

"Sin salud mental no hay salud"

World Mental Healthday, October 10, 2004

EL OFTALMÓLOGO FRENTE A INCIDENTES CRÍTICOS, EMERGENCIAS Y DESASTRES

Mg. Silvia G.Bentolila

Descriptores Decs: Salud mental; Gestión del riesgo; Emergencias, desastres. Burnout, Psychological, Agotamiento Psicológico.

RESUMEN EJECUTIVO

Dice la OMS: “La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.”¹. Quién podría aseverar que la salud mental es sólo terreno del especialista cuando las acciones propuestas en el “Plan de Acción para la Prevención y control de las Enfermedades No transmisibles, (ENT) en las Américas 2013 – 2019” (OPS/OMS),² se centran en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la Región: Enfermedades cardiovasculares –Cáncer -Diabetes -Enfermedades respiratorias crónicas. Y es en ese documento donde se pone de manifiesto que esas ENT -de mayor

¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

52.o CONSEJO DIRECTIVO 65.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013-CD52/7, Rev. 1 (Esp.) 9 de septiembre del 2013 ORIGINAL: INGLÉS

prevalencia- comparten cuatro grandes factores de riesgo: el consumo de tabaco, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol, todos indudablemente asociados al campo de las incumbencias de la Salud Mental (SM).. A juzgar por los factores de riesgo comunes a las ENT prevalentes, las personas y comunidades tienen serias dificultades para afrontar las descritas como tensiones “normales de la vida” y apelan a diverso tipo de consumos o estilos de vida nocivos para la salud, en un intento fallido de modular las ansiedades y tensión cotidianas.

Ha de sumarse a esto que, cientos de miles de personas pierden la vida cada año en emergencias y desastres de diversos orígenes. Y que estas situaciones, expresadas como verdaderas tragedias o dramas humanos, requieren un abordaje que considere tanto el impacto físico en la salud como las pérdidas materiales, su aflicción y las consecuencias psicológicas.

Frente a la preocupación de la comunidad internacional, en el año 2005 se celebró la Segunda Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres, en la que participaron 168 países de la Asamblea General, Argentina incluida. Como resultado se aprobó el Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015: Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres (ONU, 2007). El enfoque del Marco radicó en promover la reducción de la vulnerabilidad a las amenazas/peligros y los riesgos que estos conllevan. Para ello, se puso de relieve la necesidad de promover la resiliencia y se señalaron los medios para aumentarla en las naciones y comunidades ante los desastres (EIRD, 2005). En este sentido, se planteó como uno de los objetivos estratégicos “La creación y el fortalecimiento de instituciones, mecanismos y medios de todo nivel, en particular a nivel de la comunidad, que puedan contribuir de manera sistemática a aumentar la resiliencia ante las amenazas” (EIRD, 2005, p. 4).³

³ EIRD (2005), *Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015: Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres*, Hyogo, Naciones Unidas.

En una apretada síntesis se podría decir que el Marco de Hyogo, tuvo tres objetivos estratégicos:

1. La integración de la reducción del riesgo de desastres en las políticas y la planificación del desarrollo sostenible; 2. El desarrollo y fortalecimiento de las instituciones, mecanismos y capacidades para aumentar la resiliencia ante las amenazas; y 3. La incorporación sistemática de los enfoques de la reducción del riesgo en la implementación de programas de preparación, atención y recuperación de emergencias (EIRD, 2005).

Entendiéndose por "resiliencia", desde la definición del Marco de Hyogo, "la capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesto a amenazas para adaptarse, resistiendo o cambiando, con el fin de alcanzar o mantener un nivel aceptable en su funcionamiento y estructura. Viene determinada por el grado en que el sistema social es capaz de organizarse para incrementar su capacidad de aprender de desastres pasados a fin de protegerse mejor en el futuro y mejorar las medidas de reducción de los riesgos" (EIRD, 2005, p. 4).

Reforzando lo planteado y luego del Desastre producido por el Tsunami de 2011 que dejó miles de víctimas en Japón, se celebra la Tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción del Riesgo de Desastres. Se ratifica la importancia de la salud como aspecto clave del Marco Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Este marco de Sendai "es el instrumento sucesor del Marco de Acción de Hyogo" y su objetivo es "la reducción sustancial del riesgo de desastres y de las pérdidas ocasionadas por los desastres, tanto en vidas, medios de subsistencia y salud como en bienes económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales de las personas, las empresas, las comunidades y los países" (UNISDR, 2015, p. 12). Dentro de las innovaciones que introduce el marco de Sendai respecto al de Hyogo se encuentra principalmente el hacer énfasis en la *gestión del riesgo de desastres* en lugar de la simple gestión de desastres. En este sentido, los objetivos se han centrado en evitar que se produzcan nuevos riesgos y por ello la

necesidad de reforzar la resiliencia. De los objetivos y medidas que se exponen para lograr estos fines queremos resaltar los siguientes a fin de mostrar el énfasis que realiza el marco en la necesidad de prever el riesgo:

- Es urgente y fundamental prever el riesgo de desastres, planificar medidas y reducirlo para proteger de manera más eficaz a las personas, a las comunidades y los países, sus medios de subsistencia, su salud, su patrimonio cultural, sus activos socioeconómicos y sus ecosistemas, reforzando así su resiliencia (UNISDR, 2015).

- Deben adoptarse medidas más específicas para luchar contra los factores subyacentes que aumentan el riesgo de desastres, como la pobreza y la desigualdad, el cambio climático y la variabilidad del clima, la urbanización rápida y no planificada, la gestión inadecuada de las tierras, y factores agravantes como los cambios demográficos, los arreglos institucionales deficientes, las políticas formuladas sin conocimiento de los riesgos, la falta de regulación e incentivos para inversiones privadas en la reducción del riesgo de desastres, las cadenas de suministro complejas, las limitaciones en cuanto a la disponibilidad de tecnología, la utilización no sostenible de los recursos naturales, el debilitamiento de los ecosistemas, las pandemias y las epidemias (UNISDR, 2015)

- Tiene que haber un enfoque preventivo del riesgo de desastres más amplio y centrado en las personas. Las prácticas de reducción del riesgo de desastres deben contemplar amenazas múltiples y ser multisectoriales, inclusivas y accesibles para que sean eficientes y eficaces. Si bien cabe reconocer la función de liderazgo, regulación y coordinación que desempeñan los gobiernos, estos deben interactuar con los actores pertinentes, entre ellos las mujeres, los niños y los jóvenes, las personas con discapacidad, los pobres, los migrantes, los pueblos indígenas, los voluntarios, la comunidad de profesionales y las personas de edad, en el diseño y la aplicación de políticas, planes y normas (UNISDR, 2015). El Marco se aplicará a los riesgos de desastres de

pequeña y gran escala, frecuentes y poco frecuentes, súbitos y de evolución lenta, debidos a amenazas naturales o de origen humano, así como a las amenazas y los riesgos ambientales, tecnológicos y biológicos conexos. Tiene por objeto orientar la gestión del riesgo de desastres en relación con amenazas múltiples en el desarrollo a todos los niveles, así como en todos los sectores y entre un sector y otro (UNISDR, 2015). Dentro de sus principios rectores es destacable que - En la fase de recuperación, rehabilitación y reconstrucción después de los desastres, es fundamental prevenir nuevos desastres y reducir el riesgo de desastres mediante el principio de “reconstruir mejor” e incrementar la educación y la sensibilización públicas sobre el riesgo de desastres (UNISDR, 2015). Expone que la preparación para las situaciones de emergencia y desastre debe reforzarse directamente la resiliencia de la población:

Los desastres han demostrado que la fase de recuperación, rehabilitación y reconstrucción, que debe prepararse con antelación al desastre, es una oportunidad fundamental para reconstruir mejor, entre otras cosas mediante la integración de la reducción del riesgo de desastres en las medidas de desarrollo, haciendo que las naciones y las comunidades sean resilientes a los desastres (UNISDR, 2015, p. 21).

Tras la 68ª sesión del comité regional de la OMS para las Américas, se aprobó el Plan de acción para la reducción de riesgos y desastres 2016 2021 (OPS, 2016). El propósito principal de este plan de acción es “continuar fortaleciendo a la reducción del riesgo de desastres para evitar las muertes, las enfermedades, las discapacidades y el impacto psicosocial resultantes de situaciones de emergencia y desastres”. De las líneas estratégicas de acción del Plan, se destaca a los fines de este capítulo el punto en el que se resalta la necesidad de incluir la salud mental: “Es de vital importancia establecer y fortalecer los equipos de respuesta a las emergencias y desastres a nivel nacional, subnacional y local, así como asegurar la capacitación y el entrenamiento práctico permanente de los miembros del Equipo Regional de Respuesta, particularmente en la aplicación

de normas, protocolos y procedimientos de asistencia internacional en el ámbito de la salud, que incorporen además las necesidades en salud mental y rehabilitación (OPS, 2016, p. 7).⁴

Nada más cercano a pensar en la relevancia del manejo de las reacciones de pánico y el cambio de conducta frente a la actual declaración de Pandemia por parte de la OMS.

“Lo psicosocial no es una dimensión aislada o separada que haya que considerar en la atención de los afectados por un desastre, es un concepto transversal a todas las decisiones que se toman para la respuesta en situaciones de emergencias o desastres”⁵. No es algo de lo que haya que ocuparse después, o de lo que quede a cargo un especialista de la salud mental al que las personas son derivadas. Es desde el momento de la ocurrencia del Incidente crítico (IC) que debe ser incluido el cuidado de la salud mental. En un caso de Desastre como el que atraviesa actualmente a la comunidad mundial, se hace explícita la necesidad de trabajar con la dimensión de la salud mental y la “comunicación” como insumo clave para el manejo de una situación crítica, tal como se verá más adelante en este capítulo. De poco serviría rescatar una persona, reparar sus órganos, curar sus heridas y fracturas, si luego el sufrimiento psíquico por lo vivido la conduce al suicidio, como tantas veces ocurre. Se incluyen en este aspecto a los integrantes de los equipos de respuesta. Está ampliamente documentado el impacto en la salud mental con un aumento del riesgo de suicidio en quienes trabajan con personas que atraviesan situaciones críticas con riesgo cierto de

^{4 4} OPS (2016), *Plan de Acción para la Reducción Del Riesgo De Desastres 2016-2021*, Washington, Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-s.pdf>

⁵ Organización Panamericana de la Salud (2006). “Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres”, OPS: Serie Manuales y Guías sobre Desastres N°7. Washington, D.C. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/dd/ped/GuiaPracticadeSaludMental.pdf>

muerte.⁶ Los médicos no son la excepción, casi triplican la tasa de suicidio de la población general en varios países del mundo.

El propósito fundamental de este capítulo es promover dentro de la formación del especialista el desarrollo de las competencias necesarias para brindar una respuesta integral frente a incidentes críticos, emergencias y desastres que incluya, tal como los organismos internacionales (OPS, OMS, UNICEF, ACNUR, IASC) proponen, la dimensión del cuidado de la salud mental y el apoyo psicosocial de todas las personas implicadas o afectadas, incluidos quienes integran los equipos de respuesta, en este capítulo se hará hincapié en los médicos. Con frecuencia, los trabajadores de la salud, en particular los médicos, realizan su práctica profesional con personas que atraviesan diversos tipos de situaciones críticas que conllevan un sufrimiento emocional, por esto adquiere mayor relevancia aún desarrollar estas competencias. No es necesario estar en medio de tornado, un terremoto, o una inundación para que la estabilidad psíquica se altere y se desencadenen emociones catastróficas, baste pensar en el impacto que produce en un paciente o sus allegados recibir del médico el diagnóstico de una enfermedad severa, que por ejemplo implique la pérdida de la visión. Por lo tanto, una formación profesional sólida requiere incluir la capacitación y entrenamiento en herramientas específicas para:

a-La reducción del riesgo del impacto en la salud de los IC, y el desarrollo de los trastornos mentales asociados a las experiencias traumáticas, sean extremas o de moderada intensidad.

b-La implementación de estrategias para la prevención del desgaste laboral consecuencia de asistir habitualmente a las personas que atraviesan situaciones críticas, emergencias o desastres.

Los lineamientos que proponen entidades como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud- se basan en las siguientes premisas: por un lado, la protección

⁶ https://www.clarin.com/mundo/heroes-fuego-victimas-mente-ola-suicidios-bomberos_0_ryS4PjcDQ.html

de la salud mental de las personas afectadas por emergencias y desastres puede y debe realizarse desde el momento agudo del incidente crítico, y por el otro, esta contención inicial no debe quedar sólo en manos de los especialistas de salud mental. Por el contrario, para ofrecer una atención oportuna y eficaz a las víctimas/afectados (directos e indirectos) es necesario que quienes están en la primera línea de respuesta -los equipos de rescate, las fuerzas de seguridad, el personal de salud que trabaja en guardias y/o en el primer nivel de atención, los docentes de las escuelas, etc.- conozcan e implementen técnicas de probada eficacia para el cuidado de la salud mental ante situaciones de esta naturaleza, para actuar adecuadamente desde el momento de la ocurrencia.⁷

Este capítulo se propone que el especialista en oftalmología alcance los conocimientos que promuevan su inclusión dentro de macro-políticas sanitarias. Como agentes de transformación y cambio, considerando su práctica cotidiana como parte de una estrategia de prevención, no sólo de respuesta clínica frente a la enfermedad. Contribuyendo a la construcción de resiliencia individual y comunitaria, alcanzando así los máximos estándares internacionales propuestos por los acuerdos a los que Argentina adhirió para la Gestión Integral para la Reducción de Riesgo de Desastre (GIRRD).

Es tiempo de consolidar la inclusión de la práctica médica como parte de la estrategia de la GIRRD

Como contribución para alcanzar este objetivo en el presente capítulo se abordarán las siguientes áreas temáticas: la problemática global de los desastres, conceptos generales sobre el enfoque de la gestión para la reducción de riesgo de desastre, la salud mental y apoyo psicosocial en

- ⁷ Organización Panamericana de la Salud (2006). “Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres”, OPS: Serie Manuales y Guías sobre Desastres N°7. Washington, D.C. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/dd/ped/GuiaPracticadeSaludMental.pdf>

emergencias y desastres, los principios básicos de intervención en situaciones críticas- la estrategia de P.A.P (primera ayuda psicológica), y el cuidado de la salud de los integrantes de equipos de respuesta.⁸

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, 191 millones de personas en el mundo perdieron la vida como consecuencia de eventos violentos. En el período 1967 – 1991, 3.000 millones de personas fueron afectadas en todo el orbe por desastres naturales e industriales (. Cada año, cerca de 1,3 millones de personas en el mundo fallecen a raíz de un accidente de tránsito —más de 3.000 defunciones diarias, siendo esta la primera causa mundial de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años

Según la OMS, el continente americano es el segundo continente más afectado por los desastres después del continente asiático. Aproximadamente un cuarto (23,5%) de todos los desastres que ocurrieron en el mundo entre el 2004 y el 2013 tuvieron lugar en la Región de las Américas, con alrededor de 98 millones de víctimas. Los fenómenos más frecuentes han sido los de tipo hidrológico y meteorológico, con daños materiales de alrededor de US\$ 679.000 millones en este periodo. Según datos de la OMS, la violencia produce más de 1,4 millones de muertes en el mundo. El 90% de las muertes debidas a la violencia se produce en países de ingresos bajos y medios. Por cada muerte debida a la violencia hay decenas de hospitalizaciones, cientos de consultas a los servicios de urgencias y miles de consultas médicas.⁹

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

^{8 8} OPS (2016), *Plan de Acción para la Reducción Del Riesgo De Desastres 2016-2021*, Washington, Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-s.pdf>

⁹ OMS (2014), *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*, Washington, UNODC.

Desde la perspectiva de la Salud Mental, las emergencias y los desastres implican una *perturbación psicosocial que excede la capacidad de manejo de la población afectada*. Como consecuencia, se espera un incremento de los signos de sufrimiento psicológico y fisiológico, (aflicción, miedo, ansiedad, aumento de la atención involuntaria, la FC y la TA, disminución de la atención voluntaria, la concentración entre otras manifestaciones); pueden incrementarse en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Si bien la gran mayoría de los protocolos internacionales fueron diseñados para intervenir en emergencias humanitarias y desastres, sus recomendaciones son fácilmente adaptables a las intervenciones de la práctica médica cotidiana, asociadas con frecuencia a los IC.

Una breve reseña sobre, a qué se denomina impacto psicosocial:

Se define como **impacto psicosocial**, al conjunto de efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de los afectados.. En cada uno de estos niveles, las emergencias y desastres deterioran los mecanismos de estabilidad y equilibrio de las personas y acrecientan los riesgos de que se pongan de manifiesto diversos problemas: pueden tratarse de problemáticas preexistentes que adquieren mayor visibilidad durante el IC, otras son consecuencia de la emergencia y en ocasiones también pueden ser inducidas por falencias en la propia asistencia humanitaria.

Problemas psicosociales en emergencias y desastres

PROBLEMAS	Predominantemente sociales	Predominantemente psicológicos

Preexistentes	Extrema pobreza, pertenencia a un grupo objeto de discriminación, opresión.	Trastornos mentales graves, abuso de alcohol.
Inducidos por la emergencia	Separación de miembros de la familia, desintegración de las redes sociales, destrucción de estructuras comunitarias, mayor violencia.	Duelo, reacciones emocionales y conductuales, depresión y ansiedad, desarrollo de TEPT.
Inducidos por la asistencia humanitaria	Debilitamiento de las estructuras comunitarias o mecanismos de apoyo tradicionales.	Ansiedad debido a la falta de información respecto a la distribución de alimentos.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2010¹⁰

El siguiente cuadro es una síntesis de los hallazgos relevados durante numerosas emergencias y desastres en la región. Es extraído de una presentación de la Dra Devora Kestell, actual Directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, realizada durante una reunión del consejo de expertos que pertenecemos al ERR (equipo regional de respuesta) en Panamá. Se observa que luego de la ocurrencia de una emergencia o desastre es esperable un aumento de los trastornos leves o moderados como Depresión y Ansiedad, y un menor aumento de la patología severa. Sin embargo se manifiesta una elevada presencia de las denominadas “Reacciones Esperables” producto de la respuesta frente al Estrés.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, Apoyo psicosocial en emergencias y desastres. Guía para equipos de respuesta. Washington, D.C.: OPS, 2010.

Impacto de Desastres en la Prevalencia de Trastornos Mentales

	ANTES DEL DESASTRE: 12-meses prevalencia	DESPUES DEL DESASTRE: 12-meses prevalencia
Trastornos severos (ej. psicosis, depression grave, trastornos de ansiedad gravemente discapacitantes)	2-3%	3-4%
Trastorno mental livianos o moderado (ej. trastornos de depresión y ansiedad livianos o moderados)	10%	15% - 20% (se reduce con el tiempo)
Reacciones de estrés "normal" (no trastorno)	No hay estima	Porcentage alto (reduce con el tiempo)

Fuente: van Ommeren et al. BMJ; 330:1160-1; 2005,
<http://www.bmj.com/content/330/7501/1160/suppl/DC1>

Las situaciones críticas y desastres implican siempre una perturbación psicosocial que excede la capacidad de manejo de la población afectada. El término **impacto psicosocial** es utilizado para definir y significar la amplia y dinámica gama de manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en este tipo de situaciones.

En La guía de la Primera Ayuda Psicológica se lo describe de la siguiente forma:

“Algunas personas experimentan reacciones leves, mientras que otras pueden reaccionar de forma más grave. Esto depende de muchos factores, por ejemplo:

- » la naturaleza y gravedad del / de los acontecimientos que experimentan;
- » su experiencia con acontecimientos angustiantes anteriores;
- » el apoyo de otras personas en su vida;
- » su salud física;
- » su historia personal y familiar de problemas de salud mental;

- » su cultura y tradiciones; y
- » su edad (por ejemplo, los niños de diferentes edades reaccionan de distinta manera).¹¹

En la actualidad, la literatura disponible y la experiencia enseñan que **el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo**, no sólo en las grandes emergencias sino también en lo que se puede considerar como “las experiencias catastróficas del vivir”, como podría ser la pérdida de la visión: *“Los psicoterapeutas de diversas formaciones admiten en la actualidad el hecho de que, sin intervención, las reacciones traumáticas corren el riesgo de degenerar en trastornos patológicos. Tanto el estrés postraumático como los trastornos del humor y el alcoholismo, pueden ser consecuencia de reacciones al traumatismo convertidas en crónicas. También se puede intuir una reacción al traumatismo, en el caso de las alteraciones disociativas y psicosomáticas, en las cuales el síntoma físico es el recuerdo de la experiencia traumática transformada por la psique”* (Perren-Klingler, 2003).¹²

Se utiliza el término **Incidente Crítico (IC)** porque Es una definición que tiene la intención de abarcar todos aquellos sucesos potencialmente traumáticos (como emergencias, desastres, situaciones de violencia, accidentes con múltiples víctimas, atentados o cualquier otra situación que nos exponga a factores de estrés extremos) frente a los cuales cada persona y cada

- ¹¹ Organización Mundial de la Salud (2012) “Primera ayuda psicológica: Guía para los trabajadores de campo”. OMS, Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf

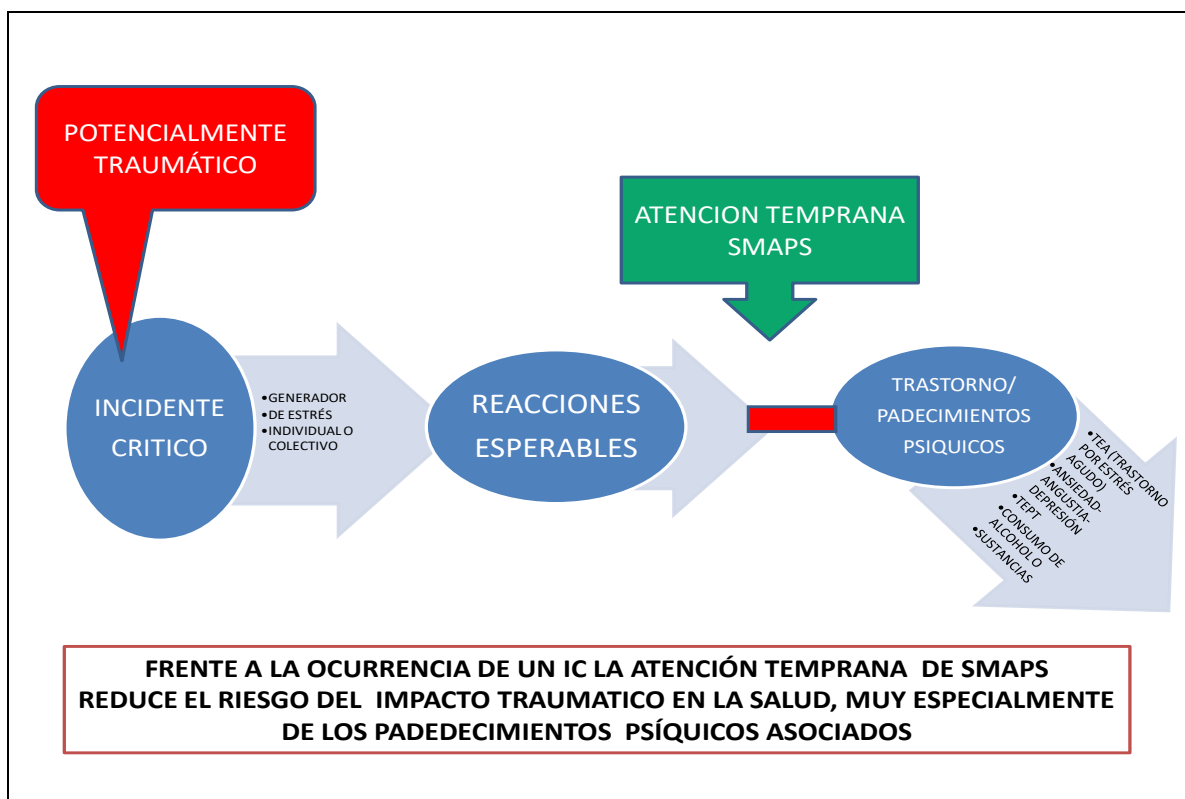
¹² Bentolila et al- julio 2017 “Diplomatura Prácticas de Salud Mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres” -Perren-Klingler G. *“Debriefing, modelos y aplicaciones”* Instituto Psychotrauma Suisse Edición Española 2003

comunidad reaccionan de un modo particular. Su impacto en las personas y comunidades pueden alterar la salud mental y el bienestar psicosocial sin necesariamente causar un daño a largo plazo y suelen caracterizarse por:

- Producirse de forma inesperada, abrupta, excediendo posibilidades de previsión y afrontamiento.
- Ocasionar una amenaza para la integridad psicofísica de los afectados
- Generar la sensación pérdida de control sobre el suceso.

El concepto de IC posibilita operacionalizar una intervención para reducir el riesgo del impacto en la salud.

En el siguiente cuadro se representa la dinámica de intervención avalada por investigaciones de campo. La sigla “SMAPS” hace referencia a Salud Mental y Apoyo Psicosocial.



Cuáles se consideran “reacciones esperables específicas” a un Incidente Crítico

Cuando acontece un IC, frente a la percepción de amenaza, se dispara automáticamente la respuesta del estrés con las consecuentes manifestaciones del hiperalerta, esto a su vez puede

generar respuestas evitativas o de disociación por el malestar que genera la hiperactivación, con posibles recuerdos intrusivos sobre lo vivido, que reactivan la percepción de amenaza aunque ya no se esté expuesto a la amenaza real cerrando un circuito de reactivación de la respuesta del estrés. Si esta respuesta se mantiene en el tiempo tiene riesgo de cronificarse y desencadenar trastornos asociados al estrés crónico. Como podrá verse en el cuadro, las reacciones esperables se corresponden con los clusters de lo que luego transformado en síntoma puede devenir en un Trastorno de Estrés postraumático. Por otra parte si el hiperalerta se torna intolerable puede aparecer una tendencia a buscar conductas de anestesiamiento emocional, con aplanamiento emocional o a través del consumo de alcohol o de sustancias. Aumenta seriamente el riesgo de desarrollar las patologías frecuentes en co-morbilidad como son en este caso, los Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, de abuso de sustancias o Alcohol.¹³ Por lo dicho se entiende fácilmente la importancia de una intervención temprana que ayude a reducir el hiperalerta con los principios que se desarrollan en otro apartado de este capítulo

¹³ -Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C." *Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey*". Arch Gen Psychiatry; 52:1048-1060 1995



Cuadro 3- Reacciones Específicas frente a un IC

Excede el alcance de este capítulo describir todas las reacciones esperables por grupo etéreo, que por cierto son diferentes. Pero a modo de ejemplo se detallan algunas de las REACCIONES ESPERABLES EN ADULTOS que vivieron un Incidente Crítico. Manifestaciones frecuentes:

- Nerviosismo, ansiedad, embotamiento, confusión, desorientación.
- Sentimientos de: culpa, miedo, impotencia, vulnerabilidad e inseguridad, tristeza, llanto fácil, frustración, enojo, ira, cansancio, desgano, desinterés, “anestesia” emocional y desconexión.
- Irritabilidad, hipersensibilidad a los ruidos.
- Dificultad para: dormir y/o concentrarse en sus actividades habituales.
- Pérdida o aumento del apetito.

- Aumento del consumo de alcohol y/o drogas.
- Dificultades laborales y discusiones familiares.
- Malestares físicos: dolores de cabeza, de pecho, náuseas, vómitos, temblores, dificultad para respirar, aumento de la presión arterial (obviamente hay que descartar las causas orgánicas).
- Recuerdos intrusivos (repetidos involuntariamente) de lo vivido durante el día o en forma de pesadillas.¹⁴

¿Cómo se interviene frente a las Emergencias y Desastres?

Las recomendaciones de los protocolos internacionales.

La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (IASC, 2007) establece importantes directrices para que quienes participen en acciones de ayuda humanitaria, planifiquen, establezcan y coordinen un conjunto mínimo de respuestas multisectoriales para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan situaciones tipificadas como catástrofes. Por ello, “ofrece asesoría sobre los elementos clave que permiten un enfoque integrado para abordar las cuestiones más urgentes de la salud mental y bienestar psicosocial en emergencias y desastres”.¹⁵

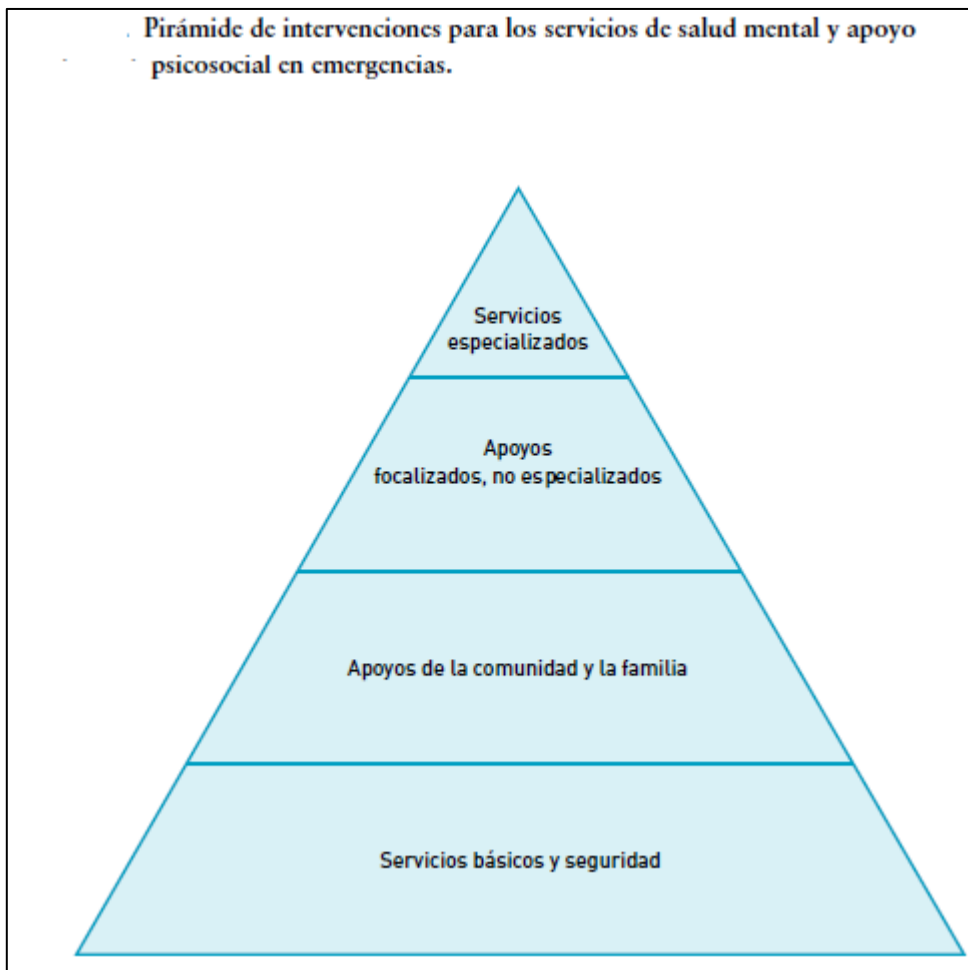
¹⁴ OPS (2002), *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*, Washington, OPS.

¹⁵ Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2009). “Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia” -Versión resumida. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_spanish.pdf

Dice la IASC: “ Una de las prioridades en situaciones de emergencia es proteger y mejorar la salud mental y bienestar psicosocial de las personas”. Se podría agregar, que el cuidado de la salud mental debería atravesar todas las acciones de nuestra práctica transversalmente. A la hora de intervenir en situaciones críticas, como emergencias y desastres, la ayuda inicial a los afectados, en lo que refiere a la protección de su Salud Mental, es eminentemente pragmática y puede ser llevada a cabo por todos aquellos que intervienen en la respuesta y hayan sido entrenados para realizar la contención en el momento agudo. Continúa diciendo “Hasta no hace mucho, un gran vacío era la ausencia de un marco multisectorial e interinstitucional que posibilite la coordinación eficaz, determine prácticas útiles y detecte prácticas potencialmente nocivas; además de aclarar de qué manera los diferentes enfoques de la salud mental y el apoyo psicosocial se complementan recíprocamente. (Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2009).¹⁶

La guía plantea con claridad cuál es la pirámide de intervención de estrategias para el cuidado de la Salud Mental:

- ¹⁶ Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2009). “Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia” -Versión resumida. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_spanish.pdf



pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. (PAG. 9)

Todos los protocolos coinciden en que es fundamental que la asistencia temprana y oportuna de los afectados sea brindada por quienes están en la primera línea de respuesta –los trabajadores de atención primaria de la salud, los equipos de rescate, las fuerzas de seguridad, los docentes de las escuelas, etc.-, son quienes están presentes en el momento agudo. Por lo tanto es necesario desarrollar un proceso de capacitación y entrenamiento sostenido que brinde herramientas prácticas que incluyan el cuidado de la salud mental dentro de los protocolos de respuesta. Por ejemplo: cómo se establece una comunicación o el contacto personal apropiado mientras asisto a una persona que atraviesa la situación crítica.

En síntesis, los principios de intervención durante el momento agudo están dirigidos a reducir o desactivar la percepción de amenaza, contribuir a que los afectados recuperen la dimensión del control interno y a dar apoyo psicosocial. Se grafican en el siguiente cuadro las medidas y estrategias que contribuyen a llevar a cabo estos objetivos.



Reflexionemos:

Si lo que dispara la percepción de amenaza y la consecuente respuesta del estrés es la exposición real o percibida a los estímulos sensoriales del IC, es evidente que se deben implementar estrategias para: - reducir esos estímulos sensoriales, -dar apoyo psicosocial, -dar confort básico, - reducir la incertidumbre a través de una comunicación clara.

Para lograr estos objetivos, se recomiendan las siguientes acciones:

PROTEGER:

Ha sido documentado que el impacto traumático de un IC es directamente proporcional al tiempo de exposición al estresor, que dispara la percepción de amenaza. Se debe proteger a los afectados de nuevas exposiciones a estímulos traumatogénicos. Los curiosos, los medios de comunicación. Cuanto menor sea la cantidad de estímulos (ver, oler, sentir, oír) y menor el tiempo de exposición, mejor será el nivel de recuperación.

Dice A. Shalev: *“Proteja contra la exposición adicional a situaciones de estrés, contenga las respuestas fisiológicas y psicológicas inmediatas y aumente la controlabilidad del acontecimiento y de los esfuerzos subsecuentes del rescate, proteja la dignidad del sobreviviente”*.ⁱ Son acciones de protección, en el momento agudo de un evento crítico: cubrir el cuerpo de los afectados, evitar las miradas intrusas de otros y la captación de imágenes, tanto por cámaras y teléfonos celulares de particulares, como por los medios de comunicación masiva. Las vivencias, palabras e imágenes potencialmente traumáticas que acumulan las personas, cuando son afectados por Incidentes Críticos, generan una fuerte carga emocional y un alto impacto en la Salud Mental. Es fácil imaginar cómo puede sentirse una persona al volver a verse una y mil veces en los medios de comunicación, o en videos en los que aparece sobre la ruta, con fracturas expuestas, o gritando sin control.

DIRIGIR

Los afectados pueden estar en situación de shock o experimentando algún grado de disociación, sin conciencia de situación ni lugar, permaneciendo en el escenario de mayor riesgo o caminando de forma desorientada hacia un lugar inseguro. Requieren de una conducción tranquila -pero firme- que los aleje de la situación de peligro. De ser posible, se debe dirigir a los sobrevivientes: fuera del área de destrucción, fuera de las áreas de peligro y fuera del área de heridos. La posibilidad de estar en un lugar seguro y a salvo es fundamental para el proceso de recuperación.

CONECTAR

Los afectados por un evento crítico acaban de perder conexión con su mundo cotidiano y “natural”. Literalmente: muchas veces las personas no recuerdan ni su nombre, ni donde se encuentran, y este estado puede prolongarse en el tiempo. Un intercambio, tanto verbal como no verbal, que ofrezca soporte sin emitir juicios de valor sobre la situación,

brindará la posibilidad de una conexión con el aquí y ahora.

Estas pequeñas “relaciones”, por breves que sean, son de gran importancia en el proceso de recuperación. Es importante ayudar a las personas a conectarse: Consigo mismas (en caso de que se estuviese experimentando un estado de shock o algún grado de disociación). Con sus seres queridos (hasta facilitando el uso de un teléfono celular). Con sus pertenencias. Con información y recursos apropiados. Con lugares de derivación donde puedan encontrar mayores cuidados.

COMUNICAR

Dice la O.N.U. que *la prevención de los desastres comienza con la información.*ⁱⁱ Las acciones de comunicación y el manejo adecuado de la información juegan un papel clave en la totalidad del proceso de gestión y reducción de riesgos, ante desastres o emergencias. Del mismo modo, en el Marco de Hyogo se hace hincapié en que *los desastres pueden reducirse considerablemente, si la gente se mantiene informada sobre las medidas que puede tomar para reducir su vulnerabilidad y si se mantiene motivada para actuar.*¹⁷ Para la adecuada gestión de una situación crítica, cuanto más en una emergencia o desastre, el manejo de la información y la comunicación serán un insumo clave. Pensemos en la respuesta al estrés que se dispara frente a la incertidumbre o a la falta de información...

Los Incidentes Críticos requieren respuestas inmediatas, claras, oportunas e inequívocas. Se requiere garantizar la claridad y la precisión haciendo foco en dar respuesta a las necesidades prioritarias de los afectados. *“Los efectos reales de un desastre pueden empeorar por los efectos subjetivos de una población psicosocialmente afectada (...) los rumores aumentan la sensación de incertidumbre”.*¹⁸ Deben organizarse protocolos de

¹⁷ EIRD (2005), *Marco de Acción de Hyogo 2005 – 2015: Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres*, Hyogo, Naciones Unidas.

¹⁸ ¹⁸OPS- Manual Periodístico para la cobertura ética de las emergencias y los desastres. 2011.

EIRD Naciones Unidas, *Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres*. Manual Periodístico para la cobertura ética de las emergencias y los desastres. OPS2011.

comunicación en modo previo a la ocurrencia de las situaciones críticas. Es imprescindible conocer y hacer cumplir los derechos de las personas en situaciones de emergencia. Frente a los medios de comunicación, es importante, que los medios respeten su intimidad, no los conviertan en una oportunidad para el sensacionalismo y cumplan el papel de facilitadores de los procesos de comunicación entre todos los actores sociales. Que la información que se transmita contribuya a fortalecer el potencial de recuperación existente en las mismas comunidades, en lugar de consolidar el estereotipo según el cual los afectados son entes incapaces de retomar el control de su propio destino. *“Decir en un titular periodístico que alguien es víctima de una tragedia de la que nunca va a poder recuperarse”*, además de un acto irresponsable e ignorante -de los procesos de recuperación que acontecen en el ámbito de la salud mental-, es condenar a la persona a un destino que la estigmatiza. Atención! Evitar cualquier declaración o imagen de menores de edad que signifique una victimización aún mayor a la que ya enfrentan (...) Los niños, niñas y adolescentes tienen una protección especial de parte del Estado, en cuanto al uso de su imagen”.ⁱⁱⁱ

CUIDADO AGUDO

¡Quién podría pensar en la salud mental aislada del cuidado agudo!

La atención debe estar orientada a proveer confort a los afectados, cubriendo sus necesidades básicas: alimento, refugio, vestido, calefacción y sueño reparador, entre otras prioridades. Su sola presencia, es de ayuda para que los afectados puedan manejar intensos sentimientos de miedo y pánico. En la medida de lo posible, es recomendable permanecer con las personas afectadas, o que alguien tome ese rol de acompañamiento hasta que estos sentimientos disminuyan.

La medicación psicofarmacológica está, en general contraindicada, en personas afectadas por eventos críticos en el momento agudo. La *American Psychiatric Association* recomienda un uso cauteloso para medicar las reacciones emocionales inmediatas. En el peritrauma, generalmente, NO se medica; esta acción puede ser apropiada sólo en casos puntuales, en los que otros recursos e intervenciones sean insuficientes para atenuar la gravedad de las reacciones. Es importante recordar que las personas presentan reacciones

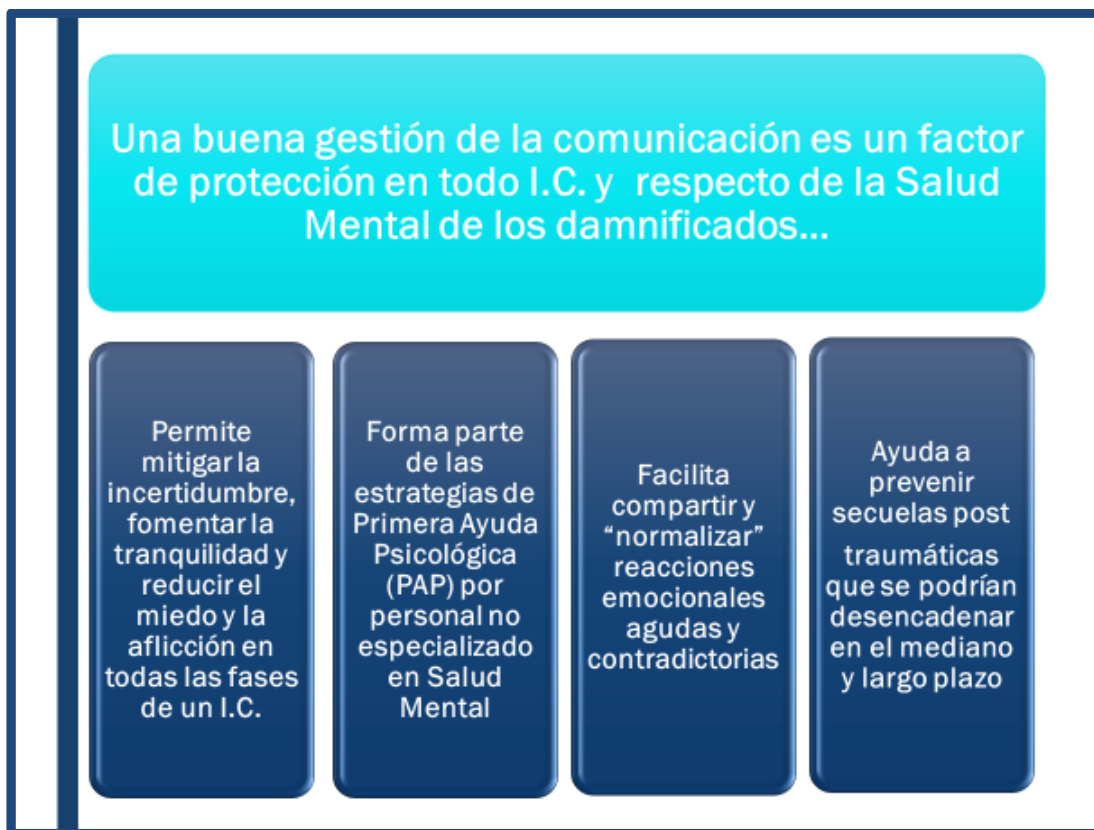
esperables y no síntomas, que indicarían algún tipo de psicopatología. Constituye una práctica médica errónea el hacer un diagnóstico psicopatológico durante el *Setting* Agudo.¹⁹

*“El Tratamiento de sobrevivientes en la fase aguda posterior a un evento traumático es complejo. Las necesidades concretas de los sobrevivientes pueden ser realmente urgentes, factores estresantes secundarios puede aún seguir operando, las expresiones de estrés son volátiles y altamente reactivas a la realidad externa, y los síntomas expresados pueden no reflejar una situación psicopatológica”.*²⁰

En la práctica médica debería recibirse capacitación específica en el manejo de comunicación en situaciones críticas, no puede ni debe quedar librado a las características personales del profesional una herramienta clínica tan importante. El siguiente cuadro es extraído del material del Curso “PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES, Dra. Bentolila y Equipo, Clase 3 Comunicación en situaciones críticas, emergencias y desastres- dictada por la Lic. M. Jovanovich- Telesalud- Ministerio de Salud de la Nación- Junio 2019

¹⁹ Disaster Psychiatry Handbook, American Psychiatric Association-Committee on Psychiatric Dimensions of Disaster
American Psychiatric Foundation, Last updated November, 2004

²⁰ Arie Y. Shalev, M.D., Department of Psychiatry, Hadassah University Hospital, Jerusalem to appear in R. Yehuda (Ed.), *Treating Trauma Survivors with PTSD: Bridging the Gap between Intervention Research and Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.



Algunas recomendaciones acerca de cómo comunicar:²¹

- ²¹ Organización Panamericana de la Salud (2009) Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington, D.C. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-para-desastres&alias=19-gestion-de-la-informacion-y-comunicacion-en-emergencias-y-desastres&Itemid=1145

Cómo COMUNICAR

Los equipos intervinientes en I.C. tienen la responsabilidad de cuidar la Salud Mental de los afectados, a través del uso de protocolos y entrenamientos específicos para una adecuada comunicación

- Actitud de cortesía, templanza, honestidad y empatía
- Claridad en el mensaje, comenzando por aspectos positivos.
- Considerar las características socioculturales de los afectados
- Ofrecer información gradual y comprensible, evitar términos técnicos, pedir retroalimentación para asegurarse que está siendo comprendido
- Ser receptivos de las reacciones de los afectados.
- Respetar los silencios, ofrecer tiempo para reflexionar y sentir.

Se recomienda mantener informados de forma regular, sostenida y periódica sobre los acontecimientos y las decisiones que serán tomadas (ej.: derivación y traslado a un hospital), el tratamiento indicado, y toda información que se considere relevante. Mantener el *contacto humano* con los afectados/víctimas/sobrevivientes (dependiendo del IC) tanto durante el rescate, como en tiempos de espera y traslados. Aun no teniendo novedades para comunicar, es conveniente mantener un espacio temporal estipulado para la informar.

Dada la necesidad de contar con principios básicos que contribuyan al cuidado de las personas afectadas durante la situación crítica, lo cual incluye al profesional, la guía para La Primera Ayuda Psicológica (PAP) puede resultar un valioso aporte. Es una estrategia que atraviesa e incluye todos los principios ya descritos. Está dirigida a personas angustiadas afectadas recientemente por un acontecimiento crítico severo, tanto a niños como a adultos. La PAP se centra en ayudar a las personas que han sido afectadas recientemente. Dada la importancia en la práctica médica cotidiana se desarrollará con mayor detalle.

Qué es la P.A.P.- “Primera Ayuda Psicológica”

Según Esfera (2011) y IASC (2007), la primera ayuda psicológica (PAP) describe una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda.

La PAP trata los siguientes temas:

- » brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva;
- » evaluar las necesidades y preocupaciones;
- » ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (por ejemplo, comida y agua, información);
- » escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen;
- » reconfortar a las personas y ayudarlas a sentirse calmas;
- » ayudar a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales; y
- » proteger a las personas de ulteriores peligros

Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Editada por la Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). OMS: Ginebra. Dice en su prólogo “Esta guía trata de la **primera ayuda psicológica**, un modo práctico y humano para ayudar y apoyar a nuestros semejantes en graves situaciones de crisis. Se ha pensado para personas que tienen la posibilidad de ayudar a otras que han experimentado un hecho extremadamente angustiante. Proporciona un marco de trabajo para apoyar a las personas respetando su dignidad, cultura y capacidades.”

Incluye factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo (según varios estudios y el consenso de muchas entidades de ayuda humanitaria). Estos factores pueden ser:

- ❖ » sentirse seguro, conectado con otros, en calma y con esperanza;
- ❖ » tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y
- ❖ » sentirse capaz de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades.

LA AYUDA RESPONSABLE REQUIERE CUATRO ASPECTOS PRINCIPALES:

- ❖ RESPETAR LA SEGURIDAD, LA DIGNIDAD Y LOS DERECHOS
- ❖ ADAPTAR LA PROPIA ACCIÓN A LA CULTURA DE LAS PERSONAS
- ❖ CONSIDERAR OTRAS MEDIDAS DE RESPUESTA A LA EMERGENCIA
- ❖ CUIDARSE A UNO MISMO

La PAP puede ser utilizada en situaciones de grandes desastres -con víctimas múltiples- o en IC cotidianos. Aporta una serie de recomendaciones acerca de lo que se debe hacer y decir, así como de lo que no se debe decir ni hacer. Por esto se decide hacer su breve transcripción en este apartado:

“Lo que se debe hacer y decir”:

- ✓ Intente encontrar un lugar tranquilo para hablar, para minimizar las distracciones externas.
- ✓ Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad de la historia, salvo razones de fuerza mayor.
- ✓ Sitúese cerca de la persona, pero guardando la distancia apropiada según su edad, género y cultura.
- ✓ Hágale entender que está escuchando.
- ✓ Tenga paciencia y mantenga la calma.
- ✓ Ofrezca información concreta en caso de que disponga de ella. Sea honesto acerca de lo que sabe y de lo que no sabe. *“No lo sé, pero intentaré averiguárselo”.*
- ✓ Brinde la información de un modo en que la persona pueda entenderla; es decir, de forma simple.
- ✓ Hágale saber que comprende cómo se siente y que lamenta su pérdida y lo que le ha pasado, como haberse quedado sin hogar o haber perdido a un ser querido. *“Lo siento mucho. Imagino que esto es muy triste para Ud.”.*
- ✓ Hágale saber que reconoce sus fortalezas y la manera en que se está ayudando a sí mismo.
- ✓ Deje espacios para el silencio.

Más importante aún es :

“Lo que no se debe hacer y ni decir”:

- ✓ No presione a la persona para que le cuente su historia.
- ✓ No interrumpa ni apure a la persona mientras cuenta su historia (por ejemplo, no mire la hora, ni hable demasiado rápido).
- ✓ No toque a la persona si no está seguro de que eso sea apropiado.
- ✓ No juzgue lo que hayan hecho o dejado de hacer, ni sus sentimientos. No diga cosas como *“no debería sentirse así”* o *“debería sentirse afortunado de sobrevivir”*.
- ✓ No invente cosas que no sabe.
- ✓ No utilice expresiones demasiado técnicas.
- ✓ No cuente la historia de otras personas.
- ✓ No le hable de sus propios problemas.
- ✓ No haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores.
- ✓ No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona, en su lugar.
- ✓ No le quite su fortaleza, su sensación de poder cuidarse a sí mismo/a.
- ✓ No hable de otras personas en términos negativos (por ejemplo llamándoles “locos” o “desorganizados”).

Los tres principios básicos de actuación de PAP son **observar**, **escuchar** y **conectar**. Estos fundamentos sirven de orientación a la hora de contemplar una situación de crisis y de adentrarse en ella; acercarse a los/as afectados/as y entender sus necesidades para ponerles en contacto con apoyo e información prácticos.^{iv}

> OBSERVAR

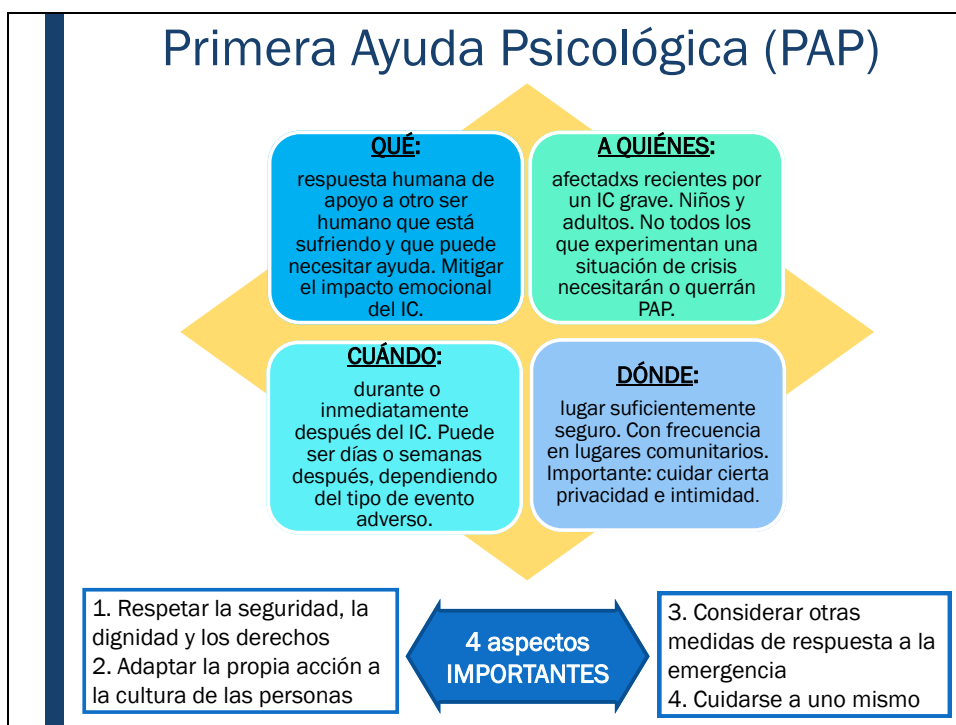
- » Comprobar la seguridad.
- » Comprobar si hay personas con evidentes necesidades básicas urgentes.
- » Comprobar si hay personas que presenten reacciones graves de angustia.

> ESCUCHAR

- » Diríjase a quienes puedan necesitar ayuda.
- » Pregunte acerca de qué necesitan las personas y qué les preocupa.
- » Escuche a las personas y ayúdeles a tranquilizarse.

> CONECTAR

- » Ayude a las personas a resolver sus necesidades básicas y a acceder a los servicios.
- » Ayude a las personas a enfrentarse a los problemas.
- » Brinde información.
- » Ponga en contacto a los afectados con sus seres queridos y con las redes de apoyo social.



Cómo se traducen estas estrategias de intervención en nuestra práctica cotidiana:

Tal como se afirmaba en el comienzo, la práctica médica está permanentemente asociada a situaciones críticas que implican un sufrimiento. La oftalmología lejos de estar exenta se encuentra ampliamente ligada a la asistencia de personas afectadas por un Incidente crítico (IC), basta sólo pensar en el valor que nuestra cultura le dá al sentido de la visión. En las consultas de guardia puede observarse, pero también en el momento de comunicar el diagnóstico de patología severa, más aún cuando existe el riesgo de pérdida de la visión. Dice el especialista: “Los estudios muestran un melanoma en el ojo derecho, la indicación es” La

- ²² Organización Mundial de la Salud (2012) “Primera ayuda psicológica: Guía para los trabajadores de campo”. OMS, Ginebra. :

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf

dimensión del “desastre” se hace presente para quien padece el melanoma, un glaucoma avanzado, o ha tenido un bebé prematuro con una retinopatía, no necesita estar en medio de un huracán o un terremoto, el impacto en su salud y las reacciones serán las de una situación extrema, y el profesional que lo asiste necesita conocer y estar entrenado para contribuir a modular ese impacto, y reducir el riesgo de las consecuencias emocionales, tanto en el paciente como en su propia persona, no resulta sencillo comunicar diagnósticos de patologías severas, indicar sus tratamientos o informar que hasta el momento la ciencia no dispone de tratamientos para la patología diagnosticada.

Quienes hayan llegado hasta aquí en la lectura del capítulo seguramente ya habrán podido establecer los puentes y conexiones sobre la utilidad de estos principios de intervención. Desde, el modo y el lugar donde se comunica un diagnóstico, la posibilidad de comprender las bases neurofisiológicas de las reacciones aparentemente irracionales o irascibles de los pacientes o sus familiares, o hasta la disociación o desconexión con la que pueden reaccionar frente al impacto de ese diagnóstico, no recordando luego nada de lo hablado durante la consulta.

Es inherente a la práctica médica reconocer este impacto y entrenarse en las herramientas necesarias para acompañar a las personas y sus familiares en estas situaciones, allí donde el “orden de lo impensable “ que representan los IC se hace realidad. Resulta tan necesario como aprender a usar el estetoscopio. Las personas saben racionalmente que pueden enfermar y que el fallecimiento es un hecho ineludible, tanto el propio como el de seres queridos, sin embargo siempre toma por sorpresa. Y somos los médicos quienes a menudo estamos allí, para comunicarlo.

Hacia la prevención del desgaste profesional

Es momento en el recorrido de este capítulo de incluir algunas consideraciones para el cuidado de la salud del médico.

El objetivo principal de este apartado será visibilizar y sensibilizar sobre los riesgos a los que expone la práctica médica, cómo puede manifestarse el malestar en caso de una afectación y algunas recomendaciones para el cuidado de la salud. El enfoque de esta publicación está dirigido a los destinatarios del capítulo, los profesionales médicos, de ninguna manera excluye otros aspectos determinantes como son las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Hace ya algunos años bajo el título “Somos nuestro instrumento de trabajo” decía en una publicación²³ “Si un pianista cuida de sus manos como un preciado tesoro, un futbolista hasta puede llegar a asegurar sus piernas, los enólogos preservan su refinado olfato y paladar, un carpintero guarda celosamente su tablero de herramientas... ¿Qué nos sucede a nosotros, los trabajadores que dedicamos en muchos casos ‘nuestra vida’ a cuidar la vida de otros, que no cuidamos de nuestra propia salud?”.

El impacto del estrés ligado al trabajo es, desde hace décadas, fuente de preocupación para varios de los sectores involucrados. Es una problemática compleja y como tal requiere ser abordada multi e interdisciplinariamente. “Las condiciones y medio ambiente de trabajo constituyen entonces un fenómeno complejo que para ser analizado exige la articulación de varias disciplinas científicas convergentes sobre un mismo objeto *el hombre en situación de trabajo*. Esta multidisciplinariedad no deja de lado los conocimientos ingenieriles o sanitarios, sino que los

²³ Dra. Silvia Bentolila y equipo de la Red PROSAMIC “Cómo trabajar con el sufrimiento humano sin quemarnos en el intento” Cuidar al que cuida Año 1 Nº 2 - Buenos Aires - octubre de 2015- - Editorial los talleres

incluye y los integra en un conjunto al lado de la economía, la sociología, la psicología, la ergonometría, el derecho, la antropología, etc” decía el especialista Ing. Julio César Neffa.

Para poder abordar la complejidad de un campo como el del estrés ligado al trabajo y el desgaste como una de sus consecuencias en la salud, debemos aceptar que cualquier enfoque implica asumir cierto grado de reduccionismo o recorte. Las variables que intervienen son inabarcables para una publicación acotada como la presente cuyo objetivo es concientizar a los profesionales sobre la necesidad del cuidado de su salud desde una perspectiva clínica especializada y con una orientación preventiva.

El estrés relacionado con el trabajo continuado es un factor determinante significativo de trastornos depresivos. Estos trastornos constituyen la cuarta causa principal del volumen de enfermedades en todo el mundo. Se prevee que para el año 2020 llegarán a ser la segunda causa, detrás de la cardiopatía isquémica, pero delante de todas las demás enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2001).

El colectivo de trabajo integrado por los médicos es considerado un grupo de riesgo, “Resulta imprescindible comprender que el agotamiento es un proceso psicofisiológico, una respuesta de adaptación fallida por falta de herramientas para la protección de la salud en general, especialmente de la salud mental en el ámbito laboral.” Es necesario concientizar para intervenir a partir de una detección temprana de indicadores de malestar o desgaste.

El estrés ligado al trabajo afecta a miles de médicos en el mundo, es considerado una de las variables que condiciona tanto su salud, como su calidad de vida, la eficacia y la eficiencia de su praxis. Contando con que el lector es un profesional de la salud no es necesario profundizar en los mecanismos neurofisiológicos, sólo recordar algunas definiciones que resultan de utilidad para comprender modelos operacionales para un abordaje de prevención primaria, secundaria y/o terciaria. Según Hans Selye se puede considerar “*stress* a un síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas, no específicas del organismo, frente a diferentes agentes nocivos del ambiente de la naturaleza física o química” Para la OMS es “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. Para Lazarus y Folkman es “*El resultado de la transacción entre el sujeto*

y el ambiente, otorgando especial importancia a la valoración cognitiva que el individuo realiza de la situación”

Es posible afirmar que en el momento en que un acontecimiento/evento impacta en el sujeto, este realiza una valoración de sus posibilidades o capacidades para responder eficazmente, valoración que dependerá a su vez del contexto y las circunstancias en que se produzca el impacto. De modo que la misma situación puede resultar un estresor de mayor o menor intensidad aún para la misma persona si esta percibe que sus recursos le son suficientes o no para afrontarlo exitosamente, y que considere como éxito o fracaso en un momento dado. Lamentablemente muchas veces, aún en un nivel inconsciente, puede evaluarse como fracaso todo aquello que no es posible de ser curado, aun teniendo el conocimiento científico de que la atención sanitaria está destinada en infinidad de situaciones a las denominadas patologías crónicas, generándose frustración en el paciente, su familia y hasta en el profesional que brinda asistencia.

Dice la GONEHT (the Global Occupational Health Network): “Quizás el factor más importante que incide en el desgaste laboral es la necesidad de sentirse eficientes, lo que constituye uno de los principales objetivos laborales compartidos por los agentes de salud entre otros”. Gran parte de quienes son impulsados por una vocación de servicio tienen la implícita y desmedida expectativa de solucionar todo aquello que provoque un sufrimiento humano, lo cual evidentemente además de ser un imposible, es fuente de frustraciones que puede llegar a causar desilusión, tristeza o hasta padecimientos psíquicos. Trabajando en situaciones extremas es fácil sentir que todo lo que se haga es insuficiente pero desde la perspectiva de quienes reciben apoyo y ayuda resulta de vital importancia. Tal como lo ilustran las palabras del sobreviviente de un derrumbe, “cuando el agotamiento sólo me permitía abandonarme a morir, lo que me mantuvo vivo fue la mirada de un

bombero mientras esperábamos el rescate sosteniendo mi mano cálidamente por horas” (Bentolila, 2008).

La otra variable determinante que se tomará desde este enfoque es “el trabajo”. Según Dessors y Moliner, “el trabajo es lo que se hace, es beneficiarse con un lugar para hacer y hacerse con los otros” ... “El trabajo puede, por el contrario, obstaculizar la construcción de identidad y ser fuente de sufrimiento.”²⁴ Pocas profesiones constituyen una identidad tan fuerte como el “Ser médico”. Es poco probable que un Ingeniero civil sea consultado durante una cena sobre el cálculo de hormigón armado para una construcción, nada infrecuente es recibir consultas médicas en plena celebración de un cumpleaños o casamiento.

Para C. Dejours “Trabajar significa enfrentarse cada día a peligros como el miedo, el aburrimiento, el sentimiento de injusticia, traicionar las propias convicciones... es la elucidación del trayecto que va desde un comportamiento libre hasta el comportamiento estereotipado.”

²⁵Estereotipado es finalmente sinónimo de “automático” y “sintomático”

El estrés laboral está considerado por la Unión Europea ²⁶ como el segundo problema de salud más frecuente tras los trastornos musculoesqueléticos y su coste anual en Europa se ha llegado a cifrar en 20.000 millones de euros. (OSHA). Según un amplio estudio del NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) se estima que en EEUU están creciendo los niveles de estrés, mientras en el año 2001 los trabajadores que reportaron estrés fue del 37%, en el 2002 esta cifra

- ²⁴ D. Dessors y P. Molinier (1998): “La psicodinámica del trabajo”, en D. Dessors y M. Guiho-Bailly. Organización del trabajo y salud. de la psicopatología a la psicodinamia del trabajo, Buenos Aires, Lumen.

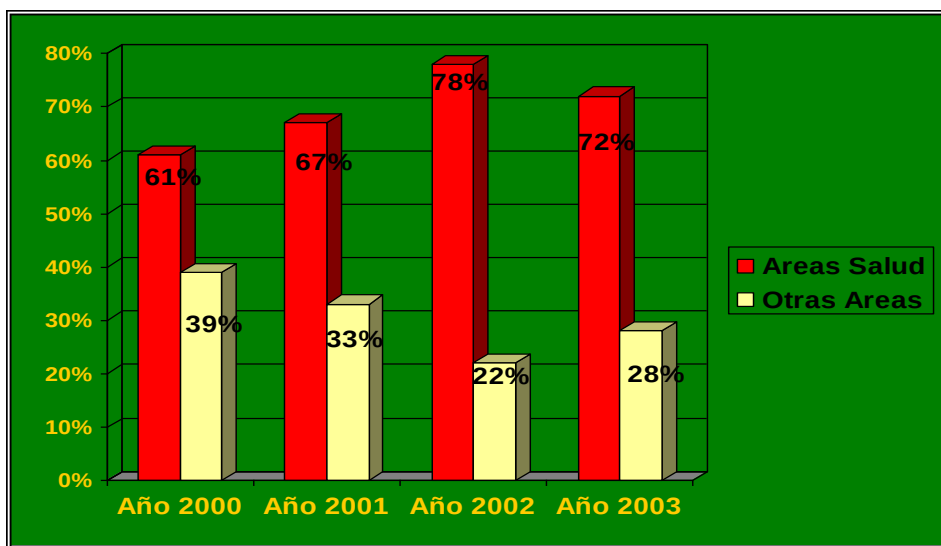
- ²⁵ Dejours, Christophe (1992): Trabajo y desgaste mental. Buenos Aires. Humanitas.

²⁶ Canal Salud La UE considera el estrés laboral como el segundo problema de salud más frecuente MADRID, 24 May. (EUROPA PRESS) -

ascendió al 45%, cifra que lejos de disminuir, continúa en aumento. De acuerdo a la American Psychological Association el 60% del ausentismo laboral se debe al estrés relacionado al trabajo, y su costo anual asciende a 57 billones de dólares.

El sector de la atención sanitaria es uno de los mayores de Europa, alrededor del 10% de los trabajadores de la Unión Europea trabaja en el sector de la asistencia sanitaria y social. Las mujeres, al igual que en la mayor parte del mundo, representan alrededor del 77% de la mano de obra, en este sector y de acuerdo con los datos de estadísticas comunitarias, la tasa de accidentes en el sector es un 34% más elevada que la media de la UE. Tiene el segundo índice de incidencia más elevado de trastornos músculo esqueléticos (TME), después de la construcción, dato que se constata en investigaciones en el Conurbano Bonaerense.²⁷

Accidentes de trabajo ocurridos en las distintas áreas de labor durante los años 2000 - 2003.



²⁷ "Las Condiciones del Trabajo Médico Actual" 2do.Premio Dr.Oscar Eduardo Alende-Colegio de Médicos de la Pcia.de Buenos Aires D II Avellaneda, Diciembre 2004 (Autores. Dres Stella-Bentolila-Diaz)

La bibliografía internacional, incluida la publicada por la Organización Panamericana de la Salud describe Indicadores frecuentes de malestar asociados al estrés laboral de los equipos de intervención agrupándolos según el ámbito donde se manifiestan, en lo individual, en el equipo y en la familia.²⁸

En el individuo

- Tendencia a la hiperactividad e hiperalerta.
- Identificación con la experiencia traumática del otro (trauma vicario).
- Sensación de frustración combinado con deseo de controlar o solucionar todo
- Cambios en el estilo de vida.
- Aislamiento y/o problemas en la comunicación.
- Dificultades en la adaptación familiar y social.
- Trastornos psicosomáticos
- Cansancio y signos de alerta por estrés acumulativo.
- Alteraciones de la conducta y del estado de ánimo (o emociones encontradas).
- Uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Dificultad para la elaboración e integración de la experiencia.

En el equipo:

- Incomodidad y/o ambigüedades de roles.

- ²⁸ Organización Panamericana de la Salud (2006). "Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres", OPS: Serie Manuales y Guías sobre Desastres N°7. Washington, D.C. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/dd/ped/GuiaPracticaSaludMental.pdf> - Cap VII Protección de la salud mental en los equipos de respuesta.

- Problemas en las dinámicas internas (comunicación, solución de problemas, toma de decisiones, conflictos interpersonales, etc.).
- Alianzas y relaciones de dependencia. Formación de subgrupos por alianzas contradictorias, patrones de descalificación y subvaloración de los roles y funciones de los otros.

En la familia:

- Dificultades y/o tendencia a abandonar relaciones con miembros de la familia.
- Pobre comunicación.
- Relaciones inestables y alteración de la dinámica familiar. En ocasiones, violencia doméstica.
- Tendencia a la desintegración familiar.
- Temor y angustia de la familia con respecto a la vida y las condiciones de inseguridad que exige el trabajo del voluntario, socorrista o trabajador de la salud.
- Tendencia a subvalorar las dificultades de la familia respecto a las víctimas de la emergencia y el rol laboral.
- Baja tolerancia.
- Cuentas pendientes que cobran los miembros de la familia y chantajes afectivos.

Desde una perspectiva psicológica hace ya casi un cuarto de siglo, Charles Figley hablaba de un padecimiento denominado Estrés Postraumático Secundario, presente en terapeutas y profesiones ligadas a la asistencia de personas con sufrimiento humano extremo (trabajadores sociales, médicos, psicólogos, socorristas etc): *“...la capacidad de compasión y empatía parece*

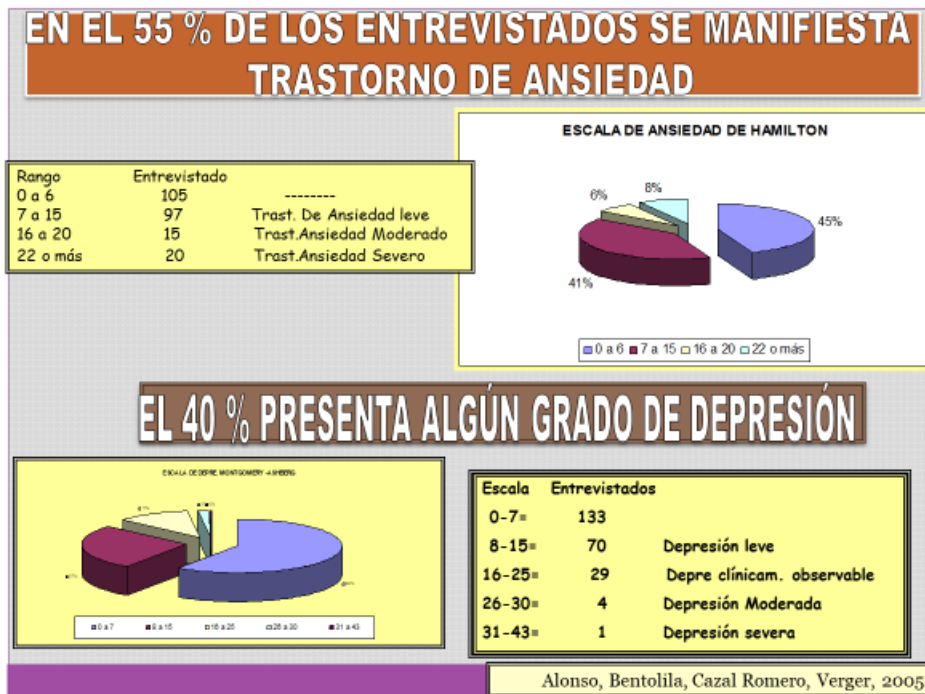
estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros pacientes, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el Trabajo.” Decía Figley.²⁹

Así es que quienes trabajan en el área del trauma, o en general con el sufrimiento humano (tales como psicoterapeutas, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc.) son más vulnerables al Desgaste por Empatía, simplemente porque la empatía es un recurso necesario en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes pero no se recibe un entrenamiento para modular sus efectos negativos.

La preocupación por el estrés laboral de los trabajadores de la salud y el desgaste consecuente lleva varias décadas, una muestra de ello es la profusa bibliografía que da cuenta de innumerables investigaciones. Científicos, investigadores y clínicos de todas las latitudes han observado, un progresivo y marcado deterioro de la salud de los profesionales médicos, y muy especialmente en su salud mental. Margison relevó tasas de suicidio en los médicos, tres veces más altas que en la población en general, el número de cirrosis es tres veces más elevado, y en accidentes de tránsito, las tasas son dos veces superior, en un estudio realizado en 3575 médicos, un 27% presentaba alcoholismo o dependencia a las drogas y un 50% ansiedad o depresión

En investigaciones realizadas en la Pcia de buenos aires, los datos no difieren

- ²⁹ Figley, Ch. (1995) *Companion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized*. BR NY and London.



Las tasas más altas de suicidio las encuentra entre *psiquiatras* y *anestelistas*. Domenighetti y Brthoud (1994) encontraron en médicos de Htales Suizos (N:466) una incidencia de enfermedad cardiovascular superior a la población general. El 20% de los médicos catalanes se ha automedicado en alguna ocasión con psicofármacos, según un estudio realizado por Instituto de Estudios Laborales (IEL) de la escuela de negocios ESADE. Otro estudio revela que cerca del 38% de los médicos catalanes reconoce sentirse "muy quemado" o "moderadamente quemado" en su trabajo y que son los factores organizativos y no las características personales los que tienen una relación más importante con el síndrome de abatimiento profesional.

No debe soslayarse que a las ya difíciles condiciones y medio ambiente de trabajo para el colectivo médico, se suman los mal llamados "*juicios de mala praxis médica*"; que si bien se ha dado presuponer nacieron como una forma de cuidar los intereses de los pacientes o clientes, en realidad han pasado a formar parte de la larga lista de la industria del juicio, en virtud de lo cual, bajo la posibilidad del "beneficio de litigar sin gastos" que ampara a todo ciudadano, es visto en

muchos casos como una posibilidad de obtener beneficios económicos, tanto por parte del demandante como del letrado que lo representa, dado que las “costas” del juicio deberán ser pagadas por quien fuere solvente, independientemente de la sentencia. (Bentolila, 2002). En 2005 el Dr. Alejandro Verger, quien dirigiera durante años el F.R.P. (Fondo de Resguardo profesional) del Colegio de Médicos de la Pcia de Buenos Aires Distrito 3 decía: “El común devenir de los procesos judiciales y las estadísticas nacionales e internacionales ha demostrado que mucho menos del 20 %, de todos los procesos iniciados contra los médicos, terminan con una sentencia condenatoria. Lo cual deja trasuntar que todo este fenómeno, no es más que la utilización y manipulación desaprensiva del riesgo propio derivado del ejercicio de la medicina, con el exclusivo fin de lucro” ...

Una hipótesis posible acerca de qué le sucede al médico

“Los trabajadores de la salud, aprendemos una serie de mecanismos para lidiar con el sufrimiento humano sin sucumbir a la angustia, estos mismos mecanismos que nos ayudan a ayudar a “nuestros semejantes”, manteniendo la distancia que nos permite pensar y actuar profesionalmente, son los que por otra parte contribuyen a desconectarnos de nuestro propio sufrimiento, uno de ellos es “la disociación”, mecanismo responsable de lo que muchos especialistas han descrito como el triple signo, de ignorancia, indiferencia y falta de cuidado de los médicos hacia su propia salud,”(Bentolila S, 2001)

La Disociación Operativa, mecanismo defensivo propio y necesario para el ejercicio de ciertas profesiones, tiende a dejar de ser operativa para transformarse en patológica. Decía Sydenham hace más de tres siglos... “para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo” La formación, entrena para disociar la emoción durante el acto médico, pero no entrena para que este artilugio profesional, imprescindible a la hora de intervenir frente al

sufrimiento de “un semejante” no se transforme en un “síntoma” que obstaculiza la relación con los otros y consigo mismo.³⁰

“ Los médicos tienden a disociar la mente del cuerpo y el cuerpo del contexto, no sólo en el paciente sino también en sí mismos, con lo cual devienen una mente sin cuerpo ni emociones, sobreadaptados. La neotecnología, en esas condiciones, se presta para favorecer la disociación y la renegación. En los médicos, los efectos del distrés empiezan por malestares triviales y cotidianos que constituyen precursores de enfermedad, y es importante diagnosticarlos a tiempo” (Wolfberg 2003).

.“Con respecto a la negación de ansiedades y temores, cierto grado de omnipotencia y negación es necesario: un cirujano pálido de miedo y tembloroso, que comparta con el paciente el temor de la muerte y al dolor físico, difícilmente podrá operar de forma adecuada y mantener una clara capacidad de decisión. Este proceso de negación ha sido denominado *disociación instrumental* (Maradarás Platas, 1980) Disociación implica la capacidad de separarse o dividirse internamente, dejando de lado determinados aspectos de la propia personalidad y asumiendo otros, sin que se "mezclen" o comuniquen entre sí. Ahora bien, cuando la negación es muy marcada, el cirujano puede "desatender" sus temores y precauciones, y estará entonces expuesto a cometer errores por minimizar los riesgos de los procedimientos quirúrgicos o no percibirá ni evaluará con claridad los signos y síntomas que señalen una complicación postoperatoria incipiente. También un alto grado de negación o disociación le impedirá una adecuada captación del estado psicológico de sus pacientes y minimizará sus eventuales consecuencias. La negación puede acompañarse de otras defensas al modo maníacas: con hiperactividad (que puede llevar al cirujano a trabajar demasiado y sin descanso, y cometer errores por fatiga) y sentimientos de omnipotencia (que pueden

³⁰ Bentolila, Silvia (2008): *Estrés laboral, microtrauma y disociación*. Actualizaciones 2008 - “Psicofarmacología Psicodinámica IV”. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas.

condicionar la realización de técnicas quirúrgicas temerarias, por ejemplo).”.... (Instituto Universitario de Ciencias de la Salud).

Como se desprende del párrafo anterior, los mecanismos disociativos finalmente hasta impactan en el aumento del riesgo de una “mala praxis”, De modo que nuevamente la salud mental, o mejor dicho su deterioro tiene una influencia directa en nuestra práctica profesional

Es oportuno hacer una breve mención a un síndrome que hoy ya ha sido reconocido por la OMS dentro de los síndromes ligados al estrés laboral, el síndrome de Burnout. descrito como "un síndrome resultante de un estrés crónico en el trabajo que no fue gestionado con éxito"

“El síndrome de Burnout ha llegado para quedarse y hasta podría transformarse en una epidemia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud, lo ha reconocido en 2019 en su 72ª Asamblea en Ginebra. **Es la primera vez que el *desgaste profesional* entra en la clasificación, anunció Tarik Jasarevic, portavoz de la OMS; será incluido en la clasificación de enfermedades y trastornos relacionados que entrará en vigor en enero de 2022.**”³¹

QUÉ ES EL BURNOUT?

Burn-out es un término que tiene su origen en la industria aeroespacial. Designa el agotamiento del carburador de los cohetes que tiene como resultado el recalentamiento y la rotura de las máquinas.

“Puede ser definido como una pérdida de la motivación para involucrarse creativamente. En esta definición está implícito que el Burnout no es un punto estático de no retorno, un estado terminal; más bien es una manera de sentir, pensar y actuar que las distintas personas manifiestan de diversas maneras” (Marshall, 1982).

“Se manifiesta con pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, disminución de la motivación,

³¹ Silvia Bentolila-¿Es posible reducir el riesgo de padecer Burnout?
Actualidad Psicológica-Psicología del Trabajo- año XLV-Nro 492 ISSN 0325-2590

síntomas de ansiedad, depresión, trato distante y agresivo con los pacientes” (Fraudenberer, 1974),³²

Una definición que contempla la intervención de distintas variables es la propuesta por Macarena Martínez y Patricia Guerra (1997):³³

“Síndrome resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este Síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización, Sensación de Reducido Logro Personal, y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal ”

El Burnout es un proceso progresivo, más que un estado, que incluye: exposición gradual al desgaste laboral, desgaste del idealismo, falta de logros

Cristina Maslach y Susan Jackson (1982) diferencian tres fases en el proceso de construcción del Burnout :

1.Cansancio emocional : es la consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes.

2.Despersonalización es el núcleo del Burnout. Este concepto se refiere al vínculo profesional deshumanizado. La despersonalización es la consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal.

- ³² Freudenberger, Herbert (1974): Staff Burnout. Journal of Social Issues.

- ³³ Martínez M.; Guerra P. (1997): “Síndrome de burnout: el riesgo de ser profesional de ayuda”. Revista Salud y Cambio.

3. Abandono de la realización personal, que aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.³⁴

En muchas ocasiones se confunde el síndrome de burnout con Depresión o Ansiedad (Besse, 1992; Schaufeli y Enzmann, 1998; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001, Iacovides et al., 2003), o con el síndrome de fatiga crónica (chronic fatigue syndrome; CFS), o el agotamiento vital (Grossi, Perski, Evergard, Blomkvist y Orth-Gomér, 2003).

Todos estos síndromes cursan con agotamiento físico y emocional, y con falta de motivación, entre otros síntomas., e incluso pueden formar parte del inicio del síndrome (Maslach et al., 2001; Grossi et al., 2003).

El agotamiento es la dimensión central del burnout y su presencia es la manifestación más clara del síndrome. Es la dimensión más estudiada, sin embargo, esta dimensión es necesaria pero no suficiente, ya que no abarca la complejidad del síndrome, aunque refleja el efecto del estrés (Maslach et al., 2001). Lo característico del Sind de Burnout es que las personas que lo padecen se vuelven más cínicas y deshumanizadas, y tratan de afrontar el estrés a través del distanciamiento. Las consecuencias son una práctica irregular y un aumento del absentismo laboral, incluso abandono (Iacovides et al., 2003). Al punto de que se ha sugerido que un método sencillo de ver si un empleado padece burnout, es verlo en el momento del café, cuando se vuelve cínico hasta con los compañeros. (Gil-Monte (2005) ³⁵

QUÉ FACTORES INCIDEN EN SU DESARROLLO?

Si bien no es factible hablar de una “etiología”, a partir de cientos de investigaciones se pueden

- ³⁴ Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986): Maslach Burnout Inventory (2ª ed., 1981 1ª ed.) Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press.

- ³⁵ Gil-Monte, P. R. (2005): El Síndrome de Quemarse en el Trabajo (burnout). Madrid, Psicología Pirámide.

observar múltiples factores de riesgo que predisponen al desarrollo del síndrome. Entre otros:

- La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a burnout (Jaoul et al., 2004).³⁶

- Varios especialistas e investigadores coinciden en que el apoyo social en el trabajo tendría un efecto amortiguador para la tensión laboral (Johnson, Hall y Theorell, 1989; Astrand, Hanson y Isacson, 1989), o su ausencia (trabajo en soledad, aislamiento) y la alta tensión laboral, impactarían negativamente. Dentro del modelo de Karasek, el aislamiento combinado con el aumento de tensión determina efectos negativos para la salud cardiovascular de las personas (Belkic et al., 2004). (cuadro 1)

- La autoeficacia, y sensación de control sobre el propio ambiente, intervienen como elementos protectores, las personas que se sienten autoeficaces afrontan mejor los cambios y persisten en sus tareas más tiempo que las que se sienten menos eficaces (Hill, Smith y Mann, 1987).

Niveles elevados de estresores laborales conducen a baja autoeficacia, lo cual se relaciona con tensión laboral. Por ende concluyen que la autoeficacia tiene un papel principal en las relaciones entre el estrés y la tensión laboral (Perrewé et al., 2002) Han encontrado asociación estadísticamente significativa entre la falta de control y de información con el burnout (Schaufeli y Enzmann, 1998; Maslach et al., 2001; Grossi et al., 2003).

El desgaste laboral depende de la interrelación de diversos factores individuales, organizativos y del entorno, resulta difícil determinar con precisión la magnitud del problema. Sin embargo, se ha planteado que afecta hasta a un 40% de los médicos en grado suficiente para perjudicar su bienestar personal o su desempeño profesional. Ha sido reconocido como un riesgo profesional para las especialidades orientadas al público como la atención sanitaria, la educación y los servicios públicos. A escala social, los costos son notables en términos de ausentismo, disminución

- ³⁶ Jaoul G., Kovess V. (2004): El burnout en la profesión docente. Anales Médico Psicológico 162.

de la productividad y gastos de atención sanitaria. En USA, las pérdidas de las instituciones a causa del estrés y de los problemas relacionados, se estiman en más de U\$S 150 mil millones anuales

BURNOUT, EDAD Y GÉNERO

Las mujeres aparecen según las investigaciones como un grupo de riesgo: con mayores puntuaciones en estrés y menos en control que los hombres (Kunz-Ebrecht et al., 2003). La respuesta matutina del cortisol salivar al estrés laboral también parece estar mediada por el género, es mayor en mujeres en comparación con hombres (Schulz et al., 1998; Steptoe et al., 2000; Kunk-Ebrecht et al., 2003; 2004a). Es así que el grupo de los más jóvenes y mujeres médicas reportaban más frecuentemente stress, ansiedad y depresión, con altos scores de síntomas físicos y emocionales Rathod et al (2000)

Son numerosos los estudios en todo el mundo que han reportado tasas de suicidio elevadas en médicas mujeres (Schernhammer and Colditz,2004)

Con un mayor riesgo de parto prematuro y de dar a luz a niños de menor peso que la población general, a pesar de que se realizan más ecografías y manifiestan seguir mejores hábitos de salud durante el embarazo. Algunos autores consideran a las mujeres médicos embarazadas como un grupo obstétrico de alto riesgo.En Un estudio longitudinal a 10 años de 300 médicos, iniciado durante el periodo de estudios universitarios se detectó que la existencia de síntomas de tipo depresivos o depresión franca en el periodo de formación predice el desarrollo posterior de cuadros depresivos en los médicos varones, sin embargo, las mujeres sufren más depresión una vez acabada la carrera. Podría inferirse que es el estrés ligado al trabajo lo que impacta negativamente en la salud mental de las mujeres, y no su estructura previa o antecedentes.

Las médicas tienen un 60 por ciento de probabilidades más de sufrir de síndrome de desgaste profesional o burn-out.

Es evidente que las tensiones que resultan del intento de compatibilizar las exigencias familiares con las profesionales redundan en una mayor tensión en el colectivo de las mujeres médicas. Si una mujer falta a la guardia porque tiene su hijo enfermo es considerada como poco responsable o cumplidora en el trabajo, si deja su hijo enfermo al cuidado de otra persona para ir a trabajar es considerada una madre desaprensiva. Una encerrona de difícil resolución en la cultura occidental que as su vez pagará menores salarios a las mujeres que a los varones por las mismas tareas.

	Trastorno mental	Depresión	Suicidio	Abuso Drogas(*)
Población General	15%	5%	6/100.000	5%
Doctores	28%	10%	15/100.000	15%

Prevalencia de trast. mentales y adictivos de los profesionales sanitarios en comparación con la población general.
(Crawford, Informe no publicado presentado en la Royal Society of Medicine. London 2003)

RELACIÓN ENTRE BURNOUT Y TRASTORNOS MENTALES

Existe una relación directamente proporcional entre burnout y morbilidad psiquiátrica: cuanto más alto es el nivel de desgaste profesional se observa mayor prevalencia de trastornos mentales y superior porcentaje de bajas laborales de origen psiquiátrico. (Canadian Physician Health Program, 2003) El nivel de estrés y burnout se relaciona de una forma directamente proporcional con los trastornos afectivos (depresivos) y el consumo de alcohol. Este último puede ser utilizado

como un mecanismo de "coping" o medio de hacer frente al estrés y la ansiedad. (Jenny Firtz-Cozens)³⁷

Es una preocupación a nivel mundial el consumo de alcohol durante las horas de trabajo.

Realizaron una encuesta en USA y Reino Unido con la siguiente consigna:

"¿conoce a alguien severamente afectado por el consumo de alcohol estando de guardia?". A la que respondieron afirmativamente que si - el 14% de los ingleses - el 20% de los americanos

En una muestra de 82 sanitarios el estrés era señalado como responsable de una menor calidad asistencial en la mitad de los casos y en un 40% de la irritabilidad y enfado hacia el paciente. Invocado por los médicos como causa directa del 7.4% de errores médicos serios sin consecuencia letal y del 2.4 % de los fallecimientos de los pacientes. (Firtz-Cozens, New research on Stress in Doctors Comunicación personal, 2003).

Los médicos tiene una elevada prevalencia: hasta el 46% llegan a tener síntomas de burn-out avanzado

El burnout es un proceso que cursa en varios estadios, correspondiéndole una estrategia terapéutica específica a cada uno de ellos

- Forma leve : Los afectados presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espalda, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.
- Forma moderada: Aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la automedicación.
- Forma grave: Mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.

³⁷ Jenny Firth-Cozens *Advances in Psychiatric Treatment* (2007), vol. 13, 161–168
doi:10.1192/apt.bp.106.003277 Improving the health of psychiatrists

- Forma extrema: Aislamiento, crisis existencial. Depresión crónica, riesgo de suicidio

RECOMENDACIONES GENERALES PARA REDUCIR EL RIESGO DEL DESGASTE LABORAL

En este apartado se aportan en una apretada síntesis recomendaciones sugeridas desde diversos enfoques y organismos. Son complementarias, no excluyentes, podrá el profesional seleccionar cuáles le resultan más apropiadas o eficaces.³⁸ La European Agency for Safety and Health at Work propone dividir las estrategias para modular el estrés ligado al trabajo en dos ejes, que se reitera no son excluyentes:

- a. La regulación de las emociones estresantes (salir adelante focalizando en la emoción).
- b. Abordar el problema que causa distrés (salir adelante focalizando en el problema).

Está ampliamente documentado que tanto las técnicas para modular los efectos fisiológicos del estrés (técnicas de relajación, de respiración, de meditación) como la actividad física regular (un mínimo de 40 minutos, con una frecuencia 3 veces por semana) disminuyen el impacto negativo en la salud.

Todo aquello que favorezca la reintegración de las emociones disociadas, recuperando la conciencia del cuerpo, será de gran ayuda para hacer frente a diversos tipos de situación estresante. Por ejemplo las actividades ligadas al arte.

A partir de una adaptación actualizada que incluye la experiencia de tres décadas laborando en el tema, desde la perspectiva de Rachel Cohen ³⁹se sugiere:

- “La capacitación constante protege de la tensión física y emocional” Incorporar conocimientos y estrategias reduce la incertidumbre y aumenta la percepción de control y manejo de las

³⁸ La European Agency for Safety and Health at Work, 2002, ISBN 92-95007-66-2

³⁹ Rachel Cohen, Salud mental para víctimas de desastres - Manual para instructores (Pan American Health Organization (PAHO) / Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1999,

situaciones críticas.

- “Aumentar el repertorio actual de estrategias de adaptación” la disociación emocional deja de ser operativa cuando se vuelve estereotipada.
- “Perspectivas realistas de los límites de la función” Es necesario ser conscientes de los límites de nuestra praxis. Responden a una expectativa errada dichos como: “no pudimos hacer nada”, cuando “hicimos todo lo que estuvo a nuestro alcance”.
- “Control de la identificación excesiva”
- “Conciencia de las fantasías de omnipotencia”.
- “Modificación de los mecanismos de adaptación adversos e identificados” la deshumanización de las prácticas y la “cosificación” suelen ser recursos fallidos para adaptarnos.
- “Práctica de los objetivos positivos de adaptación” Entre otras prácticas, se recomienda: compartir entre colegas preocupaciones y angustias, hacer actividad física luego de jornadas estresantes, compartir con la familia las dificultades, contar con alguna actividad placentera, realizar prácticas de relajación para reducir el hiperalerta producto del estrés.
- “Confianza para usar los sistemas de apoyo y supervisión útil” El apoyo psico-social es un modulador clave del estrés cotidiano.
- NO TRABAJE SOLO referenciarse con pares, supervisores o maestros. Es recomendable contar con un grupo de soporte profesional, incluso sirviéndonos de medios virtuales de uso cotidiano (redes sociales, WhatsApp).

Recomendaciones de la PAP para quienes se incluyen en el rol de cuidadores:

- Estudie la mejor forma de manejar su propio estrés, para poder apoyar a sus compañeros y beneficiarse igualmente de su apoyo. Las siguientes sugerencias pueden ser útiles en el manejo de su estrés:

- » Piense en lo que le ha ayudado a superar las dificultades en el pasado y en lo que puede hacer para mantenerse fuerte.
- » Intente tomarse tiempo para comer, descansar y relajarse, aunque se trate de periodos breves.
- » Intente mantener un horario de trabajo razonable de forma que no se agote demasiado. Considere, por ejemplo, dividir el trabajo entre varios compañeros, trabajando por turnos durante la fase aguda de la crisis y tomando periodos de descanso regulares.
- » Después de un desastre, la gente suele tener todo tipo de problemas. Puede que se sienta incapaz o frustrado por no poder ayudar a las personas a resolver todos sus problemas. Recuerde que usted no es responsable de resolver todos los problemas de las personas. Haga lo que pueda para ayudar a cada persona a ayudarse sí mismos.
- » Reduzca al mínimo su consumo de alcohol, cafeína o nicotina y evite los medicamentos sin receta.
- » Controle con sus compañeros para ver cómo están llevando la situación, y haga que ellos controlen con usted. Encuentren formas de apoyarse mutuamente.
- » Obtenga apoyo hablando con sus amigos, seres queridos, u otras personas en las que confíe.

DESCANSO Y REFLEXIÓN Es importante destinar tiempo al descanso y la reflexión una vez finalizado su papel de proveedor de ayuda. Puede que la situación de crisis y las necesidades de las personas que ha encontrado hayan resultado muy problemáticas, y que le sea difícil cargar con su dolor y sufrimiento. Después de haber ayudado en una situación de crisis, tómese un tiempo para reflexionar sobre cómo le ha afectado la experiencia y para descansar.

Las siguientes sugerencias pueden ser útiles para facilitar su propia recuperación:

- » Comparta su experiencia ofreciendo ayuda en una situación de crisis con un supervisor, un

colega, u otras personas en las que confíe.

» Aprecie la ayuda que logró proporcionar, incluidos los pequeños gestos.

» Aprenda a aceptar y reflexionar sobre lo que hizo bien, lo que no salió demasiado bien, y las limitaciones de lo que pudo hacer dadas las circunstancias.

» Tómese un tiempo, si es posible, para descansar y relajarse antes de retomar su trabajo y los deberes de su vida normal. Si le invaden pensamientos o recuerdos perturbadores sobre la experiencia, o se encuentra muy nervioso o extremadamente triste, le cuesta dormir, o consume excesivas cantidades de alcohol o medicamentos, es importante recibir apoyo de alguien en quien confíe. Hable con un profesional médico, o, de ser posible, con un especialista en salud mental si dichas dificultades persisten durante más de un mes.⁴⁰

Hasta aquí algunas recomendaciones que aportan organismos internacionales.

Ahora bien, es cierto que, como siempre, lo más recomendable es la prevención primaria – mejorando las condiciones y medio ambiente de trabajo, y recibiendo una formación que posibilite que nuestra vocación no se transforme en fuente de enfermedad–; no es menos cierto que las cifras de trabajadores ya afectados son alarmantes.

Por lo tanto, mientras trabajamos mancomunadamente para promover esa anhelada prevención primaria, nuestra responsabilidad y compromiso, entre pares y para con nosotros mismos, es desarrollar dispositivos terapéuticos para una eficaz prevención secundaria, implementando urgentemente la terapéutica adecuada en quienes presentan síntomas claros de sufrimiento. O, hasta incluso, llegado el momento en que sólo es posible la prevención terciaria, interviniendo activamente en la rehabilitación de quienes se cuentan en la extensa lista de “los quemados”.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud (2012) “Primera ayuda psicológica: Guía para los trabajadores de campo”. OMS, Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf

Tomando ese compromiso desde el año 2005, se encuentra a mi cargo el PASMMe -Programa de Asistencia en Salud Mental al Médico, Del Colegio de Médicos de la Pcia de Buenos Aires Distrito3 y desde 2018 el AMEC, Programa de Atención al Médico en Crisis, del Distrito 5. Ambos programas cuentan con un equipo especializado para asistir a los matriculados que solicitan atención, gratuita y confidencialmente

Las estrategias terapéuticas de los padecimientos no corresponden a este capítulo, sino al manejo del especialista en Salud Mental.

La experiencia acumulada en las últimas dos décadas, avalada por experiencias internacionales como el PAIMM (Programa del colegio de Médicos de Barcelona) permiten afirmar que cuando los médicos somos atendidos por terapeutas que comprenden la problemática del impacto de la tarea, tenemos una rápida recuperación y una notable adherencia al tratamiento, la tasa de abandono no llega al 2%.

Quizás nunca mejor aplicado aquello de “ayudar a nuestro semejante”.
