

Indice

Indice.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	9
Metodología.....	10
Resultados.....	12
Discusión.....	17
Conclusiones y perspectivas.....	18
Referencias Bibliográficas.....	19
Agradecimientos.....	20
Anexos.....	21
Formulario de consentimiento informado de la investigación.....	21
Cuestionario de Maslach Burnout Inventory utilizado.....	23
Variables sociodemográficas indagadas (diseñado por los investigadores).....	25

Resumen

El síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional es un estado psicológico producto del estrés crónico laboral y de la exposición a factores de riesgo psicosociales. Éstos últimos son el resultado del ámbito laboral que afectan la salud de los trabajadores a través de diferentes mecanismos psicológicos, fisiológicos, y de la falla en la prevención a tiempo por parte del propio individuo y de la institución en donde se desempeña.

La prevalencia del síndrome de burnout dentro de las especialidades médicas tiene implicancias en la propia salud de los profesionales y en la calidad de atención que se brinda a los usuarios de los sistemas de salud. Además, la residencia médica puede ser una etapa sensible al estrés, dado que el médico se encuentra en plena formación y debe afrontar responsabilidades asistenciales.

A nivel nacional existen escasos datos, por lo que se realizó un estudio descriptivo y transversal con residentes de diversas especialidades médicas (medicina interna, medicina intensiva, dermatología, endocrinología, gastroenterología, cardiología, hematología e imagenología) y quirúrgicas (cirugía general, cirugía vascular, cirugía plástica, urología, anestesia, otorrinolaringología y oftalmología), en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, de la ciudad de Montevideo en el período de junio-agosto de 2018.

El estudio se basó en la recolección de datos mediante la aplicación del cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) y además se indagó sobre cuatro variables de la población. Se encuestaron 140 residentes dando como resultado una prevalencia de síndrome de burnout global de 7,1%, y 4,3% se encontraron al límite, a un punto de presentarlo. El 42,8% presentó alterada la dimensión de agotamiento emocional que es la primera en afectarse en el desarrollo del mismo. Esto puede tener como consecuencia una mayor presentación completa de este síndrome en un futuro.

Palabras clave: Síndrome de burnout, síndrome de desgaste profesional, residentes.

Introducción

Historia y evolución del síndrome de burnout.

El término “burnout” surge en 1974 en Nueva York; mediante la observación que realizó el psicólogo Herbert J. Freudenberger en voluntarios de la clínica “Free Clinic”. Observó que los voluntarios que estaban más involucrados en su trabajo, se tornaban insensibles, agresivos, distantes, con agotamiento consecuente de la pérdida progresiva de energía, sensación de fracaso. Además realizaban su tarea en un ambiente laboral tenso y exigente socialmente, recibiendo una remuneración económica baja, con una carga horaria alta y sin un horario pautado (1–4). Freudenberger opta en fin por el término “burnout” para encuadrar factores tanto personales como del entorno laboral, como consecuencia de un elevado requerimiento de energía (4).

En el año 1976 la psicóloga Christina Maslach presenta la definición de éste síndrome en el Congreso Anual Estadounidense de Psicología, y a partir de esto se le da mayor difusión al concepto, tornándose una referente acerca del tema. Lo definió como: “síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (...). Nace como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo” (5). A partir de esta conceptualización diversos autores han propuesto sus definiciones, entre éstos Brillen 1984 propuso una definición menos conocida: “es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor” (1). Más tarde en 1987 Etzion lo plantea como “un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo (...) hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por qué sucedió” (1). En el mismo año Burke explica el burnout como “un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento” (2).

En 1988 Pines y Aronson, propusieron una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda, basada en el agotamiento mental, físico y emocional, dado por involucrarse de forma continuada en el ámbito laboral en situaciones con demandas emocionales (1). Posteriormente Moreno y Oliver indican que sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él (1). En el siglo XXI Faber lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige producir mejores resultados con mínimos recursos y al menor tiempo. Debido a esto señala cuatro variables para explicar la aparición del burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros; 2) intensa competitividad; 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece (2). Por último, este síndrome fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida (3).

Perspectivas del síndrome de burnout.

Han sido propuestas dos perspectivas diferentes de este síndrome. La primera define una perspectiva clínica, la cual refiere a un estado centrado en la sintomatología producido por un estrés laboral crónico. La segunda planteada por Maslach, contempla el aspecto psicosocial, basada en el vínculo entre el entorno laboral y las características de los individuos de dicho contexto (2,5-7).

Diferenciación de burnout con otros conceptos.

Depresión:

Uno de los conceptos más discutidos es el de depresión. Ambas concepciones tienen en común ciertas características como por ejemplo: fatiga, dificultad en la concentración, agotamiento emocional, entre otros. A pesar de las similitudes, la depresión se encuadra dentro de cualquier circunstancia de la vida del individuo afectando su funcionamiento global; sin embargo el síndrome de burnout se desarrolla exclusivamente en el contexto laboral, no perjudicando necesariamente otras áreas del individuo (2,4,5).

Estrés:

Diversos autores hacen referencia a que el síndrome de burnout constituye una de las respuestas a la exposición crónica del estrés laboral, presentando similitudes con el estrés como respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales (5). El síndrome de burnout se expresa en individuos que generan relaciones de asistencia hacia otros, lo que resulta en la aparición de la despersonalización como punto clave en la definición de este concepto, no siendo así en el estrés laboral (2,4,5). Por último, Maslach plantea que el estrés, es un proceso que presenta consecuencias tanto positivas como negativas para el sujeto, en cambio el síndrome de burnout sólo tendría efectos negativos para este (2).

Desarrollo del síndrome de burnout.

Se plantearon diversos modelos para explicarlo. Para Edelwich y Brodsky el desarrollo de este síndrome tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda, en primer lugar hay entusiasmo por el nuevo trabajo y altas expectativas, después viene el estancamiento por incumplimiento de estas, posteriormente hay frustración, y por último la apatía por la falta de recursos del sujeto para afrontar dicha frustración (2). Cherniss postula “tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo” (2). Posteriormente Leiter y Maslach proponen dicho proceso se manifiesta progresivamente; el desequilibrio entre la demanda laboral y los recursos de la persona provoca primero un estado de agotamiento emocional, luego como estrategias de afrontamiento se genera la despersonalización y por último una baja realización personal como

producto del inadecuado afrontamiento a los estresores. Generando así una sucesión de las dimensiones en agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (4).

Modelo tridimensional.

Dada la dificultad para determinar la diversa sintomatología del síndrome, se establecen tres dimensiones (2-5):

-Agotamiento emocional: elemento clave. La persona se siente sobrepasada, con pérdida de energía, fatiga y desgaste de sus recursos emocionales.

-Despersonalización: el individuo crea una defensa ante sentimientos y actitudes negativas, teniendo sentimientos distantes con el entorno.

-Falta de realización personal: el sujeto no se interesa por el trabajo, por la competencia y por el éxito. Toma una postura pesimista consigo mismo, teniendo insatisfacción de sus logros, lo que afecta su autoestima y sus relaciones interpersonales.

Estos tres elementos se manifiestan de forma progresiva y gradualmente, pudiendo presentarlos en distintas etapas de su vida (3). Ésta conceptualización del síndrome de burnout es la más aceptada actualmente (5,6).

Factores de riesgo.

Se plantean posibles factores de riesgo que hacen al sujeto susceptible de padecer burnout (4).

Variables personales: como la edad (relacionado con menor experiencia), género, variables familiares (falta de estabilidad familiar), personalidad (individuos competitivos, perfeccionistas e hiperexigentes), situaciones vitales estresantes.

Variables laborales-profesionales: exagerado conocimiento teórico con insuficiente actividad práctica. Condiciones deficitarias del ambiente laboral, baja remuneración, exceso de trabajo, falta de trabajo en equipo, trabajo nocturno, incorporación de nuevas tecnologías y nuevos fármacos como factores de tensión. Variables sociales: presión social y familiar para ser un profesional prestigioso, ejercicio de la medicina defensiva (4).

Síntomas y signos.

En la presentación de este síndrome, se puede encontrar sintomatología física y sintomatología de la esfera psicológica. Dentro de los síntomas psicológicos podemos encontrar sensibilidad a las críticas, dificultades para la toma de decisiones, preocupación desmesurada, sentirse fuera de control, negatividad, pérdida de autoestima, entre otros (4). Debido a la exposición progresiva al estrés crónico, que lleva a la aparición del síndrome de burnout, pueden manifestarse diferentes síntomas físicos de la esfera cardiovascular, gastrointestinal, musculares, neurológicos (4). Son considerados signos de alarma el aislamiento, la culpabilidad, los cambios en los hábitos de higiene y alimentación y también los trastornos de sueño (4).

La severidad del síndrome de burnout se puede describir en cuatro niveles (3): Leve: donde aparece el cansancio, las quejas y los trastornos del sueño.

Moderado: presentando el paciente negatividad, aislamiento.

Grave: cuando aparece la administración de psicofármacos, ausentismo laboral y abuso de sustancias.

Extremo: manifestaciones con cuadros psiquiátricos con riesgo de suicidio (3).

Evaluación y diagnóstico del síndrome de burnout.

Para realizar la evaluación y diagnóstico del síndrome de burnout se han empleado distintos métodos. Al inicio se realizaban observaciones sistemáticas, entrevistas y tests; posterior a ello, se crearon cuestionarios y auto-informes, siendo los mismos los más utilizados y aplicados para la valoración de burnout (3,5).

A continuación se exponen algunos de ellos:

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente (3).
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo (3).
- El cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse en el trabajo incluye desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y expectativas como aspecto a evaluar del síndrome de burnout (3).

El Maslach Burnout Inventory (MBI) propuesto por Maslach y Jackson (1981,1986) ha sido la herramienta más utilizada como sistema de evaluación de este síndrome (2,3,5). Este instrumento clásico de medida, ha sido planteado por las autoras con el objetivo de aplicarlo a profesionales de servicios humanos y fue denominado MBI- Human Services Survey (MBI- HSS) (5). Además, partiendo del concepto como ya ha sido expuesto de que el síndrome de burnout puede también estar presente en otros profesionales y no necesariamente solo en los que brindan servicios asistenciales, se crean dos versiones más del MBI (5):

-(MBI-ES) “Educators”: dirigido a profesionales de la educación.

-(MBI-GS) “General Survey”: versión de carácter genérico, aplicado a diversos profesionales de distintas áreas.

El síndrome de burnout se caracteriza por ser una variable continua porque puede presentarse en bajo, moderado o alto grado, diferente al concepto de variable dicotómica, donde esta puede adoptar solo dos valores, presencia o ausencia del síndrome. Un alto grado de síndrome de burnout esta dado por alto puntaje en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y bajo en realización personal. Un grado moderado se manifiesta a partir de

puntuaciones medias en las tres dimensiones. Finalmente, bajo puntaje en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y alto en la de realización personal pone en manifiesto bajo grado de este síndrome (8).

Fortalezas del MBI

A través de esta herramienta de medición (MBI), la investigación ha puesto foco en revalidar y ratificar la presencia del modelo tridimensional y su relación con el síndrome. La aceptación internacional, el apoyo de la estructura factorial y la evidencia de validez divergente, han sido ventajas de este instrumento (5).

Consecuencias del síndrome

La presencia de burnout puede conducir a problemas en todos los aspectos del sujeto como en lo familiar, social, afectando las relaciones interpersonales, y por supuesto a nivel laboral (4). Esta patología puede traer consecuencias en el nivel organizacional-laboral, por ejemplo accidentes laborales, llegadas tarde, ausentismo, falta de compañerismo, apatía con el paciente, todos ellos generando una mala calidad de la atención médica (4). Maslach plantea que este síndrome tiene una participación importante en la pérdida del trabajo en equipo, como también en la relación con el consumo de sustancias alcohólicas, psicofármacos, trastornos de la esfera emocional y problemas familiares (4,9).

Tratamiento y prevención

Estos dos puntos han sido fundamentales en la motivación para investigar con dedicación este síndrome tan relevante en la vida diaria de los profesionales. La prevención y el tratamiento de burnout asegura contención mediante la elaboración de habilidades y estrategias para una óptima y adecuada formación de los profesionales, modificando pensamientos y sentimientos del individuo con respecto a su entorno laboral (2).

Se han planteado como objetivos y lineamientos los siguientes (3):

- Proceso de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
- Equilibrio de diferentes áreas: familia, amigos, descanso, trabajo.
- Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar la agenda laboral.
- Formación continua.

Objetivos

Objetivo general:

-Conocer la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital de Clínicas
Dr. Manuel Quintela.

Objetivos específicos:

-Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes de especialidades médicas y quirúrgicas: medicina interna, medicina intensiva, dermatología, endocrinología, cardiología, gastroenterología, hematología, imagenología, cirugía general, cirugía vascular, cirugía plástica, urología, anestesiología, oftalmología y otorrinolaringología.

-Evaluar la proporción de síndrome de burnout de las especialidades que realizan guardia y de las que no la realiza

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la ciudad de Montevideo, en el período de junio-agosto de 2018.

El universo de estudio fue la totalidad de residentes de las especialidades médicas (medicina interna, medicina intensiva, dermatología, endocrinología, cardiología, hematología, gastroenterología e imagenología) y quirúrgicas (cirugía general, cirugía vascular, cirugía plástica, urología, anestesiología, oftalmología y otorrinolaringología), que se encontraban cursando cualquier año de la residencia en el período antes mencionado. La elección de dichas residencias médicas se realizó aleatoriamente entre especialidades médicas y quirúrgicas. Los criterios de inclusión en este estudio fueron: ser médico residente de cualquier año de las especialidades previamente mencionadas, trabajar en Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. El criterio de exclusión existente en este estudio solo abarcó a aquellos residentes que no aceptaron participar del estudio.

Recolección de datos.

Se realizó una carta solicitando autorización para el desarrollo del estudio a la institución y a cada departamento participante. Se obtuvo autorización de todas las cátedras menos de oftalmología que debido a esto no formó parte de la investigación.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI), el cual evalúa los 3 aspectos de este síndrome, el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal, mediante diversas preguntas cuya respuesta se realiza mediante la colocación de un puntaje del 0 al 6, siendo 0 nunca y 6 todos los días. De acuerdo a la puntuación obtenida con este test se puede medir la intensidad con la que se sufre el síndrome de burnout (5). Este test está validado en diferentes países de Latinoamérica (10,11) y ha sido usado en tareas de investigación en Uruguay (12,13). Además del MBI también se indagó sobre factores de la población. En el caso de las variables cuantitativas se crearon categorías para ser encuestadas (fueron convertidas en variables cualitativas) para que el manejo de los datos sea más accesible. Se utilizaron variables como sexo (femenino o masculino), horas de trabajo semanal (menos de 30 horas, entre 30 y 50 horas y mas de 50 horas semanales), si realizan o no guardia y horas de esparcimiento diario (menos de 2 horas o más de dos horas diarias). En cada cuestionario se ingresó el número de cédula de cada sujeto para posteriormente ingresar los datos y poder concluir con ellos, por lo que el manejo de los datos no fue anónimo pero si confidencial.

Análisis de los datos.

Los datos se analizaron empleando la herramienta Calc del paquete Open Office. Se calcularon porcentajes (porcentaje de síndrome de burnout en determinada especialidad, porcentaje de síndrome de burnout relacionada a cada variable sociodemográfica), y se presentaron distintos gráficos de barra y tablas que ilustran los resultados. Se calculó la prevalencia del síndrome dentro de cada especialidad médica estudiada, y de los residentes que realizaban guardia y los que no. Los resultados finales serán difundidos mediante un póster y eventualmente en una revista científica. Se compartirán los resultados con las diferentes cátedras participantes, con la finalidad de que se informen sobre los resultados obtenidos.

La investigación realizada fue avalada por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas, de la ciudad de Montevideo.

Resultados

De las 14 especialidades encuestadas, con un total de 159 residentes, se logró encuestar 140. No se logró realizar el cuestionario en residentes de Oftalmología debido a razones ajenas a la investigación.

En cuanto a las características de la población, el 57,9% (n = 81) de los encuestados fueron de sexo femenino. El porcentaje de residentes que realizan guardias fue de 87,9% (n = 123). El 80,6% de los residentes tenía otro trabajo además de realizar la residencia (n = 112). El 72,1% (n = 101) trabajaba más de 50 horas semanales, el 27,9% (n = 39) trabajaba entre 30 y 50 horas y ninguno de los encuestados trabajaba menos de 30 horas semanales. El 49,3% (n = 69) tenía más de dos horas de esparcimiento diario.

Con respecto al año cursado, el 28,6% (n = 40) de los encuestados se encontraban primer año de residencia, el 33,6% (n = 47) en el segundo año, el 27,1 % (n = 38) en el tercer año, el 10,0% (n = 14) en el cuarto año y el 0,7% (n = 1) en quinto año.

La distribución de los residentes según la especialidad se encuentra en Tabla 1.

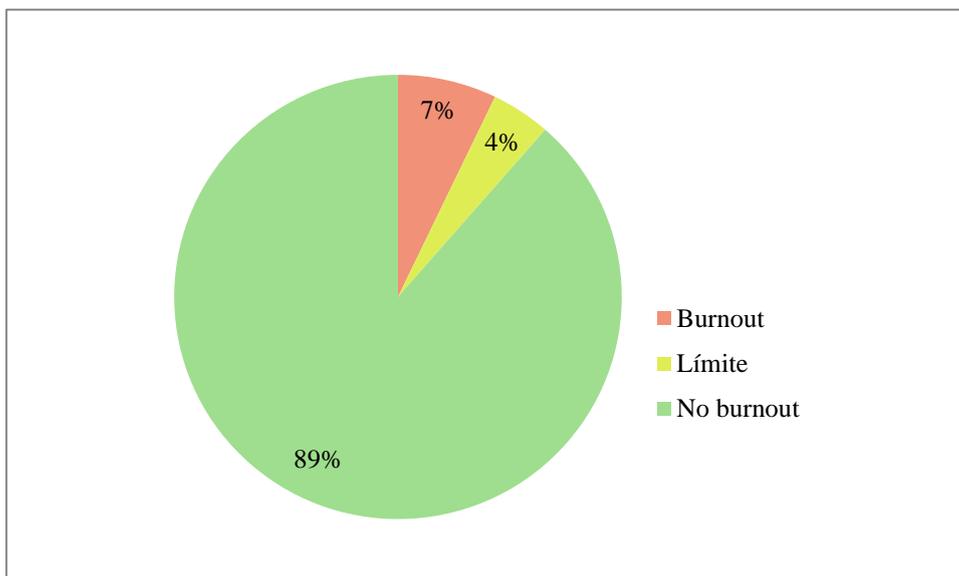
Tabla 1. Distribución de los residentes según la especialidad.

Especialidad	Porcentaje	N
Cirugía general	4,29%	6
Cirugía vascular	2,14%	3
Cirugía plástica	4,29%	6
Medicina interna	12,14%	17
Endocrinología	1,43%	2
Gastroenterología	3,57%	5
Otorrinolaringología	3,57%	5
Dermatología	8,57%	12
Cardiología	7,86%	11
Hematología	2,86%	4
Imagenología	6,43%	9
Urología	2,86%	4
Anestesiología	35,00%	49
Medicina intensiva	5,00%	7

Se muestra porcentaje y número de residentes de cada especialidad que formaron parte de la investigación.

En los encuestados se evidenció que la prevalencia de síndrome de burnout completo o en alto grado (8,12), es decir puntuaciones altas (según el MBI) de cansancio emocional y despersonalización, y puntuaciones bajas de realización personal en simultáneo, fue de 7,1% (n = 10). También se observó que hubo un 4,3% (n = 6) de lo que en este estudio se denominó “puntajes límites”, que son los casos en los cuales hay puntajes alterados de 2 de las 3 dimensiones del síndrome de burnout, a 1 punto de padecerlo (Gráfica 1). En cuanto al síndrome en moderado grado, es decir puntuaciones medias en las tres subescalas (8), se presentó solo en un residente (0,7%), y en bajo grado, es decir, baja puntuación en la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización y alta en la de realización personal (8), se presentó en el 20,7% (n = 29).

Gráfica 1. Prevalencia de burnout y puntaje límite en la totalidad de los encuestados.



Se muestra la prevalencia de burnout y puntaje límite de la totalidad de los encuestados (n = 140). Se denominó puntaje límite a los residentes con 2 de las 3 dimensiones afectadas a 1 punto de padecer el síndrome.

Teniendo en cuenta las tres dimensiones de este síndrome ya mencionadas (2–5), se calculó la prevalencia de la alteración del puntaje de cada una. Hubo situaciones en que el síndrome no se presentaba en forma completa, pero sí con puntajes alterados de una o dos de sus tres dimensiones. Estas prevalencias pueden verse en la Tabla 2.

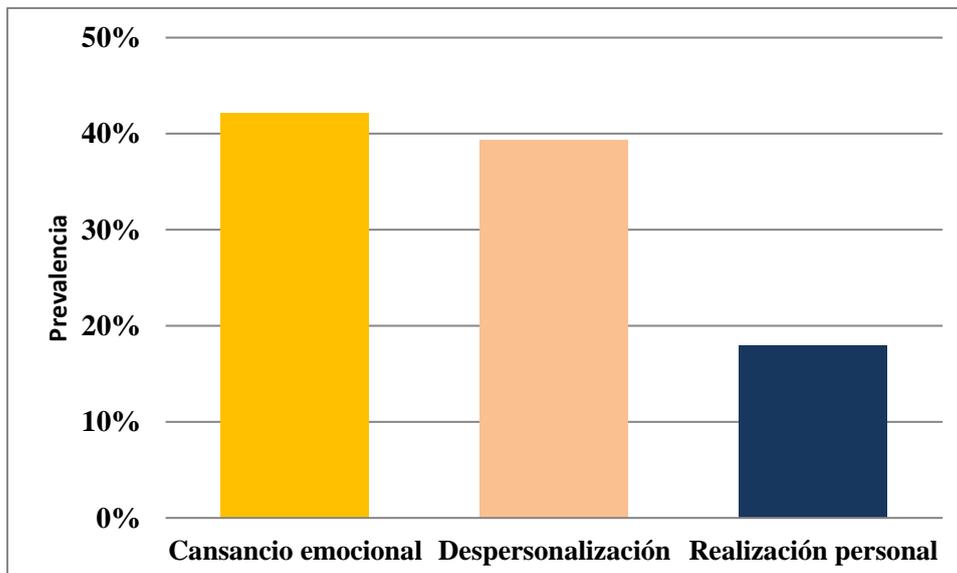
Tabla 2. Prevalencia de casos según número de dimensiones con puntaje alterado del síndrome de burnout.

	Porcentaje (n)
Sin dimensiones alteradas	38,6% (54)
Puntaje alterado en una dimensión	30,7% (43)
Puntaje alterado en dos dimensiones	23,6% (33)
Puntaje alterado en tres dimensiones (burnout completo)	7,1% (10)

Se calculó el porcentaje teniendo en cuenta el número de casos con ninguna, una, dos y tres dimensiones con puntaje alterado del síndrome, en el total de los encuestados.

En cuanto a cada dimensión, el 42,1% (n = 59) presentó alteración en el puntaje para el cansancio emocional, el 39,3% (n = 55) en el puntaje de la despersonalización y el 17,9% (n = 25) en el de la realización personal (Gráfica 2).

Gráfica 2. Prevalencia de alteración en los puntajes de cada dimensión del síndrome de burnout



Se muestra la prevalencia de alteración en los puntajes de cada dimensión del síndrome de burnout en el total de los 140 residentes. Se tuvo en cuenta los residentes tanto con puntaje alterado de una dimensión como en más de una.

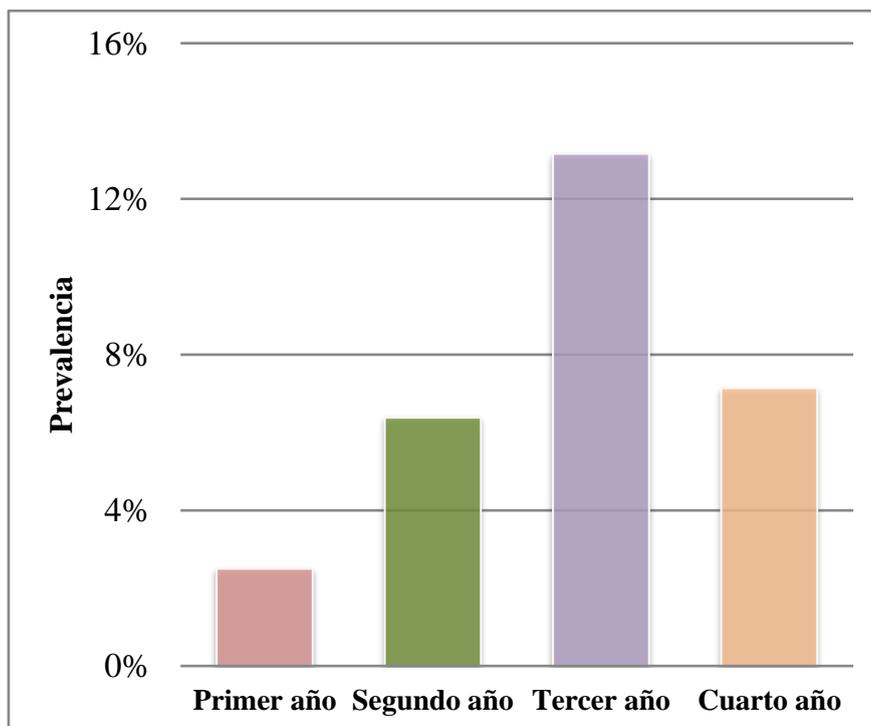
La prevalencia de síndrome burnout en el sexo femenino fue de 7,4% (n = 6) de un total de 81 mujeres y en el sexo masculino de 6,8% (n = 4) en un total de 59 hombres.

En los residentes que realizan guardia la prevalencia del síndrome de burnout fue de 8,1% (n =

10) de un total de 123 residentes, no existiendo síndrome de burnout en los 17 residentes que no la realizan. Del total de los que tenían otro trabajo (112 residentes), la prevalencia de burnout fue de 6,3 % (n = 7) y en los que no lo tenían (28 residentes) la prevalencia fue de 10,7% (n = 3). Según las horas de trabajo, de un total de 39 residentes que trabajaban entre 30 y 50 horas semanales presentaron una prevalencia del síndrome de 7,7%, (n = 3) y de un total de 101 residentes que trabajaban más de 50 horas semanales la prevalencia fue de 7,0% (n = 7). En cuanto a las horas de esparcimiento, en los 69 residentes que tenían más de dos horas de esparcimiento la prevalencia del síndrome de burnout fue de 7,2% (n = 5), mientras que en los 71 residentes que tenían menos de dos horas de esparcimiento esta prevalencia fue de 7,0% (n = 5).

En la Gráfica 3 se indica la prevalencia de síndrome de burnout según el año de residencia.

Gráfica 3. Prevalencia de síndrome de burnout según año de residencia.



Se calculó la prevalencia del síndrome dentro de cada año de residencia, teniendo en cuenta el número de casos de síndrome de burnout completo por año de residencia en el total de residentes de cada año.

En la totalidad de las especialidades médicas encuestadas la prevalencia de síndrome de burnout fue de 7,5% (n = 5) de un total de 67 residentes que cursaban en especialidades médicas y en las especialidades quirúrgicas fue de 6,9% (n = 5) de un total de 73 residentes.

Del total de residentes de anestesiología (49 residentes) surge una prevalencia del síndrome de burnout completo de 8,2% (n = 4). En cardiología esta prevalencia fue de 9,1% (n = 1) de un total de 11 residentes. Dentro del total de los residentes de cirugía plástica (6 residentes) el 16,7% (n = 1) presentó burnout. En imagenología, la prevalencia fue de 22,2% (n = 2) de un total de 9 residentes. En medicina interna, de un total de 17 residentes, se objetivó un 11,8% (n = 2). En cirugía vascular, cirugía general, dermatología, endocrinología, gastroenterología, hematología, medicina intensiva, otorrinolaringología y urología la prevalencia fue de 0%.

En cuanto a las dimensiones que componen el síndrome de burnout se observaron diferencias por especialidad, detallado en la Tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de dimensiones del síndrome de burnout, según la especialidad.

	Cansancio emocional alto % (n)	Despersonalización alto % (n)	Realización personal bajo % (n)
Anestesiología (n = 49)	38,8% (19)	46,9% (23)	12,2% (6)
Cardiología (n = 11)	63,6% (7)	63,6% (7)	18,2% (2)
Cirugía general (n = 6)	50% (3)	16,7% (1)	0% (0)
Cirugía plástica (n = 6)	66,7% (4)	50% (3)	16,7% (1)
Cirugía vascular (n = 3)	0% (0)	75% (2)	0% (0)
Dermatología (n = 12)	25% (3)	8,3% (1)	8,3% (1)
Gastroenterología (n = 5)	0% (0)	40% (2)	20% (1)
Imagenología (n = 9)	66,7% (6)	44,4% (4)	33,3% (3)
Medicina interna (n = 17)	52,9% (9)	47,1% (8)	17,6% (3)
Medicina intensiva (n = 7)	14,3% (1)	14,3% (1)	71,4% (5)
Otorrinolaringología (n = 5)	40% (2)	40% (2)	0% (0)
Urología (n = 4)	0% (0)	0% (0)	25% (1)

Las prevalencias fueron calculadas sobre el total de residentes encuestados de cada especialidad, donde cada individuo puede estar en más de una columna si tiene más de una de las dimensiones alteradas. Por razones de confidencialidad se omitió endocrinología y hematología.

Discusión

En primer lugar, cabe destacar que el presente estudio es el primero que indaga sobre prevalencia de síndrome de burnout en residentes de diferentes especialidades del Hospital de Clínicas y del Uruguay.

En un estudio previo realizado en residentes de anestesiología (12), en el año 2014, donde se estudió la prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout, se observó que esta fue 17,2%, mientras que en el presente estudio la prevalencia de burnout en residentes de anestesiología fue de 8,2%.

Además, con respecto al estudio realizado en especialistas y posgrados en Medicina Interna, en el año 2015 (13), donde se estudió el desgaste profesional y caracterización de las condiciones laborales, la prevalencia de Burnout fue de 10%, y en nuestro estudio fue de 11,8%, destacando que este último solo incluyó residentes del Hospital de Clínicas.

Una de las limitaciones del presente estudio es la incapacidad de concluir en términos estadísticos, debido a que es un estudio descriptivo. Asimismo, los estudios de tipo descriptivo son un buen insumo para efectuar un diagnóstico de situación, evidenciando situaciones emergentes que requieren nuevas aproximaciones, así como posibles intervenciones. Por otra parte, se destaca que dentro de la población considerada se ha conseguido una gran cobertura de 88% (140 de un total de 159 residentes).

Según los resultados obtenidos en este estudio se puede describir que el síndrome de burnout se presentó solo en aquellos residentes que realizan guardia, no pudiendo especificar el motivo debido a que hay variables que no fueron tenidas en cuenta en el estudio. Se distingue además que la gran mayoría de los residentes realizan más de 50 horas semanales y que el 50,7 % de los residentes encuestados tienen menos de dos horas de esparcimiento diario.

A simple vista se podría ver que en nuestra población la prevalencia del síndrome de burnout aumenta hasta tercer año, en relación al avance en los años de la residencia, pero esto no es posible asegurarlo ya que se trata de un estudio descriptivo.

Se constató que de los 140 encuestados, 6 residentes cuentan con 2 de las 3 dimensiones afectadas, a 1 punto de padecer el síndrome, denominados estos casos como “puntaje límite” en este trabajo. Como ya fue descrito en la introducción, el síndrome de burnout se manifiesta de forma progresiva, primero afectando el agotamiento emocional, seguido de la despersonalización y en último lugar la falta de realización personal (4). Se observó que 4 de cada 10 residentes presentan agotamiento emocional. Este hallazgo y los puntajes límites podrían ser indicios de que en un futuro habrían más casos de burnout si no se adoptan medidas preventivas.

El manejo de los datos en este estudio se realizó de manera confidencial, pero no anónima, lo cual

podría haber sesgado los resultados, y si bien el test utilizado está validado (10,11) sus respuestas no dejan de tener carácter subjetivo.

Algunos resultados fueron omitidos por cuestiones de confidencialidad, debido al poco número de residentes de algunas especialidades.

Dado que se obtuvo una alta tasa de respuesta, con los datos obtenidos se podría realizar en un futuro un estudio analítico para enriquecer los resultados de la investigación.

Conclusiones y perspectivas

La investigación realizada describió que el síndrome de burnout está presente en los residentes en un porcentaje no depreciable. Se observó que además de la presencia de síndrome de burnout completo, hubo varios casos con puntaje límite y alteración del puntaje en alguna de las dimensiones que lo componen en elevada frecuencia, lo que puede llevar a que en un futuro aumente la prevalencia del mismo.

Estos datos deberían ser tenidos en cuenta para la detección oportuna y prevención de este síndrome ya que afecta la calidad de vida del individuo y la calidad asistencial. Sería valioso que la Facultad de Medicina y los sistemas de salud planearan estrategias de screening para trabajar sobre esta problemática. Al tratarse de un estudio descriptivo los resultados de este estudio no permiten demostrar asociación entre el síndrome de burnout y posibles factores de riesgo, pero esto puede ser objeto de estudio en futuros proyectos de investigación.

Referencias Bibliográficas

1. Miravalles J. Síndrome Burnout [Internet]. Gabinete de Psicología. 2009. Available from: [http://www.javiermiravalles.es/sindrome burnout/Introduccion y Definicion.html](http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Introduccion%20y%20Definicion.html)
2. Martínez Pérez A. The Burnout Syndrome. Overview and Development of the Concept. *Vivat Acad* [Internet]. 2010;112:1–40. Available from: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
3. Saborío L, Hidalgo L. Síndrome De Burnout. *Med Leg Costa Rica*. 2015;32(1):1–6.
4. Capezzuto Castro B, Garay Albarracin M, Castrillón de Freitas S, Chávez Grimaldi G. Estrés laboral. Síndrome de Burnout y mobbing en el equipo de salud. [Internet]. Primer. República U de C de la U de la, editor. Montevideo; 2017. 1-97 p. Available from: <http://udelar.edu.uy/eduper/wp-content/uploads/sites/29/2017/12/estreslaboral.pdf>
5. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab* [Internet]. 2017;19(58):59–63. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ* [Internet]. 2017 Nov 9;17:195. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5680598/>
7. Elmore LC, Jeffe DB, Jin L, Awad MM, Turnbull IR. National Survey of Burnout among US General Surgery Residents. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2016 Sep 26;223(3):440–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5476455/>
8. De las Cuevas C, González de Rivera J., De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benítez A. Burnout y reactividad al estrés. *Rev Med Univ Navarra* [Internet]. 1997;41(April):10–8. Available from: http://www.psicoter.es/_arts/97_A150_05.pdf
9. van Vendeloo SN, Godderis L, Brand PLP, Verheyen KCPM, Rowell SA, Hoekstra H.

Resident burnout: evaluating the role of the learning environment. *BMC Med Educ* [Internet]. 2018 Mar 27;18:54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5872499/>

10. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada J. Confiabilidad y validación de la escala maslach burnout inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud uninorte*. 2016;32(2):218–27.
11. Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile. [Internet]. Universidad de Chile; 2005. Available from: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
12. Cebriá AL, Turconi L, Bouchacourt JP, Medina F, Riva J, Castromán P. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en residentes de anestesiología de Uruguay. 2013;1(2):23–30.
13. Goñi M, Medina F, Pintos M, Blanco C, Resumen FT. Desgaste profesional y caracterización de las condiciones laborales de especialistas y posgrados en Medicina Interna. *Rev Médica del Uruguay*. 2015;31(1):39–45.

Agradecimientos

Se agradece a las cátedras participantes y a los residentes participantes de la investigación.

Anexos

Formulario de consentimiento informado de la investigación.



“Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.”

Equipo técnico: Profesora Agda. Dra. LLAMBI Laura, Asistente Dr. ANDRADE Rodrigo, Asistente Dra. ROMERO Selva, Br LLAMBI Natalia, Br MATO Ximena, Br OLIVERA Camila, Br PALOMBO Romina, Br ROTELA Andrea, Br RUZZCKI Celiana.

Nombre:.....

CI:.....

Lo invitamos a participar de este proyecto de investigación cuyo objetivo es el estudio de la prevalencia de síndrome de burnout en médicos residentes de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas.

Este síndrome es caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir en individuos cuya tareas diarias se circunscriben al servicio de las personas

Es un proyecto descriptivo, en el cual participarán residentes de diferentes especialidades médicas (medicina interna, intensiva, dermatología, endocrinología, cardiología, gastroenterología, hematología e imagenología) y quirúrgicas (cirugía general, cirugía vascular, cirugía plástica, urología, anestesiología, otorrinolaringología y oftalmología), del Hospital de Clínicas.

Su participación es libre y voluntaria, pudiendo realizar cualquier consulta que crea pertinente.

Se aplicará el cuestionario “Maslach Burnout Inventory”, el cual, evalúa las características propias de este síndrome. Además se le harán preguntas cerradas sobre datos sociodemográficos para la posterior elaboración de conclusiones. La duración promedio de llenado de la encuesta comprende de 10 minutos.

Su participación tiene un riesgo mínimo y puede generar molestias en su horario de trabajo.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory utilizado.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	

20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Variables sociodemográficas indagadas (diseñado por los investigadores).

C.I.:

Residencia:

Año de residencia cursando:

Sexo: Hombre Mujer

Horas de trabajo semanal: Menor a 30 hrs

Entre 30-50 hrs

Mayor a 50 hrs

Guardia: Sí No

Horas de esparcimiento diario: Menos de 2 hrs

Más de 2 hrs