

Artículo Original

Síndrome de Burnout en residentes de cardiología

Burnout Syndrome in cardiology residents

Cotella Juan Ignacio¹, Córdoba Eliana Candela², López Santi María Pilar³, Azulay Hugo Fernando⁴, Basconcel Mauro de Jesús⁵, Farez Beder Gustavo⁶.

1. Centro Privado de Cardiología de Tucumán; 2. Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros de La Rioja; 3. Hospital Italiano de La Plata; 4. Instituto de Cardiología de Corrientes; 5. Hospital Español de Buenos Aires; 6. Clínica Italia de San Luis, Secretaría del Cardiólogo en Formación de la Federación Argentina de Cardiología.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 14 de Octubre de 2020

Aceptado después de revisión

el 29 de Noviembre de 2020

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener

conflicto de intereses

Palabras clave:

Burnout.

Residentes.

Cardiología.

Keywords:

Burnout.

Fellows.

Cardiology.

RESUMEN

Introducción: la exposición crónica a situaciones físicas y emocionalmente estresantes durante la residencia resulta un escenario propicio para la aparición del síndrome de burnout. **Objetivos:** determinar la prevalencia de síndrome de burnout entre residentes de cardiología de Argentina y su asociación con variables demográficas y hábitos personales.

Métodos: se realizó una encuesta utilizando el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), evaluando la presencia de burnout en función de cada uno de sus componentes determinantes (cansancio emocional, despersonalización y realización personal). Mediante el test de chi-cuadrado (X^2), se determinó el grado de asociación entre la alteración en estos componentes con variables demográficas, realización de actividades recreativas y trabajo externo a la residencia. Los resultados se expresan en porcentajes.

Resultados: se realizaron 175 encuestas. El 100% de los encuestados presentó alteración en al menos uno de los componentes evaluados. 73% presentó valores de cansancio emocional elevados, 66% exhibió cifras elevadas de despersonalización y el 75% presentó valores bajos de realización personal. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre altos niveles de cansancio emocional y falta de actividades recreativas ($X^2=0.035$, $\alpha=0.05$), y un mayor nivel de realización personal en aquellos residentes que afirmaron trabajar en otros centros externos a su residencia ($X^2=0.205$, $\alpha=0.05$). No se encontraron asociaciones significativas respecto a variables demográficas.

Conclusiones: el síndrome de burnout constituye una patología con alta prevalencia entre los residentes de cardiología, y se encuentra relacionada con factores individuales e institucionales. Son necesarias nuevas y mejores estrategias de abordaje por parte del personal de salud y las organizaciones responsables.

Burnout Syndrome in cardiology residents

ABSTRACT

Background: Chronic exposure to physical and emotional stress situations during residency is a scenario favorable for burnout syndrome setting. **Objectives:** To determine burnout syndrome prevalence among cardiology residents from Argentina, and its association with demographic variables and personal habits.

Methods: We performed a survey based on the Maslach Burnout Inventory (MBI) to determine burnout prevalence according to each of its constitutive elements (emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment). We used the chi-squared test (X^2) to evaluate the degree of association between these components and demographic variables, performing leisure activities and working in another institution besides residency. Results are shown in percentages.

Results: We performed 175 surveys. One hundred percent of individuals showed impairment in at least one burnout component. Seventy-three percent showed a high level of emotional exhaustion, 66% had high level of depersonalization and 75% showed low levels of personal fulfillment. We found a statistically significant association between high levels of exhaustion and lack of leisure activities ($X^2=0.035$, $\alpha=0.05$), and a higher level of personal fulfillment among those residents who answered they worked in another institution besides the residency ($X^2=0.205$, $\alpha=0.05$). We did not find any significant association between burnout and demographic variables.

Conclusion: Burnout syndrome is a prevalent condition among cardiology residents, and it is related to personal and institutional factors. Better and novel.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout, descrito inicialmente en 1974 por Freudenberger, alcanzó verdadera trascendencia en relación con los profesionales de la salud luego de la publicación de los estudios realizados por Maslach y Jackson^{1,2}.

Estos autores lo definieron como un estado de desgaste mental y físico, determinado por una respuesta inadecuada a situaciones de estrés emocional crónico, y que se encuentra determinado por tres dimensiones principales: agotamiento emocional, despersonalización (o cinismo) y falta de realización personal³.

La prevalencia de burnout en médicos, exhibe cifras que duplican o triplican a las reportadas en otras profesiones, con una clara tendencia a continuar en aumento⁴.

Este fenómeno se reproduce de igual forma entre estudiantes de medicina, residentes y personal de enfermería, con prevalencias de burnout que oscilan entre el 44% y el 50%^{5,6}.

El impacto de este fenómeno, puede traducirse en abandono de la residencia, disminución de la calidad de atención, peor trato a los pacientes, alteraciones del sueño, aumento del riesgo cardiovascular, y mayores tasas de suicidio^{7,8}.

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia del síndrome de burnout en residentes de cardiología, analizar cada uno de sus componentes y evaluar su asociación con factores demográficos, con la realización de actividades recreativas extra laborales y con la realización de tareas laborales en instituciones externas a la residencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta descriptiva a residentes de cardiología de Argentina en el periodo Junio - Septiembre de 2020. Se incluyeron residentes que aceptaron participar en el estudio y que sumaran al menos seis meses de labores continuas en la residencia.

Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), formado por 22 ítems que se valoraron con una escala tipo Likert, con rango de respuesta que va de "nunca" a "diariamente", dependiendo de la frecuencia con que el encuestado experimentó cada una de las situaciones descritas en los ítems, a las cuales se les otorgó un valor de 0 a 6; donde 0 equivale a nunca y 6 equivale a diariamente⁹.

La evaluación se efectuó a través de tres subescalas: despersonalización, formada por cinco ítems (5, 10, 11, 15 y 22); realización personal, compuesta por ocho ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21); y desgaste emocional, formada por nueve ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20).

El punto de corte se determinó de la siguiente manera en la subescala de "Agotamiento emocional", las puntuaciones de 27 o superiores indican un alto nivel de agotamiento; el intervalo entre 19 y 26 corresponde a puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo de 19 indican niveles de bajos (Maslach C, Jackson SE, 1981). En la subescala de "Despersonalización", las puntuaciones superiores a 10 indican niveles altos de despersonalización,

de 6 a 9 corresponden a niveles intermedios y menores a 6 indican bajo grado de despersonalización. La subescala de "Realización personal" funciona en sentido contrario a las anteriores; así, de 0 a 30 puntos indican baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y superior a 40 señala sensaciones de logro.

Para realizar el diagnóstico del síndrome de burnout se utilizaron los criterios de Grunfeld, que solo requieren una dimensión severamente anormal¹⁰. Se define severamente anormal cuando el agotamiento emocional y la despersonalización se ubican en el tercil superior y la realización personal en el tercil inferior, con los puntos de corte previamente descriptos.

El año de residencia se consideró en forma de variable cualitativa ordinal, desde 1er a 4to año. La realización de actividades recreativas extra laborales y el trabajo en instituciones externas a la residencia se valoraron en forma de variables dicotómicas, con selección de respuestas del tipo SI-NO.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 175 encuestas, con un promedio de edad entre los participantes de 29 años (DS 2.98). 70% pertenecían al grupo etario de 26 a 30 años, y según el año de residencia, 19% fueron residentes de primer año, 28% de segundo, 30% de tercer año y 22% de cuarto (Figura 1). 62% del total de encuestados fueron residentes mujeres. 30% del total de residentes afirmó trabajar en otros centros diferentes al lugar donde realizan su residencia y 59% afirmó realizar actividades recreativas extra laborales.

Respecto al análisis de los componentes del burnout, el 100% de los encuestados presentó alteración en al menos uno de los tres aspectos evaluados. Teniendo en cuenta el total de la población analizada, el 73% presentó valores de cansancio emocional elevados, 66% exhibió cifras elevadas de despersonalización y el 75% presentó valores bajos de realización personal (Figura 2).

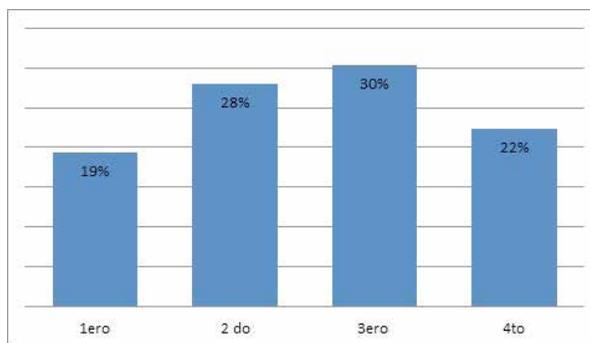


FIGURA 1. Distribución poblacional según año de residencia (n=175).

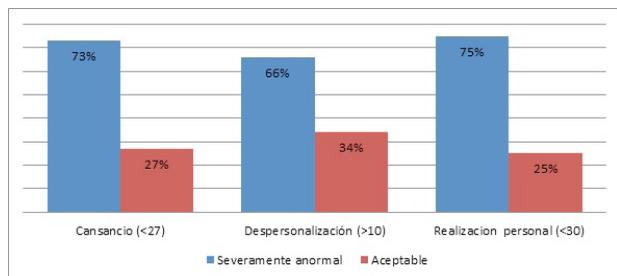


FIGURA 2. Análisis de componentes del burnout en el total de la población (n=175)

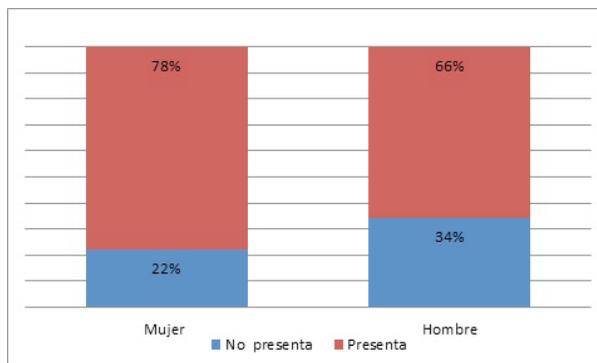


FIGURA 3. Frecuencias de cansancio emocional y sexo (n=175)

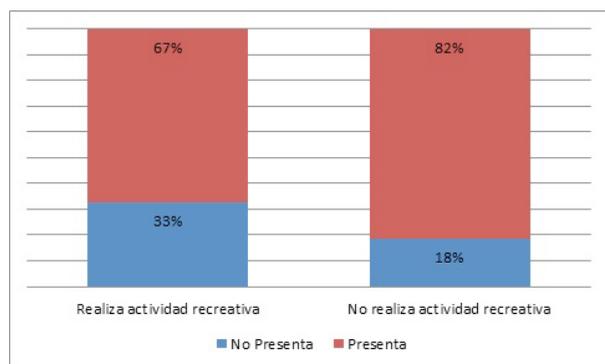


FIGURA 4. Frecuencias de cansancio emocional y sexo (n=175)

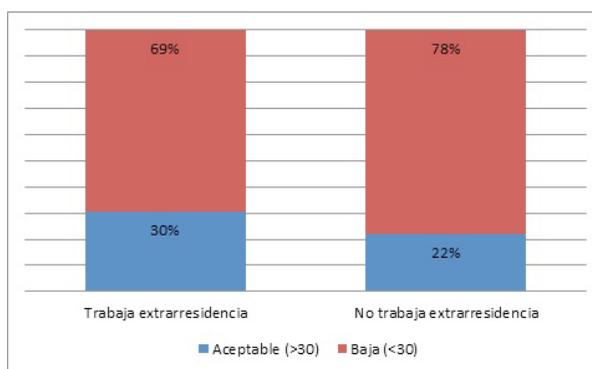


FIGURA 5. Frecuencias de cansancio emocional y sexo (n=175)

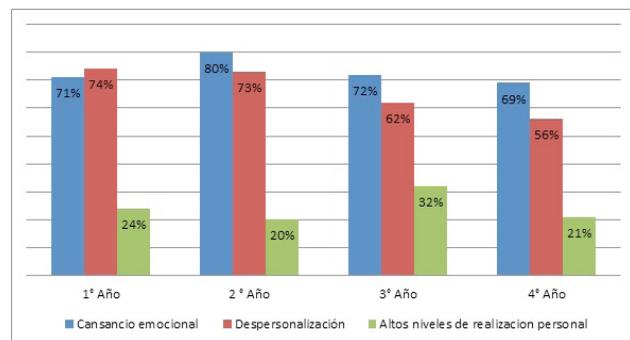


FIGURA 6. Frecuencias de alteración en cada uno de los componentes del burnout y año de residencia (n=175).

Al analizar la relación existente entre las variables de identificación del burnout y el sexo, se encontró que el 78% de las mujeres (n=84) y 66% de los hombres (n=44) exhibían niveles elevados de cansancio emocional. De igual modo, las residentes mujeres exhibieron bajos niveles de realización personal (79%, n=85), en mayor porcentaje respecto a los varones (70%, n=47), aunque la relación encontrada no fue estadísticamente significativa para ninguno de los componentes descriptos (Figura 3).

Se observó una asociación estadísticamente significativa ($X^2=0.035$, $\alpha=0.05$) entre altos niveles de cansancio emocional y ausencia de actividades recreativas (82%, n=58). Por

otra parte, tanto la despersonalización como la realización personal, no demostraron diferencias estadísticamente significativas en función de la realización (o no) de actividades recreativas (Figura 4).

Respecto al trabajo en instituciones externas al servicio de residencia, resulta interesante destacar que se observó un mayor nivel de realización personal en aquellos residentes que afirmaron trabajar en otros centros (30%, n=16), respecto a quienes solamente se desempeñan en el servicio correspondiente a su residencia (22%, n=27), sin asociación estadísticamente significativa ($X^2= 0.205$, $\alpha=0.05$). (Figura 5).

Se advirtieron mayores niveles de cansancio emocional en el grupo correspondiente a segundo (80%, n=39) y tercer año (72%, n=38), aunque sin significancia estadística ($X^2=0.680$, $\alpha=0.05$). Se observaron menores niveles de despersonalización en cuarto año (56%, n=17, $X^2=0.260$, $\alpha=0.05$) y mayores nivel de realización personal (32%, n=17, $X^2=0.487$, $\alpha=0.05$) en tercer año de la residencia, sin significancia estadística (Figura 6).

DISCUSIÓN

Según la "Survey of America's Physicians" de 2018, los síntomas de Burnout en médicos presentan cifras alarmantes, con una prevalencia cercana al 78%, junto con un sentimiento pesimista sobre el futuro en el 62% de los en-

cuestados¹¹. En el presente estudio, y considerando la presencia de burnout ante la alteración de al menos uno de sus determinantes, todos los residentes incluidos presentaron este síndrome.

Existen reportes de la literatura que evidencian que este fenómeno podría presentarse incluso en etapas previas al inicio de la residencia. En un estudio que incluyó más de 62 mil estudiantes de medicina, la prevalencia de depresión fue cercana al 28%, mientras que otros estudios describen menor calidad de vida en estudiantes de medicina comparado con estudiantes de otras carreras y de la misma edad, y mayor prevalencia de burnout y depresión que la población general^{12,13,14}.

El verdadero alcance del daño generado por esta condición puede verse reflejado en trabajos como el realizado por Pacheco et.al, donde se reportaron cifras de ideación suicida en 13.4%, y una prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol cercana al 33% en estudiantes de medicina¹⁵.

Datos obtenidos de un meta-análisis que incluyó un total de 42473 médicos, sugieren que la presencia de Burnout (particularmente a expensas de mayores niveles de despersonalización) duplica el riesgo de mala calidad de atención, conductas poco profesionales y baja satisfacción por parte del paciente¹⁶.

Focalizados en los residentes, se ha reportado una mayor prevalencia de Burnout en especialidades quirúrgicas o de urgencias, respecto a especialidades netamente clínicas (Rodrigues H, et al. *PLoS One* 2018). A nivel local, los residentes de cardiología mostraron una incidencia mayor de burnout y menores niveles de realización personal en comparación con otras especialidades¹⁷.

Si bien en el presente estudio no hubo asociación estadísticamente significativa entre la presencia de Burnout en relación a edad y sexo, una revisión sistemática que incluyó 395 estudios, sugiere que los médicos más jóvenes y solteros, presentan mayor riesgo de padecer este síndrome, con prevalencias estimadas que oscilan entre el 40 al 80%, según la especialidad analizada¹⁸.

Respecto a las diferencias de burnout según el año de residencia, se han descripto menores niveles de satisfacción respecto a la profesión, mayor incidencia de conflictos personales y cansancio emocional durante los primeros años de formación, coincidentemente con lo observado en este trabajo¹⁹.

Estudios de carácter cualitativo, han descripto una asociación fuerte entre Burnout y la ambigüedad de roles dentro del servicio médico, la falta de participación en el proceso de toma de decisiones y la falta de apoyo por parte de sus superiores²⁰.

La falta de motivación, la ausencia de carrera profesional, las dificultades para realizar una formación continuada de calidad y la sobrecarga burocrática han demostrado estar asociadas con este síndrome y deberían resolverse a la brevedad²¹.

Los residentes, jóvenes cardiólogos en formación, serán los responsables de promover y mantener la salud en un futuro

no muy lejano. En los últimos años, se han publicado revisiones sistemáticas y meta-análisis que sugieren que las intervenciones para disminuir el Burnout, enfocadas exclusivamente en los médicos, tuvieron resultados desalentadores^{22,23}.

Según un reporte de la Mayo Clinic de Rochester, existe una tendencia por parte de las instituciones a atribuir fundamentalmente al médico (o al individuo) la responsabilidad ante la presencia de burnout y falta la realización y satisfacción personal²⁴.

La implementación de cambios a nivel institucional, mediante intervenciones sencillas como reprogramación de tareas, sistematización y división del trabajo, disminución de carga laboral de índole administrativa o burocrática y mayor apoyo por parte de los referentes de la institución, podrían ser fundamentales para modificar el curso de este padecimiento²⁵.

La falta de significación estadística de las asociaciones investigadas pueden verse explicadas por el pequeño tamaño de la muestra. A su vez, la ausencia de un diseño metodológico específico para la investigación de este fenómeno, la falta de comparación con otras especialidades, y la imposibilidad de determinar asociación con ciertos factores organizacionales o personales más precisos, resultan algunas de las limitaciones de nuestro trabajo.

Indudablemente trabajos con mayor rigor científico y evidencia de mayor calidad son necesarios para evaluar la presencia de factores individuales y organizacionales asociados a este síndrome, y poder establecer estrategias de abordaje conjunto.

BIBLIOGRAFIA

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159 - 165.
2. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9:16 - 22.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397 - 422.
4. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015; 90:1600 - 1613.
5. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2018; 13: e0206840.
6. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gomez-Urquiza JL, et al. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 2800.
7. Liselotte N, Dyrbye MD, Shanafelt TD, et al. Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages. *Mayo Clin Proc* 2013; 88:1358 - 1367.
8. Pompili M, Innamorati M, Narciso V, et al. Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clin Ter* 2010; 161: 511 - 514.
9. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99 - 113.
10. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, et al. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163: 166 - 169.
11. Survey of America's Physicians: Practice Patterns & Perspectives. 2018. En: <https://physiciansfoundation.org/wp-content/uploads/2018/09/physicianssurvey-results-final-2018.pdf> Acceso 18 de Diciembre de 2020.