

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Departamento de Postgrado

Síndrome de burnout

Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de
capacitación en la especialidad de Clínica Médica

Carrera de Especialista Universitaria en Clínica Médica

Director: Magíster Médico Carlos Ramón Navarro

Autor: Meana, María de los Ángeles

Lugar de realización: Carrera de Especialista Universitaria en

Clínica Médica

Sede Policlínico Neuquén

SINDROME DE BURNOUT

Resumen:

Este trabajo tiene como objetivo valorar la prevalencia del síndrome de burnout en una población de residentes de clínica médica, la influencia de factores demográficos, y relacionarlo con el autorreporte de errores en el cuidado de pacientes.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y no experimental. Se aplicó un cuestionario estructurado que incluía datos demográficos; el *Maslach Burnout Inventory* y preguntas desarrolladas para describir errores en el cuidado de los pacientes.

Se relacionaron las variables con la presencia del síndrome completo e incompleto.

Se calcularon los Odds Ratios (OR) con los intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La prevalencia del síndrome *completo* fue del 12%, 80% en el género masculino, OR 10 (IC 95% 1.27–73.37), el 40% cursaban el 3º año OR 7.11 IC 95% 1.02–53.7.

Se observó un OR de 9.16 (IC 95% 1.56– 51.85) para la presencia del síndrome incompleto en individuos que se encontraban lejos de su residencia familiar.

Conclusiones: el síndrome de burnout se presentó significativamente más veces en varones, durante el tercer año y en individuos cuyo lugar de formación se encontraba alejado de la residencia familiar.

Palabras claves: síndrome de burnout, residentes, clínica médica, estrés ocupacional.

Introducción:

El síndrome de *burnout* es una respuesta emocional secundaria al prolongado estrés ocupacional ⁽¹⁾. Se traduce al castellano como "estar quemado", aunque se encuentra un gran número de definiciones. Todas coinciden en que se trata de un proceso que se desarrolla gradualmente.

Los Doctores Moreno y Peñacoba ⁽²⁾ diferencian el estrés del burnout diciendo que: "el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo. El exceso de trabajo no provoca más burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador no produce menos burnout; no es un proceso asociado a la fatiga sino a la desmotivación". ⁽³⁾

Se ha establecido que en las personas dedicadas al cuidado de la salud, su desarrollo se relaciona con las características del trabajo, la intensidad del mismo, los recursos laborales, sobre todo en aquellas actividades relacionadas con servicios humanos y en la educación. Se lo ha vinculado con características demográficas como la edad y el género ⁽⁴⁾. Sin embargo en el año 2004 fue publicada una revisión bibliográfica sobre artículos que evaluaban el nivel clínicamente significativo en residentes médicos, los factores asociados a su desarrollo, las consecuencias y las medidas preventivas; de dicha revisión se desprende que para la aparición del síndrome son importantes las características laborales, pero no se encontraron diferencias en cuando al género, al estado civil y a la presencia de hijos. ⁽¹⁾

Christina Maslach ^(*) define el síndrome por la presencia de tres dimensiones interrelacionadas:

- *Agotamiento emocional*: sensación de estar exhausto tanto física como psíquicamente
- *Despersonalización*: incluye el aislamiento y evitación de otras personas, asociado a endurecimiento afectivo; con desarrollo de actitudes de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio ⁽⁵⁾
- *Realización personal*: incluye sentimientos de fracaso y baja autoestima con tendencia a evaluar de manera negativa el trabajo realizado ⁽⁵⁾

En 1981 Christina Maslach (*) y Susan E. Jackson (**) desarrollaron la primera escala para la medición de estas tres dimensiones originalmente diseñada para el uso en trabajadores de servicios públicos. Aunque ha sido descrito en todo tipo de profesión (6), incluso en directivos y mandos medios de todo tipo de organización, entrenadores, deportistas e incluso en amas de casa. (7)(8)

Se han descrito varios métodos para el diagnóstico del síndrome como por ejemplo: el *Burnout Measure* (BM) que es una escala con 21 ítems con 7 opciones que miden el agotamiento físico, mental y emocional; el *Staff Burnout Scale* (SBS) y la *Teacher Attitude Scale* (TAS); pero la escala de Maslach (*Maslach Burnout Inventory* – MBI) es considerada el test de elección para determinar la presencia del síndrome de burnout (*gold standard*) y fue validada para su aplicación en personas que trabajan en servicios asistenciales de salud (1)(7)(9).

La escala de Maslach fue utilizada en un estudio para diagnosticar el síndrome y su relación con ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión. Se evaluaron 117 residentes médicos a lo largo de los primeros 18 meses de su residencia; en dicho estudio se objetivó una prevalencia de 26% al finalizar el mismo. (10)

En otro estudio, realizado en noviembre de 2002, fueron evaluadas 127 personas del departamento de pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España; según este estudio el 20.8% del personal (médicos, enfermeros, auxiliares), presentaban el síndrome. (11)

Durante la formación de postgrado en los médicos son sometidos a una gran carga horaria, a la necesidad frecuente de reprimir emociones personales y a la exposición constante a stress emocional e intelectual, por lo que es esperable la aparición

del síndrome de burnout, que podría ser la causa de errores en la atención médica y en el deterioro en la calidad de vida del profesional.

La Asociación de Directores de Residencias de Medicina Interna de Pensilvania, ⁽¹²⁾ desarrolló un documento para el Comité de Servicios de Residentes en el que se describen algunas características referidas a los médicos residentes y a los programas de capacitación para evitar las consecuencias del estrés. Aunque en el mismo documento describe el estrés situacional como parte necesaria para la adquisición de conocimientos y actitudes que serán necesarias para su futura vida profesional.

Las consecuencias del síndrome de burnout son potencialmente serias ⁽¹³⁾, este puede manifestarse con insomnio, incremento en el uso de alcohol y drogas, y problemas familiares ⁽⁵⁾; todo lo cual puede aumentar el número de errores, originando deterioro de la calidad de los servicios y como consecuencia el número de reclamos, faltas laborales, pérdidas de tiempo durante las horas de trabajo y mala utilización de recursos. Todo a consecuencia de lo que Christina Maslach ^(*) define como una deshumanización de la percepción de los otros.

Para evitar su aparición, es importante reconocer e identificar los factores desencadenantes; para ello se debería:

- Reconocer las posibles situaciones de estrés y sus consecuencias.
- Identificar los posibles factores de riesgo
- Tomar las medidas de prevención adecuadas.
- Desarrollar estrategias de contención para los casos identificados.

Objetivos del presente trabajo:

- 1) Valorar la prevalencia del síndrome de burnout en una población de residentes médicos de un programa de capacitación intensiva en la especialidad de clínica medica. (Carrera de Especialización y Residencias)
- 2) Determinar la influencia de diversos factores (individuales, demográficos y personales), en caso de detectarse la presencia del síndrome en la población estudiada ⁽¹⁴⁾.
- 3) Evaluar la ocurrencia de errores en el cuidado brindado a los pacientes por los médicos afectados del síndrome.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y no experimental utilizando como población de estudio a los médicos del programa de residencia de clínica médica de las ciudades de Neuquén y Cipolletti y a los médicos del programa de capacitación en clínica médica de un hospital privado de la Ciudad de Buenos Aires, durante el año 2007. Se excluyeron los residentes médicos que se negaron a responder el cuestionario. Se consideraron como pérdidas a los residentes que no se encontraban en el momento de la encuesta y a los que no entregaron la encuesta en el momento acordado para evitar la presencia de sesgo en las respuestas al mismo.

Cumpliendo con estos criterios se logró una población de 46 médicos residentes de todas las sedes, se excluyeron 6 residentes en total que se encontraban rotando por otros servicios o realizando coberturas en los servicios de emergencias al momento de la aplicación del cuestionario.

Fueron estratificados en subgrupos teniendo en cuenta los años de residencia, para conocer si el tiempo de permanencia en la misma es un factor que influye en la aparición del síndrome; y se analizaron en subgrupos de edad: entre 20 – 25 años, entre los 26 y 30 años y entre los 31 y 35 años.

Se utilizó un cuestionario estructurado autoaplicado impreso (ANEXO III) que fue entregado a los directores de las residencias de clínica médica en las diferentes sedes, quienes conocían el objetivo del estudio, y entregaron la misma a todos los residentes médicos en el último mes del ciclo lectivo correspondiente, para ser contestada en forma individual, voluntaria y anónimamente, con lo que se reservó la confidencialidad de los datos. La entrega del cuestionario se llevó a cabo luego de una actividad habitual del programa de capacitación de la residencia.

Dicho cuestionario esta compuesto por tres partes. La primera recaba los datos sobre posibles factores asociados: demográficos, personales y el año de la residencia de los participantes.

La segunda, la escala propiamente dicha (*Maslach Inventoy Scale*) compuesta por 22 ítems, divididos en 3 subescalas que miden las tres dimensiones: de *agotamiento emocional*, *despersonalización*, y la subescala de *realización personal* (ANEXO I).

La tercera parte del cuestionario esta conformada por preguntas desarrolladas para describir errores en el cuidado de los pacientes, evalúa el *autorreporte de errores* ("presto poca atención al impacto personal o social de la enfermedad en el paciente; tengo poca reacción emocional ante la muerte de uno de mis pacientes y me siento culpable sobre la forma en la que traté a un paciente desde el punto de vista humanitario"); y *la actitud en el cuidado de los pacientes* ("he subestimado la atención de un paciente para agilizar el servicio"; "no discuto completamente las opciones del tratamiento o no respondo las preguntas del paciente"; "cometí errores en el tratamiento del paciente que no fueron debidos a falta de experiencia o conocimiento"; "indiqué contención o medicación a un paciente con un episodio de excitación psicomotriz sin evaluarlo previamente" y "no realicé una prueba diagnóstica para terminar rápidamente la atención del paciente"), todo lo cuál se relacionó con la presencia del síndrome ⁽⁷⁾.

El cuestionario fue modificado con preguntas distractoras para mantener el objetivo del mismo encubierto, de acuerdo a lo que recomienda la literatura; dos de los cuales (tabaquismo y deporte) se analizaron como factores asociados a la presencia del síndrome en la población estudiada.

Síndrome de *burnout* completo: se presenta en aquellos individuos con: - niveles altos de agotamiento y despersonalización y, -niveles **bajos** de realización personal ⁽¹⁵⁾.

Síndrome de *burnout* incompleto: incluye los individuos que presentan altos niveles de agotamiento y despersonalización con niveles **medios** de realización personal.

Esta última definición se basa en que el síndrome es el resultado de un proceso que se desarrolla gradualmente y de una situación de estrés con desajuste entre las demandas del ambiente y los recursos del trabajador seguida de una fase de agotamiento. Esto lleva finalmente a una fase de despersonalización. Todo lo cual puede pasar inadvertido ^{(15) (16) (17)}, siendo la realización personal la que mantiene un efecto protector sobre la percepción de estar "quemado". ⁽¹³⁾

Para la evaluación del tabaquismo y la práctica de deportes se consideró como afirmativa cualquier respuesta que no sea "nunca" (opción A del cuestionario).

Para el análisis estadístico se cargaron los datos en una planilla electrónica (Microsoft Excel ^R).

Se calcularon los Odds Ratios con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se considero significativa una $p < 0.05$.

Las variables estudiadas en relación con el síndrome completo e incompleto fueron: edad, genero, estado civil, la presencia de hijos, lugar de residencia familiar teniendo en cuenta si este se encontraba cerca o lejos de la sede de formación; el año de residencia; y el autorreporte de errores en individuos con el síndrome completo.

Resultados: (TABLAS ANEXO II)

La población estudiada y sus características se detallan en la Tabla 1; estuvo conformada por 46 médicos residentes, de los cuales se excluyeron 6 residentes por no encontrarse en el momento de la aplicación del cuestionario.

De los 40 médicos residentes restantes, el 65% (IC 95% 54-74) (n= 26) eran mujeres y el 35% (IC 95% 20-51) (n= 14) eran varones. La media de edad de los participantes fue de 27 años, con un rango de 25 a 33 años; 22% (IC 95% 14-31) entre los 20 y 25 años, 62% (IC 95% 51-71) entre los 26 y los 30 años; y 15% (IC 95% 8-23) entre los 31 y los 35.

El 65% (IC 95% 54-74) de la población tenía su residencia familiar en el lugar de su sede de formación.

Respecto al estado civil el 87% (IC 95% 78-92) de los individuos eran solteros el 10% (IC 95% 4-17) casados y solamente uno de los individuos era separado (2% IC 95% 0.2 -7). Solamente el 7% (IC 95% 2-13) de la población tenían hijos al momento de realizarse la encuesta.

El 50% (IC 95% 39-60) de los médicos se encontraban cursando el 1º año del programa, el 27% (IC 95% 18-36) el 2º año, el 12% (IC 95% 6-20) el tercer año y el 10% (IC 95% 4-17) el cuarto año.

La prevalencia del síndrome de *burnout* fue del 12% (IC 95% 7-20), el 80% (IC 95% 70-87) de los cuales ocurrió en el género masculino. El síndrome incompleto fue más frecuente en mujeres; con una prevalencia en ésta población del 17 % (IC 95% 11-25) (Tabla 2).

Con respecto a la asociación entre los factores estudiados y la presencia del síndrome se encontró (Tabla 3): el síndrome de *burnout* completo en el sexo masculino presentó un Odds Ratio (OR) de 10 (IC 95% 1.27–73.37 $p = 0.043$) (80% IC 95% 70-87) y el sexo femenino un OR de 0.1 (IC 95% 0.014–0.78 $p = 0.04$) (20% IC 95% 12-29).

Con respecto a la edad los individuos entre los 20 y 25 años presentaban un OR de 0.84 (IC 95% 0.11–6.79 $p = 1$) (20% IC 12-29)), entre los 26 y los 30 años de 2.66

(IC 95% 0.34–19.25 $p = 0.63$) (80% IC 95% 70-87) y no se encontraron casos en individuos mayores de 31 años.

El síndrome completo se presentó en individuos casados con un OR de 2.26 (IC 95% 0.31–25.27 $p = 0.42$) (20% IC 95% 12-29) y en solteros de 0.51 (IC 95% 0.057–4.11 $p = 0.5$) (80% IC 95% 70-87). Al igual que en otros estudios no se encontró relación con la presencia o no de hijos. (1) (14)

Teniendo en cuenta el año del programa cursado los médicos de 1º año el OR fue de 0.21 (IC 95% 0.029–1.6 $p = 0.34$) (20% IC 95% 12-29), en el 2º año de 1.92 (IC 95% 0.33–11.58 $p = 0.6$) (40% IC 95% 30-50) y en el 3º año de 7.11 (IC 95% 1.02–53.7 $p = 0.1$) (40% IC 95% 30-50).

Para los individuos que practican deportes en esta población se encontró un OR 0.63 (IC 95% 0.11–3.61 $p = 1$) (40% IC 95% 30-50) para la presencia del síndrome.

Cuando se relacionó la presencia del síndrome con el lugar de residencia familiar se encontró que los individuos que tenían su residencia familiar lejos del lugar de formación presentaban un OR de 3.27 (IC 95% 0.55–8.8 $p = 0.32$) (60% IC 95% 49-69) para la presencia del síndrome completo.

No se encontraron casos del síndrome de burnout en individuos separados, con hijos y en aquellos que cursaban el 4º año de la residencia.

Por otro lado el síndrome incompleto (altos niveles de agotamiento y despersonalización con niveles medios de realización), presentó un OR de 0.35 (IC 95% 0.05–2.69 $p = 0.64$) para el sexo masculino (12% IC 95% 6-20) y de 2.84 (IC 95% 0.37–20.07 $p = 0.6$) para el sexo femenino (87% IC 95% 76-91).

Con respecto a los subgrupos por edad entre los 20 y 25 años se encontró un OR de 0.5 (IC 95% 0.07–3.29 $p = 1$) (14 % IC 95% 7-22), y entre los 26 y 30 años de 5.2 (IC 95% 0.69–36.29 $p = 0.2$) (85 % IC 95% 76-91). No se presentó en individuos mayores de 31 años.

Continuando con el análisis del grupo que presentaba el síndrome incompleto se encontró similitud con los individuos con síndrome de burnout completo cuando teníamos

en cuenta el estado civil presentando un OR de 2.16 (IC 95% 0.24–20.34 $p = 0.49$) para los individuos casados (14 % IC 95% 7-22).

La misma tendencia se observó cuando se evaluaba la práctica de deportes con un OR de 0.7 (IC 95% 0.15–3.33 $p = 1$).

Eran fumadores de tabaco el 14 % (IC 95% 7-22) de los individuos con síndrome incompleto, OR 0.33 (IC 95% 0.04 – 2.48 $p = 0.65$).

Respecto al año de capacitación, el síndrome incompleto se presentó en grupos de los primeros años con un OR de 2.5 (IC 95% 0.46–13 $p = 0.41$) en el 1º año (71 % IC 95% 61-79) y de 1.2 (IC 95% 0.22–6.88 $p = 1$) durante el segundo año (28 % IC 95% 19-37).

Se observó también un OR de 9.16 (IC 95% 1.56– 51.85 $p = 0.021$) (71 % IC 95% 61-79) para la presencia del síndrome incompleto en individuos que se encontraban lejos de su residencia familiar.

Se compararon las respuestas de las preguntas de la tercera parte del cuestionario que estaba conformado por 8 ítems en total. Las 3 primeras evaluaban el autorreporte de errores en el cuidado de pacientes y las últimas 5 la actitud en el cuidado de los pacientes. Entre los individuos con síndrome de burnout y el resto de la población estudiada se encontró que:

-para la primera pregunta (*presto poca atención al impacto personal o social de la enfermedad en el paciente*) el OR fue de 1.5 (IC 95% 0.36–6.29) (2 % IC 95% 0.2-7),

-para la segunda pregunta (*tengo poca reacción emocional ante la muerte de uno de mis pacientes*) el OR fue de 1 (0,31-3,02) (5% IC 95% 1-11);

-para la tercera (*me siento culpable sobre la forma en al que trate a un paciente desde el punto de vista humanitario*) se obtuvo un OR de 2.53 (IC 95% 0.79– 8.12) (7 % IC 95% 2-13).

-para la pregunta 4 (*he subestimado la atención de un paciente para agilizar el servicio*) el OR fue de 0.63 (IC 95% 0.19–2.01) (5% IC 95% 1-11);

-para la pregunta *no discuto completamente las opciones del tratamiento o no respondo las preguntas del paciente* el OR fue de 2.25 (IC 95% 0.7–7.18) (7 % IC 95% 2-13).

_para la pregunta 6 (*cometí errores en el tratamiento del paciente que no fueron debidos a falta de experiencia o conocimiento*) se encontró un OR de 1.41 (IC 95% 0.4–4.5) (7 % IC 95% 2-13)

-para la pregunta 7 (*indiqué contención o medicación a un paciente con un episodio de excitación psicomotriz sin evaluarlo previamente*) presentó un OR de 2.53 (IC 95% 0.79–8.12) (7 % IC 95% 2-13) y,

-para la pregunta 8 (*no realicé una prueba diagnóstica para terminar rápidamente la atención del paciente*) presentó un OR de 1.66 (IC 95% 0.51–5.42) (5% IC 95% 1-11).

Discusión:

Se realizó este estudio en médicos que cumplían un programa de capacitación intensivo en la especialidad de clínica médica para determinar la presencia del síndrome de burnout. Se trató de evaluar los posibles factores de riesgo para su aparición y en caso de presentarse, relacionarlo con deterioro de la personalidad y conducta de los afectados como así también el aumento en la ocurrencia de errores en la atención de los pacientes.

La prevalencia del síndrome de burnout completo en este estudio fue del 12%, encontrándose en la literatura una variación entre 9 % y 24 % ^{(10) (18) (19)} .

Algunos autores describen una mayor prevalencia del síndrome durante el primer año de la carrera relacionándola con la falta de experiencia, el desarraigo ^{(12) (17)} y la incertidumbre laboral. También se ha descripto durante el segundo año, relacionándolo al aumento en las responsabilidades.

Este estudio encontró un aumento en la prevalencia del síndrome completo durante el 3º año de residencia que podría relacionarse con el aumento en las responsabilidades, no encontrándose casos del síndrome en médicos en su último año de capacitación.

Respecto a la sede del posgrado alejada del lugar de residencia familiar, aparece un aumento significativo en el número de casos del síndrome incompleto en médicos residentes que se forman lejos de su familia (OR 9,16 IC 1,56-51,85). Este hallazgo no se ha encontrado descripto en la literatura consultada.

Para el síndrome completo se encontró una clara prevalencia en hombres con una probabilidad 10 veces mayor que para las mujeres (tabla 3), siendo variable este resultado en la literatura publicada. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾

Con respecto a los subgrupos por edad y el estado civil se encontró mayor número de casos en los individuos solteros y, entre los 26 y 30 años (tener en cuenta para estas variables que en estos grupos se encuentran la mayor parte de la población del estudio). No se presentó en individuos mayores de 31 años, resultados similares a los obtenidos en "*The measurement of experienced burnout*" ⁽¹³⁾, en el que el síndrome se observó más en individuos jóvenes.

En el análisis de datos obtenidos mediante el "autoreporte" en relación a la ocurrencias de errores, se debe considerar que los individuos con el síndrome completo tienen un bajo nivel de realización personal que los llevan a considerar menos útil su trabajo, valorar menos el trabajo en equipo y sentirse menos valorados laboralmente por sus compañeros, jefes y pacientes ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾. Por lo tanto los resultados que informan la ocurrencia de mayor número de errores podría deberse al fenómeno descrito.

Conclusiones:

Las limitaciones de este estudio son fundamentalmente las derivadas de un diseño transversal que solo permite estudiar asociaciones entre variables, sin poder establecer causalidad y sin permitir seguimientos posteriores.

Con respecto al numero de la muestra ($n = 40$), consideramos que podría ser insuficiente para lograr peso estadístico, aunque fueron significativos los intervalos de confianza de la prevalencias de las variables (excepto para el estado civil separado), por lo que podría inferirse que los resultados se mantendrían similares en muestras mayores.

De todos modos, se observó que el síndrome de burnout se presenta significativamente más veces **en varones, es más frecuente durante el tercer año del programa** y en individuos cuyo lugar de formación de posgrado se **encuentra alejado de la residencia familiar**.

Debido a la importancia de su aparición y a la detección del síndrome completo 12.5% y en el incompleto 17.5%, sumado al efecto de quién lo sufre y las consecuencias laborales que acarrea, se deben tomar medidas preventivas.

Es necesario educar a los profesionales para desarrollar estrategias que permitan modificar o desarrollar habilidades que permitan mejorar la capacidad de enfrentar las demandas del trabajo ⁽⁵⁾, a pesar de que existen pruebas estadísticas limitadas que evalúen las medidas para prevenir el agotamiento emocional y la sensación de ausencia de logros personales.⁽¹⁶⁾

Las medidas preventivas sobre las que debería hacerse hincapié son ⁽¹⁷⁾:

- identificar el síndrome y los individuos con síndrome incompleto; que debe llevarse a cabo por el comité académico, los directores de los programas y miembros de la facultad de la que dependa. ⁽¹²⁾
- promover el trabajo en equipo ⁽¹³⁾
- definir las responsabilidades, asignando tareas adecuadas según los años de residencia, con objetivos propios. ⁽¹²⁾
- brindar información sobre la realidad laboral antes de la incorporación al trabajo ⁽²⁰⁾.
- Capacitación según las exigencias laborales. Los factores que se han visto relacionados son: el contacto continuo con el dolor y la muerte; el aumento en el número de juicios de responsabilidad profesional; el menor reconocimiento social ⁽²⁰⁾ y económico de la profesión; y el conocimiento científico creciente
- Grupos abiertos de discusión con las autoridades del programa de capacitación con el objetivo de expresar inquietudes y acordar soluciones. ⁽¹²⁾
- Conservar los vínculos sociales.

Como aporte empírico se podrían establecer políticas en la cuáles se sugiera a los postulantes elegir sedes cerca de los lugares de residencia familiar; o bien sugerir que los docentes de sedes que los reciban, tengan presente este problema adoptando medidas de contención como la integración rápida a la sociedad local mediante reuniones sociales extra programa, la integración mediante deportes y el acercamiento social con el gobierno de cada lugar de formación.

Con respecto a la presencia del síndrome en médicos del tercer año de capacitación se debería también tomar medidas como por ejemplo, informar este hecho a los diferentes docentes a cargo de la formación y a las jefaturas de los servicios asociados.

Estas medidas sumadas a las planteadas en el cuerpo del trabajo tal vez disminuya la presencia del síndrome en forma sustancial, logrando con ello salvaguardar la salud del médico en capacitación y mejorar la calidad de atención médica.

Agradecimientos:

Al Dr. Hugo Catalano. Al Dr. Ramón Navarro por seguir trabajando en la formación de posgrado, a los directores de las residencias y a los médicos residentes de todas las sedes que contestaron el cuestionario y a mi familia que me apoya incondicionalmente.

Bibliografía:

1-Thomas KT. Residet Burnout. JAMA. 2004; 292 (23): 2880-9.

2 -Moreno B, Peñacoba C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Psicología de la Salud. Siglo XXI. Madrid: MA Simon; 1999. p. 739-764.

3 -Quiceno JM, Alpi SV. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colombiana de Psicología. 2007; 10 (2): 117 - 125.

4 -Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001: 52:397-422.

5 -Da Silva R F. El Síndrome de Burn Out. En: Drogas, ética y trasgresión. Montevideo; Pscolibros; 2001. p. 57-77.

6 -Popp MS. Estudio preliminar sobre el Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). Interdisciplinaria. 2008; 25 (1):5-20.

7 -Gil Monte PR. Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública de México. 2002; 44 (1):33-40.

8 -Castillo HL. El Síndrome de Burnout en trabajadores penitenciarios. Anteproyecto presentado para el curso de Nociones Básicas en la Metodología de la Investigación en Ciencias de Salud organizado por la Facultad de Bromatología. Universidad Nacional de Entre Ríos. 2005.

9 –Pino Manso JF. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory –Version Human Services Survey. *Revista Interamericana del Psicología*. 2006; 40 (1):115-118.

10-Simon MW, Michele GD, Christopher CT, et al. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *MJA*. 2004; 181 (7): 357 – 360.

11-López Franco M, Rodríguez Nuñez A, Fernández Sanmartín M, et al. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatría*. 2005; 62(3): 248 – 251.

12 –Aach RD, Cooney TG, Girard DE, et al. Stress and Impairment during Residency Training: Strategies for Reduction, Identification, and Management. *Ann. Int. Med.* 1988; Julio 15: 154-160.

13 –Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*. 1981; 2: 99-113.

14-Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med*. 2002; 136:158-67.

15 –Grau A, Suñerb R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria Barcelona*. 2005; 19 (6): 463 - 470.

16 –Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, et al. Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008.

17 -Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, et al. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios; prevalencia y factores asociados. Información psicológica. 2007; (91): 64 – 79.

18 -Barrza M A, Carrasco Soto R, Arreola Corral MG. Síndrome de Burnout; Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. Investigación Educativa Universidad Pedagógica de Durango México. 2007; (6): 63-73.

19 -Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E; et al. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. Barranquilla. 2007; 23 (1): 43 – 51.

20 -Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. The New England Journal of Medicine. 2004; January 1; 350 (1): 69 - 75.

() Profesora de Psicología en la University of California, Berkley, California. Magna cum laude en Relaciones Sociales en la Harvard-Radcliffe College, en 1967. Ph.D. en Psicología en Stanford University, en 1971. Autora de Maslach Burnout Inventory (MBI), "Professor of the Year", otorgado por el Carnegie Foundation and the Council for the Advancement and Support of Education (CASE) en 1997, presidente de la Western Psychological Association.*

*(**) Profesora del Departamento de la Escuela de manejo de recursos humanos de la Universidad Rutgers.*

ANEXO I

Cuestionario de Maslach (*), de forma autoaplicada mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

ESCALA DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento "quemado" por mi trabajo (+)
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo

14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento agobiado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. **Subescala de despersonalización.** Esta formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

(+) El texto original utiliza el término "quemado", se modifica el mismo por tratarse de un término que no se utiliza en el lenguaje habitual de la población estudiada, se toma el término "agobiado" de otro estudio realizado ⁽⁶⁾.

(*) *Profesora de Psicología en la University of California, Berkley, California. Magna cum laude en Relaciones Sociales en la Harvard-Radcliffe College, en 1967. Ph.D. en Psicología en Stanford University, en 1971. Autora de Maslach Burnout Inventory (MBI), "Professor of the Year", otorgado por el Carnegie Foundation and the Council for the Advancement and Support of Education (CASE) en 1997, presidente de la Western Psychological Association.*

ANEXO II**Tabla 1:** Características de la población estudiada

Variable	Frecuencia	% (IC 95%)
Edad		
20-25	9	22 (14-31)
26-30	25	62 (51-71)
31-35	6	15 (8-23)
Género		
Femenino	26	65 (54-74)
Masculino	14	35 (20-61)
Residencia familiar		
En el lugar de formación	26	65 (54-74)
Otro	14	35 (20-61)
Estado civil		
Solteros	35	87 (78-92)
Casados	4	10 (4-17)
Separados	1	2 (0.2-7)
Hijos		
Si	3	7 (2-13)
No	37	92 (84-96)
Año cursado en la capacitación		
1º	20	50 (39-60)
2º	11	27 (18-36)
3º	5	12 (6-20)
4º	4	10 (4-17)

Tabla 2: Prevalencia del síndrome y características de los individuos con el Síndrome:

	Síndrome completo % (IC 95%)	Síndrome incompleto % (IC 95%)
Prevalencia	12 (7-20)	17 (11-25)
Género		
Masculino	80 (70-87)	12 (6-20)
Femenino	20 (12-29)	87 (78-92)
Edad		
20-25	20 (12-29)	14 (7-22)
26-30	80 (70-87)	85 (76-91)
31-35	0	0
Estado civil		
Casados	20 (12-29)	14 (7-22)
Solteros	80 (70-87)	85 (76-91)
Separados	0	0
Hijos	no	no
Año cursado en la capacitación		
1º	20 (12-29)	71 (61-79)
2º	40 (30-50)	28 (19-37)
3º	40 (30-50)	--
4º	--	--
Tabaquismo	0	14 (7-22)
Deportes	40 (30-50)	42 (32-52)
Residencia familiar		
En el lugar de formación	40 (30-50)	28 (19-37)
Otro	60 (49-69)	71 (61-79)

Tabla 3: Asociación entre la presencia del síndrome y la de los factores de riesgo evaluados.

Factor de riesgo	OR Síndrome completo (IC 95%)	OR Síndrome incompleto (IC 95%)
Sexo		
Masculino	10 (1.27 – 73.37) p = 0.043	0.35 (0.05 – 2.69) P = 0.64
Femenino	0.1 (0.014 – 0.78) p = 0.043	2.84 (0.37 – 20.07) p = 0.64
Edad		
20-25	0.84 (0.11 - 6.79) p = 1	0.5 (0.07 – 3.92) p 1
26-30	2.66 (0.34 - 19.25) p = 0.63	5.2 (0.69 – 36.29) p = 0.2
31-35	-----	-----
Casados	2.26 (0.31 – 25.27) p = 0.42	2.16 (0.24 – 20.34) p = 0.49
Solteros	0.51 (0.057 – 4.112) p = 0.5	0.72 (0.08 – 5.57) p = 1
Separados	-----	-----
Hijos	-----	-----
Año cursado en la capacitación		
1º	0.21 (0.029 – 1.6) p = 0.34	2.5 (0.46 – 13) p = 0.41
2º	1.92 (0.33 – 11.58) p = 0.6	1.2 (0.22 – 6.88) p = 1
3º	7.11 (1.02 – 53.7) p = 0.1	-----
4º	-----	-----
Tabaquismo	-----	0.33 (0.04 – 2.48) p = 0.65
Deportes	0.63 (0.11 – 3.61) p = 1	0.7 (0.15 – 3.33) p = 1
Residencia familiar lejos del lugar de formación	3.27 (0.55 – 8.8) p = 0.32	9.16 (1.56– 51.85) p = 0.021

Tabla 4: Evaluación del autorreporte de errores en el cuidado de los pacientes en relación con la presencia del síndrome completo:

	CON Síndrome	SIN Síndrome	OR (IC 95%)
	Si % (IC 95%)	Si % (IC 95%)	
1. Presto poca atención al impacto personal o social de la enfermedad en el paciente.	2 (0.2-7)	12 (6-20)	1.5 (0.36-6.29)
2. Tengo poca reacción emocional ante la muerte de uno de mis pacientes.	5 (1-11)	35 (20-51)	1 (0.31-3.02)
3. Me siento culpable sobre la forma en la que trate a un paciente desde el punto de vista humanitario.	7 (2-13)	32 (23-42)	2.53 (0.79-8.12)

Tabla 5: Evaluación del riesgo de subóptimo cuidado en la atención de los pacientes en relación con la presencia del síndrome completo:

	CON Síndrome	SIN Síndrome	OR (IC 95%)
	Si % (IC 95%)	Si % (IC 95%)	
4 - He subestimado la atención de un paciente para agilizar el servicio.	5 (1-11)	45 (35-55)	0.63 (0.19–2.01)
5 - No discuto completamente las opciones del tratamiento o no respondo las preguntas del paciente.	7 (2-13)	35 (20-51)	2.25 (0.7–7.18)
6 - Cometí errores en el tratamiento del paciente que no fueron debidos a falta de experiencia o conocimiento.	7 (2-13)	45 (35-55)	1.41 (0.4–4.5)
7 - Indiqué contención o medicación a un paciente con un episodio de excitación psicomotriz sin evaluarlo previamente.	7 (2-13)	32 (23-42)	2.53 (0.79–8.12)
8 - No realicé una prueba diagnóstica para terminar rápidamente la atención del paciente.	5 (1-11)	25 (16-34)	1.66 (0.51–5.42)