



Sección

13

STRESS



Más allá del genoma... más acá de la cultura.
Veinte años de Psicología Médica en el Uruguay

S.U.P.M.

Publicación de la Sociedad Uruguaya de Psicología
Médica y Medicina Psicosocial

13.1. Stress y burnout en el ámbito hospitalario.

Revisión de la experiencia del Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina. Universidad de la República

Fernando Tomasina

Nurit Stolovas

Introducción

El Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina ha desarrollado investigaciones sobre el proceso de trabajo y la salud en el ámbito hospitalario desde hace más de una década.

Los hospitales se muestran como una organización social compleja con diversidad de actores y de procesos de trabajo. Estos últimos conllevan diferentes cargas y/o exigencias para el personal interviniente, que en definitiva son riesgos laborales para la salud.

La institución hospitalaria produce necesariamente zonas de riesgo permanentes, debido a la imposibilidad de lograr una adaptación ajustada a las diferentes y contradictorias necesidades que le exige tanto el medio interno como el externo¹.

Algunas “expresiones” en la salud de los trabajadores como el *stress* y el síndrome *burnout*, no son más que emergentes de la relación negativa entre trabajo y salud. Estas “expresiones” tienen una fuerte vinculación con la organización laboral y con el contenido del trabajo.

En el sector de la salud la precarización laboral, consecuencia de las políticas de flexibilización y desregulación del trabajo, pueden ser considerados como un estresor adicional para los trabajadores.

Materiales y métodos

Se realizó una revisión de investigaciones realizadas por el Departamento de Salud Ocupacional en los últimos diez años.

Las técnicas aplicadas en las diferentes investigaciones partieron de un diseño basado en la triangulación metodológica. Entre los instrumentos utilizados se destacan:

- Las entrevistas a informantes calificados desarrolladas en el mismo lugar de trabajo, abierta, con la utilización de la grabación para su registro.
- La encuesta colectiva de llenado por parte de los grupos homogéneos de trabajadores en el marco de investigaciones participativas derivadas del llamado Modelo Obrero Italiano.
- En algunos casos se aplicó, además, la guía de observación del método del Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo de Francia (LEST)², el Maslach *Burnout Inventory* (MBI)³, el Cuestionario General de Salud de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28)⁴ y el formulario de encuesta del Método ISTAS 21 (Cuestionario Psicosocial de Copenhague, CoPsoQ)⁵.

Resultados

El primer trabajo revisado es el estudio de “Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo de la Unidad Operativa de Recuperación post-anestésica del Centro Quirúrgico del Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela”, realizado en noviembre-diciembre del año 2003 (Elizabeth Bozzo, Elizabeth Chaves, Martha Ozonas, Fernando Tomasina)⁶. El abordaje del estudio fue cualitativo, centrado en la percepción de los trabaja-

dores con el enfoque de la participación-acción. Se aplicaron diferentes técnicas. En el marco de la triangulación metodológica se utilizó la guía de observación del método LEST², una encuesta colectiva de los enfermeros para la identificación de las condiciones de trabajo y entrevista a informante calificado. De los resultados vinculados a los aspectos psicosociales del trabajo se destaca: “La carga mental ‘peligrosa’ está relacionada con el nivel de atención y minuciosidad de la tarea que es permanente y que puede estar agravada en las situaciones de emergencia.”

Otro de los trabajos analizados fue también realizado en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, durante el año 2006, y en relación al impacto de las condiciones laborales en la salud de trabajadores de un centro quirúrgico (Fernando Tomasina, Elizabeth Bozzo, Elizabeth Chaves, Francisco Pucci)⁷. En él también se utilizaron técnicas de triangulación metodológica. En él se describe la existencia de un perfil de carga complejo que interactúa con los trabajadores en toda su integridad, por lo que es percibido como un riesgo elevado para su salud. El cansancio se encontró como uno de los procesos mórbidos poco definido pero frecuente.

La investigación realizada en el año 2007 sobre “Condiciones de Trabajo y Salud de los Médicos Residentes” (Victoria Frantchez, Marcos Pintos, Nurit Stolovas, Fernando Tomasina)⁸, se basó en un estudio descriptivo longitudinal en base a información primaria. La población estudiada fueron todos los residentes médicos en el ejercicio de las diferentes disciplinas de estudio de la carrera de post graduación, alcanzando una población total considerada de 446 residentes. Uno de los aspectos estudiados correspondió al síndrome de desgaste profesional (síndrome de *burnout*). En la investigación, el 52,7% (234 de los 446) de los residentes encuestados presentaron criterios de *burnout*. Analizando las diferentes dimensiones que componen el síndrome, un 81,3% (343 de 446) presentaban alto cansancio emocional, mientras que en relación al endurecimiento emocional un 64.5% (282 de 446) se ubicó

en la dimensión alta. En el colectivo laboral de residentes médicos durante el año 2007 también se estudió la dimensión de violencia en el ejercicio de la actividad⁹, cuya presencia se observa en la tabla 13.1.1, expresada según género.

Tabla 13.1.1. Distribución de la presencia de situaciones de violencia ocurridas en el último año durante la tarea de la residencia según género, 2007

Género	Presencia de situaciones de violencia	
	No	Si
Femenino	28,30%	71,10%
Masculino	35,20%	64,80%
TOTAL	30,30%	69,70%

La distribución de las situaciones de violencia (296 de 446) vividas en el último año fue la siguiente: el 89,2% manifiesta que corresponde a violencia psicológica, el 52% refirió violencia de tipo privación o desatención, el 7% fue de tipo físico, el 1,4% corresponde a violencia sexual y la presentación de todas las situaciones correspondió al 1,7%.

Conclusiones

Existen procesos de trabajo altamente demandante como son las aéreas de cuidados críticos, vinculado esto al contenido de trabajo (vida-muerte).

En prácticamente todos los trabajos se percibe una alta carga psicosocial^{1,6,7}.

Por otra parte, la propia complejidad de la organización es fuente de conflictos, observada entre los procesos de valorización-desvalorización que se establecieron entre las di-

ferentes categorías de trabajadores. Estos procesos tienen su origen en la redefinición de tareas y de competencias. El sentimiento de desvalorización es la expresión de relaciones de poder marcadas por fuertes desequilibrios. En este contexto, el sobretrabajo amplió las posibilidades de accidentes debido al aumento en la intensidad del ritmo de trabajo y a la fatiga que provoca. La incertidumbre y la desconfianza en las normas institucionales se identificaron también como fuentes de riesgo permanente¹.

Las molestias más frecuentemente percibidas por los trabajadores se traducen en sobrecarga afectiva, ansiedad, agotamiento emocional y trastornos del sueño^{1,7}. En el caso particular de la investigación de los residentes médicos se estudió la violencia como un factor estresante adicional, estando presente en el último año de ejercicio de la actividad laboral en el 69% de los encuestados. Un tercio de los residentes manifestó tener situaciones de violencia mensualmente, siendo el principal tipo de violencia la vinculada a la esfera psicológica⁹. Del análisis cualitativo de los relatos de situaciones de violencia¹⁰ se concluye que cuando el sistema experto, integrado en los servicios de salud por técnicas y profesiones del servicio tiene dificultades para construir formas de confianza en los usuarios del mismo, se producen tensiones y conflictos que pueden derivar en diferentes formas de violencia de los pacientes y familiares contra el sistema. En estos ámbitos se produce una articulación entre el espacio privado de las personas y el espacio público de usuarios y prestatarios del servicio. Los sentimientos de angustia y de ansiedad derivados de la incertidumbre se traducen en acciones de violencia y de agresión hacia las caras visibles de los sistemas expertos, en los cuales se desahogan las tensiones que resultan de este marco de incertidumbre¹⁰.

La prevalencia de criterios de *burnout*⁸ fue de 52,7%, la correspondiente a la dimensión cansancio emocional fue de 81,3% y la vinculada a la dimensión endurecimiento emocional fue de 64,5%. Los altos valores hallados se correlacionan con datos a nivel internacional⁸.

Comentarios

Existe la necesidad de incorporar políticas en salud ocupacional por parte de las instituciones prestadoras de atención a la salud para progresar en la calidad de sus servicios.

Una política de gestión para la mejora continua de la calidad debería contemplar la promoción de los procesos saludables existentes y/o controlar los procesos peligrosos.

Algunas estrategias para lograr condiciones de trabajo saludables, en particular referido a factores psicosociales del trabajo, suponen la implementación de medidas de mejora de las condiciones de trabajo vinculadas a la organización (tiempos, ritmos y cantidad de trabajo; tiempo disponible), a las relaciones humanas (apoyo psicológico, apoyo de los superiores, respeto, seguridad, trato humano, formación, etc.), así como fomentar posibilidades de autonomía y de trabajo en equipo con participación en las decisiones.

Como modelo de organización para el proceso de mejora de las condiciones y medioambiente de trabajo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) promueve la participación de los empleadores y trabajadores en el marco de las comisiones paritarias de salud y seguridad en el trabajo.

Bibliografía

1. Pucci F. Aprendizaje organizacional para la gestión del riesgo. Uruguay: CINTERFOR, Oficina Internacional del Trabajo; 2004.
2. Guelaud F, Beauchense M, Gautrat J, Roustang G. Para un análisis de las condiciones de trabajo obrero en la empresa. Francia: Ed. Laboratorio de Economía y de Sociología del trabajo del CNRS; 1981.
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Manual. 3rd ed. Palo Alto; Consulting Psychologists Press; 1996.

4. Makowska Z, Merecz D. The usefulness of the Health Status Questionnaire: D. Goldberg's GHQ-12 and GHQ-28 for diagnosis of mental disorders in workers. *Med Pr* 2000;51(6):589-601.
5. Moncada S, Llorens C, Kristensen TS. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) CoPsoQ ISTAS21. España: Ed. Paralelo Edición S.A.; 2002.
6. Bozzo E, Chaves E, Ozonas M, Tomasina F. Condiciones de trabajo de enfermería del Departamento de Recuperación Post anestésica del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Universidad de la República. *Revista Uruguaya de Enfermería* 2006;1(1):5-13.
7. Tomasina F, Bozzo E, Chaves E, Pucci F. Impacto de las condiciones laborales en la salud de trabajadores de un centro quirúrgico. *Rev Cuba Salud Pública* 2008;34(2).
8. Frantchez V, Pintos M, Stolovas N, Tomasina F. Síndrome de Burnout en Residentes de Medicina Interna. Uruguay. Presentado en el 29º Congreso Mundial de Medicina Interna. Buenos Aires, Argentina, setiembre de 2008.
9. Stolovas N, Tomasina F, Frantchez V, Pintos M, Aguirrezabal X. Una visión de género: Trabajadores médicos jóvenes en el ejercicio de la residencia. Presentado en la IV Semana Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo, SRT, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Buenos Aires, Argentina, abril de 2008
10. Pucci F, Tomasina F, Stolovas N, Frantchez V, Pintos M. Violencia en el trabajo. El caso de los trabajadores médicos jóvenes en ejercicio de la residencia. VI Congreso Latinoamericano de Sociología en el Trabajo. México, 21 de abril de 2010.



Más allá del genoma... más acá de la cultura.
Veinte años de Psicología Médica en el Uruguay

13.2. El *burnout* en las profesiones de la salud

Antonio L. Turnes

Introducción

Sean mis primeras palabras para agradecer a los organizadores del Congreso por su amable invitación para participar en esta mesa. En segundo lugar, comentarles que nada de lo que aquí comentaré para ustedes hubiera sido posible sin la invalorable ayuda de la Prof. Dra. Laura Schwartzmann, que lamentablemente se encuentra hoy lejos de aquí, pero que mucho nos ayudó a elaborar muchas de las encuestas y valoraciones que expondremos. En tercer lugar, quiero advertirles que, como dice un viejo adagio, aquí sólo les diré cómo pescar y no les daré a comer pescado. Veremos muy a vuelo de pájaro algunas nociones fundamentales de este tema, vinculado básicamente a los médicos, a través de diversos instrumentos con los que hemos ido valorando a lo largo de los últimos años la incidencia de este problema en nuestro país.

Quiero decirles que este tema comenzamos a exponerlo a partir del 10 de octubre de 2002, en plena crisis económica y social sufrida en Uruguay ese año, en una reunión del Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud, realizado en el Hospital Policial, para conmemorar el Día de la Salud Mental. Posteriormente fue publicado abreviado en el Diario Médico¹.

Pero antes y después, nos habíamos preocupado por el estudio de las causas de mortalidad y morbilidad de los profesionales médicos, lo cual ha sido objeto de diversas publicaciones y sobre todo de conferencias y participaciones en mesas redondas en diversos ámbitos nacionales e internacionales^{2,3}.

La salud y el equilibrio

En primer lugar, sabemos que desde la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Quiero traer ante todo una imagen que vale más que mil palabras y que fue divulgada por un viejo médico salubrista chileno, Director de la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Abraham Horwitz (1910-2000)⁴ y entre nosotros por el salubrista chileno Dr. Francisco Mardones Restat (1919-2009)⁵ desde 1964. En la figura 13.2.1 se muestra que la salud es uno de los componentes del nivel de vida, y es interdependiente de los demás factores allí identificados en el gráfico: educación, recreación, vestuario, alimentación, vivienda, trabajo, libertades humanas y seguridad social. Si no existe un adecuado equilibrio entre todos ellos, la salud estará también desbalanceada⁶.

Sobre el síndrome de *burnout*, o como lo denominan los españoles “síndrome de desgaste profesional”, se han dado diversas definiciones. En 1974 Freudenbergler dijo que era “un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”. En 1986, Maslach y Jackson lo definieron como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Las primeras descripciones fueron hechas en personal que atendía pacientes psiquiátricos en una clínica de Nueva York. Luego se fue viendo que era aplicable a múltiples otros conjuntos de personas. En 1984 Brill señaló que “es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una in-

tervención externa de ayuda o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas". En 1988 Pines y Aronson lo definieron como "el estado de agotamiento físico, mental y emocional producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes."

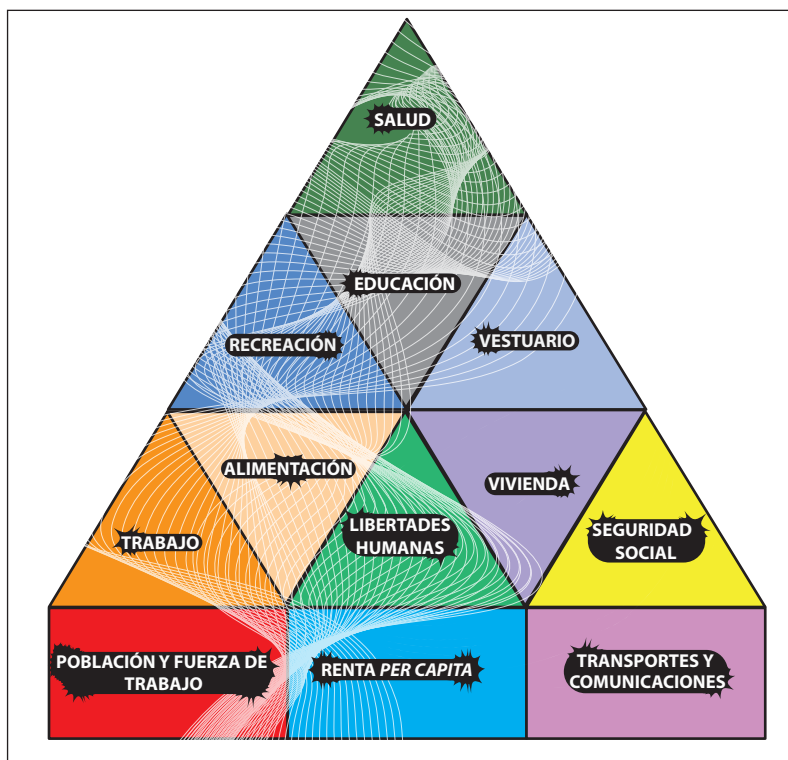


Figura 13.2.1.

De este modo, tenemos que el síndrome de *burnout* o síndrome de desgaste profesional es un problema individual, un problema social y un problema de salud pública, por lo que debe considerarse como un conjunto y no de forma aislada.

Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del

trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial, en el caso que el afectado atienda pacientes.

Hans Selye (1907-1982) fue un médico y fisiólogo austro-húngaro-canadiense que describió en 1936 el síndrome general de adaptación⁷, más tarde designado como *stress*. Él escribió más tarde muchos libros, pero fundamentalmente uno titulado "El estrés en la vida", que está traducido al español⁸. Él definió que en este síndrome, estudiado experimentalmente en animales de laboratorio, fundamentalmente ratas blancas, sometidas a cualquier agente estresor (frío, calor, agresiones diversas) siempre desde el exterior, desde el ambiente, el animal pasaba por tres fases: una primera fase de alarma, donde se movilizaban los recursos neuro-endócrinos, que preparaban para la segunda fase de resistencia, la que constituía una meseta. Cuando las reservas movilizadas se agotaban, llegaba la tercera fase llamada fase de agotamiento. Allí se planteó comenzaría el *burnout*. Naturalmente Selye en sus experimentaciones demostró que intervenía de manera fundamental el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, con movilización de hormonas que terminaban en una descarga de adrenalina desde la médula suprarrenal. Dicha sustancia determinaba que pudieran adoptarse las reacciones generales del organismo para hacer efectiva la alarma: mayor circulación periférica, taquicardia, mayor frecuencia respiratoria, aumento del metabolismo, adaptaciones para enfrentar el peligro agresor (disparar o enfrentar la agresión). En una etapa posterior, esas defensas neuro-endócrinas mantenían el nivel de la reacción hasta que finalmente, cuando ya no se podía sostener el gasto, se entraba en la fase de agotamiento. Se producía la depleción de reservas, teniendo como resultado la claudicación ante el agente o factor agresor. En este momento, Selye observaba hipertrofia de las glándulas suprarrenales, hemorragias digestivas y otros fenómenos evidenciables en la disección de sus animales de experimentación.

Estudios recientes en colectivos médicos en Uruguay han mostrado que el *stress* se encuentra presente en alta propor-

ción entre médicos generales y también entre psiquiatras. O sea, entre los profesionales encargados del cuidado de la salud mental. Este hecho ha quedado en evidencia por encuestas realizadas por Equipos Mori para la 8ª Convención Médica Nacional, en el año 2004⁹, para la Comisión de Hemostasis y Trombosis del Sindicato Médico del Uruguay en 2007¹⁰ y para la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría en 2009¹¹.

En 2007, frente a la pregunta “Ahora se enuncian algunas situaciones. Describa, por favor, durante los últimos tiempos, cuánto ha sentido lo que mencionaré a continuación”. y se interrogaba sobre: “se siente presionado por los familiares de los pacientes durante la asistencia de los mismos” un 18% respondió que rara vez, un 48% respondió que algunas veces, el 19% con frecuencia y el 5% dijo que siempre. Ante la pregunta “debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado” el 18% respondió que rara vez, el 45% algunas veces, el 19% con frecuencia y el 5% siempre. Frente a la pregunta “se siente presionado por los pacientes durante la asistencia” el 18% manifestó que rara vez, el 46% algunas veces, el 16% con frecuencia y el 4% siempre. Ante la pregunta “se siente presionado profesionalmente por las autoridades de las instituciones donde trabaja” el 18% manifestó que rara vez, el 34% algunas veces, el 12% con frecuencia y el 4% siempre. Ante la afirmación “pienso que he ido perdiendo entusiasmo por mi profesión” el 12% manifestó que lo pensaba rara vez, el 18% algunas veces, el 6% con frecuencia y el 3% siempre. Finalmente, frente a la afirmación “creo que me he vuelto más insensible en mi trabajo” el 15% manifestó que rara vez, el 16% algunas veces, el 6% con frecuencia y el 2% siempre. Esta encuesta se realizó en una muestra representativa de médicos de todo el país, de todas las disciplinas, trabajando tanto en el ámbito público como privado.

En la encuesta realizada entre los psiquiatras de todo el país, en mayo de 2009, encontramos que al preguntar “¿Toma algún psicofármaco” el 26% respondió afirmativamente. De ellos el 71% consumía ansiolíticos, el 24% antidepresivos y el

2% estabilizadores del humor. Respecto a las horas de sueño y la licencia anual, diremos que el 12% dormían menos de 6 horas diarias y el 7% no habían tomado licencia en el último año. Respecto a su satisfacción con el trabajo, el 7% manifestó que creía que se había vuelto más insensible en su trabajo; el 36% manifestó que con frecuencia al final de la jornada se sentía agotado; y el 23% expresó que debido a su trabajo se sentía emocionalmente agotado. El 12% manifestó que con frecuencia se encontraba cansado cuando se levantaba por la mañana y tenía que enfrentar otro día de trabajo. En cuanto a los aspectos vinculados a preguntas formuladas para conocer el desgaste profesional, el 11% manifestó que con frecuencia o siempre se sentía presionado por la posibilidad de ser demandado judicialmente dentro del ejercicio de su profesión; el 18% que se sintió presionado profesionalmente por las autoridades de las instituciones donde trabajaba; el 19% se sintió presionado por los familiares de los pacientes; y el 15% se sintió presionado por los pacientes durante la asistencia.

Cuando la Consultora graficó las respuestas a la pregunta: “Hablemos del *stress*. Normalmente, usted se siente...”, aunque existen diferencias sustanciales entre edad, sexo y lugar de residencia (Montevideo o interior), podemos esquemáticamente decir que el 6% de los hombres y el 5% de las mujeres se sentía muy estresado; el 31% de los hombres y 39% de las mujeres bastante estresado; 56% de los hombres y 53% de las mujeres algo estresados; y sólo el 7% de los masculinos y el 4% de las mujeres nada estresado. Los más estresados eran los psiquiatras de 46 a 55 años de Montevideo y algo menos los colegas del interior.

Cuando estuvimos en la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU) entre 2005 y 2008, encontramos que los colegas que tenían a su cargo la certificación de los profesionales (de todas las profesiones amparadas por dicha Caja) disponían de una rica información acumulada a lo largo de muchos años, que pudimos hacer que se desempolvara, actualizara y publicara en el año 2008¹².

Esta información resultó de tanto interés que concurrieron de la CNN a hacer un reportaje a sus autores, ya que es poco frecuente que se realicen trabajos de esta naturaleza con tal diversidad de profesiones. Ese seguimiento a largo plazo realizado en la CJPPU ha puesto en evidencia una mayor afectación, incapacidad y jubilación anticipada entre todas las profesiones de la salud (médicos, odontólogos, enfermeros y parteras), muy por encima de lo que ocurre en el resto de las profesiones. Vale la pena dedicar atención a este artículo que muestra datos cuantitativos bien elocuentes.

La colección de los Cuadernos del Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay de los años 2008 y 2009 recoge todas estas encuestas y datos estadísticos. Allí pueden consultarse con mayor comodidad, ya que se encuentran *on line*, con posibilidad de bajar los artículos de interés.

Al mismo tiempo me permito recomendarles un libro de aparición reciente entre nosotros, pero publicado el pasado año en la República Argentina. Presenta diversos autores, con prólogo de Pedro Cahn y se titula “¿Por qué ser médico hoy?: puentes entre la formación y la práctica de la medicina”¹³. El libro cuenta con artículos de distinguidos médicos y escritores argentinos, mexicanos, españoles y colombianos.

En definitiva, creo que en este tema del síndrome de *burnout* estamos como frente al iceberg, donde hay un octavo que se observa sobre la superficie y siete octavos que permanecen sumergidos, no visibles. Allí están las causas ocultas de este fenómeno, y de nosotros o de ustedes depende que puedan encontrarse las personas que lo padecen y los lugares donde se sufren.

¿Cuáles son las manifestaciones?

Las manifestaciones del síndrome de *burnout* podemos dividir las en las siguientes:

Psicosomáticas: caracterizadas por fatiga crónica, frecuentes cefaleas, trastornos del sueño, úlceras y otras perturbacio-

nes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.

Conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas (tales como café, tabaco, alcohol, psicofármacos, incluso autoadministrados), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, tanto en lo profesional como en la vida ciudadana y aumento de las conductas violentas.

Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica (que debe destacarse entre la constelación de síntomas, porque es característica y tempranamente reconocible), impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

En el ambiente laboral: detrimento o disminución de la capacidad de trabajo, disminución de la calidad de los servicios que se presta a los pacientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes (dificultad para hacerse comprender o para comprender a los demás).

¿Quiénes son los afectados?

Muchas actividades humanas pueden verse afectadas por este síndrome: los profesionales de la enseñanza, los profesionales de la salud (incluyendo los de la salud mental), otros profesionales y ejecutivos y policías y militares sometidos a situaciones de tensión emocional en el enfrentamiento de sus responsabilidades profesionales, cuando a menudo no están adecuadamente preparados para esa instancia. Hasta las personas que trabajan en oficinas donde son hostigadas por sus compañeros o sus jefes pueden preentar el síndrome, lo que ha dado en llamarse *mobbing*, que es otra manifestación del *stress* laboral.

¿Cómo encararlo?

Debemos decir que existen varias claves para salir de estos síndromes, de los que no puede emergerse sin apoyo profesional. Claves es como decir llaves, ya que el vocablo llave procede del latín "*clavis*", que según la Real Academia Española significa: 1. Instrumento, comúnmente metálico, que, introducido en una cerradura, permite activar el mecanismo que la abre y la cierra. 2. Instrumento que sirve para apretar o aflojar tuercas. 3. Instrumento que sirve para regular el paso de un fluido por un conducto. De modo que allí tenemos la clave o la llave para salir de este pozo. Sin apoyo psicológico que permita identificar la raíz de estos fenómenos y corregir los factores causales o etiológicos, es difícil, por no decir imposible, que esto se logre. De allí que los psicólogos médicos y todos cuantos trabajan en la salud mental deberían preocuparse por encarar estos trastornos que tanto comprometen la calidad del servicio que los profesionales de salud prestan. Las instituciones deberían también reconocer más este fenómeno y concurrir con soporte adecuado para evitar que el deterioro progresivo de sus profesionales deteriore su imagen y sus servicios. Pero sobre todo, debemos todos reconocerlo para combatirlo. La única forma eficaz de alcanzar un futuro más saludable.

Bibliografía

- ▶ Turnes AL. La Salud Mental, el médico y los profesionales de la salud. Conferencia dictada en el Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud. 10 de octubre de 2002. Disponible en: www.smu.org.uy/emc/novedades/burnout.pdf
- ▶ Turnes AL, Ciriacos C, Rodríguez H. Mortalidad de los médicos en Uruguay (Primera parte) 1974-2002. Disponible en: www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2003v3/art-5.pdf
- ▶ Ciriacos C, Rodríguez H, Turnes AL. Mortalidad de los médicos en Uruguay (Segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/22/4/2/es/4/>

- Horwitz BA: Véase: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-101820060000200001&script=sci_arttext
- Vida y legado del Dr. Francisco Mardones Restat (1919-2009). Rev Chil Nutr [internet] 2009; 36(3). Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182009000300011&script=sci_arttext
- Mardones Restat F. Planificación de la Salud en el Uruguay para su infancia. VIII Congreso Médico Social Panamericano. Fascículo 1. Confederación Médica Panamericana-Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, Uruguay, marzo de 1964.
- Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1998;10(2):230-1. □ Disponible en: <http://www.nature.com/nature/journal/v138/n3479/abs/138032a0.html> Selye H. The stress of life. New York: Mc Graw Hill; 1956.
- Equipos Mori para la 8ª Convención Médica Nacional. Encuesta Médica Nacional. Uruguay, 2004. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf>
- Equipos Mori para la Comisión de Hemostasis y Trombosis del Sindicato Médico del Uruguay. Encuesta sobre morbilidad y mortalidad de los médicos uruguayos. Uruguay, 2007. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art15.pdf>
- Equipos Mori para la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría. Estudio sobre las condiciones de trabajo de los psiquiatras uruguayos. Uruguay, 2009. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/art16.pdf>
- Donner E, Vilaró D. Patología Prevalente entre profesionales universitarios. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos2/art9.pdf>
- Echeverri J, Buzzi G, Agrest A, Maglio A, Del Bosco F, Ortiz G, et al. ¿Por qué ser médico hoy?: puentes entre la formación y la práctica de la medicina. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2009.

13.3. *Stress* y enfermedad

Berta Varela

Stress y enfermedad

La convocatoria del Congreso de Psicología Médica “Más allá del genoma... más acá de la cultura. La salud mental desde el paradigma de la complejidad” pretende dar cuenta de los distintos niveles que intervienen ya sea para el mantenimiento de la salud o desencadenamiento de la enfermedad.

Los procesos de salud y enfermedad son influidos por factores psicológicos, el entorno social y las desigualdades sociales y económicas, además de las determinaciones biológicas. Estas múltiples influencias afectan la salud, la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas.

A su vez, los modelos de explicación de la salud y la enfermedad basados en la unicausalidad y el determinismo han sido dejados atrás y son remplazados hoy por modelos multicausales.

Estos modelos intentan una explicación de los procesos de salud y enfermedad en su complejidad dando cuenta de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, siendo modelos actualmente aceptados, no sólo por una posición filosófica sino debido a un mayor conocimiento acerca de las múltiples vías de relación de los factores anteriormente mencionados. Este paradigma integral permite así una mejor comprensión de estos procesos, ya que concibe a los fenómenos de salud-enfermedad como resultados de una interacción dinámica. El sujeto es entendido como un sistema integrado por diferentes niveles de organización, cada uno de ellos con su especificad. Además, los distintos subsistemas no explican el funcionamiento del sistema por una mera adición, sino que éste tiene diferentes niveles de integraciones e interacciones.

El cambio de paradigma supone una **nueva mirada** que incorpora los conocimientos anteriores en una nueva interpretación de la realidad, relacionada con el momento histórico-social y la evolución del conocimiento.

Es en este contexto de conocimiento que las conceptualizaciones y el estudio sobre el *stress* han tenido una marcada evolución desde la definición original de Hans Selye (1935, 1976) como una respuesta inespecífica del cuerpo ante cualquier demanda sobre él. Los desarrollos subsiguientes van a considerar las variaciones individuales a las distintas situaciones.

El estudio del *stress* por ser un concepto limítrofe entre distintas disciplinas (psicología, psiquiatría, fisiología, biología, antropología y sociología) permite y requiere la integración de las mismas en el estudio de los procesos de salud-enfermedad.

Los procesos desencadenados como respuesta a los estímulos estresantes, permiten entender el interjuego de factores internos, estados mentales, factores biológicos y del medio ambiente en sus aspectos físicos, sociales y culturales. La serie de cambios fisiológicos y comportamentales que ocurren como respuesta al *stress* aumentan las probabilidades de supervivencia del individuo cuando debe hacer frente a una amenaza a su homeostasis.

Selye (1976) define el síndrome general de adaptación como respuesta del sistema nervioso central, el sistema nervioso vegetativo o autónomo (simpático o parasimpático) y el sistema endócrino.

La respuesta al *stress* es definida en tres fases: fase de alarma, fase de resistencia o de adaptación y por último fase de agotamiento.

Además de la respuesta endócrina interviene también el sistema inmunitario. La respuesta inmune al *stress* consta de un complejo mecanismo de defensa frente a agresores externos, como virus y bacterias, e internos, como puede ser el mal funcionamiento celular. Este sistema aprende a diferenciar el

cuerpo propio de lo extraño y posee una memoria que le permite recordar y aprender de su respuesta frente al agresor, generando anticuerpos.

La psicología hace también su contribución al estudio del *stress* jerarquizando la respuesta subjetiva. El *stress* no es una reacción que sólo involucra al cuerpo, sino que es una persona quien interpreta determinada situación como amenazante. Es así que la definición de R. Lazarus y S. Folkman (1984) incluye la mediación de la respuesta por una persona que interpreta la situación: “El *stress* es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

En nuestros días, disponemos de un mayor conocimiento de la forma en que los estímulos provenientes del medio interhumano y ambiental pueden desencadenar procesos patológicos y cómo estos procesos pueden expresarse tanto a nivel mental como somático. **Lo psíquico, lo neurológico, lo inmunológico y lo endocrinológico, o sea, los cuatro sistemas de relación del sujeto con el medio y consigo mismo, mantienen un funcionamiento en red, por lo cual una modificación en uno de los sistemas inexorablemente conlleva modificaciones en los restantes.**

Es sabido por ejemplo, que la depresión (Fox, 1998; Johansen 2010) constituye un factor de riesgo en el cáncer y en los trastornos cardiovasculares (Rozansky, 1999). Además puede interferir con la adhesión al tratamiento en cualquier patología. También se sabe que las experiencias traumáticas tempranas tienen repercusiones en el cerebro y en el crecimiento.

Los estímulos internos y externos pueden ser elaborables o sobrepasar la respuesta adaptativa. La respuesta a estos estímulos desencadena una reacción que muestra la interacción de múltiples sistemas fisiológicos: inmunológico, nervioso y endócrino. Pero es necesaria la participación de **un sujeto** que perciba la situación como una sobrecarga, para que se produzca esta compleja reacción que involucra también al

psiquismo. Esta percepción del sujeto evaluando las distintas situaciones como elaborables o desbordantes muestra la variabilidad individual ante los distintos estresores. Vemos cómo la influencia del entorno físico y humano se refleja en el mantenimiento de la salud y en el desencadenamiento de la enfermedad, teniendo en cuenta las variaciones individuales.

La investigación en el área del *stress* y la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) ha mostrado el efecto de los estados emocionales, especialmente los negativos, en la inmunidad. La PNIE busca explicar la relación entre la psique, la mente, el sistema neuro-endócrino e inmune y entender el rol de ese interjuego en el mantenimiento de la salud y en la vulnerabilidad para la enfermedad. Para comprender los procesos inmunorreguladores es necesario incluir al medio interno y externo, donde ocurre la respuesta inmune específica, y reconocer las interacciones del cerebro, del sistema nervioso autónomo, del eje neuroendocrino y del sistema inmune.

Estados psicológicos tan diferentes como la depresión, la ansiedad, la percepción de *stress*, etc., pueden influir en los procesos de salud y enfermedad por la alteración de los estados inmunológicos. Se sabe que la depresión y la ansiedad modifican la proliferación linfocitaria e incrementan la producción de sustancias proinflamatorias, las citoquinas. Las citoquinas son moléculas multifuncionales cuyas acciones diferirán de acuerdo a la célula receptora y a las condiciones microambientales. Si son liberadas cuando hay activación de las respuestas inflamatoria e inmune, activan la liberación de *hormona* liberadora de *hormona* adrenocorticotropa (CRH) con la consiguiente secreción de *hormona* adrenocorticotropa (ACTH). Las citoquinas actúan localmente, de forma parácrina o autócrina, coordinan la eliminación de los microorganismos invasores y del tejido lesionado no viable y modulan el sistema inmune.

El *stress* agudo aumenta el tráfico de linfocitos y macrófagos hacia el sitio de la amenaza. Si existe una memoria inmunológica establecida para un agente patógeno el resultado de

este *stress* sería beneficioso. En este caso la respuesta inflamatoria es protectora, pero si persiste en el tiempo puede llevar al agotamiento del sistema y determinar inmunodepresión.

Si la memoria lleva a una respuesta alérgica o autoinmune, el *stress* exacerbaría un estado patológico. Hans Selye (1993), bien conocido por su descripción del síndrome general de adaptación, describe también dos tipos básicos de respuesta de defensa biológica contra potenciales agresores de origen externo o interno, de los que depende la homeostasis. Esta defensa biológica está caracterizada por mecanismos sintóxicos (sin: junto a) o catatóxicos (cata: contra). Las sustancias producidas por la corteza adrenal como el cortisol y otras hormonas antiinflamatorias son consideradas hormonas sintóxicas. Estas hormonas inhiben la inflamación, favoreciendo la acción de los agentes de la inmunidad tisular y humoral, estableciendo una “barrera” al agresor.

En cambio, cuando se produce la defensa catatóxica se producen cambios químicos, sobre todo la inducción de enzimas destructivas, que generan un ataque activo al agente patógeno, acelerando su degradación metabólica. Por otro lado, en la década de 1980 se descubren las endorfinas y su efecto analgésico protector contra el *stress*. También se describe su papel en la transmisión de la señal de alarma del cerebro a la hipófisis.

Lo psíquico

Las características personales como el tipo de **defensa psicológica y de afrontamiento frente al *stress***, atenúan o amplifican la reacción psicológica y modulan la actividad neuroendocrina y simpática, siendo este un importante factor explicativo de las diferencias individuales en la respuesta inmune al *stress*.

El creciente estudio de los mecanismos psicológicos que modulan las respuestas a los estímulos, afrontamiento y defensa, se relaciona con la adopción de modelos transaccio-

nales en el estudio del *stress*. ¿Qué queremos decir con esto? El estímulo puede tener características que podemos *a priori* entender como estresantes, pero será la persona o los grupos quienes evaluarán la situación como sobrepasando sus recursos y por ende como estresante. Se reconoce, además, la vulnerabilidad y la resiliencia individual y de las comunidades involucradas en el enfrentamiento al *stress*.

Desde una perspectiva psicoanalítica se puede afirmar que no es el evento en sí el que desencadena la reacción de *stress*, sino la manera como la persona interpreta tales eventos a través de la mediación de procesos representacionales intrapsíquicos, conscientes y, con mayor peso, inconscientes.

La perspectiva cognitiva hace énfasis en los procesos de evaluación como determinantes de la respuesta.

Para la Escuela de Psicósomática de París el traumatismo es medido por la cantidad y la calidad de la desorganización y no por la naturaleza del mismo. Postulan además que la ausencia de excitación también puede ser traumatizante. Los factores con potencialidad traumática o estresante pueden ser tanto externos como internos, ambos ligados entre sí, pues las variaciones en la intensidad pulsional son también un factor de sobrecarga del aparato psíquico.

Si concebimos la salud como un balance homeostático entre los diferentes procesos que se dan en un sujeto y su entorno, los procesos patológicos son explicados, entonces, por una combinación de agresión medioambiental, capacidad de respuesta, vulnerabilidad y resiliencia del sujeto y su carga genética. En algunos casos la agresión medioambiental puede ser tan intensa que supera la capacidad de adaptación de la persona independientemente de la carga genética. No hay resiliencia posible cuando se acumulan traumas por encima de cierto umbral.

El modelo del *stress* también se revela adecuado como modelo explicativo de la enfermedad mental, ya que reconoce la importancia del medioambiente y las diferencias individuales en la vulnerabilidad a la tensión.

La vulnerabilidad individual al *estrés* puede deberse a una característica personal o social, pero también surge de la historia personal, de la carga genética o de la experiencia previa con el estresor.

Desde la neurobiología sabemos que las experiencias traumáticas o estresantes en períodos críticos tempranos producen cambios persistentes (hiperactividad y sensibilización) en los circuitos hipotalámicos y neuroendócrinos y en las vías extra hipotalámicas, productores de *corticotropin-releasing* (CRF, factor estimulante de la liberación de corticotropina). Estas experiencias aumentan la vulnerabilidad posterior. Desde el punto de vista fisiopatológico a trastornos de la inmunidad, cardiovasculares, endócrinos y metabólicos, y desde el psicopatológico a trastornos depresivo mayor y de ansiedad, a trastorno por *stress* postraumático (TEPT) y al abuso de sustancias. Experiencias tempranas traumáticas tienen gran impacto en la mente, ya que áreas específicas del cerebro cursan periodos rápidos de desarrollo y de reorganización. De este modo, el trauma en períodos tempranos tiene efectos duraderos debido a modificaciones en las estructuras cerebrales involucradas en los procesos de repuesta al *stress*, la integración de la información y la memoria.

El mayor conocimiento de la neurobiología del comportamiento humano traerá aparejado importantes consecuencias en el establecimiento de pronósticos, estrategias de prevención y de tratamiento de la psicopatología resultante.

La neurobiología se ha abocado fundamentalmente al estudio del *stress* postraumático y de la depresión que aparecen como consecuencia de eventos traumáticos; esto es de la psicopatología resultante. Ha recibido menor atención el estudio de la neurobiología de la resiliencia o de la resistencia a la adversidad. Sin embargo, se trabaja actualmente en modelos de resiliencia psicobiológicos de respuesta al *stress* extremo (Charney, 2004).

Los avances en imagenología permiten una mayor comprensión de la naturaleza de la mente, ya que ésta permite

la visualización funcional de las diferentes áreas cerebrales, su cotejo con imágenes de sujetos normales así como, en los casos patológicos, permite el seguimiento y la acción de psicofármacos y psicoterapias en las modificaciones iniciales.

El *stress* puede afectar la función y morfología de ciertas áreas del cerebro. Si es breve, sus efectos son reversibles, pero si persiste puede causar muerte neuronal y atrofia del hipocampo por ejemplo.

Los efectos del *stress* pueden traducirse en enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto), enfermedades infecciosas o reactivación de infecciones, enfermedades digestivas (dispepsias, úlcera), colon irritable y enfermedades neuropsiquiátricas: ansiedad, angustia, síndrome de *stress* postraumático. Es discutida su participación en el cáncer, pero como veremos más adelante, se reconoce su intervención en la progresión de la enfermedad.

¿Cuál es la relación entre el *stress* y la enfermedad coronaria?

Los factores psicosociales de riesgo para una enfermedad coronaria se relacionan con los rasgos de personalidad, con los sucesos vitales estresantes o traumáticos y con un estilo de vida que favorece las situaciones que generan *stress*. Si a esto se le agrega la ausencia de soporte social y/o afectivo adecuado o aislamiento social, pueden ocurrir cambios fisiológicos que propicien la aparición de un evento coronario.

¿Por qué se relaciona el *stress* y la enfermedad coronaria?

La respuesta fisiológica al *stress* implica la liberación de hormonas (sobre todo catecolaminas y corticosteroides) por el sistema neuroendócrino.

La activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, con la consiguiente producción de hormonas (catecolaminas por

la médula suprarrenal como respuesta al *stress*), produciría cambios hemodinámicos y bioquímicos que estarían relacionados con enfermedades precursoras de la coronariopatía. Es conocido el efecto vasopresor de la adrenalina, cuyo incremento plasmático produce hipertensión arterial, factor de riesgo de enfermedad coronaria. La activación del sistema nervioso simpático y adreno-cortical determina la liberación de lipoproteínas que favorecen la formación de depósitos de grasa en las coronarias, promoviendo así el desarrollo de placas de ateroma.

El incremento del cortisol, propio del *stress*, tiene efectos a nivel del metabolismo con consecuencias cardiovasculares a largo plazo.

Los rasgos de personalidad que pueden predisponer a una enfermedad coronaria pueden ser considerados como factores de riesgo crónicos. Los rasgos de personalidad tipo A fueron descritos por los cardiólogos Friedman y Rosemann (Evans, 1994). Las personas que reúnen los rasgos de personalidad tipo A no se limitan a responder a las situaciones problemáticas generadas por el medio ambiente, sino que también buscan y crean situaciones que generen desafíos y demandas con sus pensamientos y conductas. Este complejo patrón de reacción tipo A muestra la tendencia a percibir un número mayor de situaciones como amenazantes y competitivas. En general, estas personas hacen una búsqueda activa de situaciones con cierto grado de desafío. Por otro lado, muestran una tendencia a sobrecargarse de actividades e implicarse en múltiples tareas a plazo fijo, además de tener una gran necesidad de reconocimiento social y gusto por la competencia. Muestran además una propensión a acelerar la ejecución de cualquier actividad. Están por lo general, en un extraordinario estado de alerta mental y física y desarrollan niveles altos de agresividad y hostilidad como reacción a la frustración.

El patrón de conducta tipo A

Complejo acción-emoción (establecido por Friedman y Rosemann):

1. Una serie de manifestaciones conductuales referidas al comportamiento motor y estilo de habla, caracterizado por movimientos rápidos, tensión muscular facial, tono de habla enérgico y gesticulación excesiva.
2. Manifestaciones comportamentales de carácter complejo. Exceso de ambición, agresividad, impaciencia y competitividad.
3. Reacciones emocionales de ira y hostilidad cuando se obstaculiza la consecución de sus metas.
4. Sistema de creencias y valores de marcado carácter sociocultural como miedo al fracaso o una necesidad constante de probar su valor personal.

Aun cuando no se reúnan todas estas características en algunas personas, se encuentra una hiperreactividad psicológica y fisiológica a estímulos del medio ambiente, situación generadora de *stress* y por lo tanto factor de riesgo cardiovascular. Esta vulnerabilidad se caracteriza por la intensificación de la reacción frente a estímulos, que en circunstancias normales conduciría a un esfuerzo adaptativo (aumento de la carga alostática).

La afectividad conlleva un correlato somático: las emociones, la angustia, la ansiedad, los miedos, la depresión y el *stress* producen una activación adrenérgica, relacionada con la hiperactivación del sistema nervioso simpático y desequilibrio simpático/parasimpático. Los efectos fisiológicos producidos por perturbaciones emocionales agudas generan, a nivel mental, un estado percibido como de *stress* agudo y, a nivel somático, se relacionan con isquemia coronaria, arritmias, etc.

La revisión de A. Rozanski (1999) acerca del impacto de los factores psicosociales en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular, establece cinco dominios: la depresión, la ansiedad, factores vinculados a la personalidad y los rasgos de

carácter, el aislamiento social y el *stress* crónico. Los mecanismos fisiopatológicos que subyacen estas entidades (que se relacionan con la enfermedad cardiovascular) pueden ser debidos a comportamientos o directamente por activación neuroendócrina.

Los estados emocionales vinculados a la enfermedad coronaria pueden clasificarse, de acuerdo a un criterio temporal, en agudos o crónicos. Entre los episodios agudos encontramos los ataques de pánico o ansiedad generalizada o estados de ira. Los factores relacionados con estados de agotamiento vital (ampliamente descriptos en la literatura) y la depresión también pueden constituirse en factores de riesgo cardiovascular.

Los sucesos vitales estresantes o cualquier situación de *stress* que sea evaluada como sobrepasando los recursos personales, puede producir obstrucción en una arteria previamente dañada por la activación catecolaminérgica.

La desesperanza y el agotamiento vital

En los pacientes con enfermedades coronarias la prevalencia de la depresión es tres veces mayor que en la población general. Estudios epidemiológicos muestran la relación entre episodios depresivos y la incidencia de eventos coronarios. La evidencia sugiere que el riesgo de eventos coronarios asociados con depresión se observa a lo largo de un continuo.

La desesperanza y el agotamiento vital que forman parte de la depresión han sido identificados en sí mismos como factores de riesgo. La influencia de la desesperanza fue destacada en un estudio observacional y longitudinal en 2.428 personas, en el que se observó que esta forma de afrontamiento ponía en riesgo de muerte por cualquier enfermedad (Everson et al, 1996).

La fatiga fue considerada un síntoma desde la antigüedad por los médicos. Recientemente los médicos en general y en particular los cardiólogos la consideran como un síntoma precursor patognomónico de infarto o muerte súbita, con una prevalencia del 30 al 60%.

Es probable que los hallazgos de Pierre Marty (1985) en la psicósomática del adulto, en que describe al tono vital como uno de los factores protectores de desorganización y enfermedad somática en tanto que la atonía vital y su extremo el pensamiento operatorio, muestran que la falla del funcionamiento mental pudiera corresponderse al concepto de fatiga vital.

En una revisión de Rozanski (también en la hecha por la Dra. Bouza; inédita) de trabajos sobre los factores psicosociales que inciden en la enfermedad coronaria, destaca el trabajo de Appels, quien describe un cuadro denominado "agotamiento vital", caracterizado por fatiga inusual, intensa, falta de energía, irritabilidad y sentimientos de desmoralización semejantes a los de la depresión. La fatiga se relaciona con la falta de descanso, sensación de debilidad permanente, anhedonia, dificultad para resolver problemas, falta de concentración y desmoralización. A nivel afectivo aparecen sentimientos de desesperanza, expectativas negativas en relación al futuro, labilidad emocional caracterizada por crisis de llanto, trastornos del sueño y la presencia de una inusitada dificultad para resolver situaciones cotidianas. La otra característica importante es la irritabilidad, que se genera por situaciones nimias.

¿Es este un cuadro depresivo? ¿Está relacionado con el cuadro cardiovascular que determina la repercusión mental? ¿O representa la falla del funcionamiento mental incapaz de procesar las excitaciones?

El agotamiento vital es para algunos un síntoma que permite diferenciar un cuadro cardiovascular de una depresión, siendo el correlato anímico la repercusión del cuadro orgánico. Cuando estamos frente a un nivel alto de agotamiento vital puede tratarse de un síntoma precursor de un evento coronario, sobre todo en el tercer año de este síntoma. Se ha mostrado que dentro de un grupo de pacientes en los que se había efectuado una angioplastia, en aquellos que presentaban síntomas de agotamiento vital aumentaba la probabilidad de recaída.

¿Cuáles son las causas del agotamiento vital? ¿Es causa o consecuencia?

Se considera que podría ser consecuencia de una enfermedad coronaria subclínica, mientras que el cuadro psicológico podría deberse a una activación inmunitaria.

La Escuela Francesa de sicosomática vería aquí, en la falta de tono vital, un indicador del funcionamiento mental que predispondría a una desorganización somática.

Por otra parte, respecto a la relación entre el *stress* laboral y las enfermedades cardiovasculares, distintos estudios evidencian un incremento de los precursores de estas enfermedades (hipertensión, concentración sérica de colesterol, índice de masa corporal, etc.), incremento de enfermedad coronaria nueva y un aumento en el riesgo de sufrir infarto de miocardio, independientemente del riesgo vascular de base. La población de riesgo la constituyen aquellos trabajadores cuyas tareas se caracterizan por un bajo control o baja incidencia en la toma de decisiones (Siegrist, Marmot MG, 1998). Estas investigaciones identifican al *stress* laboral como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular con un peso similar al tabaquismo o la hipertensión arterial.

Factores psicosociales y cáncer

¿Cuál es la incidencia de las variables psicosociales en el desarrollo del cáncer?

El papel del afrontamiento de la enfermedad ha sido especialmente estudiado en relación al cáncer, siendo centro de interés junto con la enfermedad coronaria. La forma en que los pacientes afrontan la enfermedad es uno de los factores psicosociales que parece tener más influencia en la respuesta al cáncer y su efecto sobre la sobrevivida. Pero la correlación entre los parámetros psicosociales y la sobrevivida en cáncer es metodológicamente compleja (Watson & Greer, 1998).

El afrontamiento es un factor estabilizador que ayuda a mantener la adaptación psicosocial durante los períodos de exceso de estímulo. Comprende los esfuerzos cognitivos y comportamentales para reducir o eliminar las condiciones estresantes que están asociadas con malestar emocional (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaefer, 1993).

La influencia de los factores psicosociales ha sido estudiada en el cáncer, la que no se explica por una causa única o asociación simple. En recientes revisiones de Kiecolt-Glaser (1988, 2002), se establecen las relaciones entre el *stress* psicológico y los estados emocionales en la inmunidad. La respuesta endócrina e inmune a los estresores conduce a la inmunosupresión y por lo tanto, a una rápida progresión del tumor. La repuesta a los estresores es mediada también por la subjetividad y por la presencia o ausencia de relaciones interpersonales significativas que brinden soporte emocional y social, además del tiempo de exposición a la situación. Es sabido que los estresores graves y/o continuos pueden producir una desregulación inmune (Kiecolt-Glasser). El *stress*, la actividad de las células *natural killers* (NK) y la progresión de la enfermedad se correlacionan, y esto es especialmente importante en pacientes cuya respuesta inmunológica está comprometida.

En un estudio de Levy (1990) se observa que la búsqueda activa de soporte social y la respuesta del entorno se relacionan con un incremento de actividad de células NK en mujeres con cáncer de mama. Asimismo, diferentes estudios muestran el efecto de la psicoterapia grupal en la sobrevida en pacientes con cáncer de mama (Spiegel, 1989).

Watson y Greer (1999) reportan que en pacientes afectadas por cáncer de mama aquellas caracterizadas por respuestas pasivas y/o de desamparo frente al diagnóstico, tienen un período más corto de sobrevida que aquellas que expresan un espíritu de lucha frente a la enfermedad.

Un estudio prospectivo experimental de Fawzy (1999) donde estudia el tipo de intervención psicoterapéutica apropiada

en pacientes con cáncer, muestra los efectos de su modelo de intervención psicoeducacional en los parámetros inmunológicos. El grupo donde se realizó la intervención muestra menos depresión y fatiga y más estrategias de afrontamiento activas (cognitivas y comportamentales), mejoría en la función autoinmune, mayor actividad de las células NK y mayor porcentaje de las mismas. Estas células juegan un importante papel en el cáncer, influyendo en la vigilancia del tumor en las recidivas, además de tener implicancia en la sobrevida.

El uso de estrategias de afrontamiento activas se refleja rápidamente en la adhesión al tratamiento y en el cuidado de la salud (cambios en el estilo de vida). Por otro lado, la reducción del malestar emocional puede resultar en el fortalecimiento y aumento de las células NK, con el fortalecimiento del sistema inmune.

Tjemsland y col. (1997) en un estudio longitudinal en pacientes con cáncer de mama, con control de variables biomédicas y relacionando depresión y evaluaciones a nivel del sistema inmunológico un día antes de la cirugía y alrededor de siete días después, observaron que las pacientes con altos índices de depresión antes de la intervención quirúrgica presentaron un menor número en la mayoría de las subclases de células inmunológicas (células del sistema inmunológico medidas: linfocitos B, células NK, células T CD4+, células T CD8+ y total de células T CD2+). luego de la misma en comparación con los pacientes con bajos índices de depresión. Cabe aclarar que la dirección causal podría ser inversa: a mayor afectación del sistema inmunológico mayor depresión. En esta misma línea, en el ya mencionado estudio longitudinal de Watson y col. (1999), la depresión se asociaba a menores posibilidades de supervivencia, aunque según los autores estos resultados deben ser interpretados con cautela, debido a que el número de mujeres de la muestra con depresión era muy pequeño.

Una posible explicación de la correlación entre la depresión y los menores niveles de células inmunológicas es que

la depresión puede activar el sistema adreno-cortical, el cual tiene efectos supresores del sistema inmunológico (O'Leary, 1990 en Tjemmland y col., 1997). Estos hallazgos podrían explicar desde el punto biológico el hecho de que las mujeres deprimidas del estudio de Watson y col. (1999) tuvieran una menor tasa de supervivencia que las no deprimidas, ya que existe una correlación significativa y positiva entre la menor actividad del sistema inmunológico y un mayor avance de la enfermedad.

En un estudio en donde se establece la relación entre la sobrevida y el afrontamiento en trasplantes de médula ósea en pacientes con leucemia (2005), se encontraron que cuatro estrategias de afrontamiento se asociaban con la sobrevida. Estas son:

- Búsqueda de soporte emocional.
- Aceptación.
- Mantener el control de la situación.
- Control y compensación, relacionado con menor sobrevida.

En la revisión que hace en su tesis la Dra. Bouza (2006), estudiando el efecto de la depresión en la incidencia y progresión del cáncer, señala un primer problema, que es la confusión entre ciertos síntomas del cáncer y la propia depresión, que hacen que esta última muchas veces sea subdiagnosticada.

Bouza cita la revisión de Spiegel y Giese del año 2003 acerca de la incidencia de la depresión en el cáncer. De 30 casos que estudian dicha relación en sólo seis encuentran una asociación positiva, y de 24 estudios publicados analizando la relación entre depresión y progresión del cáncer, 15 mostraron una asociación positiva.

La revisión de Jefferson (2010) señala que no se encuentran diferencias estadísticas significativas que muestren mayor riesgo de cáncer vinculado a la depresión. No obstante, señala que puede ser el estilo de vida de las personas deprimidas el mayor peso predictivo de riesgo. Añade además que

no se debe excluir el componente depresivo.

En nuestro propio estudio (Varela, inédito) sobre defensas y afrontamiento en cáncer de mama, encontramos que una actitud de aceptación activa de los tratamientos y búsqueda de soporte social fue la estrategia prevalente frente al tratamiento quirúrgico. La desesperanza como afrontamiento se correlaciona negativamente con todas las dimensiones de la calidad de vida. La estrategia de afrontamiento prevalente frente a los tratamientos como la quimioterapia fue la búsqueda de apoyo emocional y el autocontrol.

Conclusión

La Psicología Médica trabaja en un campo complejo donde se interrelacionan distintas prácticas y disciplinas, abordando diversas problemáticas que no son pasibles de una mirada única. El estudio de la relación del *stress* con los procesos de salud y enfermedad es un apasionante tema que estimula el trabajo interdisciplinario. Muchos de los recientes hallazgos confirman las intuiciones clínicas y, por otro lado, obligan a revisitar los conceptos y a precisar las hipótesis de trabajo. Permiten también contar con más evidencias posibles de integrar al trabajo psicoterapéutico con pacientes somáticos. El creciente conocimiento en el área refuta cualquier intento de atribuir a una causa única la enfermedad o a una causación psicológica simple, además de dar fundamento a la necesidad de atención psicológica a los pacientes con afecciones somáticas.

Bibilografía

- › Aldwin C. Stress, coping and development. An integrative perspective. New York: The Guildford Press; 1994.
- › Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. Eur Heart J 1988;9(7):758-64.
- › Bernardi R. Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta. Revista Uruguay de Psicoanálisis 1988;67:19-31.

- Bouza G. Tesina de Maestría para la obtención del título de Máster en Psiconeuroinmunoendocrinología. Presentada y aprobada en la Universidad Favaloro de Buenos Aires. 2006.
- Cooper, C. Stress and breast cancer. New York: John Wiley and Sons; 1988.
- Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatr* 2004;161(2):195-216.
- Di Matteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance in medical treatment. *Arch Intern Med* 2000;160:2101-7.
- Engel GL. The need for a New Medical Mode, a challenge for Biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- Evans R, Barer M, Marmor T. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.
- Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med. American Psychosomatic Society* 1996;58(2): 113-21.
- Fawzy FI. Psychosocial Interventions for patients with cancer: What works and What doesn't. *European Journal of Cancer* 1999;35(11). Great Britain: Published by Elsevier Science Ltd.
- Feifel H, Strack S, Nagy VT. Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosom Med* 1987;49 (6): 616-27.
- Folkman S, Greer S. Promoting Psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology* 2000;9:11-19.
- Fox BH. Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In: Holland JC. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. P. 110-124.
- Freud S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. Vol. XX. 2ª edición, 4ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1993. P. 71-164.
- Golderberger L, Breznitz S. *Handbook of stress*. 2nd. ed. New York: The Free Press; 1993.
- Heim E. Coping and adaptation in cancer. In: Cooper C, Watson M, ed. *Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies*. New York: John Wiley & Sons Ltd.; 1991. P. 196-235.
- Irwin M, Miller A. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain, Behavior and Immunity* 2007;21(4):374-83.
- Johansen C. Psychosocial factors. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al, ed. *Psycho-Oncology*. 2nd. ed. New York: Oxford University Press; 2010. P. 57-62.

- Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles T, Glaser R. Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future [Review Article]. *Psychosomatic Medicine* 2002;64(1):15-28.
- Kop WJ. The predictive value of vital exhaustion in the clinical course after coronary angioplasty. Ph.D. thesis. University of Maastricht, The Netherlands, 1994.
- Lazarus R, Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca Ediciones S.A.; 1986.
- Lazarus R. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993;55:234-47.
- Lazarus R. *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Co.; 1999.
- Levy SM, Herberman RB, Whiteside T, Sanzo K, Lee J, Kirkwood J. Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med* 1990; 52:73-85.
- Maes S, Leventhal H, Ridder D. Coping with chronic diseases. In: Zeidner M, Endler N, ed. *Handbook of coping*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1996.
- Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A. Health and the psychosocial environment at work. In: Marmot M, Wilkinson R, ed. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press; 1999. P. 105-31.
- Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot; 1985.
- Perrez M, Riechers M. *Stress, Coping and Health*. Toronto: Hogrefe-Huber Publishers; 1992.
- Pierce G, Sarason I, Sarason B. Coping and social support. In: Zeidner M, Endler N, ed. *Handbook of coping*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1996.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99: 2192-217.
- Rozensky H, Sweet J, Tavian S. *Psychological assesment in medical settings*. New York: Plenum Press; 1997.
- Schmale AH. Giving up as a final common pathway to changes in health. *Adv Psychosom Med* 1972;8.
- Selye H. History of the stress concept. In: Golderberger L, Breznitz S, ed. *Handbook of stress*. 2nd. ed. The free Press: New York; 1993. P. 7-20. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1956.
- Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol. Psychiatry* 2003; 54(3):269-82.
- Tjemslund L, et al. Preoperative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psycho-oncology* 1997;6:311-32.

- Vaillant G. Ego Mechanisms of defense. London: American Psychiatric Press; 1992.
- Varela B. Estrés, coping y defensa en el proceso salud enfermedad. Monografía. 2002.
- Varela B, Bernardi R. (2000) Defensas ante el estrés y defensas ante los conflictos ¿Estamos ante el mismo concepto? Actualidades Psicológicas. Buenos Aires, setiembre de 2000.
- Varela B, Bernardi R. Psicología de la salud, psicología hospitalaria, psicología médica. I Congreso de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. Libro del Congreso. Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial; 1999.
- Watson M, Haviland J, Greer S. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. Lancet 1999; 354: 1331-36.
- Zeidner M, Saklofske D. Adaptive and Maladaptive coping. In: Zeidner M, Endler N, ed. Handbook of coping. New York: John Willey & Sons Inc.; 1996.