



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DEL URUGUAY

Orientador:
Prof. Adjto. Dr. Daniel Strozzi
Departamento de Medicina Preventiva y Social

Lucía Lanterna -
Renzo Terza -
Nelson Veglia -

Índice.-

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos.....	8
Metodología.....	8
Resultados.....	9
Conclusiones y perspectivas.....	17
Referencias bibliográficas.....	19
Anexo.....	24

Resumen.-

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional se define como un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, resultado de la exigencia de la carga de trabajo y de los recursos de estrés emocional.

En los últimos años se ha generado la necesidad de valorar el malestar relacionado con el trabajo. Tal es así que encontramos a nivel internacional innumerables trabajos referidos al tema. Además de innumerables, los estudios sobre el síndrome de Burnout han tenido un crecimiento casi exponencial en los últimos años.

Se realizó una revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de salud mediante la búsqueda de bibliografía en diferentes bases de datos. Se busco priorizar la búsqueda sobre los aspectos o instrumentos de evaluación y detección del síndrome, factores de riesgo, aproximaciones terapéuticas y aspectos epidemiológicos sobre todo nacionales pero también internacionales. En la mayoría de estudios sobre el tema, coinciden que la principal causa desencadenante es una sobrecarga laboral principalmente dado por la incidencia del multiempleo. Esta afección trae aparejados trastornos en la vida personal, social y laboral. Se observa también aumento de algunas adicciones. El estrés laboral esta significativamente relacionado con la falta de satisfacción laboral.

Se hace ineludible entonces dedicar atención al estudio de la morbilidad y calidad de vida, por tal motivo la detección y evaluación de dicho síndrome resulta prioritaria. Creemos necesaria la creación de una pauta de detección y tratamiento del síndrome de Burnout ya que representa una potencial amenaza para la calidad y seguridad de la atención por afección del rendimiento laboral.

Introducción.-

El síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional se define como un agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, resultado de la exigencia de la carga de trabajo y de los recursos de estrés emocional. Es un síndrome conductual multifacético consistente en respuestas individuales desadaptativas posteriores a situaciones de estrés prolongadas. Los profesionales de la salud son particularmente susceptibles a desarrollar este síndrome, un fenómeno notable que ha recogido atención social significativa en los últimos años.

Se inicia con una carga emocional y el esfuerzo correspondiente conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a tener distanciamiento en el comportamiento y cinismo con la persona que atiende, creando dudas sobre la competencia y el desempeño profesional. Es un problema grave que se produce con mayor frecuencia en los servicios de salud y que afecta el rendimiento y la calidad y seguridad de la atención. Este síndrome es una paradoja de la atención de la salud: el profesional de la salud se enferma en la misma medida que sana al paciente. Alarmante es la frecuencia con la que los profesionales de la salud de ambos géneros expresan malestar con su trabajo. El periodo formativo previo de estudio y especialización da una importante contribución al agotamiento.

El siguiente trabajo consiste en evaluar la información disponible de trabajos realizados con respecto a la presencia del síndrome de Burnout en el personal de salud del Uruguay. Nuestra inquietud surge a partir de la gran prevalencia a nivel mundial que se documenta en diferentes artículos internacionales, principalmente anglosajones.

El síndrome de Burnout fue definido por primera vez por Herbert Freudenberger¹ como una condición de fatiga o frustración producida por la dedicación a una causa esperando obtener resultados positivos, pero los conflictos con la realidad no se corresponde con las expectativas de los profesionales. Es un síndrome producto de intensas exigencias tanto físicas como cognitivas (estrés), cuya incidencia a ha aumentado en los últimos años.

Como lo definió Grisel Añon et al.², el Síndrome de Burnout es resultado de un prolongado estrés laboral que afecta a aquellas personas cuya profesión implica una relación con otros: profesionales sanitarios, docentes y trabajadores del sector penitenciario. Se caracteriza por la presencia de altos niveles de ^{2,3}:

1) Agotamiento emocional (AE): desgaste, fatiga. Puede manifestarse tanto física como psicológicamente. Sensación de no tener nada más que ofrecer profesionalmente.

2) Despersonalización (DP): cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas. Irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo, reacciones de distancia y hostilidad hacia los usuarios del servicio y hacia sus compañeros de labor. Otros autores lo denominan “Distancia relacional”

3) Reducida realización personal (RP): se traduce en respuestas negativas hacia uno mismo y su labor. Evitación de las relaciones interpersonales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima.

Fernández-López et al.¹ registraron que el síndrome de Burnout se manifiesta con mayor frecuencia en ciertas profesiones, y entre los profesionales de la salud hay una incidencia de 20 a 50%, sólo superada por los agentes de policía y maestros.

El síndrome de Burnout, depresión, ideas de suicidio, baja calidad de vida y la insatisfacción con el equilibrio trabajo-vida se han reportado en todas las etapas de la formación médica y en todas las especialidades médicas⁴. Los síntomas se caracterizan por una baja en la productividad, aumento del ausentismo laboral, así como los accidentes laborales, disminución de la calidad del trabajo; todo lo cual fomenta una imagen negativa del lugar de trabajo.

Moreno-Jiménez et al.¹ hacen hincapié en la importancia de las condiciones de trabajo tanto en la prevención como en el desencadenamiento de Burnout. Los factores predisponentes al malestar entre los médicos incluyen desequilibrio entre la vida personal y laboral, no poder separarse del trabajo, la pérdida de control del lugar de trabajo y la autonomía, y la pesada carga de trabajo, especialmente en relación con las tareas administrativas indebidas.

El síndrome de Burnout está muy asociado con la presencia de errores médicos, la calidad de la atención y la propia satisfacción de la carrera. Pero no sólo afecta a la seguridad del paciente, sino que también afecta la propia salud de los médicos⁵.

La exposición prolongada al estrés laboral se asocia con la presencia del síndrome de Burnout, a través de interacciones activas entre un individuo y su entorno de trabajo. Durante esta interacción, las demandas ambientales superiores a los recursos individuales pueden ser percibidas como estresantes y dar lugar a resultados negativos, tales como baja satisfacción laboral, el Burnout y la enfermedad⁶.

Se identificaron diez artículos que confirman la relación entre el estrés laboral y Burnout, determinando que lugares de trabajo con entornos estresantes, pobres vínculos entre compañeros de trabajo, malas relaciones con los pacientes, la falta de reconocimiento profesional o recompensa, el tipo de retroalimentación y el estilo de liderazgo brindado por el supervisor están relacionados con una o más dimensiones del Burnout⁶.

Existen diferentes subtipos dentro del síndrome; el subtipo frenético presenta implicación, ambición y sobrecarga. La implicación, es la inversión de todo el esfuerzo necesario para superar las dificultades; la ambición, la necesidad de obtener grandes logros; la sobrecarga, el descuido de la salud y de la vida personal persiguiendo objetivos.

El subtipo sin-desafíos, muestra: indiferencia, aburrimiento y falta de desarrollo. La indiferencia, es falta de ilusión por las tareas; el aburrimiento, la vivencia del trabajo como algo rutinario; la falta de desarrollo, el deseo de dedicarse a otra ocupación, que permita actualizar mejor las propias capacidades.

El subtipo desgastado, manifiesta: abandono, falta de control y falta de reconocimiento. El abandono, es la desatención como respuesta ante cualquier dificultad; la falta de control, la impotencia de tratar con situaciones fuera de control; la falta de reconocimiento, la creencia de que no se valoran los esfuerzos⁷.

En el contexto que se ha expuesto del síndrome de Burnout se hace ineludible dedicar atención al estudio de la morbilidad y calidad de vida, por tal motivo la detección y evaluación de dicho síndrome resulta prioritaria, destacando la importancia de su carácter preventivo. Específicamente, para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio se utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero se ha dado mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes. Los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout⁸. Algunos de estos instrumentos son: el Maslach Burnout Inventory (MBI), el Burnout Measure (BM); el Cuestionario Breve de Burnout (CBB); el Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ), entre muchos otros.

Aunque existen en la bibliografía científica innumerables instrumentos que han sido objeto de estudio y utilizados para la medición de este síndrome el pronunciamiento ha sido unánime en cuanto a que el Maslach Burnout Inventory (MBI) es el más utilizado. A partir de 1976, Maslach se convierte en el principal referente del tema, proporcionó una definición operativa y multidimensional del constructo, creó un instrumento para medirlo (el Maslach Burnout Inventory, MBI) y en general otorgó una aproximación más empírica que permitió demostrar la asociación de este fenómeno con múltiples indicadores de salud y funcionamiento en la vida cotidiana y laboral⁸.

El MBI cuenta con tres versiones oficiales: el MBI Human Services Survey (HSS), para profesionales de servicios humanos, el MBI Educators Survey (ES) que simplemente sustituye la palabra *estudiantes* por *pacientes*, y el MBI General Survey (GS), una nueva versión para su uso en cualquier tipo de ocupación. En México, por ejemplo, se encuentran sólo dos estudios de validez psicométrica del MBI HSS que señalan, al menos parcialmente, cierta

eficacia de la escala en población mexicana⁸. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos, es autoadministrado y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal (ver anexo 1).

Las tres subescalas, en diferentes estudios, han alcanzado valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas.

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. Una traducción del MBI aplicado a servicios de salud clasifico a los individuos como portadores de Burnout cuando su puntuación era alta para cansancio (puntaje mayor a 14) y cinismo (puntaje mayor a 6) y bajo para eficacia profesional (puntaje menor a 23). Cuanto más bajo sea el puntaje de eficacia más grande es la chance de desarrollar síndrome de Burnout, si el puntaje de las otras dos dimensiones es alto. Se identificará el síndrome leve como aquel con los puntajes de cansancio emocional en el rango de 0-9, cinismo en el rango 0-1 y eficacia profesional mayor a 27. De la misma forma el síndrome de Burnout moderado es aquel con los rangos 10-14, 2-6 y 23-27 respectivamente⁹.

El Burnout Measure (BM) es el segundo instrumento de evaluación del síndrome de Burnout más utilizado en los estudios empíricos. Éste consta de 21 ítems, en tres subescalas de siete puntos con rango que va desde nunca (1 punto) a todos los días (7 puntos) y que mide las tres dimensiones del Burnout que los autores conceptualizaron: agotamiento físico (7 ítems), agotamiento emocional (7 ítems) y agotamiento mental (7 ítems). La puntuación en estas tres dimensiones se combina en una puntuación única que es la suma de los 21 ítems, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 21 y 147. (ver anexo 2).

Otro cuestionario utilizado es el denominado “Cuestionario Breve del Burnout (CBB)”, el cual se propone como complementario para evaluar factores presentes en el proceso: antecedentes, síndrome, consecuencias. Consta de 21 ítems y está organizado en tres bloques: el primer bloque integra posibles antecedentes de Burnout; el segundo bloque integra los tres factores del síndrome recogidos en el modelo de Maslach y Jackson; finalmente, el tercer bloque se integran los ítems referidos a las consecuencias físicas, consecuencias sobre el clima familiar y el rendimiento laboral¹⁰. A efectos de diagnóstico de síndrome de Burnout, se considera el punto de corte 25 puntos. Es decir, a partir de 25 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el síndrome del Burnout. En cuanto a las consecuencias de Burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación superior a 8. En cualquier caso el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico¹⁰.

Se han creado diferentes enfoques sobre un cuestionario particular denominado “Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ)”. Destacan el BCSQ-36 y BCSQ-12. El BCSQ-36 ofrece una nueva visión del síndrome al considerar diferentes subtipos clínicos. Los factores: sobrecarga, falta de desarrollo y abandono son las propiedades del enfoque tipológico con mayor validez discriminante a la hora de diferenciar los subtipos, y con mayor validez convergente respecto a las dimensiones del estándar clásico de Maslach. Tratando de aproximar ambas perspectivas, la clásica y la tipológica, Montero-Marin y Garcia-Campayo⁷ propusieron el Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout’ (BCSQ-12). El “Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout” (BCSQ-36), ha sido propuesto como una definición operativa extensa, capaz de identificar los distintos subtipos de Burnout⁷. El "Cuestionario de Subtipos Clínicos"(BCSQ-12), que comprende las dimensiones de la sobrecarga, la falta de desarrollo y la negligencia, se propone como una forma breve de identificar las diferentes formas de este trastorno. (ver anexos 3,4 y 5).

Objetivos.-

Se plantea como objetivo general la elaboración de una revisión sistemática sobre Síndrome de Burnout en personal de salud.

Se plantea como objetivos específicos:

- Determinar formas de evaluación.
- Establecer las causas y factores de riesgo del Síndrome de Burnout a nivel nacional e internacional.
- Observar las diferentes frecuencias de presentación en personal médico.
- Analizar posibles planes terapéuticos.

Metodología.-

Se realizó una revisión sistemática sobre Síndrome de Burnout en personal de salud, mediante la búsqueda de bibliografía en diferentes bases de datos como Timbó, Scielo, PubMed y en la Web de diferentes instituciones internacionales.

Se definen como criterios de inclusión para la búsqueda: Síndrome de Burnout, Burnout syndrome in personal health, Burnout síndrome in Uruguay tanto fuesen full text como abstract. Priorizando los primeros. Estos criterios de inclusión se utilizaron como términos MeSH en PubMed. Para guiar la búsqueda se eligieron los siguientes sub-encabezados: Análisis, Clasificación, Diagnóstico, Educación, Epidemiología, Organización/Administración, Prevención/Control, Rehabilitación, Estadística y Terapia.

Resultados.-

En la mayoría de la búsqueda bibliográfica realizada sobre el tema, coinciden que la principal causa desencadenante es una sobrecarga laboral tanto en horas continuas de trabajo como en la actividad a realizar; muchas veces acompañado de una presión excesiva sobre el personal que la desempeña. A esto se puede agregar la situación particular de las guardias, en las cuales la falta de un descanso apropiado junto al estrés generado por la actividad desarrollada potencia la aparición de esta patología.

El *estrés* se deriva de una responsabilidad que va, con frecuencia, más allá de sus capacidades para enfrentarla a la que se suman factores de incertidumbre en el futuro; dificultades económicas, relaciones familiares con poca tolerancia a los horarios de la residencia y el internado; incertidumbre de haber escogido la carrera correcta y competitividad profesional¹¹. La privación del sueño en medicina, en esta etapa formativa de los residentes, es una de las características inherentes a la medicina y probablemente sea más notable comparada con las diferentes profesiones, pues excede con mucho a lo autorizado para otros trabajadores tales como los de la aviación, el transporte y los trabajadores de la industria nuclear¹¹.

La privación crónica del sueño puede llevar a la mala toma de decisiones y por ende a cometer errores que pueden llevar a provocar lesiones iatrogénicas e incluso la muerte de pacientes.

Después de permanecer 24 horas alerta, sin descanso, es equivalente a tener concentraciones de alcohol en sangre del 0.10%, lo que conduce a errores médicos y a alteraciones del estilo de vida en las relaciones sociales y familiares¹¹. A su vez, varios estudios indican que las tasas de errores médicos más elevados están fuertemente asociadas con el estado de agotamiento. Este artículo cita un estudio que mostró que después de un trabajo muy intensivo (80 h / semana), los médicos actúan como aquellas personas con una concentración de alcohol en sangre de 0,05%⁵.

Los factores desencadenantes son factores organizacionales que predisponen a la aparición del síndrome, es decir, las variables de la vulnerabilidad al estrés y al Síndrome de Burnout.

En un amplio estudio realizado en estudiantes de medicina en siete facultades encontró síndrome de Burnout en 49,6%, síntomas de depresión en el 46,5% y la presencia de ideación suicida en los últimos 12 meses en el 11,2%⁴. En un reciente estudio nacional de los médicos en ejercicio, el agotamiento se informó en el 45,4%, los síntomas de la depresión en el 37,8%, la ideación suicida en los últimos 12 meses en el 6,4%, y la insatisfacción con el equilibrio entre la vida laboral en el 37,1%⁴. El aumento de las horas de trabajo mostró una relación dosis-respuesta con empeoramiento de la calidad de vida y una disminución de la satisfacción con el equilibrio trabajo-vida (Para ambos, $p < 0,001$)⁴. Todos los aspectos del síndrome de Burnout también afectaron a los que trabajan más horas semanales en mayor medida. El número medio de horas semanales de trabajo fue 62,4 para los que reportaron agotamiento emocional frente a 59,4 para los que no informan agotamiento emocional ($p = 0,03$); 64,8 para los que reportaron despersonalización vs. 59,7 para los que no se informa despersonalización ($p = 0,01$); y 62,2 para los que tienen síndrome de Burnout vs 59,4 para lo que no lo presentan⁴.

En el artículo “Burnout and Distress Among Internal Medicine Program Directors: Results of A National Survey”⁴ se menciona que un número limitado de estudios han explorado la satisfacción laboral en directores de medicina interna. No queda claro por qué los directores de medicina interna reportan menos angustia que otros médicos, a pesar de que presentan horas de trabajo similares, con las mismas responsabilidades o aún mayores. Esto se puede deber a que al realizar actividades de liderazgo y tutoría sobre pares se propicie un mayor significado a los logros personales. También es posible que se deba a que los directores pueden tener una mayor autonomía, control o flexibilidad laboral que los otros médicos.

En Japón, el 40% de los médicos se enfrentan a “karoshi” (una palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo), y casi el 80% producen los errores médicos causados por agotamiento y falta de sueño. De acuerdo con La Ley de Normas Laborales de este país, el número total de horas de trabajo no debe exceder de 40 h/semana. Trabajar horas extras hasta 80 h/mes durante 6 meses elevaría el riesgo de “karoshi”⁵.

En el artículo “Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians”⁵ se realizó una encuesta entre mayo y noviembre del 2012, estableciéndose un muestreo intencional para recoger información demográfica, características de la práctica, Burnout, la experiencia de negligencia médica, la satisfacción laboral y la experiencia de los errores médicos. La categoría del médico, la práctica de la especialidad, las horas continuas de trabajo, las horas de trabajo totales por semana, el número de errores médicos, la edad, el tipo de hospital, estado civil, años en la práctica, el número de pacientes atendidos por turno, el número de veces de guardia a la semana, la experiencia de negligencia médica, la satisfacción con las relaciones del paciente y la satisfacción con la especialidad de la práctica fueron significativas para el agotamiento emocional (AE). El tipo de hospital, la categoría del médico, el consumo de alcohol, la práctica de la especialidad, el número de pacientes atendidos por turno, horas continuas trabajadas, las horas de trabajo en total por semana, el número de veces de guardia por semana, la edad, el estado civil, los años de práctica, la satisfacción con la práctica de la especialidad y la satisfacción con las relaciones de los pacientes se asociaron fuertemente con la despersonalización (DP). La experiencia médica de mala praxis, los años en la práctica médica, el número de pacientes atendidos por turno, número de veces de guardia a la semana, la categoría de médico, el género, la edad, el estado civil, la práctica de la especialidad, la satisfacción con la práctica de la especialidad y la satisfacción con las relaciones de los pacientes tuvieron fuerte asociación con la realización personal (RP)⁵. (ver anexo 6).

Los médicos que consumen alcohol en comparación con los que no tenían un riesgo 2,8 veces mayor de DP ($p = 0,004$), después de trabajar ≥ 18 horas continuas tenían un riesgo 14,7 veces mayor de Burnout de bajo nivel y un riesgo 2,8 veces mayor de nivel moderado de Burnout por AE en comparación con aquellos que tienen de 3-7 horas continuas de trabajo ($p = 0,005$ y $0,268$). Los médicos que trabajaban ≥ 65 h/semana tuvieron un riesgo 1,4 veces mayor de Burnout de bajo nivel en comparación con los que han trabajado 49-56 h/semana, y un riesgo 1,5 veces mayor de moderado nivel de

Burnout por AE ($p = 0,02$ y $0,009$). Aquellos que tienen ≥ 41 llamadas a la semana tenían un riesgo 2,4 veces mayor de bajo nivel de Burnout en AE en comparación con los médicos que no estuvieron de guardia ($p = 0,028$). Los médicos que tenían experiencia en negligencia médica tenían un mayor riesgo de Burnout de alto nivel en RP que aquellos que no tienen experiencia ($p = 0,098$). Los médicos que no estaban satisfechos con su especialidad, que no habían elegido una especialidad y que estaban preocupados por el futuro tenían un mayor riesgo de alto nivel de Burnout en DP y RP. Los que estaban muy insatisfechos con las relaciones médicos-pacientes tenían un riesgo 22,1 veces mayor de bajo nivel de Burnout en AE ($p = 0,004$), y tenían un mayor riesgo de Burnout de alto nivel en DP en comparación con los que estaban satisfechos⁵.

En un análisis bivariado, se encontró que la edad, trabajar ≥ 8 h/turno, atender ≥ 51 pacientes por turno, ser llamado ≥ 41 veces por semana, tener malas experiencias médicas, no estar satisfecho con la propia especialidad, no estar satisfecho con las relaciones médico-paciente y el número de errores médicos se asociaron fuertemente con alto nivel de Burnout en AE. AE indica sentimientos de estar emocionalmente sobrepasado y agotado por el trabajo de uno. Puede que no sea difícil de entender que el agotamiento fue causado por esos factores. Los médicos con largas horas continuas de trabajo, con más cantidad de llamadas, insatisfechos con la especialidad, los más jóvenes y aquellos insatisfechos con la relación médico-paciente se asociaron fuertemente con DP. DP indica una respuesta insensible o impersonal hacia los beneficiarios de cualquiera de servicio, tratamiento de cuidado o instrucción. Es fácil darse cuenta de que cuando los médicos tienen una carga pesada y el temor a ser demandado, podría indicar un mayor riesgo de DP. RP indica sentimientos de competencia y el logro exitoso en el trabajo de uno. En el estudio llevado adelante por Kuan-Yu Chen et al.⁵ se encontró que la categoría de edad, médico, años en la práctica, el número de pacientes atendidos en cierto tiempo, no estar satisfecho con la propia especialidad práctica y no estar satisfecho con las relaciones médico-paciente fueron factores fuertemente asociados con una afectación en la RP ($p < 0,001$)⁵.

Contrario a nuestra subjetividad de que en nuestro país no se habían realizado grandes estudios del tema es que hemos encontrado varias aproximaciones, algunas que datan de hasta una par de décadas. Destacando solo algunas a modo de introducirnos en los instrumentos de detección de este síndrome encontramos que en el año 1994 se realiza una encuesta por parte de la Cátedra de Medicina Intensiva donde se indaga sobre las características del trabajo de los intensivistas de todo el país, respondieron un 25% de los que ejercían, el 76% consideraba que la dedicación familiar era insuficiente; el 75% que la participación en la educación de los hijos era insuficiente; el autor concluía que a pesar de la dureza del trabajo el síndrome de Burnout no parece existir entre los intensivistas uruguayos, “ya que 92% de los mismos se mostraron conformes con su actividad profesional”¹². Sin embargo, poco tiempo después una encuesta efectuada en un sistema de emergencia móvil, señala – entre muchos otros conceptos– la incidencia del multiempleo, trastornos en la vida personal y de pareja (incluyendo separación o divorcio), y que un tercio de los encuestados, aproximadamente, admitió haber aumentado algunas adicciones, entre ellas el uso de cafeína, tabaco, psicofármacos y alcohol, en ese orden¹².

En estos estudios se concluyó que hubo una alta incidencia de Burnout en los residentes y los médicos, asociado con un mayor consumo de alcohol cuando se sienten deprimidos por la gran carga de trabajo. El tipo de hospital, la categoría del médico, el consumo de alcohol, la práctica de la especialidad, el número de pacientes atendidos por turno, las horas continuas trabajadas, las horas de trabajo en total por semana, el número de veces de guardia por semana, la edad, el estado civil, años de práctica, la satisfacción con la especialidad de la práctica y la satisfacción en las relaciones con los pacientes se asociaron fuertemente con DP. La experiencia médica de mala praxis, años en la práctica, el número de pacientes atendidos por turno, número de veces de guardia a la semana, la categoría de médico, el género, la edad, el estado civil, la práctica de la especialidad, la satisfacción con la práctica de la especialidad, y la satisfacción con las relaciones de los pacientes están fuertemente asociadas con la RP⁵.

En el estudio “Incidencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Público de Montevideo”² la muestra que se utilizó fue intencional y su composición se alcanzó a través de dos criterios. Por una parte tanto la dirección del hospital como su gremio, solicitaron que se trabajara sobre los sectores que consideraban con más alto riesgo, por antecedentes de situaciones conflictivas en los mismos. Y por otro la accesibilidad a ciertos sectores y turnos. El factor con mayor incidencia en la muestra estudiada es Realización Personal, donde el 37% presenta un nivel bajo. Se encuentra que un 54% de la población masculina presenta baja realización personal, frente a un 31% de la femenina. Cuantos más años de trabajo en el hospital y en la salud disminuyen los índices de baja Realización Personal. Se aprecia que la mayoría del personal sanitario (73%) presenta alta realización personal, llegando al 100% en el personal médico. Por otra parte, la mayoría del personal no sanitario (56%) presenta bajos grados de realización personal, siendo el 80% en el sector “limpieza y mantenimiento”².

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas del grado de Despersonalización en relación a la edad y al nivel de estudios, aunque se aprecia un leve aumento en los funcionarios que han finalizado estudios terciarios. Los niveles más altos de despersonalización se concentran en dos intervalos: entre 5 y 9 años y aquellos que tienen más de 20 años de trabajo en la institución².

En relación al factor Cansancio Emocional se observan niveles altos en el 19% de la población estudiada, niveles medios en el 23% y niveles bajos en el 57%. Se destacan con un mayor grado de CE aquellos que alcanzaron la educación terciaria y/o universitaria con un 36% y 31% respectivamente. El 30% de las personas que llevan trabajando en el Hospital más de 20 años, obtienen puntuaciones altas en este factor y también aquellos que tienen mayor carga horaria semanal².

Un importante grupo médico de Montevideo, que lleva estadísticas desde el inicio de sus actividades en enero de 2000, ha registrado cifras impactantes en cuanto a los días de certificación médica. El grupo, que representa más del 30% de los médicos en actividad, muestra que en el año

2000 por *trastornos mentales* estuvieron certificados 1.759 días (9,67% del total, detrás de tumores malignos y enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo); en el año 2001 ocuparon el primer lugar, con 3.304 días (16,76% del total, seguidos por las dos causas mencionadas) y para lo que iba de 2002 llevaba el tercer lugar, con 1.514 días (9,76% del total)¹². Otro artículo publicado en Archivos de Pediatría del Uruguay¹³, revela una encuesta efectuada en un sistema de emergencia móvil como aproximación a un diagnóstico de situación. En dicho trabajo se comparten conclusiones con estudios de otros países, y señala la incidencia del multiempleo, trastornos en la vida personal y de pareja (incluyendo separación o divorcio), y que aproximadamente un tercio de los encuestados admitió haber aumentado algunas adicciones, entre ellas el uso de cafeína, tabaco, psicofármacos y alcohol, en ese orden^{12,13}. Recientemente, una encuesta realizada por la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría y la Asociación de Psiquiatras del Interior muestra elementos preocupantes en la misma dirección^{12,14}. Estudios más aproximados a los de nivel internacional son el de Silveira, N.¹⁵ y el propio estudio de Grisel Añon et al², ya citado en párrafos anteriores.

En cuanto al estudio de los instrumentos utilizados para el diagnóstico de Síndrome de Burnout y en el análisis de los métodos implementados en la mayoría de artículos científicos consultados, predomina el uso del MBI como instrumento de evaluación. Sin embargo en la actualidad toman mayor relevancia los cuestionarios BCSQ. En relación con estos se determinó que el BCSQ-36 y el BCSQ-12 permitían identificar los subtipos de Burnout con adecuadas consistencia interna, validez factorial y convergente respecto al MBI-GS. El BCSQ-12-SS permitió identificar brevemente los subtipos de Burnout entre estudiantes, con adecuadas consistencia interna, validez factorial, validez convergente respecto al MBI-SS y validez divergente entre los subtipos; presentando una gran capacidad explicativa respecto al estándar MBI-SS⁷.

Se ha demostrado, entonces, un poder explicativo superior de los BCSQ sobre los MBI; registros a tener en cuenta al momento de elegir un instrumento de medición del síndrome en futuros estudios en nuestro país.

Es importante tener en claro los grados de Burnout para luego implementar un tratamiento adecuado. El grado leve consta de manifestaciones y síntomas que generan malestar, insatisfacción y agotamiento que entorpecen levemente la vida y la tarea clínica; el grado moderado consta de manifestaciones que se agudizan, el estrés, la insatisfacción y el agotamiento son constantes, los síntomas físicos se incrementan y la labor clínica se ve perjudicada; por último el grado severo es en el cual los síntomas y manifestaciones tienen una intensidad elevada, pueden aparecer patologías asociadas, el agotamiento, el desinterés y la insatisfacción es total, las relaciones interpersonales se encuentran alteradas y la actividad laboral se ve notablemente afectada o incluso se ha suspendido.

Para prevenir o resolver el síndrome de Burnout existen herramientas de intervenciones tanto individuales como grupales para solucionar o tratar de anticipar la presencia de dicha afección. Una de ellas son las técnicas de relajación, dentro de las cuales se encuentran las técnicas de respiración, relajación per sé y visualización. Técnicas de autocontrol como las técnicas de estimulación del control y de programación conductual también son utilizadas; así como las técnicas dirigidas a fortalecer y restablecer lazos emocionales.

Otra técnica es la higiene emocional a partir de la planificación del tiempo libre mediante la realización de actividades de esparcimiento como puede ser la práctica de deportes. También se puede fomentar la higiene emocional con la toma de descansos en el trabajo. Este último emprendimiento es actualmente muy utilizado por varias empresas multinacionales.

En cuanto a las intervenciones grupales tienen como objetivo aumentar la comunicación del equipo para así contar con mayor apoyo emocional y social, así como reducir tensiones en el ambiente laboral. Se plantea además la necesidad de tener una buena condición ambiental en el espacio físico de trabajo como en el propio equipo.

Según House¹⁶, existen cuatro tipos de apoyos para prevenir y tratar este síndrome: Apoyo emocional, instrumental, informativo y evaluativo. Los cuales están relacionados con los afectos, confianza, aspectos económicos, educación y afección de la persona. Existen estrategias orientadas tanto

individuales como paliativas, las cuales mejoran el afrontamiento y permiten adquirir habilidades para el manejo de emociones asociadas que permiten expresar la ira, manejar sentimientos de culpa, etc.

Ramos (1999) y Manassero y Colaboradores (2003)¹⁷ destacan que es importante realizar ejercicio físico, técnicas de relajación, técnicas entrenamiento para el autocontrol, inoculación del estrés y desensibilización sistemática para superar la ansiedad¹⁷. Otras estrategias orientadas son las sociales y las organizacionales para contar con dicho apoyo.

Conclusiones y perspectivas.-

Una conclusión común es que el estrés laboral está significativamente relacionado con la satisfacción laboral.

Creemos que es importante que se cree una pauta para el tratamiento del síndrome de Burnout ya que representa una potencial amenaza para la calidad y seguridad de la atención del paciente afectando el rendimiento, tal como lo expresa la siguiente frase: “El profesional de la salud se enferma en la misma medida que sana al paciente”^{17,18}.

Debemos reconocer que esta patología existe entre nosotros, y que puede adquirir proporciones crecientes, conforme se deterioran algunas de las características del sistema de salud y de las instituciones.

No podemos olvidar el efecto “iceberg” y el subregistro de estas patologías y situaciones, porque sus portadores no lo manifiestan abiertamente.

Sus consecuencias se hacen sentir sobre la pérdida del trato humanitario y el deterioro de la calidad asistencial. El MBI es el instrumento más utilizado en el estudio del Burnout a través de los años. En la actualidad el BCSQ cobra mayor relevancia en la actualidad dado los resultados de consistencia y validez con respecto al MBI.

Es imprescindible la Psicoeducación para orientar al personal médico sobre la afectación para que el mismo esté alerta a los posibles síntomas o manifestaciones. La psicoterapia personal permite a su vez, mejorar, conocerse y autoevaluarse, mientras que la autoatención se basa en cuidarse uno mismo

estableciendo límites claros con los pacientes, adecuando vínculos terapéuticos. Es aquí donde entra la realización de ejercicio físico, la buena nutrición, técnicas relajantes como, por ejemplo, Reiki y Yoga.

Otro pilar terapéutico de gran ayuda es el compromiso interpersonal y profesional, el cual se logra creando redes de apoyo familiar y social así como la reducción del estrés laboral por medio del control del trabajo, limitando número de pacientes a ver, mejorar las horas libres y los descansos¹¹.

Se plantean pautas en la organización del trabajo como los son la reducción de horarios excesivos, días libres de toda actividad medica u hospitalaria, distribución equitativa de cargas de atención médica, permitir autonomía controlada a las capacidades y destrezas, supervisión adecuada durante el proceso formativo y reducción de cargas administrativas innecesarias.

Existen también planes que permiten crear ambientes sociales fuera del ámbito hospitalario, aumentar el número de horas con la familia y con compromisos familiares, estimular el deporte y dieta adecuada así como también tomar sesiones para manejar el estrés¹⁹⁻²⁴.

Referencias Bibliográficas.-

1. Ferreira, F., Benevides-Pereira, A., Guerreiro, E., Oliveira, J., Araujo, E., Machado, L., et al. Triggering Risk Factors of the Burnout Syndrome in Ob/Gyn Physicians from a Reference Public University of Brazil. ISRN Obstetrics and Gynecology. Volume 2012, Article ID 593876, 6 pages. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>
2. Añon, G., Baez, G., Barrale, P., Bogliacino, V., Escudero, E., Estévez, G., et al. Incidencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Público de Montevideo. [Artículo en internet]. Facultad de Psicología, UdelaR. Psicología, Conocimiento y Sociedad 2 (1), 130 - 148 (mayo, 2012). [Accesado 21 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/106/58>
3. Ortega, C., López, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Universidad de Almería, España. Int J Clin Health Psychol, 2004, Vol. 4, N° 1 pp. 137-160. Disponible en: http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
4. West, C., et al. Burnout and Distress Among Internal Medicine Program Directors: Results of A National Survey. J Gen Intern Med 28(8):1056–63. Published online April 18, 2013. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710382/pdf/11606_2013_Article_2349.pdf
5. Kuan-Yu Chen, Che-Ming Yang, Che-Hui Lien, Hung-Yi Chiou, Mau-Roung Lin, Hui-Ru Chang, et al. Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *Int. J. Med. Sci.* 2013, Vol. 10 (11):1471-1478. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775103/>
6. Khamisa, N., Peltzer, K., Oldenburg, B. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2013**, 10(6), 2214-2240. Published online May 31, 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717733/>
7. Montero-Marín, J., García-Campayo, J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-

- 36)". [Artículo de internet] BMC Public Health. 2010 [accesado 21 de Agosto 2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887826/>
8. Juárez-García, A., et al. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. [artículo en internet] Salud Mental, México, 2014. [accesado 21 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n2/v37n2a10.pdf>
9. Edméa Fontes de Oliva Costa, Shirley Andrade Santos, Ana Teresa Rodrigues de Abreu Santos. Enaldo Vieira de Melo, Tarcísio Matos de Andrade. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. [artículo en internet] Sao Paulo. Clinics. 2012. [accesado 21 de Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3370307/>
10. Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A., Miralles, T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. [Artículo en internet] Madrid. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 1997, [accesado 21 de Agosto 2014]. Disponible en: http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/validacion_cbb.pdf
11. Dr. Graue, E., Dr. Álvarez, R., Dr. Melchor, M. El Síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html
12. Dr. Turnes, A. El Burnout o Síndrome de desgaste profesional entre los médicos uruguayos. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/art17.pdf>
13. Matrai Loredana. Estrés y Burnout, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. Arch. Pediatr. Urug. [revista en Internet]. [citado 2014 Sep 2]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492001000500003&lng=es

14. Asociación de Psiquiatras del Interior. Sociedad de Psiquiatría. Equipos Mori. Estudio sobre las condiciones de trabajo de los Médicos Psiquiatras en el Uruguay. [Artículo en Internet] Montevideo. Equipos Mori. 2009. [accesado 21 de Agos. 2014]. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/Informe%20SPU.pdf>
15. Silveira, N. Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa : estrés, satisfacción y burnout en médicos y enfermeras del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". – Montevideo. Psicolibros-Waslala, 2008
16. Thomaé, M., Ayala, E., Sphan, M., Storti, M. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006 Pág. 18-21. Disponible en: http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm
17. Durán, M., García, J., Ojeda, M. Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada laboral 2011. Universidad de la Cuenca, Ecuador: 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4080/1/MED182.pdf>
18. Carrillo-Esper, R., Gómez, K., De Los Monteros, I. Burnout syndrome in medical practice. Medicina Interna de México. Volume 28, Issue 6, October 2012, Pages 579-584. Disponible en: <http://www.scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/record/display.url?eid=2-s2.0-84873965751&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=burnout&nlo=&nlr=&nls=&sid=0A925AECE85B121EF39288F779D5E4AE.fM4vPBipdL1BpirDq5Cw%3a500&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22MEDI%22%2ct&sl=22&s=TITLE-ABS-KEY%28burnout%29&ref=%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%29&relpos=14&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28burnout%29%29+AND+%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%29+AND+%28+LIMIT->

[TO%28SUBJAREA%2C%5C%26quot%3BMEDI%5C%26quot%3B+%29+%29+](#)

19. Gómez-Gascón, T., Fernández, M., Gálvez-Herrer, M., Tapias-Merino, E., Beamud-Lagos, M., Mingote-Adán, J. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract.* 2013 Nov 17;14:173. doi: 10.1186/1471-2296-14-173. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24237937>
20. Morse, G., Salyers, M., Rollins, A., Monroe, M., Pfahler, C. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Adm Policy Ment Health.* Sep 2012; 39(5): 341–352. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156844/>
21. Tsai HH1, Yeh CY, Su CT, Chen CJ, Peng SM, Chen RY. The effects of exercise program on burnout and metabolic syndrome components in banking and insurance workers. *Ind Health.* 2013;51(3):336-46. Epub 2013 Mar 22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23518604>
22. Vázquez-Ortiz, J., Vázquez-Ramos, M., Álvarez-Serrano, M., Reyes-Alcaide, M., Martínez-Domingo, R., Nadal-Delgado, M., et al. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. Vol 9, No 1(2012). ISSN 1696-7240. ISSN-e 1988-8287. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/39145>
23. Ptacek, R., Stefano, G., Kuzelova, H., Raboch, J., Harsa, P., Kream, R.M. Burnout syndrome in medical professionals: A manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics (Review). Volume 34, Issue 4, 2013, Pages 259-264. Disponible en: [http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/record/display.url?eid=2-s2.0-84880561370&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=burnout&nlo=&nlr=&nls=&sid=0A925AECE85B121EF39288F779D5E4AE.fM4vPBipdL1BpirDq5Cw%3a310&sot=b&sdt=sisr&sl=22&s=TITLE-ABS-KEY%28burnout%29&ref=%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%](http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/record/display.url?eid=2-s2.0-84880561370&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=burnout&nlo=&nlr=&nls=&sid=0A925AECE85B121EF39288F779D5E4AE.fM4vPBipdL1BpirDq5Cw%3a310&sot=b&sdt=sisr&sl=22&s=TITLE-ABS-KEY%28burnout%29&ref=%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%29%29)

[29&relpos=13&relpos=13&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28burnout%29%29+AND+%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%29](#)

24. Jevtic, M., Backovic, D., Zivojinovic-Ilic, J., Maksimovic, M., Bjelanovic, J. Burnout syndrome in medical students during clinical training. Volume 6, Issue 2, 2012, Pages 571-577. Disponible en: <http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/record/display.url?eid=2-s2.0-84857698810&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=burnout&nlo=&nlr=&nls=&sid=0A925AECE85B121EF39288F779D5E4AE.fM4vPBipdL1BpirDq5Cw%3a500&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22MEDI%22%2ct&sl=22&s=TITLE-ABS-KEY%28burnout%29&ref=%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%29&relpos=18&relpos=18&citeCnt=1&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28burnout%29%29+AND+%28%28%28syndrom+burnout%29%29+AND+%28SYNDROME+BURNOUT%29%29+AND+%28BURNOUT+SYNDROME%29+AND+%28+LIMIT-TO%28SUBJAREA%2C%5C%26quot%3BMEDI%5C%26quot%3B+%29+%29>

Anexos.-

Anexo 1:

Extraído de: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0436TG.pdf>

ESCALA DE MASLACH PARA MEDIR EL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Este cuestionario mide de forma autoaplicada el desgaste profesional con una fiabilidad cercana al 0,9. Se consideran puntuaciones bajas las que están por debajo de 34.

- | | |
|--|--|
| 1. Me siento emocionalmente agobiado por mi trabajo. | me endurezca emocionalmente. |
| 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. | 12. Me siento muy activo. |
| 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar. | 13. Me siento frustrado en el trabajo. |
| 4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes. | 14. Creo que estoy trabajando demasiado. |
| 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. | 15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes. |
| 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo. | 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. |
| 7. Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes. | 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes. |
| 8. Me siento 'quemado' por mi trabajo. | 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes. |
| 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas. | 19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. |
| 10. Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. | 20. Me siento acabado. |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo | 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. |

Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. **Despersonalización:** 5, 10, 11, 15, y 22.

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

Anexo 2:

Extraído de: Pines, A. y Aronson, E. (1988). Career Burnout: Causes and cures. New York: The Free Press.

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo14.shtml>

BURNOUT MEASURE

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él.

No existen respuestas correctas o incorrectas.

Este cuestionario es confidencial.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

1. Nunca
2. Alguna vez al año
3. Una vez al mes
4. Algunas veces al mes
5. Una vez por semana
6. Algunas veces por semana
7. Todos los días

Agotamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
1. Me siento deprimido							
2. Estoy emocionalmente agotado							
3. Me siento quemado							
4. Me siento atrapado							
5. Estoy preocupado							
6. Me siento desesperado							
7. Me siento ansioso							
Agotamiento mental							
1. Soy feliz							
2. Soy infeliz							
3. Tengo un buen día							
4. Me siento inútil							

5. Me encuentro optimista							
6. Me siento desilusionado							
7. Me siento rechazado							
Agotamiento físico							
1. Me encuentro cansado							
2. Estoy agotado físicamente							
3. Me encuentro destrozado							
4. Me siento sin fuerzas							
5. Me encuentro desgastado							
6. Me siento débil							
7. Me siento enérgico							

Anexo 3-5:

Extraído de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887826/>

Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout (BCSQ-36)*							
1 Totalmente de acuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 En desacuerdo	4 Indeciso	5 De acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo	
1.	Tengo la necesidad de obtener grandes triunfos en el trabajo (A)						
2.	Creo que invierto más de lo saludable en mi dedicación al trabajo (O)						
3.	En el trabajo, invierto todo el esfuerzo necesario hasta superar las dificultades (Im)						
4.	Ambiciono la obtención de grandes resultados en el trabajo (A)						
5.	Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en el trabajo (O)						
6.	Me involucro con gran esfuerzo en la solución de los problemas del trabajo (Im)						
7.	Siento la necesidad de abordar grandes metas en el trabajo (A)						
8.	Ariesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el trabajo (O)						
9.	Si en el trabajo no logro el resultado esperado, me empeño más para alcanzarlo (Im)						
10.	Tengo una fuerte necesidad de grandes logros en el trabajo (A)						
11.	Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del trabajo (O)						
12.	Ante las dificultades en el trabajo reacciono con mayor participación (Im)						
13.	Me siento indiferente y con poca inclinación hacia mi trabajo (Id)						
14.	Me gustaría dedicarme a otro trabajo que planteara mayores desafíos a mi capacidad (Ld)						
15.	Siento que mi trabajo es mecánico y rutinario (B)						
16.	Tengo poco interés por las tareas de mi puesto de trabajo (Id)						
17.	Siento que mi actividad laboral es un freno para el desarrollo de mis capacidades (Ld)						
18.	Mi trabajo me ofrece poca variedad de actividades (B)						
19.	No tengo ilusión por mi actividad laboral (Id)						
20.	Me gustaría desempeñar otro trabajo en el que pudiera desarrollar mejor mi talento (Ld)						
21.	Estoy descontento en mi trabajo por la monotonía de las tareas (B)						
22.	En el trabajo me comporto con despreocupación y desgana (Id)						
23.	Mi trabajo no me ofrece oportunidades para el desarrollo de mis aptitudes (Ld)						
24.	Me siento aburrido en el trabajo (B)						
25.	Quienes demandan mi servicio no muestran aprecio ni gratitud por mis esfuerzos (La)						

26.	Cuando las cosas del trabajo no salen del todo bien dejo de esforzarme (N)	
27.	Me siento impotente en muchas situaciones de mi trabajo (Lc)	
28.	El reconocimiento profesional no depende de lo que uno se esfuerce en el trabajo (La)	
29.	Me rindo como respuesta a las dificultades en el trabajo (N)	
30.	Me siento indefenso ante algunas situaciones de mi trabajo (Lc)	
31.	En la organización donde trabajo no se tienen en cuenta el esfuerzo y la dedicación (La)	
32.	Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo (N)	
33.	Siento que se escapan de mi control los resultados de mi trabajo (Lc)	
34.	Pienso que mi dedicación en el trabajo no se ve reconocida (La)	
35.	Cuando el esfuerzo invertido en el trabajo no es suficiente, me doy por vencido (N)	
36.	En mi trabajo trato con muchas situaciones que están fuera de mi control (Lc)	

Implicación (F)	=	(Im)/4	=
Ambición (F)	=	(A)/4	=
Sobrecarga (F)	=	(O)/4	=
Subtipo frenético	=	(F)/3	=
Indiferencia (U)	=	(Id)/4	=
Aburrimiento (U)	=	(B)/4	=
Falta de Desarrollo (U)	=	(Ld)/4	=
Subtipo sin-desafíos	=	(U)/3	=
Abandono (W)	=	(N)/4	=
Falta de Control (W)	=	(Lc)/4	=
Falta de Reconocimiento (W)	=	(La)/4	=
Subtipo desgastado	=	(W)/3	=

* Montero-Marin J and García-Campayo J: A newer and broader definition of burnout: Validation of the 'Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)'. *BMC Public Health* 2010, 10:302.

Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout (BCSQ-12)*

1 Totalmente de acuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 En desacuerdo	4 Indeciso	5 De acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
----------------------------	------------------------	--------------------	---------------	-----------------	---------------------	----------------------------

1.	Creo que invierto más de lo saludable en mi dedicación al trabajo (O)	
2.	Me gustaría dedicarme a otro trabajo que planteara mayores desafíos a mi capacidad (Ld)	
3.	Cuando las cosas del trabajo no salen del todo bien dejo de esforzarme (N)	
4.	Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en el trabajo (O)	
5.	Siento que mi actividad laboral es un freno para el desarrollo de mis capacidades (Ld)	
6.	Me rindo como respuesta a las dificultades en el trabajo (N)	
7.	Arriesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el trabajo (O)	
8.	Me gustaría desempeñar otro trabajo en el que pudiera desarrollar mejor mi talento (Ld)	
9.	Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mi trabajo (N)	
10.	Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del trabajo (O)	
11.	Mi trabajo no me ofrece oportunidades para el desarrollo de mis aptitudes (Ld)	
12.	Cuando el esfuerzo invertido en el trabajo no es suficiente, me doy por vencido (N)	

Sobrecarga (O)	=		(O)/4	=	
Falta de Desarrollo (Ld)	=		(Ld)/4	=	
Abandono (N)	=		(N)/4	=	

* Montero-Marín J, Skapinakis P, Araya R, Gili M, García-Campayo J: Towards a brief definition of burnout syndrome by subtypes: development of the 'Burnout Clinical Subtype Questionnaire' (BCSQ-12). *Health Qual Life Outcomes* 2011, 9:74.

Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout Versión Estudiantes (BCSQ-12-SS)*

1 Totalmente de acuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 En desacuerdo	4 Indeciso	5 De acuerdo	6 Muy de acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------	------------------------	----------------------------	-----------------------------------

1.	Creo que invierto más de lo saludable en mi dedicación al estudio (O)	
2.	Me gustaría estudiar alguna otra cosa que planteara mayores desafíos a mi capacidad (Ld)	
3.	Cuando los resultados de mis estudios no salen del todo bien dejo de esforzarme (N)	
4.	Descuido mi vida personal al perseguir grandes objetivos en el estudio (O)	
5.	Siento que mis actuales estudios son un freno para el desarrollo de mis capacidades (Ld)	
6.	Me rindo como respuesta a las dificultades en el estudio (N)	
7.	Ariesgo mi salud en la persecución de buenos resultados en el estudio (O)	
8.	Me gustaría estudiar otra cosa en la que pudiera desarrollar mejor mi talento (Ld)	
9.	Abandono ante cualquier dificultad en las tareas de mis estudios (N)	
10.	Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del estudio (O)	
11.	Ignoro mis propias necesidades por cumplir con las demandas del estudio (Ld)	
12.	Cuando el esfuerzo invertido en el estudio no es suficiente, me doy por vencido (N)	

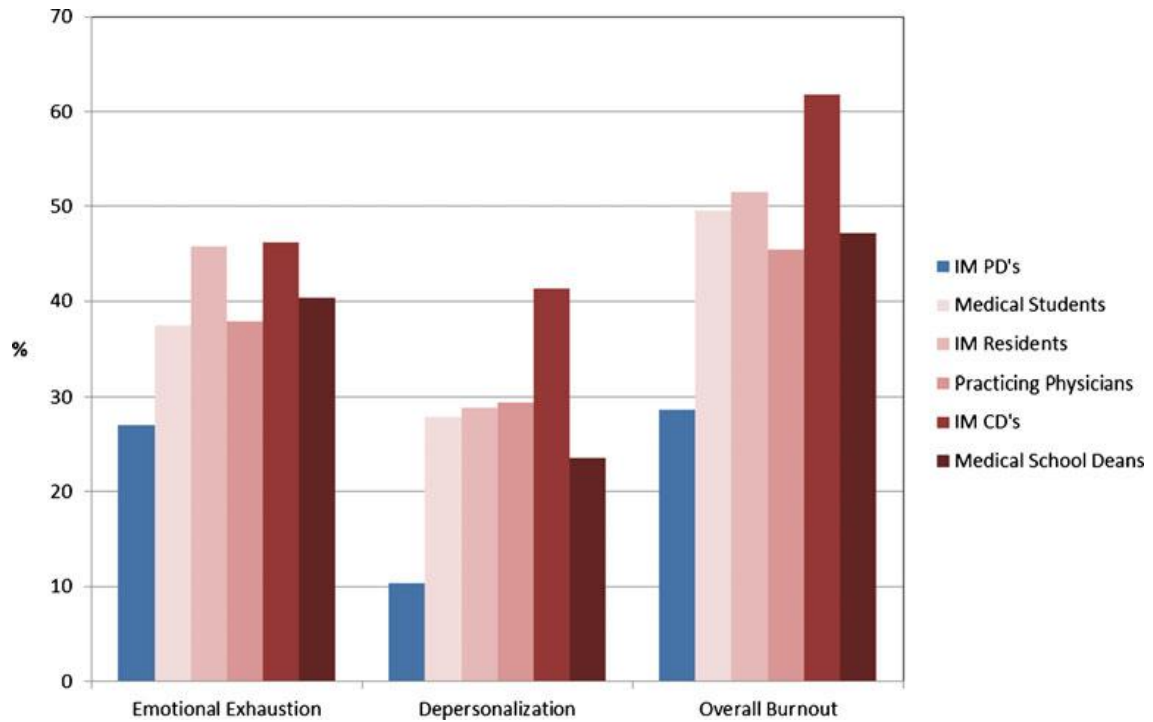
Sobrecarga (O)	=		(O)/4	=	
Falta de Desarrollo (Ld)	=		(Ld)/4	=	
Abandono (N)	=		(N)/4	=	

* Montero-Marín J, Monticelli F, Casas M: Burnout syndrome among dental students: A short version of the 'Burnout Clinical Subtype Questionnaire' adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Med Educ* 2011, 11:103

Anexo 6:

Extraído de:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710382/pdf/11606_2013_Article_2349.pdf



Emotional exhaustion, depersonalization, and overall burnout among internal medicine program directors (IM PDs), medical students, internal medicine (IM) residents, practicing physicians, IM clerkship directors (IM CDs), and medical school deans nationally (% reporting high levels of each burnout domain).