

11202

14



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA Y POSGRADO.

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA.

ANESTESIOLOGIA: ESPECIALIDAD DE ALTO RIESGO
(DEPENDENCIA QUIMICA)

INVESTIGACION SOCIOMEDICA
PRESENTADO POR:
DR. GUSTAVO CAMACHO DE LEON
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARÍA MARICELA ANGUIANO GARCÍA.

2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"Anestesiología: Especialidad de Alto Riesgo"
(Dependencia Química).**

Autor: Dr. Gustavo Camacho De León.

Vo. Bo.

Dra. María Maricela Anguiano García.



**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Anestesiología.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Vo. Bo.

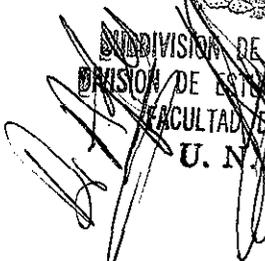
Dr. Roberto Sánchez Ramírez

Director de Educación e Investigación.



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**



AGRADECIMIENTOS.

*En primer lugar a Dios por darme la oportunidad de vivir
"GRACIAS".*

A mis padres, por traerme a este mundo.

A mis hermanos, por la dicha de tenerlos a mi lado.

A mí, porque a veces pense que no podía.

*A mis compañeros residentes; R1, R2 y R3, por darme la oportunidad de convivir y
compartir esta experiencia.*

A los Profesores del curso de anestesiología; a todos y a cada uno mi reconocimiento.

En particular a:

"Mis amigas y confidentes. "

Dra. Gabriela Infante Cosío. (Flais)

Dra. Andrea Belem Camargo Reyes (Chocolatito)

Dra. Raquel Chavez González (Chinita)

Dra. Laura Carolina Soto Escalante (Sotito)

Gracias por su amistad, nunca las olvidare.

"Mis compañeros y amigos."

Dr. Gerardo Gómez.

Dr. Ramón Salvador.

Dr. Cesar Zavala.

Dr. Fernando Palomo.

Dr. Eufemio Nava.

Dr. Eduardo Ruiz.

Porque sin ustedes la anestesiología sería muy aburrida y demasiado femenina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Al Dr. Manuel Santander Velázquez.
Profesor indiscutible, ejemplo a seguir, por su entrega y carisma.*

*A la Dra. María Maricela Anguiano García.
Asesor del presente trabajo. Sin su apoyo desinteresado e ilimitado no sería el mismo.
Gracias por todo Dra. Bonita*

*A los que no creyeron en mi.
Siempre si pude.*

*A los que si creyeron en mi.
No les podía fallar.*

*Muy en especial, a todas las personas que siempre me brindaron una sonrisa,
una caricia o una palabra de aliento,
sería ingrato de mi parte no citarlos,
sin embargo en donde estén reciban mi eterno agradecimiento.*

Mil gracias.

ATTE.

Dr. Gustavo Camacho De León.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE.

RESUMEN.	
INTRODUCCION.	
1. ASPECTOS CONCEPTUALES.	
1.1. Planteamiento del Problema.	1
2. ANTECEDENTES	
2.1. Análisis Antropológico.	1
2.2. Dependencia Química.	5
2.3. Concepto de Enfermedad.	6
2.4. El Problema de los Anestesiólogos.	6
2.5. Causas.	7
2.6. Estrés.	7
2.7. Disponibilidad.	8
2.8. Potencia de los Fármacos.	8
2.9. Otros Factores.	8
2.10. Tratamiento.	9
2.11. Identificación.	9
2.12. Intervención.	9
2.13. Principios del Tratamiento.	10
2.14. Reincorporación.	10
2.15. Pronóstico.	10
3. JUSTIFICACION.	11
4. OBJETIVOS.	12
5. HIPOTESIS.	13
6. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.	
6.1. Tipo de Estudio.	13
6.2. Definición del Universo.	13
6.3. Ubicación espacial y/o temporal.	14
6.4. Diseño de la muestra.	14
6.5. Determinación de variables.	14
6.6. Diseño de la maniobra.	15
7. METODO.	
7.1. Plan de recolección de datos.	15
7.2. Plan de tabulación.	15
7.3. Plan de análisis estadístico.	15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. ASPECTOS ORGANIZATIVOS.	
8.1. Cronograma.	16
8.2. Recursos Humanos.	16
8.3. Recursos Materiales.	16
8.4. Financiamiento.	16
8.5. Riesgo de la Investigación.	17
9. RED CAUSAL.	17
10. RESULTADOS.	
10.1. Narrativa y gráficas.	18
10.2. Chi cuadrada.	24
11. CONCLUSIONES.	26
12. ANEXOS.	
12.1. Comentario.	27
12.2. Cuadros de Resultados.	27
13. BIBLIOGRAFIA.	28

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ANESTESIOLOGIA: ESPECIALIDAD DE ALTO RIESGO.
(DEPENDENCIA QUIMICA).**

RESUMEN.

Durante mucho tiempo, se ha pensado que el médico es considerado un ser mágico, al cual no le acontece nada que lo haga parecer débil ante los demás. Sin embargo, existen durante la historia hechos o acontecimientos que modifican su vida, persona o actitudes del mismo.

Esto, nos hace reflexionar y pensar que algunas personas, (en especial los médicos anesthesiólogos) son más susceptibles que otras, para desarrollar algún tipo de dependencia química hacia algunas sustancias de tipo social, (tabaco, alcohol, café) o incluso algunas de tipo farmacológico, que probablemente condicionen sucesos por demás trágicos y desagradables (Suicidio, drogadicción, etcétera).

La búsqueda del origen de una dependencia química, casi siempre nos conlleva a múltiples factores tales como el estrés, la disponibilidad de fármacos y la carga biopsicosocial de un individuo para desarrollarla.

Este estudio demuestra a 65 médicos anesthesiólogos (residentes y adscritos) que autoreportan dependencia química y las probables causas que los originan.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCION

Asumir la práctica de la medicina como un destino, o una vocación de servicio, de ayuda a los demás, como un arte o como la búsqueda del prestigio social, impiden ver dicha práctica como un trabajo. Al asumirla como un trabajo se ve a los distintos actores del equipo quirúrgico con una importancia semejante, es decir como un equipo multidisciplinario, en el que los saberes y capacidades de cada integrante tienen la misma importancia, ninguno es más ni menos que otro. Es ideal que los anestesiólogos se encuentren no solo en el quirófano, sino también en los procesos prequirúrgicos y posquirúrgicos.

Esto no puede llevarse a cabo sólo por decreto, sino que debe materializarse en la práctica médica cotidiana; ello permitirá un mayor acercamiento al proceso de curación de los pacientes, al reconocimiento de la labor de este profesional por parte del personal médico y paramédico y reafirmará el sentimiento de autoestima del propio anestesiólogo; esto disminuirá el tiempo de exposición, uso y abuso de sustancias tóxicas durante su permanencia en el quirófano, y el tiempo de estrés en el procedimiento quirúrgico.

“Los anestesiólogos son indispensables e insustituibles”, a ellos mismos les corresponde la tarea de reincorporarse a los procesos curativos. Esta tarea no es fácil, se hace necesario replantear la organización misma de la atención hospitalaria; no hacerlo significa seguir pagando los altos costos, sobre todo en cuanto a calidad de vida de los profesionales de esta actividad de alto riesgo, puesto que al carecer de reconocimiento y restarle importancia a su función, se refugia en el anonimato y desarrolla un sentimiento de frustración que tiene que desahogarse de distintas maneras, utilizando a veces las menos adecuadas.

(YO EL ANESTESIOLOGO)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASPECTOS CONCEPTUALES.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El siguiente estudio tiene la intención fundamental de exponer si existe o no, uso o abuso de sustancias que ocasionan dependencia química, en el ANESTESIOLOGO.

ANTECEDENTES

ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO.

Según su palabra, nadie conoce lo que es la anestesiología, sino hasta que está dentro de ella. Pretender entrar al mundo construido alrededor de la practica medica - quirúrgica sin ser médico solo puede ser posible cuando los profesionales de esta área te permiten asomarte a través de la ventana de sus palabras, mismas que se antojan verdaderas. (1)

Y es a través de esas palabras, que nos permitimos el intento de describir el mundo en el que viven las personas que se dedican a la difícil tarea de mitigar el dolor y conservar la vida durante una intervención quirúrgica a los otros actores que también son integrantes del acto quirúrgico, los pacientes.

Anestesiar a un paciente es como llevarlo de paseo o de viaje, a un estado que no es propiamente de los vivos ni de los muertos; es un estado intermedio entre la vida y la muerte. Y la habilidad del anestesiólogo radica en poder llevarlo y ser capaz de regresarlo a la vida normal, dormirlo en forma agradable y despertarlo en forma similar. (1)

El quirófano se convierte en el lugar donde este especialista se pasa la mayor parte del día, del tiempo, de su vida, más que en la casa, más que con los hijos, más que con la esposa.

Es en el quirófano, donde desarrolla su vida, la interacción con los distintos personajes del equipo quirúrgico, impregnado de relaciones de poder, en donde se marcan irremediamente las jerarquías, la vida gira alrededor del quirófano en donde la labor del anestesiólogo es vital para el paciente y "fundamental" para el trabajo de equipo. Lo paradójico es que no se valora adecuadamente su importancia ni por el cirujano ni por el paciente. (1)

ASPECTOS CONCEPTUALES.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El siguiente estudio tiene la intención fundamental de exponer si existe o no, uso o abuso de sustancias que ocasionan dependencia química, en el ANESTESIOLOGO.

ANTECEDENTES

ANÁLISIS ANTROPOLÓGICO.

Según su palabra, nadie conoce lo que es la anestesiología, sino hasta que está dentro de ella. Pretender entrar al mundo construido alrededor de la practica medica - quirúrgica sin ser médico solo puede ser posible cuando los profesionales de esta área te permiten asomarte a través de la ventana de sus palabras, mismas que se antojan verdaderas. (1)

Y es a través de esas palabras, que nos permitimos el intento de describir el mundo en el que viven las personas que se dedican a la difícil tarea de mitigar el dolor y conservar la vida durante una intervención quirúrgica a los otros actores que también son integrantes del acto quirúrgico, los pacientes.

Anestesiar a un paciente es como llevarlo de paseo o de viaje, a un estado que no es propiamente de los vivos ni de los muertos; es un estado intermedio entre la vida y la muerte. Y la habilidad del anestesiólogo radica en poder llevarlo y ser capaz de regresarlo a la vida normal, dormirlo en forma agradable y despertarlo en forma similar. (1)

El quirófano se convierte en el lugar donde este especialista se pasa la mayor parte del día, del tiempo, de su vida, más que en la casa, más que con los hijos, más que con la esposa.

Es en el quirófano, donde desarrolla su vida, la interacción con los distintos personajes del equipo quirúrgico, impregnado de relaciones de poder, en donde se marcan irremediamente las jerarquías, la vida gira alrededor del quirófano en donde la labor del anestesiólogo es vital para el paciente y "fundamental" para el trabajo de equipo. Lo paradójico es que no se valora adecuadamente su importancia ni por el cirujano ni por el paciente. (1)

El quirófano es un lugar cerrado, aislado del mundo, donde no se sabe si afuera hay sol, lluvia o es de noche. Es un lugar agresivo, en donde todos los integrantes del equipo se estresan y basta un pequeño incidente para que el ambiente se tense.

El anestesiólogo debe estar entrenado para trabajar en este ambiente, debe conservar la calma, no debe perder el control y la habilidad de las manos; debe ser cuidadoso y tener siempre presente que la vida del paciente está en sus manos. Ella depende de su capacidad de tomar decisiones rápidamente, del control farmacológico preciso y certero, de la destreza en el manejo del instrumental apropiado para los procedimientos anestésicos; debe dar una buena anestesia, sin dolor, reponer adecuadamente el volumen de líquidos; es el guía y seguidor complementario del cirujano, debe ser mesurado y sobre todo, estar consciente de la importancia de su trabajo y del amor por su profesión y sus semejantes. (1)

El anestesiólogo tiene en sus manos el manejo de sustancias muy delicadas, por lo que debe tener una personalidad que implique la responsabilidad de su uso, sin riesgo para su paciente ni para el mismo.

El médico especializado en anestesiología se enfrenta a un ambiente hostil y prácticamente desconocido por el resto de sus colegas. El inicio de su entrenamiento profesional muchas veces es azaroso, debido a que en la mayoría de los casos no se ha recibido la orientación vocacional lo suficientemente adecuada para decidir con toda certeza cual es la especialidad que se desea aprender y ejercer. (1)

No en pocas ocasiones el residente de anestesiología se entera que ha elegido una especialidad de alto riesgo, una profesión estresante, peligrosa para el paciente y para el mismo profesional, tanto por los riesgos que implican directamente a su salud emocional y física, como los riesgos legales a los que se enfrentan.

El anestesiólogo que se ha formado con un esfuerzo importante debido a las cargas académicas rigurosas por la necesidad de adquirir conocimientos sólidos de varias áreas de medicina, así como la práctica clínica donde intervienen como fuerza de trabajo prácticamente gratuita en las instituciones gubernamentales de salud. (1)

Se encuentra de repente con el hecho de que su trabajo es considerado secundario al del cirujano, que sus compañeros médicos especialistas en otras áreas no conocen o no reconocen el valor de su trabajo dentro del quirófano, y que el mismo paciente desconoce la importancia del profesional de cuyas manos depende en gran medida el éxito de la cirugía y en consecuencia del tratamiento. La ambigua relación médico - paciente conlleva un sentimiento de frustración y de percibir su práctica profesional como mecanizada o deshumanizada; se pierde la visión integral del paciente y puede llegarse al extremo de no conocer el nombre del individuo que se encuentra en el quirófano en un estado que no es de este mundo ni del otro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El sentimiento de estar solo, aun rodeado del equipo de trabajo del quirófano, alguna vez terminó por colmarse al no saber quien es el pasajero de ese avión que pilota el anestesiólogo, y que tiene la responsabilidad de despegar y aterrizar en el momento preciso. (1)

El trabajo institucional es gratificante y se vive como labor social y de aprendizaje. Sin embargo, económicamente, su retribución es baja y se hace necesario emplearse en varias instituciones, con el consiguiente desgaste físico, el cansancio, el desvelo y el agotamiento, para poder salir adelante con las responsabilidades económicas familiares.

Las tensiones acumuladas durante la práctica profesional son canalizadas de distintas maneras. Los chistes crueles y el burlarse de sí mismos en el quirófano, relajan al equipo en general. Cuando se logra un ambiente agradable de compañerismo, el trabajo es menos agotador, menos estresante, sin embargo, esto no sucede siempre, el ambiente de tensión moldea la personalidad del anestesiólogo, el héroe que nos ocupa y nos preocupa en este trabajo. (1)

El estrés provoca que ocurran cambios bruscos en el carácter, cambios fácilmente perceptibles por el personal médico y paramédico y por la familia del profesional. Se puede pasar de un estado de tranquilidad y relajación a un estado de gran nerviosismo y tensión, lo cual puede reflejarse negativamente en la cirugía o en el desarrollo de la recuperación del paciente.

La vida urbana, los tiempos desmesurados de transporte y el ritmo de vida laboral impiden en muchas ocasiones tener horarios de comida y descanso regulares, que repercuten irremediamente en la salud, en la relación familiar y en la convivencia de pareja, principalmente. Los problemas de salud más frecuentes en los anestesiólogos son: la inestabilidad emocional debido al trabajo estresante, y la situación económica externa, se refleja en una mayor susceptibilidad a crisis hipertensivas por descargas adrenergicas, nerviosismo, ansiedad y depresión. (1)

No es desconocido que el estrés, la angustia y la depresión se intenten canalizar a través del consumo de tabaco, café, alcohol y drogas farmacológicas, así como correr a grandes velocidades en automóvil. La inestabilidad emocional también se refleja en la frecuencia de rupturas matrimoniales y establecimiento de relaciones de pareja inestables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El suicidio no es un hecho fortuito entre los profesionales de la anestesia, es la consecuencia de múltiples factores que no logran solucionarse dentro del ambiente profesional, familiar y social. Esta problemática se encuentra inserta, irremediamente, en la manera específica del ejercicio profesional, donde el agotamiento físico y emocional son factores predisponentes a la utilización de estimulantes, con el fin de continuar con el ritmo de trabajo; también lo es la disponibilidad relativamente sencilla a los productos farmacológicos adictivos, el ambiente urbano de violencia y la problemática social y económica que se agrega a la ausencia de estímulos gratificantes durante el ejercicio profesional. (1)

La búsqueda de prestigio social que se vislumbra desde las edades tempranas en que se decide el aprendizaje de la profesión, se ve truncada por la misma organización social de la profesión médica. El dominio de la técnica y la tecnología en el área médica, la jerarquización marcada de las distintas funciones de trabajo fundamentadas, más que en el saber, en las imágenes socialmente construidas e idealizadas no solo por la población general, sino por los médicos mismos, hacen que estos asuman la práctica profesional, más que como un trabajo, como una vocación, como un don o como el arte de curar.

Si el médico anestesiólogo no cura, en el sentido estricto de la palabra, entonces se ve a sí mismo como elemento secundario en el proceso de atención a la enfermedad. Porque no se asume la multidisciplinariedad, sino que el ejercicio de su práctica médica se lleva a cabo en un grupo multidisciplinario que, si bien trabaja en conjunto en el área de quirófano, no se toman suficientemente en cuenta los saberes que posee cada uno de los actores y, por lo tanto, no se integran en el proceso de atención al enfermo. Es por ello que las decisiones en el proceso de atención son autoritarias y son tomadas por los actores considerados de mayor jerarquía, confinando a un papel secundario a los profesionales que no toman directamente las decisiones, situando en el área estrictamente del procedimiento anestésico a los personajes que aquí nos ocupan.

El trabajo del anestesiólogo le exige una disposición de tiempo prácticamente ilimitada; ello conlleva múltiples conflictos familiares y de relaciones de pareja, ya que se encuentra con la incapacidad de cumplir compromisos sociales, los cuales son parte importante de la convivencia de todos los grupos humanos. (1)

Podría pensarse que las parejas matrimoniales de los anestesiólogos (as), que en su mayoría también pertenecen al área médica, tendrían una mayor comprensión del trabajo específico de sus compañeros (as). Si bien esto sucede en muchos casos en los que ambos cónyuges aceptan los compromisos laborales y las ausencias cotidianas, en otros casos existen conflictos en la relación, ya que al pertenecer a la misma área de trabajo, hace que se pierda el interés por las dificultades cotidianas, éstas se ven como normales, como algo que les sucede todos los días a ambos y se elimina la posibilidad de establecer conversaciones al respecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si bien la pareja y la familia son núcleos fundamentales para discutir e intentar encontrar respuestas a las inquietudes suscitadas por el trabajo diario, el médico anestesiólogo puede acceder a otras opciones en donde le es posible canalizar sus angustias y tensiones, tal es el caso de la consulta informal con el psicólogo que se convierte en un espacio ideal para encontrar posibles soluciones a sus conflictos.

Durante el entrenamiento clínico y académico del especialista en anestesia no se le da la importancia necesaria a los problemas que implican la práctica profesional, la selección de aspirantes a anestesiólogos se fundamenta en características académicas y no es sino hasta en estos últimos años que se empiezan a tomar en cuenta los rasgos de "personalidad" de los aspirantes. (1)

DEPENDENCIA QUÍMICA.

La morbilidad y mortalidad por la autoadministración de fármacos es mucho más frecuente entre los anestesiólogos, que los efectos adversos de otras amenazas potenciales presentes en el quirófano. Aunque no se sabe la causa, la tasa de suicidio de los anestesiólogos es tres veces mayor que la de cualquier otro grupo control médico, es posible que el uso y abuso de sustancias, intervenga en ello.

Los signos y síntomas de la dependencia química son tan sutiles que la enfermedad no suele resultar evidente hasta que ha llegado a etapas avanzadas. Por desgracia, sin embargo, ocurre con frecuencia en nuestra profesión.

Incluso a quienes conocen la enfermedad les resulta difícil imaginar que un amigo puede ser adicto a las drogas y se pueden sentir impotentes u hostiles cuando esto sucede. (2)

La terminología de este apartado se basa en las recomendaciones de los expertos en el campo del abuso de sustancias.

- Adicción: es el uso compulsivo y continuado de una sustancia a pesar de sus efectos adversos.
- Dependencia farmacológica: es la dependencia física o psicológica de un fármaco e implica falta de control sobre su uso.
- Abuso: es el uso de fármacos o sustancias en una forma perjudicial, pero no hasta el punto de la adicción. En palabras simples, quien abusa de una sustancia puede dejar de hacerlo sin ayuda, el adicto no puede.
- Recuperación: es el proceso de vencer la enfermedad. Los individuos que han dependido previamente de sustancias se designan como en recuperación y no como curados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta terminología destaca que la dependencia química es una enfermedad incurable, que sólo puede ser controlada. (3)

CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

Un conjunto de datos cada vez mayor apoya la hipótesis de que la adicción al alcohol o a fármacos es una enfermedad. La aceptación de este concepto es crucial para quienes tratan con médicos afectados por la dependencia química. Al considerar que un colega afectado es un enfermo no merecedor de desprecio, se está mejor preparado para proporcionar la guía inicial que el compañero necesita de forma desesperada.

Las observaciones sociológicas y bioquímicas independientes demuestran la etiología compleja de la adicción a las drogas o al alcohol. El alcoholismo es cuatro veces más frecuente en la descendencia de alcohólicos que en controles y guarda más relación con influencias genéticas que con factores ambientales. (4)

También se ha demostrado la transmisión familiar de la adicción a fármacos. (5)

Trabajos recientes han identificado morfina y codeína sintetizadas de forma endógena en el cerebro de mamíferos, lo que ha llevado a pensar que dichas vías metabólicas podrían estar relacionados con la adicción a los opiáceos. (6)

EL PROBLEMA EN LOS ANESTESIOLOGOS.

La enfermedad es más común en algunas especialidades, sobre todo en Anestesiología y Medicina familiar. (7)

Dos revisiones retrospectivas en los EEUU sugieren que la prevalencia de enfermedad en la especialidad oscila entre el 1 y el 2%. Esto nos indica que de cada 100 profesionales 1 ó 2 la padecen, o de otra forma, por cada 1000 de 10 a 20 la padecen. (8, 9)

Los programas de tratamiento contra adicciones en los EEUU proporcionan otra fuente de datos.- Entre el 12 y el 14% de los médicos tratados en tres programas bien conocidos eran anestesiólogos, lo que representa que de cada 100 especialistas en anestesiología de 12 a 14 se encuentran inmersos en algún problema, mientras que en EEUU solo practican la especialidad de anestesiología el 4% de los médicos-146 de los 1,255 médicos tratados en esos centros, eran anestesiólogos lo que significa que del 11 al 12 % de médicos tratados son especialistas con algún problema de los descritos, cifras que son significativas y dignas de tomarse en cuenta para inducir su solución. (10, 11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mientras que todos estos anestesiólogos sufrían dependencia química, alrededor del 10% de los médicos restantes presentaban otras formas de afectación, como cambios de personalidad y autismo. Entre los anestesiólogos casi el 50% tenían menos de 35 años y la tercera parte eran residentes. La mitad de los anestesiólogos abusaban tanto de fármacos como de alcohol; el 40% empleaba solo fármacos y una minoría consumía solo alcohol.

Los anestesiólogos más jóvenes preferían con más frecuencia los opiáceos. El fentanilo fue el opiáceo objeto de abuso más a menudo, seguido por la meperidina, morfina y agentes orales. También se comunicó cierto uso de benzodiazepinas, cocaína y marihuana.

Estos datos implican que la incidencia de dependencia química es significativamente mayor entre los anestesiólogos que entre los médicos que practican otras especialidades. También sugieren que los residentes de anestesiología son especialmente vulnerables a la adicción a los opiáceos. Hay que considerar que el análisis anterior, se basa en casos que son conocidos, pero puede ser mayor el número de los casos que no se conocen, por lo que la situación, desde cualquier punto de vista resulta preocupante. (10)

CAUSAS.

La dependencia química es una enfermedad compleja en la que múltiples factores modifican la predisposición genética. Aunque podría intentarse señalar un solo factor causal, como el estrés o la disponibilidad fácil de fármacos en los anestesiólogos, este concepto pasaría por alto muchas posibilidades. Un amplio cuerpo de datos conductuales señalan una influencia psicosocial para algunas adicciones. (12)

ESTRÉS.

La exposición al estrés es una característica universal del aprendizaje y la práctica de la medicina. La mayoría de los médicos son capaces de controlar dicho estrés mediante el uso de salidas aceptables, como *prácticas deportivas, integración social y, a veces, el consumo moderado de alcohol. Algunos carecen de esa capacidad y evitan el contacto con los compañeros.* Alrededor del 10% de los estudiantes de medicina no llegan a graduarse, y casi la mitad de los que lo consiguen necesitan consejo. (13)

El periodo de residencia es particularmente difícil para algunos. El medio ambiente de trabajo suele ser muy competitivo. Las largas horas de trabajo duro dejan poco tiempo para la relajación verdadera y los pacientes muestran con frecuencia escasa o nula consideración hacia el anestesiólogo. Además, existen presiones no profesionales, como la separación de los padres, el matrimonio, la crianza de los hijos y problemas económicos que deben resolverse durante el tiempo no dedicado al trabajo. La sensación de que la preparación profesional es insuficiente es casi universal. (14)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La muerte de un paciente al que se han dedicado horas de cuidado médico es una situación desesperada, puede hacer que esos sentimientos de impotencia, incompetencia, frustración, culpabilidad, etc. afloren por primera vez. La residencia puede provocar una especie de aislamiento social debido a la separación de los amigos y la familia y al contacto casi exclusivo con otros médicos. La separación misma puede contribuir al estrés debido a que el médico tiene una sensación de fracaso social. El rechazo del médico a reconocer tales sentimientos consigo mismo y con los demás contribuye a un aislamiento autoimpuesto que puede prolongarse bastante tiempo después de los años de residencia. (13)

Todos esos elementos pueden contribuir a que ciertos médicos busquen mecanismos de escape perjudiciales, como el uso inapropiado de alcohol o el consumo de fármacos.

DISPONIBILIDAD.

El acceso a los fármacos es algo normal en el quirófano. Como dicen muchos anestesiólogos recuperados, "nosotros trabajamos en la tienda de los caramelos". El 85% de los residentes de anestesiología tratados en un amplio programa contra adicciones indicaron que la disponibilidad de fármacos influyó en su elección de la especialidad profesional. (10)

POTENCIA DE LOS FARMACOS.

El abuso de los fármacos por los médicos es mucho más común que la adicción. Algunos médicos abusan de los fármacos para sentirse mejor; otros se "automedican" para tratar el estrés principalmente. Evidentemente, el abuso casual del alcohol no siempre conduce a la adicción y, aunque es muy peligroso, lo mismo puede decirse del abuso de la morfina, meperidina o codeína. (15)

En contraste, el potencial adictivo del fentanilo y los opiáceos potentes es tan grande que cualquiera que experimente con esos fármacos se expone a un enorme riesgo de dependencia química. (10)

OTROS FACTORES.

Algunos otros factores predisponen al desarrollo de dependencia química. Los antecedentes de uso experimental de fármacos aumentan el riesgo de adicción futura. (15)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TRATAMIENTO.

El tratamiento de los médicos con dependencia química incluye identificación, intervención envío para tratamiento y ayuda para la reincorporación. El hecho de contar con mecanismos establecidos facilita la terapia de un colega afectado. (16)

IDENTIFICACION.

La identificación del médico con dependencia química no suele ocurrir hasta que la enfermedad está en fase avanzada, es decir, hasta que el rendimiento en el trabajo experimenta una alteración significativa. Normalmente, la pérdida de intereses exteriores constituye el primer signo. Los ejemplos incluyen abandono de las prácticas deportivas, las actividades comunitarias, la religión y los amigos. A continuación se produce un aumento de los disgustos en el hogar. Son comunes las discusiones domésticas, los problemas sexuales y la falta de interés por los temas familiares. El tercer paso consiste en la aparición de frecuentes enfermedades inexplicadas, cambios de personalidad, múltiples variaciones del puesto de trabajo y cambios de residencia. Lo último que suele afectarse es el rendimiento profesional. Los auxiliares y las enfermeras pueden ser las primeras en advertir los cambios de comportamiento.

Se descuidan las anotaciones en las historias de los pacientes. Se hace aparente el uso excesivo de ciertos fármacos, quizá junto con una compulsión inusual a explicar la necesidad de esos medicamentos en el tratamiento de los pacientes.

La negación es un componente importante de la enfermedad.

La observación directa de la autoadministración confirmará el diagnóstico, pero no es común. (17)

INTERVENCION.

Aunque algunos pueden sentir desprecio por un médico con dependencia química, la respuesta inicial apropiada consiste en buscar ayuda. El contacto con un experto en el tratamiento de médicos drogadictos iniciará los pasos siguientes. (11), (18)

La intervención consiste en el proceso de demostrar a un individuo con dependencia química que está enfermo y necesita tratamiento. (19)

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en una evaluación profunda, que debe de ir seguida por una terapia en régimen de ingreso o ambulatorio. La terapia formal puede durar hasta varios meses, (20,18), pero dependiendo del resultado de la evaluación inicial algunos programas permiten que el médico en fase de recuperación continúe ejerciendo la medicina durante el periodo de cuidado ambulatorio, que puede llegar a ser de varios años. (11)

En el ingreso, muchos pacientes se sienten culpables, avergonzados y totalmente aislados. El solo hecho de comprobar que otros médicos comparten su enfermedad ejerce un efecto terapéutico.

REINCORPORACION.

La reincorporación desde el programa de tratamiento es un proceso difícil para el médico en recuperación.

La reincorporación puede ser facilitada por compañeros comprensivos que desean proporcionar soporte emocional al médico en recuperación. El retorno gradual al trabajo, quizá dejando inicialmente que sean otros quienes administren los opiáceos, es importante. Sin este apoyo, la probabilidad de recaída es mucho mayor.

En muchos estados, el comité para médicos afectados desempeña un papel vital en la recuperación. En el momento de alta del tratamiento formal, el comité prepara un "contrato posterapia" con el médico, en el que éste acepta cumplir las recomendaciones del comité. El contrato suele estipular el número y el tipo de reuniones a los que el médico deberá acudir, el nombre del "médico monitor", la toma al azar de muestras de orina cuando se considere oportuno y los procedimientos que se usarán en caso de recaída. (20,21,22).

PRONOSTICO.

Según indican los informes de los programas del tratamiento, la mayoría de los médicos en recuperación son capaces de reintegrarse a una vida profesional productiva. (21,23)

El éxito de la evolución depende de la participación durante toda la vida en programas de posterapia, abstinencia total de fármacos y alcohol y reconocimiento continuo de la enfermedad propia.

Algunos expertos creen que el pronóstico respecto a sobriedad a largo plazo de los anesestesiólogos depende de la edad y el nivel profesional en el momento de la identificación del problema.

Los residentes con dependencia al fentanilo parecen experimentar tasas de recaída significativas (10). Aunque cada caso se debe considerar por separado, quizá sea muy aconsejable un cambio de especialidad en los residentes jóvenes que desarrollan adicción a los opiáceos.

JUSTIFICACION.

Aún cuando la labor del anestesiólogo es vital para el paciente y fundamental para el trabajo de equipo, esta no es valorada adecuadamente; debido a que su trabajo pasa a segundo término con respecto al del cirujano, su retribución es baja y se hace necesario emplearse en varios lugares, con el consiguiente desgaste físico excesivo.

Otros factores son el acelerado ritmo de la vida urbana y los horarios irregulares de alimentos que también provocan altos estados de tensión y si a ello se agrega que el quirófano es un lugar cerrado donde este especialista pasa la mayor parte del tiempo y de su vida, donde al menor incidente todos los integrantes se estresan, además de manejar sustancias muy delicadas que implican un alto riesgo tanto para su paciente como para él mismo. Todo ello se resume en una mezcla de sentimientos de frustración, impotencia, desilusión, incomprensión y soledad que se intentan canalizar a través del uso y/o consumo de sustancias, a la cual se agrega la disponibilidad relativamente sencilla de productos farmacológicos adictivos, agravando más la situación que en ocasiones culmina con el intento o suicidio mismo.

La solución a esta problemática no es tarea fácil y de rápidos resultados, ya que inicialmente corresponde a los propios anestesiólogos luchar por el pleno reconocimiento en todos los niveles de su labor, buscando su integración al proceso de atención al paciente, haciendo más estrecha la relación con el resto del equipo, lo cual redundará en mejores y mayores retribuciones que traerán consigo mejoría económica y lo más importante incrementará considerablemente su autoestima y por consecuencia se desarrollará en todos los niveles.

Un factor muy importante para prevenir este tipo de problemas es que las autoridades tanto académicas como hospitalarias, perfeccionen el procedimiento de reclutamiento y selección de aspirantes a esta especialidad evaluando no solo el aprovechamiento académico, sino también los aspectos socioeconómicos y psicométricos más profundos, para que ingresen únicamente los que estén convencidos y conscientes de que realmente es su vocación, toda vez que de la forma en que se hace actualmente resulta que algunos aspirantes ya vienen frustrados y predispuesto, porque la tomaron como alternativa opcional, por tradición familiar, por lo que les han platicado o porque sencillamente después de varios intentos es la única que alcanzaron.

Los residentes con dependencia al fentanilo parecen experimentar tasas de recaída significativas (10). Aunque cada caso se debe considerar por separado, quizá sea muy aconsejable un cambio de especialidad en los residentes jóvenes que desarrollan adicción a los opiáceos.

JUSTIFICACION.

Aún cuando la labor del anesthesiólogo es vital para el paciente y fundamental para el trabajo de equipo, esta no es valorada adecuadamente; debido a que su trabajo pasa a segundo término con respecto al del cirujano, su retribución es baja y se hace necesario emplearse en varios lugares, con el consiguiente desgaste físico excesivo.

Otros factores son el acelerado ritmo de la vida urbana y los horarios irregulares de alimentos que también provocan altos estados de tensión y si a ello se agrega que el quirófano es un lugar cerrado donde este especialista pasa la mayor parte del tiempo y de su vida, donde al menor incidente todos los integrantes se estresan, además de manejar sustancias muy delicadas que implican un alto riesgo tanto para su paciente como para él mismo. Todo ello se resume en una mezcla de sentimientos de frustración, impotencia, desilusión, incomprensión y soledad que se intentan canalizar a través del uso y/o consumo de sustancias, a la cual se agrega la disponibilidad relativamente sencilla de productos farmacológicos adictivos, agravando más la situación que en ocasiones culmina con el intento o suicidio mismo.

La solución a esta problemática no es tarea fácil y de rápidos resultados, ya que inicialmente corresponde a los propios anesthesiólogos luchar por el pleno reconocimiento en todos los niveles de su labor, buscando su integración al proceso de atención al paciente, haciendo más estrecha la relación con el resto del equipo, lo cual redundará en mejores y mayores retribuciones que traerán consigo mejoría económica y lo más importante incrementará considerablemente su autoestima y por consecuencia se desarrollará en todos los niveles.

Un factor muy importante para prevenir este tipo de problemas es que las autoridades tanto académicas como hospitalarias, perfeccionen el procedimiento de reclutamiento y selección de aspirantes a esta especialidad evaluando no solo el aprovechamiento académico, sino también los aspectos socioeconómicos y psicométricos más profundos, para que ingresen únicamente los que estén convencidos y conscientes de que realmente es su vocación, toda vez que de la forma en que se hace actualmente resulta que algunos aspirantes ya vienen frustrados y predispuesto, porque la tomaron como alternativa opcional, por tradición familiar, por lo que les han platicado o porque sencillamente después de varios intentos es la única que alcanzaron.

A quienes ya se encuentran inmersos en el problema de "DEPENDENCIA QUIMICA" y están jóvenes es conveniente que después de reconocerlos y captarlos se les permita aceptar toda la ayuda posible, analizar la situación y ver la factibilidad de un cambio de especialidad, que para ellos resulte menos estresante y problemática.

Quienes ya no son tan jóvenes y después de reconocer que tienen problemas plantearles que deben someterse a un tratamiento ya sea de ingreso o ambulatorio con el fin de lograr su recuperación y consecuentemente su reincorporación a una vida profesional más productiva.

La frecuencia y repercusión del problema en estos profesionales, depende de muchos factores entre ellos se encuentra la honestidad para reconocerlo, lo cual no es fácil ya que en ocasiones nadie reconoce que tiene problemas sino es hasta que en ocasiones ya no tiene solución; otro aspecto muy importante es que lo externen, puesto que aún cuando lo reconozcan y acepten, por temor al rechazo lo ocultan.

Como puede apreciarse, lo anterior tienen solución sí realmente se hace conciencia del problema y se toman medidas con la seriedad y profundidad que el caso requiere. Esto a la larga beneficiará principalmente a los involucrados y posteriormente a la sociedad, ya que se contará con profesionales sin problemas, dedicados a servir con mayor esmero tanto a su especialidad como a sus semejantes.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la tasa de médicos anestesiólogos en la S.S.D.F. que autorreportan dependencia química

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la sustancia de mayor uso o abuso en el médico anestesiólogo en la S.S.D.F.
- Identificar la relación entre tipo y abuso de sustancias químicas en anestesiólogos en la S.S.D.F.
- Establecer si existe relación entre los años de ejercicio profesional y el abuso de sustancias químicas.
- Establecer si existe relación entre el estado civil de los anestesiólogos y el uso de sustancias químicas.
- Establecer relación entre la edad y el sexo con el uso y abuso de sustancias.

A quienes ya se encuentran inmersos en el problema de "DEPENDENCIA QUIMICA" y están jóvenes es conveniente que después de reconocerlos y captarlos se les permita aceptar toda la ayuda posible, analizar la situación y ver la factibilidad de un cambio de especialidad, que para ellos resulte menos estresante y problemática.

Quienes ya no son tan jóvenes y después de reconocer que tienen problemas plantearles que deben someterse a un tratamiento ya sea de ingreso o ambulatorio con el fin de lograr su recuperación y consecuentemente su reincorporación a una vida profesional más productiva.

La frecuencia y repercusión del problema en estos profesionales, depende de muchos factores entre ellos se encuentra la honestidad para reconocerlo, lo cual no es fácil ya que en ocasiones nadie reconoce que tiene problemas sino es hasta que en ocasiones ya no tiene solución; otro aspecto muy importante es que lo externen, puesto que aún cuando lo reconozcan y acepten, por temor al rechazo lo ocultan.

Como puede apreciarse, lo anterior tienen solución sí realmente se hace conciencia del problema y se toman medidas con la seriedad y profundidad que el caso requiere. Esto a la larga beneficiará principalmente a los involucrados y posteriormente a la sociedad, ya que se contará con profesionales sin problemas, dedicados a servir con mayor esmero tanto a su especialidad como a sus semejantes.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la tasa de médicos anestesiólogos en la S.S.D.F. que autorreportan dependencia química

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la sustancia de mayor uso o abuso en el médico anestesiólogo en la S.S.D.F.
- Identificar la relación entre tipo y abuso de sustancias químicas en anestesiólogos en la S.S.D.F.
- Establecer si existe relación entre los años de ejercicio profesional y el abuso de sustancias químicas.
- Establecer si existe relación entre el estado civil de los anestesiólogos y el uso de sustancias químicas.
- Establecer relación entre la edad y el sexo con el uso y abuso de sustancias.

- Definir si el hospital donde labora el anestesiólogo propicia el uso de sustancias.
- Identificar si existe relación entre los diferentes turnos que se cubren rutinariamente y el uso o abuso de sustancias.

HIPOTESIS.

De los médicos anestesiólogos de base y médicos residentes de anestesiología en sus tres grados, que integran los servicios médicos de los hospitales **Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán** adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 1 ó 2 de cada 100 han estado inmersos en el problema de dependencia química y el resto cuando menos alguna vez han caído en el uso y abuso de sustancias químicas.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Tipo de Estudio.

Investigación Sociomédica

Encuesta descriptiva

- Observacional
- Prospectivo
- Transversal
- Descriptivo

Definición del Universo.

- Finito
- Definición de unidades de observación

a) Criterios de Inclusión.

- ◆ Médicos de base de Anestesiología en sus tres turnos matutino, vespertino y nocturno, adscritos a hospitales **Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán.**
- ◆ Médicos residentes de Anestesiología en sus tres grados, asignados a los hospitales mencionados.
- ◆ Ambos sexos
- ◆ Edad entre 23 y 60 años.

b) Criterios de Exclusión.

- ◆ Médicos anestesiólogos de base que por motivos personales de ideología o idiosincrasia se nieguen a contestar la encuesta.
- ◆ Médicos residentes que por motivos personales de ideología o idiosincrasia se nieguen a contestar la encuesta.



- Definir si el hospital donde labora el anestesiólogo propicia el uso de sustancias.
- Identificar si existe relación entre los diferentes turnos que se cubren rutinariamente y el uso o abuso de sustancias.

HIPOTESIS.

De los médicos anestesiólogos de base y médicos residentes de anestesiología en sus tres grados, que integran los servicios médicos de los hospitales **Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán** adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 1 ó 2 de cada 100 han estado inmersos en el problema de dependencia química y el resto cuando menos alguna vez han caído en el uso y abuso de sustancias químicas.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Tipo de Estudio.

Investigación Sociomédica

Encuesta descriptiva

- Observacional
- Prospectivo
- Transversal
- Descriptivo

Definición del Universo.

- Finito
- Definición de unidades de observación

a) Criterios de Inclusión.

- ◆ Médicos de base de Anestesiología en sus tres turnos matutino, vespertino y nocturno, adscritos a hospitales **Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán.**
- ◆ Médicos residentes de Anestesiología en sus tres grados, asignados a los hospitales mencionados.
- ◆ Ambos sexos
- ◆ Edad entre 23 y 60 años.

b) Criterios de Exclusión.

- ◆ Médicos anestesiólogos de base que por motivos personales de ideología o idiosincrasia se nieguen a contestar la encuesta.
- ◆ Médicos residentes que por motivos personales de ideología o idiosincrasia se nieguen a contestar la encuesta.



- Definir si el hospital donde labora el anestesiólogo propicia el uso de sustancias.
- Identificar si existe relación entre los diferentes turnos que se cubren rutinariamente y el uso o abuso de sustancias.

HIPOTESIS.

De los médicos anestesiólogos de base y médicos residentes de anestesiología en sus tres grados, que integran los servicios médicos de los hospitales **Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán** adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 1 ó 2 de cada 100 han estado inmersos en el problema de dependencia química y el resto cuando menos alguna vez han caído en el uso y abuso de sustancias químicas.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Tipo de Estudio.

Investigación Sociomédica

Encuesta descriptiva

- Observacional
- Prospectivo
- Transversal
- Descriptivo

Definición del Universo.

- Finito
- Definición de unidades de observación

a) Criterios de Inclusión.

- ◆ Médicos de base de Anestesiología en sus tres turnos matutino, vespertino y nocturno, adscritos a hospitales **Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán.**
- ◆ Médicos residentes de Anestesiología en sus tres grados, asignados a los hospitales mencionados.
- ◆ Ambos sexos
- ◆ Edad entre 23 y 60 años.

b) Criterios de Exclusión.

- ◆ Médicos anestesiólogos de base que por motivos personales de ideología o idiosincrasia se nieguen a contestar la encuesta.
- ◆ Médicos residentes que por motivos personales de ideología o idiosincrasia se nieguen a contestar la encuesta.



- ◆ Médicos anestesiólogos de base o residentes de anestesiología que no entren en el rango de edad de 23 a 60 años.
- ◆ Médicos anestesiólogos de base que por algún motivo no se encuentren laborando en su lugar de adscripción.
- ◆ Médicos residentes de anestesiología que por algún motivo deserten de la especialidad durante el presente estudio.

c) Criterios de Eliminación.

- ◆ Aquellos médicos anestesiólogos de base o médicos residentes que sufran algún problema legal como privación de la libertad durante el estudio.
- ◆ Aquellos médicos anestesiólogos de base o médicos residentes que sufran defunción por cualquier causa durante el estudio.

Ubicación espacial y/o Temporal.

- ◆ El presente estudio se efectuará en médicos anestesiólogos de base y residentes de anestesiología, sometidos a una encuesta "anónima" captados en los hospitales Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán, de la Secretaria de Salud del Distrito Federal en el lapso comprendido entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2001.

Diseño de la Muestra.

- ◆ Tamaño de la muestra: 105 encuestas.
Anestesiólogos de base: 67 encuestas
Residentes de Anestesiología: 38 encuestas.

Determinación de las Variables.

- ◆ Variable Dependiente.

1. Dependencia química Escala de Intervalos

- ◆ Variable Independiente.

1. Sustancia de mayor uso o abuso	Escala de Intervalos.
2. Años de ejercicio profesional	Escala de Razón.
3. Estado Civil	Escala Nominal.
4. Edad	Escala de Razón.

5. Sexo	Escala Nominal.
6 Hospital donde labora	Escala de Nominal.
7. Turnos que cubre diariamente	Escala de Nominal.

Diseño de la maniobra.

- ◆ Se elaborara una encuesta en la cual se realizan preguntas referentes al uso de sustancias que ocasionan dependencia química durante su ejercicio profesional y de adiestramiento.
- ◆ La encuesta es "anónima" y solo abarcara puntos especificos en cuanto al tema se requiere, sin llegar a ser agresivo para la persona a la que se le aplica.
- ◆ Aquellas personas que no deseen contestarla están en toda su libertad sin repercusión alguna.
- ◆ Al final de la encuesta, se recopilaran los datos y se realizará un informe detallado de lo que se encontró.

M E T O D O.

Plan de recolección de datos.

Se elaborará un formato individual para captar las variables a medir en cada unidad de observación. La recolección de datos va a ser de tipo prospectivo.

La información será obtenida directamente por el investigador a través de una encuesta.

Plan de tabulación.

Se realizará el conteo de datos a través de la técnica de paloteo y posteriormente se elaborarán gráficas de pastel y de barras para demostrar lo obtenido.

Plan de análisis estadístico.

Se utilizará el método descriptivo para estimar o medir la variabilidad de los datos, siendo los más utilizados: la distribución de frecuencia, porcentajes, promedio, moda y mediana entre otros y serán comparados por **Chi cuadrada** dando un valor de significancia estadística a $p < 0.05$

ASPECTOS ORGANIZATIVOS.

Cronograma

- ◆ Elaboración y autorización del protocolo. **Marzo - Julio del 2001.**
- ◆ Trabajo de campo o recolección de datos. **Agosto - Septiembre del 2001.**
- ◆ Análisis de la información **Octubre del 2001.**
- ◆ Elaboración del informe final y divulgación de resultados. **Noviembre del 2001.**

Recursos Humanos.

1. Dr. Gustavo Camacho De León. Médico residente de anestesiología de tercer grado. (responsable)
2. Dra. Ma. Maricela Anguiano García. Profesora titular del curso de anestesiología.
3. Médicos anestesiólogos de base de la Secretaría de Salud del Distrito Federal hospitales Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán.
4. Médicos residentes de la especialidad de anestesiología en sus tres grados de los hospitales Xoco, Villa, Balbuena y Ticomán.
Contestarán la encuesta de forma individual y con absoluto anonimato.

Recursos Materiales.

Se elaborarán encuestas escritas por computadora.

Papel, tinta, lápiz (individual).

Financiamiento.

El financiamiento es personal, todos los gastos que se generen correrán a cargo del investigador sin fines de lucro económico, solo se obtendrá un beneficio de ampliación de conocimientos socioculturales.

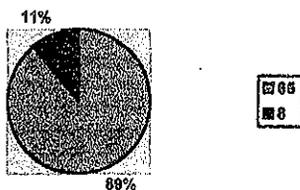
RESULTADOS

NARRATIVA Y GRAFICAS.

Después de aplicar las encuestas correspondientes, sólo 73 personas respondieron a las mismas, de las cuales 65 reportaron **dependencia química**.

Objetivo general.

1. Sólo 65 personas autorreportan dependencia química lo cual representa la tasa del 89%. El 11% restante corresponde a la diferencia de 8 personas que omitieron informar al respecto.



Objetivos Especificos.

2. Así mismo, se logró determinar que la sustancia de mayor uso o abuso del médico anestesiólogo en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, de acuerdo con la información proporcionada por ellos mismos es la **cafeína**, con 39 casos. Esto representa un 60% el 40% restante, es decir, 26 casos, corresponden a otras sustancias.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

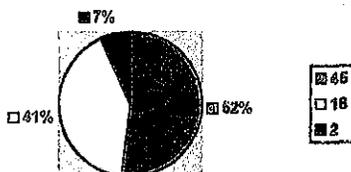
3. De igual manera se determino que los diferentes tipos de sustancias químicas con mayor uso o abuso por médicos anestesiólogos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal son por orden decreciente de importancia, en atención a la información obtenida, los siguientes:

Cafeína 39 casos; Bebidas alcohólicas 22 casos; tabaco con 15 casos y fármacos con 10.

Es importante señalar que algunas personas consumen 2 y 3 de las sustancias mencionadas.

NUMERO DE PERSONAS	DEPENDENCIA QUIMICA
45	UNA
18	DOS
2	TRES

NUMERO DE PERSONAS	DEPENDENCIAS QUIMICAS	PORCENTAJES
45	45	52%
18	36	41%
2	6	7%
65	87	100%



En el apartado de los fármacos 10 personas autorreportan uso de los mismos, organizados por sexo encontramos lo siguiente:

Masculino 7 casos, Femenino 3 Casos (total de casos 10).

De los 10 casos mencionados, algunas personas cuentan con uso de dos fármacos de la siguiente manera:

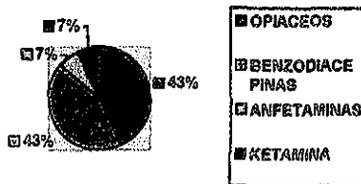
Masculino 3, Femenino 1 (Total de fármacos 8), sumado a 6 casos con uso de un solo fármaco.

Total de casos igual a 10 y total de fármacos igual a 14.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los fármacos están distribuidos de la siguiente manera:

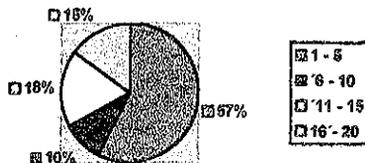
Opiáceos 6 casos igual al 43%.
 Benzodiazepinas 6 casos igual al 43%.
 Anfetaminas 1 caso igual al 7%.
 Ketamina 1 caso igual al 7%.



4. Se estableció que la relación que existe entre los años de ejercicio profesional y el abuso de sustancias químicas es relativo, ya que los rangos de años de servicio 1 - 5, 6 - 10, 11 - 15, 16 - 20 y más de 20, obtuvieron los siguientes parámetros.

Rango	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	> 20
Casos	35	9	11	6	4
Porcentaje	54%	14%	17%	9%	6%

Es importante señalar que la mayoría de los casos caen en el rango de 1 - 5 años de servicio debido, a que la mayoría de los médicos aún no controlan su estrés, con el paso de los años disminuyen los casos, esto es probablemente porque las personas aprendieron a manejarlo.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

5. Se determinó que si existe relación entre el estado civil de los anestesiólogos y el consumo de sustancias químicas, cuyos resultados fueron, solteros 19 casos, casados 34, unión libre 7 casos, separados con 4 y viudos con 1.

De lo anterior se desprende que los casados representan el 52%, le siguen los solteros con un 29% y después los que viven en unión libre con un 11%, separados 6% y viudos 2%

El probable origen es el siguiente:

Casados y personas que viven en unión libre, acumulan el estrés que viven en sus respectivos hogares y lo conllevan a su profesión la cual de por sí es estresante, de alguna forma buscan un escape a sus emociones a través de sus dependencias químicas.

Por lo que respecta a los solteros cuyo porcentaje es significativo probablemente su origen este en relación con la inmadurez de sus emociones y a su proceso de adaptación a su ambiente (estrés).



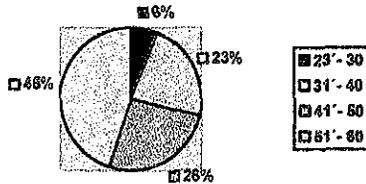
6. Por lo que respecta a la relación que existe entre la edad con el uso y abuso de sustancias químicas, se identificaron los siguientes rangos y casos:

Edad	23 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
Casos	29	15	17	4
Porcentaje	45%	23%	26%	6%

Nuevamente se documenta que la edad es vital con respecto a la inmadurez de un individuo y por consiguiente no pueden aún manejar su estado de estrés.

En el rango de edad de 41 - 50 años probablemente la causa se relaciona nuevamente con su estado civil (casados).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En lo que se refiere a la relación que existe entre el sexo con el uso y abuso de sustancias químicas se determina que el sexo masculino presenta 37 casos y el femenino 28, lo anterior se traduce en porcentaje de 57% y 43% respectivamente.

La variación es de alguna manera relativa, debido a que durante la investigación existió mayor población masculina (37). Con lo anterior se confirma que los sexos no reconocen uso o abuso de sustancias.



- Se definió si el hospital donde labora el médico anesthesiólogo propicia el uso de sustancias químicas, toda vez que nuestras muestras se aplicaron simultáneamente en un hospital general de zona (Ticomán) en donde se obtuvieron 16 casos y en hospitales generales de traumatología (Xoco, Villa, Balbuena) donde los resultados arrojaron 49 casos lo que representa en porcentaje el 25% y el 75% respectivamente.

Probablemente el origen de este porcentaje este dado en cuanto a que los hospitales de traumatología manejen situaciones por demás difíciles, por lo tanto el ambiente es más estresante para el médico anesthesiólogo y tal vez esta sea la causa directa para que dichas situaciones sí no propician el uso de sustancias químicas, si influyen para considerarlas como medio de desahogo, en especial del estrés.

Claro esto es una apreciación subjetiva.



8. Al determinar si los turnos que cubren los médicos anesestesiólogos influyen para desarrollar dependencia química, obtuvimos lo siguiente:

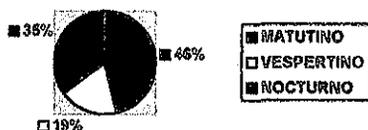
A los médicos residentes se les cataloga como médicos que cubren turnos de 24hrs. Obteniendo el número de 28, a los médicos adscritos se les definió por jornada de trabajo obteniendo el número de 37, en porcentajes se distribuyen de la siguiente manera.

28 residentes - 43%
 37 adscritos - 57%

Adscritos por turno:

	Matutino	Vespertino	Nocturno
Casos	17	7	13
Porcentajes	46%	19%	35%

De alguna forma influye el turno para que una persona desarrolle dependencia química, debido a que en ese momento se encuentra la mayoría del personal, con esto aumenta el grado de estrés, el rol social y las "invitaciones" a las sustancias químicas, denominadas de etiqueta social como son el café, el tabaco y las bebidas con algún contenido de alcohol, de ahí que nuevamente se disparen estos durante el turno nocturno, para soportar cambios ambientales (frio, calor) y jornadas de trabajo por demás duras.



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CHI CUADRADA X2

Formula: $X^2 = E (fo - fe)^2 / fe$

Paso 1 ordenar tabla 2X2

	Adscritos	Residentes	
Dependencia química	37 ()	28 ()	65
Sin dependencia	1 ()	7 ()	8
TOTAL	38	35	N = 73

Paso 2 Frecuencia esperada por cada casilla

Superior Izquierdo

Superior derecho

37 (33.8)	28 (31.1)
1 (4.1)	7 (3.8)

Inferior izquierdo

Inferior Derecho.

Superior Izquierdo $fe = (38 * 65) / 73 = 2470 / 73 = 33.8$

$fe =$ Frecuencia esperada

Superior Derecho $fe = (35 * 65) / 73 = 2275 / 73 = 31.1$

$fo =$ Frecuencia obtenida

Inferior Izquierdo $fe = (38 * 8) / 73 = 304 / 73 = 4.1$

Inferior derecho $fe = (35 * 8) / 73 = 280 / 73 = 3.8$

Paso 3 Restar frecuencias esperadas a las frecuencias obtenidas.

$fo - fe$

Superior Izquierdo = $37 - 33.8 = 3.2$

Superior Derecho = $28 - 31.1 = -3.1$

Inferior Izquierdo = $1 - 4.1 = -3.1$

Inferior Derecho = $7 - 3.8 = 3.2$

Paso 4 Elevar al Cuadrado la diferencia.

Superior Izquierdo = $(3.2)^2 = 10.24$

Superior Derecho = $(-3.1)^2 = +9.61$

Inferior Izquierdo = $(-3.1)^2 = +9.61$

Inferior Derecho = $(3.2)^2 = 10.24$

Paso 5 Dividir entre la frecuencia esperada.

Superior Izquierdo = $10.24 / 33.8 = 0.30$

Superior Derecho = $-9.61 / 31.1 = +0.30$

Inferior Izquierdo = $-9.61 / 4.1 = +2.34$

Inferior Derecho = $10.24 / 3.8 = 2.69$

Paso 6 = Sumar todos los cocientes para obtener chi cuadrada.

$0.30 + (0.30) + (2.34) + 2.69 =$

$x^2 = 5.63$

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Paso 7 Encontrar grados de libertad.

$Gf = 1$ $\chi^2 = 3.84$ de la tabla
 $P = 0.05$ $\chi^2 = 5.63$ obtenido

Nuestros resultados sugieren que la proporción de médicos con dependencia química es mayor en comparación con las personas que no la tienen.

Con lo siguiente se comprueba nuestra hipótesis, la cual indica que por lo menos uno o dos médicos anesthesiólogos han estado inmersos en alguna ocasión con un problema de dependencia química.

χ^2 de la tabla en $p \leq 0.05$ y grado de libertad $1 = 3.84$

χ^2 obtenido = 5.63

CONCLUSIONES.

- 1) Se lograron cubrir todos los objetivos de la presente investigación.
- 2) Se comprobó que nuestra hipótesis es verdadera y que todos los médicos anesthesiólogos, tienen una dependencia química, o alguna vez la han tenido por lo menos.
- 3) Se identifico como factor de riesgo y condicionante el estrés.
- 4) Se obtiene información importante con respecto al uso de fármacos, que de alguna manera nos señalan índices de alarma en nuestro personal médico, como para tomar medidas a futuro.
- 5) El tema de dependencia química, para muchos médicos es considerado todavía un mito y algunos muestran franco rechazo a exponer probablemente una debilidad hacia un hábito o una dependencia, aunque no sepan del todo de lo que se está hablando.
- 6) Es de suma importancia recalcar que el médico es considerado como un ser mágico o místico aun por algunas personas, sin embargo no se ha tomado en cuenta hasta ahora que también sufre de debilidades y carencias, y que estas probablemente se suplan con el uso de alguna sustancia, fármaco o droga.
- 7) Como sugerencia (personal) a futuro, se solicitaría mayor énfasis para el proceso de selección de un aspirante a la especialidad de anestesiología, debido a que únicamente se basa al aspecto académico, y se dejan a un lado los aspectos biopsicosociales de un individuo, los cuales en cualquier momento condicionarían por si mismos a una persona con el potencial riesgo de desarrollar una dependencia química.

A N E X O S.

C O M E N T A R I O.

A lo largo de la investigación encontramos una negatividad profunda y adversa por parte de nuestro personal médico, para realizar la misma, es difícil luchar contra ideas, mitos y hábitos que de alguna forma no dejan nada bueno, sin embargo es de vital importancia lo que en este momento se logra ya que tal vez en algún futuro, el médico retome nuevamente su papel y su grado de jerarquía, que día a día sé esta perdiendo por falta de interés.

Me siento satisfecho con lo que aquí se plasma y de alguna forma le doy las gracias a todas las personas que me regalaron un poco de su tiempo, confianza y motivación para lograr lo aquí escrito.

Gracias

ATTE.

DR. GUSTAVO CAMACHO DE LEON

C U A D R O S D E R E S U L T A D O S

R1

ENCUESTA	SEXO		INTERVALO DE EDAD				ESTADO CIVIL			RESIDENTE			ADSCRITO			HOSPITAL			TURNO								
	M	F	23 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	S	C	U	L	S	E	D	V	I	R	#	1 a 5	6 a 10	10 a 15	15 a 20	> a 20	H.G.T.	H.G.	M	V	N
1	1			1			1						1										1		1	1	1
2		1	1					1						1									1		1	1	1
3	1		1					1						1										1		1	1
4		1	1					1							1								1		1	1	1
5		1	1					1							1								1		1	1	1
6		1	1					1							1								1		1	1	1
7		1	1					1							1								1		1	1	1
8		1	1					1							1								1		1	1	1
9		1	1					1							1								1		1	1	1
10		1	1					1							1								1		1	1	1
11		1	1					1							1								1		1	1	1
12		1	1					1							1								1		1	1	1
13	1														1									1		1	1
14																											
	3	10	11	2	0	0	6	6	0	1	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	13	13	13

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

R 2

ENCUESTA	SEXO		INTERVALO DE EDAD					ESTADO CIVIL			RESIDENTE			ADSCRITO			HOSPITAL			TURNO										
	M	F	23 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	S	C	U	L	S	E	D	V	I	R	M	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	> a 20	H.G.T.	H.G.	M	V	N			
1		1	1				1							1									1			1	1	1		
2		1	1				1							1										1			1	1	1	
3		1	1				1							1										1			1	1	1	
4		1	1				1							1										1			1	1	1	
5		1	1				1							1										1			1	1	1	
6		1	1				1							1										1			1	1	1	
7		1	1				1							1										1			1	1	1	
8		1				1								1										1			1	1	1	
9		1	1				1							1										1			1	1	1	
10		1	1				1							1										1			1	1	1	
11		1	1				1							1										1			1	1	1	
12																														
13																														
14																														
	4	7	10	1	0	0	5	6	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	11	11	11		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2A-C

R3

ENCUESTA	SEXO		INTERVALO DE EDAD						ESTADO CIVIL			RESIDENTE			ADSCRITO						HOSPITAL			TURNO		
	M	F	25 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	S	C	U	S	D	V	I	R	1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	> a 20	M.G.	M.G.	M.G.	M	V	N	
1		1	1				1						1							1			1	1	1	
2	1		1				1						1							1			1	1	1	
3	1		1				1						1							1			1	1	1	
4	1		1				1						1							1			1	1	1	
5		1	1				1						1							1			1	1	1	
6		1	1				1						1							1			1	1	1	
7		1	1				1						1							1			1	1	1	
8		1	1				1						1							1			1	1	1	
9		1	1				1						1							1			1	1	1	
10		1	1				1						1							1			1	1	1	
11		1	1				1						1							1			1	1	1	
12																										
13																										
14																										
	4	7	31	0	0	0	0	6	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	7			4	11	11	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27-e

ADSCRITOS

ENCUESTA	SEXO		INTERVALO DE EDAD						ESTADO CIVIL				RESIDENTE				ADSCRITO						HOSPITAL		TURNO	
	M	F	23 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	S	C	U	L	S	E	D	V	I	R	M	1 a 5	5 a 10	11 a 15	16 a 20	> a 21	H.G.T.	H.G.	M	V
1	1			1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						1		1	1			1
2	1		0	0	0	0	1																1			1
3	1			1			1																1			1
4		1						1											1				1			1
5		1		1			1																1			1
6	1						1														1		1			1
7	1						1														1		1			1
8	1						1																1			1
9	1						1																1			1
10	1						1																1			1
11		1		1				1																		1
12	1						1																0	0	1	
13	1						1																1			1
14	1						1																1			1
15	1						1																1			1
16	1						1																1			1
17	1						1																1			1
18		1					1																1			1
19		1					1																1			1
20	1		0	0	0	0	1																1			1
21	1						1																1			1
22	1						1																1			1
23	1						1																1			1
24	1						1																1			1
25	1						1																1			1
26	1						1																1			1
27	1						1																1			1
28	1		0	0	0	0	1																1			1
29	1						1																1			1
30	1		0	0	0	0	1																1			1
31	1						1																1			1
32	1						1																1			1
33	1						1																1			1
34	1						1																1			1
35	1						1																1			1
36	1						1																1			1
37	1						1																1			1
38	1						1																1			1
39	29	9	0	0	13	17	4	6	22	7	2	0	1	0	0	0	7	9	12	5	4	28	13	18	9	13

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Barragán SA y Cols. La Anestesiología, especialidad de alto riesgo
Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 1998; 61 (1): 31 – 36
2. Bruce DL, Eide A. Smith. NJ, ETAL; A prospective survey of anesthesiologist mortality, 1967-1971
Anesthesiology 41: 71, 1974.
3. Rinaldi RC, Steindler EM, Wilford BB, Goodwin D: Clarificación and Standardización of
Sustance abuse terminology. JAMA
259: 555, 1988.
4. Cloninger CR; neurogenetic, adaptative mechanisms in alcoholism. Science 236:410, 1987
5. Cadoret R, Troughton E, O'gormon TW. Heywood E: An adoption study of genetic
and eviromental factores in drug
abuse. Arch Gen Psychiatry
43:1131, 1986.
6. Weitz CJ, Faull KF. Goldstein A: Synthesis of the skeleton of the morphine molecule by
mammalian liver. Nature 330:674, 1987.
7. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL: The Medical Association of Georgia's
impaired physicians program: Review
of the first 1000 physicians: Analysis of
speciality. JAMA 257:2927, 1987.
8. Ward CF, Ward GC, Saidmon LJ: Drug abuse in anesthesia training programs, a survey: 1970
trough 1980. JAMA 259:922. 1983.
9. Gravenstein JS, Kory WP', Marks RG: Drug abuse by anesthesia personnel. Anesth Analg
62:467,1983.
10. Gallegos KV, Brownw CH, Veit FW, Talbott GD: Addicción in anesthesiologists: Drug
access and patterns of substance abuse.
QRB 14:116, 1988.
11. Gualtieri AC, Cosentino JP, Becker JS: The California experience with a diversion program
for impaired physicians. JAMA 249:226, 1983.
12. Donovan JM: An etiologic model of alcoholism. Am J. Psychiatry 143:1, 1986.
13. Mc Cue JD: The effects of stress on physicians and their medical practice. N Engl J Med 306:458, 1982.
14. Mc Call TB: The impact of long working hours on resident physicians.
N Engl J Med 318:775, 1988.

15. Mc Auliffe WE, Rohman M, Santangellos, Etal: Psychoactive drug use among practicing Physicians and medical students. N. Engl J. Med. 315:805, 1986.
16. Lecky JH, Auk Berg SJ, Conahan T III, Etal: A departamental policy addressing chemical substance abuse. Anesthesiology 65:414, 1986.
17. Spiegelman WG, Saunders L, Mazze RI: Addiction and anesthesiology. Anesthesiology 60:335, 1984.
18. Talbott GD: Elements of the impaired physicians program. J. Med Assoc. Ga. 73:749, 1984.
19. Johnson VE: Intervention: How to Help Someone Who Doesn't. Want Help. Johnson Institute Books, Minneapolis 1986.
20. Herrington RE, Benzer DG, Jacobson GR, Hawkins MK: Treating substance -- use disorders among physicians JAMA 247:2253, 1982.
21. Shore JH. The Oregon Experience with impaired physicians on probation: An eight -- year follow -- up JAMA 257:2931, 1987.
22. Talbott GD, Martin CA: Relapse and Recovery: Special issues for chemically dependent physicians. J Med Assoc. Ga 73:763, 1984.
23. Morse RM, Martin MA, Swenson WM, Niven RC: Prognosis of physicians treated for acoholism and drug dependence. JAMA 251:743, 1984.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA