er} Congreso Virtual de Cardiología de la Federación Argentina de Cardiología. Set 1, 1999-Mar 31, 2000.
3. **Gira A.** Factores de riesgo y estrés en adultos. *Rev Fac Medicina Argentina* 2005- vol. 6. Suplemento N° 1.
4. N.I.O.S. H. El estrés en el trabajo. En NIOSH en español: www.jobs-tres.html.2002
5. American Medical Association. Stress and sleepen Medem: Medical Library. www.medem.com
6. **Roiter, H.** Estrés y enfermedad

cardiovascular. Congreso Mar del Plata. 2001. www.sames.org.ar

7. **Vita N.** El estrés como factor de riesgo cardiovascular (Fundamentos de las Recomendaciones FAC '99 en Prevención Cardiovascular) 1^{er} Congreso Virtual de Cardiología. www.fac.org.ar/cvirtual

8. **Brotman DJ, Goleen SH, Wittstein IS.** El costo cardiovascular del estrés. www.vida7.cl/articulos/general/archivo_general/200802/general

9. **Sivak R.** Vulnerabilidad al estrés. Indicadores clínicos y modos de evaluación. In: Newsletter Estrés y Salud. Año II Volumen VI, Oct-Nov 2001.

10. **Zaidman I.** El estrés en la práctica médica diaria. Dermatología Venezolana, Vol 39, Nº 4, 2001.

11. **Calabrese G.** Impacto del estrés laboral en el anesthesiólogo. Rev Col Anest 2006; 34: 233-40.

12. **Tajer C, Rosetti D.** El costo cardiovascular del estrés. Lancet. 2007; 370: 1089-100.

13. CEPIS/OPS/OMS. Estrés en los trabajadores de la salud. www.opas.org.br

14. **Alarcón R, Ramírez Vallejo E.** Medicina sicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. Rev Colom Psiquiatr. v.35. supl 1. Bogotá. jun 2006.

15. **Jern C, Eriksson E, Tegner L.** Changes of plasma coagulation and fibrinolysis in response to mental stress. Throm. Haemost. 1989 Sep. 29; 62(2): 767-71.

16. **Katri Raikonen, Riitta Lassila, Liisa Keltikangas, Aarno Hautanen.** Association of Chronic Stress With Plasminogen Activator Inhibitor-1 in Healthy Middle-aged Men. Arteriosclerosis, Thrombosis and vascular biology. 1996; 16: 363-7.

17. **Ghiadoni L, Donald AE, Cropley M.** Mental Stress induces transient endothelial dysfunction in humans. Circulation. 2000 Nov 14; 102(20): 2473-8.

18. **Eriksson M, Johansson K, Saraabi M.** Mental stress impairs endothelial vasodilatory function by a beta-adrenergic mechanism. Endothelium 2007. May-Jun; 14(3): 151-6.

19. **García R, García Pérez J, Concepción A, Peix A.** Disfunción endotelial en cardiólogos tras una guardia médica. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 1202-4.

20. **Spieker LE, Hurlimann D, Ruschitzka F, Corti R.** Mental stress induces prolonged endothelial dysfunction via endothelin-A receptors. *Circulation*. 2002 Jun 18; 105(24): 2817-20.
21. **Heinz A, Hermann D, Smolka MN, Riels M, Graf KJ.** Effects of acute psychological stress on adhesion molecules, interleukins and sex hormones: implications for coronary heart disease. *Psychopharmacology (Berl)*. 2003 Jan; 165(2): 111-7. Epub 2002 Nov 1.
22. **Peix A, Trápaga A, Asen L, Ponce F.** Mental stress induced myocardial ischemia in women with angina and normal coronary angiograms. *J Nucl Cardiol*. 2006 Jul; 13(4):507-13.
23. PC Strike and Steptoe. Systematic review of mental stress-induced myocardial ischaemia. *European Heart Journal* 2003 24(8): 690-703.
24. **Pueo Crespo EM, Diarte J, Chopo JM.** Síndrome de disquinesia apical transitoria. A propósito de un caso clínico. *Rev Fed Arg Cardiol* 2003; 32: 415-18.
25. **Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H.** Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms? *European Heart Journal Advance Access published online on January 23, 2008*.
- 26- **Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K.** Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *LANCET* 2004. Sep 11-17.
27. **Ohlin B, Nilsson PM, and Berglund G.** Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. *European Heart Journal* 2004 25(10): 867-73.
28. **Molina de González-Méndez T, Manzanilla M, Caltagirone R, Vera M, Torres A.** Estrés y síntomas en personal de salud del hospital universitario de los Andes. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*. Vol. 15. 2006. Mérida. Venezuela.
29. **Garnés Ros A.** Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. *Hospital General Universitario de Alicante. Centro de Salud*, 2001; 9(9): 568-72.
30. **Mingote Adán JA, Gálvez Herrero M.** El estrés del médico residente en urgencias. *Emergencias* 2007; 19: 111-2.

31. **Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer, M.** Desgaste profesional y la salud de los Profesionales Médicos: revisión y propuestas preventivas. 2004, Medicina Clínica, 123, 07, 265-70.
32. Manual de la psicología de la salud” In M.A Simon (Ed.) Psicología de la Salud. Siglo XXI. págs 739-64.
33. CEPIS/OPS/OMS Estrés en los trabajadores de la salud. www.opas.org.br .
34. **Gómez R.** El estrés laboral en el médico: Burnout y trabajo en equipo. Originales y revisiones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. págs. 3101-15.
35. **Escribà Agüir V, Bernabé Muñoz Y.** Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Rev Esp Salud Pública, V76 N°5. Madrid. Oct. 2002.
36. **Gómez R.** Las ansiedades del médico frente a la muerte. Psiquiatría pública 2000; 12.
37. **Gómez R.** El estrés laboral en el médico: Burnout y trabajo en equipo. Originales y revisiones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. págs. 3101-15.
38. **Defoe DM, Power ML, Holzman GB, Carpentieri A, Schulkin J.** Long hours and little sleep: work schedules of residents in obstetrics and Gynecology. Obstet Gynecol 2001; 97: 1015-8.
39. **Flores Lozano JA.** Salud Mental del Médico: prevención y control del Burnout. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Salud Global, Salud Mental Atención Primaria, 2003; 2: 2-7. www.grupoaulamedica.com.
40. **Garnés Ros A.** Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. Hospital General Universitario de Alicante. Centro de Salud, 2001, 9(9): 568-72.
41. **Escribà Agüir V, Bernabé Muñoz Y.** Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Rev Esp Salud Pública V76 N°5. Madrid. Oct. 2002.
42. **Santamarina A M.** Los dilemas éticos en el médico, ¿causan estrés? Newsletter Estrés y salud. Año I Vol. II Agosto-setiembre 2000.
43. **Rosa Gómez E.** El estrés laboral en el médico: Burnout y trabajo en equipo. Originales y revisiones. Aso-

ciación Española de Neuropsiquiatría. Págs. 3101-15.

44. Diario Médico. Burnout. 21 de febrero de 2007 www.Intramed.com.uy.

45. **Rosa Gómez E.** El estrés laboral en el médico: Burnout y trabajo en equipo. Originales y revisiones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Págs. 3101-15. Rev British Medical Journal, 1999, 318: 228-332.

46. **Freudenberger HJ.** Staff Burnout: Journal of Social Issues 1974, 30: 159-165 en Mingote Adan J. Síndrome Burnout. Síndrome de desgaste profesional, Monografías de Psiquiatría. Año IX, N° 5. Setiembre-octubre 1997.

47. **Bertolete J, Fleischman A.** Desgaste del personal. Red Mundial de Salud Ocupacional. Departamento de Salud Mental y dependencias de Sustancias. Organización Mundial de la Salud.

48. **Escribà Agüir V, Bernabé Muñoz Y.** Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Rev Esp Salud Pública V76 N°5. Madrid. Oct. 2002.

49. **Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrero M.** Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. 2004, Medicina clínica, 123, 07, 265-70.

50. **Appels A, Shouten E.** Burout as a risk factor for coronary heart disease. Behavioral Medicine. 1991. 17 (2): 53-9.

51. **Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cermeño P.** Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten. Primaria 2003; 31: 564-71.

52. **Román Hernández J.** Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. Rev Cubana Salud Pública 2003, 29(2) 103-10.

53. **Pilowski L, O'Sullivan G.** Mental illness in doctors. BMJ 1989; 298: 269-70.

54. **Mingote JC, Pérez F.** El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Díaz de Santos, 1999.

55. **Rovik JO, Tyssen R, Hem E, Gude T.** Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interface: a nine-year, na-

tionwide and longitudinal study of its course and predictors. *Ind health*. 2007 Oct; 45(5): 662-71.

56. **Argentero P, Dell'Olivo B, Ferretti MS.** Staff Burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care. *Am J Kidney Dis*. 2008 Jan, 51(1): 80-92.

57. **Kang MK, Kang YS, Kim JR, Jeong BG, Park KS.** The level of psychosocial stress, job stress and related factors of medical doctors practicing at local clinics. *J Prev Med Pub Health*. 2007 Mar; 40(2): 177-84.

58. **Schelkova Olu, Mazurok VA.** Mechanisms of psychological adaptation of anesthesiologists -resuscitators to the stress-induced conditions of professional occupation and possibilities of their correction within a teaching process. *Anesteziol Reanimatol*. 2007 Sep-Oct; (5): 17-20.

CAPÍTULO III

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN SALUD

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un sistema de salud. Un sistema de salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure.

En los últimos años las definiciones de las políticas de salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de prevención, promoviendo aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995 definió la prevención en salud como los “esfuerzos realizados para anticipar eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables”. Se estimula a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reducen los riesgos de enfermedad.

¿Qué podemos prevenir en salud? Sería muy larga la lista, pero si pensamos sólo en las causas de morbi-mortalidad más altas en nuestro país, existen programas destinados a la prevención o diagnóstico precoz del

cáncer, de las enfermedades cardiovasculares y de las muertes violentas. Nuestro sistema de salud se preocupa por la prevención de enfermedades.

Los médicos uruguayos mueren antes que la población general de acuerdo a dos estudios basados en certificados de defunción^(1,2). Esta mortalidad precoz es sobre todo notoria en las mujeres médicas, para quienes se evidenció una mediana de vida de 60 años. En relación con las causas de muerte no se diferencian los médicos uruguayos del resto de la población: primera causa cardiovascular, segunda causa neoplásica.

En las mujeres médicas la tercera causa es el suicidio. La primera conclusión que sacamos de estos dos estudios es que los médicos uruguayos no se benefician de sus conocimientos para prevenir enfermedades o hacerlas más lentas en su evolución.

Tanto la enfermedad cardiovascular como la neoplásica pueden ser prevenidas mediante el control de los factores de riesgo y mediante estudios periódicos preventivos. Por lo tanto, parecería a priori que en Uruguay los médicos no previenen adecuadamente las enfermedades que aconsejan prevenir a sus pacientes.

Uno de los objetivos de la encuesta ¡Vamos los médicos por nuestra salud!, es saber si los galenos uruguayos cuidan adecuadamente de su salud a través de la prevención.

El cáncer de cuello de útero es

una de las enfermedades que tratada a tiempo permite su total recuperación. El Ministerio de Salud Pública, a través del proyecto Salud y Género, desarrolla una campaña para prevenir o tratar muy precozmente el cáncer de cuello uterino. ¿Se realizan las médicas controles preventivos o de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino? Lo veremos en la encuesta⁽³⁾.

El cáncer de mama constituye el tumor más frecuente de la mujer en Uruguay. En 1996-1997 se registraron 3.460 casos nuevos, representando 27,72% del total. La tasa ajustada por edad a la población mundial fue de 76,11 por 100.000 mujeres⁽⁴⁾. ¿Se realizan las mujeres médicas un control preventivo adecuado del cáncer de mama?

En caso que sí lo hagan, ¿lo hacen en tiempo?

En EEUU y algunos otros países industrializados se observa un incremento progresivo en la incidencia de cáncer de mama (adscribible en buena parte a los programas y recomendaciones de “tamizaje” o screening), acompañado de una reducción en la tasa de mortalidad por este cáncer a partir de la década de 1990. Esta combinación de datos lleva a concluir que los avances terapéuticos —y su accesibilidad y difusión/implementación— probablemente estarían mostrando sus frutos⁽⁵⁾.

Datos aportados por el Servicio de

Vigilancia Epidemiológica de EEUU en población hispana, en el período 2000-2004, muestran claramente que el cáncer de útero y el cáncer de mama aumentan claramente con la edad. ¿Tienen en cuenta estos datos las médicas uruguayas?

La incidencia del cáncer de mama es: a) en menores de 34 años 25/100.000; b) entre 45-49 años 40/100.000; c) en mayores de 60 años 250/100.000. La incidencia de cáncer de útero entre 35-39 años es de 18/100.000 habitantes y entre los 45-60 años es de 25/100.000 habitantes.

Los datos sobre la incidencia de cáncer de próstata según el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de EEUU muestran que: a) en menores de 39 años es prácticamente nula; b) en mayores de 55 años 200/100.000; c) en menores de 59 años 400/100.000; d) en mayores de 60 años 800/100.000; e) en mayores de 70 años 900/100.000⁽⁶⁾.

De acuerdo a todos estos datos se impone la prevención del cáncer de mama y de útero mediante la vigilancia ginecológica periódica así como el control urológico periódico en la población masculina.

En cuanto a la prevención del cáncer de pulmón, la disminución del número de fumadores pasivos, mediante una ley del Poder Ejecutivo, ha puesto a Uruguay en uno de los países más avanzados en preven-

ción de esta patología.

En relación con el cáncer de colon y recto, es el médico internista y el gastroenterólogo quienes deben estar muy atentos al estudio de pacientes con factores de riesgo para esta patología mediante la historia clínica, fibrocolonoscopia y el estudio de sangre en materias.

En base a todos estos datos y muchos más que figuran en la página web del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, podemos afirmar que, si bien nunca es suficiente, en nuestro país las medidas de prevención para enfermedades cardiovasculares y neoplásicas están implantadas y son preocupación del gobierno nacional⁽⁷⁾.

Para la prevención de las enfermedades cardiovasculares existe en Uruguay la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, Área de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, y numerosas publicaciones nacionales e internacionales que demuestran cómo inciden los factores de riesgo —hipertensión, tabaquismo, dislipemias, sedentarismo, etcétera— en el desarrollo de la enfermedad arterosclerótica y aterotrombótica⁽⁸⁾.

Podemos, finalmente, afirmar que Uruguay es un país preocupado por prevenir las enfermedades. ¿Están los médicos uruguayos igualmente preocupados en cuidar su propia salud? Esta y otras preguntas trata de deve-

lar esta encuesta con la finalidad no sólo de constatar, sino de corregir en caso que ello fuera necesario.

Bibliografía

1. **Turnes A, Ciriacos C, Rodríguez Almada H.** Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974-2002. Características demográficas. Rev Med Urug 2003; 19: 216-24
2. **Ciriacos C, Rodríguez Almada H, Turnes A.** Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002. Rev Med Urug 2006; 22: 277-86.
3. www.msp.gub.uy/imgnoticias
4. **Vassallo J, Barrios E, De Stefani E, Ronco A.** Distribución porcentual de la incidencia. Localizaciones más frecuentes. Bienio 1996-1997. II Atlas de incidencia del cáncer en el Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2001.
5. **Jemal A, Ward EM, Thun MJ.** Cancer Statistics. In: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (editores). Cancer. Principles and Practice of Oncology. 7 th Ed. Lippincott Williams Wilkins. N York. 2005; págs. 226-41.

6. Servicio de Vigilancia Epidemiológica de EEUU www.paho.org

7. www.msp.gub.uy

8. **Curto S, Prats O, Ayestarán R.** Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay Rev Med Urug 2004; 20: 61-71.

CAPÍTULO IV

ENCUESTA MÉDICA NACIONAL

¡VAMOS LOS MÉDICOS POR

NUESTRA SALUD!

Introducción

Como ya se analizó en el Capítulo I, el comportamiento de los galenos con su propia salud muchas veces no es coherente con sus prédicas. Esto ha sido demostrado en numerosos estudios de diferentes regiones del mundo.

Un trabajo realizado por el Dr. Antonio Turnes y colaboradores y confirmado en una segunda etapa por la Dra. Calíope Ciriacos y colaboradores referidos ambos a la morbilidad de los médicos en Uruguay, y los numerosos estudios analizados en capítulos anteriores despertaron en nosotros la inquietud de saber cuál es la situación sanitaria de los médicos en nuestro país. A diferencia de los estudios antes citados, que se basaron en certificados de defunción, las conclusiones que pretendemos sacar actualmente se basan en los datos obtenidos en médicos uruguayos en plena actividad profesional.

Objetivo

Generar información que permita evaluar:

—Cómo cuidan los médicos uruguayos su salud.

—El grado de estrés al que se sienten sometidos en el ejercicio de su profesión.

Metodología

Para lograr nuestro objetivo, se realizó una Encuesta Médica Nacional a la cual denominamos ¡Vamos los médicos por nuestra salud! Esta encuesta consistió en una serie de preguntas con las que pretendimos recabar información útil para llevar a cabo el objetivo.

Para recabar la información se contrata una empresa privada (Equipos Mori) a la que se le encargó llevar a cabo la encuesta sobre preguntas previamente estipuladas por nuestro grupo de trabajo. Se eligió la modalidad de encuesta telefónica por ser más rápida y menos engorrosa que otras modalidades.

El universo del estudio fue el conjunto de médicos activos del país residentes en hogares particulares con teléfono.

Se seleccionó de manera aleatoria una muestra de 500 médicos del padrón médico nacional, que permitió trabajar con un margen de error de $\pm 4,38\%$ para el 95% de confianza, para el total de la muestra.

El cuestionario contuvo distintos bloques temáticos asociados a las dimensiones en las que se puede desagregar el problema de estudio. Estuvo conformado por preguntas cerradas (estructuradas) e incluyó, además de las preguntas relacionadas directamente con los objetivos del estudio, indicadores de caracterización socioeconómica del hogar y de las

personas entrevistadas: sexo, edad, y del jefe del hogar. La duración aproximada de cada encuesta fue de 35 minutos.

La técnica de relevamiento utilizada fue una encuesta telefónica de cobertura nacional, es decir, se entrevistaron a los médicos activos de todo el país.

Mediante esta técnica de investigación, la obtención de la información se efectúa mediante una conversación telefónica entre el entrevistador y la persona seleccionada.

La encuesta CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) utiliza un sistema informático que selecciona y realiza las llamadas, y permite al entrevistador telefónico plantear y completar el cuestionario con ayuda de un ordenador. En el caso de las re-

llamadas (porque el encuestado no se encuentre, etcétera), el sistema almacena fechas y horas, y genera automáticamente la "cita" en el momento programado por el encuestador.

El trabajo de campo se realizó entre octubre y noviembre de 2007.

El procesamiento de la información fue realizado en base a las facilidades que otorga el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados

PERFIL DE LA MUESTRA

El perfil de la muestra evidencia que 54% de los encuestados son mujeres, 52% tiene menos de 45 años, 76% tiene dos o más empleos, 50%

Perfil de la Muestra

Ugza		
	N	%
Masculino	229	68
Femenino	271	76
Total	500	322

Gf cf		
	N	%
Menos de 35	102	42
36 - 45	159	54
46 - 55	152	52
56 y más	87	39
Total	500	322

J Hqu		
	N	%
Si	390	90
No	110	44
Total	500	322

Go r rqu Tgo wpgcf qu		
	N	%
Uno	116	45
Dos	132	48
Tres o más	252	72
Total	500	322

La mayoría de los médicos entrevistados declaran tener hijos, el 52% tiene menos de 45 años y el 76% más de un empleo

Tabla 1

tiene más de tres empleos y 78% declara tener hijos. (Tabla 1)

ESTADO ACTUAL DE SALUD

Una de las primeras preguntas fue destinada a saber cómo percibían los médicos el estado de su salud (subjetivo). La finalidad de esta pregunta fue poder comparar luego esa apreciación subjetiva con datos más objetivos que surgirían en las preguntas siguientes. En la Figura 1 vemos cómo los médicos consultados evalúan (subjetivamente) su estado de salud: el 81% considera que su salud es buena o muy buena. En esta misma figura pueden apreciarse ciertas diferencias según cuál sea la edad considerada, el sexo y la cantidad de empleos que se tiene.

Observamos a priori y en base a esta apreciación subjetiva, que quienes trabajan menos, tienen menor

edad o son mujeres, son los segmentos que manifiestan una mejor evaluación relativa de su estado de salud.

También se consideró de interés contar con datos sobre los antecedentes familiares de la población con la finalidad de tener en cuenta el componente genético de las patologías que pudieran surgir en las preguntas siguientes. En relación con los antecedentes patológicos familiares, vemos que 57% de los médicos tiene antecedentes familiares de problemas cardiovasculares antes de los 60 años; el 44% declara tener familiares que han padecido problemas cardiovasculares antes de los 60 años. Asimismo, 31% tiene antecedentes familiares de problemas neoplásicos antes de los 60 años y 53% después de los 60 años. Por otra parte, se destaca 9% que declara tener antecedentes familiares de suicidios. (Figura 2)

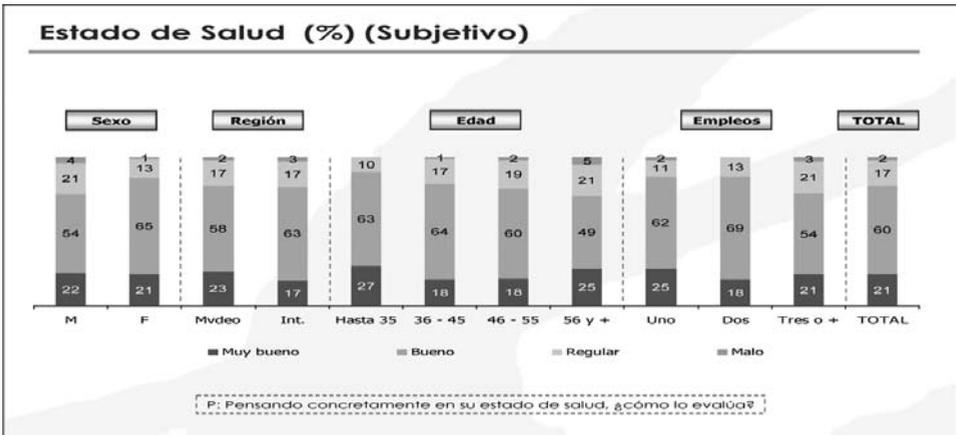


Figura 1

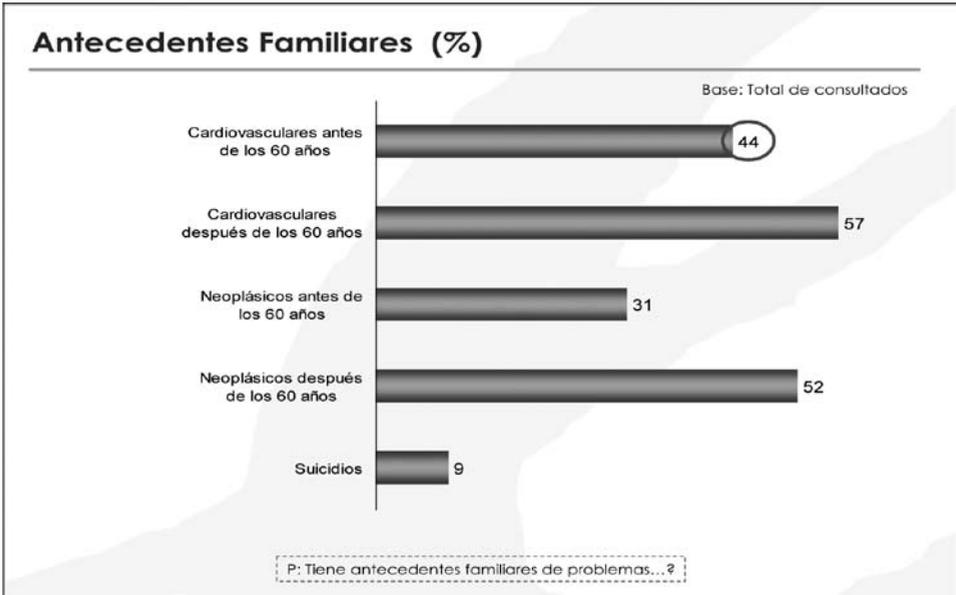


Figura 2

Cuando los encuestados son indagados sobre algunos factores de riesgo en su salud, como puede observarse en la figura 3, 28% declara tener sobrepeso, 20% hipertensión arterial, 20% declara tener gastritis o úlcera gástrica, 18% sufre dislipemia, 13% hipotiroidismo, 11% asma y 9% declara tener depresión.

(Figura 3)

Dentro de los que se declaran hipertensos, 92% afirma estar medicado y 97% afirma que mantiene un buen control de sus cifras tensionales.

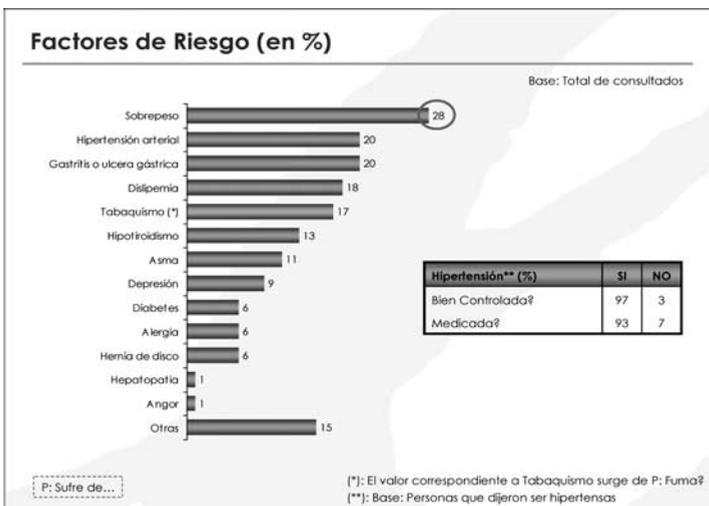


Figura 3

Frente a la pregunta ¿usted fuma?, 17% de los médicos encuestados declara tener el hábito de fumar, percibiéndose algunas diferencias entre los médicos de Montevideo y del interior, y también según la edad. Los

montevideanos y los médicos entre 46 y 55 años declaran fumar en mayor proporción que el resto. (Figura 4)

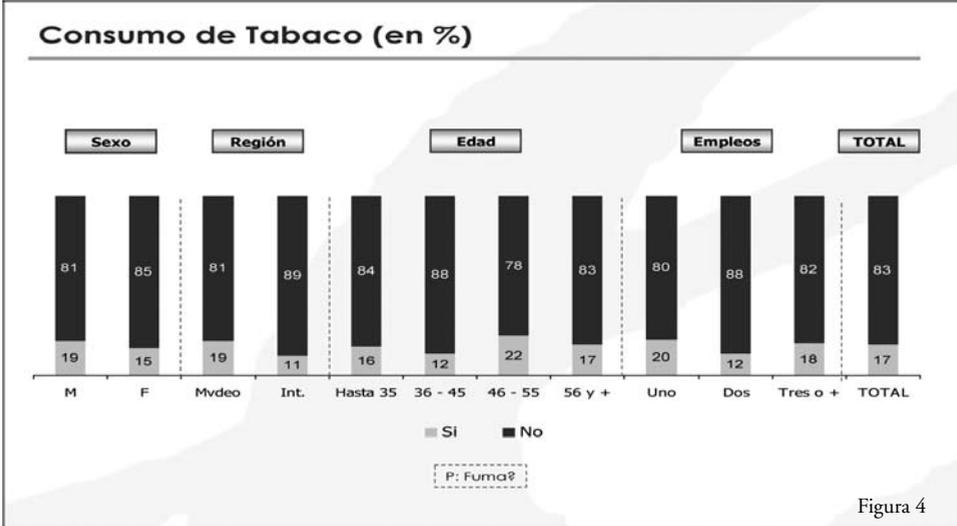


Figura 4

Dentro de los médicos que evaluaron su salud como buena o muy buena, 23% tienen sobrepeso, 18% sufren de gastritis o úlcera gástrica, 17% son hipertensos, 14% tienen dislipemia, 4% son diabéticos y 1 padece una hepatopatía.

En aquellos médicos que evaluaron su salud como mala o muy mala, los factores de riesgo y enfermedades están presentes en una mayor proporción: 69% tiene sobrepeso, 13%

tiene gastritis o úlcera gástrica, 21% sufren de depresión, 69% hipertensión arterial, 33% son dislipémicos, 43% son diabéticos y 6% sufre de angor.

En los médicos que evaluaron subjetivamente su salud como regular es donde se concentra el mayor números de afectados por gastritis o úlcera gástrica 24%, y 15% dice estar deprimido.

Al analizar la ingesta de alcohol, 7% de los médicos toma alcohol más de tres veces por semana y 46% declara hacerlo ocasionalmente (una o dos veces por semana o por mes) y 46% no ingiere alcohol. Aquí también surgen diferencias asociadas al

sexo y a la edad. Los hombres y los médicos de mayor edad registran una mayor proporción de menciones de consumo frecuente de alcohol comparados con los otros segmentos. (Figura 5)

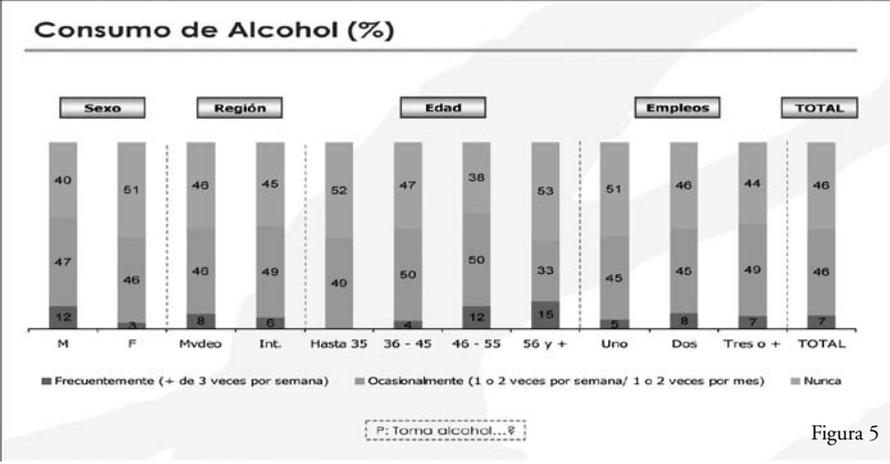


Figura 5

Como ya vimos anteriormente, si tomamos la población global de médicos encuestados, 28% sufre sobrepeso. En la figura 6 se vincula el sobrepeso con otras variables como sexo, región de procedencia, edad, y número de empleos. Los médicos

hombres con 38%, los médicos del interior con 33%, y los médicos de mayor edad, a partir de los 46 años, muestran una mayor proporción a sufrir de sobrepeso respecto al 28% del total que manifiesta sufrirlo.

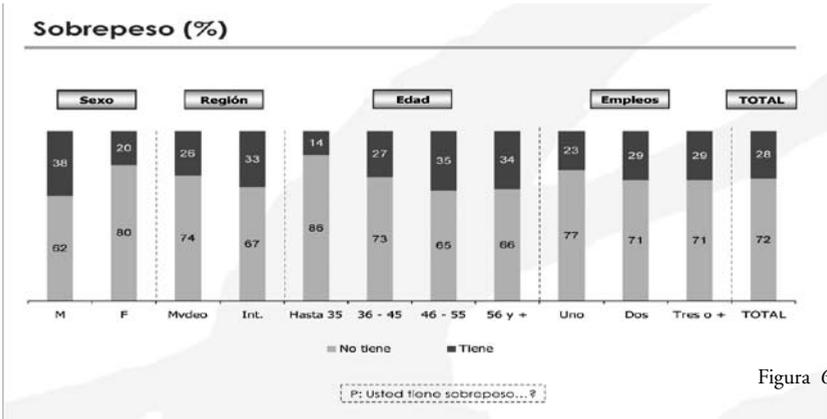


Figura 6

Se investigó sobre el descanso en horas de sueño. Se realizaron para ello dos

preguntas: una sobre la existencia de problemas para conciliar el sueño y otra sobre las horas de sueño diario. El 25% de los médicos consultados declaran tener problemas para conciliar el sueño al momento de dormir, 5% los tiene todos los días, 14% con frecuencia y 6% ocasionalmente. Al observar en los diferentes segmentos analizados, la proporción de quienes poseen problemas para conciliar

el sueño diariamente, se destaca el segmento de entre 56 y más años, y quienes tienen tres o más empleos. A nivel agregado, más allá de la frecuencia con la que ocurre el problema, puede observarse que entre los médicos del interior y entre los médicos de entre 46 y 55 años hay una mayor proporción de médicos con problemas de sueño. (Figura 7)

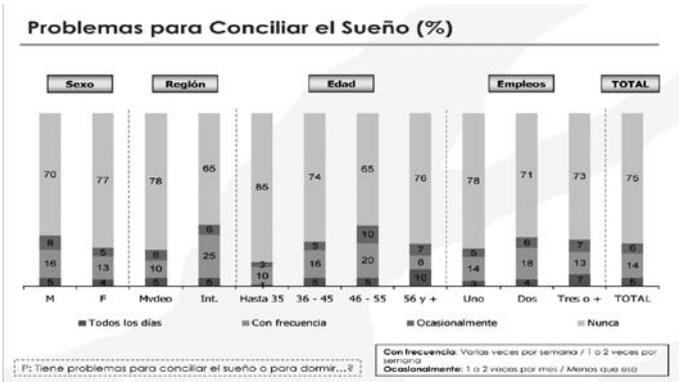


Figura 7

En relación con las horas de sueño, en la figura 8 se observa que 15% de los colegas duermen menos de 6 horas y 69% entre 6-7 horas. En este

aspecto no se observan diferencias significativas vinculadas al sexo ni a la región (interior o capital).

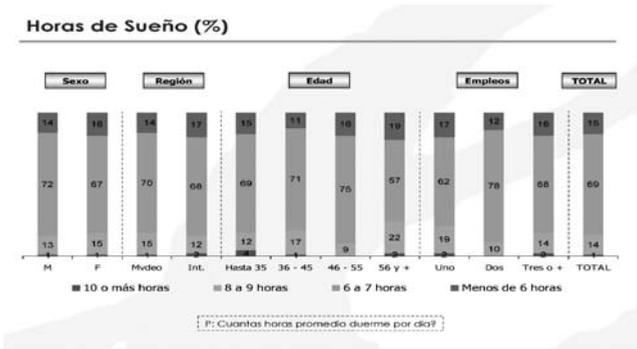


Figura 8

CUIDADO DE LA SALUD

Cuando se interroga sobre el sedentarismo y la práctica de deportes o ejercicios físicos, 42% de los médicos dice no hacer ningún deporte o ejercicio físico, solo 14% de los mismos realiza ejercicio todos los días, y 44% dice hacer algún tipo de actividad física una o dos veces por semana. Los

médicos de mayor edad, 46 o más años, se destacan por realizar ejercicio físico con mayor frecuencia, y los más jóvenes por no realizarlo. Entre quienes tienen alguna actividad física, prevalecen claramente caminatas, footing o gimnasia “frecuentemente”. (Figuras 9 y 10)

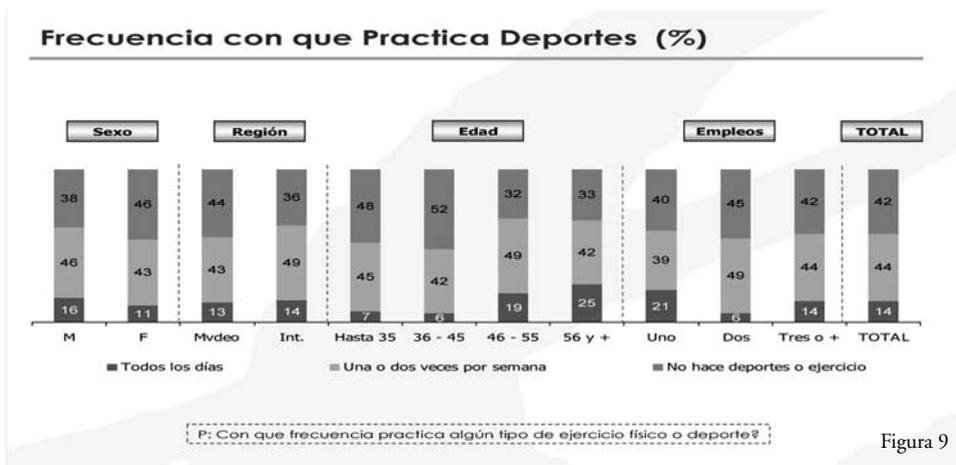


Figura 9

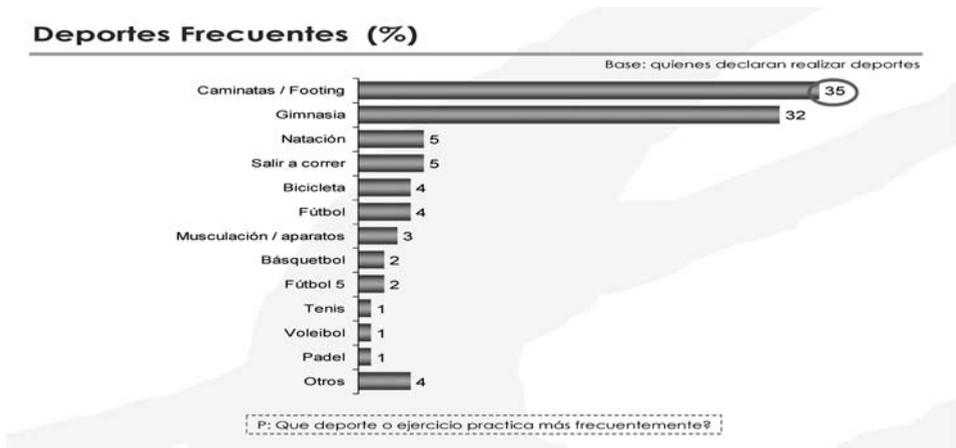


Figura 10

Consultados respecto a la realización de controles preventivos periódicos, 31% de los médicos afirma no realizarse ningún control preventivo

periódico. Dentro de los que sí hacen (69%), existe una proporción mayor en mujeres (75%) y en médicos de mayor edad (81%). (Figura 11)

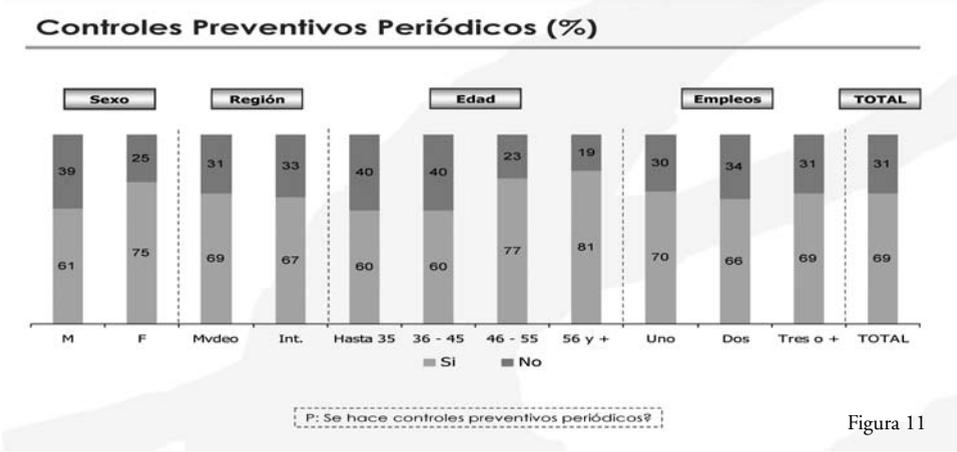


Figura 11

Se relacionó la realización de controles preventivos periódicos de acuerdo a la evaluación subjetiva que hizo anteriormente el encuestado sobre su salud. (Figura 12)

En aquellos que consideran su salud regular, 36% tampoco se realizan controles. Por el contrario, el porcentaje de quienes se hacen controles preventivos aumenta cuando peor consideran su estado de salud, siendo 79% en aquellos que la consideran mala o muy mala.

Llamativamente, 31% de los médicos que considera que tienen un estado de salud muy bueno o bueno, no se hace controles preventivos pe-



Figura 12

El 75% de las mujeres médicas declara haber ido al ginecólogo hace menos de un año. Si observamos la

frecuencia del control ginecológico anual, vemos que la misma disminuye a medida que la edad avanza. (Figura 13)

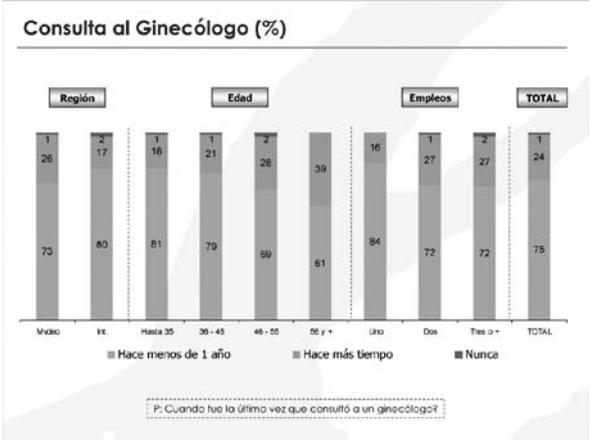


Figura 13

Por su parte, 67% de los médicos hombres nunca concurren al urólogo, porcentaje que alcanza 100% en el caso de los médicos hombres menores de 35 años y 75% entre los

médicos de entre 36 y 45 años. En la población ubicada entre los 46 y 55 años, el 61% nunca fue al urólogo, llegando a 52% los mayores de 56 años. (Figura 14)

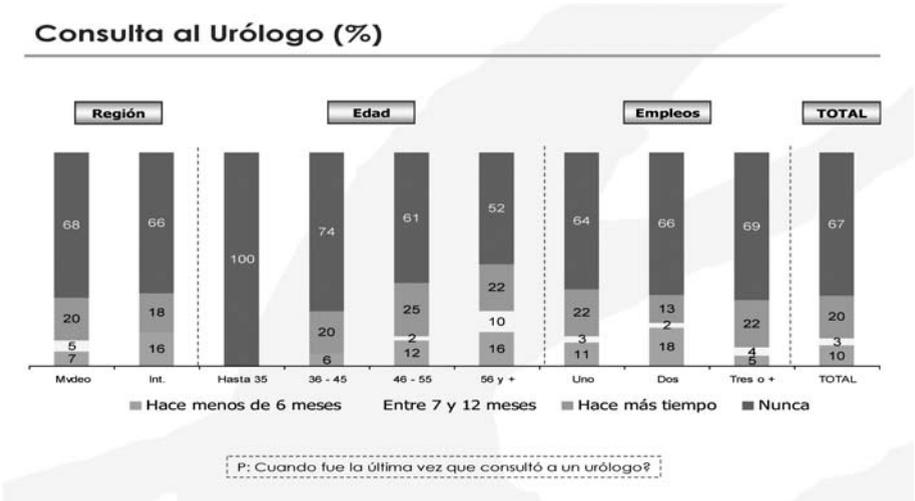


Figura 14

TRABAJO Y ESTRÉS

50% de los médicos entrevistados declara tener tres o más empleos remunerados, proporción que es mayor

en el caso de los médicos que tienen entre 36 y 55 años y entre los médicos que tienen hijos. (Figura 15)

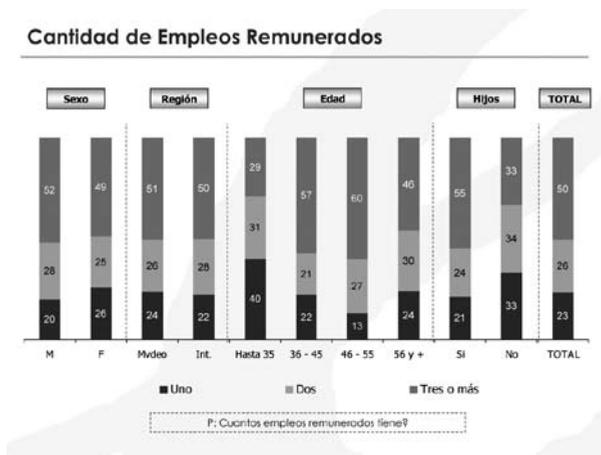


Figura 15

El ámbito institucional del empleo que mayor remuneración le reporta es privado —IAMC/IMAE— en 37% de los casos, público —MSP/Entes/IMM— para el 34%, privado-

emergencias para el 10% de los entrevistados, 8% en la Universidad y 6% ejercicio liberal de la profesión. (Figura 16)

Ámbito Institucional del Empleo*

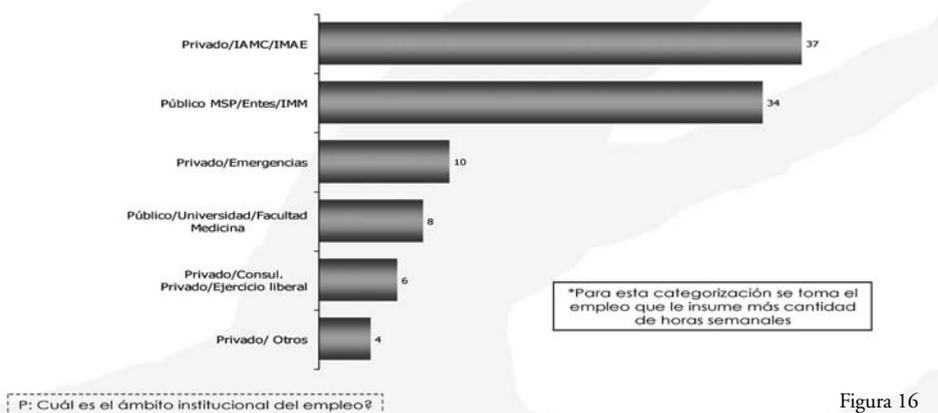


Figura 16

El 65% desarrolla su actividad laboral principal de día, 4% de noche y 31% en ambos momentos. El 42%

conduce para ejercer su labor, 46% es ocasionalmente retén y 47% trabaja en zonas violentas. (Figura 17)

Otras Características del Trabajo

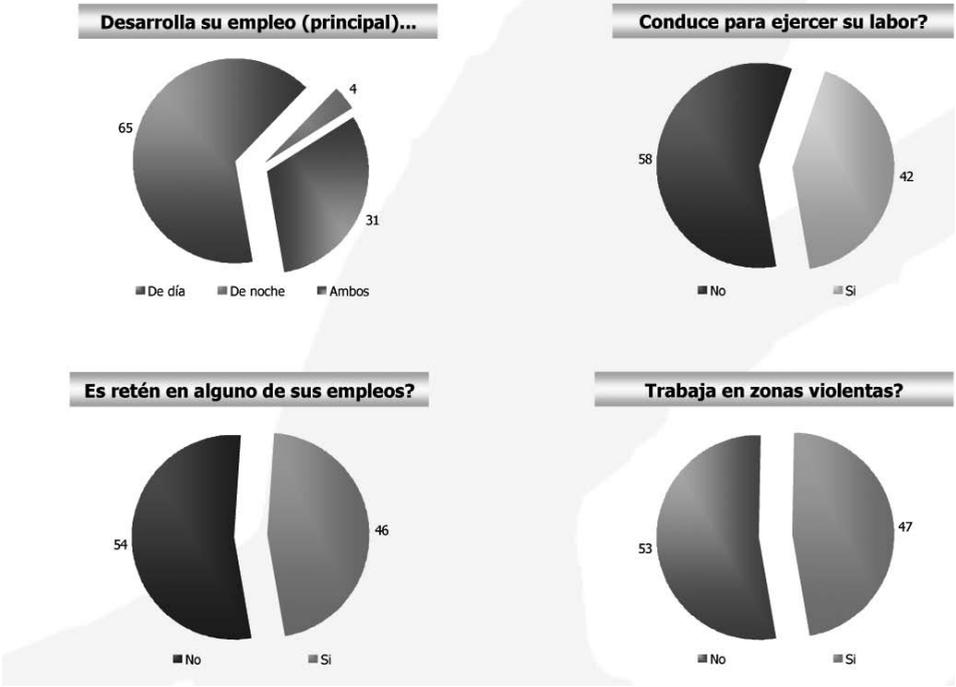


Figura 17

El 30% trabaja más de 20 horas semanales haciendo guardias, 30% trabaja menos de 20 horas semanales haciendo guardias. El 53% hace entre 21 y 40 horas semanales de guardias y 31% no realiza guardias, porcenta-

je mayor entre los médicos entre 56 y más años. Una mayor cantidad de médicos realizan más de 20 horas semanales de guardias en el interior y en el caso de los médicos entre 36 y 45 años. (Figura 18)

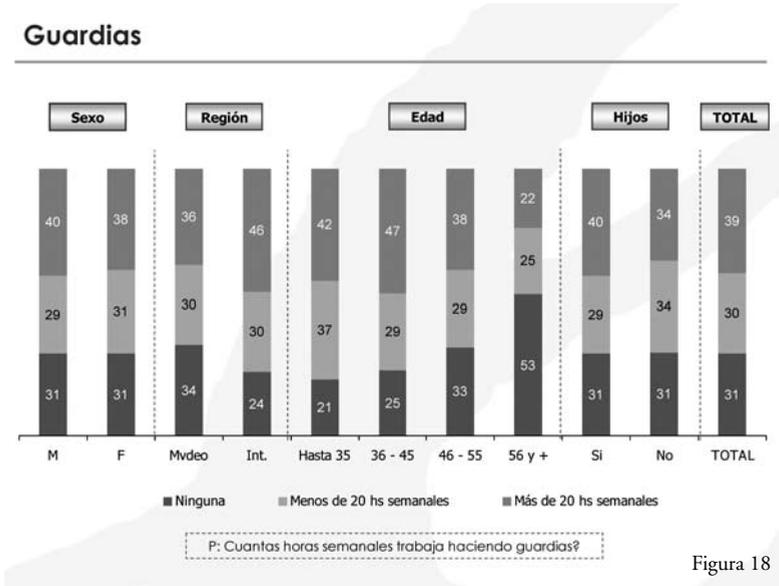


Figura 18

El 14% hace más de un año que no se toma licencia, siendo mayor la proporción en el caso de los médicos más jóvenes (26%). Se destaca que 42% se tomó licencia hace menos

de seis meses, proporción mayor en el caso de los médicos del interior, y en el caso de los médicos de mayor edad. (Figura 19)

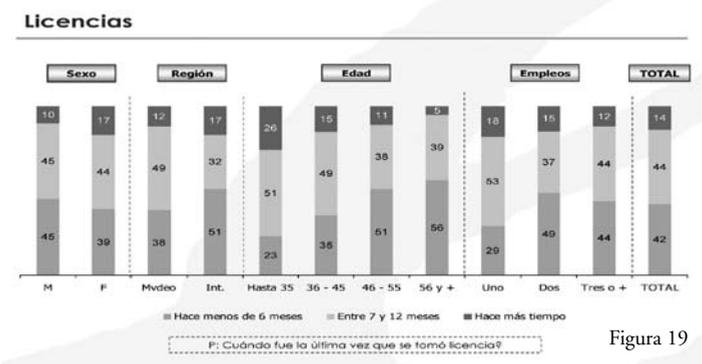


Figura 19

Al consultar a los médicos entrevistados respecto al estado de estrés que sienten, 43% declara sentirse severamente estresado, siendo mayor esta percepción entre las mujeres y entre

los médicos del interior. Asimismo, se observan diferencias por edad. Los médicos mayores presentan menor cantidad de menciones vinculadas al estrés severo. (Figura 20)

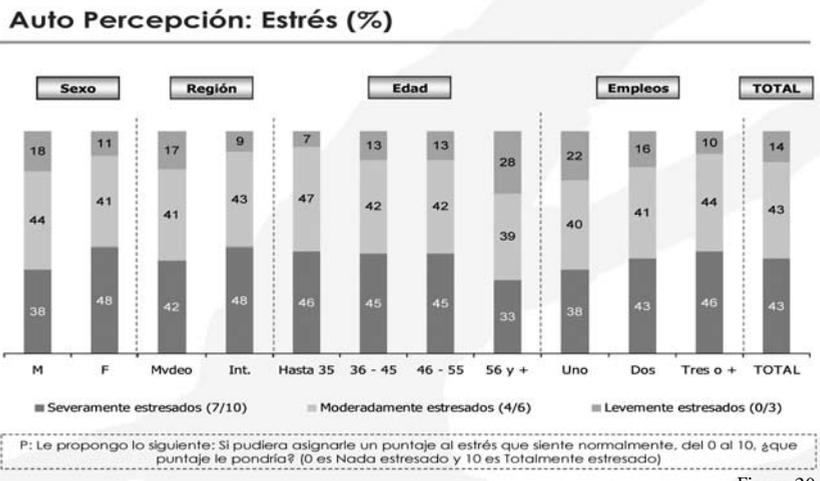


Figura 20

Es interesante observar que entre quienes evalúan su estado de salud

como malo o muy malo, más del 70% se siente severamente estresado. (Figura 21)

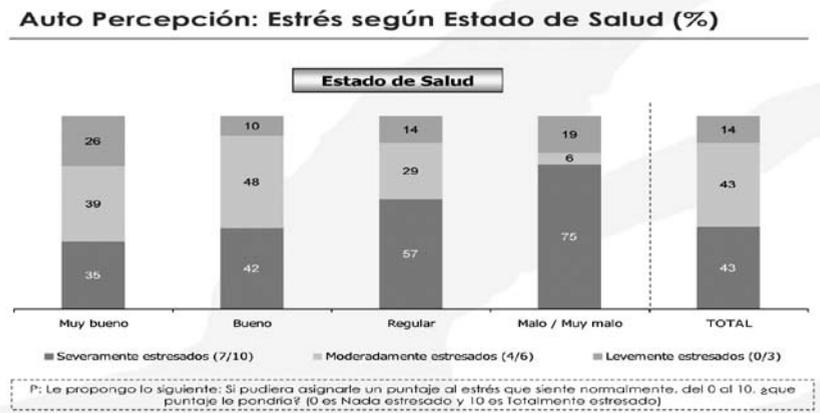


Figura 21

El 68% de los médicos consultados asigna el estrés a su trabajo y

22% del estrés se asigna a problemas vinculados con el hogar. (Figura 22)

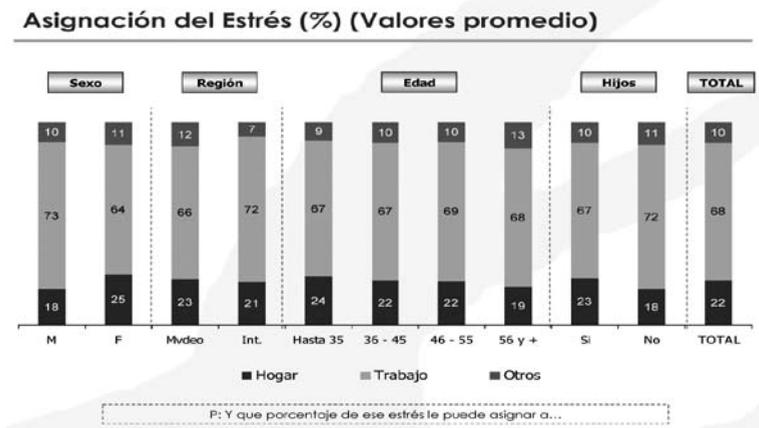


Figura 22

El 13% de los médicos declara tomar ansiolíticos, siendo esta proporción mayor en el caso de los médicos de mayor edad, donde la proporción de médicos que toman ansiolíticos asciende a 19% en el caso de los médicos de 46 a 55 años, y a 21% en el caso de los mayores de 56 años. Si

se observa la proporción de médicos que declaran tomar antidepresivos, puede señalarse que estos representan del total el 7%. Existen diferencias por sexo, las mujeres declaran en una mayor proporción el consumo de antidepresivos que los médicos hombres. (Figura 23)

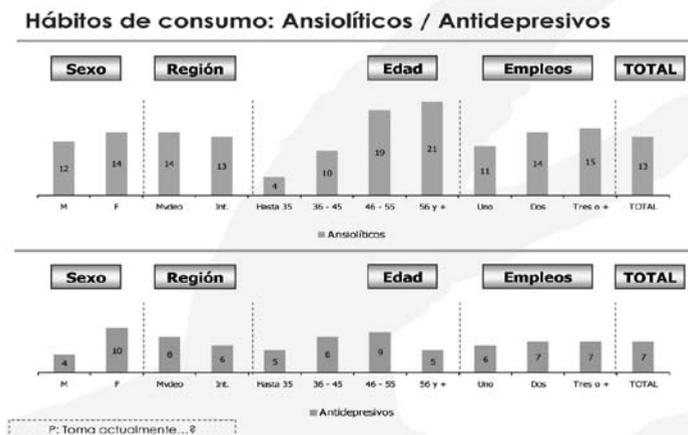


Figura 23

El 24% de los médicos consultados declara sentirse presionado por los familiares de los pacientes durante la asistencia a los mismos siempre o con frecuencia, así como sentirse emocionalmente agotado por el trabajo.

Las presiones de los pacientes también son sentidas con frecuencia por 20% de los médicos. El 16% señala que se siente presionado por las autoridades de la institución en la que trabaja. (Figura 24)

En términos de satisfacción con el trabajo, se observa que 44% está satisfecho con el trabajo y 17% está muy satisfecho con el trabajo. Los médicos comprendidos entre los 56 y más años se manifiestan muy satisfechos en una proporción de 36%. Por otro lado, las mujeres son quienes se manifiestan en mayor medida insatisfechas con su trabajo, menos no satisfechas, así como los médicos más jóvenes. (Figura 25)

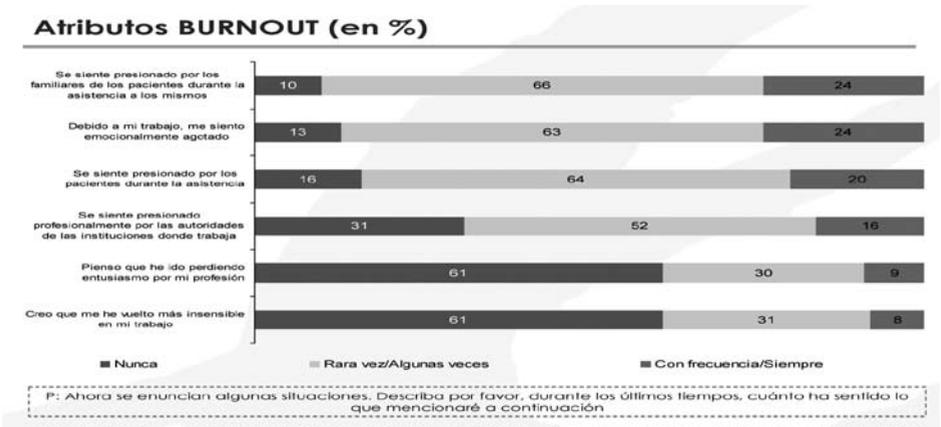


Figura 24

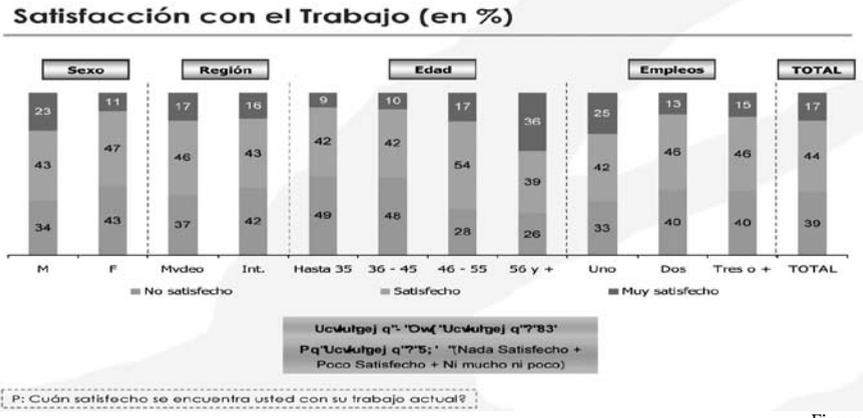


Figura 25

Los aspectos vinculados al trabajo que mayor satisfacción presentan son las relaciones personales con sus pares y la tarea específica. Los aspectos

que menor satisfacción muestran son el reconocimiento, el horario de trabajo y el clima general. (Figura 26)

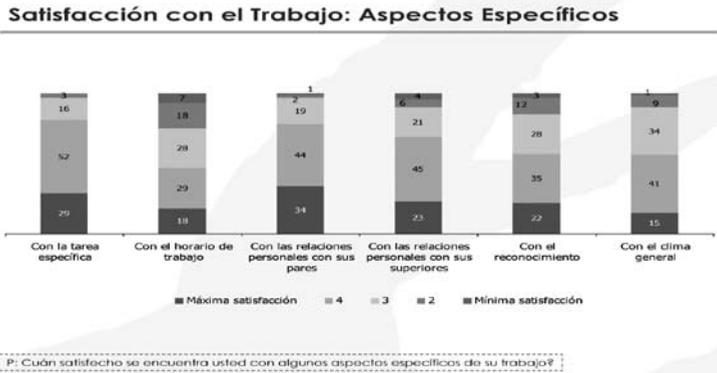


Figura 26

La satisfacción con la remuneración como profesional es relativamente baja, solo el 4% declara estar muy satisfecho con su remuneración.

Los médicos de mayor edad presentan una mayor satisfacción con su remuneración que el resto. (Figura 27)

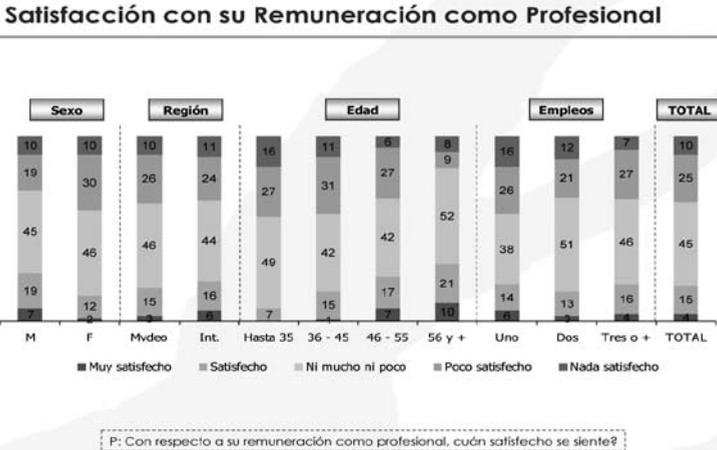


Figura 27

El 54% evalúa su condición económica como buena o muy buena,

proporción mayor entre los médicos de entre 56 y más años. (Figura 28)

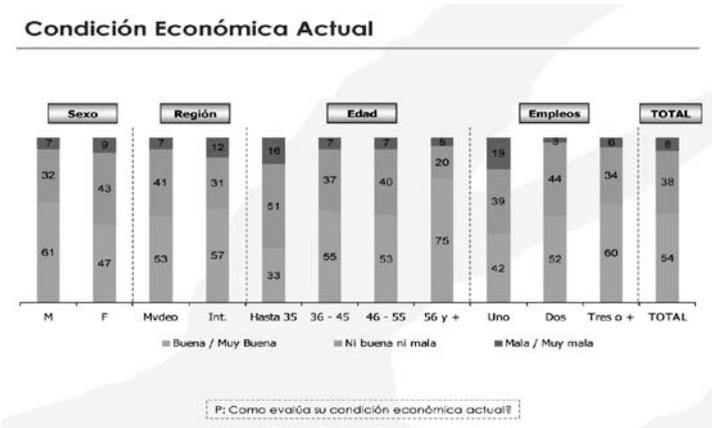


Figura 28

Por otro lado, 81% de los médicos consideran que están trabajando en condiciones éticas. Las posturas más críticas se encuentran entre los

médicos más jóvenes, donde el 25% de los médicos que tienen menos de 35 años consideran que no trabajan en condiciones éticas. (Figura 29)

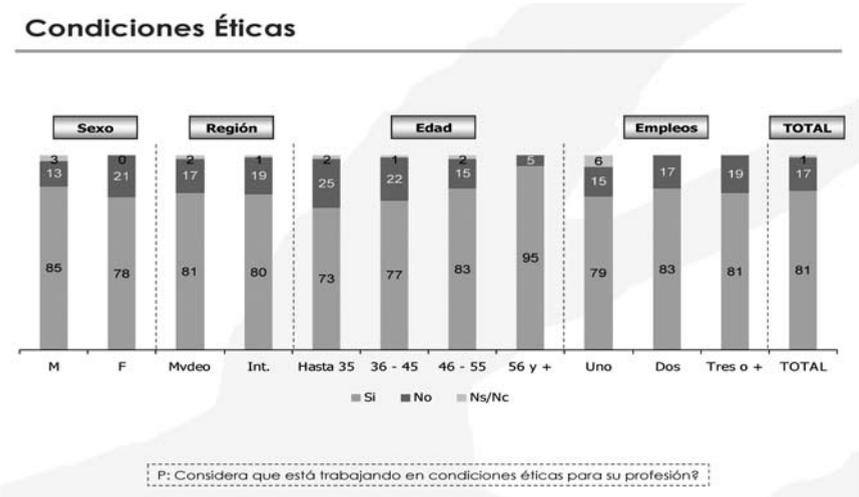


Figura 29

Para el 95% de los médicos el trabajo es importante en su vida. (Figura 30)

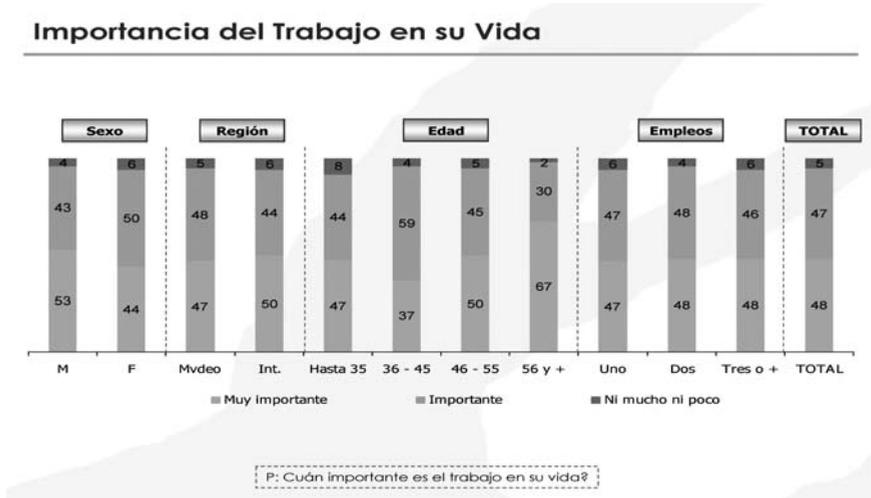


Figura 30

Por último, es interesante destacar que el 85% de los encuestados mani-

fiesta una actitud positiva a integrar una lista para estudios posteriores. (Tabla 2)

Interés en ser parte de la lista para estudios prospectivos

	Ugqz		Tgi kóp		Gf cf "				Go r rñquTgo wpgtcf qu			Vqwen
	Masculino	Femenino	Of gq	ñvgtkqt	Menos de 35	36 - 45	46 - 55	56 y más	Uno	Dos	Tres o más	
Deseo integrar la lista	81	87	83	86	80	83	86	73	80	82	88	85
No deseo integrar la lista	19	13	17	12	20	7	14	27	20	18	12	15
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 2

CAPÍTULO V COMENTARIOS

La atención de los pacientes depende también de la salud de quienes los cuidan. Por eso, un sistema integral de salud no puede dejar de preocuparse por la salud de aquellos que están trabajando en pro de sus semejantes.

Los objetivos primarios de la encuesta fueron saber cómo cuidan los médicos uruguayos su salud y el grado de estrés a que se sienten sometidos en el desempeño de su profesión. Para llegar a algunas conclusiones se realizaron diferentes tipos de preguntas que de manera directa o indirecta permitieron hacernos una idea lo más acertada posible de los objetivos primarios propuestos. El análisis de los resultados analizados en el Capítulo 4 muestra algunas características dignas de resalte.

1. Feminización de la medicina

El perfil de la muestra encuestada evidencia **un predominio de mujeres médicas (54%)**. Hace exactamente 100 años, en 1908, por primera vez en nuestra Facultad de Medicina, se recibía de médico una mujer. Su nombre, Paulina Luisi. Unos años antes, a otra mujer, Luisa Domínguez, se le negó la posibilidad de rendir exámenes de bachillerato. El doctor Antonio E. Vigil fundamentó la negativa en representación del Consejo

Universitario: “Hacer cocido y hacer calceta, la olla y la aguja: he ahí el horizonte obligado de nuestras mujeres, cualquiera sea su posición social, sus tendencias y aptitudes”. A Paulina le permitieron cursar la carrera, pero el ambiente de estudio le fue totalmente hostil. Mucho cambiaron las cosas en 100 años y hoy día, de acuerdo a nuestra encuesta, las mujeres médicas superan numéricamente a los hombres médicos. Cuando observamos si ese alto porcentaje de mujeres desarrolla todo su potencial en nuestra Facultad de Medicina, vemos que no es así. En el Hospital de Clínicas, por ejemplo, de 32 servicios clínicos, 26 son dirigidos por hombres y seis por mujeres, de diez servicios de diagnóstico y tratamientos especiales, siete son dirigidos por hombres y tres por mujeres. Esta divergencia entre la feminización de la profesión médica y su baja representación en cargos de dirección muestra cómo aún la mujer sigue siendo postergada en nuestro ambiente universitario.

2. Antecedentes familiares patológicos de la muestra

En relación con los antecedentes familiares patológicos de la población estudiada no existen diferencias con el resto de la población de nuestro país, lo cual nos permite considerar que en este sentido no hay ninguna franja que vicie de error la muestra seleccionada.

3. El multiempleo. Un mal instalado en los médicos uruguayos

Otra característica de la muestra es el **alto porcentaje de médicos con multiempleo**. Esto está relacionado a problemas sociales y laborales que exceden a esta presentación, pero son una confirmación de la necesidad de mejoras futuras en el sistema de salud. Sin duda, lo ideal sería un solo trabajo bien remunerado y centralizado. En el encuentro Solís III “Prof. Dra. María Rosa Remedio”, se pautó como una condición imprescindible para lograr un nuevo y mejor sistema nacional de salud, abatir el multiempleo generado por la inestabilidad e inseguridad laboral⁽¹⁾. Por otro lado, el multiempleo y la sobrecarga horaria que esto implica, lleva a la disminución del tiempo que el médico dedica a sus pacientes, empobrece la relación médico-paciente y lleva al agotamiento y desgaste físico emocional del médico. A pesar de todo lo expuesto, 95% de los médicos encuestados declaran que su profesión sigue siendo importante o muy importante en su vida.

4. Estado actual de salud de los médicos. ¿Negación de patologías?

Una de las incógnitas que buscamos develar fue cómo perciben los médicos el estado de su salud a fin de comparar si esta percepción era coherente con el cuidado que tienen de la misma. **Un alto porcentaje de la**

población médica considera que su salud es buena o muy buena (81%).

Sin embargo, al analizar realmente su salud vemos que en un alto porcentaje de quienes consideran su salud buena o muy buena, existen factores de riesgo cardiovascular y patologías diversas así como una falta considerable de controles preventivos, que contradicen esa optimista evaluación. Como si la patología lo es en los pacientes, pero no en ellos. Por ejemplo, nadie puede negar que la hipertensión arterial es una enfermedad y de hecho está en la clasificación internacional de enfermedades con el número 110-115. Todos sabemos la importancia negativa del sobrepeso, el sedentarismo y las dislipemias.

Debemos reafirmar la definición de salud que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de bienestar físico, psíquico y social. Si no tenemos los tres, podremos estar contentos, pero no totalmente sanos.

5. Adicciones

Como vimos en el Capítulo I, el tabaquismo y el alcoholismo en los médicos tienen consecuencias no solo en su salud, sino además en el peso que tendrán sus inducciones sobre los pacientes. ¿Cómo decirle a un paciente que no fume si el propio médico no logra hacerlo? La prevalencia del tabaquismo en los médicos uruguayos de acuerdo a esta encuesta

es de 17%, lo cual indica un **descenso progresivo del hábito de fumar en los galenos**, si tenemos en cuenta estudios nacionales previos del año 2005, donde se encontró que 29% eran fumadores⁽²⁾. Esta tendencia progresiva a dejar de fumar en ámbitos médicos es algo muy positivo pero aún insuficiente. La población general de Uruguay, en un estudio realizado en el 2004, fuma en un porcentaje de 45%, mucho mayor que el de los médicos.

En Uruguay, el alcohol es un flagelo alarmante. En relación con el consumo de alcohol en los médicos, se observa que 46% de los médicos toma alcohol ocasionalmente (por lo menos una vez por mes), como se observa en la figura 5, pero sólo 7% declara tomar alcohol por lo menos tres veces por semana. El informe llamado Genacis (“Gender, Alcohol and Culture: an International Study”), financiado por la OMS, que estudió el consumo de alcohol en varios países de Latinoamérica, indica, además, que 7% de las personas que consumen alcohol (4,8% de la población total) “presentan signos de importante dependencia que están relacionados con el síndrome de abstinencia, la necesidad inevitable de seguir bebiendo, o utilizar el propio alcohol para evitar los malestares ocasionados por la misma sustancia”⁽³⁾. Particularmente grave es el alcoholismo en quienes cuidan de la salud de otros.

Dentro de la población médica el hábito del alcohol predomina en los hombres y en quienes tienen entre 45 y 54 años, no existiendo diferencias entre la población de Montevideo y la del interior.

6. Factores de riesgo corregibles

Es sabido que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo que favorecen el desarrollo de hiperinsulinemia y de enfermedad cardiovascular^(4,5). **Casi una tercera parte de los médicos uruguayos reconoce que tiene sobrepeso**. El sobrepeso predomina en los hombres, en los médicos del interior y a partir de los 45 años.

En relación con el sueño como requisito reparador del organismo, **sólo el 15% de los médicos duerme ocho horas** o más, presentando problemas para conciliar el sueño el 19%, predominando en médicos del interior y entre la franja de 45 a 54 años. La falta de sueño conduce al individuo a comer en exceso, favorece y es un indicador de diabetes tipo 2. Por otro lado, la falta de sueño deprime el sistema inmunológico y eleva los niveles de cortisol. La reducción del tiempo de sueño impacta muy desfavorablemente las actividades diurnas^(6,7,8). Muchas veces en la profesión médica la disminución de horas de sueño está vinculada a razones laborales y este es un problema de difícil solución. La necesidad

de descanso compensador después de una noche de guardia es impostergable y debería existir una legislación al respecto que permita, a quienes no duermen de noche, tomarse un descanso reparador al día siguiente a fin de poder seguir con sus funciones en forma efectiva, no cometer errores, y por la propia salud del médico.

7. Médicos y suicidios

Es un tema particularmente importante, cuya complejidad escapa a nuestro análisis, pero llamativamente, estudios realizados en numerosos países, como analizamos en el Capítulo I, evidencian una alta mortalidad por suicidio en los grupos médicos, predominando en algunas especialidades más que en otras (anestesiastas, ginecólogos, cirujanos). Los datos obtenidos en la encuesta muestran una alta frecuencia de antecedentes de suicidio en la familia de los médicos (9%). La tasa de suicidio anual en Uruguay es cercana a 10 cada 100.000 habitantes⁽⁹⁾. Igualmente son llamativos los datos aportados por autores nacionales sobre la alta mortalidad de los médicos por suicidio, predominando el mismo en mujeres, a diferencia de la población general, donde la tasa de suicidios predomina claramente en hombres de 50 años⁽¹⁰⁾. Seguramente, los motivos de un suicidio son muy complejos, pero estos datos nos llevan a plantearnos, sin ser especialistas en

el tema, si individuos con tendencia depresiva eligen más frecuentemente la profesión médica o bien es el desempeño de la profesión médica lo que puede llevar a ciertos individuos a la depresión. Sin duda, es un tema que merece mucha atención a fin de poder prevenir las causas de suicidio de los médicos, explorando particularmente aquellos grupos que de acuerdo a los trabajos actuales serían más susceptibles a tomar este tipo de determinación⁽¹¹⁾.

8. Un alto porcentaje de médicos no cuidan su salud

Este es uno de los dos objetivos centrales de la encuesta. La mortalidad precoz de las mujeres médicas uruguayas, el hecho de que los hombres médicos en Uruguay también viven un poco menos que el resto de la población en nuestro país, despertó el interés de los autores en saber si en Uruguay, los médicos cuidan su salud de acuerdo a lo que saben y recomiendan a sus pacientes, y si existen razones vinculadas al género que expliquen la mayor mortalidad precoz de las mujeres.

Los médicos en Uruguay no se realizan controles preventivos periódicos en un alto porcentaje (31%) de acuerdo a los datos de la encuesta. Llamativamente, el 31% de los médicos que considera que tienen un estado de salud muy bueno o bueno (81%), no se hace contro-

les preventivos periódicos. ¿Cuáles son las causas? ¿Es temor, es falta de voluntad deliberada de algunos para realizarse a tiempo un examen diagnóstico de cáncer o de sida, o quizá un tumor? Seguramente las causas son múltiples, pero los datos son realmente preocupantes.

Si analizamos en la población médica factores de riesgo cardiovascular modificables, encontramos 28% con sobrepeso, 41% de médicos sedentarios y 20% de hipertensos. La población general de Uruguay, en un estudio reciente sobre más de 1.500 individuos, 28% son sedentarios, el sobrepeso y la obesidad se ve en 53% y la hipertensión en 22%⁽¹²⁾. Observamos entonces que el sedentarismo es mucho mayor entre los médicos, la hipertensión es similar, y el sobrepeso no podemos compararlo, pues suman sobrepeso y obesidad. Pero, más allá de lo que se observa en la población general, los médicos deben urgentemente abandonar el sedentarismo y regularizar su peso.

Si analizamos la prevención por género, **las mujeres se controlan más que los hombres (75%)**, probablemente debido al temor al cáncer de cuello uterino o de mama. Sin embargo, y a pesar de ello, existe **25% de médicas que no se realizan control ginecológico con la periodicidad necesaria**. Teniendo en cuenta que la segunda causa de muerte es por cáncer y que el más

frecuente en las mujeres es el ginecológico, resulta claro que se está fallando en la prevención. En el caso del control urológico de los médicos hombres la situación es peor. El 86% de los hombres médicos de entre 46 y 56 años hace más de un año que no acude a control con urólogo y 61% no acudió nunca. **Entre los mayores de 56 años, 74% no se controló en el último año y 52% no lo hizo nunca**. Si tenemos en cuenta, como ya vimos en el capítulo de prevención de enfermedades, que el cáncer de próstata aumenta significativa y alarmantemente con la edad, resulta muy difícil de entender este comportamiento médico. Surge claramente de los datos de la encuesta que médicos uruguayos, tanto hombres como mujeres, presentan un claro déficit en los controles preventivos necesarios a su género.

9. El estrés en los médicos uruguayos. Severo y con consecuencias altamente negativas

9.1 Estrés y riesgo cardiovascular

Los datos obtenidos de la encuesta muestran que 43% de los médicos se sienten **severamente estresados**, predominando esto en mujeres y en médicos del interior. El 68% atribuye al estrés un origen laboral. Hemos visto en el Capítulo II todas las consecuencias psicofísicas del estrés y los mecanismos patogénicos del mismo,

así como numerosas publicaciones internacionales que evidencian que el estrés laboral constituye un factor de riesgo para muerte de origen cardíaco, infarto de miocardio no fatal y angina. Por lo tanto, cerca de la mitad de los médicos uruguayos se encuentra en situación de riesgo cardiovascular.

9.2 Estrés laboral

Otro dato importante que nos muestra la encuesta es que un alto porcentaje de médicos se sienten presionados durante su labor asistencial: por los pacientes (20%), por la familia de los pacientes (24%), o por las instituciones (16%). Los pacientes y su familia muestran desconfianza en el acto médico y las instituciones presionan al médico a gastar lo menos posible y a ver los enfermos en consultorio en un tiempo mínimo (7-8 minutos por enfermo en muchas instituciones asistenciales). Todo esto lleva a una mala asistencia que estresa al médico, lleva a un mayor gasto porque el médico tiene que protegerse de una omisión de diagnóstico pidiendo más estudios y empeora la relación médico-paciente. ¿Por qué los médicos se someten a este mercantilismo de la medicina? Quizá nuestro país sufre de un exceso de capacitación y así los empresarios no corren el riesgo de quedarse sin mano de obra. Entonces, la medicina pasó de ser el arte científico de los médicos a ser una actividad empresarial don-

de el médico “es sólo una herramienta más en la venta de un servicio que debe dar ganancia a los empresarios”. Pero la salud de la población es demasiado importante para quedar en manos de empresarios.

9.3 Relación estrés, depresión, suicidio

Hemos visto en los estudios de los Dres. Antonio Turnes⁽¹⁰⁾ y Calíope Ciriacos⁽¹¹⁾ que las mujeres médicas mueren a edades sensiblemente menores que los hombres médicos. Un estrés mayor parece evidenciarse en las mujeres médicas cuya interpretación excede a nuestro trabajo, pero que debería ser tenido en cuenta con fines preventivos. Observamos también en los datos de la encuesta que las mujeres médicas asocian al estrés laboral, un grado mayor de estrés hogareño. Por otra parte, vimos en los estudios antes mencionados que las mujeres médicas se suicidan más que los hombres médicos y más que las mujeres de la población general. Como apreciamos en la encuesta, existe un uso mayor de antidepresivos en el género femenino; posiblemente esto indique una mayor frecuencia de estados depresivos en la mujer médica. El suicidio, ya analizado más arriba en este capítulo, es un tema muy preocupante, pero aún no solucionado entre los médicos.

Conclusiones

Un alto porcentaje de la población médica de Uruguay no cuida de manera adecuada su salud y se encuentra severamente estresada.

Estos datos son de suma importancia y exigen planes en un futuro inmediato a fin de modificarlos, mejorando las condiciones laborales del médico en Uruguay que están atentando no sólo contra su calidad de vida, sino contra su salud y su vida misma. Si estos datos no mejoran, quizá la mediana de vida de los médicos seguirá bajando y su calidad de vida empeorará de manera progresiva. ¿Cómo salir de esta situación? La mejoría en las condiciones laborales y en los hábitos de vida pueden considerarse mecanismos de ayuda para los médicos. Esto debe “realizarse junto con las instituciones en las cuales desempeña su labor el médico, a fin de lograr estrategias en conjunto” que sean constructivas, para evitar o controlar las consecuencias negativas de este mal. Apostamos además a dos grandes herramientas capaces de solucionar gran parte de estos problemas: a) que el seguro nacional de salud sea el camino para devolver a la población una asistencia sanitaria correcta, y a los médicos un sistema de trabajo sin estrés, donde vuelva a disfrutar de su profesión y donde su trabajo sea reconocido en su dignidad y en sus derechos; b) la Colegiación Médica es un tema impostergable para nuestra profesión.

La Encuesta Médica Nacional ¡Vamos los médicos por nuestra salud!, llevada a cabo por la Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del Sindicato Médico del Uruguay aporta datos de relevancia, que quizá no sorprendan, pero que por primera vez tenemos cuantificados. Los médicos uruguayos cuidan mal su salud y están sometidos a un grado severo de estrés. Ambas cosas lo ponen en riesgo de enfermedades, que serían posibles prevenir. Además, dificultan y empobrecen su calidad de vida. Un nuevo trabajo ha comenzado a partir de esta encuesta a fin de tomar conciencia grupal del problema y poner en marcha mecanismos de ayuda y contención a los colegas médicos de todo el país y, particularmente, a aquellos que están en una situación de riesgo mayor. Una actitud positiva para buscar soluciones se evidencia en el interés demostrado por 85% de los médicos encuestados para participar en estudios futuros.

Agradecimientos

A los laboratorios que nos apoyaron económicamente para que la encuesta se llevara a cabo.

Auspiciantes: Boehringer-Ingelheim, CEAHT, Glaxo Smithkline, Gramón Bagó, Roemmers, Sanofi Aventis.

Colaboradores: Antia-Moll, Bayer, Celsius Clausen, Libra, Servimed, Urufarma.

A todos los médicos encuestados que dedicaron su tiempo a responder las preguntas.

A las secretarías de la Comisión HT y SCV del SMU, Sra. Raquel Ferri y Sra. Valeria Jáuregui.

Al Comité Ejecutivo del SMU que apoyó siempre el esfuerzo de la Comisión.

A la Facultad de Medicina, al Ministerio de Salud Pública, a FEMI, que nos brindaron su apoyo y su auspicio.

Bibliografía

1. Encuentro Solís III “Prof. Dra. María Rosa Remedio” 21-22-23 de abril del 2006. http://smu.org.uy/sindicales/documentos/solis3/decfinal_soli-iii.pdf
2. **Cuesta A, Kuster F, Lluberas R.** Tabaquismo en el Personal y Usuarios de un Hospital Universitario: Consumo y Recomendación de Abandono. *Rev Urug Cardiol* 2005; 20 (2): 75-85.
3. Gender, Alcohol and Culture: an International Study. www.infodrogas.gub.uy
4. **Cameron AJ, Zimmet PZ.** Expanding evidence for the multiple dangers of epidemic abdominal obesity. *Circulation.* 2008 Apr 1;117(13): 1624-6.
5. **Coppola A, Marfella R, Coppola L, Tagliamonte E, Fontana D, Liguori E, et al.** Effect of weight loss on coronary circulation and adiponectin levels in obese women. *Int J Cardiol.* 2008 Mar 28;
6. **LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM.** Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *J Psychosom Res.* 2007 Aug; 63(2):157-66.
7. **Ohayon MM, Lemoine P.** A connection between insomnia and psychiatric disorders in the French general population. *Encephale.* 2002 Sep-Oct; 28 (5 Pt 1): 420-8.
8. **Morin CM, Rodrigue S, Ivers H.** Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med.* 2003 Mar-Apr; 65(2): 259-67.
9. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. *Rev Med Urug* 2001; 17: 24-32.
10. **Turnes A, Ciriacos C, Rodríguez Almada H.** Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974-2002 Características demográficas. *Rev Med Urug* 2003; 19:216-24.

11. **Ciriacos C, Rodríguez Almada H, Turnes A.** Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002. Rev Med Urug 1998; 14: 236-47.

12. **Curto S, Prats O, Ayestarán R.** Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay. Rev Med Urug 2004; 20 (1): 61-71.

***Dra. Ana María Otero**

Miembro Responsable

Dra. Inés Sevrini

Miembro Responsable Alternativo

Dr. Pablo Muxí, Dra. Cecilia

Carrizo, Dra. Andrea Manzino,

Dr. Pablo Asadurián, Dra. Elena

De Lisa, Psicóloga Yannina

Otero, Lic. Lab. Clínico Dateving

Attarián