

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 61 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2015

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

89. Nueva *Disputatio* en torno al realismo

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

91. Sentimientos, reacciones y conductas paternas en relación a la llegada de los hijos

LILIANA NIERI

107. Género y redes de apoyo social en adultos mayores jubilados

PAULA DANIELA HERMIDA, MARÍA FLORENCIA TARTAGLINI,
DORINA STEFANI

Originales. Comunicaciones preliminares

114. Síndrome de *burnout* en profesionales residentes de salud mental

LEANDRO MARTÍN CASARI, FLAVIA CELESTE BOETTO, CELESTE
DAHER

Acta 60 años. Antología [1980-1999]

124. Hacia una psiquiatría más antropológica

CARLOS SEGUÍN

127. La mente, el cuerpo y la concepción freudiana de lo psíquico

EDUARDO RABOSI

137. Treinta años después

GUILLERMO VIDAL

139. La relación entre el médico y el psicoterapeuta en el tratamiento de la enfermedad somática

MAURICIO KNOBEL

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 61 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2015

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

- 147. Psicociencias: balance de fin de siglo**
ALBERTO VILANOVA

Revisión

- 149. Descripción de la investigación de ideación suicida en estudiantes mexicanos de Educación Media Superior**

MARTHA CÓRDOVA OSNAYA, JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ,
ALEJANDRA ESCOBEDO RAMÍREZ

Actualización

- 160. Discusiones sobre la estimulación cerebral profunda en el tratamiento de la depresión**

GONZALO ESTEBAN ANDRADE VERGARA

Nota

- 169. Los sueños y la insistencia del sujeto**

CRISTIANO DAL FORNO, PAULA ESPELLET DOCKHORN, MÓNICA
MEDEIROS KOTHER MACEDO

Informaciones

- 176. El XXX Congreso Argentino de Psiquiatría APSA - VII Congreso Internacional de Investigaciones y Práctica Profesional en Psicología - 23º Congreso Internacional de Psiquiatría**

Fundación **acta** Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Diana Vidal: Secretaria

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Luis Meyer: Tesorero

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 - 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Original [comunicación preliminar]

Síndrome de *burnout* en profesionales residentes de salud mental

LEANDRO MARTÍN CASARI, FLAVIA CELESTE BOETTO, CELESTE DAHER

LEANDRO MARTÍN CASARI
Licenciado en Psicología.
Instituto de Ciencias Humanas,
Sociales y Ambientales, Consejo
Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas,
Centro Científico Tecnológico,
Mendoza (INCIHUSA,
CONICET, CCT). Pontificia
Universidad Católica Argentina,
sede Mendoza. R. Argentina.

FLAVIA CELESTE BOETTO
Licenciada en Psicología.
Universidad del Aconcgua,
Mendoza, R. Argentina.

CELESTE DAHER
Licenciada en Psicología.
Instituto de Ciencias Humanas,
Sociales y Ambientales,
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas,
Centro Científico Tecnológico,
Mendoza (INCIHUSA,
CONICET, CCT).
Universidad del Aconcgua,
Mendoza, R. Argentina.

CORRESPONDENCIA
Lic. Leandro Martín Casari.
Av. Dr. Ruiz Leal s/n,
Parque General San Martín,
Ciudad de Mendoza. 5500.
R. Argentina;
lmcasari@mendoza-conicet.gov.a

El propósito del estudio fue evaluar el porcentaje de indicadores de *burnout* en profesionales residentes de salud mental (médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales). Además se pretendió analizar la existencia de relaciones significativas entre las dimensiones del síndrome de *burnout* y variables profesionales. Se aplicó la adaptación argentina del *Maslach Burnout Inventory*, a 47 profesionales residentes de salud mental de la provincia de Mendoza, Argentina. Los resultados muestran que 4 sujetos presentan indicadores de *burnout* y 3 se encuentran en riesgo. La prevalencia de indicadores de *burnout* obtenidos es baja y los trabajadores sociales son los profesionales que se encontrarían en mayor riesgo de padecerlo. Se encontraron resultados significativos en relación a la cantidad de horas trabajadas obteniendo puntuaciones más altas en la dimensión *Cansancio Emocional* quienes realizan más de ocho horas diarias, y puntajes bajos en *Realización Personal* en los profesionales que realizan cuatro guardias por mes.

Palabras claves: Estrés laboral – Médicos psiquiatras – Psicólogos.

Burnout Syndrome in Internship Mental Health Professionals

This research is aimed at evaluating the percentage of indicators of professional burnout in residents of mental health (psychiatrists, psychologists and social workers). It is also intended to analyze if there are significant relationships between the burnout dimensions and professional variables. The Argentine adaptation of the MBI inventory was applied to 47 residents from the province of Mendoza, Argentina. The results show that only 4 subjects have indicators of burnout and 3 subjects are at risk. The prevalence of indicators of burnout is low; and social workers are the professionals at higher risk of suffering the syndrome. Significant results were found in relation to the amount of working hours per day, getting high scores in the dimension of emotional tiredness in subjects who do more than eight hours a day, and low score in personal achievement in those professionals who have four guards per month.

Key words: Work Stress – Psychiatrists – Psychologists.

En la actualidad ha aumentado el interés por el estudio de la calidad de vida laboral asociada al estrés laboral y sus repercusiones en la salud física y psíquica del trabajador, como también su incidencia en las instituciones. De hecho, diversos estudios evidencian las tasas crecientes de problemas de salud mental entre trabajadores sanitarios, causados principalmente por estrés ocupacional, factores individuales y *burnout* [29].

El Síndrome de *Burnout* (en adelante SB) es también conocido como síndrome de quemarse o de desgaste profesional, se define como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento emocional y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar [21]. Con el *Agotamiento Emocional* el trabajador siente que sus recursos afectivos han sido superados por el estrés del contacto diario con las personas que reciben directamente su servicio. Hay una sensación de estar exhausto tanto física como psíquicamente. La *Despersonalización* incluye el aislamiento y evitación de otras personas, asociado a endurecimiento afectivo; con desarrollo de actitudes de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio. La *Baja Realización Personal* se expresa en sentimientos de fracaso, el trabajador evalúa de forma negativa su labor, lo cual afecta su auto-concepto, su auto-estima y las relaciones con los demás.

Son muchos los factores que pueden influir en el surgimiento del SB. A nivel individual pueden presentarse situaciones ambiguas o difíciles, en las cuales la persona sienta poca o ninguna posibilidad de controlarlas; ver el trabajo como una amenaza en lugar de considerarlo como un desafío; escapar de las situaciones y no afrontarlas apropiadamente; impaciencia en conseguir éxito y expectativas muy altas. En tanto a nivel institucional, puede ocurrir que en la organización laboral los roles y directivas no sean claras, que las exigencias laborales superen a las capacidades del individuo, que existan bajas posibilidades de tomar decisiones, que las normas sean muy rígidas, como también que hallen pocas recompensas y apoyo organizacional, entre otras [30].

Tal como refieren estudios sobre la temática, el

SB es cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud y repercute en su desempeño, calidad y seguridad de la atención a los pacientes [11]. Se sostiene que el mismo puede generar un efecto contagio en los demás colegas de manera directa o indirecta [12].

Como señalan Granada Jiménez, Morales Socorro & López-Ibor Aliño [15] el estrés en la práctica médica es mayor durante el periodo de residencia, ya que en ella se establece por primera vez la relación con pacientes y es la etapa de aprendizaje más rápida e intensa. A su vez es una etapa de transición de la vida de estudiante a la vida profesional con responsabilidades, por lo cual podría llegar a estar atravesada por niveles altos de ansiedad e inestabilidad emocional [32].

Otro de los factores que contribuye al estrés laboral de los residentes es la extensa carga horaria y la cantidad de guardias mensuales. Tal como señala la ley que regula el «Sistema de Residencias» en la provincia de Mendoza [24] los trabajadores que se encuentran bajo este régimen deben cumplir con nueve horas diarias de trabajo y realizar 8 guardias mensuales.

Además de la intensa carga horaria, Torricelli [32] señala otras características propias del contexto de trabajo de los profesionales de la salud que se asocian a este síndrome. Entre ellas la relación/comunicación defectuosa entre colegas, o con las autoridades; sueldos insuficientes; riesgo de juicios por mala praxis, dificultades en la relación profesional-paciente; entre otras. Estos factores se ven incrementados en las residencias de salud mental, debido a que las cargas de trabajo no son sólo físicas sino también mentales, ya que estos profesionales están trabajando continuamente con el sufrimiento psicológico de sus pacientes.

En esta dirección una de las características que contribuye al *burnout* en los profesionales de salud mental se vincula con el tipo de pacientes que atienden, los cuales son a menudo agresivos, demandantes, dolientes y con necesidades muy específicas. En este contexto el profesional debe estar muy activo, realizando intervenciones constantes, enfrentando problemas profundos, todo ello en el marco de una relación cercana y confidencial con cada paciente. Tal implicación en los problemas emocionales

de estos puede repercutir en la vida personal del profesional [13, 28, 31].

Es por todo lo expuesto que se considera importante investigar la temática del *burnout* en profesionales de salud mental. Como objetivo principal se propone indagar variables asociadas al *burnout* en profesionales residentes de salud mental; y como objetivos secundarios evaluar el porcentaje de profesionales residentes que presentan indicadores de *burnout* e indagar si existen diferencias significativas en relación a variables socio profesionales tales como: género, edad, guardias mensuales, cantidad de horas de trabajo, especialidad y año de residencia.

Debido a que numerosos estudios evidencian niveles moderados o altos de *burnout* en profesionales de la salud [1, 7, 8, 16; 27], diversos autores han indagado la prevalencia de las dimensiones del síndrome como también distintas variables asociadas al mismo, encontrando mayor prevalencia de *Agotamiento Emocional* en los profesionales de salud mental [1, 3, 7, 12]. Asimismo la *Despersonalización* ha sido vinculada al número de horas de trabajo diario y el servicio clínico desempeñado [4, 8], como también la *Baja Realización Personal* [4].

Por otro lado, Braga, Flichtentrei, Grau, Prats y Suñer [9], compararon la prevalencia de *burnout* entre profesionales sanitarios de países de habla hispana, encontrando que España es el país con más mayor porcentaje de profesionales que presentan SB (15%), luego Argentina (14%), y en tercer lugar Uruguay (8%). En tanto que, Díaz [12] halló una prevalencia del 27 % en profesionales de la salud mental de Panamá.

Otros investigadores estudiaron la relación del SB con la profesión de los sujetos. Braga *et al.*, [9] manifiestan que medicina es la profesión con mayor prevalencia; mientras que Falgueras, Muñoz, Pernas, Sureda, López & Miralles [14], ubican a los trabajadores sociales como aquellos que poseen el mayor riesgo entre los profesionales sanitarios. Aguilar, Arias, Gamboa y Herrera [2] informan que en medicina (incluyendo médicos residentes) los profesionales se encuentran en un riesgo alto en agotamiento emocional (23.5 %), mientras que el personal de salud (incluidos psicólogos y trabajadores sociales, entre otras profesio-

nes) tiene riesgo alto en falta de realización personal, con un 28%. Álvarez Gallego y Fernández Ríos [3] manifiestan que las circunstancias laborales contribuyen a la aparición del nombrado síndrome más en los psiquiatras que en los psicólogos. Otero *et al.*, [28] encontraron que el síndrome se presentó en psicólogos con un %7.

A la hora de considerar la influencia del año de cursado en la residencia, Meana [23] señala que existe mayor prevalencia del SB durante el tercer año, en tanto que Abreu Santos *et al.*, [1] demostraron que la misma se observa en los profesionales del quinto año. Díaz [12] informa que se observa una correlación inversa entre los años de servicio y el agotamiento emocional.

En relación a la variable género, en residentes de clínica médica el SB se presentó significativamente más veces en varones [1, 23]. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Moreno [25] con psicólogos, las mujeres puntuaron más alto que los hombres en *Agotamiento Emocional*, alcanzando niveles moderados y altos; mientras que en *Despersonalización* los hombres obtuvieron un porcentaje más bajo que las mujeres, y en la *Realización Personal* un porcentaje más alto que las mujeres.

Con respecto a la cantidad de horas de trabajo semanal, Ordenes [27] encontró que la frecuencia de casos sintomáticos de *burnout* aumenta linealmente con las horas de trabajo semanal, llegando hasta un 83% entre los trabajadores con más de 60 horas a la semana. Ávila *et al.*, [8] también relacionaron las manifestaciones de *Despersonalización* y *Agotamiento Emocional* con el número de horas de trabajo diario y el servicio clínico desempeñado. Gopal identificó como uno de los factores principales para el SB el número de horas de trabajo semanales, presentando como solución la reducción de horas de trabajo como primer paso para disminuir el desgaste del residente [11].

Otro aspecto estudiado es la relación entre el SB y la cantidad de guardias semanales realizadas por los profesionales, Guevara *et al.*, [16] llegaron a la conclusión de que el número de guardias semanales se asocia con el desgaste profesional y con la disfunción familiar de los profesionales. Otros autores también mencionan el número de

guardias al mes como uno de los factores principales para la prevalencia del SB [10, 11].

Participantes. La muestra está compuesta por 47 profesionales residentes de salud mental que cursan de 1° a 4° año de las residencias de la provincia de Mendoza, Argentina. Sus edades oscilan entre los 25 y los 40 años, con una media de 29.4 ± 3.2 . En cuanto al género, 81% de los sujetos corresponden al sexo femenino y el 19% al género masculino. En relación a la profesión el 32% son médicos, 43% psicólogos y el 25% trabajadores sociales. Respecto a la distribución de la muestra según el año de residencia, en primer año participaron el 30% de residentes; en segundo año 55%; 13% en tercer año y un 2% en cuarto año. En función de la variable cantidad de horas diarias el 8% realizan entre 0-6 horas; el 47% entre 6-8 horas y el 45% más de 8 horas. Por último el 13% de los residentes realizan una guardia mensual; el 30% dos; el 30% cuatro; el 12% más de cuatro guardias mensuales y el 15% restante ninguna.

Instrumentos. *Maslach Burnout Inventory* (MBI) [21]. Es un cuestionario autoadministrable, cuyos reactivos están representados como afirmaciones sobre las actitudes y sentimientos que mantiene el profesional hacia su trabajo y sus clientes, a partir de tres dimensiones: *Cansancio Emocional* (CE), *Despersonalización* (DP) y *Baja Realización Personal* (RP). Se utilizó la versión adaptada al contexto argentino de Hein [17], compuesta por 27 ítems. Los análisis de confiabilidad del instrumento arrojaron valores aceptables: $\alpha=.86$ para la escala general, $\alpha=.78$ para CE, $\alpha=.78$ para DP y $\alpha=.80$ para RP. Fueron agregados cinco ítems a la subescala de DP para mejorar la consistencia interna de la misma.

Para la clasificación de los ítems se emplea un sistema de respuesta que puntúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta los enunciados en cada ítem, se utiliza el sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles de 0 a 6 (0 = nunca; 1 = pocas veces al año o menos; 2 = una vez al mes o menos; 3 = unas pocas veces al mes; 4 = una vez a la semana; 5 = pocas veces a la semana; 6 = todos los días).

La dimensión *Cansancio Emocional* (CE) se evalúa mediante 9 por ítems, los cuales exploran el sentimiento de que nada se puede ofrecer a

otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, entre mayor puntuación obtenida en estos ítems, mayor el riesgo experimentado por el sujeto. La *Despersonalización* (DP) consta de 10 ítems, supone el desarrollo de actitudes negativas, insensibles y distantes hacia los destinatarios de los servicios que se prestan. Mediante esta actitud el sujeto trata de aislarse para protegerse de la falta de energía emocional, tratando a los demás como objetos o números más que como personas. Esta escala también es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. Finalmente *Realización Personal* (RP) está conformada por 8 ítems, éste sentimiento surge al comprobar que las demandas que se le hacen al trabajador exceden su capacidad para atenderlas, junto a la percepción de inexistencia de posibilidades de promoción personal. Esto produce una disminución de las expectativas personales y una evaluación negativa personal con sentimientos de fracaso, rechazo de sí mismo y baja autoestima. Es inversamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir a menor puntuación en realización y logros laborales, más afectado o mayor riesgo presenta el sujeto.

Para la corrección del cuestionario, se procede sumando el número que se corresponde a la frecuencia que el individuo ha dado a cada afirmación, para cada una de las dimensiones del síndrome. Altas puntuaciones en las subescalas CE y DP, y bajas puntuaciones en la escala RP muestran un alto grado de *burnout*. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de *Cansancio Emocional* y *Despersonalización*, y de altas puntuaciones en la de *Realización Personal* son indicativas de un bajo grado de *burnout*.

Las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentil para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría alto. Entre el percentil 25 y 75 medio y por debajo del percentil 25, en la categoría bajo [20]. Como existieron casos perdidos que no superaron el 5 %, se realizó una imputación de datos a través del método Estimación-Maximación.

En la presente muestra se calcularon los índices de confiabilidad a través del cálculo del Alfa de Cronbach, encontrando valores aceptables en las tres dimensiones que componen el

instrumento: $\alpha = .88$ CE, $\alpha = .82$ DP, $\alpha = .75$ RP.

Procedimiento. En primer lugar se contactó al Comité de Ética de Salud Mental de la Provincia de Mendoza para solicitar autorización para llevar a cabo la investigación en instituciones y hospitales donde se desempeñan laboralmente los profesionales residentes de salud mental. Una vez que se obtuvo el permiso, se concurrió a dichos lugares donde se les explicó a los residentes detalladamente en qué consistía la investigación, y se les solicitó su colaboración voluntaria.

Análisis de datos. Los datos fueron analizados a través del procesador estadístico SPSS 19.0. Los percentiles fueron obtenidos utilizando análisis de frecuencias y el análisis de diferencias de medias se realizó a través de estadísticos no paramétricos.

En primer lugar se calcularon los percentiles de cada dimensión del MBI (ver tabla 1) para de esta forma, poder determinar en los sujetos quiénes poseen las condiciones que indicarían la presencia de *burnout*: puntuaciones altas en Cansancio

Tabla 1. Puntajes brutos y puntajes percentiles

Dimensión	PP	PB
Cansancio Emocional	5	11
	25	20
	75	37
	95	49
Despersonalización	5	1
	2	6
	75	23
Realización Personal	95	37
	5	24
	25	32
	75	42
	95	46

Emocional y Despersonalización, y puntuaciones bajas en Realización Personal [21].

Seguidamente, se analizó qué cantidad de sujetos cumplían con los indicadores antes mencionados, como también aquellos que presentan 2 de los 3 requisitos establecidos. Como puede observarse, el porcentaje de profesionales con indicadores de SB es de 9 %, en tanto que un 6% se encontraría en riesgo (tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de sujetos con *burnout* y de sujetos en riesgo de *burnout*

Sujetos	n (%)	Profesión	Año de residencia
Con indicadores de <i>burnout</i>	4 (9)	Psicólogos(2)	Primer año (3)
		Trabajador social (2)	Segundo año (1)
En riesgo de <i>burnout</i>	3 (6)	Psicólogos(2)	Segundo año (2)
		Trabajador social (1)	Primer año (1)

A continuación se detalló por profesión cuántos sujetos cumplían con al menos uno de los indicadores de *burnout*, para poder determinar cuál sería la profesión de mayor riesgo. Se

puede observar (tabla 3) que la profesión que se encuentra en mayor riesgo de *burnout* son los trabajadores sociales, alcanzando un promedio del 45 %.

Tabla 3. Riesgo de *burnout* por profesión

	Psicólogos (n=20)%	Médicos (n=15)%	Trabajadores Sociales (n=12)%
Cansancio Emocional Alto	20	13	50
Despersonalización Alto	25	13	42
Realización Personal Baja	20	20	42
Promedio	22	15	45

Finalmente se examinó la presencia de diferencias y correlaciones significativas entre las dimensiones del MBI con variables socio profesionales. En el análisis de la cantidad de horas diarias, si bien ningún valor alcanzó el valor mínimo para ser significativo, se encon-

tró una tendencia en la dimensión CE y la cantidad de horas diarias de trabajo ($p = .054$), donde los puntajes promedios más elevados fueron obtenidos por aquellos profesionales que trabajan más de 8 horas diarias (tabla 4).

Tabla 4. ANOVA de Kruskal-Wallis en relación a cantidad de horas diarias

Horas diarias	<i>n</i>	M (DE)	<i>p</i>
<i>Cansancio Emocional</i>			
Entre 0-6 horas	4	23.75 (12.53)	.054
Entre 6-8 horas	22	24.77 (9.47)	
Más de 8 horas	21	33.19 (11.44)	
<i>Despersonalización</i>			
Entre 0-6 horas	4	11.50 (8.81)	.490
Entre 6-8 horas	22	15.22 (10.23)	
Más de 8 horas	21	17.43 (10.94)	
<i>Realización Personal</i>			
Entre 0-6 horas	4	39.00 (4.69)	.458
Entre 6-8 horas	22	34.95 (6.28)	
Más de 8 horas	21	36.00 (7.52)	

En cuanto a la cantidad de guardias mensuales, se encontró una diferencia significativa en RP ($p = <.001$), donde los valores promedios más elevados los obtuvieron quienes realizan

una única guardia mensual, y los menores puntajes se encontraron en los profesionales que desempeñan cuatro guardias por mes (tabla 5).

Tabla 5. ANOVA de Kruskal-Wallis en relación a cantidad de guardias mensuales

Guardias mensuales	<i>n</i>	M (DE)	<i>p</i>
<i>Cansancio Emocional</i>			
Una	6	22.00 (7.10)	.063
Dos	14	25.86 (8.06)	
Cuatro	14	33.43 (13.79)	
Más de cuatro	6	34.17 (11.62)	
Ninguna	7	24.28 (9.81)	
<i>Despersonalización</i>			
Una	6	5.67 (1.63)	.114
Dos	14	18.86 (9.03)	
Cuatro	14	17.93 (12.83)	
Más de cuatro	6	17.17 (9.58)	
Ninguna	7	13.57 (8.50)	
<i>Realización Personal</i>			
Una	6	43.17 (3.31)	.004
Dos	14	33.43 (4.78)	
Cuatro	14	33.14 (6.12)	
Más de cuatro	6	37.00 (8.15)	
Ninguna	7	38.28 (7.70)	

En las demás variables analizadas (género, edad, profesión y año de residencia), no se encontraron resultados significativos.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el porcentaje de profesionales residentes de salud mental que presentan indicadores de *burnout* y analizar si existen relaciones significativas entre las dimensiones del MBI con variables socio profesionales.

Los resultados arrojaron que sólo 4 sujetos (9%) presentan indicadores de *burnout* y 3 sujetos (6%) se encuentran en riesgo de *bur-*

nout. En función de estos datos, podemos afirmar que dentro de los sujetos con indicadores de *burnout*, dos pertenecen a la especialidad de psicología y dos son trabajadores sociales; y que tres están cursando el primer año de residencias y uno el segundo año. Y de acuerdo a los profesionales que se encuentran en riesgo de padecer *burnout*, dos son de la especialidad en psicología y uno trabajador social; dos están cursando el segundo año de residencia, y uno el primer año. Además según los resultados obtenidos podemos inferir, basándonos en los criterios de Maslach & Jackson [20, 21] para presentar indicadores de riesgo de *burnout*, que

los trabajadores sociales son los profesionales que se encontrarían en mayor riesgo de padecer este síndrome.

Como se puede ver, el índice de indicadores de *burnout* observado en esta investigación es llamativamente bajo en comparación a la bibliografía consultada, por lo que estos resultados difieren de investigaciones previas que evidencian mayores niveles de prevalencia de *burnout* en profesionales de la salud [1, 4, 7, 8, 16, 26, 27].

Con respecto al segundo objetivo de indagar si existen relaciones significativas entre las dimensiones del MBI con variables socio profesionales de los residentes se encontró que no existen relaciones significativas con el género, ni tampoco un grupo que se aproxime más a niveles de riesgo. Por un lado esto no coincide con dos investigaciones previas, una realizada por Atance Martínez [6] en la que manifiesta que serían principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, y la otra de Moreno [25] donde las mujeres puntuaron más que los hombres en *Agotamiento Emocional*. Sin embargo, sí coincide con un estudio llevado a cabo con médicos donde no se observaron diferencias significativas de género en las puntuaciones de *burnout* [26].

La relación entre edad con dimensiones del MBI tampoco manifestó correlaciones significativas, coincidiendo con estudios previos en que la edad no parece influir en la aparición del síndrome [6, 12].

Cuando se evaluó por especialidad, no se encontraron diferencias significativas en los valores promedios. Sin embargo, en el análisis de cuántos profesionales cumplían al menos un criterio del SB, eran los trabajadores sociales quienes parecerían estar en mayor riesgo y a su vez, en el análisis los percentiles estos profesionales presentarían valores bajos en RP coincidiendo con investigaciones previas [2,14].

Por otro lado, no existen relaciones significativas con el año de residencia, a diferencia de los resultados encontrados por Meana [23], quien refiere que el síndrome se presentó significativamente durante el tercer año de la clínica médica. Sin embargo, para Atance Martínez [6] puede existir un periodo de sensibilización en los primeros años de carrera profesional donde

el profesional sería vulnerable a éste; ya que en el mismo se produce la transición de las expectativas hacia la práctica. Maslach [22] manifiesta que la edad se confunde con la experiencia laboral, por lo que el *burnout* parece ser más un riesgo al principio de la carrera de una persona que más tarde.

En cuanto a lo referido a la cantidad de horas diarias que realizan los residentes, se encontró una tendencia con la dimensión CE, donde los puntajes promedios más elevados fueron obtenidos por aquellos profesionales que trabajan más de 8 horas diarias. Estos datos coinciden con investigaciones previas, donde se halló que la frecuencia de casos sintomáticos de *burnout* aumenta con las horas de trabajo semanales y que se relaciona las manifestaciones de DP y CE con el número de horas de trabajo diario [8, 27]. Asimismo, Gopal identificó el número de horas de trabajo semanales como uno de los factores principales para el síndrome de *burnout* [11]. Meana [23] considera que durante la formación de posgrado los profesionales son sometidos a una gran carga horaria, a la necesidad frecuente de reprimir emociones personales y a la exposición constante a estrés emocional, por lo que es esperable la aparición del SB, que podría ser la causa de errores en la atención y deterioro en la calidad de vida del profesional. Esto también coincide con Atance Martínez [6] en que la sobrecarga laboral produciría en profesionales asistenciales una disminución de la calidad de sus prestaciones. En esta dirección Guevara *et al.*, [16] llegaron a la conclusión de que el número de turnos semanales se asoció con el desgaste laboral. Según todos estos estudios, Maslach [22] piensa que no es sorprendente que la sobrecarga en el trabajo sea el mejor predictor de la dimensión cansancio/agotamiento emocional. Martínez-Pérez [19] agrega que niveles altos de sobrecarga laboral y presión horaria, disminuyen el rendimiento cognitivo y aumentan el malestar afectivo, por lo que es un aspecto a tener en cuenta al diseñar programas preventivos.

Por último se encontraron resultados significativos en relación a las guardias mensuales que realizan los residentes, siendo mayor el valor en RP en aquellos residentes que realizan una única guardia mensual, y siendo menor el valor en aquellos que realizan cuatro guardias mensuales. Diversos autores mencionan el elevado número de guardias al mes como uno de los

factores principales para la prevalencia del SB [10,11]. De hecho hay mayores probabilidades de sufrir alteraciones psicológicas durante las residencias, ya que los residentes deben aprender a enfrentarse a la sobrecarga de trabajo y a la tensión durante las guardias, entre otros factores [5, 15].

Para finalizar consideramos que los resultados obtenidos aportan al conocimiento sobre la temática, que sigue siendo controvertida en algunos aspectos, por lo que es fundamental continuar investigando sobre la misma. Sin embargo, es importante destacar para futuras investigaciones la necesidad de realizar estudios longitudinales, ya que como señalan especialistas en la temática el síndrome de desgaste profesional se considera un proceso conti-

nuo, donde el individuo va atravesando diferentes fases y su aparición no surge de manera repentina sino paulatinamente [5]. Asimismo sería enriquecedor acompañar el test de *burnout* por un estudio de la personalidad de los sujetos, para demostrar qué factores individuales influyen para presentar este síndrome, tal como fue realizado con profesionales de otras áreas [18]. Esto debido a que numerosos autores afirman que es la percepción personal la que parece marcar el grado de vulnerabilidad individual, y que explicaría el por qué ante igualdad de condiciones de trabajo, unos padecen este síndrome y otros no. A la par de las condiciones laborales, los recursos personales con que cuente el individuo o la forma como interprete y maneje las situaciones, influyen en la frecuencia e intensidad del mismo.

Referencias

1. Abreu Santos A, Andrade T, Grosseman S, Oliva Costa, E. Burnout syndrome among internship medical students. *Med Educ.* 2011; 11: 1131-62. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04108.x
2. Aguilar Rivera J, Arias Mora R, Gamboa Montero M, Herrera Mora G. Síndrome de burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Rev Méd de Costa Rica y Centroamérica.* 2013; 70 (606):195-201.
3. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de «Burnout» o el desgaste profesional: estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental. *Rev de la Asoc Esp de Neuropsiq.* 1991; 39 (11):267-73.
4. Antúnez SE, Caraccioli YS, Colon MY, Galo LF, López OV., Molina LI, et al. Síndrome de burnout, en personal de salud en Hospitales Nacionales. *Rev Fac de Cs Méd.* 2009; 1 (6):26-34.
5. Artazcoz L, Escriba-Agüir V, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria.* 2008; (4): 300-8. doi: 10.1157_13125351.
6. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp de Sal Púb.* 1997; 71 (3):299-303.
7. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Cienc y Enf.* 2009; 15 (2):55-68.
8. Ávila Toscano JH, Gómez Hernández LT, Montiel Salgado MM. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *PensPsic.* 2010, 15 (8):39-52.
9. Braga F, Flichtentrei D, Grau A, Prats M, Suñer R. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp de Sal Púb.* 2009; 83 (2):215-30.
10. Bragulat E, Fonseca M, Hernández C, Miró O, Sanclemente G, Visiedo C. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *RevClín Esp.* 2010; 5:209-15. doi: 10.1016/j.rce.2009.12.006.
11. Carrillo Esper R, Espinoza de los Monteros Estrada I, Gómez Hernández K. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México.* 2012; 28 (6):579-84.
12. Díaz RH. Algunas características asociadas con la presencia de indicadores de Burnout en profesionales de salud mental panameños. *Invest. Pens. Crit.* 2014; 3(2):13-24.
13. Di Benedetto M, Swadling M. Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psych, Health & Med.* 2014; 19(6):705-15. doi:10.1080/13548506.2013.861602
14. Falgueras MV, Muñoz CC, Pernas FO, Sureda JC, López MPG, Miralles JD. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atenc Prim.* 2015; 47(1):25-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>

15. Granada Jiménez O, Morales Socorro M, López-Ibor Aliño J. Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Act Esp de Psiq.* 2010; 38 (2):65-71.
16. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Méd.* 2004; 35 (4):173-78.
17. Hein N. Estudio del síndrome de burnout en pastores adventista y su relación con la satisfacción laboral y las características de personalidad (tesis de grado). Universidad Adventista del Plata: Libertador San Martín, Entre Ríos (Argentina); 2005.
18. Hurt AA, Grist CL, Malesky LA, McCord DM. Personality Traits Associated with Occupational 'Burnout' in ABA Therapists. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities* 2013; 26(4):299-308. doi:10.1111/jar.12043
19. Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Rev de Com Vivat Academia.* 2010; 112 (4):1-39.
20. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA; 1997.
21. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory (2ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1981.
22. Maslach C. Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo* 2009; 32 (11):37-43.
23. Meana MA. Síndrome de burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de Clínica Médica (Tesis de Maestría) Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata: Buenos Aires (Argentina), 2007.
24. Ministerio de Salud de Desarrollo Humano Familia y Comunidad de la Provincia de Mendoza. Ley de Normalización del funcionamiento del Sistema de Residencias N°7857/08. Mendoza (Argentina); 2008.
25. Moreno ME. Síndrome de Burnout, Estilo Atribucional y Capacidad de Resiliencia en Psicólogos el Servicio de Salud Mental de la provincia de San Juan (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua: Mendoza (Argentina), 2007.
26. Motta Wernicke CG. Burnout en residentes de clínica médica del Hospital Central Mendoza (Tesis de Maestría). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo: Mendoza (Argentina), 2010.
27. Ordenes N. Prevalencia de burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil de Ped.* 2004; 75(5):449-54.
28. Otero BGI, Grajeda GG, Canto VB, Venegas JM, Luque CM. Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psic y Sal.* 2013;23(2): 217-26.
29. Papathanasiou IV. Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers. *Act Inform Méd.* 2015; 23(1):22-8. doi: 10.5455/aim.2015.23.22-28
30. Sánchez-Nieto JM. Frecuencia del burnout en policías de la ciudad de México. *Liberabit Rev de Psic.* 2012; 18 (1): 69-74.
31. Steel C, Macdonald J, Schröder T, Mellor-Clark J. Exhausted but not cynical: burnout in therapists working within Improving Access to Psychological Therapy Services. *Journal Of Mental Health.* 2015; 24(1):33-7. doi:10.3109/09638237.2014.971145
32. Torricelli F. Campo, rol y perfil profesional en los residentes en Psicología y en Psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente "recurso humano en salud mental" en el subsector público. *Sal Mental y Comunidad.* 2012; 2 (2):49-58.