REVISIÓN SISTEMÁTICA

Salud pública, medicina laboral

COMPILACIÓN DE TRABAJOS SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT PRESENTADOS EN DIEZ AÑOS DE CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA (2005-2015)

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
ISSN 2618-4427
Salomón SE, Cámera LA, Valdez PR. Compilación de trabajos sobre el síndrome de burnout presentados en diez años de congresos de la Sociedad Argentina de Medicina (2005-2015). *Rev Arg Med* 2019;7(1):S23-S34

COMPILATION OF WORKS ON BURNOUT SYNDROME SUBMITTED OVER TEN YEARS OF THE ARGENTINE SOCIETY OF MEDICINE CONGRESSES (2005-2015)

Susana E. Salomón,[1] Luis A. Cámera,[2] Pascual R. Valdez[3]

[1] Médica especialista en clínica médica. Especialista en salud pública. Especialista en docencia universitaria.
Profesora titular de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.
Vocal de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Medicina.
Magíster en Docencia y Gestión Universitaria.
Presidente del Consejo Asesor Directivo de la Comisión Permanente de Residencias, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes, provincia de Mendoza.

[2] Médico de planta de Clínica Médica. Especialista en clínica médica.
Jefe del Programa de Medicina Geriátrica del Hospital Italiano.
Profesor titular de Medicina en la Escuela de Medicina del Hospital Italiano.
Ex presidente de la Sociedad Argentina de Medicina.

[3] *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 en la Universidad de Buenos Aires y la Univeridad Nacional de La Matanza.
Doctorado de la Universidad de Buenos Aires.
Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA
Susana Salomón. M. de Rosas 1728. Ciudad de Mendoza. CP 5500. Correo electrónico: susanaelsasalomon@gmail.com

Resumen

Introducción. La presencia del síndrome de burnout, fenómeno común entre los profesionales del equipo de salud, atribuido al estrés relacionado con el trabajo, es una importante problemática para la salud pública. Es una entidad patológica compuesta por tres esferas: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. **Objetivos.** Realizar una revisión sistemática de los trabajos presentados por diversos investigadores en diez años en los congresos de la Sociedad Argentina de Medicina (SAM) (2005-2015) a fin de caracterizar variables, incluidos factores predictores y consecuencias del síndrome. **Material y métodos.** Se incluyeron 15 investigaciones de la base de datos de la SAM que tiene un motor de búsqueda interno. Se utilizaron como palabras clave: burnout, estrés laboral, desgaste, quemado, despersonalización. Se extrajeron datos de trabajos realizados en estudiantes, residentes y profesionales de planta del equipo de salud de diferentes especialidades y en diversos escenarios. **Resultados.** Se reclutaron 2133 personas (7% de estudiantes, 44% de residentes, 49% de *staff*). Se observó alta prevalencia de burnout en estudiantes, residentes y profesionales de planta. El síndrome de burnout se asoció a mayor cantidad de guardias, exceso de horas de trabajo, pocas horas de descanso, poco sostén laboral y extralaboral; donde las situaciones más adversas eran las de los residentes (más notorias a medida que avanza la residencia). En los estudiantes, el cuadro se incrementaba a medida que avanzaba la carrera de medicina. Se destacaron las consecuencias vinculadas con problemas de salud, los errores médicos y los accidentes cortopunzantes. Se hallaron como factores protectores: tener hijos, convivir con ellos y realizar actividad física. **Conclusiones.** Se ha demostrado la repercusión de este síndrome sobre la actividad laboral, en los ámbitos profesional, personal e institucional, con un alto impacto en el ejercicio profesional y en la vida.

Palabras clave. Burnout, residentes, estudiantes, profesionales de planta.

Abstract

Introduction. *The presence of burnout syndrome, a common phenomenon among health team professionals attributed to work-related stress, is an important problem for public health. It is a pathological entity consisting of three spheres: emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal fulfillment.* ***Objectives.*** *To perform a systematic review of the papers presented by several researchers over ten years of the Argentine Society of Medicine (ASM) congresses (2005-2015) in order to characterize variables, including predictors and consequences of the syndrome.* ***Materials and methods.*** *We included 15 investigations of the ASM database, which has an internal search engine. The key words used were burnout, work stress, depersonalization. Data were extracted from the work performed in students, residents and professionals of the health team's staff of different specialties and in different scenarios.* ***Results.*** *The study included 2133 participants (7% students, 44% residents, 49% staff). A high prevalence of burnout among students, residents and staff professionals was observed. The burnout syndrome was associated with a high quantity of guards, excessive hours of work, few hours of rest, lack of work- and extra work support; the most*

alarming values were those of residents, which got worse as the residence progressed. In students, the condition was worse in the later stages of the Course of Medicine. Consequences related to health problems, medical errors and occupational needlestick and sharp injuries were observed. Protective factors were, in turn, as follows: having children, living with them and doing exercise. ***Conclusions.*** *The outcome of this syndrome has been demonstrated in the working environment, with a high impact on the professional practice and on life.*

Key words. *Burnout, resident, student, professional staff.*

Introducción

El síndrome de burnout, también llamado síndrome de desgaste profesional, es un problema de salud pública cada vez más vigente. Vivimos en un mundo enfocado hacia el exitismo y la exigencia permanente, lo que genera nuevas y constantes situaciones de exposición a diversos estresores. El síndrome de burnout, definido como una respuesta excesiva e inapropiada a distintos estresores afectivos, interpersonales y laborales, está caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal, los que, bajo ciertas condiciones, generan daños hacia el mismo individuo que lo padece, hacia su entorno, potencian el detrimento de su desempeño profesional y pueden ocasionar un cuidado subóptimo del paciente (1-6). Diversos estudios revelan una elevada prevalencia del síndrome en profesionales de la salud (médicos generales, especialistas, enfermeros, entre otros), residentes, profesionales recién graduados y estudiantes de medicina (1-19).

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

Limitaciones de la revisión

Este análisis adolece de las limitaciones que impone una evaluación retrospectiva, de poblaciones heterogéneas, y posiblemente los estresores no se repitan en distintas investigaciones.

El objetivo fue determinar el nivel de satisfacción laboral, la prevalencia del síndrome de burnout y su relación con variables sociodemográficas; determinar factores predictores, asociados o protectores, en distintos profesionales del equipo de salud, de diversas especialidades y en diferentes etapas de formación, capacitación o perfeccionamiento y en diversos momentos de la vida profesional.

Material y métodos

Se incluyeron en este análisis 15 investigaciones presentadas en congresos de la Sociedad Argentina de Medicina entre 2005 y 2015 que abordaron el tema del síndrome de burnout. La base de datos tiene un motor de búsqueda interno, y se utilizaron como palabras clave: burnout, estrés laboral, desgaste, quemado, despersonalización. Siete trabajos fueron realizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; cuatro, en Mendoza, Rosario (Santa Fe), Tucumán y San Juan, uno en cada provincia. Un trabajo de la Sociedad Argentina de Medicina.

Se identificaron nueve trabajos cuyos objetivos estaban destinados a residentes que incluían, entre otros aspectos, la prevalencia de burnout y la determinación de factores predictores/asociados con el desarrollo del síndrome, autorreporte de errores, situaciones laborales adversas, problemas de salud posteriores al inicio laboral, cuantificación de horas de trabajo y descanso, comparaciones entre médicos de planta y residentes, residentes de clínica y de residencias quirúrgicas y la vinculación del síndrome con aspectos cognitivos posguardia y el desarrollo de actividad física.

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

Un trabajo analizó la situación del burnout en estudiantes en relación con el avance de la carrera de grado.

Los estudios fueron prospectivos, observacionales, descriptivos y de corte transversal. Para evaluar la incidencia del síndrome se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). Se entregó una encuesta anónima; en cuatro trabajos se especificó “previo consentimiento informado”. Las variables

consideradas fueron: edad, sexo, estado civil, servicio, año de residencia o antigüedad laboral, situación laboral, horas diarias y semanales de trabajo, cantidad de guardias mensuales, licencias anuales, escala de apoyos sociales de Díaz Veiga, antecedentes patológicos, consecuencias físicas posteriores al inicio laboral y problemas de salud, factores o condiciones laborales adversas y opiniones laborales.

La escala MBI (20) validada en español es un cuestionario que consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. El sujeto valora, mediante seis adverbios que van de "nunca" a "diariamente", con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descriptas. La factorización de los 22 ítems arroja tres dimensiones: **cansancio emocional, despersonalización** y **realización personal.**

La subescala de **cansancio** o **agotamiento emocional** está formada por nueve ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de saturación o cansancio emocional por el trabajo. La puntuación máxima es de 54 puntos; a mayor puntuación, mayor es el agotamiento emocional y el burnout experimentado. Puntos de corte: 27, nivel alto; 19 a 26, puntuación intermedia; menor a 19, nivel bajo o muy bajo de burnout.

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

La subescala de **realización personal** está compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo y vivencia profesional. De 0 a 30 implica baja realización personal; de 34 a 39, nivel intermedio, y superior a 40 puntos, sensación de logro. La puntuación máxima es de 48 puntos y a mayor puntuación, mayor realización personal; es decir que el individuo está menos afectado. Se podría interpretar que tiene "menos" burnout.

Se consideró síndrome de burnout completo cuando el cansancio emocional y la despersonalización fueron altas y la realización personal fue baja.

En un trabajo se utilizó la Escala de apoyos sociales de Díaz Veiga (21), también denominada "Inventario de recursos sociales". Califica originalmente a las redes sociales familiares o extralaborales, tanto en la frecuencia de contactos (aspectos objetivos de la red) como el grado de satisfacción (aspectos subjetivos) con su red de apoyo. Sin embargo, para poder evaluar la red de apoyo social-laboral, se incorporan otras fuentes de apoyo como los superiores, compañeros de trabajo y subordinados, y se los evalúa de la misma manera que la red familiar. Se suman los puntajes de cada aspecto y se obtienen los siguientes niveles totales: para el aspecto objetivo, de 7 a 10 puntos significa que tiene una red alta o muy buena; de 12 a 16, que tiene una red media o regular, y de 18 a 21, que tiene una red baja o mala. Para los aspectos subjetivos, un puntaje de 8 a 12 se considera red alta o muy buena; de 14 a 18, una red media o regular, y de 20 a 24, una red baja o mala. Para el estudio, que utilizó esta escala, se consideraron los niveles bajo y medio, como tener una red mala o inadecuada, contra la red alta o muy buena.

Se analizaron los siguientes trabajos:

- Estrés laboral: ¿Un enemigo silencioso? Análisis comparativo entre médicos en formación y médicos de planta (*n* = 144) (22).
- Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación clínica y quirúrgica (*n* = 158) (23).
- Cuidando a los que cuidan. Estudio del estrés laboral hospitalario (*n* = 298) (24).
- Estudio multicéntrico sobre estrés laboral en los emergentólogos de los servicios de urgencia del GCBA (*n* = 320) (25).
- Síndrome de burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de clínica médica (*n* = 40) (26).
- Burnout durante la formación inicial de profesionales de ciencias de la salud (*n* = 73) (27).
- Relevamiento de la carga horaria de las actividades y desgaste profesional de los residentes de clínica médica. Estudio multicéntrico SAM (*n* = 348) (28).
- Importancia de la actividad física, expresiva y reflexiva como factor protector del síndrome de burnout en residentes de un servicio de clínica médica (*n* = 38) (29).
- Presencia de síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital Rawson (*n* = 100) (30).
- Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Provincial de Rosario (*n* = 54) (31).
- Síndrome de burnout en residentes del Hospital Centro de Salud Tucumán (*n* = 62) (32).
- Los accidentes punzocortantes y el estrés laboral en el personal de un hospital público de CABA (*n* = 230) (33).
- Estudio del estrés laboral en médicos y enfermeros de cuidados críticos y departamentos de urgencias: prevalencia y factores asociados (*n* = 98) (34).
- Cognición posguardia en residentes de Medicina Interna (*n* = 16) (35).
- Síndrome de burnout: ¿Peor según avanza la carrera de Medicina? (*n* = 154) (36).

Análisis estadístico

Estadística descriptiva, inferencial y regresión lineal. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas. Las cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y en los análisis comparativos se utilizaron la prueba *t* de Student, prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher; cuando estuviese indicado se estimó la

razón de probabilidades (*odds ratio*, OR) con intervalo de confianza (IC) del 95%. Se consideraron significativas las diferencias cuyo valor de *p* asociado a la prueba de contraste fue menor de 0,05.

Resultados

En los trabajos analizados se incluyeron en total 2133 individuos; su distribución se detalla en la Figura y en la Tabla 1 (22-36).
Las personas incluidas serán agrupadas en los siguientes rubros para describir los resultados: estudiantes, residentes y profesionales.

Trabajo de investigación que evalúa burnout en estudiantes. Las características demográficas se describen en la Tabla 1. El 95% de los estudiantes eran solteros; 2%, casados; 2%, en unión consensual; 11% vivía solo; 75%, con la familia, y el 1% tenía hijos. El 62% tenía una relación sentimental estable. No se encontraron diferencias en las dimensiones relacionadas con el género o el estado civil. El principal motivo de la elección de la carrera fue por gusto en el 68%; interés en la ciencia en el 31%; 24%, social; 11%, motivos académicos; 7%, reputación de la carrera; 5%, proyección económica; 4%, prestigio, y en ningún caso por mandato familiar. El 66% consideraba que el prestigio social de la medicina es adecuado y el 23%, que es excesivo. El 30% opinaba que el estudio interfería en su vida constantemente y el 40%, que lo hacía a menudo (36).
La escala MBI de este trabajo se expresa en la Tabla 1. Del análisis comparativo, el cansancio emocional fue más significativo en alumnos de quinto año y de la Práctica Final Obligatoria (Internado) *vs*. tercer año (p <0,0003 y p <0,005, respectivamente). Cuando se compararon estudiantes de Medicina y de otras carreras del equipo de salud, la despersonalización en niveles altos fue significativamente más frecuente en los primeros. La realización personal fue más baja para los estudiantes de la universidad estatal *vs.* la privada (p <0,0069) y estudiantes de Medicina *vs.* los de otras carreras (p <0,089) (36).

Análisis de trabajos de investigación que evalúan síndrome de burnout en residencias. Se incluyeron un total de 933 residentes (Figura 1, Tabla 1). El nivel en la valoración de las subescalas por MBI se detalla en la Tabla 1 (22,27,29,31,32).
Califican dentro del percentilo de alto riesgo de burnout: cansancio emocional, 57%; despersonalización, 40%; falta de realización personal, 60% (28).
En una muestra, el 33% no presentó ninguna dimensión "quemada". El número de dimensiones afectadas se describe en la Tabla 2 (22,23,27,29).
La relación entre burnout y género se muestra en la Tabla 2 (26,27). El cansancio emocional fue de grado alto en ambos sexos (32 *vs.* 29%, p = NS) (27).

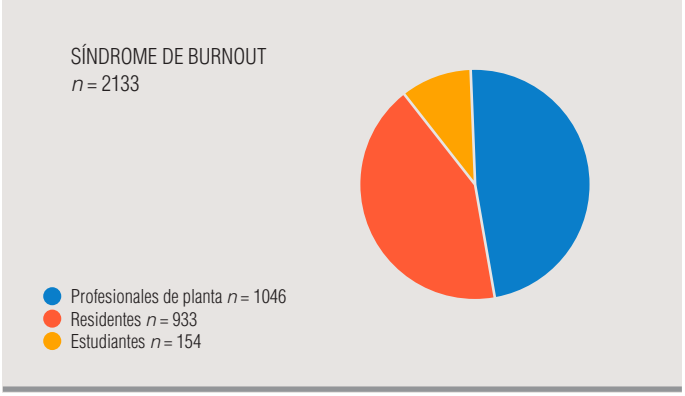


Figura 1.

No se encontró evidencia de que el síndrome de burnout estuviera asociado al estado civil ni tampoco al conocimiento del diagnóstico del cuadro (p = NS) (32).
Las horas semanales de trabajo fueron entre 64 y 83 (desviación estándar [DE] ± 19); la media de horas diarias fue de 10,5 (DE ± 2,6); las horas de descanso semanal fueron en promedio 50 (DE ± 32) y 3% refería tener un día libre a la semana. La cantidad de horas de trabajo fue predictor de despersonalización (p = 0,0036) (27). El 23% de los residentes referían tener trabajos extra (22,27,28).
El rango de guardias mensuales fue de 6 a 18. El 34% informó que realizaba guardias extras. En relación con las horas de guardia por semana, el 41% manifestó que tenía entre 41 y 50 h de guardia y el 31%, entre 51 y 60 h. Tenía jornada reducida posguardia el 11% (28).
La media de guardias mensuales de los que tuvieron el síndrome era mayor (8 *vs.* 6, p = 0,05). La media de descanso anual fue de 17,9 días (DE ± 5,3) (31).
Se observó un OR de 9,16 (IC del 95%: 1,56-51,85, p = 0,021) en individuos que se encontraban lejos de su residencia familiar (26).
La presencia de burnout tuvo un OR de 7,11 (IC del 95%: 1,02-53,7) para los médicos en el tercer año de la residencia (26).
El 47% informó tener un supervisor activo en la guardia. El 11% refirió estar "siempre" supervisado en la recorrida y el 9%, que "nunca" fue supervisado en sus actividades (28).
Al inicio de la formación, el 51% relató haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo. La presencia de errores se asoció a despersonalización (p = 0,0001) y a cansancio emocional (p = 0,0001). Las situaciones más preocupantes relatadas por los encuestados fueron: falta de educación continua en servicio (68,5%), mal ambiente de trabajo (67,1%), falta de supervisión (65,7%). Las alteraciones de salud más frecuentes luego del inicio laboral fueron: cansancio crónico (52,0%), molestias digestivas (47,9%), cefaleas (45,2%) e irritabilidad (43,8%). El cansancio emocional es predictor de patologías posteriores al inicio laboral (p = 0,0044) (27).
El trabajo que analizó la cognición posguardia evaluó la funcionalidad cognitiva posguardia dentro de las 6 h de finali-

TABLA 1. INVESTIGACIONES PRESENTADAS EN CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA. GENERALIDADES

Síndrome de burnout *n* total	*n* = 2133		
Distribución	Profesionales *n* = 1979		Estudiantes *n* = 154
	Profesionales del equipo de salud de planta * *n* = 1046	Residentes *n* = 933 95% formación clínica 5% especialidades quirúrgicas	Estudiantes *n* = 154 Tercer año (*n* = 42) Quinto año (*n* = 35), PFO (*n* = 32) Universidad privada (*n* = 24) Estudiantes de carreras NO Medicina (*n* = 21)
Promedio de edad en años	41,97 (DE ± 0,45)	27,75 (DE ± 1,77)	23,1 (DE ± 3,14)
Sexo femenino	51%	66%	61%
Escala MBI			
Despersonalización (Dp) promedio	10,11 puntos Alta = 50%	11,70 puntos Alta = 64%	7,90 puntos Alta = 18%
Cansancio emocional (CE) promedio	27,57 puntos Alto = 43%	30,19 puntos Alto = 66%§	25,94 puntos Alto = 47%
Realización personal (RP) promedio	34,26 puntos Baja = 57%	36,95 puntos Baja =45%	36,77 puntos Baja = 50%
Dimensiones afectadas %	Una = 24 Dos = 31 Tres =45	Una = 51† Dos = 30§ Tres =19‡	

*(Médicos, enfermeros, bioquímicos, odontólogos, técnicos, entre otros profesionales y personal de apoyo).
† p <0,0001
‡ p <0,0001
§ p = NS

Elaboración propia. Fuente: Referencias 22-36

zada la guardia, por parte de un especialista en neurología: atención global, memoria de trabajo, control motor, funciones ejecutivas y flexibilidad de procesamiento de información a través de distintas pruebas. Luego del descanso apropiado, se utilizó el cuestionario MBI para depresión y ansiedad (35).

Los resultados mostraron una prevalencia de depresión del 56% (IC del 95%: 29-79%), mientras que el 100% presentó ansiedad muy baja; 37%, agotamiento (IC del 95%: 16-65); 31%, despersonalización (IC del 95%: 12-59) y 62%, bajo grado de realización personal (IC del 95%: 34-83).

En la valoración posguardia, la media de las horas trabajadas en forma continua fue de 31,26 (DE ± 2,54); el promedio de las horas de guardia fue 17,31 (DE ± 4,33) y el de horas de trabajo posguardia, 7,76 (DE ± 2,83). El promedio de horas de sueño previo al ingreso laboral fue 6,5 (DE ± 1,15) y el de horas dormidas durante la jornada, 2,31 (DE ± 1,92). La atención sostenida y selectiva medida a través del test CPTII se encontró alterada en el 87% (IC del 95%: 56-97). Tanto la atención auditiva sostenida y dividida y la velocidad de procesamiento medido por PASAT, como la amplitud de atención (medida por dígitos directos) se encontraron alterados en un 31% (IC del 95%: 12-59). La fluidez verbal fonológica medida por FAS se conservó en el 93% (IC del 95%: 60-99). Las tareas de memoria auditiva verbal evaluada por test de aprendizaje auditivo verbal de Rey (RALVT, por su sigla en inglés) se vieron alteradas en el 68% (IC del 95%: 40-87). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el desarrollo de cansancio emocional o depresión y el desempeño cognitivo posguardia (35).

En el trabajo que tuvo por objetivo determinar si la práctica habitual de actividades físicas, expresivas y /o reflexivas influye o no en la aparición de burnout en residentes de un servicio de clínica médica, la variable realización personal resultó mayor en médicos que realizaban actividades expresivas (p = 0,039); la variable cansancio emocional tuvo menor puntuación en el grupo de médicos que realizaban actividades físicas (p = 0,006) (29).

Del análisis comparativo entre los médicos de formación clínica y los de formación quirúrgica se demostró que los clínicos se sentían más agotados, fatigados y con mayor despersonalización. La relación con sus pacientes era insuficiente por el tiempo dedicado a realizar tareas que no les correspondían, pero percibían mayor consideración de sus jefes y tenían mejores relaciones interpersonales y con su pareja que los médicos de formación quirúrgica (23).

En el análisis comparativo entre médicos de planta (MP) y médicos en formación (MF), el 96% consideraba que la relación con los compañeros era buena o muy buena; el 40% a veces se sintió al límite de sus posibilidades (sin diferencias entre MF y MP) y el 11% se sentía decepcionado con la profesión (p = NS). El 39% trataba algunas

veces a los pacientes como objetos y un 10,5% lo hacía a menudo. El 72% veía a la medicina como una profesión con muy buen prestigio (MF: 77 *vs.* MP: 64%) (p <0,05); los MF sentían que obtenían satisfacción personal de su trabajo (37 *vs.* 21%) (p <0,05). Para los MP, su trabajo nunca era valorado (17 *vs.* 4,5%) (p <0,01). Tenían más insomnio los MP que los MF (45 *vs.* 21%) (p <0,001) y usaban más psicofármacos (17 *vs.* 6%) (p <0,05). Los MF tenían más problemas familiares a causa del trabajo (19% *vs.* 6,5%) (p <0,03) y sentían que el trabajo interfería constantemente en su vida privada (36 *vs.* 19%) (p <0,05). El trabajo desgastaba más a los MF (41 *vs.* 23%) (p <0,05) y sentían más rigidez con los pacientes, mayor despersonalización y cansancio emocional que los MP (p <0,05) (22).

Análisis de trabajos de investigación que evalúan burnout en profesionales del equipo de salud. En total se encuestó a 1046 individuos del equipo de salud. Los valores medios obtenidos en las dimensiones del burnout y variables demográficas se muestran en las Tablas 1 y 2. El promedio de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea fue 28 (DE ± 0,97), y esa variable fue predictora de despersonalización.

No se encontraron diferencias de especialidades médicas como predictores de las dimensiones del burnout.

En la escala de Díaz Veiga, el nivel de apoyo fue alto en el 72% del objetivo extralaboral, en el 49% del objetivo laboral, en el 71% del subjetivo extralaboral y en el 27% del subjetivo laboral. En el análisis de los cuatro modelos de Díaz Veiga con las tres dimensiones del síndrome, sólo se encontró asociación estadística para la satisfacción extralaboral en relación con el cansancio emocional.

Las situaciones más preocupantes relatadas por los encuestados fueron: malas condiciones de trabajo (66%), agresividad de pacientes y familiares (68%), sueldos bajos

TABLA 2. ANÁLISIS COMPARATIVO DE PROFESIONALES DE PLANTA *VERSUS* RESIDENTES DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DE BURNOUT

	Profesionales de planta n = 1046	Residentes n = 933
Burnout y sexo varones	Depresión (De) >(p = 0,03) RP <(p =0,02)	Síndrome completo (p = 0,043) De >(p = 0,0001)
Burnout y edad	Más joven predice CE (p = 0,043) y De (p = 0,0095)	p = NS
Burnout y estado civil	<en casados	p = NS
Soporte familiar	>número de hijos y convivir con ellos <CE (p = 0,0028 y 0,007, respectivamente) y <De (p = 0,013 y 0,0133, respectivamente)	Estar lejos de la residencia familiar OR de 9,16 (IC del 95%: 1,56-51,85, p = 0,021)
Antigüedad	< antigüedad > despersonalización	Médicos de tercer año = OR: 7,11 (IC del 95%: 1,02-53,7)
Horas semanales de trabajo	54 horas A > h > CE (p = 0,0021) > h médicos que enfermeros (p = 0,019)	Rango = 64 y 83 A > h > De (p = 0,0036)
Horas de descanso semanales		50 (DE ± 32) 3% un día libre/sem
Descanso anual por (días)	30 (DE ± 5)	17,9 (DE ± 5,3)
Guardias mensuales	> número > De (p = 0,002) y CE (p = 0,0045)	Rango = 6 a 18 A> número > síndrome completo (p = 0,05) Jornada reducida posguardia = 11%
Cometer errores y burnout	83% médicos 35% enfermeros 32% técnicos > errores > De (p = 0,01) y CE (p <0,001)	51% > errores > De (p = 0,0001) y CE (p = 0,0001)
Alteraciones de salud	De y CE predictores de la cantidad de problemas de salud; p = 0,0347 y 0,00001, respectivamente. Tratamiento psicológico y/o licencia por estrés laboral = 22,5% e influencia negativa del trabajo en la vida familiar = 64%. La presencia de estas tres variables permitió definir la presencia de daño.	CE predice patologías posteriores al inicio laboral (p = 0,0044)
Desempeño cognitivo posguardia		CE y De p = NS
Actividades físicas, expresivas y /o reflexivas		RP >en médicos que realizaban actividades expresivas (p = 0,039); AE <(p = 0,006)

Elaboración propia. Fuente: referencias 22-36.

(77%), falta de insumos y problemas de infraestructura (52% cada una) y exceso de horas de trabajo (51%).
Las alteraciones de salud más frecuentes luego del inicio laboral se describen en la Tabla 2 (24).
Del 52 al 95% de las personas incluidas en las distintas investigaciones consideraron que la remuneración era insuficiente.
En otro análisis entre **médicos y enfermeros**, se observó que el 84% tenía al menos uno de los ítems en nivel alto para el síndrome de burnout, mayor en médicos que en enfermeros (89 *vs.* 70%; $p = 0,024$). Los médicos presentaban mayor proporción de respuestas en niveles altos en los tres ítems. En cansancio y despersonalización, los médicos tenían valores mayores respecto de los enfermeros ($p = 0,008$ y $p = 0,001$, respectivamente). Los médicos mostraban menor deseo de jubilarse que los enfermeros (40 *vs.* 69%, $p = 0,01$). El 49% de los médicos y el 26% de los enfermeros usaban ansiolíticos ($p = 0,052$). El 24% de los médicos y el 20% de los enfermeros recomendarían a sus hijos seguir su profesión (30).
En **cuidados intensivos y en el departamento de urgencias** se demostró que el 24% tenía las tres dimensiones quemadas. Más de la mitad presentó niveles altos en despersonalización y cansancio emocional y el 62%, niveles bajos de realización personal. Estar en pareja/casado tuvo menor despersonalización y mayor realización personal ($p = 0,04$). El 69% relató haber cometido alguna vez errores a causa de las condiciones de trabajo. La presencia de errores se asoció significativamente a las tres dimensiones quemadas. El menor apoyo extralaboral fue predictor de cansancio emocional ($p = 0,008$) y la menor satisfacción laboral fue predictor de despersonalización ($p = 0,02$). Las alteraciones de salud luego del inicio laboral se presentaron con una media 4,80 (DE ± 0,26). La presencia de cansancio emocional y realización personal fueron predictores la cantidad de problemas de salud ($p = 0,0000$ y $p = 0,03$, respectivamente). El mayor tiempo de viaje fue predictor de cansancio emocional ($p = 0,02$) (34).
En el **trabajo realizado en emergentólogos** de servicios de urgencia sobre estrés laboral, se observaron errores laborales (EL) en el 72,5%; tratamiento psicológico (TP) y/o licencia por estrés laboral en el 22,5%, e influencia negativa del trabajo en la vida familiar (IF) en el 64%. La presencia de estas tres variables permitió definir la existencia de daño. No hubo diferencias entre especialidades clínicas y quirúrgicas para predecir daño. La antigüedad profesional y en urgencias se relacionó significativamente con IF ($p = 0,03$ para ambas). Las horas promedio de trabajo semanales fueron 60,17 (DE ± 0,95), y también fueron predictores de IF ($p = 0,03$), al igual que de la sensación de enojo-mal humor (25).
El estado civil casado/conviviente se asoció a menor TP ($p = 0,03$), sin diferencias para IF y EL. La media de hijos y la convivencia con ellos no fue predictor de daño (p = NS para las tres en regresión logística). Tampoco lo fueron el número de contactos diarios en virtud de la tarea, ni el número de horas semanales dedicadas al ocio (p = NS). El 40% realizaba dos o más guardias semanales; la cantidad de horas de guardia fue predictor de EL e IF en regresión logística ($p = 0,0013$ y $p = 0,0084$, respectivamente) (25).
Con **relación a los accidentes cortopunzantes y el estrés laboral en integrantes del equipo de salud de áreas de riesgo** (enfermeros, laboratoristas, personal de limpieza, instrumentadoras, odontólogos y residentes de clínica médica y cirugía), se observó alto desgaste en despersonalización (9,83 ± 0,37) y cansancio emocional (26,89 ± 0,66), y medio en realización personal (34,12 ± 0,49). El 10% de los encuestados sufrió un accidente cortopunzante. El elemento más frecuente fue la aguja. Surgieron como predictores de accidentes: la menor edad (36,18 *vs.* 41,93 años, $p < 0,05$) y mayor despersonalización personal (9,97 *vs.* 9,81, $p < 0,05$) (33).

Conclusiones y discusión

Las conclusiones se desglosan según la etapa de la vida profesional.

Estudiantes de Medicina: conclusiones

En el trabajo de burnout en los estudiantes presentado en esta revisión, se demostró una alta prevalencia de burnout y se mostró que es mayor a medida que se avanza en la carrera de Medicina, y que estos estudiantes presentaron mayor síndrome de burnout que los estudiantes de otras carreras universitarias vinculadas al equipo de salud. Se ha observado que la salud mental de los estudiantes durante el curso de la formación médica difiere mucho de la de sus pares que siguen otras carreras. Este compromiso sumado a los estresores a los que se exponen los estudiantes de la carrera de Medicina podría justificar el desarrollo del síndrome de burnout, con diferentes prevalencias y expresiones (7,16,17,19,37).
El hallazgo de cansancio emocional fue estadísticamente significativo en los últimos años. Esto se podría justificar si se considera que en el trayecto de los años superiores de la carrera, los jóvenes con una alta vulnerabilidad, dada por su corta edad y la falta de experiencia, enfrentan mayores estresores, con mayor responsabilidad y mayor contacto directo con los pacientes, la enfermedad, el dolor e incluso la muerte, lo que trae diversas consecuencias no sólo relacionadas con el estudio sino más graves, relacionadas con lo personal, como el desarrollo de depresión o incluso de ideación suicida (7,16-19,37).
En cuanto a la despersonalización, sólo se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de medicina y las otras carreras ($p < 0,02$). Esto fue demostrado en otras investigaciones y se lo ha asociado a una baja empatía con los pacientes y al cuidado subóptimo de ellos. También

se observa a la hora de terminar la carrera y transitar la residencia, momento en el cual se puede llegar a comprometer el desempeño profesional humanitario de los recientemente graduados (17,37).
La realización personal fue baja en forma significativa para la universidad estatal *vs.* la privada, y para estudiantes de la carrera de Medicina *vs.* no carrera de Medicina se ubicó en el límite de la significancia. En este trabajo no se detectaron diferencias vinculadas con variables sociodemográficas que pudieran justificar estos hallazgos, que son llamativos, ya que la exigencia que existe en la universidad estatal investigada para ingresar a las carreras genera que lograr la admisión podría ser un paso para percibir el éxito con menor dificultad.
En conclusión, los resultados obtenidos por estos autores permiten realizar un diagnóstico situacional respecto a la existencia del síndrome de burnout en el momento de la formación de grado. La alta exigencia académica y las demandas emocionales a las que están expuestos nuestros estudiantes deben ser visibilizadas y tenidas en cuenta a la hora de planificar acciones en pos de identificar y prevenir el síndrome de burnout en esta población vulnerable (7,16-19).

Residentes: conclusiones

Las residencias médicas son un modelo de formación basado en el aprendizaje en servicio. El período formativo profesional a través de las residencias es una etapa en la que se asumen nuevos desafíos y responsabilidades y se adquieren competencias disciplinares y no disciplinares, que no sólo forjan el modo de ejercer la profesión, sino que también repercuten en la esfera personal (6-15).
Los resultados obtenidos reflejan que los médicos residentes de la muestra estudiada tienen una alta prevalencia del síndrome completo en los distintos trabajos y es peor a medida que avanza la residencia. Se observa alto cansancio emocional hasta en el 89%, alto nivel de despersonalización hasta en el 64% y un 55% con falta de realización personal. Estas son cifras estadísticamente significativas si se las compara con los niveles altos de los profesionales del equipo de salud y de los estudiantes (9,11,22-36).
Si bien existen en la literatura diferentes prevalencias del síndrome completo (6-15,38), el solo hecho de que uno de cada ocho residentes presente al menos una de las dimensiones afectadas es realmente preocupante. Podemos considerar que esto se relaciona con que los médicos recientemente graduados no están bien preparados para enfrentar conflictos emocionales y cuentan con recursos poco desarrollados para responder adecuadamente (6-15,38). A esto se suma que las condiciones laborales de los profesionales en formación en diversas especialidades médicas muchas veces son inadecuadas y las instituciones no están preparadas para que los jóvenes vulnerables presenten el síndrome de burnout en respuesta a los diferentes estresores que el ejercicio profesional cotidiano proporciona (6-15,38).
Si bien es un tema controvertido, en estos trabajos ser varón fue predictor para despersonalización y falta de realización personal, y el cansancio emocional fue alto en ambos sexos (7-15,38).
Al igual que en otros trabajos, la media de guardias mensuales de los que tuvieron el síndrome fue mayor. La cantidad de horas de trabajo fue predictor de despersonalización, componente usado por los profesionales como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral (9,11,39).
La presencia de errores se asoció a despersonalización y a cansancio emocional. Una posible explicación es que las jornadas extenuantes de trabajo con alta exposición emocional provocan un estrés constante, falta de descanso y privación de sueño, que afectan el rendimiento profesional y aumentan la posibilidad de errores (9,11,39).
Por otra parte, se ven afectados también el carácter y el humor y pueden observarse síntomas depresivos y ansiedad. Todo lo anteriormente expresado lleva a cometer errores en tareas rutinarias y en situaciones de estrés en las que se requiere una atención sostenida (9,11,39). El cansancio emocional también fue predictor de patologías posteriores al inicio laboral.
En esta revisión, el síndrome fue más frecuente si se encontraban lejos de su residencia familiar, hecho también encontrado en otros trabajos, lo que podría expresar que este período de formación ocasiona no sólo disfunciones en el plano social, sino en el entorno familiar, ya que en general existe menor oportunidad de participar en actividades con amigos o familiares. En esta población, las pocas horas recreativas y las horas dedicadas a actividades académicas para estudiar repercuten en forma negativa directa e indirectamente en la calidad de atención de los pacientes (11).
La práctica habitual de actividades físicas, expresivas y/o reflexivas sería un factor protector para cansancio emocional.
Los residentes de clínica se sienten más agotados ("quemados"), fatigados y presentan mayor despersonalización. La relación con sus pacientes es insuficiente por el tiempo dedicado a realizar tareas que no les corresponden, pero perciben mayor consideración de sus jefes y refieren tener mejor relaciones interpersonales y con su pareja que los médicos en formación quirúrgica (11,14,38).
Los médicos en formación, a pesar de estar iniciándose en la profesión, a la que consideran de muy buen prestigio y de la cual obtienen satisfacción personal, tienen mayor burnout, se sienten más insensibles y tienen mayor interferencia del trabajo en su vida privada. Los médicos de planta, por su parte, sienten que su trabajo no es valorado, tienen dificultades con el descanso y utilizan más psicofármacos (6).
Los profesionales que asisten a otras personas constituyen un grupo de alto riesgo de enfermedades, con alta incidencia de burnout. Las cargas laborales y la insuficiente supervisión y remuneración podrían justificar esta situación,

que adquiere especial relevancia si los profesionales están en un período formativo donde se asumen nuevas y grandes responsabilidades y desafíos tanto personales como profesionales (7-15).
Algunos hallazgos en diversos trabajos han puesto en evidencia que el excesivo número de horas, la falta de horas de descanso y los ambientes inadecuados y precarios, sumados a la percepción de falta de control, conocimientos médicos insuficientes, poca participación en la toma de decisiones, poco reconocimiento a la labor realizada en lo cotidiano, ambientes poco estimulantes con alta competitividad, percepción de un entorno injusto con continuas quejas y subestimación (pares, jefes, pacientes, familiares), falta de espacios formales para abordar la construcción de recursos internos que permitan dar respuestas adecuadas a los estímulos estresores y un alto grado de incertidumbre frente al futuro forman parte de algunos de los factores involucrados con el desarrollo de burnout en esta población profesional vulnerable (6-15,38).
Desde hace años se sostiene que resulta de vital importancia la detección temprana y el estudio de este cuadro que afecta la calidad de vida y el desempeño del profesional en formación y posteriormente del especialista, que tiene repercusión en lo personal y también en lo profesional, que puede comprometer su desempeño y afectar a los pacientes. Los residentes se deben considerar un grupo vulnerable, por lo que cada institución debe desarrollar una nueva cultura organizacional en la formación y la práctica médica que permita no sólo prevenir las complicaciones en el ejercicio profesional, sino también ampliar las perspectivas de una mejor calidad de vida.

Profesionales del equipo de salud: conclusiones

En total se encuestaron 1046 individuos del equipo de salud. La población estudiada tenía valores altos en las subescalas para despersonalización y cansancio emocional, e intermedios para realización personal. Del 100% analizado en una serie, sólo uno de cada cuatro no presentó ninguna dimensión “quemada”.
Si bien en estos trabajos la despersonalización fue superior en varones y la realización personal menor en ellos, esto no ha sido demostrado en otros estudios, por lo que el género no puede considerarse como una variable predictora (3,40).
Ser más joven fue predictor de cansancio emocional y despersonalización en forma significativa. Por lo que, aunque la edad parece no influir en la aparición del síndrome, se considera que puede existir mayor vulnerabilidad en los profesionales jóvenes, ya que son los primeros años del ejercicio profesional, la mejor exposición a la realidad, en donde la práctica cotidiana, las recompensas personales, profesionales y económicas se enfrentan a las expectativas idealistas, que generan decepciones por no encontrar lo que se esperaba. A mayor edad disminuye la tensión laboral, con lo que el grado de burnout parecería ser menor (3,6-15,38,40).
En relación con la antigüedad en el trabajo, en general esta variable influye a la hora de estudiar el grado de burnout. Algunos autores sitúan la mayor aparición entre los 5 y 10 años de ejercicio profesional. En los trabajos analizados la menor antigüedad profesional fue predictor de despersonalización (3,40).
Tener hijos y convivir con ellos fue un factor identificado como protector para desarrollar cansancio emocional y despersonalización (4,45). Esto, al igual que el estado civil, ha dado diversos resultados en las distintas investigaciones. De cualquier forma, el hecho de tener una pareja estable y la existencia de hijos permitiría mayor resistencia al burnout debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar (3,4,40,45).
Una mayor cantidad de personas contactadas diariamente en virtud de la tarea es predictor de despersonalización de acuerdo con algunos autores; esto se vincularía a la presión asistencial y/o sobrecarga laboral (3).
La menor cantidad de horas de ocio, la menor satisfacción extralaboral y la mayor cantidad de horas de trabajo se asociaron a cansancio emocional. Esto ha sido demostrado en numerosas investigaciones, lo que ha permitido inferir que, cuantas más horas de trabajo, mayor prevalencia de burnout (3,39,40,45).
Un mayor número de guardias semanales es predictor de despersonalización y de cansancio emocional; hecho manifestado por otros autores, lo que se ha relacionado con peores condiciones laborales, mayor precarización del trabajo, escasas horas de descanso, mayor exposición a situaciones estresantes y a sobrecarga de trabajo y una dinámica de trabajo muchas veces frustrante (39,40,45).
La despersonalización y el cansancio emocional se relacionaron con la presencia de errores, lo que se suma a lo anteriormente expresado, ya que se ha demostrado que los errores se pueden vincular al exceso de trabajo, a la cantidad de horas trabajadas, a la falta de descanso, a la fatiga y a la insatisfacción laboral (39,42,45).
La despersonalización y el cansancio emocional son predictores de la cantidad de problemas de salud. Se ha analizado y demostrado que la exposición a diversos estresores crónicos está relacionada con el deterioro de la salud, con consecuencias en la esfera física, como el desarrollo de hipertensión arterial o enfermedad coronaria, cefaleas y migrañas o alteraciones gastrointestinales o del sueño, además de las implicancias del estrés en el sistema inmune, lo que lo hace propenso a desarrollar diferentes infecciones o alteraciones autoinmunes, entre otras. También hay consecuencias en la esfera psíquica, con alteraciones emocionales, ansiedad y depresión, sumadas a falta de motivación, sentimientos de frustración y deseos de abandonar el trabajo y cambios en la conducta en el ámbito laboral, con

mayores posibilidades de ser indiferentes o violentos y de consumir psicofármacos (40).
Tanto en cansancio emocional como en despersonalización los médicos presentan valores mayores respecto de los enfermeros (4).
Se ha hipotetizado que los médicos intensivistas son especialmente vulnerables al burnout porque la especialidad genera un enfrentamiento constante a situaciones de estrés, vinculadas a cuadros graves potencialmente mortales que propician la toma de decisiones en condiciones extremas. A esto se suma el hecho de vincularse a pacientes con una alta morbimortalidad y con una relación médico-paciente-familia de alta exigencia y conflictividad, más relaciones emocionales particulares, por lo que los hallazgos en el trabajo de unidades críticas avala lo descripto en la literatura (4,43).
La presencia de altas demandas, numerosos factores negativos y recursos pobres favorecen el síndrome de burnout. Para la Organización Mundial de la Salud son factores de riesgo laboral debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la salud o la vida del individuo que lo padece (surgió como predictor de accidentes cortopunzantes la menor edad y la mayor despersonalización), sumado a que generan una prestación de servicios que pone en riesgo a la comunidad por la asociación con los errores laborales, entre otras consideraciones (41,42,45).
Para finalizar, podemos conjeturar que los resultados señalan diferencias en la prevalencia de burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI según se trate de población en formación de grado, de posgrado o los diferentes integrantes del equipo de salud. Pero en todos los trabajos se ha mostrado que existen niveles alarmantes de compromiso de las distintas dimensiones, por lo tanto de síndrome de burnout, con sus posibles repercusiones. Estas afectan no sólo al propio individuo, con consecuencias en la esfera física y psíquica y con efectos secundarios en su desempeño laboral, sino que tienen consecuencias para las instituciones, y potencialmente para los pacientes que se atienden en este contexto, lo que hace que el burnout se transforme en un riesgo para la salud pública.
Consideramos que esta revisión de las investigaciones presentadas en los congresos de la Sociedad Argentina de Medicina han aportado pruebas de los factores asociados al burnout en nuestro país. Diversas teorías sustentan el hecho de que profesiones como las del equipo de salud tienen altas posibilidades de desarrollar a corto, mediano o largo plazo el síndrome de burnout. Se han identificado diferentes causas del agotamiento, que incluyen entre otras situaciones la alta exigencia emocional que implica enfrentar la enfermedad e incluso la muerte de los pacientes, deficientes recursos emocionales, escasos recursos materiales en las instituciones, alta carga de trabajo, sobreexigencia, maltrato y violencia institucional y social, pacientes cada vez más complejos y demandantes, demandas difíciles de satisfacer, exigencia de resultados no fácilmente garantizables. Se han probado diversas estrategias diagnósticas, preventivas y hasta terapéuticas para resolver este síndrome, muchas de ellas sin éxito. Pueden resultar beneficiosas algunas medidas dirigidas al entrenamiento de cómo afrontar la actividad laboral (terapia cognitivo-conductual, psicoterapia y entrenamiento de habilidades para la adaptación), intervenciones en la institución para reorganizar el trabajo, espacios para poder tratar estas situaciones; incluso para algunos ha sido útil recurrir a la espiritualidad (46-49).
En conclusión, se ha podido observar en este análisis un nivel preocupante de síndrome de burnout en diversas investigaciones a lo largo y ancho del país en los últimos diez años. Las investigaciones se llevaron a cabo en estudiantes, profesionales en formación en áreas médicas y quirúrgicas, profesionales de planta de diferentes especialidades y en diversos escenarios. Se ha demostrado la repercusión que este síndrome tiene en la actividad laboral y en lo personal, con un alto impacto en el ejercicio profesional y en las instituciones. Si bien es interesante plantear nuevas investigaciones sobre este tema, queda por delante el desafío de realizar recomendaciones para superar esta importante problemática desde la Sociedad Argentina de Medicina, con la intención de contribuir a “cuidar a los que cuidan” y evitar el alto impacto del síndrome de burnout.

Agradecimientos

La Sociedad Argentina de Medicina, el Foro Argentino de Clínica Médica y los autores de esta revisión agradecen muy especialmente a los autores de las investigaciones que se tomaron para este análisis y a todos los participantes por compartir sus experiencias en diez años de congresos de la Sociedad Argentina de Medicina. RAM

Referencias bibliográficas

1. Spickard A Jr, Gabbe S, Christensen J. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002;288:1447-50
2. Goncalves EJ, Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso P y col. Síndrome de Burnout en el Médico General. *Medicina General* 2002;43:278-83
3. Atance Martínez J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:293-303
4. 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
5. Faragher E, Cass M, Cooper C. The relationship between job satisfaction and health: a metaanalysis. *Occup Environ Med* 2005;62:105-12
6. Salomón S, Alós M, Carena J. Estrés profesional: Diferencias entre médicos en formación y médicos de planta. *Rev Arg de Educ Méd* 2007;1(1):31-5
7. Dyrbye L. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 2014;89(3):443-51
8. Busireddy K, Miller J, Ellison K, et al. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *J Grad Med Educ* 2017;9(3):294-301
9. Pérez Rodríguez I. Síndrome de Burnout y Estrés Laboral en Residentes de Medicina Interna de un Hospital Tipo IV. *RIIAplicada* 2015;3(1):37-56
10. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarelli N y col. 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(3):236-40
11. Zubairi A, Noordin S. Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Med and Surg* 2016;6:60-3
12. Malik A, Bhatti S, Shafiq A, et al. Burnout among surgical residents in a lower-middle income country. Are we any different? *Annals of Med and Surg* 2016;9:28-32
13. Kwah J, Weintraub J, Fallar R, et al. The Effect of Burnout on Medical Errors and Professionalism in First-Year Internal Medicine Residents. *J Grad Med Educ* 2016;8(4):597-600
14. Curti A, Salomón S, Alós M y col. Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación clínica y quirúrgica. Revista Médica Universitaria. *Rev Arg de Educ Méd* 2007;1(1):31-5. Disponible en: http://www.raemonline.com.ar/pdf_pub/v1n1_31a35.pdf
15. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by students and residents. *Med Educ* 2016;50(1):132-49
16. Serrano F, Salguero-Sánchez J, Ayala-Fernández J y col. Síndrome de Burnout en estudiantes de seis facultades de medicina de Colombia, 2016-1:estudio multicéntrico. *CIMEL* 2016;21(2):29-34
17. IsHak W, Nikravesh R, Lederer S, et al. Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher* 2013;10:242-5
18. Dyrbye L, Thomas M, Massie F, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008;149(5):334-41
19. Dyrbye L, Thomas M, Harper W, et al. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Med Educ* 2009;43:274-82
20. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Pysichologists Press; 1986
21. Aranda BC. Apoyo social y síndrome de burnout en médicos del IMSS: un estudio de caso. *Revista mexicana del trabajo y la previsión social* 2004;5:253-376
22. 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 del XIV Congreso Nacional de Medicina SAM 2005
23. Curti A, Salomón S, Alós M y col. Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación clínica y quirúrgica. Hospital Lagomaggiore, Mendoza. FCM UNCUYO. Libro de resúmenes del XVI Congreso Nacional de Medicina SAM 2007
24. Valdez P, Ganino O, Dalia P y col. Cuidando a los que cuidan. Estudio del estrés laboral hospitalario. Libro de resúmenes del XVI Congreso Nacional de Medicina SAM 2007
25. Valdez P, Brusca S, Israstzoff T y col. Estudio multicéntrico sobre estrés laboral en los emergentólogos de los servicios de urgencia del GCBA. Libro de resúmenes del XVII Congreso Nacional de Medicina SAM 2009
26. Meana M, Montero G, Navarro C. Síndrome de Burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de clínica médica. Libro de resúmenes del XVIII Congreso Nacional de Medicina SAM 2010
27. Valdez P, Benveniste J, Díaz C y col. Burnout durante la formación inicial de profesionales de ciencias de la salud. Libro de resúmenes del XIX Congreso Nacional de Medicina SAM 2011
28. Klein M, Traverso Vior E. Relevamiento de la carga horaria de las actividades y desgaste profesional de los residentes de clínica médica. Estudio multicéntrico SAM. Libro de resúmenes del XIX Congreso Nacional de Medicina SAM 2011
29. Mayan III J, Fuksman L, Martino A. Importancia de la actividad física, expresiva y reflexiva como factor protector del síndrome de burnout en residentes de un servicio de clínica médica. Libro de resúmenes del XIX Congreso Nacional de Medicina SAM 2011
30. Muñoz V, Aravena V, Rueda S y col. Presencia de síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital Rawson. Libro de resúmenes del XX Congreso Nacional de Medicina SAM 2012
31. Pacheco M, Tomey M, Paulazzo M y col. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Provincial de Rosario. Libro de resúmenes del XXI Congreso Nacional de Medicina SAM 2013
32. Fregenal M, Abdala A, Arias Calafiore F y col. Síndrome de burnout en residentes del Hospital Centro de Salud Tucumán. Libro de resúmenes del XXI Congreso Nacional de Medicina SAM 2013
33. Valdez P, Valdez C. Los accidentes punzocortantes y el estrés laboral en el personal de un hospital público de CABA. Hospital Vélez Sarsfield, CABA, Argentina. Libro de resúmenes del XXII Congreso Nacional de Medicina SAM 2014
34. Valdez P, Sánchez V, Pierini L y col. Estudio del estrés laboral en médicos y enfermeros de cuidados críticos y departamentos de urgencias: prevalencia y factores asociados. Hospital Vélez Sarsfield, CABA, Argentina. Libro de resúmenes del III Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna SAM 2015
35. Giunta D, Warley F, Bonella M y col. Cognición postguardia en residentes de medicina interna. Hospital Italiano de Bs. As., CABA, Argentina. Libro de resúmenes del III Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna SAM 2015
36. Gasull A, Salomón S, Suso A y col. Síndrome de burnout: ¿Peor según avanza la carrera de Medicina? Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, FCM- UNCUYO. Libro de resúmenes del III Congreso Internacional de Clínica y Medicina Interna SAM 2015
37. Estela Villa L, Jiménez-Román C, Landeo-Gutiérrez J, et al. Prevalence of burnout syndrome in seventh year medical students from a private university of Lima, Peru. *Rev Neuropsiquiatr* 2010;73(4):147
38. Williams D, Tricomi G, Gupta J, et al. Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. *Acad Psychiatry* 2015;39(1):47-54
39. Deschamps Perdomo A, Olivares Román S, De la Rosa Zabala K y col. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Med Segur Trab* (Internet) 2011;57(224):224-41
40. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004;4(1):137-60
41. Amoafo E. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med* (Lond) 2015;65(2):117-21
42. 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
43. 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):1-15
44. Shanafelt TD. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251(6):995-1000
45. Miranda-Lara V, Monzalvo-Herrera G, Hernández-Caballero B y col. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2016;24(2):115-22
46. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo* 2008;29(1):59-67
47. Awa W, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010;78(2):184-90
48. Grau A. Cómo prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales* 2007;43:18-27
49. Doolittle B, Windish D, Seelig C. Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *J Grad Med Educ* 2013;5(2):257-61
50. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burnout Research* 2014;1:50-6

ANEXO

AUTORES DE TRABAJOS PRESENTADOS EN LA SAM EN EL PERÍODO 2005-2015

- Estrés laboral: ¿Un enemigo silencioso? Análisis comparativo entre médicos en formación y médicos de planta: **Alós B, Salomón S, Fernández G, Bertona C, Salvatore A, Carena J.**
- Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación clínica y quirúrgica: **Curti A, Salomón S, Alós M, Mosso M, Prieto S, Carena J.**
- Cuidando a los que cuidan. Estudio del estrés laboral hospitalario: **Valdez P, Ganino O, Dalia P, Goñi A, Aguero A, Albornoz M.**
- Estudio multicéntrico sobre estrés laboral en los emergentólogos de los servicios de urgencia del GCBA: **Valdez P, Pose A, Brusca S, Israstzoff T, Castagna R, Orlando G, Pierini L, Mano N.**
- Síndrome de burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de clínica médica: **Meana M, Montero G, Navarro C.**
- Burnout durante la formación inicial de profesionales de ciencias de la salud: **Valdez P, Benveniste J, Díaz C, Herbón L, Jelonche A, Gutiérrez Occhiuzzi C, Taconelli H, Tórtora R.**
- Relevamiento de la carga horaria de las actividades y desgaste profesional de los residentes de clínica médica. Estudio multicéntrico SAM: **Klein M, Traverso Vior E.**
- Importancia de la actividad física, expresiva y reflexiva como factor protector del síndrome de burnout en residentes de un servicio de clínica médica: **Mayan III J, Fuksman L, Martino A.**
- Presencia de síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital Rawson: **Muñoz V, Aravena V, Rueda S, Segovia A, Macchi E.**
- Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Provincial de Rosario: **Pacheco M, Tomey M, Paulazzo M, Torres S, Rodríguez M, Marina M, Co A, Coria M.**
- Síndrome de burnout en residentes del Hospital Centro de Salud Tucumán: **Fregenal M, Abdala A, Arias Calafiore F, D'urso Villar, Gómez Rasjido L, Gramajo S, Luciardi L.**
- Los accidentes punzocortantes y el estrés laboral en el personal de un hospital público de CABA: **Valdez P, Valdez C.**
- Estudio del estrés laboral en médicos y enfermeros de cuidados críticos y departamentos de urgencias: prevalencia y factores asociados: **Valdez P, Sánchez V, Pierini L, Simón C, Bruno M, Rodríguez Pavón J, Elisabe D, Pose A, Castagna R, Zec Baskarad M, Zelechower H.**
- Cognición posguardia en residentes de medicina interna: **Giunta D, Warley F, Bonella M, Díaz J, Villa M, Úngaro C, Waisman G, Peuchot V, di Napoli L, Cámera L.**
- Síndrome de burnout: ¿Peor según avanza la carrera de Medicina?: **Gasull A, Salomón S, Suso A, Zizzias S, Miranda R, Carena J.**