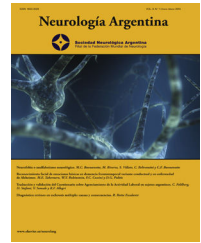




Sociedad Neurológica Argentina
Filial de la Federación Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

Frecuencia de síndrome de burnout en estudiantes de medicina en la provincia de San Luis[☆]

Mariano Ochoa^{a,*}, Federico Reyes^b, Paula Arenas^c, Margarita McMichael^d
y Facundo Latini^e

^a Estudiante de Medicina de la UCCuyo, sede San Luis, Argentina. Adjunto al Programa de investigación en neurociencias, Argentina

^b Médico adjunto al Programa de investigación en neurociencias de la UCCuyo, sede San Luis, Argentina

^c Directora de la carrera de Medicina, Universidad Católica de Cuyo, sede San Luis, Argentina

^d Decana de la Facultad de Medicina, Universidad Católica de Cuyo, sede San Luis, Argentina

^e Médico neurólogo, jefe del equipo del Programa de investigación en neurociencias y coordinador de investigación de la UCCuyo, sede San Luis, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2021

Aceptado el 10 de octubre de 2021

On-line el 16 de diciembre de 2021

Palabras clave:

Ansiedad

Desgaste profesional

Depresión

Estudiantes

Práctica final obligatoria

Sueño

Trabajadores

R E S U M E N

Introducción: Síndrome de burnout (SBO) es la respuesta negativa al estrés laboral crónico.

Objetivos: Determinar la frecuencia de SBO en alumnos de medicina de la Universidad Católica de Cuyo, San Luis, y su relación con síntomas de ansiedad, depresión y calidad de sueño.

Material y métodos: Se reclutaron voluntarios de la carrera de medicina. Se recabaron datos sociodemográficos. Se aplicó escala unidimensional de burnout e inventario de burnout de Maslach, inventario de depresión de Beck-II, escala de ansiedad de Hamilton y escala de calidad de sueño de Pittsburgh.

Resultados: La evaluación 2.º año (EUBE) arrojó una media de 29,44 (SD 6,28), 55,55% (N = 20) presentan burnout leve y 44,44% (N = 16) burnout moderado. El 4.º año arrojó una media de 32,40 (SD 9,93), un 50% (N = 11) presenta burnout leve, 40,90% (N = 9) moderado y 9,09% (N = 2) profundo. PFO mostró una media de 51,55 (SD 11,2) que corresponde a nivel medio de burnout (89% media, 6,89% alta, 3,44% baja), con medias para realización personal de 29,63 (SD 7,58), despersonalización de 6 (SD 2,68) y agotamiento emocional de 14,10 (SD 9,54). Se encontraron niveles moderados de ansiedad y depresión en los grupos estudiados.

Discusión: En PFO encontramos SBO medio indicando aumento del puntaje en escalas de SBO a medida que se avanza en la carrera. El SBO se relaciona con peor calidad de sueño y rasgos depresivos. El SBO debe ser tenido en cuenta durante la vida universitaria.

© 2021 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo fue presentado bajo la modalidad de trabajo científico en el 56º Congreso Argentino de Neurología realizado en la ciudad de Mar del Plata, llevado a cabo el día 22 de noviembre de 2019.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariano.ochoa@uccuyosl.edu.ar (M. Ochoa).

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.10.005>

1853-0028/© 2021 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Frequency of burnout syndrome in medicine students in the province of San Luis

A B S T R A C T

Keywords:

Anxiety
Burnout
Compulsory final practice
Depression
Sleep
Students
Workers

Introduction: Burnout syndrome (BOS) is the negative response to chronic work stress.

Objectives: Determinate the frequency of BOS in medical students of the Catholic University in San Luis and its relationship with levels of anxiety, depressive symptoms and quality of sleep.

Material and methods: Volunteers from the medical career were recruited. Sociodemographic data were collected. Versions adapted to Spanish of the Maslach Burnout Inventory Survey for professionals and students, the Beck-II depression inventory, the Hamilton Anxiety Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Scale were applied.

Results: The 2nd year evaluation (USSB) yielded a mean of 29, 44 (SD 6.28), 55.55% (N=20) presented mild burnout and 44.44% (N=16) moderate burnout. 4th year yielded a mean of 32.40 (SD 9.93), 50% (N=11) presented mild burnout, 40.90% (N=9) moderate and 9.09% (N=2) profound. PFO showed a mean of 51.55 (SD 11.2) which corresponds to a medium level of burnout (89% medium, 6.89% high, 3.44% low), with means for personal fulfillment of 29.63 (SD 7.58), depersonalization of 6 (SD 2.68) and emotional exhaustion of 14.10 (SD 9.54). Moderate levels of anxiety and depression were found in the groups studied.

Discussion: In CFP we found moderate BOS that suggests an increase in the score on BOS scales as the career progresses. BOS is associated with poorer sleep quality and depressive features. BOS as a phenomenon must be taken into account during university life.

© 2021 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El *burnout* o síndrome de desgaste profesional o síndrome de *burnout* (SBO), afecta aproximadamente a más del 50% de los profesionales de la salud en el mundo^{1,2}. Esta condición se describe como una respuesta al estrés crónico, que se manifiesta como combinación de síntomas que incluyen el agotamiento emocional, la despersonalización o cinismo y la disminución del sentido de autoeficacia^{3,4}. El síndrome se ha descrito en profesionales de la salud y en ocasiones en estudiantes de estas carreras.

La prevalencia del SBO en el personal sanitario en países hispanoamericanos se encuentra entre 2,5% y 14,9%, siendo esta en españoles de 14,9%, argentinos de 14,4% y uruguayos de 7,9%. Países como México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador mostraron prevalencias de entre 2,5% y 5,9%⁵.

Dentro de las diferentes actividades que entre los profesionales de la salud desempeñan, algunas representan mayor riesgo para SBO. Entre los médicos el mismo predomina en los que trabajaban en urgencias (17%) y en los internistas (15,5%), mientras que los anestesiólogos y los dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3%, respectivamente)⁵.

En trabajos previos sobre estudiantes, el *burnout* se asoció a parámetros relacionados con la práctica clínica, el profesionalismo, la conducta ética⁶ y la empatía⁷, mientras que el riesgo de abandono de la carrera⁸, la depresión y la ideación suicida tienden a aumentar⁹. El SBO se ha asociado a otras

condiciones como depresión, ansiedad, alteraciones en la calidad del sueño y disminución del rendimiento académico.

En cuanto a la depresión en profesionales de la salud, el 90% de las personas en quienes se diagnostica *burnout* cumplen con criterios de depresión según el PHQ-9¹⁰.

En una revisión sistemática realizada entre los años 2005-2015, los resultados mostraron una prevalencia de depresión del 56% en la población Argentina¹¹. En cuanto a la ansiedad, en un estudio epidemiológico realizado durante el año 2018 se determinó que fue el trastorno psiquiátrico más frecuente, teniendo una incidencia del 16,1% en la población argentina¹².

Los trastornos del sueño, la calidad y cantidad de sueño son considerados como condiciones asociadas a SBO. En nuestro país se ha reportado mala calidad de sueño en el 24,7% de la población¹³. En series realizadas en médicos residentes se determinó que el promedio de h de sueño previo al ingreso laboral fue 6,5 (DE $\pm$ 1,15) y el de h dormidas durante la jornada, 2,31 (DE $\pm$ 1,92) durante la semana¹⁴.

El síndrome ha sido estudiado en menor medida en poblaciones de estudiantes. En Argentina los datos son muy reducidos y en nuestra población de la ciudad de San Luis son inexistentes. Aún no se ha podido establecer exactamente cuándo comienzan los síntomas del SBO, con qué frecuencia aparece y su influencia aún en etapas prelaborales. El objetivo del trabajo es determinar la frecuencia de SBO en los alumnos de la carrera de medicina de la Universidad Católica de Cuyo sede San Luis y su relación con los niveles de síntomas de ansiedad, depresivos y calidad de sueño.

<u>AÑO</u>	<u>CARGA HORARIA</u>	<u>MATERIAS</u>
<u>2DO AÑO</u>	3576 HS	Biología molecular Informática II Inmunología Patología general Salud pública II Fisiología y biofísica Inglés II Microbiología y parasitología Teología fundamental
<u>4TO AÑO</u>	9294 HS	Cirugía Dermatología Diagnóstico por imágenes Genética humana Oftalmología Optativa I Salud pública IV Urología Medicina Salud mental I
<u>PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA</u>	1656 HS	Emergentología Clínica médica Cirugía Ginecología y obstetricia Pediatría Atención primaria de la salud y epidemiología Rotación a elección

Figura 1 – Programa de la carrera el cual incluye año de cursado, carga horaria y materias correspondientes. Protocolo de evaluación de los sujetos.

Material y métodos

La carrera de medicina de la Universidad Católica de Cuyo San Luis, es una carrera de reciente constitución y cuenta con 220 alumnos cursando y 499 en la facultad de Ciencias Médicas (universo total). Se encuentra ubicada en la provincia de San Luis en la República Argentina. La carrera de medicina según la legislación de nuestro país consta de 6 años, 5 años de formación divididos en ciclo básico y ciclo clínico, y el sexto y último año de práctica final obligatoria, distribuida en módulos rotatorios en las especialidades consideradas básicas a la

formación del médico y necesarias para la adquisición de las competencias del perfil profesional (fig. 1).

Entre los meses de mayo y junio de 2019 se reclutaron todos los voluntarios estudiantes de la carrera de medicina de 2. do año, 4. to año y de la práctica final obligatoria (PFO). La razón de esta elección fue analizar el síndrome de burnout en los distintos ciclos de formación, observando el impacto de este síndrome en el desempeño durante la carrera. Los datos se obtuvieron durante el tiempo de cursada regular y alejado de las mesas de exámenes finales. Se explicó el procedimiento a los estudiantes y se les solicitó llenar una serie de cuestionarios sobre datos personales, distribución de actividades a

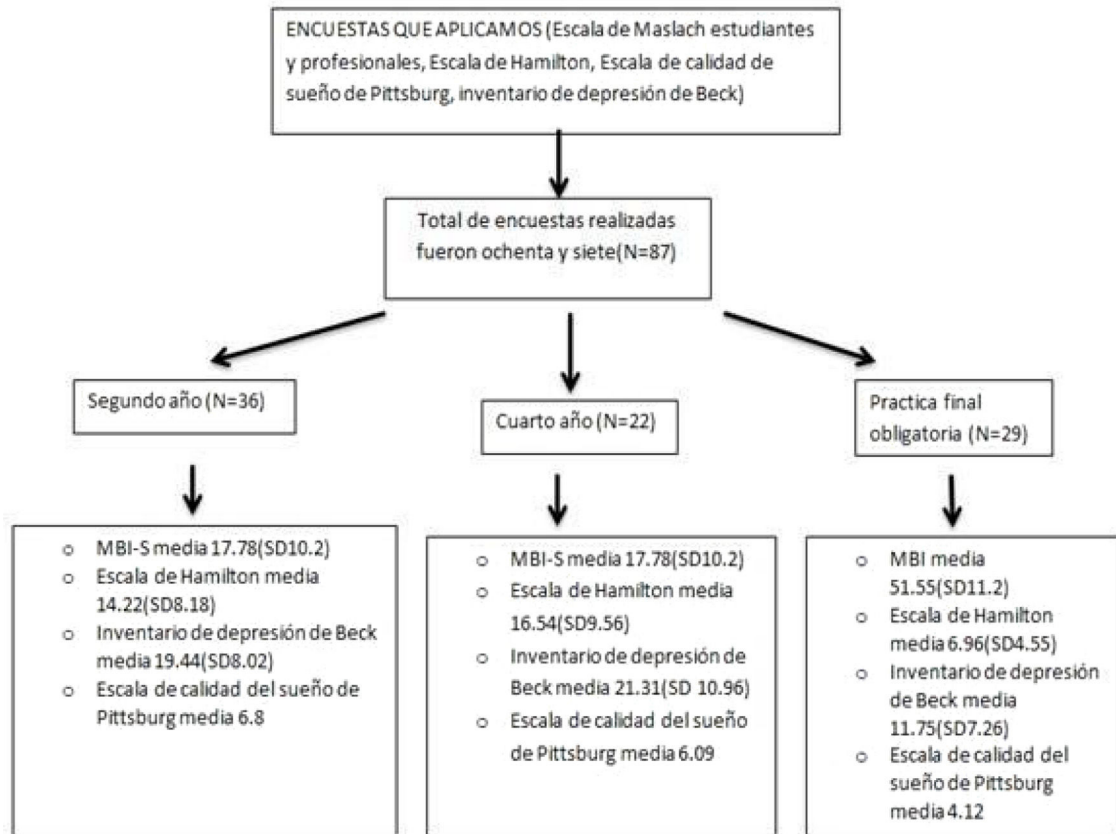


Figura 2 – Protocolo de evaluación de los sujetos.

lo largo del día y herramientas para la medición de *burnout*, ansiedad, depresión y calidad de sueño (fig. 2).

Se decidió aplicar la escala unidimensional de *burnout* a los alumnos de 2.º y 4.º año de la carrera debido a que este instrumento es, en su redacción, lo bastante general para ser aplicado en cualquier tipo de población, lo que lo convierte en la actualidad en uno de los instrumentos de mayor uso que recupera la perspectiva unidimensional del *burnout*.

Por otro lado, se decidió aplicar el cuestionario Maslach profesionales de la salud a los alumnos de la práctica final obligatoria debido a que las actividades que realizan se relacionan más con la práctica laboral del médico que con el ámbito estudiantil, así como la carga horaria, responsabilidades, contacto diario con pacientes y procedimiento médicos, no tanto así con la cursada teórica y la asistencia a centros de formación.

Variables sociodemográficas

Se recabaron las siguientes variables: edad, sexo, género, carga horaria de cursado, horas semanales de estudio, responsabilidades laborales, número de hijos, número de convivientes y movilidad. Se obtuvo consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la universidad.

Escala para determinación de SBO

Escala unidimensional del *burnout* estudiantil¹⁵: el instrumento, denominado escala unidimensional del *burnout*

estudiantil (EUBE), consta de 15 ítems que pueden contestarse mediante un escalamiento tipo likert de cuatro valores categoriales (nunca, algunas veces, casi siempre y siempre). Se transformó la media general en porcentaje para luego determinar el nivel de *burnout* estudiantil a partir del baremo utilizado (0 a 25% no presenta, 26 a 50% leve, 51 a 75% moderado y 76 a 100% profundo).

Maslach Burnout Inventory- Human Service Professionals (MBI-HS)¹⁶: es un cuestionario adaptado al español del Maslach Burnout Inventory-Student Survey (está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome.

Escala y encuestas para la medición de condiciones asociadas a *burnout*

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)¹⁷: este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones que han de ser destinadas preferentemente, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes. Con un posible de 63 puntos como máximo incluso midiendo cambios

Tabla 1 – Datos sociodemográficos

	Total n=87	2.º año	4.º año	PFO	p
Edad media (SD)	22,6 (3,14)	20,38 (1,64)	23,68 (3,64)	24,62 (2,35)	p < 0,0001
Sexo % femenino	61 (70%)	28 (77,77)	17 (77,22)	17 (58,62)	Chi-square = 62 df = 86 p = 0,9763
Horas de cursado *	44,3 (14,4)	28	60	54	p < 0,0001
Horas de estudio	26,41 (18,46)	39,4(18,61)	26,13(9,89)	10,96(9,72)	p < 0,0001
Horas de sueño *	48,2 (14,36)	43,4(12,21)	48(15,67)	54,13(13,98)	p = 0,0156
Horas de trabajo *	5,59 (13,06)	1,77(4,77)	8,59(18,75)	7,93 (13,97)	p = 0,0508
Horas de tiempo libre *	44,58 (20,16)	50,34(16,70)	31,63(22,84)	47,44(17,93)	p = 0,0012
Número de hijos	0,04 (0,21)	0 (0)	0,04(0,21)	0,10(0,30)	p = 0,1443
Número de convivientes	2,7 (1,8)	3,25 (1,78)	2,72 (1,83)	2,06 (1,57)	p = 0,0314
Movilidad					p fisher: 0,0681
A pie	9,09(8)	0(0)	9,09(2)	20,68(6)	
Usa transporte público	46,51(40)	52,77(19)	45,45(10)	41,37(12)	
Medio privado	44,31(39)	47,22(17)	45,45(10)	37,93(11)	

* : media (SD).

Negrita: resultados estadísticamente significativos.

en el hábito del sueño y apetito. Y un posible de mínima de 0 para dicha escala.

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)¹⁸ es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad).

Escala de calidad de sueño de Pittsburgh¹⁹, consta de 19 preguntas autoaplicadas y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero de habitación. Solo las preguntas autoaplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 ítems autoevaluados se combinan entre sí para formar siete componentes de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango de 0 a 3 puntos. En cualquier caso, un puntaje de 0 indica que no existe dificultad, mientras un puntaje de 3 indica una severa dificultad.

Medidas de eficacia académica

Se solicitó a la Universidad Católica de Cuyo los promedios generales de la carrera de los alumnos de 2.º, 4.º y PFO, las materias rendidas al momento de la realización de la encuesta, el número de asistencia a la PFO y las notas de la rotación por emergentología de PFO.

Aspectos éticos

Se firmó un consentimiento informado para participar en el estudio, además, se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos. Se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Católica de Cuyo.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSS versión 2,7,2 para el análisis estadístico. Se analizaron las variables continuas y test de chi cuadrado para variables categoriales. Se utilizó test de correlación de Pearson para comparar los resultados de los cuestionarios.

Resultados

Ochenta y siete estudiantes de medicina fueron incluidos en nuestro estudio (61 mujeres [70%]) y la media de edad fue de 22,6 años (SD 3,14). Se analizaron tres grupos de acuerdo con los cursos: 2.º año (N = 36), 4.º año (N = 22) y PFO (N = 29).

Las h de cursado en promedio de todos los participantes fue de 44,3 h, siendo los alumnos de 4.º año con mayor carga horaria con 60 h semanales ($p < 0,0001$). La media de h semanales de estudio fue de 26,41 (SD 18,46), siendo de 10,9 h semanales para el grupo PFO y de 39,4 para 2.º año ($p < 0,0001$). No encontramos diferencias significativas entre los grupos en cuanto a h de sueño, h de trabajo, h de tiempo libre, número de hijos, número de convivientes y movilidad (tabla 1).

La evaluación de *burnout* en los estudiantes de 2.º año (EUBE) arrojó una media de 29,44 (SD 6,28) y mediante el baremo utilizado se obtuvo que un 55,55% (N = 20) presentan *burnout* leve y un 44,44% (N = 16) presentan *burnout* moderado. En el caso de los estudiantes de 4.º año arrojó una media de 32,40 (SD 9,93) puntos, de los cuales un 50% (N = 11) presenta *burnout* leve, un 40,90% (N = 9) moderado y un 9,09% (N = 2) es profundo según el baremo utilizado. Por otro lado, en los estudiantes de PFO (MBI HSS) se encontró una media de 51,55 (SD 11,2) que corresponde a un nivel medio de *burnout* (89% media, 6,89% alta, 3,44% baja), con medias para realización personal de 29,63 (SD 7,58), despersonalización de 6 (SD 2,68) y agotamiento emocional de 14,10 (SD 9,54).

La evaluación de ansiedad a través de la escala de Hamilton mostró una media de 12,93 (SD 8,44) y se encontró diferencia significativa en los grupos con puntuaciones medias de

Tabla 2 – Protocolo de evaluación de burnout

	Total n=87	2.º año	4.º año	PFO	p
EUBE # media (SD)		29,44 (6,28)	32,40 (9,93)		P = 0,1686
EUBE%					
Leve		55,55%	50%		
Moderado		44,44%	40,90%		
Profundo			9,09%		
MBI profesionales media (SD)				51,55(11,2)	
Realización personal				29,63(7,58)	
Despersonalización				6(2,68)	
Agotamiento emocional				14,10(9,54)	
MBI profesionales%					
Bajo				3,44%	
Moderado				89%	
Alto				6,89%	
Escala de Hamilton ansiedad media (SD)	12,93(8,44)	14,22(8,18)	16,54(9,56)	6,96(4,55)	p < 0,0001
Inventario de depresión de Beck media (SD)	17,5 (9,42)	19,44 (8,02)	21,31(10,94)	11,75(7,26)	p = 0,0002
PSQI media (SD)	5,51(2,95)	6,277778(3,48)	6,09(2,54)	4,12(1,95)	p = 0,0072
Número de finales rendidos	6,09 (3,11)	4,35 (1,92)	8,54(2,82)		p < 0,0001
Notas de rotación PFO				7,62 (1,11)	
Porcentaje de asistencia PFO				pm: 93,89	
Promedio general de la carrera(media)	8,07(0,64)	8,46(0,66)	7,91(0,41)	7,74(0,53)	p < 0,0001

14,22(SD 8,18) 2. do año, 16,54 (SD 9,56) 4. to año y 6,96(SD 4,55) para alumnos PFO ($p < 0,0001$).

El inventario de depresión de Beck mostró una media de 17,5 (SD 9,42) puntos, en grupo de 2. do año obtuvo 19,44 puntos (SD 8,02), 4. to año con 21,31 (SD 10,94) puntos y, por último, PFO con 11,75 puntos (SD 7,26). La calidad de sueño media fue de 5,51 (SD 2,95) puntos, para 2. do año se observan 6,8, para 4. to año 6,09 y 4,12 para PFO, lo que significa que en general el alumnado presenta moderada alteración de la calidad de sueño, sin diferencias significativas (tabla 2).

Se analizó la asociación entre las escalas aplicadas entre sí. Se encontró correlación positiva moderada ($R = 0,4$; $P = 0,0009$ entre EUBE y la Escala de Hamilton como también con el inventario de depresión de Beck ($R = 0,4$; $P = 0,0001$), lo que implica asociación entre burnout con depresión y ansiedad en los estudiantes de 2. do y 4. to año. Entre Maslach Burnout Inventory-HSS (grupo PFO) y depresión se encontró una relación positiva moderada ($R = 0,5$; $P = 0,005$).

La escala de ansiedad de Hamilton correlacionó positivamente con el inventario de Beck ($R = 0,6$) e inventario de Pittsburgh ($R = 0,5$) ($P < 0,0001$), por lo tanto, la ansiedad se asocia a depresión y una peor calidad de sueño en los estudiantes de 2. do y 4. to año, también en PFO, pero con una puntuación mucho menor en este último grupo de alumnos.

En cuanto a la evaluación de parámetros académicos no encontramos correlación entre la escala de EUBE y cantidad de materias rendidas para el grupo de 2. do y 4. to año. Tampoco encontramos correlación entre la escala de Maslach profesionales y asistencia y notas de la PFO. Se encontró correlación inversa entre la presencia de ansiedad y asistencia a PFO ($R = -0,4$) y entre la calidad de sueño y las notas de PFO ($R = -0,48$) (tabla 3). Se obtuvo el promedio general de la carrera hasta el momento de la toma de datos, no encontramos correlación entre la escala de EUBE y el promedio general de la carrera para el grupo de 2. do y 4. to año, tampoco encontramos correlación entre la escala de Maslach profesionales y el promedio general de la carrera para el grupo PFO. Tampoco se encontró relación entre la presencia de ansiedad, depresión o

Tabla 3 – Correlaciones (test de correlaciones de Pearson)

EUBE vs. Hamilton	$r = 0,4$	$p = 0,0009$
EUBE vs. Beck	$r = 0,4$	$p = 0,0001$
MBIP vs. Beck	$r = 0,5$	$P = 0,005$
Hamilton vs. Beck	$r = 0,6$	$P = < 0,0001$
Hamilton vs. Pittsburgh	$r = 0,5$	$P = < 0,0001$
Beck vs. Pittsburgh	$r = 0,5$	$P = < 0,0001$
Hamilton vs. Asistencia	$r = -0,4$	$P = 0,03$
Pittsburgh vs. Notas Emergentología	$r = -0,48$	$P = 0,008$

calidad de sueño en ninguno de los tres grupos estudiados. Se observó que hay una correlación moderada entre la asistencia y el promedio general de la carrera en el grupo PFO ($R = 0,48$, $P = 0,007$) (tabla 3).

Conclusiones

Se realizó un estudio observacional y prospectivo en estudiantes de medicina en la provincia de San Luis en Argentina. Detectamos la presencia de SBO leve en un 55,55% y SBO moderado en un 44,44% en los estudiantes de segundo, en cuarto año un 50% de sus alumnos presentan SBO leve, un 40,90% moderado y 9,09% profundo. En el último año encontramos presencia de SBO moderado en un 89% de los sujetos estudiados, lo que sugiere un aumento progresivo en los niveles de SBO a medida que se avanza la carrera, fundamentalmente en los últimos años. Independientemente de las diferentes herramientas de medición de burnout, que consideramos apropiadas por el tipo de actividad desarrollada por los estudiantes, se puede asegurar que existe presencia de este síndrome en los tres grupos evaluados.

En un estudio realizado en nuestro país²⁰ se mostró una media de 78 puntos en la escala de Maslach profesionales y una media de 70 puntos para estudiantes universitarios, comparada con 51 puntos en nuestros estudiantes. En dicho trabajo pudimos observar que la escala utilizada en alumnos fue la misma que se utilizó en los profesionales, lo que puede

llevar a sesgos por no ser una herramienta validada en estudiantes, sin embargo se encontraron resultados similares a los de nuestra cohorte. En una recopilación de trabajos sobre *burnout* en Argentina se obtiene que 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 más frecuente que 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 ($p < 0,089$)¹².

En nuestro trabajo el análisis de factores de riesgo mostró que la carga de h de estudio, las h de cursado y la carga laboral no se asocian a la presencia de SBO en estudiantes de medicina.

No encontramos asociación entre las escalas depresión y calidad de sueño con la escala para profesionales, sin embargo, en el caso de estudiantes la presencia de SBO se relaciona con peor calidad de sueño y presencia de depresión. En cuanto a depresión en Argentina 2019, los estudios sobre el SBO en argentina muestran que el hallazgo de cansancio emocional fue estadísticamente significativo en los últimos años de la carrera de medicina. 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 solo relacionadas con el estudio sino más graves, relacionadas con lo personal, como el desarrollo de depresión o incluso de ideación suicida^{1,21-24}.

Hemos encontrado relación positiva entre SBO con depresión y ansiedad en los estudiantes de 2.º y 4.º año; entre SBO y depresión en los alumnos de PFO. También se encontró relación positiva entre ansiedad, depresión y calidad de sueño en todos los estudiantes. Creemos que esto se debe a que, si bien como se pudo ver en otros trabajos realizados en Argentina²⁵, en el desarrollo de la carrera los alumnos deben afrontar situaciones en las cuales la carga emocional termina afectando psicológicamente a los alumnos.

Se encontró relación inversa entre la presencia de ansiedad y asistencia a PFO; y entre la calidad de sueño y las notas de PFO. Se observó que hay una relación moderada entre la asistencia y el promedio general de la carrera en PFO. Se debe estudiar más a fondo cuánto influyen la ansiedad y la calidad de sueño al momento de las prácticas de los alumnos, ya que podrían estar influyendo indirectamente en el rendimiento académico de los mismos.

En nuestra población, factores como la presencia de ansiedad, depresión y alteraciones de la calidad de sueño se relacionan con la presencia de SBO, lo que permite hipotetizar que en las fases iniciales del SBO este estaría mayormente condicionado por factores psicológicos que con la carga horaria y las preocupaciones laborales en sí. Proponemos ver al síndrome como un proceso continuo en donde diferentes tipos de estresores contribuyen a la aparición y mantenimiento de este a lo largo de los años. En el mismo sentido que otras series publicadas en nuestro país y en el mundo, detectamos

la presencia de SBO en estudiantes de medicina, si bien no encontramos relación con el promedio general, se encuentra asociado a ciertos parámetros de rendimiento académico. A fin de determinar cómo es la evolución en el tiempo de este síndrome y qué factores contribuyen al mismo en cada etapa, se debería estudiar este fenómeno en forma permanente y de manera longitudinal. Las autoridades universitarias deben estar atentas a la aparición de este fenómeno, y tomar medidas tendientes a reducir la frecuencia del mismo. Cada unidad académica debería conocer cuál es la situación del alumnado en este sentido.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89:443-51.
2. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016;50:132-49.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J OccupBehav.* 1981;2:99-113.
4. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15:2-9.
5. Grau A, Flichtentrei 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). *RevEsp Salud Pública.* 2009;83:215-30.
6. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloS one.* 2018;13:e0206840, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>.
7. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA.* 2010;304:1173-80.
8. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA.* 2004;292:2880-9.
9. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS, et al. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: A multi institutional study. *Acad Med.* 2010;85:94-102.
10. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power PD, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. Medical Students *Ann Intern Med.* 2008;149:334-41.
11. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S et al. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA.* 2018;320:1131-50, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.12777>.
12. Warley F, Bonella MB, Diaz JM, Villa L, Giunta D, Waisman G et al. 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.
13. Stagnaro JC, Cía A, Vázquez N, Vommaro H, Nemirovsky M, Serfaty E et al. Estudio epidemiológico de salud mental en

- población general de la República Argentina. *Vértex*. 2018;XXIX(142.).
14. Rodríguez M, Abdo L, Ingrid P, Zanín L, de Bortoli M, Gil E. Calidad de sueño: datos epidemiológicos en ciudades del interior de la Argentina. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2007.
 15. BarrazaMacías A. Validación psicométrica de la escala unidimensional del burnout estudiantil. *Rev Intercont Psicol Educ*. 2011;13:51-74.
 16. Rivera-Ávila DA, Rivera-Hermosillo JC, González-Galindo C. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación Educ Médica*. 2017;6:25-34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>, 2007-5057. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505716300345>).
 17. Sanz J, Perdigón A, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 2003;14:249-80.
 18. Lobo A, Camorro L, Luque A, Dal-ré R, Baró E, Badia X, et al. Validación de las versiones en español de la montgomeryAnxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y dela ansiedad. *Medicina clínica*. 2002;118:493-9.
 19. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1.
 20. Salomón SE, Cámara 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). *RevArgMed*. 2019;7:S23-34.
 21. Serrano F, Salguero-Sánchez J, Ayala-Fernández J. y col. Síndrome de Burnout en estudiantes de seis facultades de medicina de Colombia, 2016-1: estudiomulticéntrico. *CIMEL*. 2016;21:29-34.
 22. IsHak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*. 2013;10:242-5.
 23. Dyrbye L, Thomas M, Massie F, Power D, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008;149:334-41.
 24. Dyrbye L, Thomas M, Harper W, Massie F, Power D, Eacker A, et al. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *MedEduc*. 2009;43:274-82.
 25. Estela Villa L, Jiménez-Román C, Landeo-Gutiérrez J, Tomateo-Torvisco J, Vega-Dienstmaier J. Prevalence of burnout syndrome in seventh year medical students from a private university of Lima. Peru. *Rev Neuropsiquiatr*. 2010;73:147.