

La salud del anestesiólogo (Segunda parte) Las agresiones psicosociales

Dr. *Héctor Martinetti
Dr. **Miguel Angel Paladino

Introducción

▶ Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado la asociación entre salud y trabajo. Los investigadores consideran que los factores psicosociales pueden causar o agravar problemas de salud, como también favorecer procesos de salud. El riesgo de aparición del síndrome de agotamiento emocional está asociado básicamente a factores organizativos. De este modo, no es solo la estructura de la personalidad o las formas de conducta lo significativo, sino el clima y la cultura laboral del propio ámbito de trabajo. La relación entre el individuo y el trabajo presenta distintos niveles de malestar psíquico que pueden surgir tanto por las condiciones laborales como por la organización de las tareas. Centra su atención en la construcción de sistemas defensivos, a los que denomina ideologías defensivas, frente a las situaciones de riesgo que asumen los colectivos laborales.

El proceso salud-enfermedad-atención

▶ El proceso salud-enfermedad-atención del paciente, desde el punto de vista psicosocial, se constituye en un espacio de intervención e intercambio entre usuarios, directivos y trabajadores de la salud. Este proceso está atravesado por cambios sociopolíticos que implican condiciones macro estructurales de hegemonía neoliberal y políticas que favorecen la alineación del proceso de trabajo y del acto de salud de usuarios y trabajadores, afectando su salud, las potencialidades creadoras y las demandas poblacionales.

Este proceso está atravesado por cambios sociopolíticos que implican condiciones macro estructurales de hegemonía neoliberal.

Nuestro ámbito laboral

▶ El clima social en los contextos laborales involucra el estudio de variables físicas y sociales que se encuentran insertas en el mismo.

La reflexión conjunta entre los diferentes grupos de actores con distintos intereses permite imaginar las situaciones problemáticas y elaborar estrategias de afrontamiento que apunten a mejorar la salud laboral de los anestesiólogos. Nos preguntamos, a partir de la toma de conciencia de su existencia y conocer su gravedad, cuáles son las condiciones de producción, en este contexto, de un acto de salud que converja en promover los procesos protectivos para mejorar la salud de los trabajadores y proteger a nuestros

* Médico Anestesiólogo de la Ciudad de Salta

** Médico Anestesiólogo de la Ciudad de Buenos Aires

CUADRO I
Algunos comportamientos hostigadores que desencadenan el síndrome de agotamiento emocional

- Sobrecarga de trabajo en calidad y/o cantidad.
- Encargarle tareas por debajo de su capacidad laboral
- Ignorarlo o dejarlo de lado
- Ocultarle información importante
- Ridiculizarlo o hacerle burlas
- Criticarlo o menospreciar su trabajo en público
- Desprestigiarlo. Propagar falsos rumores sobre su vida profesional o personal
- Hacerle insinuaciones negativas
- Criticarlo permanentemente sus opiniones y/o conductas personales o profesionales.

pacientes. Los sistemas de gestión institucional o sectorial tienen como objetivo optimizar la salud. Están insertos en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación. Está construida en un determinado contenido cultural, atravesada por circunstancias históricas, políticas, económicas y sociales.

Síndrome de agotamiento emocional

La despersonalización

- La despersonalización, dentro de las agresiones psicosociales, concentra el mayor porcentaje de personal afectado, tanto en el sector médico como en enfermería. Esta categoría pone de manifiesto la relación que se establece con los pacientes, siendo indicativa de la sobrecarga que siente el profesional y de la defensa que instala como medida protectora. Esta defensa establece una distancia con el objeto de trabajo (“deshumanización”) que perturba la relación médico-paciente y repercute en la calidad de la atención. Podemos plantear como problemas acuciantes el tripo formado por falta de reconocimiento, maltrato y desprotección basados en la falta de recursos sanitarios. En algunas instituciones, tanto oficiales como privadas, existe falta de reconocimiento a la labor médica, falta de apoyo de los compañeros y superiores en el trabajo, falta de apoyo de las autoridades, etc. (ver Cuadro I). Ello nos mueve a indagar por el impacto de la dimensión organizacional y el clima social en la satisfacción de los trabajadores y en el acto de salud.

La desprotección social

- La desprotección social de los médicos aparece reiteradamente mencionada como causa de malestar. El maltrato se instala en la cotidianidad hospitalaria, tanto desde espec-

tos organizacionales como vinculares. En una institución desmantelada y desgastada, el profesional también se desgasta. La tensión crece y desborda en los puntos de contacto entre los distintos sectores; se pierden los vínculos: médico/a-paciente/familiares; médico-enfermero. Los pacientes pierden la confianza en el profesional, quien no se siente ni valorado ni reconocido. Estos hechos van deteriorando el clima de trabajo y perjudicando las posibilidades saludables de los sujetos y de los colectivos laborales. El clima social de trabajo es un nivel de análisis a profundizar en función de los hallazgos de la afectación del síndrome de agotamiento emocional.

Este síndrome se debería contextualizar en el ámbito del estrés u hostigamiento laboral: las malas relaciones personales en el trabajo representan una fuente de estrés. Consideramos arbitrariamente como sinónimos los términos de síndrome de agotamiento emocional, surmenage, mobbing, sobrecarga emocional, síndrome del Burnout, síndrome de desgaste profesional y strain. Hablamos de síndrome de agotamiento emocional cuando una o más personas ejercen violencia psicológica, en forma consciente o no, de forma sistemática y prolongada en el tiempo (se estipula un mínimo de 3-6 meses) sobre otra u otras persona en el lugar de trabajo. Para que exista el síndrome de agotamiento emocional debe darse una relación asimétrica de poder.

Éste no tiene por qué ser necesariamente jerárquico, puede ser también de edad, experiencia adquirida, etc. Favorecen la aparición del síndrome de agotamiento emocional ciertas creencias de la conducción de que un estilo de mando autoritario, que presiona sistemáticamente a los subordinados permite una rentabilidad máxima; también lo propician nuevas formas de trabajo que persiguen optimizar los resultados sin tener en cuenta el factor humano, generan tensión y crean así las condiciones favorables para que emerja (Cuadro II).

El maltrato se instala en la cotidianidad hospitalaria, tanto desde aspectos organizacionales como vinculares.

CUADRO II
Estrategias del agresor para provocar el hostigamiento

- Rechazar la comunicación evitando el diálogo y las explicaciones del porqué de la actitud hostil
- Descalificar, casi nunca abiertamente, casi siempre con insinuaciones o comentarios hirientes.
- Desacreditar, poniendo en circulación falsedades; ocultar sus logros, exagerar sus errores o sacarlos de contexto.
- Aislar: bloquear sus líneas de comunicación con sus compañeros, no convocarlo a las reuniones del grupo de trabajo.
- Inducir al error mediante constante presión.

El hostigamiento psicológico

En Argentina se supone que el 40% de los trabajadores sufren de hostigamiento laboral. Dentro de ese contexto, las víctimas más frecuentes son los que despiertan envidia por su capacidad y que son considerados competitivos para el agresor, los individuos vulnerables por su personalidad depresiva y los innovadores que quieren cambiar los hábitos laborales para mejorar, poniendo en evidencia las falencias del sistema actual.

Y el hostigamiento puede ser en ambos sentidos, del "poderoso" al "débil", del "débil" al "poderoso", o entre trabajadores del mismo nivel jerárquico, o ser consecuencia del mal ambiente laboral en el grupo. A todo ello se pueden sumar factores de riesgo propios de la organización del trabajo: falta de recursos, presiones, carga horaria relacionadas con la tarea, inadecuados sistemas y procedimientos de trabajo, pagos insuficientes, horarios muy prolongados, poco descanso, alteraciones del ritmo circadiano, etc. Muchas de estas causales están inmersas en una inadecuada gestión de los conflictos interpersonales por parte de los superiores, para los cuales el problema no existe o es minimizado.

En Argentina se supone que el 40% de los trabajadores sufren de hostigamiento laboral.

Muchas de estas causales están inmersas en una inadecuada gestión de los conflictos interpersonales por parte de los superiores, para los cuales el problema es minimizado.

Secuencia de desarrollo del síndrome de agotamiento emocional

► permanente en el trabajo sobre una persona que no sepa atenuar sus influencias puede llegar a producir la manifestación de diversos síntomas (conductas de evitación, ideación recurrente, desarrollo de fobias, alteraciones del sueño, etc.) que llegan a conformar síndromes relacionados con diferentes afecciones patológicas. Ejemplos de ellos son las alteraciones del estado de ánimo, como el trastorno obsesivo, el trastorno bipolar, la depresión y la ansiedad; conductas asociales tendientes a adicciones relacionadas con el uso abusivo de drogas, el consumo de tabaco y el abuso del alcohol; y conductas autodestructivas como conflictos familiares, divorcios e incluso suicidios, y hasta alteraciones fisiopatológicas como la hipertensión, trastornos dermatológicos, alteraciones digestivas y cierta propensión a incluir al sujeto en grupos de riesgo de accidentes vasculares y coronarios.

► Podemos simplificar esquemáticamente en cuatro fases el desarrollo del síndrome de agotamiento emocional, las cuales pueden sucederse en forma secuencial o no.

Aparición

► Fase de aparición del conflicto: ataques suaves e insidiosos, síntomas que aparecen con intensidad variable y desaparecen al día siguiente.

Con frecuencia es difícil determinar si se está padeciendo el síndrome o simplemente se sufre el desgaste propio de la profesión, así como definir la frontera entre una cosa y otra.

Instauración ▶ Fase de instauración del síndrome de agotamiento emocional: se intensifican las conductas violentas o agresivas; se tiende a negar, ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan; lo que es importante para el diagnóstico precoz.

Intervención ▶ Fase de intervención de la superioridad o el grupo: después de un cierto tiempo, los responsables toman conciencia del problema e intervienen. Normalmente demasiado tarde.

Marginación ▶ Fase de marginación o exclusión de la vida laboral. Existe una fase irreversible: entre el 5% y el 10 % de los médicos el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible. Se llega a un diagnóstico de carácter psicopatológico que debe ser tratado. La víctima abandona la vida laboral después de sucesivas bajas (quizás disfrazadas de depresiones o enfermedades psicofísicas).

Por esta razón, merece la pena realizar medidas preventivas, ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado, y la diferencia entre un simple desgaste y el síndrome es muy sutil.

Es necesario que los médicos anesthesiólogos pasibles de una agresión psicológica en el entorno laboral se ocupen del mismo y que además lo hagan, si es posible, antes de que se produzca el daño. Esto ineludiblemente nos lleva a un enfoque multidisciplinar de afrontamiento del problema, donde se pongan en marcha mecanismos que incidan sobre la prevención, la evitación y, desgraciadamente, el tratamiento médico, psicológico y jurídico-social cuando el daño ya se ha producido.

Tipos de acción ▶ Se pueden distinguir dos tipos de acción ante el síndrome de agotamiento emocional:

Correctiva ▶ Actuación correctiva: tratar de paliar en el grupo los efectos negativos cuando ya han aparecido los síntomas del síndrome de agotamiento emocional.

Preventiva ▶ Actuación eminentemente preventiva: actuar antes de que aparezca, atenuar los factores que incitan al síndrome de agotamiento emocional.

En las organizaciones laborales y científicas, ello sugiere la participación y la creación y desarrollo de comisiones de prevención de riesgos laborales, como órgano coordinador y regulador de las intervenciones especializadas que requieren normalmente las víctimas del síndrome de agotamiento emocional u otras formas de hostigamiento, que implica la participación de diferentes profesionales. Y será necesaria la intervención de los órganos competentes del estado si las causas que llevan al acoso no son inmediatamente abordadas por los responsables de

En el área de la salud

la organización en la que la persona presta sus servicios.

Factores que influyen sobre el síndrome de agotamiento emocional (Cuadro III)

▶ son más propensos al desgaste los médicos y enfermeros que trabajan en unidades de pacientes crónicos, graves, irrecuperables, terminales y peligrosos.

La atención al paciente es la primera causa de angustia o estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

El síndrome de desgaste profesional es más frecuente en las personas que viven solas, y se discute la influencia de la edad y del sexo, aunque parece más frecuente en los jóvenes profesionales y en las mujeres. La cara laboral parece tener un papel muy relevante, frente a la cual la capacidad de adaptación individual es variable. El número de horas de trabajo semanal y anual se correlaciona directamente con la frecuencia de aparición del síndrome, sien-

Son más propensos al desgaste los médicos y enfermeros que trabajan en unidades de pacientes crónicos.

CUADRO III

Las tensiones que experimentan los trabajadores de la salud provienen de dos fuentes

Fuentes externas	Fuentes internas
<p>Tienen que ver con el ámbito laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prácticas burocráticas - Ambiente laboral inadecuado - Sistemas de trabajo inadecuados o vagamente definidos: exceso de horas de trabajo, de carga de trabajo y rutinas repetitivas. - Pobres supervisiones - Malas condiciones laborales - Jefaturas disfuncionales - Imposición de responsabilidades sin la correspondiente autoridad - Demandas laborales - Pacientes difíciles y de poca respuesta - Conflictos entre empleados - Insubordinación - Descripciones ambiguas de roles y actitudes impersonales - Falta de reconocimiento al esfuerzo y a los logros obtenidos, ausencia de estímulos 	<p>Tienen que ver con la autoestima profesional y son personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La percepción individual y la respuesta al trabajo y al estrés - La necesidad de alcanzar un rendimiento sobresaliente, propia de algunas personas - La incapacidad de ser suficientemente eficientes en algunas cosas - Una pobre auto imagen - Expectativas inconsecuentes - Características de la personalidad que provocan tensión en la relación con colegas, parientes, amigos y pacientes - Problemas familiares - Aspiraciones insatisfechas, profesionales o de otro tipo. - Desilusiones y sentimientos de que no se están logrando los objetivos personales en cuanto al desarrollo de las capacidades propias y de la autonomía.

do la misma menor en las personas con dedicación parcial. Las personas que tienen mayor experiencia profesional, las que se dedican a labores de gestión, participan activamente en las comisiones del centro y disponen de cierta autonomía profesional parecen desarrollar con menor frecuencia la sintomatología. Una insuficiente preparación en habilidades de comunicación interpersonal contribuye mucho a la aparición del problema. Parece ser igualmente más frecuente entre personas perfeccionistas y competentes.

Personalidad ▶ Una personalidad madura y una situación vital favorable serían factores protectores ante el desgaste profesional. La misma está signada por los eventos vitales, edad y años de ejercicio profesional, sexo, familia y apoyo social.

Edad ▶ Aunque parece que la edad no influye en la aparición del síndrome, se considera que puede existir un período de sensibilización que corresponde a los primeros años de carrera profesional, cuando se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, y donde se descubre que las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperada.

Sexo ▶ Con respecto al sexo, las mujeres serían el grupo más vulnerable, quizá por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

Estado civil ▶ Aunque el síndrome ha sido más relacionado con las personas que no tienen pareja estable, no existe acuerdo unánime acerca de la influencia del estado civil; parece que los solteros tienen un mayor desgaste emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las personas casadas o que conviven con parejas estables. Por otro lado, los individuos con hijos serían más resistentes al síndrome debido a la tendencia a ser más maduros y estables; la implicación con la familia y los hijos aumenta su capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales, y a ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Factores laborales: Serían más propensos al síndrome los profesionales que trabajan con pacientes de alto riesgo de vida y condiciones laborales deficitarias en cuanto a medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos y sobrecarga de trabajo.

Turno laboral ▶ Los turnos y el horario también pueden influir, aunque tampoco existe unanimidad al respecto.

Antigüedad ▶ La antigüedad profesional tiene íntima relación, presentando niveles más elevados de agotamiento emocional los

trabajadores de la salud con mayor antigüedad laboral. Además, el mayor número de años de servicio o bien aumenta y consolida la autoestima profesional o todo lo contrario.

Es conocida la relación entre síndrome de agotamiento emocional y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, lo cual produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo, no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición del síndrome de agotamiento emocional, si bien ella es referida por otros autores.

Salario

- ▶ También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo del síndrome en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

Con respecto a las características anteriores, se puede sintetizar lo siguiente:

- es mayor la incidencia de agotamiento emocional en la mujeres;
- la despersonalización es más común entre los hombres;
- la gente joven es más propensa a presentar el síndrome, al igual que las personas solteras o los casados que no tienen familia.

Desde el punto de vista psicológico, existen características o rasgos en la personalidad de los trabajadores de la salud que los predisponen a la manifestación del síndrome; la incidencia es mayor en:

- los que tienen dificultad para manejar grupos;
- las personas que se perciben débiles, impacientes, intolerantes, hostiles;
- los de baja tolerancia a la frustración;
- los que no pueden controlar impulsos;
- los que tienen poca confianza en sí mismos;
- los que tienen dificultad para expresar sentimientos y dar afecto;
- aquellos cuya autoestima e imagen propia depende de las demás personas;
- los que tienen gran necesidad de figurar o tener éxito.

¿Se puede medir el agotamiento emocional?

Escala de Maslach

- ▶ El cuestionario más utilizado es la escala de Maslach (ver Cuadro IV) que tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Se completa en 10-15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

Es conocida la relación entre síndrome de agotamiento emocional y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales.

Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

CUADRO IV
Escala de Maslach

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "usado" en mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

Cansancio emocional

- ▶ Subescala de cansancio emocional, que comprende las siguientes 9 preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Mide el agotamiento emocional por exigencias en el trabajo. Puntuación máxima 54.

Despersonalización

- ▶ Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems: 5, 10, 11, 15, 22. Mide el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Realización

- ▶ Subescala de realización personal. Se compone de 8 preguntas: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Se consideran bajas puntuaciones del autotest entre 1 y 33. Las puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y baja en la tercera indican presencia de síndrome. Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es moderado-elevado, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas (Cuadro V).

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

CUADRO V

Número de respuestas positivas	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Pocas veces al año o ninguna	Una vez al mes más o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Si se está en los comienzos de un proceso de este síndrome existen muchas maneras de aliviarlo, pero primero hay que descubrirlo e identificar las causas. Si se trata de un exceso de trabajo, habrá que tomar medidas para administrar mejor el tiempo, incorporar actividades placenteras, tomarse unas vacaciones, etc.

La posibilidad de error y su repercusión en la salud

La cantidad y calidad de la información médica es amplísima. “Todo lo humano nos interesa”, nos han enseñado nuestros maestros. La oferta informativa y de cursos es muy vasta pero tal vez poco organizada; generalmente tienen lugar fuera de la jornada laboral, lo que supone una extensión encubierta de la jornada y tener que escoger entre la familia y la profesión, sintiéndose culpa por cualquiera de las dos decisiones.

Es frecuente que la alta presión asistencial y la burocratización de nuestra labor nos impidan aplicar plenamente lo aprendido. Así nos vamos descapitalizando profesionalmente, disminuye nuestra capacidad resolutive y nos invade una importante frustración y sentimiento de minusvalía. Esto tiene una gran influencia sobre el punto siguiente, que es la incertidumbre en nuestra práctica y la posibilidad del error.

El error humano

- ▶ Es un hecho desacertado o bien un incidente que puede ocurrir en la actividad diaria; en muchos casos, el error no deriva en accidente y, a veces, no puede ser analizado; en otras ocasiones, cuando constituye una catástrofe, deriva en el análisis tardío de los hechos, al solo efecto de buscar la culpabilidad.

El temor a cometer errores involuntarios nos coloca en estado de alerta, advirtiéndonos insistentemente del riesgo e imponiéndonos una conducta que intente o dé solución. (ver Cuadro VI)

Pero cuando el temor pierde los límites necesarios y se transforma en miedo o pánico, este aliado se convierte en uno de los peores enemigos. Estos temores o miedos pueden llevar a comportamientos de negación, complicaciones psicológicas e incluso orgánicas.

De ahí se deduce que no debemos entrar en el simplismo de la frase “Errare humanum est” ya que constituiría una

El temor a cometer errores involuntarios nos coloca en estado de alerta.

CUADRO VI
**Estrategias para evitar la angustia
por accidentes anestésicos**

- Educación continuada
- Vigilancia constante y continua
- Estándares, protocolos, guías, normas mínimas
- Difusión de información sobre seguridad
- Adecuado equipamiento y elementos de monitoreo
- Drogas mejor conocidas y más seguras
- Reporte de incidentes y accidentes
- Conocer y manejar el riesgo

sencilla forma de deslindar responsabilidades y entrar en el fangoso terreno de lo impredecible. Pocas actividades médicas son tan rigurosas en las consecuencias de sus errores como la del anestesiólogo; en su tarea, los plazos son breves e implacables en sus resultados. Este conflicto genera ansiedad. En los trastornos de ansiedad aguda, específicamente durante una crisis de angustia, se pueden observar sensaciones aisladas de miedo o malestar intensos, polisintomatología física, parte de ella de índole neurovegetativa, que se inicia bruscamente y alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos. (ver Cuadro VII)

Los principales síntomas son:

Síntomas físicos

- ▶ Síntomas físicos: con frecuencia son los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), mialgias, alteraciones respiratorias (asma), del sueño, dermatológicas (urticaria), menstruales, disfunciones sexuales, etc.

Alteraciones conductuales

- ▶ Alteraciones conductuales: destacan las alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía, aficiones de riesgo), tabaquismo, etc. En ocasiones, surgen conductas paradójicas defensivas como la hipertrofia de "hobbies" (que llenan la mente del trabajador incluso en horas de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina (con disminución de la atención a los casos "poco interesantes"), seudo ausentismo laboral con el desarrollo de conductas cuyo objeto es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continuada), etc.

Alteraciones emocionales

- ▶ Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo, sensación de irrealidad, miedo a perder el control miedo a morir, etc.

CUADRO VII

Polisintomatología de la crisis de angustia intensa

- Escalofríos. Sofocaciones.
- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.
- Náuseas o molestias abdominales. Sequedad bucal. Sudoración. Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Temblores y sacudidas.
- Algias musculares. Parestesias.
- Inquietud motora, movimientos estereotipados, temblor manual.
- Piloerección.
- Sensación de ahogo o falta de aire. Sensación de atragantarse.
- Opresión o molestias torácicas.
- Sensación de irrealidad.
- Miedo a perder el control.
- Miedo a morir.

Muchas veces este miedo lleva a “no comprometerse con el paciente” y a realizar anestésicos no habituales para no exponerse a riesgos “innecesarios” (intubación traqueal, anestésicos regionales, vías centrales, punciones arteriales, monitoreo invasivo, etc.). Estas conductas generalmente traen aparejado más riesgos potenciales para el paciente.

La cascada del accidente anestésico

- El problema se origina en un incidente, que si se detecta a tiempo, evitaría el accidente. El mismo puede suceder en la evaluación del paciente, en el chequeo del equipo, en el manejo de la anestesia (plan y habilidad) y en el desarrollo de la cirugía (plan, habilidad). Con frecuencia, a un pequeño incidente, en sí mismo intrascendente, se le suma otro, también de menor cuantía y en ocasiones un tercero. Esta suma de pequeños errores, cuando no se está atento, hace que un incidente se convierta en un incidente crítico y, si no se corrige a tiempo la cascada, termine convertido en el accidente que tanto tememos.

Conclusiones

Las dimensiones de las organizaciones de salud nos sugieren una perspectiva para abordar la crisis del equipo como identidad profesional y colectiva. Las representaciones o significaciones del otro cristalizadas en estereotipos en el acto de salud interfieren en los vínculos y perturban el proceso salud-enfermedad-atención.

Bibliografía consultada

1. El síndrome de Burnout en Hospitales Públicos, en la Revista del Instituto de Investigaciones, Fac. Psicología de Buenos Aires, Año 5 N° 1. 2000.

2. El síndrome de Burnout, en la Revista de la Confederación Médica de la República Argentina, noviembre 1999.
3. La salud de los trabajadores de la salud, en La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Coord.: Méndez Diz, A y Findling, L. Editorial Dunken. Salud y Género. Eudeba, 3/2000.
4. Los dilemas éticos relacionados con el síndrome de Burnout, en la Revista de Investigación en Salud, Secretaría de Salud, Municipio de Rosario, 2000.
5. Atance Martínez, JC. 1997. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/Burnout.htm 03/03/2005.
6. Burke, RJ y Greenglass, E. Work stress, role conflict, social support, and psychological Burnout among teachers. Psychological Reports, 73, 371-380.
7. C, Jackson S. (1981) The measurement of experienced Burnout. Journal of Occupational Psychology 1981; 2: 99-113.
8. Cherniss, C Burnout in new professionals: A long-term follow-up study. Journal of Health and Human Resources Administration, 1989. 12, 14-24.
9. Cimac H. El estrés vinculado con problemas socioeconómicos en la población femenina: Jane Ussher. Junio 26, 2000.
10. Corsi, J. 2000. El síndrome "Burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. Mujer/Fempres N° 219-220, febrero-marzo 2000, pp. 21-22. Disponible en: www.fempres.cl/219/revista/219_Burnout.html
11. Fernández-López, JA; Siegrist, J; Rödel, A; Hernández Mejía, R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo ¿Qué sabemos y qué podemos hacer?: Atención Primaria; 2003: 31(8): 524-526.
12. Ferrer, R. Burnout o síndrome de desgaste profesional. Medicina Clínica 2002; 119(13): 495-496.
13. Galindo M: Complicaciones anestésicas. Estudio preliminar. Rev. Col. Anest. 20: 273-284, 1992
14. Gross, EB: Gender differences in physician stress: why discrepant findings? Women Health: 1997: 26 (3): 1-14.
15. Llavador, JA y Alcantud, F. Desarrollo de un sistema de Instrucción y Formación continua para personal de Enfermería en las UCIs. Memoria de investigación iniciada por F.I.S.S. del INSALUD. 1989 (Expte. 88/1119).
16. Marsellach Umbert, G. El estrés en la mujer. Disponible en: www.ciudadfutura.com/psico/articulos/el_estres.htm.
17. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. Journal of Occupational Psychology 1981; 2: 99-113.
18. Molina, A; Molina Siguero, A; García Pérez, MA; Alonso González, M. En relación con el Burnout. MEDIFAM: Revista de Medicina Familiar y Comunitaria 2003 :13(4): 325-326.
19. Molina, A; García, MA; Alonso, M.; Cecilia, P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Atención Primaria 2003:31(9): 562-574.
20. Pachón M: Valoración del riesgo en anestesiología. Rev. Col Anest. 24:213,1995.
21. Sobrequés, J; Cebriá, J; Segura, J; Rodríguez, C; García, M; Juncosa, S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Atención Primaria; 2003: 31(4): 227-233.
22. Urzola A E: Riesgo anestésico, Mortalidad en Anestesiología. Rev. Col. Anest. 24 No. 3, 231-237, 1996.

Dirección Postal: Dr. Miguel Angel Paladino
E-mail: paladino@ciudad.com.ar