

## Síndrome de burnout y residentes: reflexiones sobre la magnitud del fenómeno

### Burnout syndrome and medical residents: Reflections on the magnitude of the phenomena

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el trabajo de Fonseca et al<sup>1</sup>, que muestra que el 69,7% de los residentes estudiados se encontraban en situación de *burnout* y que ello estaba en relación con el número de guardias realizadas. Esta elevada prevalencia, similar a la descrita en otros trabajos como comentan los autores, plantea diversos escenarios: 1. Si realmente siete de cada diez residentes está «quemado», se reflejaría en elevadas tasas de bajas laborales de los residentes por problemas psicosociales, consultas de estos profesionales a los servicios de atención mental con mayor consumo de psicofármacos, problemas de relación interpersonal, abandono de la profesión<sup>2</sup>, descontento de los usuarios tratados por estos médicos con insatisfacción en las encuestas y un incremento de las reclamaciones, entre otros posibles indicadores. 2. El síndrome de *burnout* podría tratarse de una entidad banal, sin repercusión sobre la persona que lo manifiesta, ni sobre los compañeros de trabajo y las personas que reciben los cuidados profesionales; por ello la elevada prevalencia tendría pocas repercusiones en los propios profesionales y en los pacientes. 3. El verdadero *burnout* es una entidad con potenciales consecuencias personales, familiares, laborales y sociales, pero se está sobredimensionando el problema, ya que puede haber un componente subjetivo al incluir psicopatologías previas, estados de insatisfacción e incluso problemas de actitud,

dentro de un término no estigmatizante como es el *burnout*. En nuestra opinión, esta última situación parece la más realista. Además, debe considerarse que hay un componente objetivo en la sobredimensión del *burnout* atribuible a determinadas maneras de interpretar los resultados del cuestionario de medida.

Hay múltiples definiciones de *burnout*<sup>3</sup>, pero ninguna basada en criterios clínicos. La definición con mayor aceptación es la elaborada por Maslach y Jackson que lo definen como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP), y una reducida realización personal (RP), permitiendo su cuantificación al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta<sup>3,4</sup>. El cuestionario recoge la percepción del encuestado sobre la frecuencia con que le ocurren determinadas afirmaciones adjudicando una puntuación que va desde 0 cuando no sucede nunca hasta 6 cuando le sucede todos los días<sup>4</sup>. No se han determinado en las escalas de este instrumento puntos de corte basados en criterios clínicos que establezcan si un sujeto se halla ubicado en el nivel bajo, medio o alto de esta dimensión. Los puntos de corte se han obtenido por criterios puramente estadísticos, considerando a un tercio de la muestra en el nivel alto, a un tercio en el nivel medio y a un tercio en el nivel bajo. Estos puntos de corte, además, se han recogido de muestras que no cumplen con los mínimos criterios de representatividad de la población, ya que son muestras sesgadas y habitualmente muy pequeñas, por lo que no es recomendable considerar sus resultados como «normativos» o de referencia. Por otra parte, creemos que no es adecuado considerar como normativos los valores obtenidos en médicos de EE. UU., un país con un contexto profesional sanitario muy diferente al de España. En este sentido, si la muestra estudiada es similar a la muestra «normativa» son de esperar prevalencias cercanas al 33% de nivel alto de cada dimensión del

**Tabla 1** Comparación de las dimensiones del MBI y posibles factores asociados, entre los médicos residentes y no residentes latinoamericanos.

	Médicos residentes (n = 1.240)	Médicos no residentes (n = 8.537)	p
Agotamiento emocional <sup>a</sup>	30 (20-38)	23 (14-34)	<0,001
Despersonalización <sup>a</sup>	10 (6-15)	6 (2-11)	<0,001
Realización personal <sup>1,5</sup>	37 (31-41)	40 (33-44)	<0,001
Satisfacción profesional <sup>a</sup>	7 (6-8)	8 (7-9)	<0,001
Valoración economía <sup>a</sup>	5 (4-7)	6 (5-7)	<0,001
Valoración optimismo <sup>a</sup>	8 (7-9)	8 (7-9)	0,010
No sentirse valorado por pacientes <sup>b</sup>	18,1%	9,6%	<0,001
No sentirse valorado por familiares <sup>b</sup>	28,2%	16,4%	<0,001
No sentirse valorado por compañeros <sup>b</sup>	27,6%	23,2%	0,001
No sentirse valorado por superiores <sup>b</sup>	47,2%	43,5%	0,017
Deterioro personal por el trabajo <sup>b</sup>	53,6%	42,3%	<0,001
Absentismo <sup>b</sup>	4,4%	4%	0,536
Errores frecuentes <sup>b</sup>	10,6%	4,1%	<0,001
Planteamiento de abandono <sup>b</sup>	15,3%	13,8%	0,148

Maslach Burnout Inventory (MBI)

n = 9.777.

<sup>a</sup> Mediana (percentil 25-75). U de Mann Whitney.

<sup>b</sup> Porcentaje. Test exacto de Fisher.

MBI<sup>5</sup>. Si se decide considerar *burnout* también el nivel medio de una dimensión<sup>6</sup>, la prevalencia ya asciende al 66,6%, siendo igual a la muestra de referencia. Finalmente, si se decide cambiar la definición de *burnout* de Maslach por una que incluya sólo el nivel alto de una dimensión (AE) o de otra (DP)<sup>1,7</sup>, el porcentaje de «casos» de *burnout* lógicamente aumenta, ya que en vez de exigir 3 criterios, se admite la existencia de *burnout* si sólo se cumple uno de ellos.

A propósito de este trabajo<sup>1</sup>, hemos analizado los valores de las tres dimensiones del MBI en una muestra de médicos latinoamericanos cuyas características y metodología han sido descritas en un estudio previo<sup>8</sup>. Se observó que los residentes tienen peores puntuaciones en AE, DP y RP, con menor satisfacción laboral, peor valoración de su economía, peor sensación subjetiva de ser valorados (sobre todo por los pacientes y familiares), un mayor deterioro personal motivado por el trabajo y un mayor reconocimiento de la realización de errores frecuentes. Sin embargo, no hay diferencias en absentismo y planteamiento de abandono de la profesión, y la diferencia en optimismo es puramente estadística sin relevancia clínica (tabla 1).

Considerando que los residentes son un grupo de riesgo de padecer *burnout*, es preciso tomar medidas preventivas que comiencen en la etapa de grado<sup>9</sup>, y que se tenga en consideración la mayor vulnerabilidad de los residentes en un ambiente laboral en donde la mitad de los médicos considera que les ha influido negativamente en su situación personal.

Es fundamental unificar los criterios diagnósticos para definir los casos de *burnout*, y proponemos que se base en la escala de frecuencia que el propio MBI contiene. Asimismo, recomendamos el estudio individual de las causas que lo han propiciado mediante la escucha activa y la valoración conjunta de expertos en salud laboral y en salud mental, la planificación de medidas que permitan la integración laboral del profesional sanitario y el seguimiento evolutivo del caso de *burnout* manteniendo la privacidad, así como la corrección de los factores de organización detectados para evitar nuevos casos.

## Bibliografía

1. Fonseca M, San Clemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp*. 2010;210:209–15.
2. Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
3. Garcés de los Fayos EJ. Definición de Burnout. [Consultado 30/06/2010]. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout1.pdf>.
4. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventory Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA Ediciones SA; 1997. p. 5–28.
5. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005;19:463–70.
6. Martínez de la Casa A, Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia de burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003;32:343–8.
7. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358–67.
8. Grau A, Flichtendrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. 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.
9. Pujol R. ¿Están nuestros residentes quemados? *Rev Clin Esp*. 2010;210:227–9.

A. Grau-Martín<sup>a,\*</sup> y R. Suñer-Soler<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna Hospital de Figueres, Facultad de Medicina de la Universidad de Girona, Gerona, España

<sup>b</sup> Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, Escuela de Enfermería de la Universidad de Girona, Gerona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [grauma@comg.cat](mailto:grauma@comg.cat) (A. Grau-Martín).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.010

## El lado positivo del burnout: un punto de partida

### The positive side of the burnout: A starting point

Sr. Director:

Se ha publicado recientemente un artículo de Fonseca et al sobre los residentes y el síndrome de *burnout*<sup>1</sup> al que acompaña un editorial<sup>2</sup> sobre dicho tema. Es de agradecer poder ver, a través del filtro de un estudio estadístico, un análisis de la situación emocional en la que se encuentran los residentes que se forman en nuestros hospitales. La lectura del artículo dará respuesta a una de las preguntas que

nuestros médicos en formación se hacen y nos hacen frecuentemente: ¿es que nadie se da cuenta de la situación en la que estamos? A tenor de lo que refleja el artículo, la situación en el Hospital Clinic de Barcelona es similar a la que se vive en otros centros. Son muchas las razones que hacen que este síndrome aparezca con tanta frecuencia en nuestra profesión. Comienzan ya con los motivos que nos llevan a ejercer. Cabe destacar que nuestra profesión es altamente vocacional y se idealiza con frecuencia. Además, muchos hemos llegado a ella sin familiares ni amigos dentro del personal sanitario, y por tanto, con desconocimiento de las circunstancias en las que se desempeña nuestra labor. Y por último, muchas de las características que motivan la aparición de un síndrome de *burnout* son comunes a las que nos impulsaron a buscar en la Medicina nuestro desarrollo profesional<sup>3</sup> (alta motivación para