ARTÍCULO

Salus

Rev. Salus.UC. 20(1):13-21.2016

Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología.

Burnout syndrome in residents and anesthesiologists.

Robelsy Arayago[1], Álvaro González[1], María Limongi[2], Harold Guevara[3].

RESUMEN

El síndrome de Burnout (SB) constituye un tipo de estrés laboral que se observa en profesionales de la salud que mantienen contacto directo y constante con otras personas. El objetivo del estudio fue determinarla prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos especialistas del servicio de anestesiología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", periodo enero-julio 2015; distribuirlos según edad, cargo, centro de trabajo, años laborales; determinar su situación emocional según el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; además, diagnosticar el nivel de estrés laboral de los mismos. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, con diseño de campo y transversal, cuya muestra estuvo constituida por la totalidad de la población, 64 médicos entre especialistas y residentes, previa firma de un consentimiento informado. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, para indagar la presencia del SB. Los resultados arrojaron la presencia de SB en un 64,1% de los médicos encuestados, siendo mayor en los residentes 73,3%, hubo predominio del género femenino 62,5%; en lo referente a cansancio emocional 34,4%, despersonalización 39,1% y falta de realización personal 81,2%. Se concluyó que el SB es prevalente en las tres cuartas partes de los médicos, que además tenían 32 años o menos, seis de cada diez eran mujeres y poco más de la mitad eran médicos residentes, demostrándose la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo del servicio de anestesiología.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, médicos anestesiólogos.

ABSTRACT

Burnout syndrome (BS) is a kind of occupational stress that is observed in health professionals who maintain direct and constant contact with others. The aim of the study wasdetermine the prevalence of Burnout syndrome in residents and medical service specialists of anesthesiology at the City Hospital "Dr. Enrique Tejera", period January-July 2015; distribuit them according to age, office, workplace, working years; also the emotional situation as emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment was determined, besides the level of work stress of them was diagnosed. It was made a descriptive, with field design and transversal research, whose sample consisted of the entire population, 64 medical specialists and residents, after signing an informed consent. The Maslach Burnout Inventory questionnaire was used to investigate the presence of BS. The results showed the presence of BS in 64.1% of the surveyed physicians, being higher in residents with 73.3%, there was predominance of female 62.5%; in terms of emotional exhaustion 34.4 %, depersonalization 39.1% and lack of personal fulfillment 81.2%. It was concluded that BS is prevalent in the three quarters of doctors, who also had 32 years or less, six out of ten were women and just over half were resident physicians, demonstrating the need for better working conditions of anesthesiology service.

Key words: Burnout syndrome, anesthesiologist physicians.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout (SB) agrupa un conjunto de signos, síntomas y comportamientos que reflejan un desgaste en el ámbito profesional (1). Generalmente afecta a personas que tienen mucha interacción social en la parte laboral (2, 3). Fue descrito inicialmente por Freudenberger en 1974 (4), y aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jackson, elaborado al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta (5), que lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y una reducida realización personal (RP).

El agotamiento emocional está caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y cansancio. La despersonalización se evidencia por un desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo y la falta de realización profesional. Allí se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas, una moral baja y

[1] Servicio de Anestesiología. Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia. Carabobo. Venezuela.

[2] Cátedra de Psicología Clínica. Universidad Arturo Michelena. San Diego. Carabobo. Venezuela.

[3] Departamento de Salud Pública Sede Carabobo. Facultad de ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Autor de Correspondencia: Harold Guevara.

E-mail: hguevararivas@gmail.com

Recibido: 28/09/15 **Aprobado:** 22/02/16

un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional (4, 6).

Por las repercusiones personales que se ven en el plano emocional, psicológico y de la conducta, estas manifestaciones constituyen una verdadera preocupación, trayendo ausentismo, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y sus pacientes y pérdida de productividad (7). La prevalencia de este síndrome es variable, dependiendo mucho del tipo de trabajo que realiza el profesional. Estudios realizados en trabajadores de la salud estiman que entre un 12 a 50% de los mismos presentan algunas de las dimensiones del SB (8, 9). En este caso particular se hará referencia a la práctica médica de la Anestesiología, que constituye una de las especialidades en donde la ansiedad y el estrés se presentan con mayor frecuencia, ya que siempre están expuestos a riesgo en su práctica diaria. Puede tener graves consecuencias sobre la salud con repercusión en el plano personal, familiar y laboral y son considerados dentro de los trabajadores de la salud como "de alto riesgo profesional" (10-12).

Por la misma naturaleza de su trabajo están sometidos a estrés crónico y sostenido, comprometidos con los pacientes y bajo presiones de la institución constituyendo un grupo de riesgo para presentar el SB. Además, es frecuente que trabajen en diferentes lugares realizando un número importante de turnos laborales a la semana, sin un descanso adecuado. Sin tomar en cuenta la situación familiar y personal que se pueda tener, todo esto podría crear en el anestesiólogo una situación de angustia y estrés que repercutirá en su desempeño profesional. Las extensas jornadas laborales se vinculan a los calendarios inadecuados: existe un desequilibrio entre horas trabajadas y horas de descanso.

Es importante acotar que los principios de la administración de hospitales suponen la existencia de una carga de trabajo conforme a indicadores de productividad y calidad, con presencia de justicia, reconocimiento al trabajo desempeñado, estímulos y recompensas. Todo esto debería estar dentro de un ambiente laboral armónico para permitir la comunicación entre todos los niveles y favorecer el desarrollo empresa-trabajador (13). Sin embargo, muchas realidades distan de alcanzar tal armonía, rompiendo la relación trabajador-hospital, originando un riesgo para el desarrollo de este síndrome.

Por otro lado la relación médico-paciente se ha alterado en los últimos años ya que el conocimiento médico ha aumentado considerablemente, lo que requiere una formación o capacitación continua pero sin el tiempo asignado para ello. De allí las repercusiones personales que se ven en el plano emocional, psicológico y de la conducta.

La formación de residentes también se involucra en el desarrollo del SB y es curioso reconocer que los residentes cuando ingresan a la carrera están dispuestos a ser "agotados" para finalmente estar satisfechos con sus carreras. Sin embargo, este desgaste profesional no permite en los futuros anestesiólogos el desarrollo adecuado de las responsabilidades en la práctica profesional, razón por la cual es más frecuente la presencia de SB en los residentes (14).

Con la finalidad de medir el nivel de estrés que estos presentan y para poder elaborar estrategias que disminuyan esta situación al mínimo y con ello mejorar la calidad de vida profesional y por ende una mejor atención integral al paciente, es como nace la inquietud de investigar y determinar la prevalencia de estrés que el médico, tanto especialista como residente del servicio de anestesiología, percibe como negativos y su relación con la presencia del síndrome de Burnout en el hospital "Dr. Enrique Tejera",

En otro orden de ideas, se hace referencia a los puntos de vista de autores de renombre que guardan relación o constituyen un apuntalamiento referencial al trabajo (15), por este motivo, se tomaron algunos aportes teóricos.

El síndrome de Burnout, también llamado síndrome de agotamiento profesional, considerado según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2000 como una enfermedad de riesgo laboral que causa detrimento del bienestar mental del trabajador de la salud que lo presenta, así como síntomas físicos. Este síndrome se define como una respuesta al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (13).

También el SB es descrito como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico o, en su definición comúnmente más conocida, como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con gente (16-18).

Independientemente de la definición particular de los diferentes estudios en el campo, lo cierto es que el Burnout es una condición que llega a quemar o agotar totalmente a la persona que lo sufre. Actualmente, es una enfermedad descrita en el índice internacional de la OMS ICD-10, como "Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)", dentro de la categoría más amplia Z73 de "problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida", lo que llega a denotar la importancia de este síndrome (19).

En cuanto a la población de riesgo los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-cliente de carácter intenso y/o duradero (20, 21).

Es frecuente en personal de salud y docente, no escapando otros, entre otros, profesionales como deportistas de élite, teleoperadores, ingenieros, personal de las fuerzas armadas. Respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres son las que presentan mayor prevalencia que los hombres (22-29).

Los síntomas del SB no constituyen un cuadro clínico homogéneo, sino que puede presentar los síntomas físicos o psicológicos más diversos, que se desarrollan a lo

largo de un período y no de manera súbita. Las molestias físicas no tienen una causa orgánica, son psicosomáticas, lo que es decir que los problemas psicológicos derivan en síntomas físicos como: agotamiento, cefalea, molestias gastrointestinales, vértigo, trastornos del equilibrio, trastornos del sueño, propensión a infecciones, palpitaciones. Las molestias psicológicas habituales: baja autoestima, mayor vulnerabilidad ante las decepciones o las pérdidas, predisposición al estrés, disminución de la satisfacción laboral, signos de depresión (30).

El Burnout suele definirse a través de tres dimensiones: Agotamiento (exhaustion, en inglés), es la sensación de ya no ser capaz de ofrecer más de sí mismo a nivel emocional; Suspicacia/escepticismo (cynicism, en inglés), es una actitud distante hacia el trabajo, hacia las personas a las que se está ofreciendo el servicio y también hacia los compañeros de trabajo; Ineficacia (inefficacy, en inglés), es la sensación de que no se están llevando a cabo debidamente las tareas y de que se es incompetente en el trabajo (31, 32).

Respecto a la prevalencia de este síndrome, la información disponible es fragmentada, no habiendo aún un estudio epidemiológico que permita visualizar el porcentaje de población real que la padece, aunque existen investigaciones que se han abocado a realizar esfuerzos en torno a determinar la prevalencia en diversos campos. En este contexto, en una investigación realizada a una muestra de 11 530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina, se pudo constatar que la prevalencia de Burnout en el personal sanitario fue: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador (33).

El estudio de Ayala y col., que realizaron una investigación en Callao, Perú, en el 2011 y cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y asistentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, tuvo un carácter observacional y transversal. Se aplicó el cuestionario de Maslach y de factores de riesgo asociados al SB. Se encuestaron 20 médicos (55%). Aunque puede existir un sub registro importante, se concluyó que el SB es prevalente en el departamento y que los encuestados presentan “fenómenos compensatorios” protectores para el desarrollo del síndrome (34).

Igualmente, una investigación efectuada por Delgado y col., en Asunción, Paraguay, en el 2011, de carácter observacional, descriptivo y transversal en 146 médicos anestesiólogos mediante el cuestionario Maslasch Burnout Inventory. Se identificó una prevalencia global de 72,6%. En el grupo de médicos residentes la prevalencia fue 88,6%. El cansancio emocional fue la dimensión más frecuente 60,9%. Los menores de 35 años padecieron el síndrome en mayor número (83,1%). Tener una pareja estable se identificó como un factor de protección. No se identificó relación significativa con el sexo y lugares de trabajo. La prevalencia hallada fue alta en comparación a otros estudios (35).

Por su parte, en Argentina, Cáceres y col., en el 2010, realizaron una investigación observacional, descriptiva y transversal, con la finalidad de diagnosticar la situación de estrés en residentes de diferentes especialidades y su comparación con las demás especialidades. Para tal fin se incluyeron 190 residentes de 13 especialidades de 1° a 4° año de los Hospitales de Resistencia y Corrientes (capital), entre septiembre 2008 a mayo de 2009. Se realizó una encuesta a través de un formulario de auto llenado anónimo adaptado del “Maslach Burnout Inventory Manual de 1996”, con datos personales y preguntas que enfocaron el sufrimiento en el ejercicio de su profesión (36).

En la evaluación subjetiva de variables relacionadas con situaciones de estrés, en su gran mayoría respondieron creer haber tratado de adaptarse al régimen e incluso lograrlo, pero mencionaron haber sufrido cambios de peso corporal, empeorado sus relaciones afectivas con sus parejas y familiares y haberse enfermado, entre otros.

En conclusión, el estrés es una realidad entre los médicos residentes que no debe subestimarse; ya que más del 25% de los residentes encuestados padecen estrés manifiesto a grave, el estrés leve va en descenso, pero el grave se incrementa, Más de un cuarto de la población de estos sufre entre estrés manifiesto a grave, situación superior a otras especialidades (36). Será conveniente citar trabajos de Venezuela, ya que existe información sobre el tema en las tesis de pregrado de medicina. El Dr. Pontillo y la Prof María Navarro ganaron un premio con una investigación relacionada con SB.

Ante lo planteado con relación al SB, se pretendió determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos especialistas del servicio de anestesiología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo enero-julio 2015; distribuir a los médicos estudiados según edad, sexo, tipo de personal, cargo, centro de trabajo, años como médico y años de experiencia en la especialidad; determinar la situación emocional de los trabajadores estudiados en las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; y diagnosticar el nivel de estrés laboral que presentan los residentes y médicos especialistas estudiados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue una investigación descriptiva, con diseño de campo y transversal, en un total poblacional de sesenta y cuatro (64) médicos especialistas y residentes del servicio de anestesiología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, en el periodo enero-julio 2015. Se estudió la totalidad de la población, previa firma de una carta de consentimiento informado.

Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), versión HSS (Human Services Survey) en español (5, 18). El cuestionario incluyó 22 preguntas con respuestas cerradas en una escala de Likert de siete opciones, respecto a la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem, se evaluaron las siguientes variables: (a) cansancio emocional (9 preguntas), (b) despersonalización o deshumanización (5 preguntas) y (c) falta de realización profesional (8 preguntas).

Las tres variables establecidas por el cuestionario de MBI fueron puntualizadas de la siguiente manera: (a) cansancio emocional (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) con puntuación máxima de 54 (considerándose alto ≥ 27, moderado de 19 a 26 y bajo ≤ 18); (b) despersonalización (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22) con puntuación máxima de 30 (alta ≥ 10, moderada 6 a 9 y baja ≤ 5) y (c) falta de realización personal (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) con puntuación máxima 48 (alta ≥40, moderada 34 a 39 y baja ≤33). Se consideró como Síndrome de Burnout positivo la presencia de puntajes moderados y altos en cualquiera de las dimensiones evaluadas como cansancio emocional (puntaje ≥ a 19), despersonalización (puntaje ≥ a 6) y realización personal (≤ a 39). También se indagó acerca de la edad, sexo, cargo, años de graduado como médico y años de experiencia en la especialidad de los integrantes de la muestra.

La información recolectada fue registrada en una base de datos del programa Excel 2007 y procesada con el programa estadístico PAST versión 3.04. Los resultados se presentan redactar en pasado en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se corroboró que las variables edad, años como médico y tiempo administrando anestesia no se ajustaron a la distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por lo que se le calcularon los estadísticos descriptivos correspondientes al tipo de distribución (mediana y percentiles 25 y 75).

Los puntajes de las dimensiones cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal se ajustaron a la distribución gaussiana, por lo que se describieron con la media y desviación típica. Se buscó asociación entre ser especialista o residente con presentar el SB mediante la prueba chi cuadrado ($\chi 2$) con un grado de libertad (G.L.). Se asumió para todas la pruebas un nivel de significancia de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Se estudió la población de sesenta y cuatro médicos que trabajaban en el servicio de anestesiología de la CHET, en el periodo enero-julio 2015, conformada por cuarenta mujeres (62,5%) y veinticuatro hombres (37,5%), con predominio del género femenino.

La tabla 1 muestra que treinta y cuatro (53,1%) eran especialistas y treinta (46,9%) residentes, con diez residentes por año de la carrera (15,6% cada uno), 32,8% de Especialistas I y 20,3% de Especialistas II (con más de 10 años como Anestesiólogo), quienes laboraban sólo en un centro público (54,7%).

En las tablas 2 y 3 se presentan los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas que tuvieron distribución libre (edad, años como médico y tiempo administrando anestesia) y gaussiana (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), respectivamente. La edad tuvo una mediana de 29 años, con valor mínimo de 24 años y máximo de 58 años; los años como médico tuvieron una mediana de 5,5 años, con mínimo de 1 año y máximo de 33 años; el tiempo administrando anestesia tuvo una mediana de 3 años, con mínimo de 0,25 años (3 meses) y máximo de 27 años (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución según el tipo de personal, cargo desempeñado y centro de trabajo.

Tipo de personal	**f**	**(%)**
Especialista	34	53,1
Residente	30	46,9
Cargo desempeñado	**f**	**(%)**
Residente de primer año	10	15,6
Residente de segundo año	10	15,6
Residente de tercer año	10	15,6
Especialista I	21	32,8
Especialista II	13	20,3
Distribución según el centro de trabajo	**f**	**(%)**
Público	35	54,7
Privado	29	45,3
Total	**64**	**100,0**

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables con distribución libre.

Estadísticos		**Edad (años)**	**Años como Médico**	**Tiempo administrando anestesia (años)**
Mediana		29	5,5	3,00
Mínimo		24	1	0,25
Máximo		58	33	27,00
Percentiles	25	27	4	1,17
	50	29	5,50	3,00
	75	33,75	9,00	5,75

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de los puntajes en el MBI

Estadísticos	**Cansancio Emocional**	**Despersonalización**	**Falta de realización personal**
Media	15,59	5,89	38,87
Desviación típica	10,00	5,74	7,71
Mínimo	1	0	18
Máximo	45	24	48

Al estudiar los componentes del SB según el instrumento MBI se encontró que el promedio del puntaje en cansancio emocional en el MBI fue de 15,59 con desviación típica de 10 puntos, en la dimensión de la despersonalización el promedio fue de 5,89 con desviación de 5,74 puntos, y para la falta de realización personal el promedio fue de 38,87 y la desviación típica 7,71 puntos (Tabla 3).

En la dimensión cansancio emocional 34,4% tuvo un puntaje moderado (18,8 %) o alto (15,6 %), y con puntaje bajo se ubicó el 65,6 %, es decir 42 médicos. 29,7% se siente pocas veces agotado emocionalmente mientras 4,7% se siente de esa manera todos los días, 25% se siente pocas veces vacío al terminar la jornada, 43,8% pocas veces siente fatiga al levantarse, 40,6% pocas veces se cansa de trabajar todo el día con gente, 40,6% refirió que pocas veces su trabajo lo está agotando, 14,1% pocas veces se siente frustrado por su trabajo, 18,8% siente todos los días que está demasiado tiempo en su trabajo, 34,4% siente pocas veces que trabajar en contacto directo con la gente le cansa y 34,4% siente pocas veces como si estuviera al límite de sus posibilidades (Tabla 4).

En la dimensión despersonalización 39,1% tuvo un puntaje moderado (12,5 %) o alto (26,6%), mientras que 60,9 % tuvo puntaje bajo en esta dimensión. 26,6% refirió que pocas veces trata a sus pacientes como objetos impersonales, 40,6% afirmó que pocas veces se ha hecho más duro con la gente, 32,8% pocas veces refirió que le preocupa que su trabajo lo esté endureciendo emocionalmente, 10,9% admitió que pocas veces siente que no le importa lo que le ocurra a sus pacientes y 14,1% refirió que pocas veces le parece que sus pacientes le culpan por sus problemas (Tabla 5).

Tabla 4. Respuestas en la dimensión cansancio emocional

	Nunca		Pocas veces		Una vez al mes		Pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Agotado emocionalmente	10	15,6	19	29,7	2	3,1	12	18,8	8	12,5	10	15,6	3	4,7
Se siente vacío al terminar la jornada	43	67,2	16	25,0	1	1,6	0	0	1	1,6	2	3,1	1	1,6
Fatiga al levantarse	8	12,5	28	43,8	3	4,7	7	10,9	9	14,1	7	10,9	2	3,1
Se cansa de trabajar todo el día con gente	19	29,7	26	40,6	2	3,1	10	15,6	3	4,7	3	4,7	1	1,6
Su trabajo lo está agotando	6	9,4	26	40,6	5	7,8	7	10,9	8	12,5	6	9,4	1	1,6
Se siente frustrado por su trabajo	43	67,2	9	14,1	3	4,7	2	3,1	3	4,7	3	4,7	1	1,6
Siente que está demasiado tiempo en su trabajo	8	12,5	16	25,0	5	7,8	4	6,3	4	6,3	15	23,4	12	18,8
Trabajar en contacto con la gente cansa	26	40,6	22	34,4	6	9,4	4	6,3	2	3,1	3	4,7	1	1,6
Se siente como si estuviera al límite de sus posibilidades	26	40,6	22	34,4	3	4,7	5	7,8	2	3,1	3	4,7	3	4,7

Tabla 5. Respuestas en la dimensión despersonalización.

	Nunca		Pocas veces		Una vez al mes		Pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Trata a los pacientes como objetos impersonales	39	60,9	17	26,6	1	1,6	2	3,1	1	1,6	1	1,6	3	4,7
Se ha hecho más duro con la gente	11	17,2	26	40,6	2	3,1	4	6,3	4	6,3	9	14,1	8	12,5
Le preocupa que su trabajo lo esté endureciendo emocionalmente	21	32,8	21	32,8	3	4,7	3	4,7	3	4,7	4	6,3	10	15,6
Siente que no le importa lo que le ocurra a sus pacientes	54	84,4	7	10,9	0	0	1	1,6	0	0	0	0	2	3,1
Le parece que sus pacientes le culpan por algunos de sus problemas	48	75	9	14,1	2	3,1	3	4,7	1	1,6	1	1,6	0	0

El 81,2% tuvo un puntaje moderado (28,1 %) o alto (53,1%) en la dimensión falta de realización personal del MBI. 15,6% refirió que pocas veces a la semana entiende lo que piensan sus compañeros, 18,8% refirió que pocas veces a la semana trata con mucha eficacia los problemas de los pacientes, 20,3% admitió que pocas veces a la semana influye positivamente en la vida de otras personas a través de su trabajo, 21,9% reconoció que pocas veces a la semana se siente con mucha energía en su trabajo, 20,3% pocas veces a la semana puede crear un clima agradable con sus pacientes, 14,1% pocas veces se siente estimado después de haber trabajado con sus pacientes, 14,1% pocas veces a la semana consigue muchas cosas valiosas en su trabajo, 26,6% pocas veces siente que los problemas emocionales en su trabajo son tratados adecuadamente (Tabla 6).

Según los resultados globales del MBI, 64,1% presentaba el SB, sin que se pudiera corroborar asociación estadísticamente significativa, entre el hecho de ser especialista o residente con tener o no el SB ($\chi 2 = 2,11$; 1 g.l.; P = 2,14).

Entre los residentes 73,3% tuvo SB y entre los especialistas 55,9% presentó desgaste profesional. Los 41 médicos que presentaron SB tenían un promedio de edad de 32,1 años, 75% tenía 32 años o menos, el 50% era menor de 29 años, 25% era menor de 27 años, su edad mínima fue 24 y la máxima 55; 63,4% eran mujeres y 53,7% eran médicos residentes.

DISCUSIÓN

El común de la gente asume que en los centros hospitalarios se resuelven todo tipo de enfermedades, llegando a convertirse, para los profesionales de la salud en una actividad verdaderamente dura y agobiante, convirtiéndose en la población más vulnerable a desarrollar el Síndrome de Burnout (SB) (37,38). En tal sentido se ha realizado estudios sobre el "burnout" en los médicos especialistas, pero sólo en los últimos años comienzan a aparecer referencias a este problema en los anestesiólogos (13). Las bibliografías muestran que este problema de salud es prevalente, pero sin encontrar referencias a la anestesiología, con la excepción del estudio de Pera y Serra-Prat, en el cual se han tenido en cuenta a los anestesiólogos, aunque incluidos dentro del colectivo de cirujanos (39).

Se observa una prevalencia del SB tanto en médicos residentes como entre los especialistas, siendo mayor la prevalencia entre los residentes.

Se puso en evidencia que los especialistas I, que laboran exclusivamente en centros hospitalarios públicos, tienen mayor prevalencia de SB que los que laboran en ambos (públicos y privados).

El género femenino se encuentra asociado al desarrollo del SB, según lo refieren algunos autores (37,38); en este estudio se tomó en cuenta que hubo más mujeres con SB (63,4%) que hombres. En contraposición con el trabajo de Cáceres y cols. (36) en el 2010, en él hubo mayor exposición a SB en el género masculino, mientras que en la investigación realizada fue mayor la prevalencia en el género femenino. A pesar que en el trabajo de Cáceres y cols. (36) no se diferenció entre residentes y especialista se advirtió que igual que en esta investigación el SB estuvo presente en ambos grupos.

En relación al cansancio emocional, éste tuvo un puntaje moderado o alto. Según lo referido por los encuestados,

Tabla 6. Respuestas en la dimensión falta de realización personal

	Nunca		Pocas veces		Una vez al mes		Pocas veces al mes		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Entiende lo que piensan los compañeros	4	6,3	8	12,5	4	6,3	0	0	2	3,1	10	15,6	36	56,3
Trata con mucha eficacia los problemas de los pacientes	2	3,1	2	3,1	1	1,6	0	0	1	1,6	12	18,8	46	71,9
Influye positivamente en la vida de otras personas a través de su trabajo	1	1,6	1	1,6	1	1,6	0	0	4	6,3	13	20,3	44	68,3
Se siente con mucha energía en su trabajo	1	1,6	3	4,7	2	3,1	6	9,4	8	12,5	14	21,9	30	46,9
Puede crear con facilidad un clima agradable con sus pacientes	1	1,6	0	0	0	0	2	3,1	3	4,7	13	20,3	45	70,3
Se siente estimado después de haber trabajado con sus pacientes	1	1,6	9	14,1	2	3,1	0	0	3	4,7	14	21,9	35	54,7
Consigue muchas cosas valiosas en su trabajo	4	6,3	0	0	0	0	1	1,6	4	6,3	9	14,1	46	71,9
Siente que en su trabajo los problemas emocionales son tratados de manera adecuada	14	21,9	17	26,6	3	4,7	2	3,1	2	3,1	9	14,1	17	26,6

viene acompañado de un agotamiento físico y mental, siendo la característica que más se advierte lo que podría obedecer a un déficit en el manejo de las condiciones y horarios adecuados para el trabajo. También en las horas de descanso suficientes para recuperarse totalmente luego de una jornada laboral; igualmente se observa que el cansancio emocional es la manifestación más frecuente, en relación a la mayoría de los estudios revisados, en coincidencia a esta investigación (2, 9, 14, 20, 23). Se observó en el trabajo de Delgado y cols. (35) en el 2010, que también el cansancio emocional fue una de las dimensiones más frecuentes y en ambos estudios los más afectados fueron menores que 35 años.

En lo tocante a la despersonalización el promedio fue alto, lo que podría reflejar que a los pacientes se les está tratando como objetos impersonales, creyendo que una intervención quirúrgica sea un hecho común para ellos, sin darse cuenta que, aunque para el anestesiólogo es algo cotidiano por ser su medio de trabajo, en muchas ocasiones no existe una buena relación médico – paciente, volviendo estos procedimientos algo mecánico sin tomar en cuenta la parte afectiva del paciente y favoreciendo la tendencia a deshumanizar el acto médico (40).

Como resultado de esta investigación se pudo evidenciar la coincidencia de elevados puntajes en las dimensiones agotamiento emocional y falta de realización personal, lo cual podría repercutir negativamente tanto en el bienestar del anestesiólogo graduado o en formación así como en su desempeño profesional, comprometiendo su capacidad de resonancia afectiva y motivación al logro. Esto en vista que la falta de realización personal se define como la pérdida de la confianza y la presencia de un negativo auto-concepto como resultado de las situaciones que se presentan a diario en la institución hospitalaria (18, 22, 23).

En el presente estudio se reportan importantes hallazgos sobre el llamado “Síndrome del Quemado” (Burnout Syndrome). De hecho, se observa cómo percibe y procesa el anestesiólogo el estrés que surge en una guardia en el hospital. Se conoce que el estrés en su acumulación y su mal procesamiento traspola al individuo a situaciones de riesgo psicológico, en las que muchas veces, de no haber el adecuado abordaje, ocurre el desarrollo desde pequeños síntomas hasta trastornos psicológicos graves.

Hablar del rol del médico en la sociedad venezolana es describir un superhéroe, en él se confía la curación y no solo como ocurrencia de una práctica sino como un acto seguro que el médico está en la “obligación de proveer a su paciente”, ¿estará el médico en la obligación de proveer la salud de la que sus pacientes no se ocupan en su vida diaria? Las molestias psicológicas comienzan de manera secreta en las ideas del individuo, en su pensamiento, se habla entonces de que a medida que el pensamiento se va contaminando, llega un punto en el que la psique encuentra salida en el soma, siendo esta la salida de ideas o pensamientos del individuo bajo la forma de síntomas propiamente fisiológicos en el organismo (38).

Estos vienen a traer como fin la descarga de la energía concentrada en la psique del individuo, el ser humano en su perfección siempre buscará dar salida a los conflictos psicológicos, y es a veces a través de la enfermedad que el individuo hace conciencia de los problemas para así llegar a su resolución (38).

No es tan desconcertante la idea de que la esfera afectiva en el profesional de la salud sea tan reducida, ya que al personal de salud no le es éticamente permitido mostrar sus afectos, porque el control de los mismos es lo conocido como la “eficiencia” en la práctica de la salud. Hallazgos han demostrado que existen vacíos en cuanto a la creencia de que eliminando las causas se podrá hacer imposible la enfermedad, sin contar con que la enfermedad es tan flexible que puede buscar y hallar nuevas causas para seguirse manifestando.

Si se revisa la enfermedad en sus múltiples formas de manifestarse de manera sintomática, se encuentra que cada síntoma es un paso al objetivo del síndrome, y es de vital importancia interrogar cada síntoma buscando su propósito en el individuo ya que es el enfermo per se quien convierte el síntoma en causa.

En la temporalidad causal de la sintomatología se analiza el momento de la aparición del síntoma, se indaga en la situación personal, pensamientos, fantasías, sueños, acontecimientos, noticias que sitúan a un síntoma en un sujeto en un tiempo determinado y si su ambiente de trabajo puede ser un agravante del mismo. Hay que escuchar con atención las expresiones idiomáticas, las cuales pueden servir de clave ya que el lenguaje es netamente psicosomático. Cuando un síndrome como el del Quemado tiene tantas salidas sintomáticas, no es tan importante el número de síntomas presentados sino la selección que hace la psique del individuo para intentar resolver ese conflicto (38).

Casi todos los síntomas obligan a dos cambios de conducta: por un lado, están los síntomas que impiden al individuo hacer las cosas que le gusta hacer y, por el otro. los que obligan al sujeto a hacer lo que no quiere hacer. La enfermedad siempre es una crisis y toda crisis exige un proceso de evolución en la vida de la persona. Todo lo que pasa en el cuerpo da experiencia, a mayor resistencia de la persona mayor será la presión del síntoma para forzar la conciencia.

Es de vital importancia hacer un proceso de conciencia de la enfermedad, ir promoviendo cada vez la educación sanitaria asertiva respecto a estos síndromes. La ceguera para consigo mismo lleva al ser humano a creerse resistente ante todo. Las oportunidades de resiliencia ante las crisis y enfermedades se fortalecen a partir del momento en que el sujeto asume que un síntoma hace más sincero al ser humano, ya que tiene como contenido alertar sobre aquello

que le falta a la conciencia del individuo atareado en su día a día, como puede ser el caso de los especialistas y residentes de Anestesiología evaluados en esta investigación.

En conclusión, casi las dos terceras partes de los médicos estudiados presentaron SB, y dado que la prevalencia del SB en residentes es más alta que en los especialistas, es necesario adoptar medidas para evitar el desarrollo en ellos de alguna patología; una de éstas puede ser la intervención tanto individual como grupal dirigida a la prevención del síndrome, así como la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones con el fin de que el personal del área de la salud realice su trabajo en óptimas condiciones de calidad, eficiencia y satisfacción personal (38).

En los trabajos de Ayala y cols (34), Delgado y cols (35) y Cáceres y cols (36), también se aprecia que la prevalencia de SB en residentes es mayor que la de los especialistas, influyendo la edad en algunos y en otros el sitio de trabajo (instituciones públicas y/o privadas).

Es decir, que lo primordial para evitar el desarrollo del SB entre los anestesiólogos y médicos en formación en esta disciplina, lo constituye la optimización de las condiciones de trabajo, que propicien un desempeño laboral eficiente con disminución de las horas continuas de trabajo, creando un ambiente laboral agradable y con motivaciones plenas, lo que evidentemente repercute en forma integral en cada profesional, con un mejoramiento en los ámbitos psicosomáticos, de conducta, emocionales, laborales y familiares.

Las tres cuartas partes de los médicos que presentaron SB tenían 32 años o menos, seis de cada diez de ellos eran mujeres y poco más de la mitad eran médicos residentes, lo que deja ver la necesidad de que se enfatice en la mejoría de las condiciones de trabajo del personal de salud involucrado en el acto anestésico en el centro estudiado, particularmente las condiciones en las que laboran el anestesiólogo y los residentes de Anestesiología. Por ser un grupo humano más joven y con menos herramientas psicológicas para el manejo del estrés, podrían ser más vulnerables a sus efectos indeseables, entre los cuales se encuentra el llamado síndrome del quemado, con todas sus repercusiones de salud en las dimensiones individual, profesional, familiar y social de los afectados.

Como recomendación de cierre se propone darle fiel cumplimiento a lo establecido en la VI Convención Colectiva de Condiciones de Trabajo entre la Federación Médica Venezolana y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, de fecha 01 de septiembre del 2000, la cual reza: *"Los médicos que ejerzan funciones permanentes en los servicios de anestesiología o unidades de terapia intensiva y psiquiatría, tienen derecho a disfrutar de cinco (5) días hábiles de permiso remunerado, no acumulativos, por cada nueve (9) meses de trabajo"* (41).

REFERENCIAS

1. Olivar C, González S, Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Primaria 1999; 24: 352-359.
2. Caballero M, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001; 27: 313-317.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, Goldberg J. Job burnout: new directions in research and intervention. Curr Dir Psychol Sci 2003; 12: 189-192.
4. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974; 30:159-165.
5. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto: Consulting Pysichologists Press; 1986.
6. Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de Burnout en hospitales públicos. Revista Médica del Hospital J Ramos Mejía 2000; 7: 13-17.
7. Pérez Jaurequi MI. El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. [Archivo en línea] 2002 Disponible en: http://bit.ly/1n4GWZP. [Consultado: 2014, mayo 16].
8. Nyssen A, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 2003; 90: 333-337.
9. Thomas N. Resident Burnout. JAMA 2004; 292: 2880-2889.
10. Calabrese G. Riesgos profesionales del anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún, México, 2001: 12.
11. Campbell D, Sonnad S, Eckhauser F, Campbell K, Greenfield L. Burnout among American Surgeons. Surgery 2001; 130: 696-705.
12. Tait D, Bradley C, Wipf J, Back A. Resident Burnout and self-reported patient care. Anna Int Med 2002; 136: 358-367.
13. Palmer Y, Gómez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. Salud Mental. 2005; 28: 82-91.
14. Hyman SA, Berry JM, Mercaldo ND. Risk of burnout in peri-operative clinicians: a survey study and literature review. Anesthesiology. 2011; 114: 194-204.
15. Orozco C, Labrador M, Palencia de M A. Metodología. Manual Teórico de Metodología para Tesistas, Asesores, Tutores y Jurados de Trabajos de Investigación y Ascenso. Valencia: Ofimax de Venezuela C. A.; 2002.
16. Edelwich J, Brodsky A. Stages of disillusionment in the helping professions. Nueva York: Human Sciences Press. 1980.
17. Pines A, Aronson E. Burn out: from tedium to personal growth. Nueva York: Free Press. 1981.
18. Maslach J. The measurement of experienced Burnout. Journal of Occupational Behavoir 1981; 2: 99-113.
19. World Health Organization. ICD-10 International Classification of Diseases. Geneva: American Psychiatric Publishing, Inc. p. 1994.1244. ISBN 9789241544191.

20. Lerma F. El síndrome de sobreentrenamiento: Una visión desde la Psicobiología del Deporte. Barcelona: Editorial Paidotribo. 2003. p. 250. ISBN 9788480197458.

21. Leithwood K, Menzies T, Jantzi D, Leithwood J. Teacher Burnout: A Critical Challenge for Leaders of Restructuring Schools. En Vandenberghe R, Huberman M. Understanding and preventing teacher burnout: a sourcebook of international research and practice. Cambridge: Cambridge University Press. 1999. p. 362. ISBN 9780521622134.

22. Gold Y, Roth R. Teachers Managing stress and preventing burnout: The professional health solution. Londres: Routledge Falmer. 1993. p. 208. ISBN 9780750701594.

23. Freudenberger H. Stress and Burnout and their implication in the Work Environment. En Stellman: Encyclopaedia of occupational health and safety, vol. I. Geneva: International Labour. 1998. Office id=ISBN 9789221098140.

24. Campbell J, Prochazka A, Gopal R. The need for a uniform use of the construct of Burnout (Letters to the Editor). Academic Medicine 2011; 86: 661. doi:10.1097/ACM.0b013e318218858f. ISSN 1938-808X.

25. Schaufeli W, Bakker A, Schaap C, Hoogduin K, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. Psychology & Health 2001; 16: 565-582.

26. Freudenberger H, Richelson G. Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it. Norvell, MA: Anchor Press. 1980. ISBN-13: 978-0385156646

27. Bosqued M. Quemados, el síndrome del Burnout: qué es y cómo superarlo. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A. 2008. p. 208. ISBN 9788449321474.

28. Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI) en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile. Memoria para optar al título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. 2005. p. 140. PSICOL. B992 2005.

29. Kraft U. Burned Out. Scientific American Mind: 2006. p. 28-33. ISSN 1555-2284.

30. Rodelgo T. Burnout (síndrome): Síntomas. [Artículo en línea] 2012. Disponible en: http://www.onmeda.es/enfermedades/sindrome_burnout-sintomas-1528-4.html.

31. Montero-Marín J, García-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36). 2010. BMC Public Health (10): pp. 302. PMID 20525178.

32. Buran C. The relationship between hardiness and burnout in female nursing and Liberal Arts/Science Faculty. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Doctor of Nursing Science Degree in the School of Nursing, Indiana University. School of Nursing, Indiana. 1992.

33. 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. Revista Española de Salud Pública 2009; 83: 215-230.

34. Ayala A, Antezana P, Yllatopa E. Síndrome de Burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, septiembre 2011. Acta Perú anestesiol. 2012; 20: 13-20.

35. Delgado M, Vega C, Sanabria T. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. Postgrado de Anestesiología. Universidad Nacional de Asunción. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción.

36. Cáceres.G, Echevarría M, Ghilarducci C, Pomaresd D. Síndrome de Burn-out en médicos Residentes del Nea: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas? Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 201 – Junio 2010 [Revista en línea]. 2010. Disponible en: http://bit.ly/1F865Og.

37. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta. Ed. México DF: Editorial McGraw-Hill; 1997.

38. Dethlefsen T, Dahlke R. La enfermedad como camino. Tercera reimpresión. Bogotá: Editorial Random House Mondadori Ltda; 2009.

39. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac Sanit 2002; 16: 480-486.

40. Acosta M, Alderete M, Alvarado C, Arellano G, Bermúdez R, Carrión M, et al. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara; 2006.

41. VI Convención Colectiva de Condiciones de Trabajo entre la Federación Médica Venezolana y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas, 01 de septiembre del 2000.

Salus