



Burnout en los últimos diez años

Mg. Prof. Dra. Susana Salomón (Mendoza)

Aclaraciones

Este análisis adolece de las limitaciones que impone una evaluación retrospectiva, del hecho de solo disponer de resúmenes, no contar con las fuentes primarias de datos y no poder revisar trabajos completos.

Se analizaron los siguientes trabajos:

Cuidando a los que cuidan. Estudio del Estrés Laboral Hospitalario.

Valdez P, Ganino O, Dalia P, Goñi A, Agüero A, Albornoz M

Presentado en XVI Congreso Nacional de Medicina 2007

Presencia de Síndrome de Burnout en el Personal Sanitario del Hospital Rawson

Muñoz V, Aravena V, Rueda S, Segovia A, Macchi E.

Presentado en el XX Congreso Nacional de Medicina 2012

Estudio del estrés laboral en médicos y enfermeros de cuidados críticos y departamentos de urgencias: prevalencia y factores asociados

Valdez P, Sanchez V, Pierini L, Simón C, Bruno M, Rodríguez Pavón J, et al. Hospital Vélez Sarsfield - CABA, CABA, Argentina.

Presentado en el III Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna- 2015

Estudio Multicéntrico sobre Estrés Laboral en los Emergentólogos de los Servicios de Urgencia del GCBA

Valdez P, Brusca S, Israstzoff T, Castagna R, Orlando G, Pierini L, et al.

Presentado en el XVII Congreso Nacional de Medicina 2009

Los accidentes punzo cortantes y el Estrés Laboral en el personal de un Hospital Público de CABA.

Hospital Vélez Sarsfield - CABA, Argentina.

Valdez P, Valdez C.

Presentado en el XXII Congreso Nacional de Medicina 2014

Síndrome Burnout en Médicos Residentes Hospital Provincial de Rosario

Pacheco M, Tomey M, Paulazzo M, Torres Sebastian, Rodríguez, M Marina M, et al.

Presentado en el XXI Congreso Nacional de Medicina 2013

Cognición postguardia en Residentes de Medicina Interna

Hospital Italiano de Bs. As. - CABA, Argentina

Giunta D, Warley F, Bonella M, Diaz J, Villa M, Elizondo E, et al.

Presentado en el III Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna -2015

Síndrome de Burnout en Residentes del Hospital Centro de Salud Tucumán

Fregenal M, Abdala A, Arias Calafiore F, D'urso Villar, Fregenal M, Gomez Rasjido L, et al

Presentado en el XXI Congreso Nacional de Medicina 2013

Importancia de la actividad física, expresiva y reflexiva como factor protector del Síndrome de Burnout en residentes de un servicio de Clínica Médica

Mayan III J, Fuksman L, Martino A.

Presentado en el XIX Congreso Nacional de Medicina 2011

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

Meana M, Montero G, Navarro C

Presentado en el XVIII Congreso Nacional de Medicina 2010

Burnout durante la formación inicial de Profesionales de Ciencias de la Salud

Valdez P, Benveniste J, Díaz C, Herbón L, Jelonche A, Gutiérrez Occhiuzzi C, Et Al.

Presentado en el XIX Congreso Nacional de Medicina 2011

Estrés Laboral: ¿Un enemigo silencioso? Análisis Comparativo entre Médicos en Formación y Médicos de Planta.

Hospital Lagomaggiore. Mza. F.C.M. - U.N.Cuyo.-

Alós B; Salomón S, Fernández G, Bertona C, Salvatore A, Carena J.

Presentado en XIV Congreso Nacional de Medicina 2005

Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación clínica y quirúrgica.

Hospital Lagomaggiore, Mendoza. FCM UNCUYO.

Curti A, Salomón S, Alós M, Mosso M, Prieto S, Carena J.

Presentado en XVI Congreso Nacional de Medicina 2007

Relevamiento de la Carga Horaria de las Actividades y Desgaste Profesional de los Residentes de Clínica Médica.

Estudio multicéntrico SAM.

Klein M, Traverso Vior E.

Presentado en el XIX Congreso Nacional de Medicina 2011

Síndrome de Burnout: Peor según avanza la Carrera de Medicina?

Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, FCM- UNCUYO.

Gasull A A, Salomón S, Suso A, Zizzias S, Miranda R, Carena J.

Presentado en el III Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna- 2015

A modo de introducción

El Síndrome de Burnout también llamado síndrome de desgaste profesional, es un problema de salud pública cada vez más vigente. Vivimos en un mundo enfocado hacia el exitismo y la exigencia constante, lo que genera nuevas y constantes situaciones de exposición a diversos estresores. El Síndrome de Burnout definido como una respuesta excesiva e inapropiada a distintos estresores afectivos, interpersonales y laborales está caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal, los cuales bajo ciertas condiciones generan daños hacia el mismo individuo que lo padece, hacia su entorno, potencia el detrimento de su desempeño profesional y puede ocasionar un cuidado sub-óptimo del paciente. Diversos estudios revelan una elevada prevalencia del Síndrome en

profesionales de la salud (médicos generales, especialistas, enfermeros, entre otros) residentes, profesionales recién graduados y estudiantes de Medicina.

Desde hace años en los Congresos organizados por la Sociedad Argentina de Medicina diversos investigadores de diferentes centros de nuestro País han estado realizando investigaciones respecto a este Síndrome, para conocer y mostrar sus propias realidades, compartiendo sus datos con otros profesionales. Una de las misiones de la Sociedad Argentina de Medicina es cuidar a sus profesionales, por lo que detectar entidades y situaciones que pueden afectar y dañar la calidad de vida de los integrantes de la misma, incluso de sus futuros miembros y tener consecuencias en el desempeño que afecten a la comunidad, es un desafío y una prioridad. Identificar factores que permitan establecer relaciones de causalidad con el desarrollo del Síndrome de Burnout es de vital importancia, a fin de proponer acciones que efectivamente disminuyan el efecto negativo sobre el trabajo, que causa el estrés profesional y laboral.

Material y métodos de este análisis

Se incluyeron en este análisis 15 investigaciones presentadas en Congresos de la Sociedad Argentina de Medicina entre 2005 y 2015 que abordaron el tema de Síndrome de Burnout. Siete trabajos fueron realizados en la Ciudad Autónoma de Bs As., cuatro en Mendoza y en Rosario, Tucumán y San Juan uno en cada provincia. Un trabajo de la Sociedad Argentina de Medicina

Se identificaron nueve trabajos cuyos objetivos estaban destinados a Residentes que incluían entre otros aspectos la prevalencia de Burnout y la determinación de factores predictores/asociados con el desarrollo del síndrome, autorreporte de errores, describir situaciones laborales adversas, problemas de salud posteriores al inicio laboral, cuantificar horas de trabajo y descanso, realizar comparaciones entre Médicos de planta y Residentes, Residentes de clínica y de Residencias quirúrgicas y determinar la vinculación del síndrome con aspectos cognitivos pos guardia y el desarrollo de actividad física.

Se identificaron cinco trabajos que incluyeron profesionales de diversas disciplinas, profesiones y funciones. Dos de esos trabajos revisaron la situación en especialidades de Medicina crítica como es el caso de emergentólogos y profesionales de servicios críticos y de urgencias y otro específicamente la relación del Síndrome de Burnout y sufrir accidentes cortopunzantes.

Un trabajo analizó la situación del Burnout en estudiantes en relación al avance de la Carrera en cuanto a la formación de grado.

Objetivos

Los trabajos incluyeron entre sus objetivos: Investigar el desgaste profesional de los Médicos durante el programa de residencia de Clínica Médica. Cuantificar la prevalencia del síndrome de Burnout en una población de Residentes de Clínica Médica. Cuantificar niveles de desgaste en profesionales del equipo de salud, realizando un análisis comparativo entre Médicos y Enfermeros. Determinar la influencia de factores demográficos y relacionarlo con el autorreporte de errores en el cuidado de pacientes. Determinar factores predictores/ asociados a desgaste en las 3 dimensiones del síndrome de Burnout: Despersonalización, Realización Profesional y Cansancio Emocional. Describir situaciones laborales adversas. Describir problemas de salud posteriores al inicio laboral. Cuantificar las horas de trabajo y descanso y el número de guardias mensuales. Valorar la situación de estrés laboral en Emergentólogos y personal de Cuidados Críticos y Departamentos de Urgencias. Investigar accidentes punzo cortantes y su relación con el estrés laboral. Determinar si la práctica de actividad física influye o no en el desarrollo de Burnout. Comparar el grado de estrés profesional entre médicos en formación clínica y quirúrgica y evaluar diferencias en el estrés profesional entre Médicos de Planta y Residentes. Evaluar la asociación entre la evaluación cognitiva postguardia y la presencia de Agotamiento Emocional. Determinar la presencia de Burnout en estudiantes de Medicina.

Material y métodos

Estudios prospectivos, observacionales, descriptivo y de corte transversal. Para evaluar la incidencia del síndrome se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Se entregó una encuesta anónima, en cuatro trabajos se aclara “previo consentimiento informado”. Las variables consideradas fueron: edad, sexo, estado civil, servicio, año de residencia o antigüedad laboral, situación laboral, horas diarias y semanales de trabajo, número de guardias mensuales, licencias anuales, antecedentes patológicos, escala de apoyos sociales de Díaz Veiga, problemas de salud y opiniones laborales.

La escala Maslach Burnout Inventory (MBI) validada en español, es un cuestionario que consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo likert. El sujeto valora, mediante 6 adverbios que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas. La factorización de los 22 ítems arroja 3 dimensiones: **Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.**

La subescala de **cansancio o agotamiento emocional** está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturados o cansados emocionalmente por el trabajo. Puntuación máxima 54 puntos, a mayor puntuación mayor es el agotamiento emocional y el Burnout experimentado. Puntos de corte: 27 nivel alto, 19 a 26: puntuaciones intermedias. Menor a 19: niveles bajos o muy bajos de Burnout.

La subescala de **Despersonalización** está integrada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objetos de atención. Puntuación máxima 30 puntos, mayor puntuación mayor despersonalización. **Mayor a 10 nivel alto, 6 a 10 nivel medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización.**

La subescala de **Realización Personal** está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y autoeficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. De 0 a 30 implica baja realización personal, 34 a 39 nivel intermedio y superior a 40 puntos sensación de logro. La puntuación máxima es de 48 puntos y a mayor puntuación, mayor realización personal es decir que el individuo esta menos afectado con menos Burnout.

Se considera Síndrome de Burnout completo cuando el **Cansancio Emocional** y la **Despersonalización** fueron altas y cuando la **Realización Personal** es baja.

La Escala de apoyos sociales de Díaz Veiga también denominada “Inventario de Recursos Sociales” califica originalmente a las redes sociales familiares o extralaborales, tanto en la frecuencia de contactos (aspectos objetivos de la red) como el grado de satisfacción (aspectos subjetivos) con su red de apoyo. Sin embargo para poder evaluar a la red de apoyo social laboral, se incorporan otras fuentes de apoyo como los superiores, compañeros de trabajo y subordinados, evaluándolos de la misma manera como se hace para la red familiar. Se suman los puntajes de cada aspecto obteniendo los siguiente niveles totales: para el aspecto objetivo de siete a 10 puntos significa que tiene una red alta o muy buena, de 12 a 16 que tiene una red media o regular y de 18 a 21 que tiene una red baja o mala. Para los aspectos subjetivos, el tener un puntaje de ocho a 12 puntos se considera red alta o muy buena, de 14 a 18 se considera red media o regular y de 20 a 24 que tiene una red baja o mala. Para el estudio se consideraron los niveles bajo y medio como el tener una mala o inadecuada red, contra la red alta o muy buena.

Análisis estadístico: estadística descriptiva, inferencial y regresión lineal. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas. Las cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y en los análisis comparativos, se utilizaron la prueba de la t de Student, prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher; cuando estuviese indicado se estimó OR con IC 95%. Se consideraron significativas las diferencias cuyo valor de p asociado a la prueba de contraste fue 0.05.

Resultados

En las investigaciones se incluyeron un n total de **2133 individuos**; de ellos 1979 son profesionales del equipo de salud (Médicos, Enfermeros, Bioquímicos, Odontólogos, Técnicos, entre otros profesionales y personal de apoyo); Profesionales

de Planta 1046; En los trabajos que analizaron Residentes específicamente se identificaron 933 profesionales en formación (95% Residentes en formación clínica y 5% en formación de especialidades quirúrgicas). El trabajo que analizó el Síndrome de Burnout en individuos cursando la Carrera de Medicina incluyó a 154 estudiantes.

Análisis de Trabajos de investigación que evalúan Síndrome de Burnout en Residencias

Se incluyeron un total de 933 Residentes, edad: rango 26 a 29 años. Género: 66% femenino. La prevalencia del síndrome completo fue de 12 al 17% en los distintos trabajos.

En cuanto al nivel en la valoración de las subescalas se identificó: Despersonalización x: 11.7 y Cansancio Emocional x: 30.19 y Realización Personal x: 36.95. (Valdez P, 2011; Alos M 2007).

En una muestra el 33% no presentó ninguna dimensión “quemada”. En los distintos trabajos presentaron una dimensión “quemada” entre el 26 y el 79% de los encuestados y dos dimensiones entre el 26 y el 55%. (Valdez P, 2011; Mayan III, 2011, Alós M, 2005; Curti A, 2007).

Evidenciándose entre el 33 y el 89% alto Cansancio Emocional (>27), 39 al 64% alto nivel de Despersonalización (>10) y 35 al 55% presentó baja Realización Personal. (Mayan III, 2011; Fregenal M, 2013; Pacheco M, 2013).

Califican dentro del percentilo de alto riesgo de Burnout: Cansancio Emocional: 57%, Despersonalización: 40%, Falta de Realización Personal: 60%. (Klein M, SAM multicéntrico).

Se reporta mayor frecuencia del Síndrome completo en varones (80% IC 95% 70-87)(OR de 10, IC 95% 1.27-73.3, p=0.043). (Meana M, 2010). El género masculino es predictor de Despersonalización (p= 0.0001). (Valdez P, 2011). La Realización Personal fue de grado medio en ambos sexos (35.34 vs. 37.70) y el Cansancio Emocional fue de grado alto en ambos sexos (32.34 vs. 29.2). (Valdez P, 2011).

El OR fue de 7.11 (IC 95% 1.02–53.7) para los médicos en el tercer año. (Meana M, 2010)

No se encontró evidencia que el Síndrome Burnout estuviera asociado al estado civil y conocimiento del mismo. (Fregenal M, 2013).

Se observó un OR de 9.16 (IC 95% 1.56– 51.85, p = 0.021) en individuos que se encontraban lejos de su residencia familiar. (Meana M, 2010).

Las horas semanales de trabajo fueron entre 64 y 83 (DS±19), la media de horas diarias fue de 10,5 (DS±2,6); la horas de descanso semanales fue de 50±32 y 3% referían tener un día libre a la semana. El rango de guardias mensuales fue 6 a 18. Guardias extra: 34%. El 23% de los Residentes referían tener trabajos extra. (Klein M, SAM multicéntrico; Valdez P, 2011; Alós 2007).

La cantidad de horas de trabajo fue predictor de Despersonalización (p= 0.0036). (Valdez P, 2011).

En relación a las horas de guardia: 41% expresaron tener entre 41 a 51 hs de guardia; 31% de 51 a 60 hs de guardia y 47% informaron tener un supervisor activo en la guardia. Jornada reducida post-guardia: 11%. (Klein M, SAM multicéntrico).

La media de guardias mensuales de los que tuvieron el síndrome era mayor (8 vs. 6, p=0,05). La media de descanso anual fue de 17,9 días (DS±5.3). (Pacheco M, 2013).

Trabajos extra: 23% residentes. 11% refiere estar siempre supervisado en la recorrida y el 9% refiere que nunca es supervisado. (Klein M, SAM multicéntrico).

El 52 al 95% de las distintas investigaciones consideró que la remuneración es insuficiente.

Al inicio de la formación, el 51% relató haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo. La presencia de errores se asoció a Despersonalización (p=0.0001) y a Cansancio Emocional (p=0.0001). Las situaciones más preocupantes relatadas por los encuestados fueron: falta de educación continua en servicio (68.5%), mal ambiente de trabajo (67.1%), falta de supervisión (65.7%). Las alteraciones de salud más frecuentes acontecidas luego del inicio laboral fueron: cansancio crónico (52,0%), molestias digestivas (47.9%), cefaleas (45.2%) e irritabilidad (43.8%). El Cansancio Emocional es predictor de patologías posteriores al inicio laboral (p=0.0044). (Valdez P, 2011).

El trabajo que analizó la cognición postguardia evaluó la funcionalidad cognitiva postguardia dentro de las 6 horas de finalizada la guardia por un especialista en neurología: atencional global, memoria de trabajo, control motor, funciones ejecutivas y flexibilidad de procesamiento de información a través de distintos test. Luego de descanso apropiado, se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory, depresión y ansiedad.

Los resultados del mismo evidenciaron una prevalencia de depresión de 56.25%(IC95% 29-79%), mientras que el 100% presentó ansiedad muy baja; un 37% agotamiento (IC95% 16-65), un 31% Despersonalización (IC95% 12-59) y un 62% (IC95% 34-83) bajo grado de Realización Personal.

En la valoración postguardia, la media del total de horas trabajadas en forma continua fue de 31.26 (2.54 DS), la de horas de guardia fue 17.31 (4.33 DS), y la de horas de trabajo postguardia de 7.76 (2.83 DS). El promedio de horas de sueño previo al ingreso laboral fue 6.5 (1.15 DS) y el de horas dormidas durante la jornada 2.31 (1.92 DS). La atención sostenida y selectiva medida a través del test CPTII se encontró alterada en el 87% (14, IC95% 56-97). Tanto la atención auditiva sostenida y dividida y velocidad de procesamiento medido por PASAT, como el span atencional (medido por dígitos directo) se encontraron alterados en un 31% (IC95% 12-59). La capacidad de fluencia verbal fonológica medida por FAS se conservó en el 93% (IC95% 60-99). Las tareas de memoria auditiva verbal evaluada por RALVT se vieron alteradas en el 68% (IC95% 40-87). No encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el desarrollo de Cansancio Emocional o depresión y la performance cognitiva postguardia. (Giunta D, 2015).

En el trabajo que tuvo por objetivo determinar si la práctica habitual de actividades físicas, expresivas y /o reflexivas influye o no en el desarrollo de BA en residentes de un servicio de clínica médica, la variable Realización Personal resultó mayor en médicos que realizaban actividades expresivas ($p=0.039$); la variable Alteración Emocional presentó puntuación menor en el grupo de médicos que realizaban actividades físicas ($p=0.006$) y también en cuanto a las proporciones de profesionales que realizan o no actividades físicas ($p=0.030$). (Mayan III, 2011).

Del análisis comparativo entre los médicos en formación clínica y los de formación quirúrgica se demostró que los clínicos se sienten más agotados, fatigados y presentan mayor despersonalización, la relación con sus pacientes es insuficiente por el tiempo dedicado a realizar tareas que no les corresponden, pero perciben mayor consideración de sus jefes, refieren tener mejor relaciones interpersonales y con su pareja que los médicos en formación quirúrgica. (Curti A, 2007).

Del análisis comparativo entre Médicos de Planta (MP) y Médicos en Formación (MF) globalmente consideraron que la relación con los compañeros es buena o muy buena en el 96%; el 40% se ha sentido a veces al límite de sus posibilidades (sin diferencias entre MF y MP) y el 11% se siente decepcionado con la profesión (pNS). El 39% trata algunas veces a los pacientes como objetos y un 10,5% lo hace a menudo. El 72,3% ven a la medicina como una profesión con muy buen prestigio (MF:77 vs MP:64%)($p<0.05$), los MF sienten que obtiene de su trabajo satisfacción personal (37 vs 21%)($p<0.05$). Para los MP su trabajo nunca es valorado (17 vs 4,5%)($p<0.01$). Tienen más insomnio los MP que los MF (45 vs 21%)($p<0.001$) y usan más psicofármacos (17 vs 6%)($p<0.05$). Los MF tienen más problemas familiares a causa del trabajo (19% vs 6,5%)($p<0.03$) y sienten que el trabajo interfiere constantemente en su vida privada (36 vs 19%)($p<0.05$). El trabajo desgasta más a los MF (41 vs 23%)($p<0.05$) y sienten haberse endurecido más con los pacientes, mayor Despersonalización y Cansancio Emocional que los Médicos de Planta ($p<0.05$). (Alos M, 2005).

Análisis de Trabajos de investigación que evalúan Burnout en Profesionales del equipo de salud

En total se encuestaron 1046 individuos del equipo de salud. Los valores medios obtenidos en las dimensiones del Burnout fueron para Despersonalización de 10.11 y para Cansancio Emocional de 27.57, mientras que la Realización Personal mostró una media de 34.26. Presentaron alto desgaste el 50% en Despersonalización, el 43% en Realización Personal y el 52% en Cansancio Emocional. Del 100% analizado en una serie, el 25% no presenta ninguna dimensión "quemada" en tanto que presentan una: el 24%, dos: el 31% y las tres: el 20%.

La Despersonalización fue superior en varones (11.16 ± 0.75 vs. 9.25 ± 0.47 , $p=0.03$) y la Realización Personal menor en los mismos (32.62 ± 0.98 vs. 35.11 ± 0.57 , $p=0.02$), no habiendo diferencias en el Cansancio Emocional en relación al género. En relación a la edad, ser más joven es significativamente predictor de Cansancio Emocional ($p=0.043$) y Despersonalización ($p=0.0095$). El estado civil predominante fue estar en pareja/ casado (61.4%), sin diferencias significativas para las 3 dimensiones.

La menor antigüedad profesional es predictor de Despersonalización ($p=0.0334$).

El número de hijos fue en promedio de 1.3 ($DS \pm 0.06$), en tanto que la media de hijos convivientes fue 1.12 ($DS \pm 0.06$); ambas situaciones se asociaron a menor Cansancio Emocional ($p=0.0028$ y 0.007 respectivamente) y a menor Despersonalización ($p=0.013$ y 0.0133 respectivamente).

El promedio de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea es 28 ± 0.97 , siendo dicha variable predictor de Despersonalización.

La media de horas de trabajo semanal es de 54 horas, cumpliéndose el 84% en el hospital público, existiendo relación entre la cantidad de horas y el Cansancio Emocional ($p=0.0021$). No hay diferencias de especialidades médicas como predictores de las dimensiones del Burnout.

El 57% relata haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo, siendo en el desglose la cifra de 83% para los médicos, 35% para enfermeros y 32% para técnicos. La presencia de errores se asoció a Despersonalización ($p=0.01$) y a Cansancio Emocional ($p<0.001$).

El 67% trabaja en más de un turno. La realización de guardias se asocia a mayores valores de Cansancio Emocional (29.01 ± 0.86 vs. 25.24 ± 1.09 ; $p=0.007$). Un mayor número de guardias semanales es predictor de Despersonalización ($p=0.002$) y de Cansancio Emocional ($p=0.0045$).

En la escala de Díaz Veiga el nivel de apoyo es alto en el 72% del objetivo extralaboral, en el 49% del objetivo laboral, en el 71% del subjetivo extralaboral y en el 27% del subjetivo laboral. En el análisis de los 4 modelos de Díaz Veiga con las 3 dimensiones del síndrome, solo se encuentra asociación estadística para la satisfacción extralaboral en relación al Cansancio Emocional.

Las situaciones más preocupantes relatadas por los encuestados fueron: malas condiciones de trabajo (66%), agresividad de pacientes y familiares (68%), sueldos bajos (77%), exceso de horas de trabajo (51%) y falta de insumos e problemas de infraestructura (52%).

Las alteraciones de salud más frecuentes acontecidas luego del inicio laboral fueron: cefaleas (50%), dolores ósteomusculares (53%), cansancio crónico (53%), e irritabilidad (53%). Despersonalización y Cansancio Emocional son predictores del número de problemas de salud en el análisis de regresión lineal, con $p=0.0347$ y 0.0000 respectivamente. (Valdez P, 2007).

En otro análisis entre **Médicos y Enfermeros** se evidenció que el 84% presentó al menos uno de los ítems en nivel alto para el Síndrome de Burnout, mayor en médicos que en enfermeros (89 vs 70%; $p=0.024$). Los médicos presentaban mayor proporción de respuestas en niveles altos en los tres ítems. En Cansancio y Despersonalización los médicos presentan valores mayores respecto de los enfermeros ($p=0.008$ y $=0.001$, respectivamente). La carga horaria semanal en médicos fue mayor que en enfermeros ($p=0.019$). Los médicos presentaron menor deseo de jubilarse que los enfermeros (40 vs 69%, $p=0.01$). El 49% de médicos y el 26% de enfermeros usaban ansiolíticos ($p=0,052$). El 24% de los médicos y el 20% de los enfermeros recomendarían a sus hijos seguir su profesión. (Aravena V, 2012).

En **Cuidados Intensivos y Departamento de Urgencias** se demostró que el 24% tiene las tres dimensiones quemadas. Presentaron niveles altos 51% en Despersonalización y 56% Cansancio Emocional y el 62% niveles bajos de Realización Personal. Estar en pareja/casado tuvo menor Despersonalización y mayor Realización Personal ($p=0.04$). El 69% relata haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo. La presencia de errores se asoció significativamente a las tres dimensiones quemadas. El menor apoyo extralaboral es predictor de Cansancio Emocional ($p=0.008$) y la menor satisfacción laboral es predictor de Despersonalización ($p=0.02$) y de Cansancio Emocional ($p=0.04$). Las alteraciones de salud acontecidas luego del inicio laboral se presentaron con una media 4.80 ± 0.26 . La presencia de Cansancio Emocional y Realización Personal fueron predictores del número de problemas de salud ($p=0.0000$ y $=0.03$ respectivamente). El mayor tiempo de viaje fue predictor de Cansancio Emocional ($p=0.02$). (Valdez P, 2015).

En el **trabajo realizado en emergentólogos** de servicios de urgencia sobre estrés laboral, se evidenciaron errores laborales (EL) en 72.5%, tratamiento psicológico y/o licencia por estrés laboral (TS) en 22.5% e influencia negativa del trabajo en la vida familiar (IF) en el 64%. La presencia de estas tres variables permitió definir la presencia de daño. No hubo diferencias entre especialidades clínicas y quirúrgicas para predecir daño. La realización de estudios superiores o cursos no predijo daño (pNS). La antigüedad profesional y en urgencias se relacionó significativamente con IF ($p=0.03$ para ambas). Las horas de trabajo semanales son 60.17 ± 0.95 , siendo las mismas predictores de IF ($p=0.03$) al igual que la sensación de enojo-mal humor.

El estado civil casado/conviviente se asoció a menor TS ($p=0.03$), sin diferencias para IF y EL. La media de hijos y la convivencia con los mismos no fue predictor de daño (pNS para las 3 en regresión logística). Tampoco lo fueron el número de contactos diarios en virtud de la tarea ni el número de horas semanales dedicadas al ocio (pNS). El 40% realiza 2 o más guardias semanales, la cantidad de horas de guardia fue predictor de EL e IF en regresión logística (0.0013 y 0.0084 respectivamente). (Valdez P, 2011).

En **relación a los accidentes cortopunzantes y el estrés laboral en integrantes del equipo de salud de áreas de riesgo** (enfermeros, laboratoristas, personal de limpieza, instrumentadoras, odontólogos y residentes de clínica médica y cirugía) se observó Alto desgaste en Despersonalización (9.83 ± 0.37) y Cansancio Emocional (26.89 ± 0.66) y medio en Realización Personal (34.12 ± 0.49). El 10% de los encuestados sufrió un accidente punzocortante. El elemento más frecuente fue la aguja. Surgieron como predictores de accidentes: la menor edad (36.18 vs 41.93 años, $p < 0.05$) y mayor Despersonalización Personal (9.97 vs 9.81, $p < 0.05$). (Valdez P, 20141).

Trabajo de investigación que evalúa Burnout en Estudiantes

No se encuentran evidencias de diferencias de dimensiones en relación al género o al estado civil. Los motivos de elección de la carrera más frecuentes fueron por vocación (68%), interés en la ciencia (31%), social (24%) y ninguno por mandato familiar. Cree que el prestigio social de la medicina es adecuado el 66%. El 30% afirma que el estudio interfiere constantemente en su vida.

En relación a la escala MBI el Cansancio Emocional fue de 25.94 ($DS \pm 9.54$) siendo Alto en el 46.5%, Despersonalización obtuvo en promedio 7.90 puntos ($DS \pm 3.96$), siendo alta en el 18% y la Realización Personal media fue de 36.77 ($DS \pm 9.12$) Baja en el 50%.

Del análisis comparativo el Cansancio Emocional fue más significativo en alumnos de 5º año y de la Práctica Final Obligatoria (Internado) vs 3º año ($p < 0.0003$ y < 0.005 respectivamente). Al comparar estudiantes de medicina y de otras carreras del equipo de salud, la Despersonalización en niveles altos fue significativamente más frecuente en los primeros. La Realización Personal fue más baja para los estudiantes de la Facultad estatal vs la Facultad Privada ($p < 0.0069$) y Estudiantes de Medicina vs los de otras carreras ($p < 0.089$). (Gassul A, 2015).

Residentes: Conclusiones

En Residentes la prevalencia del síndrome completo fue del 12 al 17% en los distintos trabajos.

Despersonalización x: 11.7 y Cansancio Emocional x: 30.19, expresando un nivel alto en estas subescalas; Realización Personal x: 36.95 lo que implica un nivel intermedio en esta subescala. Ocho de cada diez Residentes encuestados presenta al menos una dimensión quemada. Peor mientras avanza la Residencia.

Evidenciándose hasta en el 89% alto Cansancio Emocional (>27), hasta el 64% alto nivel de Despersonalización (>10) y hasta el 55% falta de Realización Personal.

Califican dentro de percentilos de alto riesgo de Burnout entre el 40 y 60% para las distintas dimensiones.

Ser varón es predictor para Despersonalización y falta de Realización Personal, el Cansancio Emocional fue alto en ambos sexos. El Síndrome fue más frecuente si se encontraban lejos de su residencia familiar. La media de guardias mensuales de los que tuvieron el síndrome fue mayor.

La cantidad de horas de trabajo fue predictor de Despersonalización.

La presencia de errores se asoció a Despersonalización y a Cansancio Emocional.

El Cansancio Emocional es predictor de patologías posteriores al inicio laboral.

La práctica habitual de actividades físicas, expresivas y /o reflexivas serían un factor protector para Cansancio Emocional.

Los Residentes de clínica se sienten más agotados ("quemados"), fatigados y presentan mayor Despersonalización, la relación con sus pacientes es insuficiente por el tiempo dedicado a realizar tareas que no les corresponden, pero perciben mayor consideración de sus jefes, refieren tener mejor relaciones interpersonales y con su pareja, que los médicos en formación quirúrgica.

Los Médicos en Formación a pesar de estar iniciándose en la profesión, a la cual consideran de muy buen prestigio y de la cual obtiene satisfacción personal, presentan mayor Burnout, se sienten más insensibles y tienen mayor interferencia del trabajo en su vida privada. Mientras que los médicos de planta sienten que su trabajo no es valorado, tiene dificultades con el descanso y mayor uso de psicofármacos.

Los profesionales que asisten a otras personas constituyen un grupo de alto riesgo a enfermar, con alta incidencia de Burnout. Las cargas laborales, la insuficiente supervisión y remuneración podrían justificar esta situación, que adquiere especial relevancia si los profesionales están en un periodo formativo donde se asumen nuevas y grandes responsabilidades y desafíos tanto personales como profesionales

Profesionales del equipo de salud: Conclusiones

En total se encuestaron 1046 individuos del equipo de salud. La población estudiada tiene valores altos en las subescalas para Despersonalización y Cansancio Emocional e intermedio para Realización Personal. Presentaron alto desgaste el 50% en Despersonalización, el 43% en Realización Personal y el 52% en Cansancio Emocional. Del 100% analizado en una serie, el 25% no presenta ninguna dimensión "quemada" en tanto que presentan una: el 24%, dos: el 31% y las tres: el 20%.

La Despersonalización fue superior en varones y la Realización Personal menor en los mismos. Ser más joven es significativamente predictor de Cansancio Emocional y Despersonalización. La menor antigüedad profesional es predictor de Despersonalización.

El tener hijos y convivir con ellos fue un factor identificado como protector para desarrollar Cansancio Emocional y Despersonalización.

Mayor cantidad de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea es predictor de Despersonalización.

La menor cantidad de horas de ocio, la menor satisfacción extralaboral, la mayor cantidad de horas de trabajo y la realización de guardias se asociaron a Cansancio Emocional. Un mayor número de guardias semanales es predictor de Despersonalización y de Cansancio Emocional.

La presencia de errores se asoció a Despersonalización y a Cansancio Emocional.

Despersonalización y Cansancio Emocional son predictores del número de problemas de salud.

En Cansancio y Despersonalización los médicos presentan valores mayores respecto de los enfermeros.

En unidades críticas el menor apoyo extralaboral es predictor de Cansancio Emocional y la menor satisfacción laboral es predictor de Despersonalización y de Cansancio Emocional. El mayor tiempo de viaje fue predictor de Cansancio Emocional. Se asociaron a baja Realización Personal el ser enfermero intensivista, los solteros, la presencia de errores y la cantidad de problemas de salud.

Surgieron como predictores de accidentes corto punzantes la menor edad y la mayor Despersonalización Personal.

La presencia de altas demandas, numerosos factores negativos y pobres recursos favorecen el Síndrome de Burnout. Para la Organización Mundial de la Salud es un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo padece, unido a que genera una prestación de servicios que pone en riesgo a la comunidad por la asociación con los errores laborales, entre otras consideraciones a realizar.

Estudiantes de Medicina: Conclusiones

Los estudiantes de la Carrera de Medicina presentaron mayor Síndrome de Burnout que estudiantes de otras Carreras vinculadas con el equipo de salud. El Cansancio Emocional fue estadísticamente significativo a medida que se avanza en la Carrera. En cuanto a la Despersonalización solo encontramos diferencias significativas entre los estudiantes de medicina y las otras carreras ($p < 0.02$). La Realización Personal fue baja en forma significativa para la Facultad estatal vs la Facultad privada ($p < 0.0069$) y estudiantes de la Carrera de Medicina vs no Carrera de Medicina ($p < 0.089$).

La alta exigencia académica y las demandas emocionales a las que están expuestos nuestros estudiantes deben ser visibilizadas y tenidas en cuenta a la hora de planificar acciones en pos de identificar y prevenir el Síndrome de Burnout en esta población vulnerable.