

Guía Operativa 2

GUIA PARA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Elaborado por: Dr Martín Alpirez Guardao
Coordinador Nacional de Salud Ocupacional

Marco Teórico

El personal de la salud, tanto profesional como voluntario que trabaja en Programas de Cuidados Paliativos se enfrenta frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Su respuesta emocional a estas circunstancias es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una adecuada atención, pero se puede convertir en una recarga traumática, debida a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. Este aspecto ha recibido cierta atención por parte de algunos grupos de profesionales (Hay & Oken, 1972; Pilowski & O'sullivan, 1989; Firth Cozens, 1987) y es de creciente preocupación en el desarrollo de los servicios voluntarios y caseros de atención médica (Wells & Jorm, 1987; Morris et al, 1988).

Esta recarga traumática puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados paliativos, y afectar su eficiencia, bienestar emocional y su vida particular. (De Board, 1978).

Por esta razón, es importante que, para el bienestar del personal, la calidad de la atención y la función integral se vigilen estos factores. La confianza implícita se da en el cuidado del paciente. La intimidad se convierte en un aspecto fundamental de esta confianza. Como paciente, a una persona frecuentemente se le solicita pasar por un examen físico, discutir acerca de muchos aspectos de su vida privada y permitir procedimientos o investigaciones que pueden resultarle vergonzosas e invasoras de su intimidad.

Quienes trabajan en cuidados paliativos se enfrentan a las variadas y complejas reacciones de los pacientes, sus familiares y seres queridos, causadas por el estrés de la enfermedad y el trauma. Las relaciones con el paciente y con sus familiares pueden producir una evaluación a fondo - y al mismo tiempo pena - de sí mismo. El dolor de una madre por su niño enfermo, la pérdida del cónyuge son situaciones penosas de observar. En tales circunstancias, es muy común escuchar frases como "No sé cómo lo habría manejado si me hubiera pasado a mí".

El personal que trata con pacientes terminales, llega a intimar con la muerte, a través de la vida de otras personas. Dichas experiencias pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo, con el cónyuge o la familia, en especial para médicos, enfermeras y demás testigos de aspectos de la vida humana, a los cuales otras personas no están expuestos; por ejemplo, observar un cadáver, ser testigos de un desfiguramiento traumático o de un grave deterioro físico.

Esta intimidad con la muerte y el sufrimiento pueden provocar también una evaluación de su vida y los nexos que lo atan a ella, proceso tensionante en muchas personas. El vacío y la tristeza experimentados por la muerte de un paciente pueden ser críticos. Para quienes trabajan con decesos frecuentes se pueden convertir en el factor más importante para que se presenten una "sobrecarga traumática".

Por otro lado, problemas del paciente se expresan como sentimientos confusos hacia el personal, exagerado enfado, dependencia o necesidad de mantener un control excesivo en la relación. De igual manera, el personal aporta a esta relación un cúmulo importante de experiencias como otros pacientes que, inconscientemente, influyen en su forma de acercarse a los nuevos pacientes. Esto se debe principalmente a la gran carga emocional presente en todos los aspectos de su trabajo.

El enfrentarse con tales estresores, en la atención médica, involucra procesos cognoscitivos, emocionales y de comportamiento. La adaptación a ellos depende de los recursos personales del individuo (como su estilo usual de enfrentar las situaciones o las defensas emocionales que posea), y de los recursos que le proporcione el ambiente laboral, amistoso y familiar. El mantenimiento de la autoestima y la sensación de dominio se pueden considerar como las metas hacia las cuales se deben encauzar los esfuerzos para enfrentar los estresores.

La manifestación de los esfuerzos por mantener una sensación de dominio variará en cada individuo, de acuerdo con la percepción de su papel, sus expectativas y sus atributos particulares, sus estrategias de lucha. La habilidad para mantener el sentimiento de voluntad hacia el trabajo, combatir la desesperanza, mantener la motivación, disminuir la autocensura, establecer expectativas reales y sentir orgullo de los éxitos alcanzados, es muy importante.

Recientemente se ha hecho alusión a la sobrecarga traumática en el personal de la salud, como el "síndrome de agotamiento" (Burnout syndrome). Sus características son cansancio emocional con agotamiento de los recursos emocionales y un sentimiento de no se ha dejado nada para dar a los demás; despersonalización con

desarrollo de actitudes negativas, en algunos casos duras, con la gente con quien se trabaja; y una desvalorización de los éxitos personales (por ejemplo, la percepción de que sus logros en el trabajo se queden cortos con respecto a sus expectativas personales, acompañado de una evaluación totalmente negativa de sí mismo).

Otras manifestaciones de estrés pueden ser la sensación de agotamiento físico, malestar persistente; dolencias psicosomáticas (constante dolor de cabeza, insomnio y alteradores gastrointestinales); así como otros cambios emocionales y de conducta como irritabilidad, frustración y predisposición al mal humor, rigidez e inflexibilidad ante los asuntos de trabajo, incremento en el consumo de alcohol, cigarrillo o drogas; (Raphael, 1981) y relaciones conyugales y familiares conflictivas (Jagaratne et al, 1986).

Enfrentar el estrés es un proceso dinámico, por lo que, a nivel individual como colectivo, el personal de la salud puede manifestar diferentes estilos de adaptación a los diversos momentos en que está expuesto al estrés en los lugares de trabajo.

La esperanza y el altruismo son cualidades importantes de tener, cuando se empieza a sentir desesperación, soledad y ansiedad ante la impotencia. La presencia de una patología defensiva puede llevar a disminuir los sentimientos de compasión de aquellos que permanecen en el trabajo, resultando en el distanciamiento y la deshumanización. El trabajador termina por pensar que aislar sus emociones y proporcionar un cuidado frío y mecánico, es todo lo que puede dar de sí.

Puede darse una descompensación en forma de un desorden traumático de estrés como ocurre en la mayoría de los siguientes eventos traumáticos: ansiedad, pesadillas, recuerdos de escenas traumáticas del pasado en situaciones presentes de gravedad.

El agotamiento puede afectar a las unidades o a sus integrantes. En determinada unidad o servicio (por ejemplo, la sala de un hospital o una clínica), pueden surgir conflictos entre el personal o entre la unidad y otros servicios.

Igualmente importantes son aquellos procesos en los que las tensiones y conflictos en la unidad se concentran en un paciente especialmente difícil, el cual llega a convertirse en el "paciente problema" para todos. Un miembro del personal también puede convertirse en chivo expiatorio de todos los sentimientos negativos y ansiedades, siendo visto como incompetente y odioso. Es posible que otro miembro del personal sea considerado como la encarnación de todo lo bueno.

Todo esto puede llevar a la convicción de que los problemas del grupo quedarían resueltos si el "miembro malo" se marcha (De Board, 1978). Si bien tales fenómenos a menudo manifiestan intentos de hacer frente a la impotencia, malestar y ansiedad suscitados por este

trabajo, esta clase de percepciones y conducta son potencialmente perjudiciales para el personal y los pacientes, toda vez que dificultan una evaluación realista de los problemas; además, son un obstáculo para que el servicio alcance sus metas, particularmente en lo relacionado con la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

PREVENCION DE LA FATIGA Ciertos factores pueden mitigar el stress de este trabajo. La investigación con socorristas (Raphael, 1981), enfermeras de oncología (Mc-Elroy, 1982) y otros grupos, resaltan la importancia de los "GRUPOS DE APOYO MUTUO EN EL TRABAJO". Tales grupos de apoyo para el personal permiten la expresión de sentimientos relacionados con el trabajo y ayudan a dominar la impotencia producida por estas preocupaciones, reconociendo sus temores, inquietudes y quejas (Clark, 1980).

Estos grupos deben reunirse en un sitio diferente al área de trabajo. La interpretación compartida y la expresión de experiencias traumáticas en forma de reuniones regulares ayudan a evitar el distanciamiento y la descompensación (Raphael, 1981).

El entrenamiento efectuado antes y durante el período de atención es importante no sólo para asegurar que el personal esté debidamente preparado para realizar su labor, sino también para garantizar una educación permanente en el área, el mantenimiento de la calidad de la atención y de la moral del personal.

LA SUPERVISION Y EL EXAMEN REGULAR DE CASOS, son elementos importantes en la EDUCACION CONTINUADA. Puede facilitar la discusión de los aspectos psicológicos de la atención a pacientes a través de problemas relacionados con casos, así como la exposición de dificultades específicas experimentadas por los trabajadores de la salud. Dicha supervisión es importante para asegurar que algunos de los problemas en las relaciones paciente profesional, como los ya descritos, sean detectados y resueltos.

LA CONSULTA con otros servicios, como el de salud mental, es un valioso elemento para el entrenamiento y supervisión del personal; además, es útil para el desarrollo de mecanismos de apoyo adicionales.

La claridad de las **PAUTAS EN LAS FUNCIONES DE TRABAJO** y en los niveles de responsabilidad, puede contribuir a evitar la eventual sobrecarga de trabajo, particularmente de aquellos voluntarios que tengan horarios de trabajo no muy bien definidos.

También es importante que el traslado desde cierta unidad o la renuncia a una organización se lleve a cabo sin estigmas o prejuicios. A veces las dificultades emocionales experimentadas por los

profesionales de la salud pueden requerir asesoría y tratamiento de un psiquiatra u otro profesional de salud mental. Es importante que este servicio sea de fácil acceso para los profesionales y que se preste en forma confidencial. La importancia del factor estrés se ve claramente cuando se examinan las funciones que estos profesionales tienen que asumir con frecuencia, así como la naturaleza de los problemas y desórdenes con los cuales deben trabajar; además del intenso vínculo que a veces se desarrolla entre paciente y profesional y las presiones emocionales relacionadas con la atención de personas en tiempos de crisis, dolor o enfermedad.

Estas consideraciones son de la mayor importancia toda vez que el estrés relacionado con el trabajo puede influir poderosamente en la calidad de la atención brindada y en el propio bienestar emocional de los profesionales. Los aspectos humanos de la atención a pacientes deben ser considerados por los encargados de la planificación de los servicios de salud, ya sean profesionales o voluntarios, y en la evaluación y desarrollo del Programa de Cuidados Paliativos, con el apoyo del Programa de Salud Ocupacional.

➤ **OBJETIVO GENERAL**

Proteger a los trabajadores de la salud y otros cuidadores (agentes que proveen atención dentro de la familia) de los factores de riesgo y riesgo laborales relacionados a la ejecución de programa de cuidados paliativos a través de procedimientos técnico-administrativos que faciliten la intervención con eficiencia y eficacia en salud ocupacional.

➤ **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar las etapas de intervención en salud ocupacional dirigidos a los trabajadores de la salud y cuidadores del programa de cuidados paliativos.
2. Describir las tareas de vigilancia de la salud de los trabajadores en cada etapa de intervención.
3. Describir las áreas de ofertas de servicios en salud ocupacional a nivel nacional, regional y local.
4. Identificar los procedimientos en la vigilancia de salud de los trabajadores según tipo de riesgo identificado.
5. Describir los formatos o instrumentos de recolección de la información.

LAS ETAPAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD OCUPACIONAL DIRIGIDO A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS INCLUYEN:

- PRE-EXPOSICIÓN O ETAPA 1:

Etapa previa a la ejecución de las tareas, funciones y cargos relacionados al programa de cuidados paliativos en un área organizacional determinada.

Se inicia con la aplicación de exámenes pre-ocupacional o pre-laborales con la participación interdisciplinaria y evaluación integral de las habilidades, destrezas y aptitudes del trabajador de la salud.

Debe constituirse y/o activarse un comité de vigilancia de la salud de los trabajadores interdisciplinario institucional integrado por las siguientes ámbitos: Recursos Humanos; Salud Ocupacional; Monitoreo de Desempeño; Salud Mental, Cuidados Paliativos etc.

➤ EXPOSICIÓN O ETAPA 2.

Etapa de ejecución de cada de las tareas funciones y cargos relacionados al programa de cuidados paliativos en una área organizacional determinada.

Se caracteriza por monitoreos de rutina o exámenes periódicos ocupacionales.

El contenido y frecuencia de dichos exámenes estará directamente relacionado a los siguientes indicadores:

- grado de vulnerabilidad o labilidad psico-emocional del trabajador de la salud.
- presencia o no de factores de peligrosidad, inseguridad o insalubridad en las condiciones de trabajo (intra y extramuro).
- nivel de carga de trabajo directamente relacionada a la demanda vs oferta del programa.
- régimen organizacional del ritmo de trabajo.

Debe cumplirse con un calendario de monitoreo y seguimiento por trabajador de salud; por grupos de trabajadores de la salud según actividad, puesto y grado de complejidad de la tarea asignada.

➤ POST-EXPOSICIÓN O ETAPA 3.

Etapa de evaluación post-exposición a periodos bien definidos de carga y ritmo de trabajo. Las acciones están dirigidas a mitigar o a reducir los efectos de periodos de alto contenido de demanda de energía física o psicoemocional (determinado por periodos largos de atención, por la complejidad en el abordaje del núcleo paciente-entorno, o la suma de otros eventos vitales estresantes personales y/o grupales) sobre la salud integral de los trabajadores.

Va dirigida principalmente a trabajadores con antecedentes de vulnerabilidad psicoemocional y/o enfermedades físicas que pudiesen agravarse posterior a la exposición en los programas de cuidados paliativos o bien los trabajadores de la salud cuyos resultados de las evaluaciones rutinarias o monitoreos ameriten la referencia a salud ocupacional o salud mental.

ÁREAS DE OFERTAS DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL.

La red de servicios en salud ocupacional estará constituida por los programas de salud ocupacional instalados en las unidades ejecutoras de la Caja del Seguro Social.

En las regiones de salud del Ministerio de Salud se contará con clínicas de atención al empleado o clínicas de salud ocupacional.

Los comités de vigilancia de la salud de los trabajadores interdisciplinarios institucionales deberán atender las demandas de asesoría en materia de salud

ocupacional que surjan por el desarrollo del programa paliativo a nivel comunitario y podrán solicitar apoyo de las instancias directa o indirectamente relacionados al rendimiento, desempeño o productividad del recurso humano.

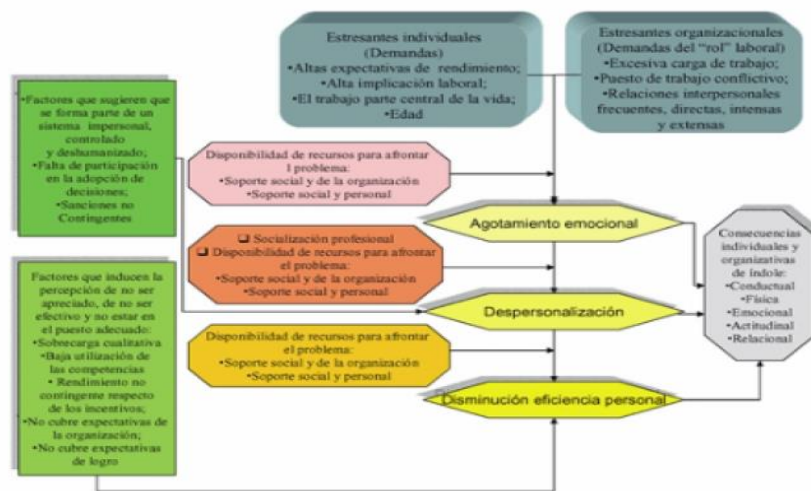
CUADRO # 1

		Consecuencias		
		Ligeramente Dañino LD	Dañino D	Extremadamente Dañino ED
Probabilidad	Baja B	Riesgo trivial T	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO
	Media M	Riesgo tolerable TO	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I
	Alta A	Riesgo moderado MO	Riesgo importante I	Riesgo intolerable IN

IDENTIFICAR LOS PROCEDIMIENTOS EN LA VIGILANCIA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES SEGÚN TIPO DE RIESGO IDENTIFICADO

El comité de vigilancia de la salud de los trabajadores institucional utilizará la herramienta de los niveles de riesgo donde clasificará de acuerdo a la probabilidad (baja, media y alta) y consecuencias

CUADRO # 2



(ligeramente daño, dañino y extremadamente dañino) el tipo en cada trabajadores o grupo de trabajadores por nivel de atención (comunitaria, regional o nacional); por edad cronológica o edad laboral, por disciplina (enfermería, técnico de enfermería, médicos general, médicos especialista, por complejidad de procedimientos efectuados, por trabajo por turnos rotativos (nocturno, diurno etc) etc.

CUADRO # 3

RIESGO	ACCION Y TEMPORIZACION	Intervenciones	Ejemplo
TRIVIAL (T)	El comité de vigilancia no requiere realizar acción específica en el grupo o trabajador evaluado.	Preventivas – Educación permanente	Falta de motivación para trabajar en cuidados paliativos
TOLERABLE (TO)	El comité de vigilancia no necesita en este momento mejorar la acción preventiva instalada para evitar burn out, fatiga física u otro. Sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.	Preventivas – Educación permanente. Intervenciones grupales	Problemas para el transporte, llenado de registro de actividades o de relación entre compañeros de trabajo por malentendidos leves
MODERADO (M)	El comité de vigilancia ha encontrado evidencias que sustentan hacer esfuerzos para reducir el riesgo determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo de burn out, fatiga física o pérdida de productividad deben implantarse en un periodo no mayor de 3 meses. Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas como ausentismo laboral o enfermedad que amerite hospitalización en los trabajadores de la salud el comité de vigilancia precisara una acción posterior, para establecer con más precisión la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de		Problemas de relación entre los miembros del equipo moderados a severos que pueden afectar la atención de los pacientes

	mejora de las medidas de control,		
IMPORTANTE (I)	El comité de vigilancia determina que los trabajadores de la salud no deben comenzar las actividades del programa paliativo hasta que se hayan reducido las causas del riesgo.	Pueden que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se esta realizando, debe remediarse el riesgo en un tiempo menor a un mes.	Trabajador de la Salud con una pérdida reciente que implica reacción de duelo moderada a intensa
INTOLERABLE (IN)	El comité de vigilancia determina que no se iniciaran o continuara tareas o funciones en el programa paliativo hasta que se reduzcan el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo de daño a la salud en los trabajadores aun con recurso limitado	Se debe prohibir el trabajo en programa paliativo y reorientar a otros programas.	Trabajador de la Salud con enfermedad crónica descompensada o Trastorno Depresivo moderado a severo

Referencias bibliográficas

- Clark, C.C.. Burnout Assessment and Intervention. J. Of Nursing administration, 1980,10:39-43.
- De Board The Psychoanalysis of Organizations. Tavistock. London, 1978.
- Dickens, B. M. Legal Rights and Duties in the AIDS Epidemic. Science, 1988, 239;580-580-585.
- Firth - Cozens, J. Emotional distress in junior house officers. British Medical Journal, 1987, 295: 533-536.
- Gerbert, B., Maguire, B. et. al. Why Fear Persists: Health Care Professionals and AIDS. JAMA, 1988, 260, 23, 3481 - 3483.
- Hackett, t. E Cassem, N. Handbook. of General Hospital Psychiatry. Massachusetts General Hospital. Mosby. NY. 1978.
- Hay, D and Oken, D. The psychological stress of intensive care unit nursing. Psychosomatic Medicine, 1972, 34:109-118.
- Jayaratne, S, E Chess, W.A. Burnout: Its impact on Child Welfare Workers and Their Spouses. Socil Work, 1986, Jan-Feb; 53-59.
- Jenkins, J.F. Evaluation of Burnout in Oncology Nurses. Cancer Nursing, 1986,9 (3): 108-116.
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J. S. et al. Stigmatization of AIDS patients by pshysicians. American Journal of Public Health, 1987, vol 77,7,789 - 791
- Mayou, R. Burnout. British Medical Journal, 1987, 295:284 - 285.
- McElroy, A.M. Burnout - A Review of the literature with Application to Cancer Nursing. Cancer Nursing, June, Vol 5,211-217.
- Morris, R.G., Morris, L.W., Britton, P.G. Factors Affecting the Emotional Welbeing of the Caregives of Dementia Suffers. British Journal of Psychiatry. 1988, 153,147-156.
- Pilowski, L. E O Sullivan. G. Mental Illnes in Doctors. British Medical Journal, 1989,298.