

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4427

Ciudad de Buenos Aires

Salomón, SE, Valdez, PR. Síndrome de burnout en el siglo XXI:

¿Lograremos vencerlo algún día?

Rev Arg Med 2019;7[1]:S8-S22

¹ Médica especialista en Clínica Médica. Especialista en Salud Pública. UNCuyo. Profesora titular de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Vocal de comisión directiva de la Sociedad Argentina de Medicina.

Médica de planta del Hospital Luis Lagomaggiore.

Magíster en Docencia y Gestión Universitaria.

² Staff de Terapia Intensiva del Hospital Vélez Sarsfield.

Especialista en Clínica Médica, Terapia Intensiva, Medicina General y Familiar, Geriatría y Gerontología y Medicina de Emergencias.

Profesor Adjunto de Medicina Interna, UBA y UNLaM.

Doctor de la Universidad de Buenos Aires. Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina.

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SIGLO XXI: ¿LOGRAREMOS VENCERLO ALGÚN DÍA?

BURNOUT SYNDROME IN THE 21ST CENTURY: WILL WE BE ABLE TO DEFEAT IT SOME DAY?

Susana E. Salomón,¹ Pascual R. Valdez²

RESUMEN

El síndrome de burnout es un tipo de estrés laboral e institucional que incluye: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y puede ocurrir en individuos que trabajan con personas. Se considera una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico, que altera la calidad de vida profesional y personal, con compromiso de las organizaciones. Reconoce cuatro etapas en las que se pasa de un desequilibrio entre altas demandas laborales y bajos recursos materiales y humanos, hasta la aparición de síntomas psicósomáticos, conductuales, emocionales y defensivos para llegar a la cuarta etapa con falta de eficacia en la tarea; lo que lo convierte en un peligro para los destinatarios de sus servicios. Se revisan factores predisponentes y se analizan prevalencias y particularidades de la presentación en algunas especialidades médicas. Por último, se consideran las consecuencias y su impacto negativo en pacientes, en los profesionales y sus familias y en los equipos de salud y las organizaciones.

PALABRAS CLAVE. Síndrome, burnout, agotamiento, quemado, siglo XXI.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a type of work and institutional stress that includes: emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment, and can occur in individuals who work with people. It is considered an inappropriate response to chronic emotional stress, which alters the quality of professional and personal life, with commitment of organizations. It comprises four stages, from an imbalance between high labor demands and low material and human resources, to the appearance of psychosomatic, behavioral, emotional and defensive symptoms to reach the fourth stage with lack of efficiency in the task, when it becomes dangerous for the recipients of its services. We review predisposing factors and analyze its prevalence and characteristics of its presentation in some medical specialties. Finally, the consequences and their negative impact on patients, professionals and their families, health teams and organizations are considered.

KEY WORDS. Syndrome, burnout, exhaustion, burned, 21st century.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Susana Salomón. M. de Rosas 1728

(5500), Ciudad de Mendoza. Correo electrónico: susanaelsalomon@gmail.com

Introducción

No podemos sustraernos a la importancia que en los últimos años ha cobrado el tema de la **calidad de vida**, sobre todo a la hora de plantearse cualquier estudio en el ámbito sociosanitario. En este contexto, es indudable que uno de los mayores retos que tiene planteado este nuevo milenio, al menos en las sociedades avanzadas, es atender, mejorar y mantener la calidad de vida en los contextos sociolaborales. La calidad de vida debe ser considerada un concepto multidimensional, que comprende variables como estilo de vida, satisfacción con el entorno laboral, situación económica y estado de salud, entre otros (1). Puede ser vista desde dos perspectivas: "lo individual", que tiene en cuenta la percepción, el sentido de vida, la utilidad, la valoración, la felicidad, la satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos, y "lo colectivo", que abarca el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo (2).

Un punto importante a tener en cuenta es cuál es el estándar de vida de los encargados de promover la salud con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, como es el caso de los profesionales de la salud (3). La calidad de vida profesional es la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas (4). De este planteamiento se desprende la importancia y el número de estudios e investigaciones que en las últimas décadas han aparecido sobre el estrés laboral.

El término *burnout* es sinónimo de desgaste profesional y su traducción literal al castellano es "estar quemado". El vocablo fue acuñado por Freudenberg, quien lo empleó por primera vez en el ámbito de la salud en 1974, aludiendo a un tipo de estrés laboral e institucional que incluye: sentirse usado o exhausto debido a excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, estado de fatiga o depresión que es el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida o relación que fracasó en producir la recompensa esperada (5-7).

En la década posterior, diversos autores elaboraron otras definiciones del síndrome, y la más consolidada es la realizada por Maslach y Jackson (8-10).

El burnout ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos precisamente de Cristina Maslach, psicóloga social, que desde 1976 se refirió a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban "quemándose". Ella describe este cuadro como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal", que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas. El síndrome de burnout es una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico que se caracteriza

por cansancio físico y/o psicológico, conocido como agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales en las labores habituales, y que tiene numerosas consecuencias, que se desarrollan más adelante (8,9).

El burnout se concibe en la actualidad como una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores laborales, pero también en individuales y sociales. Se considera un proceso o variable continua, de forma que sus aspectos esenciales pueden estar presentes en mayor o menor grado; es decir, su aparición no es de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina y pasa por estadios: inicialmente el individuo experimenta un estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales; más tarde se manifiesta nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y, finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del cuadro.

El síndrome de burnout debe considerarse uno de los perjuicios laborales más importantes de la sociedad actual. "El desgaste profesional es una enfermedad laboral". Así lo reconoció la Cámara del Trabajo de Bariloche hace unos años, tras la denuncia de una psicóloga de la Policía que dijo haberlo padecido en su trabajo de atención de casos de violencia familiar y abuso sexual. Su ART rechazó el reclamo porque no figura como enfermedad profesional, pero el tribunal avaló el diagnóstico y dijo que admitir el criterio de la aseguradora "sería contrario a principios constitucionales indiscutibles como aquel de que el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes" (11).

Desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó el síndrome de burnout como un "riesgo laboral".

La OMS reconoce que el "burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el personal como en los miembros de una familia" (12). Se puede visibilizar la importancia que ha tomado este tema si se reflexiona que en 2016, un seminario especial llevado a cabo para conmemorar el Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, organizado por la Organización Panamericana de la Salud/OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Estados Americanos (OEA), trató el impacto del estrés laboral en la salud y productividad de los trabajadores y las medidas para reducir el problema. El tema central de la celebración y el título de un nuevo informe de la OIT de ese año fue "Estrés laboral: un reto colectivo para todos" (13).

Un planteo interesante es por qué este síndrome sigue teniendo vigencia y sigue siendo considerado una "enfermedad moderna", que tiene cada vez mayor prevalencia en algunos países (14-16).

Se podría plantear que existen varios factores externos que hacen que el burnout siga siendo un problema individual,

organizacional y social. En el nivel social, el individualismo exagerado, el narcisismo, la competencia y la indiferencia llevan al aislamiento, a la falta de solidaridad y cooperación dentro de los equipos de salud, donde nadie se hace "responsable" de sus intervenciones, situación agravada con el aumento de juicios de mala praxis.

En el nivel económico, la competencia de "mercado" ha transformado la salud en un bien de consumo del que queda afuera gran parte de la población sin poder adquisitivo, y coloca a los profesionales en un lugar de impotencia frente a la falta de recursos.

En los últimos años, hemos presenciado privatizaciones de obras sociales, sistemas prepagos, falta de presupuesto para salud con la consecuente inestabilidad laboral, baja remuneración de profesionales que implica una devaluación de su trabajo, la cantidad de pacientes que se debe atender, las exigencias a las que deben someterse, son factores que ayudan a que los estresores se multipliquen y faciliten la aparición del burnout.

Por lo que el trabajo ha pasado de ser una apoyatura para la gratificación de deseos, para transformarse en fuente de frustración, con el agravante permanente de perderlo.

Es más frecuente que esta respuesta ocurra en los profesionales que trabajan en contacto directo con los usuarios de los servicios ya que requiere entrega, compromiso, perfección, exigencia y servicio a los demás; sin embargo, a nadie se lo debe excluir.

Las profesiones en que mayor medida se acusa este síndrome es el caso de los trabajadores sanitarios, de la educación o del ámbito social (14,15).

Es un dato bastante difundido la presencia de este tipo de síndromes en los trabajadores de diversos ámbitos de la salud. En nuestro país, en el ámbito sanitario el término *burnout* comenzó a cobrar fuerza primero entre los profesionales que trabajan en terapia intensiva y en los especialistas en oncología, y luego se fue difundiendo a todas las especialidades y a diversas profesiones del equipo de salud. A modo de ejemplo se considera la situación de los servicios de urgencias. Se puede observar que son lugares generadores de estrés por excelencia, dadas sus peculiares características: presión del tiempo y actuaciones urgentes; imposibilidad de realizar períodos de descanso predecibles durante el trabajo; carencia de soporte ambiental adecuado (espacio, luz, decoración, climatización); imposibilidad de planificar la actividad asistencial; falta de cooperación de los enfermos y de sus familiares debido a las demandas en la asistencia; responsabilidad civil y penal que conlleva la misma asistencia sanitaria; continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido; aumento de las exigencias en cuanto a la calidad de la actuación profesional y permanente incremento de la presión social, lo que convierte a los pacientes en sujetos hipercríticos con respecto a la actuación del personal sanitario y en blanco de las protestas por todos los fallos del sistema sanitario (16).

El síndrome y sus dimensiones

Los rasgos definitorios del síndrome de burnout provienen de los trabajos de Maslach y Jackson, quienes consideran tres componentes esenciales:

El **cansancio emocional**. Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, "de no poder dar más de sí" desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás; desarrolla una actitud impersonal; deshumaniza las relaciones hacia otras personas, incluidos los pacientes y los miembros del equipo; se muestra distanciado, a veces cínico; usa etiquetas despectivas o bien en ocasiones trata de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, y disminuye su compromiso laboral. De esta forma, intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

La **despersonalización**. Se refiere a una serie de actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo, que va adoptando el sujeto y que surgen para protegerse del agotamiento.

La **falta de realización personal**. El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad; se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional), si bien puede surgir el efecto contrario, una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses; aumenta su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden su capacidad para atenderlas debidamente (8-10).

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el cansancio emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, a la despersonalización y a la autoevaluación negativa. Por otro lado, este síndrome está considerado una variable continua, que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados.

Además, la progresión no es lineal, más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo. Una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo; con una aparición paulatina, larvada, por lo que es difícil prever cuándo se va a producir.

Instrumento

El burnout se cuantifica mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (9,10), que valora tres componentes: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Consta de 22 ítems

con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones en relación con la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo (referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo o sus clientes), y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem. Este cuestionario tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE), con 9 ítems, refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; despersonalización (DP), con 5 ítems, describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes, y realización personal (RP), con 8 ítems, expresa sentimientos de competencia y éxito, y en contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del síndrome.

Desgaste	DP	RP	CE
Bajo	<9	>39	<19
Medio	6-9	39-34	19-26
Alto	>9	<34	>26
Puntaje máximo	30	48	54

Aspecto evaluado	Preguntas. Respuesta para sumar	Total
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	

Las puntuaciones altas en DP y CE y baja en el RP definen el síndrome.

El síndrome y sus etapas

Respecto a la evolución del cuadro y la sintomatología asociada, hay cuatro etapas:

1ª etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

2ª etapa: El individuo realiza un sobreesfuerzo o aprieta el acelerador, para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible.

3ª etapa: Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descriptos, a los que se añaden: Síntomas psicósomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial y alteraciones menstruales.

Síntomas conductuales: ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, con-

sumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares y conducta de alto riesgo, como conducción temeraria.

Síntomas emocionales: El rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender. Ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas e incluso paranoides hacia clientes, compañeros y jefes. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.

Síntomas defensivos: El individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros, jefes, de su situación; no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

4ª etapa: El individuo deteriorado psíquica y físicamente tiene bajas frecuentes, ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, lo que lo convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

El síndrome y sus factores predisponentes

Predisponen al burnout la tendencia al aburrimiento, el cinismo, la toma de riesgos innecesarios, la deficiencia al tomar decisiones y procesar información, la tendencia a los accidentes, la disminución de los sentimientos, la apatía, el ausentismo, el uso de drogas y/o alcohol, el sentimiento de incompetencia, el exceso de control externo, la reducción de logros personales, la autoevaluación negativa, el sentimiento de insatisfacción y de indefensión aprendida, el fracaso, los sentimientos de culpa por hallarse emocionalmente exhausto o despersonalizar al paciente o educando, la tendencia al abandono de las funciones y el intento de buscar fuera de la profesión los estímulos que faltan (14,17). Los determinantes de burnout se dividen en cuatro grupos: predisponentes (determinados y modificables), precipitantes (evolutivos y situacionales), perpetuantes (de habilidades y de apoyo) y resultantes (de mayor a menor prevalencia y gravedad) (17).

En las predisponentes, hay determinados factores de riesgo: clientes difíciles (niños moribundos, psicóticos, retrasados, lesionados medulares); trabajo estresante (controladores de vuelo); tareas mundanas (posibilidad de ascenso por la vía administrativa), y modificables o factores estresores: sistema ineficaz; servicios comprometidos; falta de criterios de éxito; fondos inadecuados; trabajo sin sentido (papeleo); mala política de gestión; falta de respuestas del sistema a los cliente y necesidades del personal; formación inapropiada; impotencia; aislamiento; segregación; sexismo y estatus minoritario (17).

Las precipitantes son variables intervinientes de primer nivel. En cada categoría se relacionan según un orden que va de las más negativas a las más positivas. Las *evolutivas* son los factores de riesgo: ingenuidad temprana; alcance del techo salarial; crisis de la edad media profesional; prejubilación; promoción. Las *situacionales* son factores estresores: despido; recorte de presupuesto; cambios programáticos;

cambios en los procedimientos; huelgas; ser traspasado en el proceso de promoción; cambios en el clima laboral; muerte de un cliente; crisis laborales o personales (17).

Las perpetuantes son variables intervinientes de segundo nivel. Se relacionan según la capacidad de enfrentamiento que representan (de mayor a menor) (17).

La vulnerabilidad tiene que ver con: inteligencia, valores claros y realistas, resolución de problemas, capacidad de enfrentamiento, autoeficacia, fuerza del rol, autorrealización. La fortaleza se relaciona con sistemas de apoyo; filiación familiar, social, religiosa y organizacional; apoyo de los compañeros, y apoyo de la dirección.

Las resultantes son las variables dependientes. De menor a mayor prevalencia y gravedad son: frustración, irascibilidad, cinismo, apatía, aislamiento, bajo rendimiento, distanciamiento emocional y síntomas psicósomáticos (17).

Los factores de riesgo y estresores predisponentes y precipitantes pueden manifestar efectos acumulativos e interactivos, lo que implica una probabilidad cierta de manifestación de burnout.

Según el análisis basado en la demanda-control, el burnout surgiría cuando no hay correspondencia o adaptación entre la demanda laboral de parte de la empresa o contexto laboral y el control personal (control laboral, competencia, autonomía, libertad de decisión, juicio).

El control se ha asociado positivamente con la satisfacción en el trabajo, compromiso, implicación, rendimiento, motivación, bienestar afectivo, confianza; y negativamente con síntomas somáticos, distrés emocional, estrés del rol, ausentismo y movilidad.

El control personal supone el contar con las habilidades y aptitudes necesarias para un adecuado desempeño.

Factores que influyen en el desgaste profesional

Personalidad: La personalidad cumple un papel en el desarrollo del agotamiento (18-20). Una personalidad madura y una situación vital favorable serían factores protectores ante el desgaste profesional. Esto es denominado por algunos autores como personalidad resistente, que se refiere a un conjunto de características que capacitan a la persona para enfrentarse a la situación de estrés y la protegen ante ciertas experiencias vitales negativas. Esta personalidad está compuesta de tres dimensiones: *implicación o compromiso*: tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, proporcionando el reconocimiento de las propias metas; *reto*: cualidad que permite percibir el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias y no como una situación de amenaza, y *control*: convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. Diferentes estudios han demostrado que una alta personalidad resistente está vinculada a una mejor salud, menos bajas por enfermedad y más resistencia al estrés laboral. Por otra parte, un alto sentido de coherencia (disposición para

encarar la vida y sus problemas de manera que facilita su afrontamiento al ver el mundo como significativo, comprensible y manejable). Se ha asociado negativamente con la percepción de estrés laboral, cansancio emocional y burnout y positivamente con bienestar físico y psicológico. En personal sanitario de unidades de cuidados intensivos, se determinó si la personalidad resistente y el sentido de coherencia modulan la relación entre los antecedentes organizacionales y el síndrome de burnout en 144 profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de clínica) de Granada, con una media de permanencia en el servicio de 12,7 años. Se observó que un 36% de los participantes presentaba altos niveles de burnout; los antecedentes organizacionales tenían un gran peso en la predicción de los niveles de burnout; el personal sanitario con niveles más altos tenían más antecedentes organizacionales generadores de burnout, niveles más bajos de personalidad resistente, y menor nivel de comprensibilidad (componente del sentido de coherencia). La conclusión fue que la influencia de las variables organizacionales sobre el burnout se atenúan cuando los niveles de personalidad resistente y *comprensibilidad* son altos (18). Otros estudios han mostrado que los afectados son personas sobreadaptadas a los requerimientos del mundo externo, en una actividad donde no hay compensaciones inmediatas y sostenidas a lo largo del tiempo, en desmedro de la propia persona, lo que favorece el burnout. Esta personalidad laboral perfeccionista, meticulosa y detallista responde exitosamente a las exigencias de una sociedad altamente competitiva y despersonalizante. Hay sobreexigencias en el orden interno y externo que ocasionan que el perfeccionismo perjudique, al igual que el altruismo y la responsabilidad excesiva. Todo esto condiciona a no poder evaluar el costo en salud familiar y personal, y es necesario llegar a situaciones límite que pongan en peligro la vida, para detener esa carrera por rendir y alcanzar un éxito que no reconoce límites. En la modalidad sobreadaptada se ha producido la pérdida del sujeto ante un mundo que avasalla y aliena. La identidad de sí está menoscabada frente a la identidad del rol, el ser para el otro del mundo laboral. Dada la disociación en la estructura de la personalidad, no logra percibir los anuncios y señales que su cuerpo le envía acerca de su sobrecarga y extenuación. Predominan los disvalores y los antivalores, fundamentalmente en lo concerniente a la vitalidad y afectividad. La producción, el rendimiento, el triunfo a cualquier precio malogran la consideración y el respeto por valores tales como la interioridad y el respeto por el cuidado, coherencia y encuentro consigo mismo. Estas personas manifiestan ansiedad, niveles bajos de actividad y de control emocional; del mismo modo se les dificulta establecer los límites en las relaciones profesionales (19,20).

En cuanto a la personalidad, un bajo nivel de extraversión y ser amable, escrupulosa, optimista y con rasgos de alto neuroticismo parecen ser características importantes para que una persona sea más propensa a experimentar agotamiento; sin embargo, otras investigaciones descartan que

esas características estén vinculadas al desarrollo de burnout, sobre todo a la dimensión del logro personal. En relación con las demandas emocionales, se evidenció que son un fuerte predictor de todas las dimensiones del agotamiento (21).

Factores sociodemográficos

La presencia de factores individuales y sociodemográficos como edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, tener hijos, puesto actual y antigüedad laboral se han visto asociados al desarrollo del síndrome según algunos autores, pero los datos son contradictorios ya que existen estudios que revelan no haber encontrado asociación o diferencias estadísticamente significativas entre las variables mencionadas (20-24).

En cuanto al género, en general se observa que las mujeres sobrellevan las situaciones conflictivas laborales mejor que los hombres. No obstante, hay índices crecientes de sobrecarga laboral por experimentar la gran presión de tener un doble trabajo, en el hogar y en la institución. Además, en no pocas ocasiones la mujer tiene la mayor responsabilidad sobre el hogar (17).

En una revisión sistemática europea que incluyó 53 estudios que evaluaron factores de riesgo de burnout en médicos y enfermeras, se observó que algunos estudios reportaron que las mujeres tienen puntajes de CE más altos y los hombres, mayores puntajes de DP; pero la mayoría de los estudios concluyó que el género no influye en el desarrollo del burnout en médicos, enfermeras ni residentes europeos (22,25).

Existen datos contrapuestos en cuanto a la variable **estado civil**. Hace algunos años, se planteaba que los trabajadores casados eran particularmente susceptibles a los efectos negativos del trabajo, mientras que otras investigaciones demostraban que el estar casado era una protección para el burnout y que los sujetos separados, divorciados y viudos presentaban mayor riesgo con respecto a la dimensión "falta de realización personal". En estudios más recientes no se encontraron relaciones entre el estado civil y el síndrome, ni diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el grupo de casados y en el grupo de solteros en ninguna de las tres dimensiones (21,24).

Las personas que tienen **hijos** presentan mayor realización personal (RP), es decir que este grupo evalúa positivamente las tareas diarias en cuanto al contacto con los pacientes, ya que están contenidos por su familia y por consiguiente por sus hijos, lo que les permitiría desempeñar mejor su rol profesional (24).

Es ampliamente estudiado que la **familia** funciona como agente protector ante situaciones estresantes y cumple funciones de *buffering effects* o efectos de amortiguación, según Cohen y Wills. Este tipo de recursos sociales (apoyo social) actúa en íntima interacción con los recursos del individuo (*afrontamiento o coping*) (26,27).

No está bien definida la relación existente entre **años de desarrollo de una profesión** de ayuda a los demás y el burnout. La mayoría de las investigaciones sostienen que, a medida que los años avanzan, la persona gana experiencia y seguridad en las tareas laborales y muestra una menor vulnerabilidad a la tensión laboral. Por el contrario, en otras ocasiones se propone que el número de años trabajados está en relación directa con el burnout. Existe coincidencia en que, alrededor de los diez años de actividad asistencial, hay un período de susceptibilidad (23).

En un trabajo la antigüedad laboral marca diferencias significativas en CE y DP entre las personas que llevan de 1 a 5 años trabajando y las que llevan de 5 a 10, y entre las de 1 a 5 con las que llevan más de 10. Sin embargo, no existen diferencias entre los sujetos que llevan de 5 a 10 años trabajando y los que llevan más de 10. Por lo tanto, parece existir un punto de corte a partir del cual aumenta el CE y la DP en el desarrollo del ejercicio profesional; este punto sería alrededor de los 5 años. No existen diferencias estadísticamente significativas en la RP en ninguno de los tres grupos (21,28).

Un grupo vulnerable al estrés es el de los **médicos en formación**. En este período se producen los procesos clave de adaptación y ajuste a las nuevas tareas o el fracaso en las tareas básicas; la transición entre conocimiento teórico y praxis, la inexperiencia, la incertidumbre ante los síntomas y los recursos, el enfrentarse a situaciones desconocidas coloca al joven en una situación de estrés constante. Los residentes tienen niveles más altos de ansiedad, depresión e inestabilidad emocional.

En Mendoza se realizaron 3 experiencias. Una de ellas comparó 95 médicos en formación y 49 médicos de planta, y encontró que los más jóvenes tenían mayor desgaste, se sentían más insensibles y tenían mayor interferencia del trabajo en su vida privada. Una experiencia que se realizó dos años después amplió la muestra a 193 médicos en formación y 57 médicos de planta y encontró resultados similares. Cuando se compararon residentes de clínica y de cirugía, se encontró mayor agotamiento emocional e insensibilidad en los clínicos, y más agotamiento físico, problemas familiares y menor grado de satisfacción personal en los cirujanos (28-30).

Comparando los resultados de un estudio de San Luis (31) sobre médicos de guardia con una muestra de enfermeras argentinas (estudio de Albanesi y Barbenza) (32), se pudo detectar que las puntuaciones obtenidas por médicos de guardia fueron mayores en las variables CE y DP y menores en RP que las obtenidas por el grupo de enfermeras.

Un estudio en 75 residentes realizado en Bahía Blanca en 2004 (33) encontró que los niveles de burnout son bajos (8%), pero un alto número de residentes presentaron algún grado de estrés laboral (79%); las variables más halladas fueron cansancio emocional (39%) y despersonalización (37%). El cansancio emocional fue mayor en aquellos con menos años de experiencia.

La **edad** incide en la magnitud de la despersonalización para algunos autores que relatan que los profesionales jóvenes y de reciente incorporación a la actividad profesional son los que más frecuentemente experimentan estrés laboral y burnout, ya que no cuentan con capacidades de defensa suficientes ante la sobreexigencia (17).

Se observa que, a mayor edad, por lo general se tiene mayor seguridad en sí mismo, por lo que disminuye la vulnerabilidad. Los sujetos más jóvenes e inexpertos son en general más propensos a sufrir síntomas de burnout. Hoy se sabe que la mayoría de los estudios que investigaron la relación entre el agotamiento y la edad de los profesionales de la salud incluyeron la edad como variable de control. Los resultados de esos estudios no son concluyentes, ya que la mitad no encontró diferencias de burnout comparando a profesionales de la salud jóvenes y mayores, y la otra mitad encontró tasas de despersonalización más altas en los profesionales de la salud jóvenes, como ya se mencionó (21).

Factores psicosociales

Las investigaciones que abordaron el rol de los factores psicosociales en el desarrollo del burnout brindaron una explicación atractiva y destacaron que el estrés, la personalidad y los mecanismos de afrontamiento favorecen su aparición (21).

Existen hipótesis de que el estrés es un importante predictor de agotamiento. Bajo esta hipótesis existiría una relación de causalidad recíproca entre el estrés y el agotamiento, lo que significa que los niveles de estrés más altos causan un mayor desgaste y un mayor agotamiento aumenta el estrés (21).

Por otra parte y con relación al afrontamiento y el burnout, los profesionales de la salud que padecen burnout usan enfoques centrados en la emoción o estrategias defensivas de afrontamiento. En la revisión europea antes mencionada, un estudio sobre trabajadores de salud italianos relacionados con pacientes con VIH / SIDA y oncología reveló que negar el problema predijo un menor logro personal, mientras que el uso del humor como estrategia de afrontamiento explicaba un mayor agotamiento emocional (21).

El **apoyo social** se entiende como el grado de relaciones interpersonales que conforman la red de apoyo mutuo del individuo, relaciones que permiten brindar apoyo mutuo y satisfacer necesidades básicas. Además, se incorporan al concepto ciertas conductas relacionadas, como demostrar afecto e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, visitar amigos, ofrecer consejos, aceptar, manifestar empatía, casarse y demás.

La teoría que concibe el apoyo social como una variable con efectos positivos potenciales frente al estrés y por ende frente al burnout se origina en la sociología y en la psicología social. Se diferencia del compañerismo en que en el apoyo social siempre se brinda ayuda. En el ambiente laboral, las relaciones interpersonales pueden originar estrés, ser tensas, conflictivas y prolongadas, lo que aumenta el burnout (26,27).

Factores ocupacionales o laborales

La mayoría de las investigaciones actuales ponen el énfasis en señalar la importancia de los factores organizacionales. Particularmente las condiciones del desempeño profesional aparecen más relacionadas con la aparición del síndrome que variables sociodemográficas y de personalidad.

En las profesiones de gente que trabaja con gente, con condiciones laborales deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos, sobrecarga de trabajo, jornadas extensas y altas demandas emocionales; las particularidades del trabajo, la interferencia familiar y la ambigüedad del rol resultaron ser los factores de riesgo ocupacionales más relevantes para el agotamiento y alta fuente de un mayor número de accidentes y ausentismo laboral. Por otra parte, la carga de trabajo, que indica la relación entre el volumen de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo, deriva en altas exigencias para los miembros de la organización, que se manifiestan a través de ritmos de trabajo elevados con acumulación de tareas e imposibilidad de cumplirlas, lo que se constituye en un nuevo estresor (21,34-39).

En relación con la ambigüedad del rol, el grado en que la información no es clara y no se relaciona con la expectativa asociada con el rol, el burnout suele manifestarse en profesionales jóvenes ante la incertidumbre sobre diagnósticos, toma de decisiones, pronósticos e impacto de sus acciones. Muchos estudios muestran una relación positiva entre la ambigüedad del rol y el agotamiento y esto se ha relacionado en forma estadísticamente significativa con baja realización personal. En cuanto al **conflicto de roles**, se define como la incongruencia de las expectativas asociadas con un rol o cuando se espera que una persona se comporte de una manera que viole los valores personales, o exigencias opuestas y poco conciliables que se le piden para la realización de una tarea (21,34,38,39). En el caso médico, la sociedad le exige el máximo de competencia en todo momento, pero la satisfacción de las necesidades urgentes de los pacientes, el mantenimiento de altos niveles de competencia profesional, el cumplimiento de las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad para la familia del paciente suelen generar situaciones conflictivas (34,38,39).

Para los enfermeros, este conflicto de rol aparece en el cuidado de los enfermos de forma individual y responsable, o la aparición de diferentes prioridades entre el equipo médico y el de enfermería, o cuando el enfermero queda sin asistencia médica directa y está al cuidado de pacientes graves, especialmente en cuidados paliativos o en terapia intensiva. Otro factor estresante se refiere a las nuevas estructuras administrativas, las presiones económicas y su repercusión sobre las prácticas en salud (por las restricciones impuestas) (17). El **exceso de trabajo o la falta de tiempo** es otro estresor relevante (21).

Hay investigaciones que muestran una relación positiva entre el conflicto de roles y el agotamiento, y este es el

predictor más significativo para el CE. Ambas situaciones vinculadas a los roles laborales se asocian como factores claramente estresantes (21,34). Un estudio en el **Servicio de Urgencias** de Badajoz con una muestra de 106 trabajadores, 58% mujeres, 43% médicos residentes, 17% enfermeros, 14% administrativos, 13% auxiliares de enfermería y 12 médicos de planta, arrojó que un 46% de los trabajadores prolongaban su jornada de trabajo. Las puntuaciones obtenidas por esta población sanitaria la sitúan en un nivel bajo-medio de “desgaste” profesional, con un nivel bajo de CE ($14,21 \pm 7,30$), un nivel medio de DP ($6,96 \pm 4,12$) y un nivel alto de desgaste debido a una falta de RP ($23,7 \pm 5,18$). El 44% de los encuestados informó sobre la presencia de alteraciones psicofísicas los tres meses previos al estudio. Refirieron: ansiedad el 20%, estrés el 13%, depresión el 4% e insomnio el 8%. La antigüedad laboral marcó diferencias significativas en el CE y la DP entre las personas que llevaban de 1 a 5 años trabajando y las que llevaban de 5 a 10, y entre las que llevaban de 1 a 5 con las que llevaban más de 10 (36). Sin embargo, no hubo diferencias entre los sujetos que llevaban de 5 a 10 años trabajando y los que llevaban más de 10. Por lo tanto, parece existir un punto de corte a partir del cual aumenta el CE y la DP en el desarrollo del ejercicio profesional; este punto sería alrededor de los 5 años. No se registraron diferencias estadísticamente significativas en la RP en ninguno de los tres grupos (36).

Con respecto al tipo de contrato, se puso de manifiesto que las personas interinas tienen mayor CE y los contratados, menos puntuación en este mismo factor. En los otros dos factores, DP y RP, no hubo diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada grupo de profesionales. No obstante, existe dificultad a la hora de interpretar este resultado, pues se sabe que la mayoría de las personas contratadas llevan menos tiempo trabajando; su categoría profesional es, en la mayor parte de los casos, la de médico residente y estos factores pueden ser iguales o más importantes que la situación laboral (36).

En el mismo estudio, en referencia a la **cantidad de trabajo**, la prolongación de la jornada laboral no mostró diferencias significativas en el CE y la DP, pero en la RP las puntuaciones fueron más altas en las personas que sí prolongaban su tiempo de trabajo; se observaron diferencias estadísticamente significativas con el grupo que no trabajaba más tiempo de lo estipulado en su contrato (36).

No parece extraño que las personas que trabajan más tiempo de lo correspondido obtengan mayores puntuaciones en la RP; sin embargo, resulta paradójico que estas mismas personas no presenten mayores niveles de CE (36). Podrían existir otros factores más importantes que el mero tiempo, por ejemplo: los motivos por los que se permanece más tiempo en el trabajo, con qué finalidad, qué beneficios se obtienen a cambio, entre otros.

En una investigación más reciente en enfermeros, se mostró que el personal con mayor antigüedad y con contrato fijo sufría más CE; la explicación que encontraron es que

existía cierta “monotonía”, sumada al estrés y la sobrecarga laboral. Por otra parte, un buen ambiente de trabajo, basado en buenas relaciones con los compañeros, y una buena remuneración mejoran la motivación del trabajador incluso en condiciones poco favorables (37).

Otros aspectos de la organización que interactúan con el síndrome de burnout son la naturaleza de la tarea y el contexto.

La inadecuada organización laboral de las instituciones incrementa la sensación de que el trabajo es un castigo o un sufrimiento, dado por estructuras rígidas, impersonales, sin comunicación fluida, sin participación, con liderazgos autocráticos en climas organizacionales estresantes, indiferentes, poco estimulantes, tensionantes o agresivos.

El burnout es “contagioso”: la pérdida de la autoestima lleva a la formación de grupos que pueden generalizar el burnout en un ambiente laboral, facilitar el cinismo colectivo, declinar iniciativas de mejora y cambio, y así se genera un clima social de desvinculación, y una moral grupal de derrotismo y abandono (17).

En resumen

El burnout es el resultado de la exposición continua a los estresores existentes en las áreas laborales, de modo que diversas variables extralaborales y laborales, sumadas a una personalidad proclive, edad, género, estado civil, hijos, un mundo laboral deshumanizado y deshumanizante, un tipo de tarea muy demandante, tipo de profesión, puesto laboral, tecnología utilizada, desempeño de roles, clima laboral, y apoyo social, entre otras, se han estudiado en mayor o menor grado como antecedentes o facilitadores del síndrome.

El agotamiento resultaría del desequilibrio entre la presión laboral y los recursos disponibles. Parecería ser que la carga de trabajo, las demandas emocionales y la interferencia negativa entre el trabajo y el hogar son los antecedentes más relevantes sumados a las demandas laborales emocionales y la carga laboral, que demostró ser el mejor predictor de CE. La cantidad de horas de trabajo o turnos y la carga de trabajo percibida se han demostrado como factores de riesgo de agotamiento. Los estudios confirmaron el efecto causal tanto del conflicto de roles como de la ambigüedad del rol en el agotamiento. El conflicto de roles predice DP y la ambigüedad de roles predice un menor logro personal.

El factor económico es importante en la satisfacción laboral, la cual está directamente impactada si no hay un reconocimiento económico adecuado. También el no contar con tiempo suficiente para estudio, capacitación y desarrollo puede asociarse con una mayor prevalencia del síndrome. Esto puede deberse a que la poca dedicación académica y la falta de actualización afecta el rendimiento e impacta en la satisfacción personal.

El síndrome y el personal hospitalario

Los profesionales de la salud en general no son conscientes del riesgo para la propia salud que representan ciertos aspectos de su profesión. Con relación al agotamiento, existen factores de riesgo específicos para cada especialidad que determinan diferencias en la incidencia, prevalencia y curso del síndrome, con consecuencias en la elaboración de medidas especiales de prevención y tratamiento.

Si analizamos la prevalencia del síndrome de burnout, en un trabajo publicado que incluyó 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años), y utilizó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia de los autores vía online desde el portal sanitario Intramed, se observó una prevalencia en los profesionales españoles de 14,9%, argentinos de 14,4% y uruguayos de 7,9%. Países como México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador mostraron prevalencias de entre 2,5% y 5,9% (40). En un trabajo reciente, Brasil mostró una prevalencia del 10% (41). En el análisis por profesiones del equipo de salud se observó que la prevalencia fue mayor en médicos (12,1%), según datos encontrados en la mayoría de los trabajos, seguidos por enfermeros con el 7,2%. Otros profesionales, como psicólogos, nutricionistas y odontólogos, mostraron cifras inferiores al 6% (40). Con respecto al país de residencia de los profesionales de la salud, el valor medio más alto de CE se observó en Argentina con 27 puntos, seguido de España (26,1) y Uruguay (24,7). Los países con el valor medio más alto de DP fueron España con 8,5 y Argentina con 8,3. Por último, en relación a la RP, el país de residencia en donde los profesionales de la salud valoraron menos la RP fue España (35,7) seguido de Argentina (36,6) y Uruguay (37,6) (40).

Dentro de los profesionales de la salud, ciertas actividades o especializaciones son notoriamente sensibles a estos riesgos. Estas especializaciones requieren de una importante dosis de "disociación operativa" para poder ser desempeñadas. Un ejemplo de esto podemos hallarlo en los cirujanos o psicoterapeutas, sobre todo en las acciones destinadas a sufrimientos graves y prolongados, ya sea en el plano físico y/o psíquico. Si bien históricamente se pensaba que existían algunas especialidades que eran más susceptibles a padecer burnout o agravarse con la práctica asistencial, como en el caso de la pediatría, la cirugía, la anestesiología, la oncología, los cuidados paliativos, la terapia intensiva, la emergentología, la medicina familiar y la medicina general, entre otras, cabe recordar, como se ha mencionado anteriormente, que prácticamente nadie es "inmune" al burnout. A continuación se desarrollan algunos comentarios de las especialidades más afectadas por el síndrome (42).

En el trabajo que mencionamos anteriormente, en los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) y en los internistas (15,5%), mientras que los anestesistas y los dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3%, respectivamente) (40).

Hay estudios en **terapia intensiva** donde se han encontrado prevalencias que van desde el 19 al 33% para enfermeras profesionales en hospitales brasileños y españoles (42,43). Algunas investigaciones muestran que hasta el 86% de las enfermeras presentan al menos uno de las tres manifestaciones clásicas (15).

En un trabajo que encontró una prevalencia del 55%, las principales dimensiones afectadas fueron el CE y la DP, relacionadas con un deterioro en la salud y la calidad de vida, distrés emocional, falta de energía y con una asociación inversa con un buen desempeño en el trabajo; todos datos con significación estadística (44,45).

Un estudio de EE.UU. en enfermeras de la unidad de terapia intensiva (UTI) encontró altos niveles en todas las dimensiones: CE, 61% a 67%; DP, 44% a 49%, y baja realización personal entre 50 y 62% (46).

El 30-40% de los médicos de UTI sufren burnout hasta el punto de afectar su rendimiento personal, y el CE puede afectar al 70% de los terapeutas pediátricos (13,45,46).

Esta especialidad frecuentemente manifiesta, en quienes la ejercen, alteraciones emocionales, conductuales, cognitivas e incluso físicas (cardiovasculares), que suelen demandar atención inmediata. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente es el de trastornos depresivos, algunos con intento de suicidio, problemas relacionados con alcohol y abuso de drogas, ansiedad y trastornos de personalidad. El neuroticismo se ha visto como una "afectividad negativa", ya que puede estar correlacionado con una mayor angustia psicológica asociada con la preocupación por el bajo rendimiento profesional y, por lo tanto, puede causar problemas de salud mental. El neuroticismo está directamente relacionado con el CE (46,47).

En un trabajo realizado en las terapias intensivas privadas de Córdoba se encontraron niveles altos: el 54,90% presentó valores altos de agotamiento emocional; el 65,69%, valores altos de despersonalización, y el 58,82%, índices bajos de realización personal en el trabajo. Un 17,64% padecía la forma más severa del síndrome (44).

Por otra parte, en otro trabajo sobre médicos de terapias intensivas de General Roca y Cipolletti realizado en 2015 se observó burnout en el 21,4% de los casos; 41,7% de ellos tomaron en cuenta el estrés intenso y casi el 60% de los afectados no reconoció su existencia. Los intensivistas de instituciones públicas, de terapias pediátricas/neonatólogicas manifestaron más afectación. Los factores de estrés fueron: falta de tiempo, mayor complejidad tecnológica, tarea muy especializada, cumplimiento de procedimientos burocráticos y normativos, necesidad de cubrir guardias con gran afectación familiar, dar malas noticias, amenaza de litigio, restricciones institucionales, conflictos con el equipo de trabajo, falta de autonomía, exceso de responsabilidad y sensación de no hacer bien la tarea. Un factor de satisfacción fue el trabajo en equipo multidisciplinario, incluso por encima de las cuestiones salariales. Los factores de estrés más importantes fueron las condiciones de trabajo y el clima laboral (45).

Los profesionales que trabajan en terapias intensivas son especialmente vulnerables dado que se enfrentan a situaciones extremas en forma continua, tomando decisiones que involucren el mantenimiento de la vida, en pacientes críticos, con soporte vital, con quienes es difícil establecer efectivamente vínculos y lograr una relación adecuada médico o enfermero-paciente/familia, dada la vulnerabilidad afectiva en la que se encuentran.

Las discrepancias en las demandas de trabajo, la sobrecarga de responsabilidades, los problemas al final de la vida y los conflictos interpersonales constituyen factores de estrés potenciales (42-47).

La prevalencia de burnout en **médicos de familia** va de un 25% al 63%. En un trabajo reciente en el que se evaluaron 23 estados de Norteamérica en donde se encuestaron más de 1500 médicos de familia, la dimensión CE estuvo presente en un rango que osciló entre 30 y 55% y la DP, entre 10 y 36%. En otras investigaciones, cuando se analiza la totalidad de las dimensiones que maneja el síndrome, se obtiene una prevalencia de más del 40% de médicos "quemados" en alguna de las tres dimensiones (48,49).

Sostener un equilibrio entre el trabajo y la vida y tener tiempo para las actividades personales se asociaron a un CE y una DP más bajos y mayores niveles de resiliencia. Por el contrario, la presencia de estrés financiero se relacionó de manera significativa con mayor CE y DP. Los médicos familiares son considerados como los profesionales de la medicina más calificados y eficientes para la atención primaria a la salud. Desde 1994, la OMS manifestó que su meta es restablecer el vínculo médico-paciente-familia para hacer más integral la comprensión de los problemas y más eficaz la interacción del trinomio, a través de la continuidad. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, han experimentado al igual que otros profesionales de la salud, el incremento de la competencia, la falta de cooperación entre los integrantes del equipo asistencial, el aumento en la cantidad de pacientes que deben atender por día y las exigencias laborales, entre otras situaciones, lo que ha contribuido a desarrollar burnout.

Existen altos niveles de desgaste entre los médicos, enfermeras y personal de apoyo en **emergentología**. El tiempo de espera, un público exigente, recursos insuficientes, situaciones inesperadas, pacientes que pueden estar en riesgo de muerte debido a sus patologías o situaciones de urgencia/emergencia. Además, se ha detectado que los ataques y los asaltos de pacientes a estos profesionales de la salud son más frecuentes, lo que implica que indirecta o directamente están expuestos a estresores comunes en ese contexto. A largo plazo, los trabajadores de este tipo de ambiente cargado de ansiedad y de estrés intenso, centrado en pacientes que muchas veces están en situación de compromiso agudo, pueden ver alterados su interés y su energía, desarrollar cinismo, agotamiento emocional, pérdida de motivación y disminución del compromiso, lo que conduce a una crisis en el desempeño profesional y laboral.

La prevalencia va del 32% en estudios estadounidenses al 46% en un trabajo canadiense.

Una extensa encuesta de 2011 a 7288 médicos estadounidenses encontró que la tasa de desgaste en los médicos de emergencia era más alta en comparación con todas las especialidades.

Otros autores han referido en estos especialistas alteraciones cognitivas, diversas enfermedades, altos niveles de ausentismo, de conflictos personales y familiares, y tasas de suicidio en niveles preocupantes. Las consecuencias clínicas de burnout incluyen errores médicos y eventos adversos, baja satisfacción del paciente y baja adherencia a las recomendaciones médicas (50).

Lo mismo se ha evidenciado en profesionales de enfermería en la emergencia, con un alto nivel de agotamiento, aumento del ausentismo, alta rotación de trabajo y rendimiento laboral reducido. El burnout en enfermeras de emergencia indican una alta prevalencia del síndrome; sin embargo, las tasas de prevalencia del agotamiento varían considerablemente entre los estudios incluidos. En un metaanálisis de 1049 estudios en los que se terminó incluyendo 13 trabajos, el CE fue de entre el 20 y 44%, la DP, de entre 23 y 51% y la baja realización personal, de entre 15 y 44% (43).

Con respecto al agotamiento y la **cirugía**, la acción quirúrgica exige una particular disociación en la personalidad para poder ser llevada a cabo con precisión. Ciertos aspectos de la sensibilidad deben ser puestos de lado en esos momentos a fin de que no interfieran y dificulten el desarrollo de la operación. El agotamiento en los cirujanos está aumentando a un ritmo alarmante y, según los informes actuales, excede el 50%. Los cirujanos con mayores errores tienen más CE y DP, y esto es más común en jornadas laborales más largas, más tiempo pasado en la sala de operaciones y mayores períodos de atención por semana (51).

En un estudio de 7825 cirujanos, 509 (6,4%) admitieron haber tenido ideación suicida en el año anterior a la encuesta. La ideación suicida para edades entre 45 y 54 años, 55 y 64 y los mayores de 65 años fue de 1,5 a 3 veces más común en estos especialistas, en comparación con la población general de la misma edad (52).

Cuando se compararon médicos generalistas, psiquiatras y cirujanos, estos últimos tuvieron mayor DP y peor realización personal (53).

Los médicos **oncólogos** constituyen, dentro de la medicina, una población vulnerable al estrés personal y laboral. A la carga laboral propia de la actividad asistencial, se agrega la carga emocional de lidiar con el sufrimiento de un paciente y una familia también vulnerables, con muchas expectativas, alto nivel de exigencia e incertidumbre, que se enfrentan al final de la vida y a la toma de decisiones difíciles cargadas de los conflictos propios de la oncología. La consecuencia es el deterioro de la salud física y mental, así como la disminución de la ca-

lidad productiva, en detrimento de los pacientes. Existe evidencia de que los estilos de afrontamiento emocional se asocian a la aparición de síntomas físicos y psicológicos, y el afrontamiento por evitación acentúa los efectos negativos del estrés sobre la salud; mientras que el afrontamiento racional y por desapego emocional actúan como variables moderadoras protectoras de los síntomas físicos. En síntesis, puede decirse que los médicos oncólogos del estudio presentan un nivel medio en cuanto a la dimensión RP y un nivel bajo en relación con CE y DP, respectivamente. En relación con el nivel de burnout global, puede considerarse que los médicos presentan un nivel moderado del síndrome (54). De más de 270 trabajadores sanitarios del área de cuidados paliativos, la prevalencia fue del 24% (55).

En los profesionales vinculados a la **salud mental**, si bien se tendería a pensar que los psicólogos y psiquiatras por un lado se preparan y tienen mayor cantidad de recursos profesionales para evitar el agotamiento, por otra parte son más vulnerables a él ya que los pacientes que abordan experimentan un trauma psicológico que puede generar en los profesionales mayor estrés y frustración. Estos médicos pueden generar cinismo y agotamiento, lo que algunos autores describen como fatiga por compasión, estrés traumático secundario y traumatización vicaria, sumado a que pueden ser incluso el foco de transferencia negativa del paciente donde este deposita su ira o violencia. Este es un tema de permanente controversia. Las tasas de agotamiento informadas para psiquiatras son bastante similares a la tendencia general en la mayoría de los trabajos, pero algunos estudios han planteado la posibilidad de que los psiquiatras muestren un perfil de riesgo aún más negativo para el agotamiento que otros empleados de atención médica. El 89% de los psiquiatras analizados en un estudio había sufrido una amenaza de agotamiento severo (56-58).

Los profesionales con burnout tienen sentimientos negativos hacia los pacientes, manifestados con mala calidad de atención; se muestran irritables, fatigados, con malas estrategias comunicacionales y evitan el contacto visual, particularmente en casos de carga de trabajo pesado o cuando tienen que vincularse con las familias de los pacientes, a ello se suma el agotamiento y altos niveles de despersonalización (56).

La relación profesional médico-paciente-familia en psiquiatría es fundamental, por lo que si esta es tensa, es difícil que el profesional pueda valorar su desempeño y, así, no le encuentre sentido y le quite importancia a su pericia y labor.

En Buenos Aires, Argentina, entre julio y septiembre de 2013 se llevó a cabo un estudio observacional y transversal mediante una encuesta estandarizada, normalizada y anónima que incluía el Maslach Burnout Inventory (MBI) y preguntas sobre uso de sustancias psicoactivas a 170 psiquiatras en formación. Se observó una prevalencia de 30% de burnout, más frecuente en 4° año de

la residencias y también con diferencias estadísticamente significativas con menor cantidad de horas de sueño, mayor uso de sustancias para dormir, mayor agresión verbal y casi un 50% de agresión física en el grupo de burnout (57).

Los profesionales de **enfermería** tienen un alto riesgo de burnout. El desarrollo del cuadro no es igual en las enfermeras de UTI, emergencias, oncología, cuidados paliativos o atención primaria. De cualquier modo, las múltiples demandas relacionadas con el rol, provenientes de pacientes, familiares, médicos y otros profesionales del equipo de salud sobrecargan al enfermero, que muchas veces se desempeña como variable mediadora entre todos ellos. A esto se suma el estrés profesional, la falta de reconocimiento social, la baja remuneración, la intensa carga de trabajo, el horario prolongado y la ambigüedad del rol. Entre los factores aceleradores de burnout en el personal sanitario, se encuentra la cantidad de tiempo en contacto directo con los pacientes. Este ítem adquiere gran importancia en la profesión de enfermería.

Consecuencias

Las consecuencias asociadas al burnout han sido analizadas en varias investigaciones y se presentan en una amplia variedad de resultados que demuestran el impacto negativo del burnout en diversos aspectos con consecuencias para los pacientes, los profesionales y las organizaciones.

Consecuencias para los pacientes. Desde exposición a errores médicos, alteración de la relación profesional-paciente-familia por el profesionalismo deteriorado, percepción y recepción de cuidado de baja calidad y lo que esto puede ocasionar; entre otras cosas, reducción de la satisfacción del paciente y menos adherencia a la consulta y al tratamiento (59).

En una investigación de una muestra de 11.530 servicios de salud de habla hispana de España y América Latina que incluyó numerosas profesiones sanitarias, el 80% admitió algunos errores médicos en la atención brindada atribuible al burnout (60).

En la percepción de estos errores, la despersonalización (*odds ratio* [OR], razón de probabilidades = 1,05; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1,04-1,07); el agotamiento emocional (OR = 1,03; IC del 95% = 1,02-1,04); los años en la profesión (OR = 0,97; IC del 95% = 0,96-0,98); la satisfacción personal (OR = 0,90; IC del 95% = 0,85-0,95); la economía personal (OR = 0,92; IC del 95% = 0,88-0,96); el logro personal (OR = 0,98; IC del 95% = 0,97-0,99), y hacer deberes (OR = 1,23; IC del 95% = 1,01-1,50) fueron las variables que tuvieron mayor relevancia. La despersonalización del MBI fue la variable que más se asoció con la percepción de errores en los países con mayor prevalencia de esta consecuencia (60).

Los errores médicos importantes autopercebidos también se asociaron con un empeoramiento del agotamiento, síntomas depresivos y disminución en la calidad de vida, lo que sugiere una relación bidireccional entre errores médicos y angustia (60).

Además, hay trabajos que correlacionan el mayor desgaste del médico, la insatisfacción laboral con la insatisfacción de los pacientes con su cuidado hospitalario, por un lado, y por otro, la insatisfacción laboral del médico y que el paciente informe menor adherencia al consejo médico por el deterioro de la relación médico-paciente, con los efectos concomitantes en la asistencia sanitaria (61).

El desgaste se considera una amenaza para la seguridad del paciente porque se presume que la despersonalización resulta en interacciones más pobres con los pacientes. Los médicos con burnout tienen más probabilidades de evaluar subjetivamente la seguridad del paciente en sus organizaciones y admitir haber cometido errores o haber brindado atención deficiente en el trabajo.

Un estudio suizo sobre el agotamiento en 54 unidades de cuidados intensivos (UCI), que incluyó a más de 1400 enfermeras y médicos de 48 hospitales diferentes, vinculó el agotamiento a la seguridad. En el estudio, publicado a fines de 2014, los investigadores mencionan la falta de motivación o de energía, una función cognitiva deteriorada, médicos emocionalmente agotados que reducen el rendimiento para centrarse sólo en las tareas más necesarias y apremiantes, problemas de atención, memoria y funciones ejecutivas que disminuyen la memoria y la atención, con disminución de la vigilancia, la función cognitiva y el aumento de los fallos de seguridad, lo que aumenta el riesgo de errores.

Pueden además desarrollar actitudes negativas hacia los pacientes que favorecen una comunicación deficiente y pérdida de información pertinente para la toma de decisiones. En conjunto, estos factores hacen que el profesional quemado tenga una capacidad limitada (62).

El fantasma de la mala praxis ha llevado a los profesionales a no asistir a cierto tipo de pacientes, a solicitar más estudios innecesarios y a tener mayor propensión al burnout luego de un episodio de mala praxis. Se ha reportado un aumento del 17% en las probabilidades de ser demandado por negligencia médica (62).

Consecuencias para los profesionales. Los profesionales con burnout tienen diversas consecuencias, entre las que se pueden mencionar las físicas con compromisos y afecciones de distinta complejidad, las emocionales con diversos impactos, las interpersonales con repercusión laboral y en las redes extralaborales e implicancias graves en el nivel familiar, las actitudinales o conductuales y las del comportamiento.

En una revisión sistemática de estudios prospectivos publicada en 2017, de los 993 estudios inicialmente identificados y seleccionados, se terminaron incluyendo 61 que muestra-

ron que los profesionales con agotamiento tienen mayor frecuencia de hospitalizaciones debidas a enfermedades cardiovasculares. Los trastornos musculoesqueléticos están significativamente asociados con el agotamiento. Los trabajadores con altos niveles de burnout tenían un riesgo doblemente mayor de dolor musculoesquelético. La cefalea crónica se asoció significativamente al burnout en una investigación realizada en trabajadores sociales en los Estados Unidos.

También se ha demostrado en otros trabajos que la función inmune deteriorada en individuos con burnout puede aumentar su susceptibilidad a enfermedades infecciosas como enfermedades similares a la gripe, el resfriado común y la gastroenteritis.

Los trabajadores con estrés bajo o prolongado también pueden involucrarse en comportamientos poco saludables, como una dieta pobre o rica, la falta de ejercicio físico y el abuso de alcohol. Cuando se combinan con trastornos del sueño, estos comportamientos no saludables pueden llevar a otras consecuencias, como la obesidad y la diabetes.

Con relación a los síntomas psicológicos, los más estudiados son los síntomas depresivos y el insomnio.

Algunas investigaciones han demostrado que el agotamiento favorece la mayor frecuencia de insomnio, especialmente en lo relacionado a dificultades con la inducción y el mantenimiento del sueño. Otros trabajos basados en autoinformes no demostraron asociación entre burnout e insomnio. Numerosos trabajos en distintos profesionales sanitarios han mostrado que el burnout es un predictor significativo de síntomas depresivos y del uso de psicotrópicos y antidepresivos que se relacionan con CE y DP (63).

También se ha demostrado un aumento del 25% en las probabilidades abuso/dependencia del alcohol y un riesgo duplicado de ideación suicida. La última situación es crítica porque los médicos están en mayor riesgo de suicidio en comparación con la población general; la tasa de suicidios en los médicos varones es 40% más alta que en otros hombres de la población y la tasa de suicidios en las mujeres, 130% más alta que en otras mujeres de la población. El agotamiento del médico también está asociado con mayor riesgo de morir en accidentes automovilísticos (61).

En cuanto al deterioro de las relaciones familiares, su expresión también es mayor. Dyrbye y colaboradores encontraron que el 62% de las mujeres y el 48,5% de los hombres refirieron conflicto entre el trabajo y la vida familiar en una muestra de 7905 cirujanos estadounidenses, con notables diferencias personales y culturales. Además, el conflicto entre el trabajo y la vida familiar y su resolución a favor del trabajo fueron dos de los tres factores predictivos independientes asociados con burnout, junto con el número de horas trabajadas por semana, tanto en hombres como en mujeres. Se observó que, cuanto mayores eran las demandas profesionales, mayores eran las interferencias y los conflictos entre el trabajo y el hogar, lo que empeoraba la salud, agravaba aún más este círculo vicioso y podía llevar

al abandono temporal del trabajo y al abandono prematuro de la profesión (61,62).

Consecuencias para las organizaciones. Los factores que coexisten para dar lugar a un cuadro de enfermedad laboral son: las remuneraciones cada vez más insuficientes, el recibir quejas reiteradas de los pacientes, la amenaza de sanciones y juicios por mala praxis, el aumento en las tasas de morbilidad y la inestabilidad laboral, entre otros factores. Los más expuestos a sufrirlo son los sectores de menor categoría profesional.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que el estrés laboral es una enfermedad peligrosa para la economía de los países industrializados y en vías de desarrollo, ya que reciente la producción al afectar la salud física y mental de los trabajadores.

La falta de energía, el poco interés por los usuarios, la frustración, la desmotivación, la insatisfacción laboral, el incremento en el ausentismo, el aumento en la solicitud de pensión por invalidez, las constantes demandas laborales o pedidos de rotación y de nuevas funciones e incluso la intención de abandono laboral han sido algunos de los impactos que ocasiona el burnout en las organizaciones de acuerdo con los resultados investigados por varios autores. Esto ocasiona problemas en la productividad, en el clima de la organización y tiene consecuencias económicas (65). En el trabajo citado en los profesionales de habla hispana en Argentina, el ausentismo se asoció principalmente con una situación de agotamiento emocional y la percepción de no ser valorado en el trabajo. En esa misma investigación, las siguientes variables se asociaron con el abandono de la profesión por razones distintas de la jubilación: en primer lugar, el CE (OR = 1,07; IC del 95% = 1,07-1,08), seguido de satisfacción laboral (OR = 0,81; IC del 95% = 0,78-0,84); percepción de sentimiento valorado (OR = 0,83; IC del 95% = 0,78-0,88); realización personal del MBI (OR = 0,98; IC del 95% = 0,97-0,99); economía personal (OR = 0,93; IC del 95% = 0,90-0,96); años en la profesión (OR = 1,03; IC del 95% = 1,02-1,05), y edad (OR = 0,97; IC del 95% = 0,95-0,99).

El agotamiento del médico también puede aumentar los gastos de atención médica indirectamente a través de mayores tasas de errores médicos y reclamos por negligencia, con las nefastas consecuencias en los rendimientos financieros de las organizaciones y en la salud en general (63-65).

Recomendaciones

En diciembre de 2007, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley 2.578, cuyo objeto fue la prevención, detección temprana y rehabilitación del Síndrome de Desgaste Laboral Crónico de los empleados que se desempeñan en los efectores de los tres subsistemas de salud en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Ley N° 153, Ley Básica de Salud, y la Ley

N° 2.152, Ley de Educación Comunitaria para la Salud.

Han pasado varios años desde su sanción y el síndrome lejos está de ser resuelto.

Se creía que la posibilidad de trabajar en equipo ayudaría a conocerse y a compartir responsabilidades. Realizar cursos de posgrado y perfeccionamiento contribuiría a incorporar conocimientos y a realizar un paréntesis en las tareas cotidianas. El desarrollo de actividades físicas y de recreación luego del trabajo ayudaría a la descompresión. Disponer de un espacio de reflexión sobre la tarea diaria con los compañeros de trabajo permitiría resolver situaciones poco claras. El cultivo de la solidaridad, la calidez y el humor ayudaría a enfrentar el desgaste anímico. La rotación por lugares donde las exigencias laborales son menores contribuiría al logro de una verdadera distensión. Reencontrarse con pacientes dados de alta y en muchos casos con familiares de pacientes fallecidos conduciría a un enfrentamiento de las propias emociones y de los propios límites.

Los numerosos estudios realizados sobre esta temática ponen de manifiesto que los médicos con mayores niveles de realización personal eligen tácticas de aproximación y no de aislamiento ante situaciones estresantes. La utilización del tiempo libre es necesaria para pensar en metas y actividades posibles de realizar.

El burnout se presenta como sentimientos y actitudes que deben enfrentar en forma inevitable quienes trabajan en la demanda cotidiana de la guardia. La propia condición humana lleva al personal médico a rebelarse frente a la vivencia de la muerte, pero se hace necesario dar sentido a la experiencia de la muerte como parte de la condición humana. El agotamiento tiene serias consecuencias negativas para los profesionales que lo padecen, los pacientes y el sistema de salud. Es por ello que el bienestar de los profesionales se propone cada vez más como un indicador de calidad en la prestación de servicios de salud.

A modo de cierre

Los profesionales que asisten a otras personas constituyen un grupo de alto riesgo a enfermar, con alta incidencia de burnout, lo que debe involucrarnos responsablemente en esta problemática. Es necesario buscar caminos para su abordaje desde perspectivas creativas e integradoras. Como se ha observado, el burnout es una situación compleja en la que intervienen un conjunto de condicionantes, que requiere de esfuerzos individuales, de organizaciones sanitarias y educativas que deben unirse para enfrentar el problema. Las intervenciones deben adecuarse a diversas variables multidimensionales que son las que causan sufrimiento personal, profesional, de las instituciones y de los usuarios, incluidos los pacientes. El sufrimiento de los que se identifican profesionalmente como los "cuidadores" de los otros, de su salud, educación y bienestar psicofísico y espiritual en cuanto todos somos, como seres humanos,

seres que buscamos un sentido a nuestra existencia, nos obliga a detener nuestra marcha incesante, comprometida en el servicio hacia los otros, para mirarnos a nosotros, los profesionales, en lo que nos sucede en el ejercicio profesional. El estrés profesional puede causar importantes limitaciones a las potencialidades y riqueza personal. El “cuidado de los otros” requiere como condición previa,

insoslayable, impostergable, el “cuidado de nosotros”, de nuestra salud e integridad personal. De ese modo se podrán desplegar con idoneidad las características esenciales que la comunidad necesita de los profesionales del equipo de salud. **Para poder dominar este flagelo nos queda un largo camino por recorrer, estamos todos invitados a pensar cómo vencerlo.** **RAM**

Referencias bibliográficas

1. Méndez C, Barra R, Pradines C. Percepción de Calidad de Vida en Personal de Atención Primaria de Salud. *Index Enferm* 2007;16(58):31-3
2. Cardona D, Agudelo H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005;23(1):79-90
3. Sánchez González R, Álvarez Nido R, Lorenzo Borda S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *MEDIFAM* 2003;13(4): 291-96
4. Albanesi De Nasetta, S. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología* 2013;28:8-19
5. Freudenberg H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1980;30:156-9
6. Freudenberg H. Hazards of psychotherapeutic practice. *Psychotherapy in private practice* 1990;8:31-34
7. Freudenberg HJ. Burn-out. *J Social Issues* 1974;30: 159-65
8. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press, 1981
9. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory manual. 2nd ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986.
10. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México* 2002;44:33-40
11. El desgaste profesional es una enfermedad laboral. Diario judicial. 10 de Julio de 2010. [INTERNET] Disponible en: <http://www.diariojudicial.com/nota/21309>
12. La organización del trabajo y el estrés. Serie Protección de salud de los trabajadores. Organización Mundial de la Salud. [INTERNET] Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
13. Informe sobre Estrés en el trabajo de la OIT- Día de la Salud y Seguridad en el Trabajo, 2016. [INTERNET] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
14. Aronsson G, Theorell T, Grape T, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health* 2017;17:264-77
15. Moss M, Good V, Gozal D, et al. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *American Journal of Critical Care* 2016;25: 368-76
16. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare* 2016;4(37):1-9
17. Pérez Jáuregui MI. Cuando el estrés laboral se llama Burnout. (Quemarse en el trabajo). Causas y estrategias de afrontamiento. Universidad Libros. Buenos Aires. 2000.
18. García Carmona R, Robles Ortega H. Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés* 2011;17(2-3):99-112
19. De la Fuente SE, Gómez Urquiza J, Cañadas G, et al. Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. *Eur J Oncol Nurs* 2017;30:91-6
20. Espinoza-Díaz I, Tous-Pallarès J, Vigil-Colet A. Efecto del Clima Psicosocial del Grupo y de la Personalidad en el Síndrome de Quemado en el Trabajo de los docentes. *Anales de psicología* 2015;31(2):651-7
21. Briá M, Băban A, Dumitraşcu D. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior* 2012;Volume X(3):423-52
22. Morales-Naranjo S, García-Oquendo M, Silva-Jaramillo K. Burnout y satisfacción laboral: hallazgos diferenciales por género. *Revista Puce* 2017;105:101-124

23. Gómez-Urquiza J, Monsalve-Reyes C, San Luis-Costas C y col. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria* 2017;49(2):77-85
24. Amofo E, Hanbali N, Patel A, et al. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine* 2015;65:117-21
25. Flores Tesillo S, Ruiz Martínez A. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud* 2018;28(1):63-72
26. Aranda Beltrán C, Pando Moreno C, Pérez Reyes M. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud* 2004;14(1): 79-87
27. Aranda BC, Pando MM. Apoyo social y Síndrome de Quemarse en el Trabajo Burnout en los Médicos Familiares de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara, México. Tesis de Grado de Doctor. Doctorado en Ciencias de la Salud Pública 2003
28. Alós B, Salomón S, Fernández G y col. Estrés laboral ¿un enemigo silencioso? Análisis comparativo entre médicos en formación y médicos de planta. Libro de resúmenes XIII. Congreso Nacional de Medicina 2004. Comunicaciones Libres C-05-02
29. Curti A, Salomón S, Alós B y col. Cuando el trabajo desgasta: análisis comparativo entre médicos en formación y médicos de planta. Libro de resúmenes XV. Congreso Nacional de Medicina 2006. Comunicaciones Libres, p. 48
30. Curti A, Salomón S, Alós B y col. ¿Es diferente el estrés laboral entre médicos en formación del área clínica y quirúrgica? Libro de resúmenes XV. Congreso Nacional de Medicina 2006. Comunicaciones Libres, p. 48
31. Albanesi de Nasetta S. Burnout en guardias médicas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2004;vol 11
32. Albanesi de Nasetta S, Morales de Barbenza C. Burnout en el Personal de Enfermería. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (España)* 2002, 14:87-101
33. Verdinelli C, André S, Iriso M y col. Síndrome de Burnout en médicos residentes de la ciudad de Bahía Blanca. Libro de resúmenes XIII. Congreso Nacional de Medicina 2004. Comunicaciones Libres C-05-05
34. Konstantinou A, Bonotis K, Sokratous Met al. Burnout Evaluation and Potential Predictors in a Greek Cohort of Mental Health Nurses. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32(3):449-56
35. Vizcarra M, Llaja V, Talavera J. Clima laboral, Burnout y perfil de personalidad: un estudio en personal asistencial de un hospital público en Lima. *Informes Psicológicos* 2015; 15(2),111-26
36. Castillo Vaquera J, Rabazo Méndez MJ, Bartolomé S. Estudio exploratorio sobre burnout en un servicio de urgencias de Badajoz. *Desarrollo Profesional* 2004;3:8
37. Han S, Han J, An Y, Lim S. Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effects of organizational commitment and burnout. *Jpn J Nurs Sci* 2015;12(4):287-296
38. Olivares-Faúndez V, Gil-Monte P, Mena L, et al. Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Ter Psicol* 2014;32(2):111-20
39. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Berenice Pérez Reyes M. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión social. *Psicología y Salud* 2004;14(1):79-87
40. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R y col. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública* 2009;83:215-30
41. Sarmento Silva S, Prado Nunes M, Rocha Santana V, et al. Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in Aracaju, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(10):3011-20
42. Lima da Silva J, da Silva Soares R, dos Santos Costa F, et al. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva* 2015;27(2):125-33
43. Gómez-Urquiza J, De la Fuente-Solana E, Albendín-García L, et al. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse* 2017;37(5):e1-e9
44. Zazzetti F, Carricaburu M, Ceballos J y col. Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2011;17(2):120-28
45. Monesterolo F, Toledo J, Moreno A y col. Síndrome de burnout en médicos de terapias intensivas de General Roca y Cipolletti. *Medicina Intensiva* 2015;32(4):1-11
46. Chien-Huai C, Pei-Chi T, Chun-Yu L, et al. Burnout in the intensive care unit professionals. A systematic review. *Medicine* 2016;95:50(e5629)
47. Teixeira C, Ribeira O, Fonseca A, et al. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol* 2013;13:38
48. Hansen A, Peterson L, Fang B, et al. Burnout in Young Family Physicians: Variation Across States. *J Am Board Fam Med* 2018;31:7-8
49. Porter M, Hagan H, Klassen R; et al. Burnout and Resiliency Among Family Medicine Program Directors. *Fam Med* 2018;50(2):106-12
50. Howlett M. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. *Emerg Med J* 2015;32(9):722-7
51. Malik A, Bhatti S, Shafiq A, et al. Burnout among surgical residents in a lower-middle income country. Are we any different? *Annals of Medicine and Surgery* 2016;28e32
52. Dimou F, Eckelbarger D, Riall T. Surgeon Burnout: A Systematic Review. *J Am Coll Surg* 2016;222(6):1230-9
53. Pejuskovic B, Lecic-Tosevski D, Priebe E. Burnout in psychiatrists, general practitioners and surgeons. *World Psychiatry* 2011;10(1):78
54. Torres B, Guarino L. Diferencias individuales y burnout en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica* 2013;12(1):95-104
55. Fernández Sánchez J, Pérez Mármol M, Peralta Ramírez M. Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar* 2017;40(3):421-31
56. Maslach C, Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-11
57. Falicoff J, Mazzoglio y Nabar M, Muñoz M y col. Burnout en psiquiatras en formación a nivel nacional: estudio transversal de los aspectos poblacionales, sociales y formativos. www.intramed.net. 6(3)
58. Dreison K, Luther L, Kelsey A, et al. Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of Occupational Health Psychology* 2018;23(1):18-30
59. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Rev Bras Enferm* 2017;70(5):1083-8
60. Suner-Solera R, Grau-Martina A, Flichtentrei D, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research* 2014;1:82-9
61. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018;1-14
62. Burnout entre profesionales de la salud y su efecto en la seguridad del paciente. Perspectiva anual 2015. <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/190/burnout-among-health-professionals-and-its-effect-on-patient-safety>
63. Salvagioni D, Melanda F, Mesas A, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One* 2017;12(10):e0185781