



La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo

Francisco Morales-Carmona,* Jorge Carreño Meléndez,† Mercedes Luque Coqui,§ Claudia Sánchez Bravo‡

* Jefe del Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

† Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

§ Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

RESUMEN

Los efectos estresantes de la formación médica han sido estudiados en las últimas décadas, esencialmente por tener consecuencias relevantes sobre los residentes. Un aspecto destacado es el que se relaciona con la supervisión, debido a que se crean condiciones relacionadas con el ejercicio del poder. Por otra parte, se deben aclarar las características diferentes que hay entre el síndrome de Burnout y el Mobbing, pues ello permite tomar acciones de mayor especificidad para su modificación. En la experiencia de los autores, el uso de grupos propuestos por Balint, con las debidas modificaciones a nuestra población, ha ofrecido una buena alternativa para la asistencia a los grupos de médicos, dando por resultado una mejor adaptación a su experiencia de aprendizaje.

Palabras clave: Supervisión, Mobbing, Burnout, grupos Balint, estrés.

ABSTRACT

The stress effects on the medical professional training have been studied essentially in the last decades because of the consequences on the residents. An outstanding aspect is the power related with the supervision, because conditions related with the exercise of the power are identifies. On the other hand, should be clear up the different characteristics that there are between the syndrome of Burnout and the Mobbing, because allows to take actions of more specificity for their modification. In the experience of the authors the use of groups proposed by Balint, with the due modifications to our population, has offered a good alternative for the attendance to the groups of doctors, giving for result a better adaptation to their learning experience.

Key words: Supervision, Mobbing, Burnout, Balint groups, stress.

Las revisiones sobre el estrés en médicos residentes desde los años 80 hasta la actualidad,¹ distinguen a este grupo de facultativos como especialmente vulnerables, identificando algunos factores de riesgo como la sobrecarga de trabajo, las intensas demandas laborales, el limitado control sobre las situaciones, la percepción de falta de apoyo por parte de superiores y los problemas relativos a horarios prolongados de trabajo y guardias.²

En términos generales, el sistema de formación de los médicos, y sobre todo de los especialistas, tiene por objeto facilitar la adquisición de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que les capaciten para prestar con eficacia la asistencia médica a

los pacientes de su especialidad, realizando funciones de prevención, promoción y educación para la salud, además de asumir un compromiso de permanente y continua autoformación, que les permita desarrollarse en un contexto académico, social, ético, legal y técnico de alto nivel dentro de las instituciones médicas.³

En consecuencia, es una formación exigente que da lugar a procesos emocionales con los que tienen que contender, siendo la primera fuente de estrés la que se desencadena con el trabajo directo con pacientes, sobre todo con aquéllos de extrema gravedad o cuya posibilidad de morir es muy alta o irremediable. Hacer un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento,

sobre todo en pacientes de alto riesgo o de urgencia, es una práctica estresante. En el caso particular del médico en formación, se le suma la supervisión que los médicos o residentes de mayor jerarquía ejercen sobre los residentes de menor rango o de primer ingreso; la estructura de autoridad jerarquizada y vertical con frecuencia intensifica el estado de estrés.⁴

El presente escrito tiene la intención de explorar y hacer un intento conceptual de lo que sucede con residentes médicos, mediante el análisis de las causas principales que provocan estrés laboral, al grado de tener consecuencias a veces poco manejables o destructivas.

1. ¿Qué sucede en la supervisión que provoca un sinnúmero de conflictos? ¿Aumenta el estrés? ¿Impacta la estabilidad de estos grupos?

En nuestras observaciones, son varios los aspectos que confluyen para que la supervisión se convierta en generadora de estrés:

- Intensa carga de trabajo que se agrava cuando rotan en servicios catalogados como de alto estrés (cirugía, unidades de cuidados intensivos, urgencias, etc.).
- Reprimendas irracionales, pues no hay proporción entre la falta cometida y la magnitud del correctivo. Hay una percepción de la institución que califican como decepcionante, pues la presión a la que se ven sometidos la experimentan como frecuente e innecesaria, contribuyendo al estrés.
- A los supervisados les resulta difícil reconocer que los síntomas que en ocasiones presentan son prácticamente una expresión psicopatológica y no sólo un proceso natural de adaptación, que se traduce en un agravamiento paulatino, que en casos extremos llega a omitir las señales de percatación de necesidades básicas, como comer o dormir.
- Consecuentemente, las manifestaciones que se desarrollan involucran la falta de comunicación con las jerarquías superiores (lo que se suma al hecho de que el personal médico adscrito en general y con base en la organización jerárquica tiene pobre comunicación con los estudiantes de los primeros grados); también se producen alteraciones de los ciclos circadianos, vergüenza por sentir que son ridiculizados frente a los pacientes, angustia por la percepción de

amenaza constante (real o imaginaria) de que en cualquier momento pueden ser reprendidos o inclusive despedidos de la residencia por posibles o supuestos errores que cometan.

- La frustración llega a ser tan intensa que emergen pensamientos racionalizadores, intentando justificar sus fantasías de deserción o apatía, tales como que su aprendizaje no es suficiente razón para tolerar la experiencia que interpretan como maltrato y, por ende, no encuentran una satisfacción en su formación.

2. ¿Qué características de la estructura hospitalaria favorecen este proceso de estrés?

Las instituciones médicas, en general, se organizan alrededor de una jerarquía vertical incuestionable que parte de la necesidad de contar con responsables de las decisiones que se toman, ya que en muchas ocasiones son esenciales para que un procedimiento sea exitoso, pues de lo contrario se pone en riesgo la salud y a veces la vida de los pacientes que se atienden. En ese contexto, es importante no perder de vista que no se pueden violentar las reglas, normas y jerarquías, ya que de eso dependen los aciertos o fracasos de una intervención.

Si partimos del razonamiento de que esta jerarquía vertical y estricta en la práctica médica es fundamental, y que la supervisión debe ser permanente, con reglas y responsabilidades claras de las funciones en cada nivel de la estructura, además de un control estricto en el cumplimiento de las funciones, para que en el proceso de formación y enseñanza no se incurra en errores irremediables en el manejo de pacientes, comprenderemos la importante presión que ejerce sobre la estructura de enseñanza-aprendizaje; no obstante, reconoceremos que existen otras razones que intensifican la respuesta de estrés.

En consecuencia, será necesario indagar acerca de los orígenes de los conflictos que ocurren en la supervisión y para ello vale la pena mencionar los conceptos que nos permitirán cimentar una discusión sobre este fenómeno. Tomaremos dos elementos:

1. EL ESTRÉS

Partamos de la definición de estrés que ofrece el Diccionario Médico:⁵ “Respuesta inespecífica del

organismo ante cualquier estímulo físico o psíquico que le provoca una necesidad de reajuste". Y agrega: "Un cierto grado de estrés no es perjudicial para el organismo. Se sufre de estrés cuando éste es excesivo y supone un sobreesfuerzo del organismo que sobrepasa su nivel de resistencia."

A lo anterior podemos añadir que no es de riesgo aquel que deriva de la responsabilidad que implica el quehacer de la prestación de servicios de salud y que por supuesto es posible resolverlo. Empero, es de riesgo aquel que incapacita y paraliza, en tanto que obstaculiza el trabajo y por ende el aprendizaje.

2. LA VIGILANCIA Y EL MALTRATO EN LA SUPERVISIÓN

Es indispensable y necesaria la vigilancia y supervisión de los médicos en formación, habiendo sido de utilidad el modelo de *cascada*, donde las responsabilidades se asumen desde los estudiantes de mayor experiencia hasta los de menor jerarquía, sumándose la jerarquía de los médicos adscritos y los jefes de servicio.

No obstante, es difícil percibir cuándo esa vigilancia se convierte en una escenografía que encubre a la verdadera fuente del problema que es el maltrato institucional, con frecuencia el más complicado de erradicar.

Pero entonces, ¿cómo podemos diferenciar cuándo es vigilancia y cuándo maltrato? Es un cuestionamiento difícil de ser contestado, ya que, salvo situaciones evidentes, la frontera es muy sutil.

La vigilancia y enseñanza se logra a través de una supervisión clara, cercana y definida sobre el trabajo del grupo en formación, con los señalamientos pertinentes ante los errores cometidos y con la exigencia requerida.

Por otra parte, se trata de maltrato cuando ese control está enmascarado por otras motivaciones como el desinterés, la rivalidad, etc., que pueden generarse en forma colectiva o personal hacia un grupo de subordinados o una persona específica, dando por resultado el estigma, el aislamiento, la provocación, la descalificación, etc.

¿Qué condiciones se deben contemplar para reconocer el maltrato institucional?

Algunos ejemplos son:

- Castigos desproporcionados por el error cometido, enmascarados como medida correctiva.
- Regaños delante de los pacientes, que aunque justificados, pierden su eficacia debido a que resulta una acción que pareciera más una forma de estigmatizar o avergonzar al médico en formación que de enseñar y corregir errores.
- Responsabilización a residentes de menor jerarquía de las acciones equívocas de otro u otros.
- Impedir la libre expresión.
- Utilización de eufemismos en la aplicación de correctivos.
- Canjear correctivos por beneficios.
- Utilización de insultos y agravios.
- Exigir conocimientos que no han sido debidamente expuestos en el plan académico.
- Fomentar la división del grupo.
- Asignación de responsabilidades que les corresponden a otros.
- Encubrimiento de las fallas de los supervisores a las autoridades.
- Descalificación, de manera reiterativa.

Ante estas condiciones, las consecuencias se traducen en deserción, ausentismo, indiferencia, bajo rendimiento, incapacidad para manejar la ansiedad, manifestaciones de tristeza, irritabilidad e insatisfacción laboral que con frecuencia se traducen en la pérdida de actitudes de responsabilidad en el trabajo.²

En el terreno individual se manifiestan algunos síntomas mediante sentimientos de incapacidad, desesperanza y frustración persistente, mismos que se expresan en tres planos: a) fisiológico (falta de apetito, cansancio, insomnio, dolores musculares, etc.), b) psicológico (frustración, enojo, irritabilidad, ansiedad, sensación de infelicidad, incapacidad para concentrarse, tristeza y baja autoestima) y c) conductual (aumento de conflictos en las relaciones interpersonales, respuestas rígidas e inflexibles, hostilidad, llegar tarde al trabajo, irse antes, estar fuera lo más posible, ausentismo, apatía, falta de compromiso hacia la institución, aislamiento, conducta cínica, fatiga emocional, abuso en el uso del café, barbitúricos, tabaco, comida, exceso de demandas laborales, sumisión, evasión, actitudes negativas, intolerancia, rebeldía, otorgar el servicio le implica un gran esfuerzo, conflictos familiares y maritales).²

Por otra parte, se puede presentar el síndrome de desgaste profesional o Burnout, que es la tensión

provocada por situaciones agobiantes debido a las responsabilidades que llegan a provocar reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos, que se caracterizan por diferentes componentes clasificados en tres grandes áreas:

1. Agotamiento emocional, que se traduce en disminución para manejar los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización, que se expresa a través de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los pacientes.
3. Falta de realización personal, caracterizada por la percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.²

Este síndrome está considerado ya como un trastorno adaptativo crónico que altera la calidad de vida de las personas que lo padecen y provoca un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales, y que se da principalmente en individuos sometidos a situaciones de alto nivel de tensión. Cuando se hace crónica esta percepción de amenaza y fuente de ansiedad y frustración, con frecuencia desemboca en una experiencia depresiva y no sólo se manifiesta como estrés.

Esto pareciera que es uno de los orígenes de algunas de las condiciones que se viven durante la formación médica, pues la jerarquía otorga ventajas en la decisión y se transforma en una condición de poder, siendo obvio que su ejercicio lo practican seres humanos que se ven tentados a una actuación indiscriminada, pues lo que en circunstancias de asistencia y enseñanza es un requisito, se generaliza a toda interacción.

En consecuencia, se van construyendo dos enfoques del problema: la visión del evaluador y la del evaluado; al confrontar estas dos visiones y la mediación establecida por relaciones de poder, se va bordeando la frontera entre disciplina y abuso.

No existe actividad humana que pueda carecer de disciplina; más aún, en la relación enseñanza-aprendizaje se da la transgresión; cuando se pretende evaluar habilidades que no se han enseñado se inicia una actitud de confrontación, acrecentándose este clima negativo cuando se juegan elementos en relación al poder.

Por otra parte, el contexto de formación plantea periodos de convivencia largos y continuos, lo que crea una comunidad semicerrada, como la de muchas corporaciones policíacas o militares, con sus ventajas y deficiencias por supuesto.

Lo anterior nos obliga a aclarar que el estudio del poder se centra en lo social, como una característica principal de las instituciones, ya que es el poder social el elemento que tiene la capacidad de provocar que las personas se integren a las organizaciones, grupo académico o de trabajo, y su sentido de afiliación y pertenencia al grupo provoca que el individuo se comprometa con entrega y lealtad. Aunque también es cierto que el temor tiene efectos semejantes que a veces se confunden y que deben de develarse, en función de que en el primer caso los comportamientos son producto de las convicciones y creencias de las personas, lo que garantiza su solidez, y en el segundo no son actos formativos pues en el momento en que desaparece la amenaza los comportamientos se desvanecen y terminan por ser abandonados, provocando que las instituciones se debiliten.

Cuando hay temor, se edifica un código de silencio, pues por un lado se conforma un núcleo solidario con el grupo que se percibe como agredido, pero existiendo miedo de hablar sobre lo que está sucediendo fuera del grupo por las posibles consecuencias de la violación a dicho código, a sabiendas de que, como en la antigüedad, se castiga con la exclusión del grupo, el repudio y la estigmatización.

Ahora se hace necesario tocar el papel del líder, quien posee un nivel de poder ya sea formal o informal, siendo éste quien establece la dinámica del grupo, sea de trabajo, investigación o académico.

Dentro de las instituciones podemos identificar al menos tres tipos de poder, mismos que responden a las características personales de quien lo ejerce y que resumimos en:

1. *El integrativo*, que promueve adhesión en torno a la enseñanza dentro de una institución, provocando que los miembros se sientan contenidos y aceptados.
2. *El productivo*, donde tienen que existir dos partes: supervisor-supervisado para que se dé el intercambio basado en la reciprocidad, permitiendo que el líder delegue la toma de decisiones a otro miembro del grupo o al grupo entero.

3. *El destructivo*, que implica amenazar y herir a las personas que están bajo su adscripción, y que por lo general genera un entorno hostil al reñir con las personas del grupo. La dinámica que se establece depende de las actitudes que los miembros del grupo asumen, y de quien ejerce el poder destructivo, en virtud de su capacidad para cumplir las amenazas. El grupo tiene diversas respuestas ante la hostilidad: a) la sumisión, b) el desafío, c) la contra amenaza y d) la huida. De las respuestas del grupo que desarticulan al amenazador, estará la integración, donde amenazador y amenazado se integran para conseguir los mismos fines, aunque sea en forma simulada. En la historia de las instituciones, este tipo de poder es más difícil de desarticular: la resistencia al cambio, las características personales, el juego de palabras (exigir a un residente de medicina que estudie en horas de la madrugada, en lugar de utilizar la palabra castigo). La amenaza abierta o velada deja sin posibilidad al amenazado para proporcionar una respuesta conductual adecuada a la situación.

La dinámica institucional que utiliza el primero y segundo tipo de poder son grupos altamente productivos y eficientes.

Así, en las instituciones de salud es frecuente encontrar informes de una gran variedad de síntomas, muchos de ellos atribuidos al síndrome de Burnout (que se señaló anteriormente); sin embargo, estos síntomas se confunden por la similitud y variedad con el síndrome de acoso institucional o *Mobbing*.⁶ En la relación de supervisor-supervisado resulta más coherente hablar de acoso institucional, debido a que cuando se habla del Burnout se refiere a los síntomas originados por la relación médico-paciente donde el componente detonador es la posibilidad o muerte de un paciente, el profesional se siente incapacitado para ayudar por no contar con los recursos técnicos y humanos para solucionar el problema, cuando en forma sistemática el médico se ve enfrentado a realizar toda una serie de trámites burocráticos para la autorización de sus procedimientos y no encuentra respuesta, o cuando lo logra ya es demasiado tarde, contribuyendo al impacto en la calidad de atención, debido a que el médico se muestra distanciado de sus pacientes, con actitudes de cinismo, etiquetándolos

despectivamente, culpando al entorno de la frustración experimentada.

En contraparte, el acoso institucional, o Mobbing, tiene su origen en las relaciones interpersonales dentro de las instituciones de salud, sobre todo cuando esta relación está mediada por elementos de poder.⁶ El maltrato originado por los jerárquicos superiores o compañeros, fallas en el equipo de trabajo, nulo o escaso reconocimiento del éxito logrado, exageración de los errores, exponerlos al maltrato delante de pacientes, mediante las descalificaciones, fomentando que la persona se sienta incapaz para desarrollar su trabajo, involucrando en todas sus actividades la idea de fracaso (*Figura 1*).

Los dos síndromes descritos no se presentan de forma súbita, pasan por un proceso identificable y se pueden traslapar, con lo que se agravan las manifestaciones debido a que las condiciones de trabajo se ven comprometidas y se complican con la presencia de reacciones emocionales frente a la situación de urgencia, afectando tanto a pacientes y familiares como a los profesionales asistenciales y que además interfieren en la dinámica de atención, donde se desea, de ambas partes, una comunicación empática que en un entorno de adecuadas condiciones de trabajo permita dar y recibir un trato personalizado, amable y "humano".

Nuevamente es oportuno decir que el estrés laboral es frecuente, y lo distinguimos cuando hay condiciones que impulsan a una persona a realizar su actividad de forma eficiente. En términos generales, resulta benéfico; no obstante, su manifestación es el resultado de la estructura de personalidad de quien lo experimenta, habiendo diferencias respecto a la tolerancia, pudiendo expresarse una mayor o menor tolerancia al estrés y, por ende, facilitando o entorpeciendo las acciones que toma una persona en la búsqueda de optimizar su actividad bajo presión.

Este estrés, en general, no produce manifestaciones sintomáticas por tratarse de una condición que la persona regula a través de la capacidad para insertarse en otras actividades, tales como pasatiempos, reuniones sociales, vacaciones, etc.

En el caso del estrés sistemático originado por un entorno institucional hostil, por su calidad de crónico se convierte en lo que denominamos distrés, condición en que se perciben sus manifestaciones, consecuencia de sus efectos, como una experiencia de control-descontrol.

Los primeros indicadores de riesgo de que hay maltrato institucional son, primero, la sensación de cansancio emocional por un desequilibrio entre las demandas de la institución y los recursos personales; el segundo indicador es la sensación de despersonalización o cuando no se cumple una expectativa idealizada hacia lo que iba a ser su actividad laboral, experimentándose una especie de duelo.

Las consecuencias de presentar estos síntomas son graves y diversas, tanto individual como institucionalmente. En lo individual, encontramos que puede haber mayor riesgo de presentar enfermedades psiquiátricas, como depresión, trastornos de ansiedad, alcoholismo, drogadicción, incremento del riesgo laboral, errores frecuentes en sus tareas. En cuanto a lo institucional, se observa un empobrecimiento en la calidad de atención a los pacientes y sus familiares, lo que redundará en falta de prestigio personal y que lo llevará a entrar en un círculo vicioso.

Otro proceso que vive una persona con acoso institucional es la nula o mínima realización personal, lo que provoca tristeza. Todas las personas están expuestas a vivir esa condición; en sí misma, no es una psicopatología al tener el componente fundamental

del control, como realizar actividades que distraigan su atención, que rompan con la rutina, provocando que la sensación remita.

Cuando los momentos se van alternando entre control-descontrol, surge el malestar psicológico, con deseos de romper con la rutina por periodos prolongados o abandonando los ambientes hospitalarios, ya que constituye el recurso para que los síntomas disminuyan, pero obviamente se generan otras dificultades que redundan en un mayor malestar.

Cuando la manifestación de los síntomas cumple los requisitos para catalogarla como ansiedad, romper la rutina, el descanso y mantenerse alejado del ámbito hospitalario no resulta suficiente para que disminuyan los síntomas, pues se ha entrado en una fase de descontrol, que sólo con manejo farmacológico y psicoterapéutico se puede lograr su remisión.

¿Qué hacer ante estas consideraciones?

En nuestra experiencia, la formación de grupos es una alternativa viable y eficaz para intervenir la díada supervisores-supervisados, en la búsqueda de un equilibrio que redunde en el proceso de formación y en el otorgamiento de los servicios de salud.^{7,8}

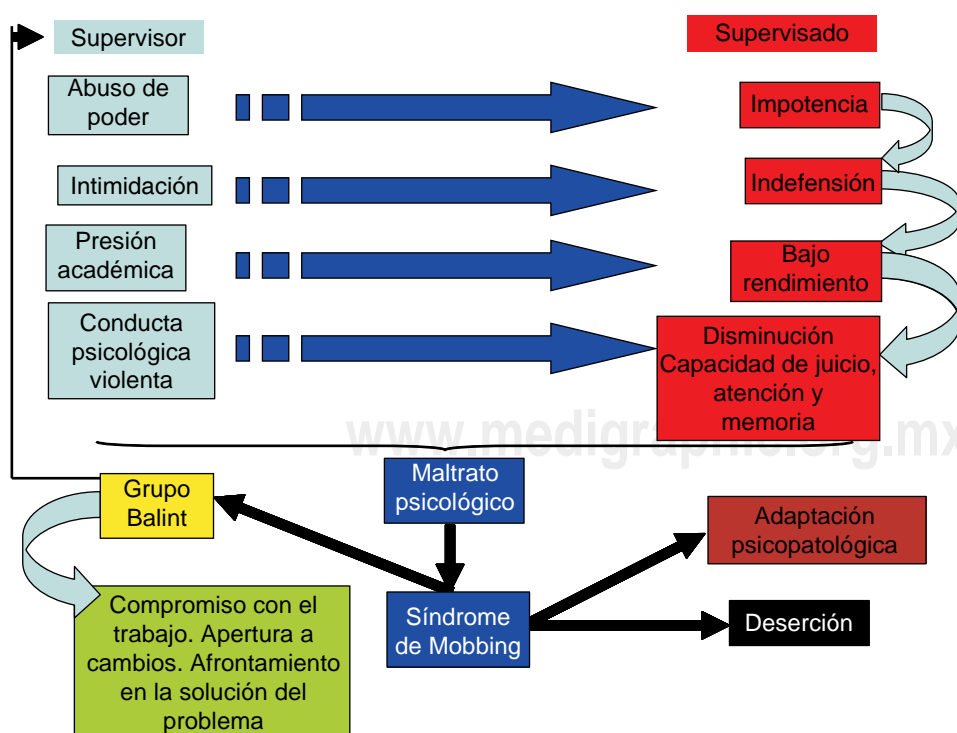


Figura 1. Esquema del desarrollo del síndrome de Mobbing.

Contamos con la experiencia de utilizar la propuesta de Balint con algunas modificaciones, pues permite que la expresión de las inconformidades no sólo se verbalicen, sino que éstas se organicen mediante una reflexión sobre lo sucedido, evitando que cada miembro arregle su situación en función de sus propias características y capacidades, lo que llevaría a fracturar la cohesión grupal, retardando así las soluciones efectivas, eficientes y oportunas.

Por otra parte, también permite detectar las adaptaciones psicopatológicas de forma oportuna, garantizando así una derivación pronta a una atención especializada que evite que se agraven y se hagan crónicas.

También se logra diferenciar entre la percepción magnificada de los sucesos, de las reconvenciones injustificadas, de los intentos de ocultar la incompetencia de quien supervisa, o si se trata de una llamada de atención justificada por el error cometido. A la vez permite que el supervisor cuente con un referente que contribuya a realizar las adecuaciones y modificaciones en sus estrategias para conseguir el cumplimiento de sus objetivos.

En este sentido, afirmamos que la utilización racional de estrategias conjugadas de supervisión y evaluación del sistema provee de un camino eficaz y congruente para conseguir las metas de enseñanza-

aprendizaje, particularmente en la formación de recursos humanos especializados.

REFERENCIAS

1. Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000; 17: 118-22.
2. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colom Med* 2004; 35: 173-78.
3. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-9.
4. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias. *Emergencias* 2007; 19: 116-21.
5. Diccionario Médico consultado el 08-10-2008 en: http://WWW.Pfizer.es/salud/prevencción_hábitos_saludables/
6. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Morante ME, Garrosa E, Rodríguez-Carbajal R, Díaz-Gracia L. Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. *Univ Psychol* 2008; 7: 335-45.
7. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent Burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008; 6: 138-45.
8. Mingote AJC, Gálvez HM. El estrés del médico residente en urgencias. *Emergencias* 2007; 19: 111-2.

Correspondencia:

Francisco Morales-Carmona

T – (55) 5520 9900 ext. 156

Correo electrónico: fmorales@servidor.inper.edu.mx