
Farmacodependencia en Anestesiólogos. Una Realidad Preocupante

Dr. Gustavo Calabrese*

Uruguay

gcalabre@adinet.com.uy

* Coordinador de la Comisión de Riesgos Profesionales

C.L.A.S.A.

Resumen

La fármaco dependencia es una enfermedad devastadora, progresiva recidivante y crónica, caracterizada por una dependencia química. Esta es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento provocando graves consecuencias físicas y psicológicas. En la misma para anestesiólogos pueden interactuar diversos factores como la predisposición genética, factores psico-sociales, biológicos, historia familiar de abuso, historia personal de abuso, estrés laboral crónico, y el fácil acceso y disponibilidad de la droga en el trabajo.

Puede generar consecuencias personales, familiares y laborales. Las personales se relacionan con un progresivo deterioro en su estado de vida y salud, síndrome de abstinencia, la posibilidad de recaídas, alteraciones psiquiátricas como angustia, depresión, llegar a la muerte por suicidio y por sobredosis. Las familiares se vinculan a altas tasas de divorcios y patrones de desmembramiento familiar. Las laborales se vinculan a incapacidad de realizar sus tareas habituales, probabilidad de errores médicos pudiendo llegar a la mala práctica y abandono de la especialidad.

Frente a la sospecha de farmacodependencia debe realizarse un proceso de identificación, intervención para su ingreso a programas de tratamiento. Enfrentados a esta realidad debemos asumir el concepto de responsabilidad compartida desde una triple perspectiva que involucre al anestesiólogo, a las sociedades científico – gremiales y a las instituciones medicas empleadoras para lograr abatir, desviar o disminuir estos riesgos

Palabras claves: Anestesiólogos, Fármaco dependencia, Opiáceos, Sobredosis., Muerte, Suicidio

Introducción

La utilización de sustancias psicoactivas en forma indebida puede desembocar en el abuso, en la adicción y en la dependencia química.(1,2,3) La fármaco dependencia es una enfermedad devastadora, progresiva, recidivante y crónica caracterizada por una dependencia química que debe ser reconocida antes de ser tratada y con la característica que el enfermo no acepta su enfermedad. (4) La dependencia química es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento provocando graves consecuencias en lo físico, psicológico. (1,2,3)

En el concepto de dependencia química se asimila a enfermedad crónica e incurable, que solo puede ser controlada. La visión actual de la fármaco dependencia tanto en anestesiólogos como en los residentes de anestesia muestra una realidad preocupante y compleja, ya que involucra la drogadicción relacionada al ámbito laboral con los fármacos que tiene la responsabilidad de administrar para realizar sus anestias.(5,6) sumado a un proceso de desmejoramiento progresivo del profesional en su estado de vida y salud. Esto genera una incapacidad que representa un riesgo para la comunidad, los pacientes, el hospital, colegas y su familia. (6,7,8,9) En nuestro abordaje debemos subrayar que a pesar que puede haber consumo, abuso y/o adicciones a diferentes fármacos, los opiáceos son los de mayor frecuencia e impacto para la salud y la vida de los anestesiólogos, serán a los que nos orientaremos en este artículo.

Esta revisión está dirigida a los anestesiólogos buscando mediante un abordaje integral del tema aportar información, educar y buscar crear una conciencia colectiva.

Incidencia

La realidad actual muestra que la morbilidad por auto administración de fármacos es mucho más frecuente entre anestesiólogos que los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano. (10) En este sentido, diversos estudios han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anestesiólogos que en otras especialidades,(11,12) así como una tendencia de mayor consumo de sustancias psicoactivas mayores en anestesiólogos en comparación con los internistas.(13) La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y en especial entre anestesiólogos resulta muy difícil de establecer. Los datos surgen fundamentalmente de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos. En estudios retrospectivos la incidencia de abuso en anestesiólogos varió del 1% al 5% en diversos estudios en Estados Unidos de Norteamérica. (14-17) Los estudios prospectivos en Latinoamérica muestran una incidencia promedio de abuso a drogas de 1.7%, donde el 75% fue a opiáceos.(18)

En los Estados Unidos de Norteamérica sólo el 4% de los médicos son anestesiólogos, sin embargo en programas de tratamiento

la incidencia fue importante mostrando que el 12 % -14% de médicos tratados por dependencia química eran anestesiólogos. (19) De estos, el 50% tenía menos de 30 años, una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos "los preferidos" con mayor frecuencia por los anestesiólogos más jóvenes. El fentanil fue el narcótico que más abusaban.(20) Este mismo estudio incluyó 133 programas académicos de anestesia en ese país y mostró una incidencia de abuso del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes.(20) La incidencia de farmacodependencia en los residentes de anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades.(21) Una encuesta de residentes de la American Association of Anesthesia evidenció una incidencia de abuso del 34.5% con predilección por el fentanil.(22)

Nos podemos preguntar ¿Que característica tienen los anestesiólogos adictos? Los siguientes datos nos marcan un perfil a saber: el 50% son menores de 35 años, con gran representación de los residentes, siendo el 67-88% varones, el 75-96% de raza blanca, con 76-90% de adicción a los opiáceos como droga principal, asociado al 35-50% a uso de polidrogas, con 33% con familia con historia de drogadicción y 65% fueron asociados a departamentos académicos.(23,24)

Factores de riesgo:

Poder afirmar que factores de riesgo tienen los anestesiólogos en esta temática es difícil por que la farmacodependencia es compleja y en ella pueden incidir diversos factores como la predisposición genética, factores psico-sociales, biológicos, historia familiar de abuso, historia personal de abuso, estrés laboral crónico, disponibilidad de la droga.(7,24,25) La predisposición genética puede contribuir a la progresión de abuso a adicción, donde se sugiere pueda tener una base bioquímica cerebral relacionada a alteraciones del neurocircuito mediadas por neurotransmisores dopaminérgicos.(26,27,28)

La historia personal se caracteriza por el uso experimental aumentando el riesgo de avanzar a la adicción. La historia familiar es un factor de importancia ya que hace un entorno viable para la adicción.(29,30) En el caso de los anestesiólogos, además de los factores nombrados, inciden aspectos vinculados al intenso estilo de vida laboral,(31) sobre todo el excesivo estrés laboral crónico y la disponibilidad y el fácil acceso de la "droga a elección" en su trabajo diario,(7,10) sumada a patrones de falta de auto estima, negación de la situación. El estrés laboral crónico, sobretudo bajo la forma del síndrome de Burn out en el anestesiólogo surge debido a un estilo de vida muy particular, con intensa carga física y psíquica, con la responsabilidad por la seguridad del paciente, en un ambiente de trabajo muy competitivo, expuestos a riesgos biológicos, con contacto con pacientes graves, contacto con la muerte, con una modalidad laboral de "alta presión" con exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, con inadecuados calendarios laborales, con fatiga y privación del sueño y con un progresivo desajuste de las expectativas profesionales y personales.(7,31-38)

Cuando hay adicción debe haber urgencia por consumir la droga y el acceso a ella, en ese sentido el anestesiólogo tiene la disponibilidad y el acceso de la droga a "elección" en el trabajo.

Por esto se dice que trabajamos en la tienda de las golosinas (candy store). Esta afirmación queda evidente cuando el 85% de los residentes de anestesiología en programas de recuperación de fármaco dependencia indicaron que el tener la droga a su alcance influyó en la elección de la especialidad.(19)

Desarrollo de la Enfermedad

La enfermedad se desarrolla en forma progresiva, recidivante y crónica. La rapidez de inicio y la evolución de la farmacodependencia está relacionada a la potencia de la droga "de elección". En el caso de los opiáceos, como por ejemplo el fentanil, toma entre 6-12 meses en hacerse aparente. En cambio el sufentanil lleva entre 1-6 meses hacerse aparente, evidenciándose sobretudo en el medio hospitalario.(4) Durante el corto curso de la adicción al fentanil o al sufentanil, el adicto desarrolla una tolerancia increíble, lo que provoca el uso de dosis progresivamente mayores. Para tener una real dimensión del problema, los adictos pueden llegar a tener que inyectarse entre 80 a 100 mL de fentanil por día, o en el caso del sufentanil a las pocas semanas de adicción pueden llegar a inyectarse de 10 a 20 mL por día. La muerte por sobredosis es frecuente.(4) Es característico que se desarrolle en diferentes ámbitos ya sea social, familiar y laboral.(4,6)

En el proceso evolutivo pueden padecer trastornos físicos, psicológicos y sociales crónicos que se pueden evidenciar fuera y dentro del hospital.(4,23) En el hospital adoptan patrones de conductas característicos, con cambios inusuales de comportamiento, cambios de su estado de ánimo con periodos de depresión, enojo e irritabilidad alternando con periodo de euforia. También se denota descuido en el llenado de la hoja anestésica, prescriben cada vez más cantidades de narcóticos, solicitan mayores cantidades de narcóticos para la cirugía que está alizando, no quieren tomar tiempo para comer o descansar, les gusta trabajar solos para usar técnicas sin narcóticos y desviarlos para su uso personal. Son difíciles de ubicar entre anestesia y anestesia realizando breves "siestas" después de usar la droga. Es muy común que se encuentran en el hospital aunque no tengan que trabajar para estar cerca de las drogas y evitar abstinencias. Suelen usar ropa de manga larga para esconder las huellas de las agujas y combatir la sensación de frío que experimentan. Cuando la adicción está instalada tienen progresiva pérdida de peso, palidez, con pupilas puntiformes y son encontrados muertos por sobredosis en sus cuartos de guardia o en baños.(4,23)

Los patrones de conductas característicos fuera del hospital son el aislamiento de la familia, con cambios inusuales del comportamiento, peleas y discusiones en su casa con problemas de conducta en sus hijos. Habitualmente esconden agujas y niegan la drogadicción. Socialmente tienen relaciones extra matrimoniales, presentan problemas legales y cuando no pueden manejar la situación y el síndrome de abstinencia, buscan realizar la llamada cura geográfica cambiando de lugar y/o ciudad de trabajo. Cuando progresa la adicción suelen tener disminución de la actividad sexual, pérdida de peso, palidez, pupilas puntiformes y signos de abstinencia. Pueden ser encontrados trágicamente muertos por sobredosis.(4,23)

Consecuencias

Las consecuencias personales son muy importantes y graves en algunos casos, llevando a un progresivo deterioro en su estado de vida y salud, síndrome de abstinencia, la posibilidad de recaídas, alteraciones psiquiátricas como angustia, depresión, y llegar a la muerte por suicidio y por sobredosis. (4,6) La recaída en aquellos anestesiólogos con historia de adicción a narcóticos, quienes retornaron a su trabajo varió del 19% al 26%, y hasta el 40 % (4,12,39). La muerte puede ser la forma de presentación como sintoma inicial de recaída en el 16%.(13)

El riesgo de suicidios fue 3 veces superior en anestesiólogos en relación a un grupo de control.(40) En estudio realizado en México sobre informes de jefes de servicio se registraron 7 muertes por suicidio relacionada a fármaco dependencia principalmente a opiáceos.(41) La muerte por sobredosis fue del 10% en 10 años sobre 285 casos (14) y del 16% en 5 años sobre 44 casos (15), así como las 26 muertes en 2 años comunicadas por Silverstein. (42) El riesgo específico de muerte en el anestesiólogo fue 2 veces superior en suicidios relacionado a sobredosis de drogas, y 3 veces superior de muerte relacionado a drogas con respecto a los médicos internistas, vinculadas a la etapa de la residencia en los primeros 5 años.(43) En definitiva, el suicidio por sobredosis así como la muerte relacionada a las drogas resultan los riesgos más significativos de mortalidad ocupacional del anestesiólogo en la actualidad.(7)

Las consecuencias familiares se vinculan a altas tasas de divorcios como se refleja en Estados Unidos de Norteamérica donde los anestesiólogos desmejorados por las drogas presentaron 34 % de divorcios y una inadecuada relación con los hijos, lo que genera un patrón de desmembramiento familiar.(44)

Las consecuencias laborales se vinculan al desarrollo de incapacidad de realizar sus tareas habituales, menor seguridad, probabilidad de errores médicos pudiendo llegar a la mala práctica y abandono de la especialidad.(8,45)

Las consecuencias legales que puede afrontar el anestesiólogo adicto a psicofarmacos es un tema polémico, difícil de abordar por lo complejo de la enfermedad por un lado, y por el otro, por los diferentes matices de las legislaciones entre los distintos países, como ejemplo en Estados Unidos de Norteamérica si alguna autoridad sanitaria decide prohibir al anestesiólogo en recuperación regresar a la práctica basándose solamente en su historia de adicción, el anestesiólogo afectado puede iniciar una acción legal. En ese hay una ley federal que protege a los trabajadores discapacitados conocida por las siglas ADA. (Acta de Americanos con Discapacidad). Por definición la adicción es una discapacidad, y por este hecho es que a un anestesiólogo farmacodependiente en recuperación que se ha sometido a tratamiento con éxito, que posee un entrenamiento adecuado y controles normales no pueden negarle trabajo el empleador. Por lo tanto, la decisión y su implicancia legal es muy compleja. La ADA puede exigir una reubicación razonable para aquel adicto calificado que quiere volver a la práctica médica.(46)

Conductas

Cuando hay sospecha de un adicto debe realizarse la identificación, momento en el cual se obtiene información administrativa,

clínica y del contralor de drogas. En ese momento se instaura una investigación con el objetivo de llegar al diagnóstico y tratamiento.(47,48) Luego se realiza la intervención, que resulta el proceso en el que se prueba que una persona con dependencia química está enfermo, que necesita tratamiento.(49) La misma debe ser realizada por un comité hospitalario y por un comité de la sociedad o federación de anestesia, para introducir los programas de terapéutica.(50)

El tratamiento debe ser realizado por un equipo multidisciplinario: psiquiatra, internista, neurólogo, especialista en adicciones, nutricionista, asistente social, etc., involucrando al adicto y su familia.(51,52,53) Este manejo tiene varias fases:

Fase temprana. Internado con objetivos de desintoxicación, educación intensiva y modificación del comportamiento.

Fase intermedia. Es aquella etapa donde se hacen terapias de grupo y de auto ayuda como Narcóticos Anónimos, con el objetivo de total abstinencia.

Fase avanzada. Etapa en la cual por un lado se le da el alta formal pudiendo en algunos casos firmar contratos de contralor, y por otro se recomienda o no volver a ejercer su especialidad.

La reincorporación tanto al hogar así como laboral es un momento clave y difícil ya que tiene amplia repercusión en la futura vida del adicto. La reincorporación laboral es un tema delicado y polémico; dilucidar si el anestesiólogo en recuperación debe regresar a la práctica anestésica. En una encuesta de la ASA de los programas de entrenamiento indican que solo el 50% de los adictos a fentanil son reincorporados, y de aquellos regresados la mitad renunció, además del resto el 20% tuvieron recaídas y abandonaron.(4)

Se han establecido categorías para el posible retorno del anestesiólogo en programas de tratamiento elaboradas por el Talbott Recovery Program aplicada en 10 estados en Estados Unidos de Norteamérica, los mismos son:(53,54)

Categoría I. Son aquellos profesionales que retornan a la práctica de la anestesiología inmediatamente después del tratamiento. Este grupo son los que aceptan y entienden su enfermedad, los que tienen vínculos con alcohólicos anónimos o con narcóticos anónimos, con adecuado soporte familiar, con contrato de 5 años de contralor, que demuestren tener estilo de vida balanceada y que tenga el respaldo de el equipo del programa de tratamiento.

Categoría II. Son aquellos con posible retorno a la anestesiología. Este grupo ha estado 1-2 años fuera del trabajo, en tratamiento, que han comenzado su recuperación de recaídas, con una familia que mejoró su apoyo, con compromisos con alcohólicos y narcóticos anónimos, con mejoramiento en cuanto a su destreza o técnica para trabajar, con alguna actitud negativa frente a la enfermedad, adecuado estado de ánimo y sin problemas psiquiátricos.

Categoría III. Aquellos colegas anestesiólogos que se redireccionan hacia otra especialidad, con un prolongado uso intravenoso de drogas, con tratamientos con fallos y recaídas, donde permanece activa la enfermedad, con inadecuado entorno familiar, no cumplieron su contrato de contralor, con deficiente recuperación de su estado de ánimo, sin relación con los grupos de alcohólicos y narcóticos anónimos y con severos problemas psiquiátricos

Recomendaciones

No hay forma de asegurar que el abuso de sustancia psicoactivas no conduzca a la adicción por lo tanto la única protección absoluta es evitar el completo uso ilícito de las drogas.(7,25)

Estrategias

Es por esto que es determinante una estrategia integral que involucre a los anestesiólogos, a las sociedades y/o federaciones de anestesiología, a las autoridades sanitarias y los empleadores.

Política de prevención. (24,55,56). Estas políticas preventivas se basan en una estrategia de prevención conjunta a través de programas de:

Educación, información y difusión para el anestesiólogo
En residentes de anestesia, considerada población de alto riesgo desde su ingreso, deben recibir
Cursos de educación sobre fármaco dependencia curriculares

Información por distintas vías como:

Posters, carteles, afiches sobre de los peligros de la adicción / dependencia química en el anestesiólogo

Distribuir videos temáticos

Material bibliográfico

Realización de talleres en conjunto con familiares

Jornadas científicas de residentes sobre el tema

Obligación de asistir en congresos a conferencias vinculadas al tema con valor curricular

En los especialistas se buscará educar e informar a través de:

Estimular la lectura de estos temas en los servicios

Estimular la memoria visual teniendo en los servicios de anestesia: posters, carteles, afiches sobre los peligros de la adicción / dependencia química en el anestesiólogo

Asistencia a cursos sobre el tema

Asistencia en congresos a conferencias sobre el tema

Disponer de la sociedad de anestesia de información ya sea on line , folletos, de la revista científica, videos etc

En todos los casos debe haber una línea telefónica (hot line) con información para médicos y familiares

Identificación de los potenciales adictos. Se debe instaurar en los servicios de anestesia un Programa continuo de Identificación de Residentes y/o especialistas de potencial "alto riesgo" (57)

Identificación en residentes y/o especialistas de anestesia. (25,55,57)

Se realizará encuesta de evaluación de hábitos, personalidad, antecedentes personales, psicológicos, etc.

Entrevista psicológica

Exámenes de sangre al ingreso por ej: hepatitis, VIH, etc.

Rinoscopia obligatoria

Examen de orina

Consulta psiquiátrica

Evaluación de tipo de medicación de uso frecuente. Por ej. Psicofármacos, etc.

Conocimiento de su realidad familiar actual

Antecedentes personales previos de drogadicción social, familiares, otras adicciones

Evaluación de conductas dentro y fuera del hospital

Monitoreo continuo de los residentes

Todas estas medidas son tendiente a identificarlos y realizar la intervención para ingresarlos en tratamientos, en algunos casos para salvarles la vida, adelantarnos a situaciones futuras por el propio desarrollo de la enfermedad y buscar reorientar al residente o al estudiante de pre grado hacia otra especialidad. Con esto siempre debe quedar claro el concepto de prevención y protección al colega desmejorado o enfermo por su adicción.

Manejo de potenciales factores de riesgo:

Manejo del estrés crónico laboral

Vigilancia continua de medicación psicoactiva y materiales accesorios etc.

Política de Educación, Información y difusión para el anestesiólogo y familiares (25,55,56)

Manejo de Potenciales Factores de Riesgo

Protocolos para el manejo del estrés crónico laboral (7,24,25,55)

Se basa en el abordaje integral de cómo cambiar la organización para prevenir el estrés laboral .

Cuidadoso planeamiento del calendario laboral en el cual e equilibren las horas de trabajo diurnas y nocturnas para evitar la fatiga y la privación del sueño buscando que el volumen de trabajo coordine con las habilidades y los recursos de los trabajadores

Protocolo de Vigilancia continua de acceso y disponibilidad de Medicación psicoactiva y Material accesorio (jeringas agujas etc.)(7,20,24,54,55)

Custodia y Contralor de drogas narcóticas en el Quirófano

Farmacia satélite en el quirófano

Determinación estricta y exacta de la necesidad de los narcóticos y su dosificación (dosis unitaria a cada paciente)

Contralor de dosis en cada caso , al comienzo su entrega y final

Se requiere cooperación entre Anestesiólogo jefe / Farmacéutico / encargado del personal de enfermería del quirófano

Se debe realizar control de jeringas y agujas

Contralor administrativos en las hojas de registro anestésicos

Contralor de recetas de narcóticos de cada anestesiólogo

Control indirecto es a traves de la opinión del paciente en cuanto al dolor

Dispensador electrónico en el Quirófano

Debe contar con una habilitación para poder retirar medicación a usar

Debe establecer que medicación

Debe establecer que dosis

Estos pasos quedan registrado para el que retira así como para el contralor en la maquina

Controles fuera del Quirófano

Controles estrictos de medicación controlada , jeringas etc.

No habilitación para el retiro de medicación a anestesiólogos durante su turno

No habilitación para el retiro de medicación a anestesiólogos fuera

de su turnos de trabajo
Política de respaldo al anestesiólogo y familia (25,55)

Basadas en

Disponer de ayuda siempre con líneas telefónicas abiertas las 24 horas para ayudar tanto para familiares como para adictos
Disponer de programas de rehabilitación de la fármaco dependencia para el anestesiólogo
Disponer de programa de ayuda económica para financiar tratamiento y rehabilitación

Conclusiones

Estamos frente a una dura realidad para los anestesiólogos, preocupante y que avanza . La misma produce desmejoramiento del estado de vida y salud, daño familiar y perdidas irreparables por lo que debemos asumir una responsabilidad compartida desde una triple perspectiva:(25,55)

De parte del anestesiólogo que debe educarse en el tema
De las instituciones médicas empleadoras que deben tener programas de prevención y protección tendientes a identificar los potenciales adictos, manejar los factores de riesgos y tener contraloría de los fármacos
De las sociedades y/o federaciones de anestesia que deben de tener un rol protagónico a través de una política integral sobre el tema apuntando a :
Información, educación del tema
Organización para protección del colega enfermo
Programas de rehabilitación
Disponer de respaldo económico para el colega y su familia .
Todo esto alineado en un programa de salud ocupacional para nuestros especialistas.
Finalmente una reflexión : “la adicción es una enfermedad para toda la vida, sus efectos agudos pueden superarse, pero sus secuelas dejan sus marcas indelebles en cada victima”

Referencias

1. Rinalde RC, Steidler EM , Wildfor BB, Goodwin D. Clarification and standardization of substance abuse terminology. JAMA 1988;259:55.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association 1994:175-272.
3. Czernichow S, Bonnet F. Le risque de toxicomanie chez les medecins anesthesistes. Ann Fr Anesth Reanim 2000;19:668-674.
4. Arnold W. Task force on chemical dependence in anaesthesiologists :What you need to know when you need to know it . Illinois. American Society of Anesthesiologists;1998.
5. Hedberg E. Anesthesiologists: Addicted to the drugs they administer . ASA Newsletter 2001;65:5.
6. Calabrese G. Visión actual de la fármaco dependencia en anestesiólogos. Rev Arg Anest 2004;62:106-113.
7. Calabrese G. Riesgos Profesionales. En Texto de Anestesiología Teórico Practico. Editor Aldrete JA. Manual Moderno, México. 2003:1477-1498.
8. Calabrese G. Fármaco dependencia en el anestesiólogo. Conferencia en Actas. XXXV Congreso Mexicano de

Anestesiología Cancún. México 2001;53-54

9. American Medical Association Council on Medical Health. The sick physician: Impairment by psychiatric disorder, including alcoholism and drug dependence . JAMA 1973;223:686.
10. Arnold W P III. En Anestesia. Editor Miller R. Seguridad medioambiental , incluida la dependencia de agentes químicos. Harcourt-Brace edición en español. 1998;2619.
11. Hughes P, Storr CL, Bradenburg NA, Balwin DC. Physician substance use by medical specialty. J Addict Dis 1999;18:23-27.
12. Paris RT, Canavan DI. Physician substance abuse impairment: Anesthesiologists vs. other specialties. J Addictive Diseases 1999;18:1-7.
13. Barreiro G, Benia W, Francolino C, Dapuetto J, Ganio M. Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. Anest Analg Rean 2001;17: 20-25.
14. Menck EJ. Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse JAMA 1990;263 :3060.
15. Ward CF. Drugs abuse in anaesthesia training programs: survey 1970-1980. JAMA 1983;250:922-925.
16. Gravenstein JS. Drug abuse by anaesthesia personnel. Anaesth Analg 1983;62:467-72.
17. Lutsky I. Psychoactive substance study use among American anaesthesiologists: A 30 year retrospective study. Can J Anaesth 1993;40:915-921.
18. Calabrese G. Informe preliminar sobre “ Encuesta de riesgos profesionales del anestesiólogo en Latinoamérica “. Comisión de riesgos profesionales . Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA . XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología .San Salvador. El Salvador. Centro America. 2001
19. Gallegos KV. Addition in anaesthesiologists: Drug access and patterns of substance abuse. Q R B 1988;14:11.
20. Booth J. Sustance abuse among physicians : A survey of academic programs. Anesth Analg 2002;95:1024-1030.
21. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia’s impaired physicians program review of the first 1,000 physicians: Analysis of specialty. JAMA 1987;257:2927-2930.
22. Abdelmalak B . Stress in American anesthesiology residencies. ASA Newsletter. Resident review 1999;12.
23. Hughes PH. Resident physician substance abuse in the united state. JAMA 1991; 265:2069-2073 .
24. American Society of Anesthesiologists. Task Force on Chemical Dependence. Model curriculum on drug abuse and addiction for residents in anesthesiology. En internet: www. ASAhq.org/Proinfo/Curriculum.htm
25. Calabrese G. Guía de prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo. Comisión de riesgos profesionales de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXII Asamblea de delegados de CLASA. XXVII Congreso Latinoamericano de Anestesiología. Guatemala. Guatemala. 2003.
26. Chandon M. Toxicomanie et addiction en milieu anesthésique :sortir du non dit . Ann Fr Anesth Reanim 2000;19:640-642 .
27. Blum K. A commentary on neurotransmitter restoration as a common mode of treatment for alcohol, cocaine and opiate abuse. Integr Psychiatry 1989; 6:199-204.
28. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters.

Science 1997;278: 45-7.

29. MacAuliffe WE, Rhorman M, Santangelo S. Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. NEJM 1986;315:805.

30. Sanz YF, Lopez CJC. Abuse of psychoactive drugs among health professionals. Rev Esp Anestesiología Reanim 1999;46:354-358.

31. Calabrese G. Influencia del estilo de vida laboral del anestesiólogo en la salud. En Anestesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología www.anestesia.com.mx/congreso 1-30 de Noviembre, 2002.

32. Jackson SH. The role of stress in anesthetist's health and well-being. Acta Anaesthesiol Scand 1999 ;43:583-602.

33. Calabrese G. Estrés crónico en el anestesiólogo actual. Actas Peruanas 2001;14;1;10-13.

34. Calabrese G. Estrés laboral crónico en el anestesiólogo y sus consecuencias. Conferencia: En Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza, Argentina. Septiembre 2003;197-201.

35. Chassot PG. Stress in European operating room personnel. En actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología. Montreal, Canadá 2000;63-64.

36. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 2003;90:333-337.

37. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. Anaesthesia 2003;58:339-345.

38. Kamp C. Occupational stress in anaesthesia. Anesth Intensive Care 1997;686-690.

39. Pelton C, Ikeda RM. The California physicians diversion program's experience with recovering anesthesiologists. J Psychoactive Drugs 1991;23:427-431.

40. Bruce D L. A prospective survey of anesthesiologist mortality. 1967-1971 Anesthesiology 1974; 41:71.

41. Paisano R, Zuñiga OV. Farmacodependencia entre anestesiólogos. Rev Mex Anest 1988;11:39-45.

42. Silverstein J. Opioid addiction in anaesthesiology. Anesthesiology 1993;79:354-375 .

43. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino . Cause

-specific mortality risk of anesthesiologists. Anesthesiology 2000;93:922-930.

44. Lutsky I. The use the psychoactive substance abuse in three medical specialties: anaesthesia, medicine, surgery. Can J Anaesthesiol 1994;41:561-567.

45. Walzer RS. Impaired physicians: An overview and update of the legal issues. J Leg Med 1990;11:131-198.

46. Booklet of information. The American Board of Anesthesiology . Hartford CT. USA, 1993.

47. Lecky JH, Aukberg SJ, Conahan T. A departmental policy addressing chemical substance abuse. Anesthesiology 1986;65:414.

48. Spiegelmaln WG, Saunders LM. Addiction and anaesthesiology. Anesthesiology 1984;69:335.

49. Johnson VE. Intervention: How to help someone who doesn't want help. Johnson Institute Books, Minneapolis USA, 1986.

50. Talbot GD. The impaired physicians and intervention. A key to recovery. J Fla Med Assoc 1982;69:793-797.

51. Wildford BB. The drug abusing physician. Drug abuse, a guide for the primary care physician. Chicago. American Medical Association 1981:285-297.

52. Herrington RE, Benzer DJ, Jacobsen GR, Wawkins MK. Treating substance abuse disorders among physicians. JAMA 1982;247:2253-2256.

53. Talbot GD. Elements of the impaired physicians program. J Med Assoc Ga 1984;73:749.

54. Andres DH, Talbot GD, Bettinardi AK. Healing the healer. Madison, CT. Psychosocial Press. 1998.

55. Calabrese G. Fármaco dependencia en los anestesiólogos de Latinoamérica. Una problemática preocupante y en aumento. Proyecto de la Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXII Asamblea de delegados de CLASA. XXVII Congreso Latinoamericano de Anestesiología. Ciudad de Guatemala. Guatemala, 2003.

56. Berry A. Time to take action on chemical dependence. ASA Newsletter 2001;65:1-2.

57. Calabrese G. Residentes de anestesia: "Población de alto riesgo". Proyecto de la comisión de riesgos profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador. El Salvador, 2001.