



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

SEDE REGIONAL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Síndrome de burnout en médicos especialistas y residentes: estudio de frecuencia y variables asociadas”

Autor: Javier Barlatey

Tutor: Dra. Susana Swinny

Co-tutor: Dra. Mónica Gustaffson

Correo electrónico: barlateyj@hotmail.com

Fecha: 22 de agosto 2018

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Marco teórico.....	5
Problema.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Material y método.....	12
Resultados	16
Discusión.....	27
Conclusión.....	30
Referencias bibliográficas.....	31
Anexo I: Encuesta.....	36
Anexo II: Consentimiento informado.....	39
Anexo III: Carta de tutor y cotutor.....	40
Anexo IV: Carta de autorización Sanatorio Esperanza.....	41
Anexo V: Carta de autorización Sanatorio de la Mujer.....	42

RESUMEN

Introducción: El estrés y las enfermedades profesionales, como el burnout, son hoy en día más frecuentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional y los médicos no se encuentran ajenos a ello. Por lo que es importante que se tomen medidas para la prevención y el afrontamiento del mismo.

Objetivos: determinar la frecuencia de Síndrome de burnout en médicos especialistas y residentes, su relación con distintas variables socioeconómicas y ocupacionales y las especialidades más expuestas.

Materiales y métodos: se realizó un estudio de tipo analítico, observacional de corte transversal. Se trabajó con una encuesta conteniendo el cuestionario Maslach Burnout Inventory – HSS. La muestra fue de 129 médicos que formaban parte del Sanatorio de la Mujer y el Sanatorio Esperanza

Resultados: la prevalencia de síndrome de burnout en los médicos estudiados fue del 24,8%.

Conclusiones: del total de 129 médicos estudiados, se encontró una prevalencia de 24,8%. Se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino. La edad más afectada fue en el grupo conformado por menores de 35 años, aquellos que trabajaron 12 horas y más, los que realizaban mayor cantidad de ejercicio semanal y los residentes. La dimensión más afectada fue la despersonalización con un 59%.

Palabras claves: Burnout – Desgaste profesional – Agotamiento - Despersonalización

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout se desarrolla en todos los contextos laborales en respuesta a una situación de estrés laboral crónico. Está presente frecuentemente en personas que están en contacto directo con otras, como el personal de los Servicios de Salud. En estos servicios, es importante que el trabajador “tenga y trabaje” con bienestar individual y en colectividad. Sin embargo, el personal de salud puede presentar este padecimiento, debido a la responsabilidad, presión y demanda que exige la relación con el paciente. El agotamiento emocional fue la primera variable asociada al ausentismo, el intento de renunciar a la profesión, elegida vocacionalmente, el menoscabo personal, y el quebrantamiento de la familia, son consideradas, las consecuencias directas de este desconocido padecimiento.

El concepto de agotamiento, término originario de los EE.UU. ha sido definido por Maslach y Jackson (1981) como "un síndrome de agotamiento emocional, depersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que hacen trabajo en condiciones exigentes y estresantes que superan la capacidad de sus estrategias de afrontamiento y sus expectativas a veces con ideas frustrantes y poco realistas". Investigaciones recientes, reconocen que este síndrome, puede ser el resultado de la interacción entre diferentes factores personales y profesionales.

Según la literatura, las enfermeras y médicos son el personal más propenso a esta nueva forma de estrés laboral y/o síndrome de burnout. Un estudio realizado en médicos generales refiere una prevalencia a nivel mundial entre el 43% y 45% y en residentes entre 47 a 76%(Méndez, 2011)

Se han propuesto muchas variables como factores predisponentes, dentro de las cuales se consideran: las características demográficas, tipo de trabajo, género, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, situaciones de estrés vividas con despareja supervisión, perfiles de personalidad o crisis institucionales, entre otras.

Los médicos asistentes y más aún quienes son residentes están sometidos a intensas demandas de trabajo diariamente, debido a que se encuentran en un proceso de formación profesional con presión académica y retos personales de superación profesional, poco tiempo en casa, sumado al compromiso con el paciente en su tratamiento y/o recuperación; por lo que son considerados dentro de los trabajadores de salud con alto

riesgo de sufrir síndrome de burnout. Si a estos desencadenantes le incorporamos, la falta de incentivo de quienes están a cargo del servicio, la escasa remuneración económica, la pérdida del prestigio social, la escasa o nula comunicación con el equipo de trabajo y con los directivos, sin duda alguna, resulta indispensable que los hospitales adopten estrategias de prevención y afrontamiento para el mismo.

El desconocimiento de este síndrome, por parte del personal sanitario, con consecuencias tan nefastas como las que conlleva su padecimiento, fue lo que me impulsó a realizar una investigación profunda de la temática. Conocer la presencia del cuadro, en los hospitales y servicios de nuestro medio, sin duda, es de vital trascendencia. El reconocimiento de los síntomas premonitorios de este síndrome, a fin de lograr prevención y fortalecimiento de los recursos necesarios para evitarlo , así como poder determinar los causales que conducen al profesional médico, a este túnel sin regreso, exponiéndolo a sufrirlo con consecuencias personales y sociales, es el fundamento principal del objetivo de este trabajo.

MARCO TEÓRICO

LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

El trabajo organiza y modela toda la vida del trabajador, por lo que su bienestar laboral psicológico y su salud mental son consecuencias personales del mismo. Por tanto es el común denominador y condicionante de toda vida en sociedad. Si bien puede ser fuente de placer, también puede ser fuente de sufrimiento (Duran Rojas, 2003). En su actividad, se encuentra sujeto a respetar varias racionalidades al mismo tiempo: la organización del trabajo impuesta por la institución, la eficacia productiva, la búsqueda de su realización personal, la inserción en un colectivo de trabajo, y la preservación de su salud física, psíquica y mental. Trabajar significa enfrentarse permanentemente a situaciones como el miedo, aburrimiento, a veces humillación y vergüenza, sentimientos de injusticia, e incluso traicionar sus propias convicciones. Al respecto Dejours, (2000) opina que: en el enfrentamiento del hombre con su tarea, este pone en peligro su vida mental.

Por lo tanto, el sufrimiento así como la satisfacción son algo inherente al trabajo. El sufrimiento se experimenta debido a varios factores: las exigencias propias de la tarea, la carga física, psíquica y mental del trabajo derivadas de la configuración del mismo, de la distancia existente entre el trabajo tal como es prescripto al trabajador y la actividad o trabajo real. Cuando tienen miedo a fracasar o hacer mal su labor, a causa de su complejidad, cuando se ven obligados a violar con frecuencia normas prescritas, a tener que desobedecer las órdenes, y a fingir que las cumplen. (Neffa, 2009)

Cuando los obstáculos no permiten una suficiente movilización de la subjetividad para hacer una tarea creativa desplegando su formación; y competencias para comunicarse, coordinarse y cooperar con otros; cuando no le encuentra sentido debido a la heteronomía, a la organización deshumanizante y a la alienación de que es objeto; cuando se reduce la participación en la vida familiar y en actividades públicas, recreativas, esto se refleja negativamente en la salud biológica, psíquica y mental (Duro Martín, 2005).

Los estudios sobre la Psicodinámica del Trabajo por Dejours (1998) , pusieron de manifiesto el desgaste psíquico y mental que significaba para las personas hacer frente a esos riesgos; el tener que aceptar, en virtud de sus necesidades, el ejercicio de una labor heterónoma, concebida y decidida por otros, pero que además pueda ser riesgosa para su

vida y su salud. Así como también, demostraron los mecanismos por los cuales las personas resistían y se adaptaban a las deficientes condiciones y medio ambiente.

Los individuos actúan de manera diferenciada y específica, para resistir, adaptarse y desarrollar mecanismos de defensa, propios y colectivos. Estas estrategias forman parte de un proceso que se construye y se desarrolla, modificándose con el transcurso del tiempo. (García, 2004)

Silvia Bermann (1995) sostiene que cuando las demandas laborales son excesivas, aparecen distintas expresiones de malestar que van desde manifestaciones subclínicas, que pueden pasar inadvertidas (irritabilidad, tensión, preocupaciones) hasta cuadros patológicos más graves como psicosis o neurosis.

Por otro lado, Castel (2010) señala que el estado de precarización de la persona favorece el surgimiento de un estado de inestabilidad e incertidumbre constante, y Stolkiner (1994) sostiene que la precariedad guarda una relación directa con la salud mental.

La inestabilidad laboral hace que se pierda la idea de progreso, asociada tradicionalmente, al trabajo y la posibilidad de construir una perspectiva de futuro consistente, lo que aumenta los niveles de sufrimiento subjetivo. (Woods, 1996)

SÍNDROME DE BURNOUT

En la actualidad, la globalización y la transformación social, el boom económico y los avances tecnológicos han cambiado el contexto laboral. Nuevas demandas y preferencias de los consumidores y/o usuarios de servicios, han generado mayores exigencias a los trabajadores, competencia en todas las áreas, lo que ha transformado el mundo laboral y los sistemas de trabajo.

Estas transformaciones han sido vistas por algunos como importantes fuentes desencadenantes de estrés, el cual está relacionado con una disminución en la calidad y en la productividad del desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional (Jawahar, Stone & Kisamore, 2007), surgiendo nuevas patologías y factores de riesgo para la salud y el bienestar psicológico de los trabajadores, lo que ha sido comprobado en distintas muestras ocupacionales y en diversos colectivos profesionales. Siendo el sector de servicios donde se ha notado con mayor claridad las consecuencias de estos cambios, exacerbándose riesgos distintos a los tradicionalmente

concebidos (riesgos físicos, químicos, o biológicos), de naturaleza psicosocial, como el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. (Gil-Monte & Peiró, 2008)

Este fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas. (Giberti, 2004)

Goldvarg (2000) en nuestro país, lo define como: “Un síndrome cuya principal característica es un sentimiento abrumador de estar exhausto, acompañado por sentimientos de frustración, ira e indiferencia, sensación de ineficacia y fracaso laboral que afecta tanto el funcionamiento a nivel personal como a nivel social “. Lo considera, como una forma de responder a estresores crónicos en el trabajo que están presentes cotidianamente, a diferencia de lo que ocurre con las crisis agudas; y que si bien es un fenómeno individual se encuentra inserto en un contexto de relaciones sociales complejas, afectando la concepción personal de sí mismo y de los otros.

El concepto de Christina Maslach, que si bien comenzó a estudiarlo como un “estado”, en 1981 junto con Susan Jackson lo redefinen, considerándolo ya no como un fenómeno estático resultante de un problema individual, intrapsíquico sino como un “proceso” mucho más complejo, y como una respuesta al estrés laboral crónico. El cual se desarrolla en personas cuyo objeto de trabajo son otras personas, y que se caracteriza por tener tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización en el trabajo. (Maslach & Jackson, 1981)

DESENCADENANTES

Gil -Monte y Peiró (2005) identifican cuatro niveles de factores desencadenantes del burnout:

- a) **Nivel individual**: los sentimientos idealistas y altruistas llevan al médico a involucrarse excesivamente en los problemas de los pacientes, y convierten a la solución del problema en una cuestión de reto personal. Por lo tanto, se sienten culpables de los fallos, propios y ajenos, esto genera un alto grado de agotamiento emocional y disminución de la sensación de realización personal.
- b) **Nivel de relaciones interpersonales**: las relaciones con beneficiarios y compañeros de trabajo conflictivas, tensas y prolongadas, la falta de apoyo por parte de los

compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o administración de la organización son fenómenos característicos que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

c) **Nivel organizacional**: los profesionales de la salud trabajan en estructuras que presentan el esquema de una burocracia profesionalizada, que lleva a generar problemas de coordinación entre sus miembros, las dificultades en la libertad de acción, sufren la incompetencia de los profesionales, las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas institucionales. Esto, resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) **Nivel social**: actúan como factores desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, como el aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de status y/o prestigio de la profesión, aparición de nuevas leyes que regulan el ejercicio profesional, cambios en los perfiles demográficos de la población que obligan a cambios en los roles.

DIMENSIONES

Desde un modelo conceptual multidimensional, Maslach lo divide en tres dimensiones; el nivel de desgaste emocional (representa la dimensión de estrés básico del burnout), el nivel de despersonalización (representa la dimensión interpersonal) y el nivel de sentimiento de incompetencia (representa la dimensión de autoevaluación). (Martínez & Guerra, 1998)

- **El Cansancio emocional** (Dimensión de estrés básico). Se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento, de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. Implica estar emocionalmente exhausto, es una pérdida de recursos emocionales. El sujeto siente que ha perdido la energía para trabajar y, debe realizar mucho esfuerzo para enfrentar un nuevo día, se siente agotado, y no tiene una fuente de recarga de impulsos o estímulos.
- **Despersonalización** (Dimensión interpersonal): Para protegerse del cansancio emocional, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así una actitud fría, impersonal, con deshumanización de sus relaciones, manifiesta sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias de su trabajo, se muestra distanciado y en ocasiones utiliza términos peyorativos hacia sus pacientes y colegas, tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y

disminuyendo su compromiso laboral. Evita el contacto y se produce una conducta excesivamente distante e insensible, que incluye a veces la pérdida del idealismo. Es una forma de autodefensa.

- **Falta de Realización Personal** (dimensión de autoevaluación): Es un sentimiento de incompetencia que aparece cuando las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales. Si bien puede surgir el efecto contrario: una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable.

Se produce una disminución del sentimiento de éxito y productividad en la tarea, aparece la idea de fracaso. Este sentimiento de inadecuación acerca de las propias habilidades personales puede conducir a un veredicto de fracaso autoimpuesto. Puede exacerbarse con la pérdida de soporte social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente. (Zaldúa, Lodieu & Koloditzky, 2000)

Por otro lado, existen cuatro niveles de burnout (Pacheco, Durán & rey, 2007):

- a) **Leve**: en el que aparecen el cansancio, quejas vagas, dificultad para levantarse a la mañana.
- b) **Moderado**: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- c) **Grave**: automedicación con psicofármacos, ausentismo laboral, rechazo al trabajo, abuso de sustancias
- d) **Extremo**: marcado retraimiento, cuadros psiquiátricos, riesgo suicida.

La progresión del síndrome no es lineal, es más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo. Los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada.

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD

Se pueden presentar distintos síntomas, a nivel físico, afectivo y actitudinal, los que pueden observarse en la siguiente tabla.

Tabla 1
Síntomas y signos asociados al síndrome de burnout.

Físicos:
Taquicardia, dolor y opresión precordial Dispepsia, micciones frecuentes Impotencia sexual o falta de libido, alteraciones del ciclo menstrual Parestesias, tensión muscular, mialgias Cefalea persistente, migraña, diplopía.
Afectivos:
Repentinos y frecuentes cambios de humor Incapacidad de sentir compasión por otras personas Interés excesivo por su salud física. Introversión, cansancio y falta de concentración Astenia, aumento de la irritabilidad, angustia
De comportamiento:
Indecisión y descontento injustificado Aumento de ausentismo Tendencia a sufrir accidentes automovilísticos Trabajo ineficaz y uso de recursos para evitarlos Tendencia a consumir alcohol y drogas Exceso de comidas, aumento de la dependencia a tranquilizantes. Trastornos en el sueño Disminución de la calidad de vida y la cantidad de trabajo

Nota. Recuperado de *Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo*. Estudios gerenciales, de Pérez, J. P. (2013), 29(129), 445-455.

En la última etapa, aparece la idea de abandonar el trabajo; los olvidos se hacen cada vez más frecuentes. Se incrementan los pensamientos negativos sobre sí mismo y sobre su futuro. Realiza sobre generalizaciones; aumento de la suspicacia y la sospecha o falta de credibilidad. Se desarrolla lo que podría llamarse “mentalidad de víctima” (Marchena Hernández & Torres Brieva, 2014). Hay una preocupación excesiva por las propias necesidades y supervivencia.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1981, Maslach y Jackson 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. Este inventario se divide en tres sub-escalas que miden tres factores ortogonales cada una, denominados:

- 1- Agotamiento emocional, consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, puntuación máxima 54.
- 2- Despersonalización, está formada por 5 ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad, insensibilidad, distanciamiento entre sí mismo y al que recibe el servicio en diversos aspectos del trabajo. Puntuación máxima 30.
- 3- Realización personal, se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia

y realización personal en el trabajo, puntuación máxima 48. Obteniéndose en ellas una puntuación 7 estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66. (Faúndez& Gil-Monte, 2009)

Con respecto a las puntuaciones se consideran: bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Cada enunciado pertenece a una de las tres dimensiones que se valoran con una escala tipo Likert de siete puntos, siendo 0 nunca y 6 todos los días, que se relacionan con la frecuencia con la que se experimentan. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

4 = Una vez a la semana

1 = Pocas veces al año o menos

5 = Pocas veces a la semana

2 = Una vez al mes o menos

6 = Todos los días

3 = Unas pocas veces al mes o menos

PROBLEMA

¿Las situaciones estresantes a las que se enfrenta el médico en su labor diaria, pueden colocarlo en una situación de vulnerabilidad que favorezca el mal ejercicio de la medicina?

OBJETIVO GENERAL

Identificar la presencia y el grado de burnout en médicos y los factores asociados al mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Determinar la frecuencia del síndrome de burnout según variables sociales y ocupacionales.

-Identificar las especialidades más expuestas

-Determinar la relación entre el síndrome de burnout y las variables sociales y ocupacionales.

-Comparar resultados de acuerdo a especialidad y condición (residentes o especialistas).

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio analítico, observacional de corte transversal. Se trabajó con médicos y residentes de todas las especialidades médicas que formaban parte de las instituciones, Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario y Sanatorio Esperanza de la ciudad de Esperanza que prestaron su consentimiento a participar de forma voluntaria.

La recolección de datos se obtuvo de fuentes primarias, la cual se realizó mediante una encuesta en formato papel, anónima, dirigida a los profesionales (véase anexo I). La misma fue considerada el patrón oro para objetivar el burnout y ha sido validada previamente en España. El periodo de trabajo fue desde diciembre de 2017 a abril de 2018.

Se trabajó con una población de 129 profesionales.

Se solicitó colaboración a los médicos mencionados, ofreciéndoles información sobre el presente proyecto y se hizo hincapié en el resguardo del anonimato conforme a la Ley n°

25326. A aquellos dispuestos a participar se les solicitó la firma del consentimiento (véase anexo II).

Este proyecto fue llevado a cabo en el Sanatorio de la Mujer (San Luis 2493, Rosario Santa Fe) y en el Sanatorio Esperanza. (Belgrano 2381, Esperanza, Santa Fe), previa autorización de los directores de ambas instituciones (véase anexo III)

Criterios de inclusión:

- Todos los médicos y residentes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Médicos y residentes que no tuvieron contacto directo con pacientes (Diagnóstico por imágenes, administración en salud y anatomía patológica)
- Profesionales que se encontraban de vacaciones, permiso por enfermedad o gestación y los que se negaron a participar.

Operacionalización de Variables

Dependiente:

- Síndrome de Burnout: Estado de agotamiento físico y emocional, en personal expuesto a trabajos con sobrecarga y responsabilidad en contacto con otras personas. Esta se divide en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal: Se define el síndrome sumando el valor de las tres dimensiones y obteniendo puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización, y baja en Realización Personal.

Independientes:

Variables sociales:

- Edad: años de vida al momento del estudio. Variable cuantitativa, escala continua. Indicadores: 25 a 29 años, 30 a 34 años, 35 a 39 años, 40 a 44 años, 45 a 49 años, 50 a más.
- Sexo: características fenotípicas de los residentes de medicina evaluados. Variable cualitativa, escala nominal categórica. Indicadores: femenino y masculino.

- Estado civil: vínculo legal que tiene el profesional. Variable cualitativa, categórica. Indicadores: soltero, casado, divorciado, conviviente, otros.

Variables ocupacionales:

- Número de horas laborales: promedio de tiempo en horas que son utilizadas cada día a trabajar. Variable cuantitativa, escala numérica continua. Indicadores: menos de 8 horas, de 8 a 10, de 10 a 12, de 12 a 14, 14 a 16, 16 a 18.
- Número de pacientes atendidos diariamente: cantidad de pacientes que son atendidos diariamente por cada médico. Variable cuantitativa, continua. Indicadores: menos a 10, de 10 a 15, 15 a 20, 20 a 25, de 25 a más.
- Número de guardias semanales: Variable cuantitativa, escala numérica continua. Indicadores: 0, 1, 2, 3, 4, 5 o más.
- Número de horas de sueño por día: Variable cuantitativa, escala numérica continua. Indicadores: 4, 5, 6, 7 o más.
- Ejercicio físico semanal: Variable cuantitativa, escala numérica continua. Indicadores: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, todos los días

a. Técnicas y procedimientos

Se utilizó una encuesta compuesta de 2 partes, la primera parte de datos personales y de variables sociodemográficas, la segunda parte El Maslach Burnout Inventory – HSS. La cual fue entregada a cada profesional que firmó el consentimiento informado. (ANEXO)

El Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), es una encuesta reconocida y validada para la medición del síndrome de burnout en su versión para profesionales de la salud.

El cuestionario le plantea al sujeto 22 afirmaciones que permiten valorar sus sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, y que deben ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de Likert que presenta 7 opciones (0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días)

Fue importante indicarle al encuestado que las opciones presentadas en la escala refieren a la frecuencia con la que sucede la afirmación correspondiente.

Posteriormente cada encuesta fue evaluada para detectar y medir la existencia de burnout en el profesional. De la factorización de los 22 ítems resultan 3 factores medibles por medio de escala que se denominan:

Tabla 2
Aspectos evaluados y categorización de riesgo

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	18 o -	19-26	27 o +
Despersonalización	5-10-11-15-22	5 o -	6-9	10 a +
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	33 o -	34 - 39	40 a +

Nota. Recuperado de: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo»(CESQT), de Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U., & Ocaña, J. I. S. (2009). Recuperado de: <http://www.javiermiravalles.es/sin%20Burnout%20Inventory.pdf>

- Cansancio o Agotamiento Emocional (CE): Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización (DP): Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización personal (RP): Se compone de 8 ítems (4, 7, 8, 12, 17, 18, 19, 21), indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala las puntuaciones bajas se relacionan con el Burnout.

Para diagnosticar al sujeto con síndrome del profesional quemado, este debe tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de RP debe ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

Procesamiento de datos:

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación. Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación $p < 0,05$.

RESULTADOS

a) Características Demográficas y Descriptivas

La población de estudio quedó conformada por 129 Médicos de los cuales 60 (46,5%) eran de sexo masculino y 69 (63,5%) de sexo femenino. El 72,1% (93) eran Especialistas y el 27,9% (36) Residentes. La edad Media fue de 38 años con un Desvío de ± 11 años. La edad máxima de 62 y la mínima de 25 años.

Tabla N°1 Edad y Sexo de los Médicos

Sexo	Masculino		Femenino		TOTAL	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Edad						
25-29	8	6,2	23	17,8	31	24,0
30-34	12	9,3	19	14,7	31	24,0
35-39	10	7,7	12	9,4	22	17,1
40-44	9	7,0	7	5,4	16	12,4
45-49	8	6,2	5	3,9	13	10,1
50 y más	13	10,1	3	2,3	16	12,4
TOTAL	60	46,5	69	53,5	129	100

Se pudo observar que los grupos etarios más numerosos fueron los de 25 a 29 y de 30 a 34 años, es decir que ambos grupos representaron el 48% del total de los Médicos encuestados. Dentro de estos grupos predominó el sexo Femenino.

Tabla N° 2: Especialidad de los Médicos

Especialidad	Cantidad	%
Clínica Médica	33	25,6
Cirugía General	17	13,2
Medicina general y familiar	13	10,1
Pediatría	12	9,3
Tocoginecología	9	7,0
Traumatología	8	6,2
Anestesiología	6	4,7
Cardiología	6	4,7
Otros	25	19,4
TOTAL	129	100

La mayor cantidad de Médicos encuestados correspondieron a Clínica Médica. Mientras que en menor proporción fueron de Cirugía General, Medicina General y Pediatría. En otras Especialidades se observaron: 3 Dermatólogos, 3 Oftalmólogos, 3 Urólogos, 3 Nefrólogos, 3 Otorrinolaringólogos, 2 Infectólogos, 2 Neumonólogos, 1 Neurocirugía, 1 Psiquiatra, 1 Reumatólogo, 1 Terapeuta intensivo, 1 Endocrinólogo y 1 Geriatra

Tabla N° 3: Estado civil de los Médicos Especialistas y Residentes

Estado civil	Cantidad	Proporción
Soltero	48	37,2
Casado	47	36,4
Conviviente	28	21,7
Divorciado/Separado	6	4,7
TOTAL	129	100

Se observó que el 58,1% o sea más de la mitad de los Médicos tenían una relación con pareja

Tabla N°4: Cantidad de horas que trabaja diariamente.

Horas diarias laborables	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
< 8	14	10,9	10,9
8-9	35	27,1	38,0
10-11	34	26,4	64,3
12-13	27	20,9	85,3
14-15	8	6,2	91,5
16 y más	11	8,5	100
TOTAL	129	100	

Se observó que el 53,5% de los Médicos trabajan diariamente entre 8 y 11 horas. El 27,1% trabaja entre 12 y 15 horas. El 8,5% trabaja 16 horas y más.

La décima parte de los Médicos encuestados (11%) trabajan menos de 8 horas.

Tabla N° 5: Número de pacientes atendidos por día

Pacientes atendidos	Cantidad	%	% Acumulado
<10	8	6,2	6,2
10-14	23	17,8	24,0
15-19	30	23,3	47,3
20-24	33	25,6	72,9
25-29	11	8,5	81,4
30 y más	24	18,6	100
TOTAL	129	100	

Se observó que el 25,6% de los Médicos atienden entre 20 y 24 pacientes diarios y que el 48,9% entre 15 y 24 pacientes diarios.

Un porcentaje importante, el 18,6% atienden 30 y más pacientes por día y un porcentaje menor de Médicos atienden menos de 10 pacientes.

Tabla N° 6: Número de Guardias semanales

Número de guardias	Cantidad	%	% Acumulado
Ninguna	33	25,6	25,6
1	23	17,8	43,4
2	30	23,3	66,7
3	24	18,6	85,3
4	12	9,3	94,6
5 y más	7	5,4	100
TOTAL	129	100	

Se observa que la cuarta parte de los Médicos encuestados no realizan Guardias. Que un 41,1% realiza 1 o 2 Guardias mientras que el 27,9% de los Médicos realizar entre 3 y 4. Un 5,4% realiza 5 y más Guardias.

Tabla N°7: Número de horas que duerme diariamente

Horas que duerme	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje
4	3	2,3	2,3
5	18	14,0	16,3
6	75	58,1	74,4
7 ó más	33	25,6	100
TOTAL	129	100	

Se pudo apreciar que el 74,4% de los Médicos duerme hasta 6 horas diarias, aunque el mayor porcentaje se observa en aquellos que duermen 6 horas diarias. Sólo un 25,6% duerme 7 horas y más.

Tabla N°8: Cantidad de veces por semana en que realiza de ejercicio físico luego de la jornada laboral.

Veces de la semana que realiza ejercicios.	Cantidad	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No realiza ejercicios	35	27,1	27,1
1 vez	21	16,3	43,4
2 veces	39	30,2	73,6
3 veces	23	17,8	91,4
4 a 5 veces	8	6,3	97,7
6 a 7 veces	3	2,3	100
TOTAL	129	100	

Se observó que el 43,4% de los Médicos realizan ejercicios o nunca o a lo sumo una vez por semana. Es importante el porcentaje de Médicos que no realiza ningún ejercicio (27,1%). El 26,4% realizaron al menos 3 veces por semana.

Tabla N° 9: Lugar en dónde se desempeñan

Institución	Cantidad	Proporción
Sanatorio de la Mujer	75	58,1
Sanatorio Esperanza	54	41,9
TOTAL	129	100

La mayoría de los Médicos encuestados pertenecían al Sanatorio de la Mujer de la Ciudad de Rosario

b) Análisis del Síndrome de Burnout

Con la finalidad de analizar la relación entre Síndrome de Burnout y el estrés que experimentaron los médicos Especialistas y Residentes del Sanatorio de la Mujer de la Ciudad de Rosario y el Sanatorio Esperanza de la Ciudad de Esperanza, Provincia de Santa Fe, en el período Marzo-Abril 2018 se incluyó la aplicación del cuestionario de

Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión validada en español. Dicho cuestionario consta de 22 ítems que permiten analizar 3 dimensiones diferentes: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal. Estos ítems se miden mediante una escala tipo Likert, con opciones entre 0 y 6. Para su clasificación en niveles Bajo, Medio y Alto, se utilizaron como puntos de corte los sugeridos por Maslach y Jackson (1986), a saber:

Dimensiones y niveles según puntajes en cuestionario MBI

Nivel	Dimensión		
	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	0-18	0-5	0-33
Medio	19-26	6-9	34-39
Alto	27-54	10-30	40-56

Cansancio Emocional

Esta dimensión se puede evaluar mediante las puntuaciones correspondientes a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del MBI

Despersonalización

La dimensión *despersonalización* se evalúa mediante los puntajes otorgados a los ítems 5, 10, 11, 15 y 22

Realización personal

Los ítems que integran esta dimensión son: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Cansancio Emocional

Tabla N° 10: Puntuaciones otorgadas a los ítems que componen la dimensión “Cansancio emocional” del cuestionario MBI

Ítem	Puntuaciones							Media	SD
	0	1	2	3	4	5	6		
1	5	20	18	17	24	23	22	3,5	1,8
2	55	29	9	13	7	13	3	3,5	1,8
3	21	24	11	15	16	19	23	3,0	2,2
6	14	19	17	19	25	17	18	3,1	1,9
8	3	28	11	20	21	22	23	3,5	1,9
13	43	29	23	8	11	7	8	1,8	1,8
14	10	11	10	16	17	18	47	4,0	2,0
16	19	25	18	16	26	15	10	2,7	1,9
20	22	30	18	22	9	18	10	2,5	1,9

Se puede observar que los Ítems: 14 “Creo que trabajo demasiado”; 1 “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”; 2 “Me siento cansado al final de la jornada de trabajo” y 8 “Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo” son los que presentaron mayor puntaje medio. Los incisos 13 “Me siento frustrado en mi trabajo” y 20 “Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades” tuvieron los puntajes promedio más bajos.

Distribución de los especialistas y residentes según el puntaje alcanzado.

Cansancio Emocional	BAJO (0-18)	MEDIO (19-26)	ALTO (27-54)
	40	34	55

De acuerdo con la clasificación en niveles, se determinó que el 31% de los Especialistas y Residentes presentaron nivel Bajo de Cansancio Emocional, el 26% tuvieron un nivel Medio y un 43% presentaron un Alto grado de Cansancio Emocional.

Despersonalización

Tabla N°11: Puntuaciones otorgadas a los ítems que componen la dimensión “despersonalización” del cuestionario MBI

Ítem	Puntuaciones							Media	SD
	0	1	2	3	4	5	6		
5	56	22	9	10	9	16	7	1,8	2,1
10	23	8	7	14	22	18	37	3,6	2,2
11	43	12	6	14	8	23	23	2,7	2,4
15	86	11	3	16	5	6	2	0,98	1,6
22	44	32	16	11	9	3	14	1,8	2,0

Se pudo observar que el puntaje promedio más alto se dio en el Indicador 10 “Me he vuelto menos sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión” y en el 11 “Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente” y los valores promedio más bajos se pudieron observar en el Indicador N° 15 “No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes”.

Distribución de los especialistas y residentes según el puntaje alcanzado

Despersonalización	BAJO (0-5)	MEDIO(6-9)	ALTO(10-30)
		38	15

De acuerdo con la clasificación en niveles, se determinó que el 29% de los especialistas y residentes presentaron nivel bajo de despersonalización, el 12% tuvieron un nivel medio y un 59% presentaron un alto grado de despersonalización.

Tabla N° 12: Puntuaciones otorgadas a los ítems que componen la dimensión “Realización personal” del cuestionario MBI

Ítem	Puntuaciones							Media	SD
	0	1	2	3	4	5	6		
4	2	6	4	9	8	24	76	5,0	1,5
7	1	1	3	7	17	42	57	5,1	1,2
9	1	8	6	11	17	30	56	4,7	1,6
12	9	8	7	20	15	29	41	4,1	1,9
17	0	1	3	4	15	31	75	5,3	1,0

18	3	4	6	11	12	36	57	4,8	1,5
19	1	12	12	17	8	24	55	4,4	1,8
21	30	20	9	19	7	21	23	2,8	2,3

Los puntajes promedio más altos correspondieron a los Indicadores 4 “Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes” y al 7 “Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes” mientras que el Indicador que tuvo el puntaje promedio más bajo fue el 21 “Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas que atiendo”.

Distribución de los especialistas y residentes según el puntaje alcanzado

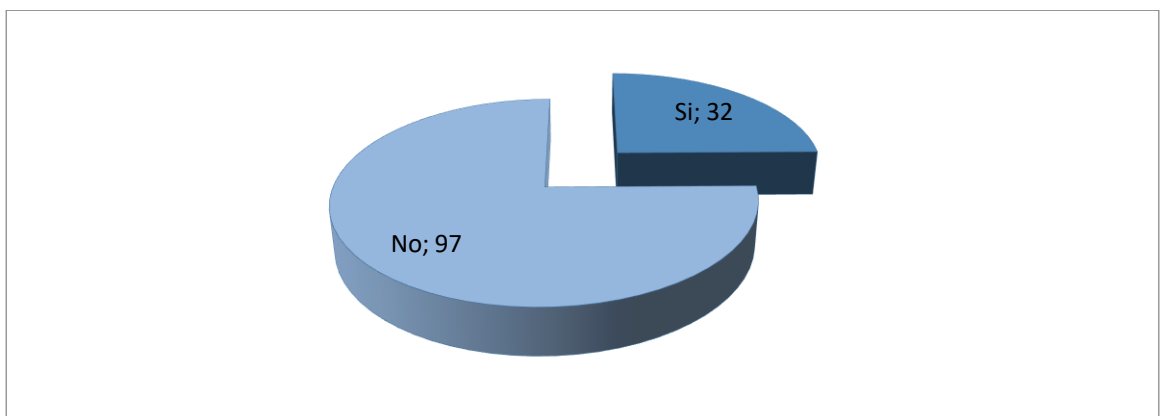
Realización Personal	BAJO (0-33)	MEDIO(34-39)	ALTO(40-56)
	38	15	76

De acuerdo con la clasificación en niveles, se determinó que el 29% de los especialistas y residentes presentaron nivel bajo de realización personal, el 12% tuvieron un nivel medio y un 59% presentaron un alto grado de realización personal.

Síndrome de burnout

De acuerdo con Maslach y Jackson (1986), es posible diagnosticar que una persona padece de síndrome de burnout cuando presenta niveles altos de Cansancio emocional y Despersonalización y Nivel bajo de Realización personal. Siguiendo este criterio, en la muestra que se utilizó en el presente estudio, se encontraron 32 casos de dicha patología. Conclusión: Prevalencia = 32 casos.

Gráfico N° 13: Distribución de los médicos según padecimiento de síndrome de burnout .



Se evaluó la posible relación entre la presencia de síndrome de Burnout y las características de los Especialistas y Residentes. Los resultados se presentan en la tabla siguiente.

Tabla N° 13: Síndrome de burnout según características personales

Variable	Síndrome de burnout		p-value	Conclusión
	Sí n	No n		
Sexo				
Femenino	24	45	0,005	Existe relación estadísticamente significativa
Masculino	8	52		
Estado civil				
Casado/ conviviente	15	60	0,136	No Existe relación estadísticamente significativa. Los resultados se deben al azar
Soltero/Divorciado	17	37		
Edad				
Menor de 35	24	39	0,001	Existe relación estadísticamente significativa.
Mayor o igual a 35 (**)	8	58		
Horas que trabaja				
Hasta 12	15	68	0.017	Existe relación estadísticamente significativa
12 y Más	17	29		
N° de pacientes atendidos				
Menos de 20	14	47	0,644	No Existe relación estadísticamente significativa. Los resultados se deben al azar
20 y más	18	50		
N° de Guardias semanales				
Menos de 3	18	68	0,149	No Existe relación estadísticamente significativa. Los resultados se deben al azar
3 y Más	14	29		

Horas diarias que duerme				
Menos de 6	4	17	0,504	No Existe relación estadísticamente significativa. Resultados se deben al azar.
6 y Más	28	80		
Realiza ejercicios				
Si	28	67	0,04	Existe relación estadísticamente significativa.
No	4	30		
Institución				
Sanatorio de la Mujer	19	56	0,87	No Existe relación estadísticamente significativa. Los resultados se deben al azar
Sanatorio Esperanza	13	41		
Médicos				
Especialistas	15	78	0,001	Existe relación estadísticamente significativa.
Residentes	17	19		
Especialidades (*)				
Clínica-Cirugía General- Pediatria- Medicina Gral. (n= 75)	23	52	0,06	No Existe relación estadísticamente significativa. Los resultados se deben al azar
Resto de las especialidades (n=54)	9	45		

Para $p < 0,05$

(*) Se contrastaron las especialidades cuya n fue mayor contra aquellas en donde el n encuestado fue menor.

(**) La Mediana fue de 35 años.

DISCUSIÓN

Dada la alta incidencia mundial de síndrome de burnout en médicos, este trabajo intenta describir la prevalencia de éste en los profesionales del Sanatorio de la Mujer de la Ciudad de Rosario y del Sanatorio Esperanza de la Ciudad de Esperanza, haciendo especial énfasis en identificar los factores que puedan condicionar su génesis.

En el presente trabajo la prevalencia de síndrome de burnout fue del 24,8%. Dicho porcentaje fue mucho menor a lo esperado, sobre todo comparándolo con el trabajo realizado por Rossouw, Seedant, Emsley, Suliman y Hagemester (2013), quienes evaluaron un hospital de Ciudad del Cabo, Sudáfrica encontrando una prevalencia de 76%, cifras similares a las detectadas por Fonseca, Sanclemente, Visiedo, Bragulat y Miró (2010), quienes analizaron el Hospital Clínico de Barcelona, España con una prevalencia de 69,7%. Sin embargo, se encontraron estudios donde las cifras fueron más alentadoras que las de este estudio como la de Tomey (2013) quien evaluó médicos en el Hospital Provincial de Rosario con un porcentaje de 16,7%, incluso Ponce, Gavotti, Ferreyra y Flores (2013) en el Hospital Privado de Córdoba con 5% de afectación. Se puede sospechar que estas diferencias de prevalencia se deben a que se estudiaron poblaciones diferentes, expuestas a distintas variables contextuales y personales propias de cada grupo.

En cuanto a los datos recolectados de las diferentes variables sociodemográficas, se encontró que el sexo femenino fue más afectado (75%) que el sexo masculino (25%), con lo que se concluyó que es una variable significativa para la población estudiada. Distintos fueron los hallazgos de Fy Siu (2012), en su trabajo “Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey” y Jara Diaz (2016) en su publicación “Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” que vieron una mayor preponderancia de este padecimiento en el sexo masculino. Otros estudios, como el de Fonseca et al (2010) y el de Beltran, Moreno, López, Estrada y Rodríguez (2014), no han encontrado una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el burnout.

En relación a la variable edad, los más afectados fueron los que comprendían el grupo de menores de 35 años. Resultados similares fueron encontrados por Wu, Liu, Wang, Gao, Zhao y Wang (2013) en su estudio “Factors associated with burnout among Chinese Hospital doctors: a cross-sectional study” en Liaoning, China donde el grupo de menores de 40 años fue el más perjudicado. Cherniss y Maslach (Rego, 2008) opinaron que a

medida que los años avanzan, el sujeto va ganando en seguridad y experiencia en las tareas laborales y muestra menor vulnerabilidad a la tensión laboral, tal es el caso de Islas, Gutiérrez, Castellanos y Méndez (2017), que encontraron en su estudio “Síndrome burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México” que tener mayor edad era un factor protector.

En cuanto al estado civil en este análisis no se encontró una relación estadísticamente significativa, pero sí que la frecuencia de burnout era mayor en aquel personal que se encontraba sin pareja. Datos semejantes halló Jara Díaz (2016) en su estudio, donde la más afectada era la población que se encontraba soltera. Posiblemente esto derive en que los que conformaban dicho grupo eran residentes en su mayoría, quienes suelen ser los más afectados.

Otra de las variables con la que se encontró relación y mayor prevalencia de este trastorno fue el número de horas laborales, donde los que trabajaban 12 horas o más representaban el 53% de los afectados. Análogas conclusiones se obtuvieron en un estudio en Cuenca, Ecuador llevado a cabo por Durán Alemán y García Tapia (2013), donde el grupo más expuesto de profesionales fue el que tenía una jornada laboral igual o mayor a 8 horas diarias.

Respecto al número de guardias realizadas, los datos evidencian que no fue una variable estadísticamente significativa, donde el 56% de los médicos con burnout realizaban menos de 3 guardias y el 44% realizaba 3 o más, con lo que se puede decir que realizar mayor cantidad de guardias no hizo más susceptible a la población. Caso contrario fue el de López-Morales, González Velázquez, Morales Guzmán y Espinoza Martínez (2008), en Veracruz México, que identificó 79,4% de burnout en aquellos que realizaban 3 o más guardas por semana y tan solo 20,55% en quienes hacían dos o menos.

Otra de las variables analizadas fue la realización de ejercicio físico, lo cual fue interesante al ver que los resultados no eran los esperados, ya que la mayor prevalencia de burnout se distinguió en aquellos que más actividad física realizaban. Otras publicaciones, como la de Belver, Fábrega, Fougere, González, Posadas y Rodríguez (2017), que estudiaron médicos en la provincia de Mendoza, consideraron este factor como protector para no padecer este síndrome. Puede explicarse de modo que las personas más expuestas necesitaban volcar la tensión y el desgaste que su trabajo le ocasiona en una actividad extralaboral.

Las especialidades se dividieron para su análisis en dos grupos, el primero formado por las especialidades básicas (Clínica – Cirugía – Pediatría – Medicina general y familiar) y el segundo por el resto de las especialidades. No se encontró relación estadísticamente significativa pero si se llegó a concluir que de cada 10 médicos del estudio que tenían burnout 7 pertenecían a esas ramas de la medicina. Recalde, Alfonso y Gaona (2013) en su publicación concuerda con este resultado, a su vez, incorporan a ginecología y obstetricia como otra rama que destaca en ser frecuentemente afectada.

Se observaron los resultados entre residentes y especialistas y se notó que los primeros fueron los que se encontraron más afectados, tal como lo hizo Salomon, Alos y Carena (2008), que evaluaron el estrés profesional en médicos en formación (residentes) del Hospital Lagomaggiore de la Provincia de Mendoza y médicos de planta de esa institución y demostró que los médicos residentes presentaron una mayor tendencia a “desgastarse” que los médicos especialistas. Al igual que los datos arrojados en la presente investigación, el hecho de ser residente es considerado una variable de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout.

Relación entre las dimensiones del síndrome según El Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). En este análisis se obtuvo una prevalencia en la dimensión de cansancio emocional de 43%, en el nivel alto de la misma, grado de despersonalización alto en el 59% de la muestra y un nivel de realización personal bajo con cifras de 29%. Por lo tanto la dimensión con mayor repercusión fue la de despersonalización. Esto indica que el estrés laboral se manifestó fundamentalmente en la dimensión interpersonal, afectando la relación médico-paciente, y transformándola en un vínculo deshumanizado, y la siguiente más afectada fue la de cansancio emocional. Las cuestiones más manifiestas fueron “Me he vuelto menos sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión” y en el “Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente”.

Se observaron otros estudios como el de Belver et al (2017), donde se la dimensión más afectada fue la de padecer alto nivel de agotamiento emocional (51%) pero solo el 7,8% refería tener bajo nivel de realización personal. Algo similar al de Ponce et al (2013), que tenía en el 38,3% de su población altos niveles de agotamiento emocional, 33,1% alta despersonalización y 33,6% de los mismos referían no sentirse realizados con su trabajo.

CONCLUSIÓN

Ante los resultados obtenidos se pudo concluir que la prevalencia de síndrome de burnout en la población estudiada tiene niveles considerables, que difieren en mayor o menor medida con respecto a otros estudios que se llevaron a cabo en países desarrollados y no desarrollados, donde se observó un gran espectro en los servicios de atención de la salud. Considerando la presencia del síndrome de burnout en relación a las diferentes variables analizadas y cuyos tests indicaron que hubo una relación estadísticamente significativa se observó que:

- Se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino.
- La edad más frecuente fue en los menores de 35 años.
- Aquellos médicos que trabajan 12 horas y más.
- Aquellos profesionales que son residentes.
- Aquellos que realizan mayor cantidad de ejercicios.

En aquellas variables que no mostraban diferencias estadísticamente significativas pero que presentaron síndrome de burnout se pudo determinar que:

- En estado civil, los solteros presentaron mayor frecuencia de burnout
- Los especialistas y residentes que atienden 20 pacientes y más
- Los que realizan menos de 3 guardias semanales.
- Los que duermen 6 horas y más. (Estos representaban el 84% de la población)
- Los médicos del Sanatorio de la Mujer en Rosario.

El impacto negativo que tiene en profesionales de la salud es de vital importancia, pues se ha demostrado que existe una relación significativa entre los profesionales con burnout y la tasa de errores que se cometen, comprometiendo así la seguridad y calidad de atención de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Méndez, A. (2011). Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *Anales Médicos*, 56(2), 79-84.
- 2- Thomas, N. (2004). Resident Burnout. *The Journal of the American Medical Association*, 292(23), 2880-2889
- 3- Durán Rojas, C. (2003). Psique, soma, institución. Una lectura de la psicopatología del trabajo. *Revista de Psicología*, 12(1).
- 4- Dejours, C. (2000). Psicodinámica del trabajo y vínculo social. *Revista Actualidad Psicológica*, 274.
- 5- Neffa, J. (2003). Reflexiones acerca de la naturaleza y significación del trabajo humano. In *6 Congreso Nacional de Estudios del Trabajo, ASET Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo* (pp. 13-16)
- 6- Duro Martín, A. (2005). Calidad de Vida Laboral y Psicología Social de la Salud Laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos teóricos. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, (56), 15-55.
- 7- Dejours, C., & Guiho-Bailly, M. P. (1998). Organización del trabajo y salud. *De la Psicopatología a la Psicodinámica del trabajo*. Editorial Lumen. Asociación Trabajo y Sociedad. PIETTE-CONICET.
- 8- García, A. J. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia & Trabajo*, 6(14), 189-196.
- 9- Bermann, S. (1995). *Trabajo precario y salud mental*. Narvaja.
- 10- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica.
- 11- Stolkner, A. (1994). Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental. *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 12- Woods, R. (1996). Physician, heal thyself: the health and mortality of Victorian doctors. *Social history of medicine: the journal of the Society for the Social History of Medicine*, 9(1), 1-30.

- 13- Jawahar, I. M., Stone, T. H., & Kisamore, J. L. (2007). Role conflict and burnout: The direct and moderating effects of political skill and perceived organizational support on burnout dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 142-159.
- 14- Gil-Monte PR, Peiró JM. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo. *Revista Latinoamericana de Psicología* 40(1), 175-177.
- 15- Giberti, E. (2004). Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de atención a las víctimas. Burnout. *Revista de derecho penal integrado*, III, 3, 101-1.
- 16- Perel de Goldvarg, N. (2000). El estrés y el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *Claves psicoanal. med*, 10(17/18), 51-57.
- 17- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- 18- Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Publicado El*, 25.
- 19- Martinez, M., & Guerra, M. P. (1998). Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y cambios*, 23, 45.
- 20- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., & Koloditzky, D. (2000). El síndrome de Burnout en hospitales públicos. *Revista Médica del Hospital J Ramos Mejía*, 7(1), 13-17.
- 21- Pacheco, N., Durán, A., & Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de educación*, 342, 239-256.
- 22- Pérez, J. P. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios gerenciales*, 29(129), 445-455.
- 23- Marchena Hernández, J., & Torres Brieva, D. E. (2014). *Población a riesgo de desarrollar síndrome de Burn-Out y cuáles sus factores de riesgo* (Doctoral dissertation).
- 24- Faúndez, V., & Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales Fortalezas y debilidades del "Maslach burnout inventory" (Mbi). *Ciencia & Trabajo*, 11, 160-167.

- 25- Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U., & Ocaña, J. I. S. (2009). Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT). Recuperado de: <http://www.javiermiravalles.es/sin%20Burnout%20Inventory.pdf>
- 26 - Rossouw, L., Seedat, S., Emsley, R. A., Suliman, S., & Hagemester, D. (2013). The prevalence of burnout and depression in medical doctors working in the Cape Town Metropolitan Municipality community healthcare clinics and district hospitals of the Provincial Government of the Western Cape: a cross-sectional study. *South African Family Practice*, 55(6), 567-573. Recuperado de: <https://medpharm.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20786204.2013.10874418>
- 27- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, O. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista clinica espanola*, 210(5), 209-215. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256510001268>
- 28- Tomey, M.E. (2013) Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Provincial de Rosario. Klein, M., Falasco, M.A. 2º Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://sam.org.ar/links_medicina/informacion/Trabajos%20BurnOut%202010%202015.pdf
- 29- Ponce, L. B., Gavotti, G. C., Ferreyra, L., & Flores, M. Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Privado. Año 2013. Recuperado de: <http://www.experienciamedicahp.com.ar/uploads/articulo-original-2-6136.pdf>
- 30- Siu, C., Yuen, S. K., & Cheung, A. (2012). Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J*, 18(3), 186-92. Recuperado de: <http://www.hkmj.org/system/files/hkm1206p186.pdf>
- 31- Díaz, J., & Díaz, J. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4634/Jara_de.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- 32- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., López, T. M. T., Estrada, J. G. S., & Rodríguez, M. G. A. (2014). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 16(1), 15-21. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/779/1394>
- 33- Wu, H., Liu, L., Wang, Y., Gao, F., Zhao, X., & Wang, L. (2013). Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. *BMC public health*, 13(1), 786. Recuperado de: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-786>
- 34- Rego, D. J. O. C. (2006). El síndrome de burnout en trabajadores de la salud de la atención primaria. *Trabajo publicado en www. ilustrados. com. La Habana.*
- 35- Islas, R. A. C., Gutiérrez, F. J. C., Castellanos, J. L., & Méndez, K. P. (2017). Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México. *Educación Médica*, 18(4), 254-261. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301279>
- 36- Durán Alemán, M. C., & García Tapia, J. V. (2013). *Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011* (Bachelor's thesis). Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4080/1/MED182.pdf>
- 37- López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. I., & Espinoza-Martínez, C. E. (2008). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4577/457745527005/>
- 38- Belver, E., Fábrega, V.,; Fougere, A., González, J. P., Posadas, M. L., ; Rodríguez, M. L. (2017) "Prevalencia y factores asociados a Burnout en médicos de la provincia de Mendoza". Recuperado de: <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/-prevalencia-y-factores-asociados-a-burnout-en-medicos-de-la-provincia-de-mendoza-corte-transversal>
- 39- Recalde, S. S. A., Alfonso, I., & Gaona, M. I. F. (2013) Síndrome de burnout en residentes de especialidades médicas. Hospital central dr. Emilio cubas del IPS. *Revista*

de Investigación Científica en Psicología Órgano Oficial. Recuperado de:
<http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2015/07/eureka-12-1b.pdf#page=27>

40- Salomon, S., Alos, M., & Carena, J. (2008). Estrés profesional: Diferencias entre médicos en formación y médicos de planta. *Revista Argentina de Educación Médica*, 1(1), 31-35. Recuperado de: http://raemonline.com.ar/pdf_pub/v1n1_31a35.pdf

ANEXO I

ENCUESTA PARA VALORAR EL GRADO DE BURNOUT EN PROFESIONALES MÉDICOS

Nº.....

I. INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario es el instrumento de medición del trabajo de investigación titulado “Síndrome de burnout en médicos especialistas y residentes: estudio de frecuencia y variables asociadas”. Por ello, solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario, que es de carácter anónimo.

Agradezco su colaboración y solicito la mayor sinceridad y veracidad.

II. DATOS GENERALES

Institución: _____

Especialidad: _____ - Especialista - Residente, año: ____

Sexo: M F

Encierre la opción según corresponda:

Edad:	25-29	30-34	35-39	40-44	45-50	50+
Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Conviviente	Viudo	
Nº horas laborales al día	< 8	8-10	10-12	12-14	14-16	16+
Nº de pacientes atendidos al día:	< 10	10-15	15-20	20-25	25-30	30+
Nº de guardias semanales	0	1	2	3	4	5+
Nº de horas de sueño/día	4	5	6	7 o +		
Ejercicio físico semanal	0	1 vez	2 veces	3 veces	4-5 veces	Todos los días

III. DATOS ESPECIFICOS

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los siguientes 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	

ANEXO II

Consentimiento informado

El alumno Javier Barlatey de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario lleva a cabo un proyecto de investigación sobre “Síndrome de burnout en médicos especialistas y residentes: estudio de frecuencia y variables asociadas” al cual fui invitado a participar. Se me explicó que mi participación es voluntaria y que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326. Por el presente, presto mi consentimiento a participar en este estudio en los términos precedentes.

Rosario,.....de.....de.....

Nombre y Apellido

Firma

DNI

Testigo

Testigo

ANEXO III

Rosario, 18 de Junio de 2018

Dr. Guillermo Weisburd
Director de la carrera de Medicina
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dra Susana Swinny y Dra Mónica Gustafsson, expresamos por medio de la presente que siendo tutora y co tutora del trabajo de final de carrera titulado "**Síndrome de burnout en médicos especialistas y residentes: estudio de frecuencia y variables asociadas**", cuyo autor es Javier Barlatey, alumno de la carrera de Medicina de la UAI. Autorizamos su presentación para la evaluación correspondiente y nos comprometemos a acompañarlo en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, lo saludamos a usted muy atentamente.



Dra Susana Swinny
Tutor



Dra. Monica Gustafsson
co tutor

ANEXO IV

Esperanza, 4 de abril de 2018

Sanatorio Esperanza

Sres. Directores

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar su autorización para realizar encuestas a médicos de las diferentes especialidades de esta institución, a fin de poder llevar a cabo el estudio de campo de mi trabajo final para obtener el título de Médico.

Dicho trabajo tendrá por objetivo determinar la frecuencia de síndrome de Burnout en los profesionales médicos que actualmente trabajen en esta institución. La obtención de datos será supervisada por la Dra. Susana Swinny, quien está a cargo de la tutoría. El mismo es requisito de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) para culminar mis estudios. Los datos recolectados serán estrictamente confidenciales y no se usará el nombre de la institución en ningún momento.

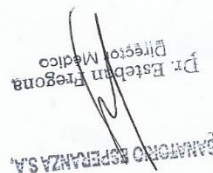
En espera de su respuesta favorable a mi pedido aprovecho la oportunidad para saludarlos con mi consideración más distinguida.



Javier Barlatey

DNI: 36356192

Se autoriza a Javier Barlatey a realización de encuestas a personal médico de la institución con el fin de llevar a cabo estudio de campo para trabajo final.



Dr. Esteban Fregona
Director Médico
SANATORIO ESPERANZA S.A.

Rosario, 7 de noviembre de 2017

Sanatorio de la Mujer

Sr. Director

Dr. Eduardo Ontiveros

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para realizar encuestas a médicos y residentes de las diferentes especialidades de esta institución, a fin de poder llevar a cabo el trabajo de campo de mi trabajo final para obtener el título de Médico.

Dicho trabajo tendrá por objetivo determinar la frecuencia de síndrome de Burnout en los profesionales médicos que actualmente trabajan en esta institución. La obtención de datos será supervisada por la Dra. Susana Swinny, quien está a cargo de la tutoría. El mismo es requisito de la Universidad Abierta Interamericana (UAI) para culminar mis estudios. Los datos recolectados serán estrictamente confidenciales y no se usará el nombre de la institución en ningún momento.

En espera de su respuesta favorable a mi pedido aprovecho la oportunidad para saludarlo con mi consideración más distinguida.



Dra Susana Swinny

Responsable docente



Oscar Barlatey

Se autoriza

10/11/17



Dr. EDUARDO ONTIVERO
DIRECTOR MEDICO
SANATORIO DE LA MUJER
PERINAT S.A.