

## Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México

Dra. María de los Ángeles Garduño-Juárez

\* Residente. Hospital General de México.

El presente trabajo de investigación se enfoca en determinar los factores que predisponen con mayor frecuencia y se asocian al síndrome de desgaste profesional, que en las últimas décadas ha tomado mayor relevancia en el ámbito laboral. Este síndrome representa pérdidas considerables tanto en el ámbito personal como en el profesional, los cuales se ven gravemente perjudicados.

En la actualidad existe mayor preocupación por los riesgos que asumimos por el ejercicio profesional de la anestesiología; estos riesgos profesionales pueden ser legales y no legales. La orientación en esta investigación es hacia los riesgos relacionados a la salud. En ese sentido, en el siglo XX se vincularon a los incendios y explosiones debido a agentes anestésicos; posteriormente la mayor preocupación se orientó hacia la contaminación ambiental por residuos de gases anestésicos y los peligros de la inhalación crónica. En las últimas décadas, las preocupaciones se orientaron hacia una nueva generación de riesgos vinculados a los agentes biológicos y las adicciones. En el siglo XXI la preocupación se orienta a una amplia gama de riesgos, entre los que se destacan los agentes biológicos, los efectos del estrés laboral incluido el Burnout y aquellos relacionados a la organización laboral y sus consecuencias. Es entonces que en la actualidad se muestra a los anestesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, con grandes presiones de productividad y expuestos a numerosos agentes físicos, químicos, biológicos, etc. Estas situaciones producen un alto costo en la salud, rendimiento, seguridad y la vida familiar, por lo que el anestesiólogo es considerado dentro de los trabajadores de la salud como de «alto riesgo profesional». Las razones para investigar la prevalencia de este síndrome en esta población, es conocer el proceso del estrés laboral como consecuencia de las necesidades de mejorar la organización del

clima laboral de los especialistas ya que ésta tiene repercusiones importantes sobre la calidad del trabajo.

Históricamente, el trabajo representa una fuente que genera los medios materiales para la reproducción social y por otra parte, es una actividad que permite el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos; sin embargo, dicha actividad también es un medio que genera insatisfacción, desmotivación, bajo rendimiento laboral y se convierte en fuente importante de diversos trastornos.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestaron en 1984 que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud, de carácter psicológico, de comportamiento o somático y condiciones de trabajo estresantes; por otra parte, plantea que el trabajo integra factores psicosociales positivos, propicios para la conservación e incluso el mejoramiento de la salud y que el enfoque más común para tratar las relaciones entre medio ambiente psicológico de trabajo y la salud de los trabajadores ha sido la aplicación del concepto de *Estrés*.

El concepto de estrés se remonta a 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, Hans Selye, estudiante de la carrera de medicina, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales como: cansancio, pérdida del apetito, bajo de peso, astenia, etc. H. Selye, lo denominó el «Síndrome de estar Enfermo». \*\* Hace más de medio siglo, H. Selye definió el estrés ante la OMS como: «la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior». En 1974 Freudenberg, psi-

\*\* Vinaccia, Alvaran. El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería un estudio exploratorio. Univ Psychol 2004;3:35-45.

quiatra, introduce por primera vez el término «Burnout», equivalente a desgaste, observó que al año de trabajar en una clínica de toxicomanías la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, es decir, terminaban «desgastados».<sup>§</sup> En la década de los 80 la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California, en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el «síndrome de Burnout» y en colaboración con el psicólogo Michel P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escocia, Canadá, desarrolla un instrumento para su diagnóstico, denominado cuestionario de Maslach. El instrumento valora los tres aspectos fundamentales del síndrome que son: el agotamiento emocional, el cinismo o despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Maslach y Jackson, especialistas en psicología de la salud, han definido al síndrome de Burnout como un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicio que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia. En 1991 Burke y Richardsen, refieren la afección en más de 25 campos de profesiones. Para el año 2000, la OMS, calificó al síndrome de Burnout como «riesgo laboral»,<sup>||</sup> con lo cual adquiere trascendencia por el impacto que representa para la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones. Gustavo Calabrese señala que los médicos anestesiólogos están expuestos a riesgos en su práctica diaria, mismos que pueden derivar en graves consecuencias para la salud, con repercusión en los planos personal, familiar y laboral, por lo que tal situación es considerada como «alto riesgo profesional».<sup>¶</sup> La anestesiología es una de las profesiones en donde la ansiedad y el estrés se presentan con frecuencia; el riesgo que se corre cada vez que se anestesia un paciente, sumado a un número importante de turnos laborales, sin un adecuado descanso físico, además de la situación que prevalece en los países latinoamericanos con gran inestabilidad laboral, social y política, obliga al profesional a allegarse diferentes fuentes de ingreso, creando en él situaciones que repercutirán en su desempeño profesional. Sin hablar de la situación familiar y personal, por lo que se considera una profesión de alto riesgo. El perfil de la persona más vulnerable al síndrome de desgaste laboral está caracterizado por diversos elementos tales como: autoexigencia, baja tolerancia, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Esto hace que estas personas organicen una distorsión cognitiva según la cual sólo ellas, y nadie más que ellas, pueden hacer las cosas bien; esta característica es debido a la falta de búsqueda de satisfacciones personales, y el sentimiento de ser

indispensables, lo cual los lleva a una obsesión profesional. Otros factores de riesgo destacan la edad, el género, estado civil, cargo que desempeñan, horario laboral, etc. El estrés de trabajo se puede definir como las reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El estrés de trabajo puede llevar a la mala salud y hasta lesiones físicas.

El concepto del estrés de trabajo muchas veces se confunde con el desafío, pero estos conceptos no son iguales. El desafío nos vigoriza psicológica y físicamente, motivándonos al aprendizaje de habilidades nuevas para dominar nuestros trabajos. Cuando nos encontramos con un desafío, nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo.

El síndrome de Burnout, como su nombre lo dice significa «estar quemado», quemarse (fundirse) en el trabajo (del inglés *to burnout*: quemarse, *burn out*: haberse quemado). Este concepto en psicología se conoce como «fatiga laboral» o de desgaste profesional. Recordando el aspecto psicosocial es un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como familiar, enojo, agresividad, desmoralización, sentimientos de fracaso y pérdida de la confianza en sí mismo. Resumiendo lo anteriormente expuesto en tres aspectos fundamentales: 1) Agotamiento emocional: pérdida de atractivo, tedio y disgusto causado por las tareas y el trabajo, disminución del interés y satisfacción laboral, 2) Despersonalización: falta de interés, objetivación burda y somera de los problemas, pérdida de empatía e incluso sentimiento de culpa por la situación vivida, y 3) Competencia personal: sentimiento de competencia y éxito en el trabajo del profesional.<sup>\*\*</sup>

El estrés tiene repercusiones tanto psicológicas y sociales, ambas nos indican los cambios en el comportamiento individual y grupal de quienes desarrollan el síndrome; sin embargo, los cambios fisiológicos se podrían considerar como un foco de alerta, ya que el estrés constante ocasiona una serie de eventos que alteran el equilibrio en nuestra economía, provocando alteraciones: psicofisiológicas, psiconeuroendocrinas y psicoimmunológicas. Desencadenando una respuesta al estrés en forma fisiológica (respuesta metabólica al trauma), en forma constante sin permitir la

§ Farbe B. Stress and Burnout in the Human Services Profession Pergamon Press. New York.

|| OMS 2000. The World Health Report. 1983 <http://www.who.int./whr.>)

¶ Calabrese G. Riesgos profesionales del Anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún. 2001.

\*\* Ibidem.

recuperación de cada sistema, ocasionando una respuesta anómala y provocando alteraciones en toda la economía, con una mayor tendencia al desarrollo de patologías como: enfermedades de la colágena, musculares, gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas, etc. Una característica importante del estrés es que sin importar si éste es físico, intelectual o psicológico nuestro cuerpo siempre se moviliza por una reacción física. Cuando estos factores se acumulan y superan la tolerancia del organismo surge el estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en: 1) Enfermedades físicas como: la fatiga que puede provocar alteración del estado de ánimo, cefaleas, mareos, pérdida de apetito y problemas digestivos<sup>(8)</sup>. La fatiga se vincula también a los accidentes automovilísticos en anestesiólogos, luego de la jornada laboral, a injurias y accidentes laborales sobre todo en el retapado de las agujas, incrementándose ese riesgo exponencialmente luego de 9 horas de trabajo consecutivo<sup>(9)</sup>. El riesgo ocupacional de transmisión luego de exposición percutánea (agujas, objetos cortantes) de sangre infectada con HIV es del orden del 0.3 y 0.09% cuando es por exposición mucosa, siendo del orden del 6-37% para sangre infectada con el virus de la hepatitis B y del orden del 3-10% para sangre infectada con virus de hepatitis C<sup>(10)</sup>. 2) Deterioro psíquico-emocional, como angustia, depresión y ansiedad, alteraciones del patrón de sueño. La privación del sueño puede contribuir al «error humano» repercutiendo sobre la seguridad de los pacientes. El funcionamiento cognoscitivo disminuye en un 25% cuando falta una noche de sueño y disminuye en un 40% cuando faltan dos noches de sueño. En este sentido pueden asociarse a mayor probabilidad de punción involuntaria de duramadre al realizarse anestesia peridural relacionado al trabajo nocturno<sup>(11)</sup>. También pueden contribuir a accidentes laborales con un 50% de riesgo mayor de exposición a sangre contaminada (SIDA, hepatitis B y C) además de tener dificultad en interpretar un electrocardiograma, en realizar un cálculo matemático, en hablar con fluidez y en la memoria a corto plazo; también se registraron bajos puntajes de vigilancia de pacientes, disminución en la velocidad y calidad de intubación orotraqueal, y a accidentes con vehículos automotores al principio de la mañana luego de la jornada nocturna, registrándose una incidencia del 24% de accidentes con vehículos automotores en anestesiólogos latinoamericanos<sup>(12)</sup>. 3) Trastornos en la conducta: como el alcoholismo y la farmacodependencia. Actualmente la morbilidad por autoadministración de fármacos es mucho más frecuente entre anestesiólogos que los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano<sup>(13)</sup>. 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 de estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos.

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. Una encuesta de residentes de la American Association of Anesthesia (ASA) evidenció una incidencia de abuso del 34.5% con predilección por el fentanyl<sup>(5)</sup>. Dentro de las sustancias más utilizadas según un estudio retrospectivo de 1958 a 1988 en Medical Collage of Wisconsin en 260 anestesiólogos, reportan: consumo de bebidas alcohólicas en 91.6%, marihuana 30.8%, cocaína 9.4%, y fentanyl 34.5%; se identificaron 29 anestesiólogos que ingerían algún tipo de sustancia, de éstos 6 utilizaban sólo bebidas alcohólicas y 4 ingerían ambas. En diversos estudios se ha tratado de describir las características del anestesiólogo adicto: 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 adicciones y 65% asociados a departamentos académicos<sup>(17)</sup>.

En el caso de los anestesiólogos, además de los factores nombrados, inciden aspectos vinculados al intenso estilo de vida laboral<sup>(18)</sup>, sobre todo el excesivo estrés laboral crónico y la disponibilidad y el fácil acceso de la «droga a elección» en su trabajo diario, sumada a patrones de falta de autoestima, negación de la situación. El riesgo del suicidio en pacientes con síndrome de Burnout es 6 veces mayor que en la población general, por tanto es una grave y temible consecuencia.

4) Trastornos intelectuales. Como dificultad de concentración y trabajos de baja calidad. También se afecta la seguridad debido a respuestas inapropiadas con una tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas, conductas que favorecen el error humano<sup>(19)</sup>. 5) Consecuencias familiares: son caracterizadas por aislamiento, sentimiento de culpa, reproche familiar por exceso de trabajo, pobre participación en eventos trascendentes de la vida familiar, fracaso en el vínculo con los hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar. 6) Consecuencias laborales. Entre otras se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo laboral, el trabajo de pobre calidad, pudiendo llegar a una mala praxis y los consiguientes problemas legales, llevando todas estas situaciones a pérdida de imagen profesional y en algunas ocasiones al abandono o al cambio de trabajo. Todo esto dentro del estrés crónico laboral derivado del síndrome Burnout.

Las extensas jornadas laborales se vinculan a los calendarios inadecuados, en los cuales existe un desequilibrio entre las horas trabajadas y las horas de descanso. En diversos estudios se muestran cambios importantes en los

anestesiólogos de acuerdo a las horas trabajadas, por ejemplo: en Latinoamérica se registraron cargas horarias entre 24-72 horas semanales<sup>(15)</sup>, y entre 24-96 horas semanales en USA<sup>(20)</sup>; en Nueva Zelanda la carga horaria registrada fue de entre 35-95 horas semanales, remarcando que el 47% de especialistas reportaron trabajar más de 70 horas semanales en los últimos 6 meses, y períodos continuos de trabajo de 20 horas promedio<sup>(21)</sup>; en el Reino Unido la carga horaria registrada fue de entre 48-112 horas semanales, con 75 horas semanales promedio. La realidad actual muestra que en la mayoría de los estudios realizados se registran cargas horarias que exceden las 58 horas semanales que dictan las regulaciones de horas de la comunidad europea en el campo médico en la actualidad y las 48 horas semanales establecidas para comenzar a regir a partir del 2009<sup>(22)</sup>, así como las regulaciones para el trabajo de residentes médicos en EUA que es de 80 horas semanales, vigente desde el 2003<sup>(23)</sup>.

En Latinoamérica no existen regulaciones específicas para el especialista de anestesia y/o residente, estando en proceso la realización del código regulador de horas de trabajo para el anestesiólogo por la CLASA. Sin embargo, de acuerdo a las horas laborales y de descanso se han dividido

en tres grupos para clasificar en bajo, significativo o alto riesgo profesional:

**Riesgo bajo.** Se considera bajo si trabaja menos de 50 horas semanales, 10 horas consecutivas trabajadas al día, no realiza turnos nocturnos, ni extensión del turno en la noche, y disponen de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo, 2 días libres de trabajo por semana.

**Riesgo significativo.** Se puede considerar un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1 ó 2 turnos nocturnos por semana, se tiene extensión del turno en la noche, menos de 10 horas de descanso entre períodos de trabajo, 1 día libre de trabajo a la semana.

**Riesgo alto.** Es cuando se trabaja 70 o más horas a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, trabajo 3 turnos nocturnos por semana, tiene extensión nocturna del turno y no tienen día libre.<sup>6</sup>

La Asociación Médica Australiana establece que aquellos médicos que trabajen cargas horarias superiores a las 70 horas semanales tienen alto riesgo para la salud y por ende tienen mayor probabilidad de riesgos de accidentes, injurias y enfermedades, tal como se ha descrito en párrafos anteriores.

## REFERENCIAS

1. Díaz GR, Hidalgo RI. El síndrome de Burnout en los médicos del sistema sanitario o público de un área de salud. *Rev Clin Esp* 1994;194:670-667.
2. Guntupalli K, Fromm Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996;22:625-630.
3. Brown C. Understanding stress and Burnout in shelter workers. *Professional Psychol. Research Practice* 1998;29:383-385.
4. García B, Renovell F. Síndrome de Agotamiento profesional en los médicos residentes de las especialidades médicas hospitalarias. *Ann Med Interna* 2000;17:118-122.
5. Tait D. Resident Burnout and self reported patient care. *Ann Med Interna* 2002;136:358-367.
6. Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete, Pérez. Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. *Psicología y Salud* 2006;16:15-21.
7. Aranda, Pando, Salazar. Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos de primer nivel de atención. *Investigación en Salud* 2004;6:28-34.
8. Méndez. peers.comm., 20 abril Madrid, 2005.
9. Garcés FREJ, 2006. Síndrome de Burnout. 2007, <<http://www.hfainstein.com.ar>>
10. 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. 2001.