

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

FCM

CIENCIAS MÉDICAS

PALUD, JORGE RAFAEL

CARRERA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA DEL TRABAJO-COHORTE 2
FACULTAD DE CS. MEDICAS
UNL

- **ÍNDICE**

Resumen pag. 3

Introducción pag. 4 a 12

Objetivos pag. 13

Material y método pag. 14

Resultados pag. 15 a 16

Conclusión pag. 17 a 18

Bibliografía pag. 19 a 20

- **RESUMEN**

El síndrome de burnout o de desgaste profesional se describió hace varios años en distintas profesiones; sin embargo, se ha observado que tiene mayores repercusiones en las distintas especialidades del área médica.

OBJETIVOS:

-GENERAL: Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos del Hospital Regional de Reconquista

-ESPECIFICOS:

1. Comparar la prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos residentes y los no residentes
2. Caracterizar a los médicos con diagnóstico de síndrome de burnout según edad y sexo
3. Describir el perfil laboral del médico diagnosticado con el síndrome
4. Determinar cuál de las 3 dimensiones del síndrome es la más prevalente

RESULTADOS:

Del total de médicos (residentes y no residentes), 13 (12,8%) de ellos fueron diagnosticados con el síndrome y 58 (57,4%) presentaron indicios del mismo, mientras que 30 (29,7 %) de ellos no presentaron el síndrome, ni tampoco tenían indicios del mismo.

La dimensión del síndrome más prevalente fue la falta de realización personal, la cual se presentó en 48 de los médicos (47,5%)

CONCLUSION:

La prevalencia del síndrome de burnout en los médicos del hospital fue del 12,8%, mientras que el 57,4% de los mismos presento indicios de dicho síndrome, esta situación debe destacarse ya que, para presentar indicios de este, debe estar alterada por lo menos una dimensión del síndrome.

Palabras clave: síndrome de burn out, prevalencia, médicos

Soporte técnico: Power point

- **INTRODUCCION**

El síndrome de burnout o de desgaste profesional se describió hace varios años en distintas profesiones; sin embargo, se ha observado que tiene mayores repercusiones en las distintas especialidades del área médica. La investigación de este tema en las diferentes áreas de los hospitales sigue siendo necesaria para establecer los criterios por los que podría diagnosticarse y qué tipo de intervención y prevención debe realizarse.¹

El síndrome describe un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial. Se caracteriza por tres dimensiones: a) **cansancio emocional** o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) **despersonalización** o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) **falta de realización personal** o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. Su prevalencia en médicos generales y especialistas es de 30 a 69%.²

Los estudios realizados en distintos hospitales refieren que la probabilidad de elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa en la vida familiar.³ La probabilidad de que el cansancio emocional sea elevado es mayor en quienes tienen más sobrecarga de trabajo. El riesgo de obtener bajos logros personales es mayor en las personas con baja satisfacción de recompensas profesionales.⁴

Antecedentes

Como fenómeno, el síndrome de burnout ha existido en todo momento y en todas las culturas. El término apareció por primera vez en 1974, en Estados Unidos, cuando lo utilizó el psicoanalista Herbert J. Freudenberger, quien observó que, al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación laboral y agresividad con los pacientes.⁵

El síndrome de burnout o agotamiento profesional alcanzó mayor difusión a partir de los trabajos de Christina Maslach⁶ quien, en 1976, dio a conocer este síndrome en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología. Maslach refería que el síndrome de burnout era un problema cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios de salud que, después de meses o años de trabajo, terminaban desgastándose, concepto que fue

popularizado por Ginsburg.⁷ Al inicio, la evaluación se dirigió al desgaste físico y psicológico de trabajadores voluntarios en las organizaciones de ayuda, como: clínicas gratuitas, comunas terapéuticas, refugios para mujeres y centros de intervención en crisis. Sin mencionar explícitamente el agotamiento. Bäuerle⁸ describió el fenómeno como resultado de las experiencias en la supervisión de los trabajadores sociales de educación y sociales.

En la década de 1970 y 1980 Farber⁹ describió a las víctimas del burnout como las personas que establecían objetivos inalcanzables o eran idealistas. Por el contrario, hoy se dice que “el agotamiento se debe, en gran medida, a la presión que se tiene por cumplir las expectativas y exigencias cada vez mayores de los demás, o de la intensa competencia para ser mejor que otros en la misma organización o empresa, o para hacer más dinero, etc.”

Definición

El síndrome de burnout es un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear.

Lo integran tres componentes:

- a. **Despersonalización:** se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la distancia personal.
- b. **Falta de realización personal en el trabajo:** tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.
- c. **Agotamiento emocional:** combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas del burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales. Cuadro 1

Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

1. Psiquiátricas: deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).

CUADRO 1. Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout
<p>SINTOMAS DE ALARMA EN LA FASE TEMPRANA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento en el compromiso de sus objetivos personales y profesionales • Agotamiento
<p>DISMINUCION EN EL COMPROMISO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacia los pacientes • Otros en general • Hacia el trabajo • Incremento de demandas
<p>REACCIONES EMOCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Agresión
<p>REDUCCION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempeño cognitivo • Motivación • Creatividad • Juicio
<p>APLANAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emocional • Social • Intelectual
<p>REACCIONES PSICOSOMATICAS</p> <p>DESESPERACION</p>

2. Somáticas: cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos.

3. Organizacionales: deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

En la actividad profesional, el médico puede tener las siguientes conductas:

- Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
- Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
- Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
- Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
- Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Varios de los estudios analizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodean. Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos con niveles altos de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste.

Diagnóstico

Existe una serie de instrumentos de evaluación que sirve para evaluar el síndrome; sin embargo, la prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). Cuadro 2

En su forma original, el MBI consta de 22 ítems divididos en tres escalas:

- Agotamiento emocional (9 ítems)

- Despersonalización (5 ítems)
- Realización personal (8 ítems)

<u>CUADRO 2</u>	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
VALORACION	FATIGA EMOCIONAL POR DEMANDAS DE TRABAJO	ACTITUD NEGATIVA HACIA LOS PACIENTES	SATISFACCION PERSONAL
NUMERO DE ITEMS	9 (1,2,3,6,8,13,14,16,20)	5 (5,10,11,15,22)	8 (4,7,9,12,17,18,19,21)
CLASIFICACION			
GRADO BAJO	menor 19	menor 6	mayor 40
GRADO MEDIO	19-27	6-9	34-39
GRADO ALTO	mayor 27	mayor 9	menor 33

Depresión y ansiedad es lo mismo que burnout

La psiquiatría, como ciencia médica, ha evitado hasta ahora abordar el fenómeno del burnout, ya sea por la difusa definición del síndrome, o porque hay una gran coincidencia entre él y establecidos diagnósticos psiquiátricos, como depresión, ansiedad o trastorno de adaptación. Así mismo, es posible que se deba a que no existe una prueba que defina exactamente al síndrome de burnout. Como resultado, el agotamiento no se menciona en el DSM-IV y la CIE-10.10

El síndrome de burnout se asocia con un considerable sufrimiento subjetivo, problemas de salud y disminución del rendimiento o logro en el trabajo. En los últimos años se ha observado un marcado incremento en la prescripción de antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. Estos fenómenos representan los efectos del burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y

oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias y, de esta manera, favorecer la implantación de una política de salud pública debido a su impacto social.

Por lo que se refiere al diagnóstico diferencial, se evaluó en un estudio de grupo la relación entre el agotamiento y la depresión, y entre el burnout y el concepto de "agotamiento persistente", y entre el burnout y la alexitimia (incapacidad para percibir los sentimientos en uno mismo o en otros, o para expresar con palabras).¹¹ La correlación entre el agotamiento y depresión parece ser particularmente relevante porque aquí es evidente que existe una amplia área de superposición, y el desgaste es por lo menos un factor de riesgo para depresión.¹²

En cuanto a los padecimientos orgánicos más frecuentemente relacionados con el síndrome de burnout destacan las enfermedades cardiovasculares, musculo-esqueléticas, alergias, diabetes mellitus tipo II y la hiperlipidemia. Los mecanismos neurobiológicos y psicobiológicos individuales que subyacen a los efectos físicos de agotamiento son aún desconocidos. Algunos autores reportan cambios neuroendocrinos, hemostáticos e inflamación en pacientes con burnout, que no difieren de los encontrados en otras condiciones de estrés crónico, trastorno por estrés postraumático o depresión.

Prevalencia e incidencia

El síndrome del burnout es común en la práctica médica, con una incidencia que va de 25 a 60%.^{13,14,15} Thomas,¹⁶ en una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria en un estudio aleatorizado, mostró que los médicos del género femenino tenían 60% más de probabilidad que los del masculino de manifestar signos o síntomas de desgaste.

Por lo general, la carga de trabajo se relaciona con la dimensión del agotamiento emocional. Gopal¹⁶ identificó, como factor principal para el síndrome de burnout, el número de guardias al mes, el número de horas de trabajo semanales, presentando como solución la reducción de horas de trabajo puede ser el primer paso para disminuir el desgaste.¹⁷

De las manifestaciones de burnout laboral evaluadas en un estudio, destacaron en 12.4% cefalea, 10.2% alteraciones del sueño y 10.2% cansancio. Es decir, cerca de 30% de los trabajadores tiene algún síntoma psicosomático debido a las condiciones laborales.¹⁴

Tratamiento y prevención

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz,¹⁸ el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés
- Recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.
- Si la manifestación del síndrome de burnout es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia.
- Para evitar el síndrome de burnout, además de los enfoques mencionados, las medidas principales son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos de tiempo de trabajo y la puesta en práctica de las sesiones de supervisión. Esto trae a colación un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios en el mundo del trabajo en términos de la humanización.
- Para la reducción de los efectos de la tensión y prevención del síndrome burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados: a) reconocimiento de burnout, b) comunicación, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento.²⁰
- Esto implica reconocer la existencia del síndrome burnout y los factores asociados. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año en el control prevacacional con el fin de detectarlo y buscar sus causas. Es poco frecuente que el profesional acuda a pedir ayuda en forma voluntaria debido a prejuicios o porque no tiene conciencia del burnout que está padeciendo.
- La mayoría de los autores considera al síndrome de burnout un proceso continuo. Existen otros que consideran en la evolución del síndrome una serie de fases que coinciden, en gran parte, con las propuestas de Cherniss.¹⁹ El hecho de que el cuestionario de Maslach mida los estadios de burnout en ausente, leve, moderado y severo, facilita la intervención terapéutica y permite programar actividades de prevención en el personal de salud. En concordancia con

otros investigadores pueden diferenciarse las tres fases del síndrome burnout que permiten realizar diferentes tipos de intervenciones de acuerdo con la fase evolutiva de cada una.¹⁷

- Fase de estrés laboral: ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales; hay un exceso de demanda y escasez de recursos que ocasionan estrés.
- Fase de exceso o sobreesfuerzo: el sujeto reacciona emocionalmente al desajuste mediante un sobreesfuerzo que motiva la aparición de síntomas emocionales, como: ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión, signos y síntomas laborales, como la aparición de conductas egoístas, se siente ajeno a su trabajo o a su vida, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales, falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo.
- Fase de enfrentamiento defensivo: cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones; así el sujeto aparece emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, más ausentismo laboral y actitudes cínicas y negativas en la relación y trato con los pacientes. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás por sus problemas.

El proceso de comunicación con otros compañeros de trabajo que están en la misma posición y que padecen los mismos síntomas permite obtener consejos para reducir al mínimo el resentimiento y la presión emocional que se acumula por la naturaleza del trabajo o de la carencia de contacto con otros profesionales con los que pueda compartir en el ambiente laboral.¹⁸ Pueden programarse reuniones terapéuticas de grupo para trabajar los sentimientos encontrados, resentimientos, malos entendidos y mejorar la comunicación entre los compañeros de trabajo. Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el burnout porque la práctica médica está sometida a un elevado nivel de tensión, auto demandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o del alcohol, todo para aliviar el dolor psíquico.¹⁹ Deben buscarse formas de relajación mediante la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica; también deben tener periodos de descanso vacacional.¹⁶ Es necesario hacer frente al síndrome de burnout mediante la reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación.

Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida, buenos hábitos de sueño, conformar equipos de colegas para atender la excesiva carga de atención de pacientes y habilidades sociales para no sobrecargar su agenda.

El Hospital Regional de Reconquista donde se realizó este estudio forma parte de la región I de salud de la provincia de Santa Fe (Nodo Reconquista), la ciudad de Reconquista, con aproximadamente 80.000 habitantes, se encuentra situada en la región noreste de la provincia; limita al norte con la provincia del Chaco; al este, a través del Río Paraná con la provincia de Corrientes; al oeste con la Región 2 y al sur con la Región 3.

La región I de salud está comprendida por los departamentos General Obligado (197.544 hab.), San Javier (33.936 hab.) y Vera (56.553 hab.), que en total suman 288.000 habitantes aproximadamente

El Hospital Regional se encuentra ubicado a 320 km de la capital santafecina por la Ruta Nacional N.º 11 y Bulevar Lovato, cuenta con 24 mil metros cuadrados, un total de 170 camas y comprende, en sus dos plantas, salas de espera, aulas, auditorio, cafetería, sector médico que incluye bloque de cirugía, maternidad y neonatología centradas en la familia y salas de parto respetado.

Asimismo, cuenta con un bloque de diagnóstico y tratamiento con equipamiento de última tecnología en las salas de rayos x, tomografía y laboratorio.

También tiene un área de consultorios, una guardia organizada bajo el sistema de triage, hospital de día, rehabilitación y bloques de internación; y sectores de apoyo técnico, con salas de máquinas, vestuarios, residuos, áreas de mantenimiento, y apoyos generales, oficinas, administración, cafetería del personal y dormitorios médicos.

- **OBJETIVOS:**

-GENERAL: Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos del Hospital Regional de Reconquista

-ESPECIFICOS:

1. Comparar la prevalencia del síndrome de burnout entre los médicos residentes y los no residentes
2. Caracterizar a los médicos con diagnóstico de síndrome de burnout según edad y sexo
3. Describir el perfil laboral del médico diagnosticado con el síndrome
4. Determinar cuál de las 3 dimensiones del síndrome es la más prevalente

- **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en el mes de mayo de 2023, en el Hospital Regional de Reconquista, Santa Fe

La población estuvo constituida por 101 médicos (13 residentes y 88 no residentes) que trabajaban de forma activa en el hospital en el momento en que se les administró el MBI (Maslach burnout inventory)

El cuestionario MBI* se les aplicó a todos los médicos del Hospital que aceptaron realizarlo, el mismo se repartía día a día y al final del mismo se los recolectaba, para esto se tardaron 2 semanas

El tipo de muestra fue por conveniencia, por lo que se abordaba a cada médico de los distintos servicios del Hospital, en forma individual y en forma colectiva en el caso de los residentes

La modalidad de participación fue anónima y voluntaria

Los criterios de inclusión fueron: médicos residentes y no residentes que se encontraban trabajando de forma activa en el hospital

Los criterios de exclusión: médicos que se encontraban de licencia (LAO o por enfermedad)

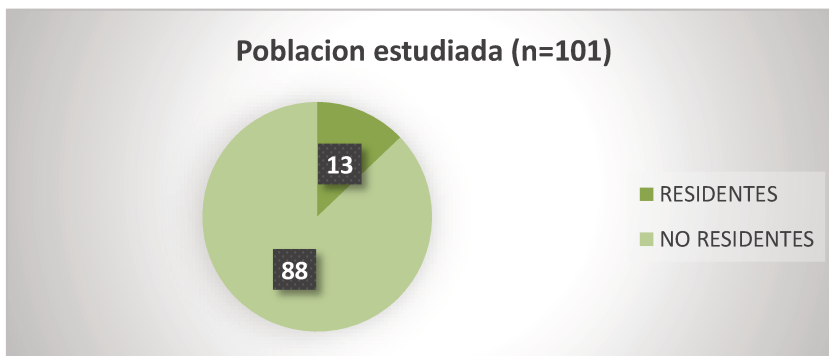
Las variables fueron: síndrome de burnout y sus 3 dimensiones, edad, sexo, tipo de especialidad y año que se cursaba en el caso de los residentes, número de guardias que realizaban al mes, descanso post guardia y antigüedad (únicamente en no residentes)

El método de recolección de datos se realizó mediante encuestas preimpresas que fueron entregadas a los encuestados.

- **RESULTADOS**

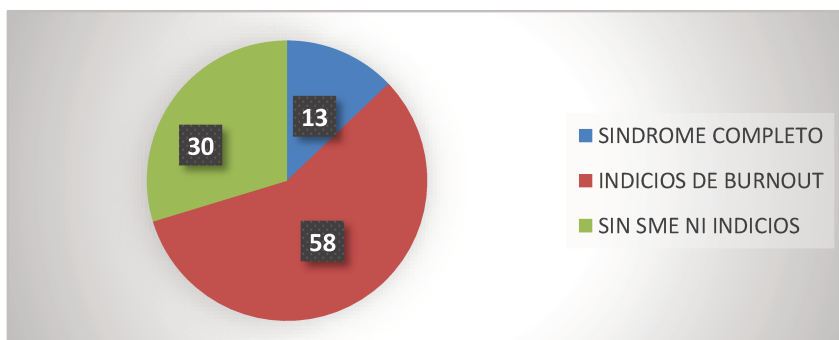
Una vez que se obtuvieron las 101 encuestas, todos los datos recabados se volcaron a una planilla de Excel (Microsoft), en la cual mediante algoritmos matemáticos se determinaron los resultados de los objetivos planteados, los mismos fueron los siguientes:

Fig. 1. Total de médicos (n= 101), residentes 13 (12,8%) y no residentes 88 (87,12%)



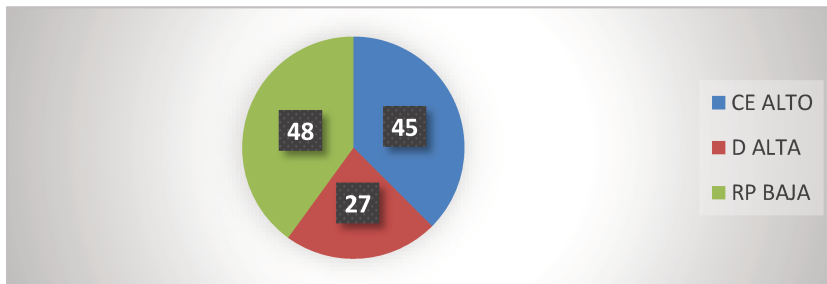
Del total de médicos (residentes y no residentes), 13 de ellos fueron diagnosticados con el síndrome (12,8%) y 58 presentaron indicios del mismo lo que represento un 57,4%, mientras que 30 médicos no presentaron ni el síndrome y tampoco tenían indicios del mismo (29,7 %) (Fig. 2)

Fig. 2. Diagnóstico del síndrome completo e indicios de burnout



La dimensión del síndrome más prevalente fue la falta de realización personal, la cual se presentó en 48 de los médicos, representando un 47,5% de la muestra (Fig. 3)

Fig. 3. DIMENSIONES DEL SME



Dentro de los médicos residentes (n:13) la prevalencia del síndrome fue del 38% (5), mientras que la prevalencia de indicios del mismo fue del 46% (6)

La cantidad de mujeres residentes con el síndrome fue de 4, representando el 57% del total, mientras que el único residente varón también lo presentaba, representando el 16%.

Podemos destacar que el rango etario de las mujeres que presentaron diagnóstico del síndrome variaba entre los 26 a 45 años, mientras que en los varones la edad al diagnóstico variaba entre los 27 a los 47 años

- **CONCLUSIÓN**

La prevalencia del síndrome de burnout en los médicos del hospital fue del 12,8%, mientras que el 57,4% de los mismos presento indicios de dicho síndrome, esta situación debe destacarse ya que, para presentar indicios de este, debe estar alterada por lo menos una dimensión del síndrome.

Con respecto a los médicos residentes (n:13) la prevalencia del síndrome fue del 38%, lo que representa a 5 residentes con el síndrome, mientras que el 46 % de ellos tenían solo indicios del mismo (16 residentes) y un 16% no tenía ni síndrome ni indicios de este, los cuales representaban a 2 residentes.

Si bien el número de médicos no residentes es mucho mayor que el de residentes, en este ultimo grupo la prevalencia del síndrome fue mucho mayor.

En este estudio se encontró que los varones con diagnóstico del síndrome fueron seis(6) de los cuales cinco (5) eran no residentes y uno solo (1) era residente, en este grupo las edades variaban entre los 27 y los 47 años.

Las mujeres con diagnóstico del síndrome fueron en total siete (7) de las cuales tres (3) eran no residentes, las edades en este grupo variaban entre los 26 y los 45 años

De acuerdo al perfil laboral de los médicos diagnosticados con el síndrome, se determino que estos realizaban guardias activas, que iban desde las 12 a las 24 horas y otros solamente realizaban guardias pasivas (no residentes). En el caso de los residentes se sumaba a la labor asistencial realizando guardias activas y consultorio de pacientes crónicos, la instancia de formación académica, estos presentaban cargas horarias semanales de 44 horas, más guardias activas.

Los no residentes presentaban cargas horarias semanales que iban desde 4 a 24 horas semanales.

Los números de guardias mensuales variaban entre 6 y 16.

Las áreas de trabajo con mayor prevalencia del síndrome fueron cuatro (traumatología, terapia intensiva, guardia central y residencia medica), siendo la residencia medica la que mayor prevalencia presento de las cuatro.

Cabe destacar que los médicos diagnosticados con el síndrome, residentes como no, ninguno de ellos presentaba descanso post guardia.

Se determinó que la dimensión del síndrome con mayor prevalencia fue la falta de realización personal

- **BIBLIOGRAFÍA**

1. Shanafelt T, Sloan T. The wellbeing of physicians. *Am J Med.* 2003;114:513-519.
2. Molina Sigüero A, García Pérez M, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria.* 2003; 31:564-574.
3. Escribà-Agüir, V Artazcoz, L Pérez-Hoyos, S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit* 2008;22:1-3.
4. Mingote J, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuesta de prevención. *Med Clin* 2004; 123:265-720.
5. Freudenberg H: Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974; 30:159-65.
6. Maslach, C y Jackson, S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2 1981;99-113.
7. Burisch M: *Das Burnout-Syndrom*. 4th edition. Heidelberg: Springer, 2010.
8. Bäuerle D: *Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit*. Neues Beginnen 1969; 21 ff.
9. Farber BA: Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56: 589-94.
10. Kaschka, W Korczak, D Broich K. Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108 146.
11. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results of Finnish Health 2000 Study. *J Affect Dis* 2005; 88: 56-62.
12. Nil R, Jacobshagen N, Schächinger H. Burnouteine Standortbestimmung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2010; 161: 72-77.
13. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 1263–1269.

-
14. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-334.
 15. Keller KL, Koenig WJ. Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1989;18:42-47.
 16. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292:2880–2889.
 17. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005;165: 2595–2600.
 18. Hillert A, Marwitz M: Die Burnout. Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? München: CH Beck, 2006.
 19. Cherniss C: Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger, 1980.

• **ANEXOS**

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS (MP))
INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____
Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato 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 a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
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 directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							