

Análisis del impacto de la situación laboral en médicos de la Ciudad de La Plata y su relación con el Síndrome de Burnout

Introducción

El síndrome de Burnout es un cuadro clínico observado en el desarrollo profesional en el que el contexto laboral se caracteriza por estructura horaria fija y con carga excesiva, salario bajo y un entorno social exigente, habitualmente tenso y comprometido en los que, después de periodos de tiempo, se produce una progresiva pérdida de energía con desmotivación y falta de interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento junto con síntomas de ansiedad y de depresión frecuentemente asociados¹.

Es definido como un estado de fatiga o frustración producida por la dedicación a un objetivo, forma de vida o relación laboral que no produce el resultado esperado² y a la vez genera que los trabajadores tengan actitudes disruptivas hacia los demás con consecuente distanciamiento y afectación de la relación médico paciente¹. Es más frecuente que se vea en profesiones centradas en el bienestar de los otros o que involucran actividades laborales en las que la vocación se concibe como el centro³.

El agotamiento laboral que se genera en estas condiciones es un proceso dinámico que se caracteriza por la presencia de un estrés crónico en el que es necesario el paso por una serie de fases; la etapa inicial contempla alta expectativa e idealización de la profesión llegando a una fase de estancamiento, frustración y dudas sobre la utilidad del desempeño laboral con predominio de los aspectos negativos, hasta que por último se alcanza un estado de indiferencia hacia el ejercicio laboral⁴.

La protección de la salud mental de los trabajadores de la salud es un componente indispensable y permanente en la gestión de los sistemas y servicios sanitarios que se ha puesto en evidencia de forma contundente con la pandemia de la enfermedad por SarsCov² (COVID-19). Desde antes de la declaración de la pandemia por Coronavirus los trabajadores de la salud ya presentaban alteraciones en su salud mental relacionadas con los efectos negativos de las tareas desempeñadas. Múltiples estudios coinciden en un incremento en los indicadores de las tasas de prevalencia tanto de ansiedad, depresión y suicidio que duplican y en ocasiones triplican a las de la población general a nivel mundial. Además cabe de esperar que como resultado del ejercicio profesional en el contexto actual los síndromes de desgaste profesional y de fatiga en la población de profesionales de la salud se incrementen exponencialmente.

La primera descripción del síndrome fue realizada en 1974 por el psiquiatra Americano Freudenberge y posteriormente en 1982 la psicóloga Maslach continuó con la línea de estudio realizando un cuestionario compuesto por 22 ítems con el fin de objetivar y valorar las 3 esferas características del síndrome: el agotamiento emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga del sujeto; la despersonalización, asociada a trastornos conductuales de aislamiento manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo o el ejercicio profesional; y el rendimiento laboral, marcado por una pérdida de efectividad y eficacia en el desempeño de su practica^{4,5}. Esta escala ha sido utilizada a lo largo del mundo y validada para su utilización en diferentes idiomas. De ella se han hecho algunas modificaciones sin alterar su estructura principal ni el manejo de sus 3 dominios.

En los últimos años el síndrome Burnout fue incluido dentro del manual de codificación CIE11 como entidad nosológica independiente por lo que paso a ser considerado una enfermedad en sí misma, manual actualizado que entrara en vigencia en enero de 2022.

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo primario determinar el impacto directo que tiene la situación de empleo en la prevalencia de Burnout dentro de la población médica de la ciudad de la plata.

Propone como objetivos secundarios a su vez determinar en estos grupos la situación frente al síndrome de Burnout y la prevalencia de trastornos asociados tanto en la esfera anímica como en los trastornos del sueño.

Por ultimo determinar el impacto objetivo por sobre cada esfera analizada (emocional despersonalización y rendimiento) en los médicos platenses.

Materiales y métodos

Durante la semana del 20 al 27 de mayo de 2021 se llevó adelante una encuesta electrónica voluntaria utilizando Limesurvey.com como base digital online con el fin de recabar información acerca de la situación laboral de los encuestados. El universo de acción fue definido como los médicos agremiados que se desempeñan en la ciudad de La Plata y se tomó como variable de análisis el ejercicio profesional tanto en la esfera asistencial como educativa en sectores de índole públicos y privados.

Asimismo, dentro de la encuesta se llevó adelante el test de BSI (Burnout screening inventory) siendo esta una validación de la escala de Burnout

diseñada por Maslach (Maslach burnout inventory). La escala consiste en 10 preguntas distribuidas en 3 dominios denominados: emocional (4 ítems), despersonalización (3 ítems) y rendimiento laboral (3 ítems). Los sujetos valoraron cada ítem con una escala de tipo Likert. La Escala de Likert es una escala de calificación que se utiliza para evaluar en un sujeto su nivel de acuerdo o desacuerdo con una premisa. Es ideal para medir reacciones, actitudes y comportamientos de una persona y a diferencia de una simple pregunta de “sí” / “no” la escala de Likert permite a los encuestados calificar sus respuestas. Los sujetos evaluados indicaron la frecuencia con la que experimentaban la situación descrita en cada ítem y luego las respuestas obtenidas fueron transformadas a valores numéricos en una escala de frecuencia unidireccional en 7 grados donde 0 equivalió a “nunca” y 6 a “todos los días”. La puntuación final resultado de la suma del total de los valores estableciendo como resultados de 0-29 como poco probable, 30-39 leve, 40-49 moderado y mayor a 50 grave. Fueron recabadas también variables acerca de comorbilidades agrupadas en trastornos del ánimo (depresión, ansiedad, apatía), trastornos del sueño (insomnio, somnolencia) o ambas condiciones.

Se propuso agrupar la muestra en una cohorte inicial de acuerdo a la situación de empleo, de esta manera resultaron en pluriempleo (PE) aquellos que se desempeñan en tres o más de tres trabajos y empleo simple (ES) aquellos que se desempeñan en uno o dos lugares. En estas cohortes se decidió en primer término determinar la situación frente al Burnout y a su vez discriminar de acuerdo a grado de cuantificación del síndrome de acuerdo a la escala BSI. Con los grupos de análisis divididos de acuerdo a situación de empleo y a su vez agrupados en gravedad en relación a Burnout se dispuso a compararlos de acuerdo al impacto percibido sobre trastornos del ánimo, de sueño o ambas situaciones.

Por otro lado, se compararon las repuestas realizadas por los sujetos en

la escala BSI agrupándolas en las tres esferas tanto en universo general de la muestra, en los sujetos calificados como Burnout total y los que calificaban para Burnout moderado grave.

Resultados

De la intervención llevada adelante se obtuvo información de setecientos diecinueve médicos (N=719) que respondieron de manera completa la encuesta suministrada correspondiendo estas a un 15.1% del total del universo agremiado (N=4759). En la muestra global se determinó la prevalencia de síndrome de Burnout siendo esta del 26.4% (N=189).

Con respecto a la situación laboral de los encuestados un 88.5% reporto desempeñarse en al menos dos lugares. No obstante e independientemente a que la consideración de empleo simple debe ser definida en relación a un único sitio de desempeño laboral en este trabajo se contempló para su definición la actividad llevada adelante en uno o dos lugares y pluriempleo fue considerada como el desempeño en 3 o más de tres espacios. De este análisis surgió que el 65% (N=464) de los encuestados se encuentra en situación de PE frente al 35% (N=250) que se desempeñan laboralmente en uno o dos lugares. Asimismo al evaluar la prevalencia de Burnout en relación a la situación laboral se obtuvo como resultado que el 19.5% de los sujetos encuestados calificaban para Burnout dentro de la cohorte de PE en relación a universo total de estudio ($BO^{general} = PE \times 100 / 719$) siendo esta del 6.8% dentro del subgrupo de ES ($BO^{general} = ES \times 100 / 719$).

Con el muestreo de situación laboral bien definido se pasó a una segunda instancia que consistió en determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en cada grupo definido por su condición laboral, siendo esta del 30.2% en PE ($BO^{PE} = N_{Bo}^{PE} \times 100 / PE = 464$) vs 19.4% en ES

($BO^{ES} N49 - ES=140 - BO^{ES}=NB_{o}^{es} \times 100 / ES$). A su vez se hizo hincapié en las sub-cohortes de acuerdo al estado frente al Burnout calificados como moderado/grave, esto es decir con resultados +40 en BSI en ambos grupos determinando que la prevalencia de Burnout moderado/grave en el PE fue del 49.3% ($BOMOd-Grav^{PE} N=69 - PEBo=140 - BOMG^{PE}=NB_{o}Mg^{pe} \times 100 / PEBo$) vs 38.7% en situaciones de ES ($BOMOd-Grav^{ES} N=19 - PEBo=49 - BOMG^{ES}=NB_{o}Mg^{ES} \times 100 / ESBo$).

Del análisis de prevalencia de trastornos del ánimo y de la conducta del sueño se obtuvo que el universo general de la muestra reportaba, contemplando ambas condiciones juntas más de un 60% de prevalencia. Mas de un dieciséis por ciento acusaba únicamente trastornos anímicos (16.7%) y 31.6% trastornos en la conducta del sueño de manera aislada.

Continuando en la línea de análisis del Burnout moderado/grave se decidió cruzar estos datos de ambas subcohortes tanto en situación de ES como PE para definir prevalencia de trastornos asociados, tanto en esfera conductual como en la anímica.

Burnout moderado

En la cohorte Burnout moderado (40-49) por un lado y en lo que respecta a trastornos del ánimo la prevalencia fue del 41.7% en ES (Trast ánimo BOMOd-Grav^{ES} N=12 - ESAnsBoModGrav =6 - ESAnsBOMG=NAAnsBoMgESx100/ESBo) vs 12% en PE (Trast ánimo BOMOd-Grav^{PE} N=50 - PEAnsBoModGrav=6 - PEAnsBOMG=NAAnsBoMgPEx100/PEBo). En lo relativo a trastornos del sueño los datos arrojan que en PE la prevalencia fue del 34% (BOMOd-Grav^{PE} N=50 - PESueBoModGrav=17 - PESueBOMG=NSueBoMgPEx100/PEBo) vs 25% en ES (Trast Sue BOMOd-Grav^{ES} N=3 - ESBoModGrav=12 - ESSueBOMod=NSueBoModESx100/ESBo); existiendo una paridad del 34% en el reporte de ambas condiciones simultáneas en Burnout moderado.

Burnout grave

Analizando la cohorte de Burnout Grave (50 o +) surgen los siguientes datos en relación a trastornos de ánimo siendo del 14.3% en ES (Trast ánimo BOGrav^{ES} N=1 - ESBoGrav =7

- $ESAnsBOGrav = \frac{NAnsBogravES \times 100}{ESBo}$ vs 21.1% en PE (Trast animo $BOGrav^{PE}$ N=4)
- $PEBoGrav = 19 - \frac{PEAnsBOGrav = NAnsBogravPE \times 100}{PEBo}$. En lo que respecta a Trastornos del sueño los resultados arrojan un 28.6% en ES vs 15.8% en PE. Y por último y en relación a ambas situaciones comorbidas simultáneas el PE condiciona 63.2% de prevalencia vs 57.1 en ES. ^{Grafico 1}

Análisis de resultados de la encuesta BSI

Analizando las respuestas realizadas por el universo general una por una surge claramente la percepción dominante en lo que corresponde a la despersonalización del sujeto. Si luego desmenuzamos el grupo de médicos que a su vez se encuentra contemplados bajo el diagnostico de Burnout de acuerdo al resultado general de la escala se logra percibir que el impacto más notorio se encuentra en la percepción en relación a la despersonalización y la afectación de la esfera emocional, no siendo tan así en las preguntas que agrupan y se relacionan con el análisis del rendimiento laboral.

Filtrando las mismas preguntas en los sujetos que catalogan como BO moderado grave sucede lo mismo, la distribución radial evidencia un impacto considerablemente más notorio en esferas emocionales y en la despersonalización en relación a rendimiento laboral. ^{Gráfico 2}

Discusión

El síndrome de Burnout interfiere en gran magnitud con la vida profesional alterando consecuentemente el comportamiento que se tiene hacia los pacientes y las personas

del entorno laboral; incluso, y con frecuencia, alterando a su vez las condiciones de la vida personal en el entorno social y familiar del médico.

Durante las últimas dos décadas se ha focalizado el estudio de los factores de riesgo de la patología, epidemiología, población susceptible y se ha encontrado que el personal de salud es el más afectado por este síndrome debido a su relación directa con el bienestar de las personas. Las consecuencias de este problema son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional por lo que se hace indispensable su análisis para poder tomar intervención.

La escala más usada para el diagnóstico del síndrome de Burnout es la desarrollada por Maslach y Jackson, un cuestionario de medida denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22 preguntas con un tiempo de realización de entre 10- 20 min con dominios principales focalizados en la emoción, la despersonalización y el rendimiento laboral. Lo que se ha podido observar mediante el uso de esta escala es el tiempo que insume realizarla y el agotamiento que genera en las personas el llenarla por lo que se han venido desarrollando diferentes escalas con menos preguntas para dar un rápido feedback. Estas escalas permiten un análisis más rápido sin alterar la estructura principal y la validez de la escala original, manteniendo los 3 dominios originales de la escala, el dominio emocional, la despersonalización y el rendimiento laboral.

Del estudio realizado podemos en primer término concluir que la gran mayoría de los sujetos encuestados se encuentran en situación de pluriempleo teniendo esto que ver no solo con el ejercicio laboral de su profesión sino también en la formación de futuros médicos. Casi un 90% de los médicos encuestados se desempeña en más de un lugar y en

consonancia con la propuesta metodológica de este trabajo al menos el 65% de ellos se desempeña en tres o más de tres sitios. Considerando a su vez que estos mismos profesionales están vinculados a la formación de nuevos médicos esto es aún más alarmante.

En lo que respecta a la prevalencia de Burnout y en relación a las respuestas al inventario de BSI resultó que el 26.4% del total de los encuestados padecen la enfermedad, siendo este número significativamente superior a la media reportada a nivel mundial.

Posicionados en el diagnóstico de Burnout y analizando su relación a la condición de empleo resulta innegable que la prevalencia del mismo es muy significativa en la población que se desempeña en empleos múltiples teniendo esto una relación directa con la sobrecarga del profesional y su consecuente extensión más allá del ámbito laboral impactando esto sobre su entorno social y familiar.

Casi 75% de los médicos encuestados reporta padecer trastornos del sueño o del ánimo estando estos trastornos, como es sabido, en estrecha relación con el Síndrome de Burnout lo que de alguna manera plantea la consecuencia generada por la sobrecarga laboral más allá del ámbito de desempeño con afectación en ámbitos sociales y familiares.

Es llamativo y plantea el estudio de nuevas hipótesis el reporte de alteración de esferas anímicas y del sueño. Si contemplamos que el epicentro de la patología está en el ámbito laboral y de hecho esto define el síndrome de Burnout y la onda expansiva involucra modificaciones negativas en entornos más allá del trabajo como pueden ser ámbitos sociales y familiares es llamativo el reporte de alteraciones en esferas conductuales tanto del sueño como del ánimo en muy diferentes condiciones tanto laborales como frente al Burnout.

De alguna manera esto deja divisar la existencia de múltiples factores que convergen en el deterioro de la salud mental del médico.

En lo que respecta a las preguntas que contempla el BSI agrupadas en las tres esferas, resulta claro que la afectación en los profesionales con Burnout se da en relación y domina en lo relativo a la despersonalización. Esto es muy importante si se entiende que las preguntas van dirigidas sobre todo a la irritabilidad y la capacidad de desarrollar empatía con el entorno, condición sine qua non para establecer una relación médico paciente óptima.

De alguna manera creemos fundamental intervenir por sobre el síndrome de Burnout de múltiples maneras. Creemos trascendente el poder intervenir y modificar el ámbito laboral generando que el mismo no se transforme en un ámbito hostil sino todo lo contrario, que sea protector del trabajador y contemple a su vez la metodología para la detección de situaciones que desencadenan el posterior desarrollo de Burnout. En segundo lugar consideramos que la relación laboral frente al salario es fundacional en este aspecto. El bajo salario condiciona la necesidad de que el trabajador se desempeñe en más de un sitio para poder acceder a un ingreso digno, cosa que incrementa el riesgo en la exigencia física y mental con consecuencias claras en el profesional de la salud y por decantación en el sistema de atención. En tercer término consideramos elemental que se tomen medidas de intervención para asistir a los profesionales que padecen de dicha patología, dando asistencia psicológica y proponiendo iniciativas que direccionen la acción hacia las intervenciones en patrones de vida saludable.

Estamos frente a una situación inédita en la historia de la humanidad que a una situación preexistente como es el Burnout la afecta de manera directa, que deja visibilizar que el futuro de la salud de los

profesionales médicos será dramático de no intervenir de manera oportuna con respuestas que estén a la altura de la protección de los profesionales sanitario.