



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Distrés moral y *burnout* en el personal de salud durante la crisis por COVID-19

Moral distress and burnout among health professionals during COVID-19

Alejandro Koppmann[✉], Vanesa Cantillano^a, Carolina Alessandri^a.

^a Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 30 08 2020.

Aceptado: 10 12 2020.

Palabras clave:

Distrés Moral; *Burnout*; Emergencia Sanitaria.

Key words:

Moral Distress; *Burnout*; Public Health Emergency.

RESUMEN

El presente artículo revisa los principales aspectos relativos al concepto de distrés moral y burnout en el personal sanitario, los factores de riesgo general y específicos propios de la actual emergencia sanitaria, los instrumentos de evaluación disponibles, así como las principales estrategias y recomendaciones de prevención y manejo del cuadro.

SUMMARY

This article reviews the main aspects related to the concept of moral distress and burnout among health professionals, general and specific risk factors for the current public health emergency, considering the available assessment instruments, as well as the main strategies and recommendations for its prevention and management.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: akoppmann@alemana.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.009>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

Los seres vivos estamos diseñados biológicamente para enfrentarnos a un mundo cambiante. Nuestro organismo experimenta a diario ajustes necesarios para resolver determinadas contingencias. En algunos casos esos cambios pueden ser transitorios y en otros pueden dar origen a modificaciones más permanentes. Este proceso de adaptación genera una dinámica de tensión conocida como “estrés” y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”¹.

De lo anterior se deduce que el tipo de respuesta estará determinada por las características del estímulo estresante, las características del receptor, sus estrategias y recursos de enfrentamiento.

La potencia estresante de un evento está determinada por las características del estímulo, tales como la intensidad, la novedad, la repetición y la magnitud de este; y otras del receptor por ejemplo su edad, género, etapa del ciclo vital, nivel educacional, recursos psicológicos, redes de apoyo y antecedentes de patología anímica o ansiosa¹.

A lo anterior pueden sumarse también factores propios del contexto en el que ocurre la experiencia estresante, lo cual es particularmente relevante en el caso de los profesionales sanitarios.

Se conoce como respuesta adaptativa aquella que logra reestablecer un nuevo equilibrio en el sistema conservando adecuadamente su integridad y desadaptativa cuando esto no se logra, ya sea porque el equilibrio se ha conseguido en un nivel de funcionamiento más precario que el original o porque la persona ha experimentado algún tipo de daño físico o emocional.

Si el estímulo es percibido como traumático por el sujeto esto puede dar paso a la aparición de síntomas anímicos, cognitivos, evitativos y ansiosos capaces de producir un menoscabo funcional significativo por lapsos de tiempo variables según se trate de estrés agudo o post traumático².

ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

Se ha destacado el ámbito de la salud como un contexto especialmente proclive a la presencia de síntomas de agotamiento físico y emocional dada la naturaleza de la actividad y el frecuente desequilibrio entre las exigencias externas, la presión social, las expectativas de los pacientes, la autoexigencia y la capacidad real de la medicina y de los recursos disponibles para cumplir eficientemente con estos objetivos.

Según la OMS¹ el estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo frente a exigencias y presiones laborales que no

se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.

Lo anterior se agrava cuando el trabajador siente que no recibe suficiente apoyo de sus supervisores y colegas, cuando tiene un control limitado sobre su trabajo, la asignación de recursos o la forma en que puede hacer frente a exigencias y presiones laborales debiendo adoptar decisiones basadas en criterios que escapan a su control¹.

En el campo de la medicina, una variante de esto es el llamado *distrés* o estrés negativo, en el cual la persona es incapaz de adaptarse completamente a factores que percibe como amenazantes o a una demanda excesiva. Se trata de un malestar emocional de naturaleza física, psicológica, social y espiritual que puede interferir con la habilidad para enfrentar un conflicto moral. El *distrés* moral es un factor de riesgo para desarrollar un síndrome de *burnout*³ y ocurre cuando una persona se siente incapaz de adoptar lo que cree que es un curso de acción apropiado o correcto que evite causar daño o actuar mal, debido a la presencia de obstáculos como los señalados.

En Chile la ley N° 16.744⁴ define como enfermedad profesional “aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona y que le produzca incapacidad o muerte” y accidente del trabajo a “toda lesión que sufra un trabajador a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte”.

En relación con la emergencia por COVID-19 la Superintendencia de Seguridad Social ha informado mediante su Dictamen 1124-2020 de fecha 16 de marzo de 2020 que la infección por COVID-19 “podrá ser considerada una enfermedad laboral con la consecuente cobertura de las prestaciones del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales establecidos en la Ley N°16.744, siempre y cuando se demuestre una relación directa del contagio en función de su profesión u oficio”⁵, lo que es particularmente relevante en el caso de los profesionales sanitarios quienes, por la naturaleza de su oficio, están obligados a mantener dichos contactos de riesgo.

La naturaleza de la actividad sanitaria requiere cada vez más del cumplimiento de una serie de exigencias técnicas y personales propias del profesionalismo tales como: conocimientos, adecuado dominio de la técnica y la tecnología en uso, respeto por la persona, corrección en el trato, protección de la vulnerabilidad del otro, respeto a la confidencialidad, seguridad en los procedimientos y protocolos, información adecuada, consentimiento informado y respeto a la confidencialidad.

Pese a lo anterior, en la actualidad existe una evidente brecha entre las expectativas de los pacientes y las posibilidades reales de la medicina lo que sumado a los cambios en la rela-

ción médico paciente desde un modelo paternalista a uno que privilegia la autonomía y la información contribuyen a una tensión basal creciente en la actividad sanitaria⁶ que en épocas de guerras, desastres o emergencias sanitarias como la actual se hace aún más evidente dadas las limitaciones, a veces extremas, de recursos físicos y humanos que afectan la atención a los pacientes y la seguridad de los trabajadores de la salud.

Según la OMS podemos hablar de una emergencia sanitaria internacional cuando una enfermedad produce un impacto serio en la salud pública, afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarla.

Características del distrés moral³

- La persona cree que se está realizando un trabajo inadecuado o incorrecto y tiene escaso o nulo poder para cambiar la situación.
- El profesional cree tener los conocimientos o herramientas necesarias para enfrentar una determinada situación y no es escuchado o sus instrucciones no son atendidas.
- Los estándares profesionales de atención o entrega del servicio son imposibles de cumplir por falta de recursos.
- Existen numerosas y repetidas experiencias de malestar que van acumulando un residuo moral que amplifica la respuesta negativa ante el próximo evento de distrés.

Es importante reconocer el distrés moral, pues tiene un impacto negativo sobre los propios profesionales, los pacientes, el equipo y, por último, sobre toda la organización siendo además una ruta hacia el desgaste profesional y el *burnout*⁷, caracterizado por fatiga de compasión, depresión, distanciamiento emocional, aumento de los errores en la atención de los pacientes y disminución de la satisfacción con el trabajo.

El rango de distrés moral puede ir desde un extremo más bien normal o tolerable y percibido como una preocupación o temor manejables hasta el distrés patológico donde aparece sintomatología física: fatiga, cefalea y alteraciones del sueño, psicológica: rabia, ansiedad o depresión y conductual como son conductas adictivas, controladoras, rígidas o cínicas con un manifiesto deterioro en las relaciones interpersonales.

En Chile, con ocasión de la actual emergencia, la estructura sanitaria del país ha sufrido numerosos cambios, entre los cuales cabe destacar la fusión de los sistemas público y privado bajo un sistema de administración central de recursos, la implementación de un mayor número de camas críticas, la incorporación acelerada de nuevas máquinas de ventilación asistida, el cambio en la geografía hospitalaria destinando amplios sectores para la atención de pacientes COVID, la reasignación de funciones tanto de la planta profesional como de los equipos de apoyo hospitalario, la capacitación acelerada y a distancia

y la creciente exposición del trabajo médico a la comunidad mediante la acción de los medios de comunicación⁸.

Una manera de evaluar la presencia de distrés moral es usar el siguiente cuestionario sobre la experiencia de estos últimos meses³:

- ¿En los últimos meses se ha sentido incapaz de hacer lo correcto?
- ¿Ha sentido que sus valores están comprometidos o debilitados?
- ¿Se ha sentido incapaz de cumplir con sus obligaciones profesionales o ser el tipo de profesional que usted sabe que podría ser?
- ¿Se ha enfrentado a situaciones extremadamente complejas, éticamente desafiantes y frente a las cuales se siente inseguro en cómo resolverlas?

Una respuesta positiva ya sugiere la presencia de algún grado de distrés moral.

Sugerencias para atenuar el impacto del distrés moral³

- Desarrollar un plan de auto cuidado.
- Buscar la ayuda de un consultor en ética o del comité de ética de su hospital.
- Participar en reuniones de equipo y compartir experiencias de trabajo y sentimientos de distrés (culpa, impotencia o rabia).
- Contar con apoyo y recursos para todo el personal destinados a minimizar el residuo moral y fomentar el bienestar en momentos en que se puede anticipar un aumento en el distrés moral u otros desafíos para la salud mental.
- Crear oportunidades de revisión y aprendizaje de lo vivido.

Entre las herramientas para enfrentar adecuadamente el estrés se encuentra la resiliencia, una conducta aprendida y cuyos principales componentes han sido resumidos del siguiente modo por la Asociación Psicológica Americana⁹:

- Capacidad para desarrollar planes realistas.
- Autoimagen positiva.
- Buena capacidad de resolución de problemas.
- Fuertes habilidades comunicativas.
- Mantenimiento de relaciones de apoyo dentro y fuera de la familia.
- Capacidad para manejar emociones fuertes.
- Adecuado control de impulsos.

Síndrome de *burnout*

Según la OMS este fenómeno es propio del ámbito laboral y se caracteriza por la siguiente tríada⁹:

- Agotamiento emocional (frustración, cansancio del trabajo).
- Desvinculación afectiva y cinismo (falta de empatía con los pacientes).
- Reducción del sentido de eficiencia personal (el trabajo pierde sentido).

Al medir la prevalencia de *burnout* en épocas anteriores a la actual crisis sanitaria en profesionales de la salud de Estados Unidos, Australia, Sudáfrica e Israel^{9,10} los hallazgos sugieren la presencia de al menos una dimensión del síndrome en rangos que van 16% al 56% de los encuestados según el instrumento utilizado.

Las fuentes del estrés son amplias y se relacionan con el desbalance entre las expectativas de los pacientes y las instituciones, y la capacidad de los profesionales para conseguir dichos resultados. Además, se ha mencionado como contribuyentes al estrés profesional el aumento de las tareas administrativas (protocolos, registros electrónicos, entre otros), del número de pacientes, la disponibilidad y exposición del médico a los medios electrónicos y la disminución de los recursos necesarios para el desempeño de las tareas asignadas junto con los ingresos⁹.

A juicio de los autores de la presente revisión en el caso de la emergencia sanitaria por COVID-19 los estresores podrían resumirse en tres fuentes principales:

a) Autoridad sanitaria

- Cambios en la dirección y administración de hospitales y clínicas por un sistema centralizado de administración de recursos.
- Priorización del enfrentamiento de una patología y postergación del trabajo habitual.
- Aumento de la capacidad instalada tanto en camas críticas como en camas regulares.
- Cambios de la planta física de los hospitales y centros de salud.

b) Profesionales de la salud

- Asignación de tareas administrativas y técnicas distintas de las habituales.
- Falta de adecuada capacitación.
- Dilemas éticos y morales asociados a la restricción o falta de recursos.
- Exposición a necesidades de apoyo emocional por parte de familiares que exceden competencias habituales.
- Uso de elementos de protección personal.
- Aumento de los horarios y carga de trabajo.
- Incertidumbre respecto de la propia salud.
- Aumento de las expectativas de la población respecto de la capacidad sanitaria.
- Discriminación social por temor al contagio.
- Presión de los medios de comunicación.

c) Pacientes

- Incertidumbre respecto del contagio, las medidas de protección y los síntomas de enfermedad.
- Aislamiento durante la estadía hospitalaria, en el hogar o en lugares especiales habilitados para mantener la cuarentena.

- Inseguridad laboral y financiera.
- Pérdida del contacto con familiares y redes de apoyo.

Entre las consecuencias individuales e institucionales del *burnout* se pueden mencionar⁷ una baja satisfacción laboral expresada en mayor rotación en los puestos de trabajo y una menor productividad, un deterioro en la salud mental del personal sanitario expresado en el riesgo de desarrollar trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, una disminución de la calidad de la atención clínica de los pacientes, con los consecuentes riesgos de aumento de errores en la atención médica y una disminución en el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida por los sistemas de salud.

Si se compara a los profesionales de la salud con el resto de los trabajadores¹¹ se ha visto que los hombres presentan 1,41 y las mujeres 2,27 veces mayor riesgo de desarrollar *burnout*, síntomas depresivos y riesgo suicida. Esto es particularmente evidente en el caso de los médicos quienes presentan mayores dificultades para pedir ayuda y para recibir tratamiento adecuado comparado con otros profesionales de la salud.

Lo anterior coincide con lo descrito en hospitales chinos durante la actual emergencia siendo enfermeras y mujeres destinadas a la atención directa de pacientes las más afectadas¹².

Estrategias de manejo del *burnout* en médicos¹³

- Implementar cambios organizacionales que ayuden a los profesionales a recuperar la autonomía y el control sobre su trabajo
- Aumentar las instancias de contacto entre colegas de especialidad y con toda la comunidad médica del hospital
- Desarrollar estrategias de alerta frente a características personales que pueden facilitar el *burnout* (perfeccionismo, rigidez o baja autoestima)
- Recuperar el sentido y el placer del trabajo y el cuidado de otros.

Algunas soluciones planteadas son la creación de "*Well being committees*"¹¹, así como cambios en la formación médica de pregrado con mayor énfasis en torno al auto cuidado¹⁴.

Dentro de las actividades propias de estos comités se incluyen:

- Educación a los médicos y otros miembros del staff de la organización en el reconocimiento de las enfermedades que afectan el funcionamiento de los médicos.

- Crear estructuras que permitan al médico auto derivarse a una evaluación o que puedan ser confidencialmente derivados por otros miembros de la organización.

- Proporcionar tratamiento adecuado a médicos que lo requieran, monitorizando al médico y la seguridad de sus pacientes hasta que su proceso de tratamiento se complete

contando con seguimiento a largo plazo si se requiere.

- Iniciar acciones apropiadas cuando un médico no completa el programa de tratamiento indicado

Se ha demostrado¹⁵ que tanto las estrategias individuales, organizacionales y los estilos de liderazgo¹⁶ pueden influir en la reducción del *burnout* en los médicos, sin embargo, se necesita más investigación para establecer qué intervenciones son más efectivas en poblaciones específicas, así como también cómo se pueden combinar las soluciones individuales y organizacionales para obtener mejores resultados.

Durante la actual emergencia sanitaria el Ministerio de Salud ha enviado con regularidad material informativo sobre estrés agudo, intervenciones en crisis o estrategias de auto cuidado quedando en manos de los propios equipos implementar estas acciones¹⁷.

A nivel privado algunas instituciones, como Clínica Alemana de Santiago¹⁸, cuentan con programas establecidos con foco en la prevención de *burnout* los cuales se han adecuados a la contingencia: estos programas tienen por objetivo promover hábitos y prácticas saludables (actividad física, mindfulness, yoga) y están dirigidas a todos los colaboradores. También existen programas específicos cerrados, para unidades críticas seleccionadas.

En general los profesionales valoran la incorporación de herramientas prácticas que requieran de poco tiempo de entrenamiento, las llamadas micro prácticas, por ejemplo, ejercicios de respiración focalizada durante la pausa para el lavado de manos o ejercicios para encontrar el nombre de la emoción perturbadora y que se asocian con reducción del estrés medido a través de biomarcadores como el cortisol en la saliva o los niveles de presión arterial¹⁹.

Para el diseño de intervenciones más específicas se recomienda el uso previo del "Maslach Burnout Inventory (MBI)"²⁰, cuestionario que consta de 22 ítems expresados en forma de afirmaciones, los cuales indagan sobre la presencia de los tres

aspectos relacionados con el síndrome de *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización en el trato y falta de realización personal⁷.

En el caso de los profesionales médicos, se considera que es responsabilidad del jefe de servicio asegurar que los profesionales que están a su cargo tienen las competencias técnicas y personales para cumplir su función. Para esto se recomienda contar con evaluaciones de desempeño e indicadores adaptados a cada función.

Durante esta emergencia algunos hospitales y clínicas han desarrollado programas específicos de apoyo de salud mental para los profesionales de salud que desarrollan atención directa a pacientes COVID-19, así como a sus hijos cuya utilidad está bien demostrada²¹.

REFLEXIÓN FINAL

La práctica de la medicina en tiempos normales se caracteriza por una cierta tensión emocional y física que le es propia y que deriva del cruce entre las expectativas de la población, las capacidades reales del arte y la situación social y sanitaria de cada época y lugar. Bajo determinadas circunstancias esta tensión normal puede dar paso a una perturbación emocional más intensa llamada distrés moral y ser la base de un síndrome de desgaste conocido como *burnout*.

Dado que la actual emergencia sanitaria no ha cesado es probable que aún no podamos evaluar adecuadamente su impacto específico en el desarrollo de *burnout* en el sistema de salud, sin embargo la evidencia disponible hasta hoy recomienda desarrollar estrategias de prevención, contención y manejo de la sintomatología asociada a dicho desgaste, seguimiento de sus eventuales consecuencias y un cambio en las políticas de los gobiernos relativas a la Salud Pública y al apoyo del personal de salud dado que, como ha planteado John Launer, "la manera en que los doctores piensan, sienten y actúan depende en gran parte del mundo que los rodea"²².

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés. Para el presente artículo, los autores no han recibido ayudas específicas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La organización del trabajo y el estrés. https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1: Organización Mundial de la Salud; 2004.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington, DC.2013.
3. Canadian Medical Association. COVID-19 and Moral Distress (The content of this document was adapted from the Champlain Centre for Health Care Ethics). Quebec, Canada: Canadian Medical Association; 2020.
4. Ley 16.744 Establece normas sobre accidentes del trabajo y

- enfermedades profesionales (última versión), (2017).
5. Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). Dictamen 1124-2020 <https://www.suseso.cl/612/w3-article-586439.html>; 2020.
 6. Siegler M. *The progression of medicine. From physician paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony.* Arch Intern Med. 1985;145(4):713-5.
 7. Summers RF. *The Elephant in the Room: What Burnout Is and What It Is Not.* Am J Psychiatry. 2020: appiajp202019090902.
 8. Ministerio de Salud (MINSAL). "Cuidados Psicológicos del Personal Sanitario, en Tiempos de COVID-19". Video de Ps Verónica Vargas Abril, 2020. Disponible en <https://youtu.be/AVPR6EUqoAE>
 9. Dyrbye LNS, T.D. ; Sinsky, C.A.; Cipriano, P.F. ;Bhaty, J. ; Ommaya, A. ; West, C.P. & Meyers, D. *Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care.* Washington, DC.: National Academy of Medicine; 2017.
 10. Reardon M, Abrahams R, Thyer L, Simpson P. Review article: Prevalence of burnout in paramedics: A systematic review of prevalence studies. *Emerg Med Australas.* 2020;32(2):182-9.
 11. Beresin EV, Milligan TA, Balon R, Coverdale JH, Louie AK, Roberts LW. *Physician Wellbeing: A Critical Deficiency in Resilience Education and Training.* Acad Psychiatry. 2016;40(1):9-12.
 12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.* JAMA Netw Open. 2020;3(3):203976.
 13. Shanafelt TD, Noseworthy JH. *Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout.* Mayo Clin Proc. 2017;92(1):129-46.
 14. Hopkins L, Morgan H, Buery-Joyner SD, Craig LB, Everett EN, Forstein DA, et al. *To the Point: a prescription for well-being in medical education.* Am J Obstet Gynecol. 2019;221(6):542-8.
 15. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. *Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis.* Lancet. 2016;388(10057):2272-81.
 16. Kelly RJ, Hearld LR. *Burnout and Leadership Style in Behavioral Health Care: a Literature Review.* J Behav Health Serv Res. 2020:1-20.
 17. Ministerio de Salud (MINSAL). *Consideraciones de salud mental y apoyo psicosocial durante COVID-19.* 2020.
 18. Clínica Alemana de Santiago. *Contención COVID-19. Pautas de autocuidado.*; 2020.
 19. Fessell D, Cherniss C. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness.* J Am Coll Radiol. 2020;17(6):746-8.
 20. Gil-Monte PR. *Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals.* Rev Saude Publica. 2005;39(1):1-8.
 21. McFarland DC, Hlubocky F, Riba M. *Update on Addressing Mental Health and Burnout in Physicians: What Is the Role for Psychiatry?* Curr Psychiatry Rep. 2019;21(11):108.
 22. Launer J. *Burnout in the age of COVID-19.* Postgrad Med J. 2020;96(1136):367-8.