

# **XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS**

**Barcelona, 18 de Noviembre de 2011**

## **CRISIS SANITARIA Y MALESTAR PROFESIONAL**

**Carmen Duchamp**

Psicóloga Clínica, Ex docente del ICS y supervisora de equipos del ASSIR.

La eficacia de las organizaciones sanitarias está íntimamente relacionada con la calidad de sus recursos humanos. Son el capital más importante, pero necesitan como mínimo una estructura organizativa que provea los recursos esenciales para poder desempeñar sus funciones con eficacia.

No me extenderé hablando de la crisis sanitaria en la medida que ya todas la conocemos. Es evidente que ha habido una mala gestión de la política sanitaria que ahora estalla, sin duda el malestar se ha ido incubando por la torpeza y arrogancia de una administración manos-tijera que impuso draconianos recortes en la sanidad pública sin consensuarlos con quienes mejor conocen el sistema para aportar criterios de racionalidad, es decir los profesionales sanitarios.

Si en cambio me parece fundamental ocuparnos de sus **efectos** en los profesionales, en su salud y en su actuar asistencial. Es habitual, bajo el régimen actual, ver a los profesionales, soportando niveles de tensión excesiva, descompensados, cansados física y emocionalmente.

Su malestar tiene mil motivos diferentes, uno de ellos, quizás el que más molesta, es el menosprecio de los criterios profesionales por parte de quienes la administran, en general gestores ajenos a la medicina, con criterios de la rentabilidad económica que no con el sanitario, que no alcanzan a sopesar que la medicina como dice el Dr. Ricardo Ricci es una *“ciencia difícil, un arte delicado, y un humilde oficio”* que requiere ciertas condiciones básicas para ser ejercida por los verdaderos “gestores” de la salud.

En los estudios de campo publicados recientemente, El **estrés es uno de los riesgos laborales más importantes en el personal sanitario**. Teniendo en cuenta que las tensiones a los que nos enfrentamos en la jornada laboral, nos provocan una respuesta de estrés que puede desarrollar una llamada *“nueva”* enfermedad. Dada la importancia y la magnitud de la afectación del personal sanitario en los estudios realizados, se ha considerado tratar esta patología derivada del estrés en un apartado distinto, el de síndrome de agotamiento profesional o **Burnout**, término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto.

Fue descrito por H. Freudenberger en 1973, como un conjunto de síntomas bio-psico-sociales que surgen como respuesta al stress laboral, caracterizada por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado como resultado de una demanda excesiva, así como actitudes y sentimientos negativos, pérdida de empatía hacia las personas con

las que se trabajan y hacia el propio rol profesional con especial incidencia en el sector servicios : médicos, enfermeros, asistentes sociales, docentes, psicólogos etc.

Sin duda es importante el reconocimiento que estar agotado o quemado sea considerado una enfermedad, pero es sabido desde mucho antes de la invención de este síndrome, que el malestar, la sobrecarga, el agotamiento, la frustración, la ansiedad, la angustia por las insatisfacciones de la vida personal o laboral, por sus presiones o conflictos aumentan las posibilidades de enfermar. Sólo que hasta que no iniciaran estudios médicos sobre el **“stress”** este no adquirió entidad **“científica”** y a partir de ello es cuando se han difundido e incluso popularizado, reconociendo que ciertas variables condicionan y posibilitan sintomatología somática y psíquica. De aquí deriva la llamada **“nueva enfermedad”** descrita y reconocida recién en 1973.

Un trabajo interdisciplinario hubiera hecho posible que ese reconocimiento se hubiera efectuado con mucha antelación. Hace más de 100 años que un médico vienes, se interesó por la pluri-causalidad del enfermar, por la complejidad de las determinaciones e interacciones múltiples que llevan a un ser humano a enfermar. Un problema relativo al conjunto de la vida y a la categoría de unidad bio-psico-social, reconocida por la OMS, de la condición humana. Es decir no sólo en el nivel biológico o del cuerpo. Como es de su suponer una teoría demasiado avanzada para su época no fue bien acogida por la jerarquía científica de su tiempo.

Así por ejemplo una enfermedad orgánica – incluso leve- puede alterar el estado emocional y determinar trastornos psíquicos al no poderse asimilar ni aceptar la pérdida que conlleva, creándole así mismo dificultades en las relaciones familiares, laborales y sociales que agravan su dolencia.

Del mismo modo un proceso depresivo tiene un correlato somático. Baja la tensión arterial, el apetito, produce decaimiento y malestar general, disminuye las defensas y consecuentemente al alterar el sistema inmunológico se crea el campo propicio para diversas afecciones. Esto se complejiza si la depresión cursa con sintomatología de angustia o ansiedad, alterando el funcionamiento del sistema respiratorio, ahogos, taquicardia, temblores, etc.

Cuando nos encontramos sobrecargados, desbordados por las situaciones, cuando percibimos que no tenemos capacidad de respuesta a las demandas – pensar en la práctica sanitaria- si la presión es muy intensa o bien no se trata de una situación puntual sino que persiste en el tiempo, aparecen los síntomas. Esto es lo que ahora designan Stress y su secuela Burnout.

Ahora se reconoce que puede producir manifestaciones psicológicas pero también síntomas somáticos a corto y largo plazo. En muchas ocasiones no son diagnosticadas en relación al llamado stress subyacente y por lo tanto los tratamientos son más focalizados de modo organicistas y no en su amplio espectro. Es decir no son tratados adecuadamente y los prescriptos resultan ineficaces.

## **GENERADORES DE STRESS PROFESIONAL SANITARIO**

- La carga emocional de la cotidiana confrontación con el sufrimiento, enfermedad, dolor, invalidez, muerte etc. y la derivada de la responsabilidad de comunicación de mensajes dolorosos a pacientes y familiares.
- Las presiones institucionales más de índole económicas que sanitarias, con menosprecio de los profesionales entendidos como una **unidad productiva** con la función de cumplir **objetivos**. Así como la frustrante falta de reconocimiento de la eficacia asistencial de los profesionales si esta no va en concordancia con los parámetros de los **objetivos** impuestos.
- Conflicto entre las expectativas profesionales para realizar sus funciones y la realidad de las metas que la institución le exige, por órdenes contradictorias, cambiantes o ambiguas que confunden respecto a las actuaciones a realizar, el objetivo cumplir y generan incertidumbre sobre sus consecuencias. O la falta de formación previa de los nuevos protocolos informatizados sin que medie margen para su interiorización.
- La jornada de trabajo excesiva, la sobresaturación de las agendas diarias, limitación temporal para realizar su tarea, guardias sin que medie descanso suficiente, jornadas nocturnas que producen mayor desgaste, hacen que el profesional acabe agotado física y mentalmente. Pero aún un factor puede agravarlo, por el cierre de servicios pacientes de urgencia deben desplazarse a otros centros que se saturaran.
- Como consecuencia la ansiedad frente al acto profesional, diagnóstico o prescripción de tratamiento a realizar por temor a equivocarse al no disponer de espacio tiempo necesario para la evaluación reflexiva y/ o interconsulta.
- La ardua tarea de tratar con ciertos pacientes y familiares conflictivos. Por ej: las relaciones tensas que se generan por personas que sistemáticamente incumplen prescripciones o tratamientos, o demandantes que exigen todas las pruebas habidas sin justificación, manipuladores y/o reivindicativos etc.
- La dificultad agregada en la práctica actual, por el fenómeno masivo de la inmigración, para comunicarse con los pacientes pertenecientes a una lengua y/o cultura diferente de la propia, con diversos modelos asistenciales en su lugar de origen que colisionan con el de aquí. ej.: sistemático incumplimiento horario visita, ó presentación espontánea en la consulta sin demanda de una cita etc. Pregunta: alguna entidad se ocupo de informar sobre el funcionamiento de los Centros asistenciales a los colectivos respectivos?
- Tensiones en el equipo: Conflictos por personas que revierten su malestar en los compañeros o que desmotivados hacen dejación de tareas que entorpecen el trabajo de los demás.

Sabemos que cuando nuestra actividad se adecua a las expectativas y a la capacidad profesional esto colabora al bienestar psicológico, a la autoestima personal y es fuente de motivación si además existe un reconocimiento de la eficacia de la misma.

Por el contrario si la tarea a desempeñar se ve restringida, coartada en su potencialidad y eficacia por límites institucionales, por ej.: atender una consulta tras otra en 7 m., en los cuales se supone tiene que revisar la historia clínica – si la hay- para de las explicaciones muchas veces confusas de la persona, poder extraer los síntomas relevantes que le permitan realizar un buen diagnóstico. En función de ello prescribir el tratamiento adecuado, aclarar las dudas que pueden plantearle quien consulta, o darle las explicaciones pertinentes de su dolencia y el porqué de la

necesidad del cumplimiento del tratamiento, volcar la información según el protocolo informatizado, etc.

Ej: médica ginecóloga de asistencia primaria del ICS, tenía visitas programadas a partir de las 8 de la mañana, 3 visitas con intervalos muy breves cada 10 minutos, algunas de las cuales eran resultados de pruebas: citología patológica, infecciones, hepatitis B, sida, es decir comunicar noticias penosas. La dificultad agregada es que las pacientes si bien escuchaban el diagnóstico a veces no alcanzaban a entender las consecuencias de la enfermedad.

La presión psíquica que sufre un profesional por el miedo a equivocarse en un diagnóstico, o la percepción de que ha estado a punto de hacerlo aunque haya detectado el error, por no disponer del margen temporal adecuado para evaluar.

O una enfermera de Planta que tiene que preparar y dispensar la medicación de más pacientes que lo que asumible en un tiempo reducido, o a las han ido delegando más tareas como el control de crónicos (ej: cintron) sin incrementar personal.

Sin duda situaciones estresantes de carrera contrareloj con la que conviven cotidianamente, ansiedad y nerviosismo.

Las DPO, (dirección por objetivos) no están hechas desde la base, sino por criterios cuantitativos y economicistas, no pensando en la calidad asistencial de los pacientes ni en el cuidado de los recursos humanos. Les invito a reflexionar sobre la sintomática perversión del lenguaje utilizado: ahora los antiguos pacientes-usuarios son denominados: "**Cientes**". Los profesionales: **Unidades productivas** con la función de cumplir **objetivos**.

Un efecto perverso de DPO lo tenemos en que por ej.: si alguien del personal no cumple con ello los demás, por efecto dominó, tampoco. Si un profesional está de baja x meses por un accidente, no se cubren los objetivos ya que figura como absentismo y se revierte contra los propios compañeros de trabajo que no cobran. Situaciones creadas por mala gestión de la DPO como el suplemento variable según "productividad" que provoca un efecto de enfrentamiento en lugar de un clima de colaboración interdisciplinar. Es decir, enrarecen las relaciones interpersonales, crea dificultades de comunicación y un clima poco propicio para la colaboración asistencial.

Como se buscan beneficios inmediatos tampoco está pensado para la buena **praxis** profesional ya que esa dinámica de trabajo determina una dificultad de pensar, de evaluar, abocando a realizar una praxis restringida, deficitaria, que produce falta de seguridad profesional, que frustra y angustia.

Conocemos fenómenos muy significativos: situaciones de **repetición de consulta** por parte de los pacientes en casos que no se ha podido realizar, por el apremio temporal, un buen diagnóstico general habiendo tenido que ajustarse a un modelo sintomático focalizado.

Cuando no se puede atender adecuadamente a una persona, esta vuelve reiterativamente a la consulta, su dolencia persiste o se agrava. Además de la carga emocional que pesa sobre el profesional del riesgo por ej. de no detectar que el síntoma que había considerado con el modelo focalizado remitía a una dolencia más

grave. Es un tema que hay que considerar y evaluar adecuadamente no solo por el paciente sino por sus efectos en el personal sanitario.

Si no hay tiempo para establecer una relación médico-paciente adecuada, que es la base de la auténtica esencia de nuestra labor profesional, se pierde de vista los objetivos del sistema sanitario que están estipulados en numerosos estudios: lo principal es reducir la mortalidad, el objetivo es la eficacia asistencial. Poniendo énfasis en que “la calidad no es cara si es bien gestionada”

### **Clínica:**

Se trata de un proceso larvado, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede padecerlo varias veces en diferentes épocas de su vida en el mismo o en otro trabajo.

El **estrés** también genera una serie de **trastornos asociados**, que aunque no sean causas desencadenantes a veces se constituye en **factor colaborador**.

**Signos y síntomas físicos:** cefaleas, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, cardiológicos, respiratorios, dolores generalizados, malestares indefinidos etc.

**Signos y síntomas psíquicos:** falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, ansiedad, conductas adictivas, depresión etc. Una especie de colapso que bloquea o ralentiza pensar, decidir y actuar con eficacia. Trastornos de la personalidad como defensa frente a los sentimientos de impotencia, y desesperanza personal.

**Síntomas laborales:** Abandono de la realización personal, pérdida de interés, entusiasmo e ideales profesionales, falta de empatía con los pacientes, negativismo, aislamiento, no comparten ni delegan trabajo, dejación de tareas, ausentismo laboral.

La primera dificultad respecto a esta sintomatología nos la confirma un estudio realizado por la Fundación Galatea: **“Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo en medic@s de Cataluña”** una de sus conclusiones es que el **sufrimiento psíquico** de estos profesionales es más alto que el de la población general, pero al **evaluar** su salud no lo tienen en cuenta o consideran secundario.

Pero es curioso que en cambio puntúen alto en **dolor** que el estudio considera “que puede estar expresando sufrimiento físico y psíquico...frecuente ante las situaciones de estrés o la sobrecarga laboral del colectivo”. Ligado a ello el alto consumo (automedicación) de analgésicos, psicoactivos, hipnóticos y antidepresivos. Cabe preguntarse de que “dolor” se están auto tratando.

En otro estudio con los Mir encuentran evidencias de la prevalencia del malestar psicológico en los residentes, pero en cambio el nivel de consulta es bajo. Razón por la

cual plantean la conveniencia de establecer recursos de fácil accesibilidad para tratar sus problemas.

Otro estudio sobre Médicos de Atención Primaria en Zaragoza llegó a la siguiente conclusión: *Se aprecia una considerable prevalencia de profesionales «quemados» en atención primaria, especialmente en cansancio emocional. Se necesitan intervenciones en política sanitaria a corto plazo para paliar y prevenir esta situación* (P. Gonzalez y colaboradores)

Creo que es digno de reflexión porque, por una parte contradice el modelo de Salud de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” ( en casa de herrero, cuchillo de palo) y por otra da cuenta de modo sintomático de la formación Universitaria de modelo organicista y tecnológico en detrimento de la humanística que está en concordancia con la OMS.

### **Medidas para prevención y/o tratamiento del malestar**

Es posible tomar medidas preventivas, formas de gestión y se dispone de recursos de tratamientos si y solo si los profesionales sanitarios además de ser informados y prevenidos sobre el mismo, pudieran reconocer, encajar, esta dolencia en un sentido integral. Pues focalizarla lleva a la utilización sistemática de medicación con reticencia para utilizar otras terapéuticas.

Proceso personal de adecuación de expectativas profesionales a la realidad cambiante, para introducir parámetros flexibles que nos permitan ajustar estas y evitar caer en la frustración e **impotencia** y diferenciarla de lo **imposible** temporalmente.

- No significa **resignación**, sino entender los límites, es posible que en este estado de crisis no puedan hacer todo el bien deseable, pero si hacer todo el bien **posible** en la medida exacta de sus capacidades y recursos.
- Implica desarrollar estrategias que optimicen esos recursos, una escucha **atenta** aunque sea breve puede aportar signos para una mejor evaluación del actuar ej. Adolescente con ahogos, que al captar el profesional su angustia hizo una pregunta que develo temor de la joven por la primera relación sexual y sus consecuencias. Fue tranquilizada y al no disponer de más tiempo orientada a la Web de la APFCIB, en vez de medicarla con ansiolíticos. Una actuación eficaz, preventiva y con adecuada derivación.
- Rediseñar la realización de tareas estableciendo objetivos alcanzables, cumplir los protocolos pero haciéndolo a nuestra manera, contribuir al enriquecimiento de las tareas compartiendo información sobre los resultados con los compañeros. Por ejemplo :  
Protocolo de aborto farmacológico: especifica contraindicaciones médicas, pero no de vulnerabilidad psíquica. Una Ginecóloga detecto el riesgo de prescribirlo a una joven con depresión que sola en su casa se enfrenta a un sangrado abundante sin supervisión y control profesional. Abundan nuevos protocolos pero hay que aplicarlos con la sabiduría de antiguas enseñanzas.
- Evitar el aislamiento, me limito a lo mío, participar e implicarse en el trabajo en equipo, establecer lazos, alianzas, tejer redes sociales de apoyo interprofesional que

pueden aportar recursos para solventar una situación determinada. (ej: Médica que contacto con una trabajadora social para conseguir un DIU para una mujer con 2 abortos previos que carecía de recursos.)

- Recordar que pequeñas actuaciones como una interconsulta, o una llamada de contacto previo pueden evitar serias consecuencias. ej.: Mujer con aneurisma cerebral recientemente fallecida , “que hubiera pasado si desde el 1er. gran Hospital se hubieran informado si al que iban a derivarla disponía de los recursos para atenderla”. (A. Juvell, Foro de pacientes)
- Buscar ayuda para la contención de las ansiedades que se despiertan en la práctica clínica, en un entorno fiable que permita comunicar las dificultades y que ayude a gestionarlas emocionalmente tanto en el área laboral, social y familiar.
- Transformar la queja ineficaz en hábil comunicación negociadora con una estrategia: fundamento economicista de **rentabilidad** (el único que consideran). Por ej. En un centro negociaron ampliar tiempo de visita entre 10 a 15 m. aportando evidencias de consultas repetitivas que habían significado un mayor coste, con énfasis en que “la calidad no es más cara” era más rentable.
- Promover y desarrollar las propias capacidades, seleccionar la formación que realmente nos enriquezca profesionalmente, que nos ayuden a modificar la autoevaluación negativista para recuperar la autoestima para recuperar el placer de lo mejor hecho dentro de lo posible.
- Más allá del trabajo hay vida personal, no descuidarla para nuestro bienestar psíquico, fortalecer vínculos de pareja, de amistad, recuperar pequeños espacios de ocio, de disfrute, acordes con el estilo y placer de cada uno, es decir condimentar la vida con sal y una mica de pimienta, bastante oli, y suficiente humor para no avinagrarnos .
- Además de recomendar a los pacientes un estilo de vida saludable aplicarnos la misma medicina. Por ej. ejercicio físico moderado puede producir efectos tranquilizantes significativos, o salir a caminar paseando por lugares que nos gustan en grata compañía etc.
- Si persiste el malestar recordar que existen recursos terapéuticos y profesionales que pueden utilizarse, pero implica aceptar y encajar que lo “psi” hay que considerarlo no como secundario sino como integrante en la condición humana de lo entendido por salud.
- Por último recordarles que gestionar el malestar para evitar su vuelta contra nosotros mismos, implica canalizarlo, exteriorizarlo pero de forma eficaz, transformarlo en energía motora para luchar por nuestras convicciones, ideales. No como kamikazes solitarios sino conjuntamente con asociaciones profesionales, colectivos sensibles ciudadanos, plataformas, formaciones políticas etc. como formas de presión. La historia demuestra que los cambios no suelen ser fruto de la resignación inerte sino de generaciones de lucha.