

# Evaluación del síndrome de burnout en residentes luego implementar el “descanso postguardia”

## *Evaluation of Burnout Syndrome in Medical Residents Following a “Rest After Shift” Intervention*

LUCRECIA M. BURGOS<sup>1</sup>; LUCIANO BATTIONI<sup>2</sup>; JUAN PABLO COSTABEL<sup>3</sup>; ALBERTO ALVES DE LIMA<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de *burnout* genera impacto negativo en la actuación profesional, la seguridad del paciente y la vida del residente. Esta problemática ha tomado vigencia en las residencias argentinas; sin embargo, no se han evaluado medidas efectivas para prevenir su aparición.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia del síndrome de *burnout* antes y después de la implementación del descanso postguardia en médicos residentes de cardiología.

**Material y métodos:** Estudio analítico, prospectivo. Se implementó el cuestionario de Maslach en residentes de cardiología de una institución de la Ciudad de Buenos Aires, antes y después de la implementación de un período de descanso de 24 horas (DPG) luego de una guardia de 24h.

**Resultados:** La encuesta fue respondida por 42 residentes (2014: 19; 2015: 23). Hubo una tendencia a menor prevalencia de *burnout* en el grupo con DPG (26,1% vs. 47,4%  $p = 0,152$ ) y mejores resultados en la escala de despersonalización (19 [11-21] vs. 10 [1-17]  $p = 0,023$ ). Presentaron menor agotamiento y despersonalización las mujeres y los mudados a Buenos Aires.

**Conclusiones:** La implementación del DPG se asoció a la reducción de la escala de despersonalización, principalmente en mujeres. Se remarca la importancia de crear estrategias de prevención que mejoren las condiciones de trabajo y la calidad de vida del residente.

**Palabras clave:** Internado y residencia - Educación médica - Agotamiento profesional - Cardiología

### ABSTRACT

**Background:** The burnout syndrome generates a negative impact on professional performance, patients safety and residents life. Despite this problem has become important in the residency programs in Argentina, the effective measures to prevent burnout among residents have not been evaluated yet.

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the prevalence of the burnout syndrome before and after the implementation of rest after shift in cardiology residents.

**Methods:** We conducted an analytic and prospective study. The Maslach burnout inventory was used in cardiology residents in an institution in the city of Buenos Aires, before and after the implementation of a day of rest (DOR) after a 24-hour duty shift.

**Results:** The survey was responded by 42 residents (2014: 19; 2015: 23). There was a trend toward lower prevalence of burnout in the DOR group (26.1% vs. 47.4%  $p = 0.152$ ) and better outcomes in the subscale depersonalization [19 (11-21) vs. 10 (1-17)  $p = 0.023$ ]. Women and residents who have moved to Buenos Aires presented lower degrees of exhaustion and depersonalization.

**Conclusions:** The implementation of the DOR after a 24-hour duty shift was associated with a reduction in the scale depersonalization, particularly among women. We emphasize the importance of creating prevention strategies aimed at improving residents' working conditions and quality of life.

**Key words:** Internship and Residency - Education, Medical - Burnout, Professional - Cardiology

### INTRODUCCIÓN

Podemos definir el estrés como la respuesta adaptativa no específica del organismo a cualquier demanda, desafío o amenaza. Su mantenimiento en el tiempo puede superar la tolerancia del sujeto y generar un impacto

negativo en la salud, la actuación profesional, la seguridad del paciente y en la vida familiar y social. (1)

El Síndrome de *burnout* (BO) se define como la respuesta física y emocional al estrés laboral; representa un estado de agotamiento crónico, que surge del afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo

REV ARGENT CARDIOL 2018;86:126-130. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i2.9820>

Recibido: 15/07/17 - Aceptado: 20/10/17

Dirección para separatas: Lucrecia María Burgos. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA) - e-mail: lucreciamburgos@gmail.com

<sup>1</sup> Residente de Cardiología clínica del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

<sup>2</sup> Jefe de residentes de Cardiología clínica del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

<sup>3</sup> Jefe de Servicio de emergencias del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

<sup>4</sup> Director de Docencia y Subjefe de Cardiología del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA).

que afecta la calidad de vida y la capacidad de atención de pacientes. (2, 3)

El BO fue descrito por Freudenberg pero (4) fue Maslach quien, en 1976, diseñó un cuestionario para diagnosticar BO organizándolo en tres dimensiones: el agotamiento emocional (caracterizado por la pérdida progresiva de energía y recursos personales de adaptación); la despersonalización, (manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los pacientes), y la realización profesional, (que describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo). (3)

Se han propuesto muchas variables como factores predisponentes: características demográficas, tipo de trabajo, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, perfiles de personalidad, entre otras. (5)

Desde que se tomó conciencia de la importancia del BO, se han intentado desarrollar estrategias para reducir los factores que lo promueven. Se ha demostrado que la cantidad de horas de trabajo sin descanso afecta directamente los niveles de atención, cansancio y satisfacción de los profesionales de la salud. Estos ítems conforman el BO, por lo que hipotetizamos que las acciones tendientes a aumentar las horas de descanso disminuirían la prevalencia del mismo. En la CABA, a partir de 2013, se puso en práctica la nueva legislación sobre residencias (Ley 4702.) (6) que otorga día de descanso posterior a una jornada de guardia de 24 hora, denominado “descanso postguardia”. El ob-

jetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de BO en médicos residentes de cardiología clínica en una institución de la CABA antes y después de la implementación del descanso postguardia.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio analítico, prospectivo a través de encuesta cerrada.

Se incluyeron médicos residentes del hospital que hubieran ingresado durante el año 2012 al 2014. Se excluyeron aquellos médicos residentes que se negaran a contestar la encuesta.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue un formulario de autollenado anónimo adaptado del Cuestionario Breve de burnout (Figura 1), surgido de modificaciones realizadas por dicho grupo al *Maslach's Burnout Inventory Manual* con la finalidad de adaptarlo y validarlo para hispanohablantes. (7) Consta de 22 ítems, que se valoran con una escala tipo Likert, y en él pueden diferenciarse tres dimensiones: 1) el *agotamiento emocional* (AE), formada por nueve ítems; 2) la *despersonalización* (DP), formada por cinco ítems, con sus puntuaciones que son directamente proporcionales a la intensidad del síndrome; 3) la *realización personal* (RP), compuesta por ocho ítems, puntuación inversamente proporcional al grado de BO.

Se consideró el **grado de BO como una variable continua**, con diferentes grados de intensidad, y se definió BO a la presencia concomitante de una puntuación alta en AE ( $> 26$ ) y DP ( $> 9$ ), y baja en RP ( $< 33$ ).

Fig. 1. Formulario Maslach

**Instrumento de desgaste profesional de Maslach**

---

**CANSANCIO EMOCIONAL**

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. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante
5. Me siento "quemado", cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido en mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más

**DESPERSONALIZACIÓN**

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas

**REALIZACIÓN PERSONAL**

1. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

0 = Nunca    1 = Pocas veces al año o menos    2 = Una vez al mes  
3 = Pocas veces al mes o menos    4 = Una vez a la semana    5 = Pocas veces a la semana  
6 = Todos los días

El estudio se realizó siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por el Comité de Ética.

Se utilizó el *software* SPSS 21. Se calcularon medianas e intervalo intercuartilo para analizar las variables numéricas discretas, así como proporciones para las variables nominales. Para evaluar la correlación entre las variables continuas se utilizó el test de U de Mann-Whitney y, para las categóricas se utilizó el test exacto de Fisher o chi cuadrado, según correspondiera. Para evaluar la confiabilidad de la prueba se calculó el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

## RESULTADOS

Se obtuvo un total de 42 encuestas (2014 n = 19; 2015 n = 23). Sobre un total de 25 residentes elegibles en 2015 respondieron 23 (92%) y en 2014, 19 (76%); todos los cuestionarios pudieron ser analizados. El Alfa de Cronbach fue de 0,842.

Dentro de los encuestados el 57,9% fueron hombres en el período previo a la instauración del día postguardia (PRE), y 65,2% en el período posterior (POST) (p = 0,5). El 31,6% vivía solo en el período PRE versus el 17,4% en el POST (p = 0,6), mientras que el 52,6% se mudó a la CABA en el período PRE contra el 52,1% en el POST (p = 0,7). No se hallaron diferencias en el número de horas de actividades médicas asistenciales y el número de guardias realizadas por semana. (Tabla 1)

Se observó BO en 9 encuestados (47,4%) en el grupo PRE y 6 (26,1%), en el grupo POST (p = 0,152).

Cuando se evaluó cada dimensión del BO (Tabla 2) se observó alta prevalencia de puntuaciones altas en DP en el grupo PRE y POST (78,9% vs. 52,2%), con una reducción estadísticamente significativa luego de la implementación DPG (p = 0,023.). No se encontra-

ron diferencias estadísticamente significativas en la escala AE 73,7% vs. 56,5% en el grupo PRE y POST, respectivamente (p = 0,45). Los puntajes en la escala RP también fueron bajos en el 78,9% para el grupo PRE y 69,6%, en el POST, y no presentaron diferencias significativas (p = 0,58).

En la tabla 3 se describen los componentes del síndrome de *burnout* en relación con género, mudanza a

**Tabla 1.** Descripción de la población pre y post implementación del postguardia (n = 42)

Variable	2014 (Pre) N = 19	2015 (Post) N = 23	p
Masculino	11 (57,9%)	15 (65,2%)	0,5
Vive solo	6 (31,6%)	4 (17,4%)	0,6
Mudado a CABA	10 (52,6%)	12 (52,1%)	0,7
N° de guardias 24h/semana	2 (2-6)	3 (2-6)	1
Horas de trabajo/semana	84 (85-96)	82 (74-100)	1
Hijos	2 (10%)	1 (4,3%)	1

PRE: Sin descanso postguardia. POST: Con descanso postguardia.

**Tabla 2.** Score según subescalas en el grupo PRE y POST

Subescala	Pre Score Mediana (RIC)	Post Score Mediana (RIC)	p
Despersonalización	19 (11-21)	10 (1-17)	0,023
Realización personal	29 (26-33)	30 (26-35)	0,58
Agotamiento emocional	31 (25-34)	29 (21-25)	0,45

DP: Despersonalización, Alto > 9, Medio 6-9, Bajo < 6. RP: Realización personal, Bajo < 30, Medio 34-39, Alto > 40. AE: Agotamiento emocional Alto > 27, M: medio 19-26, < 19 bajo.

**Tabla 3.** Score mediano y rango intercuartilo por subcategorías según variables sociodemográficas

		Pre	DP Post	p	Pre	RP Post	p	Pre	AE Post	p
Género	Masculino	16 (7-21)	9 (1-17)	0,28	29 (26-35)	30 (26-35)	0,79	30 (24-34)	32 (31-36)	0,68
	Femenino	19,5 (15-20)	11 (3-12)	0,038	28,5 (24-32)	29 (25-35)	0,64	32,5 (30-35)	26 (21-30)	0,05
Convivientes	Solo	14,5 (5-21)	11 (8-22)	0,76	30,5 (26-37)	28,5 (22-37)	0,61	31,5 (21-36)	30 (24-35)	1
	Acompañado	19 (14-20)	9 (1-17)	0,08	27 (25-33)	30 (26-35)	0,34	31 (27-34)	29 (21-32)	0,36
Mudanza a CABA	Mudado	16 (11-19)	12 (2-17)	0,038	27 (24-31)	29 (26-37)	0,45	30 (22-35)	30,5 (25-30)	0,41
	No mudado	20 (8-21)	9 (1-13)	0,2	31 (26-35)	30 (24-35)	0,97	31,5 (28-34)	21 (19-35)	0,67

DP: Despersonalización. AE: Agotamiento emocional. RP: Realización personal.

la Ciudad de Buenos Aires y convivencia. Las mujeres presentaron puntuaciones más bajas en las subescalas despersonalización (PRE 19,5 vs. POST 11;  $p = 0,038$ ) y agotamiento emocional (PRE 32,5 vs. POST 26;  $p = 0,05$ ) luego de la implementación del descanso postguardia. Los residentes que se mudaron a la Ciudad de Buenos Aires presentaron en la subescala despersonalización *scores* más bajos luego del postguardia (PRE 16 vs. POST 12;  $p = 0,03$ ).

## DISCUSIÓN

El BO constituye un problema de salud laboral importante, teniendo en cuenta que nuestro estudio determinó una prevalencia del 47,4% en el período PRE y 26%, en el POST, con una tendencia a disminuir en forma estadísticamente no significativa. Los estudios muestran resultados diversos: prevalencias de BO desde el 27% al 75% según la especialidad médica (2,8). En un estudio realizado en un centro médico de la CABA, se estimó una prevalencia de BO de 19,59% (64% de alto AE, 64% de alta DP y 28,35% de baja RP), sin diferencias entre variables demográficas. (9) En otro estudio realizado en residentes de cardiología de la Argentina, se observó BO en el 80,2%, con altos niveles de AE en el 71,7%, de DP en el 67,9% de los residentes, y el 50,9% presentó altos niveles de RP. (10)

Respecto al análisis por subescalas, luego de la implementación del DPG, se observó una mejora significativa en la dimensión despersonalización. Estos resultados podrían indicar la influencia del cansancio, ya que un mayor descanso favorece el trato personal, reduce la apatía y ayuda a que el residente se sienta más involucrado con el paciente. Según Marshall y Pasman los síntomas más frecuentes en el personal con despersonalización pueden reconocerse por pérdida de afecto hacia los pacientes y familiares, además de actitudes negativas. (11)

En nuestro estudio se hallaron valores bajos en la dimensión realización personal, similar a los valores reportados por la bibliografía que resultaron independientes a la implementación del descanso postguardia. (10) Esto podría deberse a que esas cualidades se encuentran influidas por otros factores además del DPG, como el perfil del residente, el tipo de programa de residencia, el clima educacional. El ambiente de aprendizaje y el BO en estudiantes de Medicina fue analizado en el estudio de Dyrbye, que comprobó que hay factores ambientales que se asocian con el desgaste y establecieron que el entorno de aprendizaje parece ser un factor crítico en la satisfacción. (12) Llera y Durante encontraron correlación significativa entre el clima educacional y el BO (inversa con agotamiento y despersonalización, y directa con realización) en la residencia. (13)

El efecto del género en el BO muestra resultados contradictorios. En una revisión sistemática de BO (8), ninguno de los estudios incluidos demostró un mayor riesgo de BO en las mujeres. Un estudio sugiere que los

hombres tienen mayor BO. (14) Nuestros resultados podrían estar influenciados por factores socioculturales locales.

Los residentes que se mudaron a la CABA para realizar la residencia luego de la implementación de DPG mostraron mejores puntuaciones en la escala despersonalización. Este resultado podría deberse al diferente estado emocional basal que presentan individuos alejados de su entorno habitual.

Nuestro trabajo evaluó la prevalencia de BO pre y post implementación de una intervención en el lugar de trabajo una herramienta que podría ser útil para la reducción de este grave fenómeno de desgaste profesional. Este tipo de medidas pueden incluir el desarrollo de programas de reducción de estrés, el aumento de la conciencia del personal al BO, aumentar el apoyo para los profesionales de la salud, y asegurar una carga de trabajo razonable y aumento de oportunidades para el descanso. (15)

## Limitaciones

Nuestro trabajo tiene limitaciones vinculadas al hecho de que además de la implementación del DPG podría haber otras variables no valoradas que hayan impactado en los resultados. Por otro lado, la ausencia de significación en ciertos resultados se podría deber al bajo número de participantes incluidos. No pudo realizarse un análisis pareado o de muestras dependientes, dado que para garantizar una respuesta sincera, el comité nos sugirió que no existiera manera de identificar al residente, teniendo como negativo la imposibilidad de realizar un análisis pre y post.

## CONCLUSIÓN

La implementación del DPG se asoció a la reducción de la escala de despersonalización, principalmente en mujeres, que además presentaron mejores puntuaciones en la subescala de agotamiento emocional. Esta investigación aporta evidencia que apoya la reciente legislación sobre residencias en la CABA. Permite generar hipótesis para la elaboración de estrategias que mejoren las condiciones de trabajo, la calidad de vida y de aprendizaje del residente, y la seguridad del paciente, y así generar medidas que disminuyan la prevalencia de *burnout* en médicos residentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jackson SH. The role of stress in anesthetist's health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999;43:583-602. <http://doi.org/b83nn6>
2. Jones JW, Barge BN, Steffy BD, Fay LM, Kunz LK, Wuebker LJ. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *J Appl Psychol* 1998;73: 727-35. <http://doi.org/b9jp37>
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422. <http://doi.org/b2w8ff>
4. Freudenberg H. Staff Burnout. *J Social Issues* 1974; 30:159-68. <http://doi.org/bvn2gn>
5. Catsicaris, C. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch.Argent. Pediatr* 2007;105

6. Ley 4702. Residencias Hospitalarias. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/ley%204702\\_guardias.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/ley%204702_guardias.pdf)
7. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas: validación del CBB. *Revista Psicológica del Trabajo Organizacional* 1997;13:185-207.
8. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292: 2880-9. <http://doi.org/dhkb3b>
9. Durante E, Augustovski F, Catsicaris C, Eymann A, Reboiras F, Faingold D, Figari M. El desgaste profesional entre los residentes de un Hospital Universitario en Argentina. VII Conferencia Argentina de Educación Médica, 25 a 27 de agosto de 2005, Córdoba, Argentina. CAEM 2005 (abstract 122).
10. Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry* 2009;33:296-301. <http://doi.org/d5rkzj>
11. Marshall RE, Kasman C. "Burnout in the neonatal intensive care unit". *Pediatrics* 1980;65:1161-5.
12. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006;81:354-73. <http://doi.org/fq39xg>
13. Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent. Pediatr* 112:6-11.
14. Michels PJ, Probst JC, Godenick MT, Palesch Y. Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med* 2003;78:69-79. <http://doi.org/bmqshv>
15. Fletcher KE, Underwood W, Davis SQ. Effects of work hour reduction on residents' lives: a systematic review. *JAMA* 2005;294:1088-100. <http://doi.org/d8kjdr>