

Prevalencia de síndrome de Burnout en una Unidad de Terapia Intensiva

Raúl Carrillo-Esper,* Karla Gómez-Hernández,** Teresa de la Torre-León***

RESUMEN

Antecedentes. El síndrome del Burnout es común en la práctica médica y en el personal de salud, con una incidencia de 25 a 60%. Los factores de riesgo identificados para el desarrollo de síndrome de Burnout son el número de guardias realizadas y las horas semanales de jornada laboral. **Objetivo.** Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de una Unidad de Terapia Intensiva. **Material y métodos.** Se evaluaron 35 individuos de la Unidad de Terapia Intensiva mediante el instrumento de medición Maslach Burnout Inventory. Se determinaron tres variables: 1) Agotamiento emocional. 2) Despersonalización. 3) Realización personal; se categorizaron en tres niveles: alto, medio y bajo. **Resultados.** 6% de los individuos presentó agotamiento emocional alto, 17% medio y 77% bajo. El 3% presentó despersonalización alta, 11% media y 86% baja. En cuanto a realización personal, 23% presentó nivel alto, 17% medio y 60% bajo. **Conclusión.** En el grupo encuestado no se presentaron los criterios completos para el diagnóstico de síndrome de Burnout, pero sí una baja realización personal.

Palabras clave. Agotamiento emocional. Despersonalización. Realización personal.

ABSTRACT

Background. Burnout syndrome is common in medical practice and health personnel, with an incidence of 25 to 60%. Risk factors identified for the development of burnout syndrome are the number of medical guards and weekly hours of working time. **Objective.** Determine the prevalence of burnout syndrome in staff of the Intensive Care Unit. **Material and methods.** We evaluated 35 individuals of the Intensive Care Unit by the meter Maslach Burnout Inventory. There were identified three variables: 1) Emotional exhaustion, 2) Depersonalization and 3) Personal accomplishment; which were categorized at three levels: high, medium and low. **Results.** 6% of individuals presented high emotional exhaustion, 17% medium and 77% low. The 3% had high depersonalization, 11% average and 86% lower depersonalization. As for personal fulfillment, 23% had high, 17% medium and 60% low personal accomplishment. **Conclusion.** Our results show that the evaluated group had no full criteria for diagnosing Burnout syndrome, but was characterized by reduced personal accomplishment.

Key words. Emotional exhaustion. Depersonalization. Personal accomplishment.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout se define como un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear en el día a día.¹

El síndrome del Burnout es común en la práctica médica y en el personal de salud, con una incidencia de 25 a 60%.² En un estudio aleatorizado con una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria, Thomas, *et al.*³ mostraron que los médicos del género femenino tenían 60% más de probabilidad de

presentar signos o síntomas de desgaste en comparación con los del género masculino. Generalmente, la carga de trabajo está relacionada con la dimensión del agotamiento emocional. Gopal, *et al.*⁴ identificaron como factor principal para el síndrome de Burnout el número de guardias al mes, así como el número de horas de trabajo semanales.⁴ El 12.4% de trabajadores presentaron cefaleas como síntoma único de sufrir estrés laboral, 10.2% alteraciones del sueño y 10.2% sensación continua de cansancio. Es decir, cerca de 30% de trabajadores presentaron algún síntoma psicossomático debido a las condiciones de trabajo.⁴

* Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía. Unidad de Medicina Intensiva, **Unidad de Medicina Intensiva, ***Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Fundación Clínica Médica Sur.

Correspondencia:

Karla Gómez-Hernández

Licenciatura en Psicología y Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica. Unidad de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur
Tel.: 5424-7200, Ext. 4139. Correo electrónico: kleviosa@hotmail.com

OBJETIVO

El objetivo primario de este trabajo fue conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo descriptivo en el que se incluyó a todo el personal médico y de enfermería de la UTI de la Fundación Clínica Médica Sur que aceptó participar durante los turnos matutino, vespertino y nocturno a lo largo de una semana aproximadamente. Se excluyeron aquellos individuos que no aceptaron participar en la evaluación. A cada uno de los evaluados se les explicó el objetivo de la investigación y firmaron la carta de consentimiento informado. Dicho protocolo fue aceptado por el Comité de Ética de la Fundación Clínica Médica Sur.

Se utilizó como instrumento de medición el Maslach Burnout Inventor (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson en 1986. La muestra correspondió al personal médico y de enfermería de la UTI durante los turnos matutino, vespertino y nocturno. Dicha herramienta está formada por 22 ítems, en donde el sujeto valora, mediante un rango de seis adjetivos, con qué frecuencia experimenta cada uno de las situaciones descritas en los ítems.⁵

Con base en la encuesta aplicada se evalúan tres variables.⁵

- **Agotamiento emocional.** Combinación de fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.
- **Despersonalización.** Presencia de sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja, asociada a automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.
- **Realización personal en el trabajo.** Sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.

Los resultados se reportaron en términos de prevalencia de síndrome de Burnout. El análisis se hizo en función de los resultados de la prueba MBI.

RESULTADOS

De 50 individuos que laboran en la UTI, únicamente 35 aceptaron participar en el estudio. La edad promedio fue de 30 años; 23 del género femenino y 12 del género

masculino. En relación con el estado civil del grupo estudiado, 13 eran casados, tres divorciados y 19 solteros. Con respecto al número de jornadas laboradas, 19 laboraban una sola jornada (nueve en el turno matutino, cinco en el vespertino y cinco en el nocturno). El número de encuestados con dos jornadas laborales fue de 11, seis combinaban el turno vespertino-nocturno y cinco el matutino-nocturno y cinco tres jornadas laborales. Del total de los individuos, 19 no tenían hijos; 10 tenían uno; cinco, dos hijos y dos, tres hijos. En relación con el grado escolar, 29 contaban con Licenciatura en Enfermería, cinco médicos residentes en curso de subespecialización en Medicina del Enfermo en Estado Crítico y una Licenciada en Ciencias Farmacéuticas.

De acuerdo con el análisis de los resultados obtenidos, las cifras relevantes fueron las siguientes: dos individuos presentaron agotamiento emocional alto, uno del género femenino y uno del género masculino, uno era soltero y el otro, casado; ambos sin hijos. Uno laboraba en el turno nocturno y trabajaba el día completo; las edades de los individuos fueron 28 y 29 años, respectivamente. Veintiún individuos presentaron realización personal baja, 14 del género femenino y siete del género masculino; ocho del turno nocturno, seis del matutino y tres del vespertino; tres médicos residentes y 18 enfermeros; nueve casados y 12 solteros; 13 con hijos y ocho sin hijos; 18 con una jornada laboral, tres con dos jornadas laborales; tres estudiaban y trabajan; la edad registrada fue entre 20-40 años. Un individuo del género masculino presentó despersonalización alta: turno nocturno, soltero, sin hijos, con dos jornadas laborales, 29 años de edad.

Con base en las variables evaluadas, los resultados obtenidos fueron los siguientes: en cuanto al agotamiento emocional, 27 individuos presentaron nivel bajo; seis, nivel medio, y dos, nivel alto. Para despersonalización, 30 presentaron nivel bajo; cuatro, nivel medio y uno, nivel alto. Con respecto a la realización personal, 21 presentaron nivel bajo, seis nivel medio y ocho nivel alto (Tabla 1).

Tabla 1. Características del grupo encuestado.

	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)
Agotamiento emocional	6	17	77
Despersonalización	3	11	86
Realización personal	23	17	60

DISCUSIÓN

En un estudio en residentes de Medicina Interna, Shanafelt, *et al.*⁶ reportaron elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional; 76% de los residentes reunían criterios de síndrome de Burnout. Esto se asoció con la percepción de que los pacientes a su cargo no recibían un cuidado óptimo.⁶

Martini, *et al.* investigaron la prevalencia de este síndrome entre diferentes especialidades médicas de Estados Unidos, concluyendo que 50% de los residentes reunían criterios de síndrome de Burnout (rango: Medicina Familiar 27% y Gineco-obstetricia 75%) y su asociación al hecho de ser soltero, estar en primer año de la residencia y a presentar estrés e insatisfacción con la institución en la cual trabajaban.⁷ Por su parte, Belloch, *et al.*⁸ describieron que en residentes de Medicina Interna la despersonalización fue de 17.8%, el agotamiento emocional de 7.1% y la falta de realización profesional de 23.2%. Estos indicadores se asociaron a ser soltero, estar insatisfecho con el trabajo y pobre reconocimiento por parte de los pacientes y sus jefes. No estuvo asociado a factores económicos.

Thomas, *et al.*⁹ realizaron una revisión de 15 artículos de síndrome de Burnout y llegaron a ciertas conclusiones: el síndrome de Burnout es frecuente entre los residentes y puede estar vinculado a depresión y problemas en el cuidado de los pacientes; sin embargo, no se ha identificado asociación causal demográfica o con características de la personalidad de los médicos que permita identificar a los residentes con elevado riesgo de desarrollar síndrome de Burnout. Dieringer¹⁰ señaló que los residentes de la provincia de Misiones presentaron una prevalencia de síndrome de Burnout de 16% (52% de alto nivel de cansancio emocional, 52% de alto nivel de despersonalización y 23% de bajo nivel de realización personal). En un estudio realizado en la residencia del Hospital Italiano de Buenos Aires en 2004, se estimó una prevalencia de síndrome de Burnout de 19.59% (64% de alto cansancio emocional, 64% de alta despersonalización y 28.35% de baja realización personal). No se encontró asociación significativa con el género, edad y año de residencia.¹¹

Los factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de síndrome de Burnout son edad, género, estado civil, hijos, clima laboral competitivo, prolongadas jornadas hospitalarias, pocas horas de sueño, tipos de personalidad, entre otras. Para diagnosticar el síndrome de Burnout se deben cumplir los tres criterios diagnósticos: despersonalización, realización personal baja y agotamiento emocional alto. Es importante señalar que los resultados

de este estudio son interesantes en el sentido de que el grupo encuestado presentaba algunos de los criterios para el diagnóstico de síndrome de Burnout sin cumplir criterios completos. De éstos, predominaron la realización personal baja (prevalencia de 60%) y el agotamiento emocional (prevalencia de 6%). Estos datos se interpretan como un Burnout contenido por los mecanismos de defensa; de los que predomina la negación y la disociación con la realidad que se vive día con día. Lo cual puede estar en relación con la necesidad de mantener la estabilidad emocional que impacte en un buen desempeño laboral. Estos resultados reflejan una buena comunicación y un ambiente laboral afectivo, lo que ayuda a contener la manifestación completa del síndrome de Burnout.

Con base en los resultados de este estudio, se destaca una prevalencia de 60% de baja realización personal, 6% de prevalencia de agotamiento emocional alto y 3% de despersonalización alta; por lo que se implementaron diferentes medidas terapéuticas dentro de las que destacan: la intensificación de cursos de capacitación, inducción al puesto, realización personal, convivencia y estímulos afectivos para reconocer los logros personales. Dichas medidas se determinarán en un siguiente estudio donde se evaluará el impacto de estas maniobras.

Los resultados obtenidos de este estudio, a diferencia de lo reportado en la literatura, pueden estar relacionados con que las manifestaciones del desgaste o estrés laboral no están claramente definidas o que la definición del síndrome es difusa. Los síntomas pueden manifestarse de manera egosintónica, esto es, que el individuo no detecta en la conciencia lo que le está sucediendo y por ello no se refleja en la prueba. Dichas manifestaciones pueden ser las siguientes:

- **Ausencia de compromiso emocional.** La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.¹²
- **Disociación instrumental extrema.** Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de petición de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.¹²
- **Embotamiento y negación.** La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.¹²
- **Impulsividad.** La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones rei-

teradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.¹²

- **Desmotivación.** Se asocia con la pérdida de auto-realización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.¹²
- **Manifestaciones psiquiátricas.** Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).¹²
 - a) *Somáticas.* Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endocrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos.¹²
 - b) *Organizacionales.* Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.¹²

Se ha demostrado que existe correlación entre el síndrome de Burnout y entidades como depresión, ansiedad o trastorno de adaptación.¹³

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que el grupo encuestado, a pesar de no cumplir con criterios completos de síndrome de Burnout, se caracterizó por insatisfacción con la actividad y desempeño laboral, manifestado por una baja realización personal, presente en 60%.

El grupo médico y de enfermería son un grupo vulnerable en cuanto al desgaste profesional a causa de las

condiciones laborales diarias, por lo que es importante que el equipo considere atención psicológica que permita la expresión de los síntomas propios de la actividad diaria para prevenir la manifestación patológica que impacte directamente en el desarrollo personal y profesional.

REFERENCIAS

1. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Organiz Behav* 1981; 2: 99-113.
2. Poncet M, Toullic P, Papazian L. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Crit Care Med* 2007; 175: 698-704.
3. Thomas E, Sexton J, Helmreich R. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003; 31: 956-9.
4. Gopal R, Glasheen J, Miyoshi T, Prochazka A. Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2595-600.
5. Gil M, Peiro J. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra mutiocupacional. *Psicothema* 1999; 11: 679-89.
6. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J. Burn-out and self reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-67.
7. Martini S, Arfken C, Churchill A. Burnout comparasion among residents in different medical specialities. *Acad Psychiatry* 2004; 28: 240-2.
8. Belloch S, Renovel V, Calabuig J. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialities. *An Med Interna* 2000; 17: 118-22.
9. Thomas N. Resident burnout. *JAMA* 2004; 2: 2880-9.
10. Dieringer Y. El Síndrome de Burnout y su impacto en residentes de salud de la provincia de Misiones. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105: 236-40.
11. Durante E, Augustovski F, Catsicaric C, Eymann A, Reboiras F, Faingold D. El desgaste profesional entre los residentes de un Hospital Universitario en Argentina. VII Conferencia Argentina de Educación Médica. 2005
12. Catsicaric C, Eymann A, Cacchiarelli N, Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105: 236-40.
13. Kaschka, Korczak W, Broich D, Burnout K. A fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 781-7.