

# **Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Agotamiento Profesional en residentes de diferentes especialidades médicas: Una revisión de la literatura de los últimos 15 años**

María Ximena Chaparro Yoda – Laura Cristina Otálora Holguín – María Claudia Espejo

## **Resumen**

**Introducción** El Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP), es común en los trabajadores de la salud, particularmente en los expuestos a altos niveles de estrés en el trabajo e incluye el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se considera que los médicos residentes presentan una mayor prevalencia del síndrome que los médicos debido a que se encuentran en entrenamiento, período en el cual están sometidos a alta carga laboral debido a las largas horas de trabajo, horarios irregulares, privación de sueño, intensas demandas emocionales, así como la presión de dominar un gran conocimiento clínico.

**Objetivo.** Determinar la prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout en la población de médicos residentes.

**Metodología.** Se realizó una búsqueda de artículos en la base de datos electrónica Pubmed, seleccionando aquellos publicados entre los años 2001 al 2016, tanto en idioma inglés como en español, a texto completo y enfocados en estudios en médicos residentes.

**Resultados.** Los hallazgos sugieren que el Síndrome de Agotamiento Profesional o Burnout es altamente prevalente, que varía de acuerdo a la residencia que se esté realizando, encontrando un promedio del 50% con un rango de 27% a 75% entre las diferentes especialidades de la población estudiada y, en consecuencia, puede constituir un problema de salud que amerita atención en cada Institución, esto a pesar de que la prevalencia pueda variar de un lugar a otro y en las diferentes especialidades.

**Conclusiones.** El SAP o Burnout constituye un problema de salud entre la población de médicos residentes, lo que sugiere la conveniencia de diseñar medidas para su prevención como informar en la inducción al programa de residencia sobre el riesgo de la aparición del síndrome y sus síntomas, consultar tempranamente ante signos de alarma, adecuar el sistema de vigilancia epidemiológica para que incluya esta condición específica y ajustar o disminuir la carga laboral entre otras.

## **Introducción**

El Síndrome Agotamiento Profesional (SAP) o también llamado Síndrome de Burnout, considerado según la Organización Mundial de la Salud como de origen laboral, es común en los trabajadores de la salud, particularmente en los expuestos a altos niveles de estrés en el trabajo (1). El SAP incluye los siguientes elementos: agotamiento emocional (sobre-extensión emocional y agotamiento), despersonalización (actitud negativa, insensibilidad en respuesta a la necesidad de otros), y baja realización personal (sentimientos de incompetencia y bajo rendimiento). (2,3,4,5).

El término *burnout* fue acuñado por el psicoanalista Herbert Freudenberger en 1974 en un

artículo titulado "Staff Burnout" en el que hablaba de la insatisfacción laboral provocada por el estrés relacionado con el trabajo (5), que equivale a desgaste, tras observar el personal de salud después de varios meses de trabajar con pacientes (Freudenberger HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues,). No obstante, la definición de Maslach y Jackson es quizás la más citada: *"es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas"* (6).

Schaufeli, Leiter y Maslach, concluyen que la definición de Agotamiento Profesional varía en la literatura científica según el contexto, el alcance, la precisión, e incluso las intenciones de quien la usa. Sin embargo, concluyeron que todas coinciden en cinco aspectos:

1. Predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, aunque no es el único (es un síndrome que implica aspectos negativos).
2. El acento está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos (es psíquico).
3. Es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional).
4. Sus síntomas son observados en individuos "normales" y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad).
5. Existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica (afecta la productividad). (7)

El SAP o Burnout parece ser un conjunto difuso de muchas definiciones. En la literatura se pueden encontrar una multitud de síntomas de agotamiento, de teorías y de modelos explicativos. Existen diferentes mediciones del Agotamiento Profesional, pero hasta ahora ninguna ha logrado una validez general establecida (8). A pesar de que hasta el momento no existe ningún procedimiento normalizado válido, general e internacional para obtener un diagnóstico de agotamiento (8,9), el Maslach Burnout Inventory (MBI), que es un instrumento creado por Cristina Maslach en los años 80s, es el que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones; en él se le plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación con su interacción con el trabajo (10). El MBI es una herramienta sensible para detectar la ocurrencia del síndrome, aunque, probablemente, posea una especificidad limitada para identificar a trabajadores en riesgo de fatiga profesional (9).

Debido a que el MBI no discrimina el peso relativo de cada ítem y su conjunto no permite evaluar diferencias en los componentes que examina, tampoco tiene puntos de corte clínicamente validados por lo que no logra distinguir entre "Síndrome de Agotamiento Profesional debido a estrés" e "incapacidad mental debida al Síndrome de Agotamiento Profesional" (11). No obstante, el MBI permite la detección oportuna del síndrome y posibilita que nuevos instrumentos de evaluación médica y psicológica corroboren o descarten su presencia. (8,9)

El MBI consta de 22 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert. Este instrumento evalúa las tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones y bajas en la tercera definen la presencia del síndrome, mismo que fue estratificado en tres grados (bajo, medio o alto) (4, 8, 12).

A pesar de que los informes de todo el mundo sugieren que alrededor de un tercio de la

mitad de los médicos experimentan SAP (13), hasta el momento no existe ningún procedimiento normalizado válido, general e internacional para obtener un diagnóstico de agotamiento. En la actualidad, el diagnóstico se hace conforme a la experticia del médico y en esta parte radica la importancia del conocimiento clínico del síndrome. El problema general es medir un fenómeno que no está definido con exactitud (8). El análisis se ha convertido en un problema, ya que no se reconoce como una enfermedad mental y no se encuentra en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM IV, ni se incluyó en la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V) (14). No obstante, la comprensión de los resultados asociados con el agotamiento es fundamental para comprender sus efectos sobre el médico y el sistema de salud (15).

Entre los colectivos más afectados se destaca el personal sanitario y, entre ellos, especialmente los médicos, dado que la sobrecarga asistencial que soportan es elevada (16). La evidencia sugiere que se están experimentando niveles epidémicos de agotamiento, insatisfacción y estrés relacionado con el trabajo, factores que parecen ser un motivo de especial preocupación (17).

Según las publicaciones de los últimos años, el estudio del SAP ha aumentado en profesionales de la salud, secundario a las intensas demandas emocionales del entorno de trabajo. La formación de residencia, en particular, puede causar un importante grado de agotamiento (10).

La Residencia se considera el mejor método disponible para capacitar a médicos (18). Es una etapa de su formación como especialistas durante la cual trabajan largas jornadas y, asimismo, la responsabilidad hacia la vida de los pacientes aumenta. (19). Aunado a esto, la acumulación de responsabilidades desproporcionadas y el agotamiento físico puede establecer el escenario para la aparición del síndrome (10) e influye en el rendimiento y la eficiencia de los profesionales (19). A nivel mundial hay reconocimiento del impacto potencial de agotamiento del médico en la productividad, existiendo una relación negativa entre los dos (20).

Cuando los médicos residentes prestan menos atención a su bienestar y al manejo del estrés, se entiende que estos profesionales no emplean estos conceptos para su propio beneficio, lo cual contrasta con el hecho de que también son responsables de promover la salud de una manera más amplia e integral para sus pacientes, es decir, se deberían incluir no sólo los aspectos físicos de la misma, sino también los psicológicos (18).

De otro lado, los médicos residentes afectados pueden propiciar un ambiente laboral hostil, suelen establecer relaciones difíciles con los compañeros de trabajo y presentar baja satisfacción laboral, además de altas tasas de ausentismo y rotación (20, 21). Consecuentemente, los pacientes se exponen a fallas en la práctica del acto médico (22), existiendo reportes de análisis univariados que sugieren que el agotamiento emocional y la despersonalización específicamente son las esferas relacionadas con los errores médicos (23), lo que, a su vez, produciría insatisfacción de los pacientes y reducción de la adherencia a los planes de tratamiento, aumento de los errores médicos y disminución de la empatía (24, 25, 26); por ende, se ven afectadas tanto sus competencias técnico-instrumentales (de exploración, diagnóstico y tratamiento) como las motivacionales y psicosociales (perspectivas de desarrollo, expectativas profesionales, procesos de relaciones interpersonales en el trabajo) (27).

Esta situación no sólo es estudiada por los investigadores, sino que también es percibida por los especialistas en formación. Estudios han examinado la relación entre el agotamiento en médicos residentes y los auto-reportes de errores, en ellos se afirma que el aumento de síndrome y la reducción de la empatía emotiva y cognitiva con el paciente, se asociaron con mayores probabilidades de error en la percepción subjetiva (28); sin embargo, no está claro si esta autopercepción es real o si simplemente los residentes con el síndrome creen que están errando de forma más frecuente que la reportada (29).

La tasa de agotamiento en los residentes de diversas especialidades varía de 18% a 80% (5, 15); la prevalencia de síntomas de agotamiento entre los médicos residentes en los Estados Unidos a través de una amplia gama de especialidades, es mayor que entre los médicos graduados (37,9% vs. 27,8%) y las especialidades más afectadas son las de emergencia seguida por medicina familiar y medicina interna. Otros estudios señalan que hasta un 60% de los médicos reportaron síntomas de agotamiento (2) y, en publicaciones adicionales, la prevalencia hallada fue de 89.66% en diversas especialidades clínicas, mayor a la encontrada prevalentemente (4).

Además de la afección psicológica, los médicos afectados con SAP van a tener síntomas psíquicos y físicos (17) tales como cansancio, cefalea, depresión, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, ideas negativas sobre sí mismos, irritabilidad, ideas suicidas, falta de autoestima y abuso de sustancias (19).

Se ha demostrado que el SAP es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades de tipo coronario como infarto agudo de miocardio, además de favorecer la disminución de la capacidad fibrinolítica y la actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, produciendo una menor respuesta al estrés. La desregulación del eje se manifiesta por disminución de la respuesta del cortisol al despertar, hiper o hipoadrenalismo, aumento de la concentración de citoquinas proinflamatorias y los biomarcadores de inflamación como la PCR y el fibrinógeno. Altera la función cardiovascular y su neuroregulación por el sistema nervioso autónomo y se asocia con aumento del tono simpático al corazón y los vasos sanguíneos después de estrés mental y reducción de la sensibilidad barorreflexa arterial (14).

Varios estudios han reportado una asociación entre el Agotamiento Profesional y componentes del síndrome metabólico (tales como niveles de triglicéridos y glucosa elevados y los niveles de colesterol HDL reducidos), un elevado nivel de HbA1 y aumento del riesgo de enfermedad aterosclerótica (30).

Además, existen hallazgos que sugieren asociación del síndrome con un aumento de 1,84 veces en el riesgo de diabetes tipo 2 en trabajadores aparentemente sanos, incluso después de controlar diversas variables potenciales de confusión, teniendo en cuenta que la diabetes no estaría mediada por la hipertensión. La implicación de salud importante de este hallazgo es que la resistencia prolongada del estado afectivo del agotamiento puede establecer el escenario para diversos procesos fisiopatológicos que pueden culminar en deterioro de la salud, tales como la aparición de la diabetes tipo 2. Los corticosteroides y catecolaminas, los principales mediadores del estrés, pueden inducir eventos inflamatorios y metabólicos y culminar en el síndrome de resistencia a la insulina, la diabetes tipo 2, y el síndrome metabólico (31). Además, el Síndrome de Agotamiento se ha asociado con trastornos del sueño, en particular insomnio, que, a su vez, ha demostrado estar asociado con la diabetes tipo 2 en algunos estudios, por lo tanto, estos

hallazgos sugieren la presencia de otro mecanismo complementario para la asociación entre el agotamiento y la diabetes (31,32).

Adicionalmente, con frecuencia los residentes no tienen adecuados hábitos de vida en cuanto a alimentación ni actividad física debido a la escasa disponibilidad de tiempo libre, lo que aumenta el riesgo de padecer enfermedades metabólicas. Varios estudios han señalado una asociación entre la actividad física y el beneficio para prevenir el síndrome; sin embargo, coinciden en que los médicos residentes son menos propensos a participar en estas actividades regularmente (3).

Los hallazgos antes mencionados acerca del impacto del agotamiento en el ámbito físico pueden ser uno de los posibles resultados del padecimiento del síndrome y la disfunción fisiológica secundaria. En oposición, varios estudios concluyen que la capacitación para manejar las emociones, controlar y evitar el padecimiento del agotamiento, puede aumentar el tono vagal al corazón y es cardioprotector. (31)

El síndrome de agotamiento, por tanto, abarca una amplia gama de perturbaciones psicológicas y físicas que afectan negativamente a la salud, las relaciones sociales, la calidad de vida y el bienestar del trabajador (33) y, lógicamente, es una enfermedad profesional que debe ser reconocida y tratada a tiempo (29, 34). Por ende, la prevención, la identificación y el tratamiento temprano, son relevantes para evitar consecuencias graves para la salud y el deterioro en la relación médico-paciente. La prevención debe incluir información general desde el proceso de inducción, mayor control del trabajo por parte del residente, reuniones grupales, comunicación continua con los superiores, ajuste de horarios, ya que un gran número de estudios sugieren que la reducción de las horas de trabajo en los turnos de guardia puede dar lugar a un menor número de errores médicos. Asimismo, se deben implementar programas de asistencia cuando se detectan los primeros síntomas y actividades a los trabajadores de la salud (35).

## **Metodología**

Se realizó una revisión de la literatura basada en la búsqueda de artículos en la base de datos electrónica Pubmed, utilizando estrategias como palabras claves y la combinación de ellas. Se tuvieron en cuenta artículos publicados desde enero de 2001 hasta septiembre de 2016; la búsqueda se limitó a revistas en idioma inglés y español.

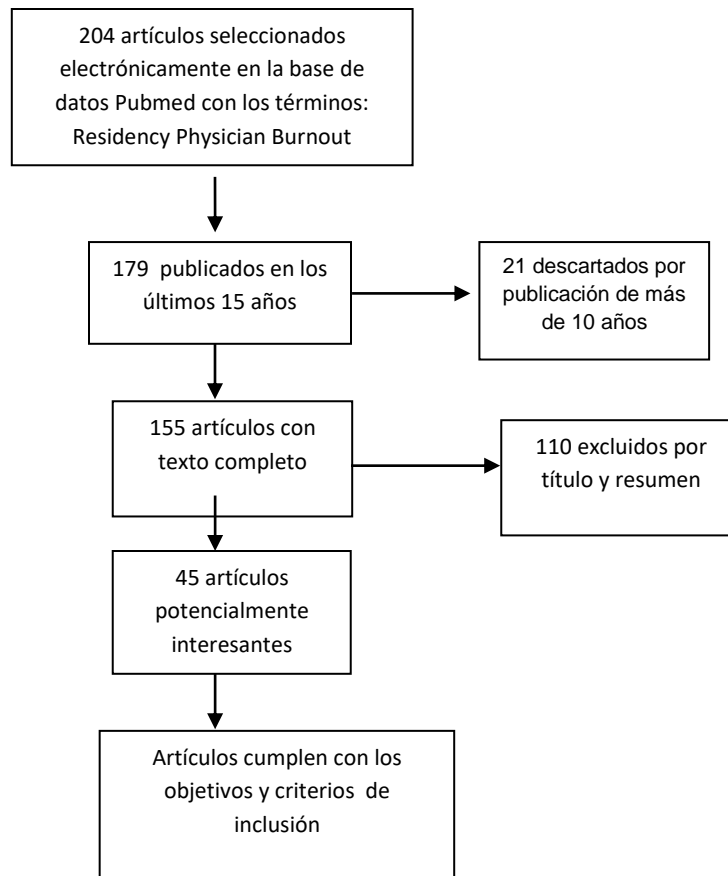
Se efectuó la búsqueda con los términos mesh: Burnout en residencias, Burnout en médicos residentes, Síndrome de Burnout, agotamiento, Desgaste Profesional, factores de riesgo asociados a Burnout, encontrando, inicialmente, 204 artículos que fueron depurándose al delimitar la búsqueda por años, idioma y texto completo. Después de una revisión de títulos y resumen, se eligieron los artículos potencialmente interesantes, de los que se seleccionaron los que cumplían con los criterios necesarios para la revisión (figura 1).

Se hizo una abstracción de datos en hoja de cálculo para evaluar y resumir los artículos, teniendo en cuenta año de publicación, autores, objetivos de los estudios, muestras seleccionadas, resultados, conclusiones y las prevalencias en médicos residentes de diferentes especialidades. Posteriormente, se definió la pertinencia de cada uno. Se

incluyeron estudios de prevalencia y de variables asociados al síndrome en residentes, revisiones acerca de los efectos en la salud y revisiones sistemáticas.

Los criterios que se determinaron como de inclusión fueron:

1. Artículos que cumplan con el objetivo de estudio.
2. Artículos que se encuentren en la base de datos Pubmed con texto completo.
3. Deben estar en el período de tiempo seleccionado para la revisión que no supere los últimos 15 años.
4. Artículos escritos en idioma Inglés y Español.
5. Estudios enfocados en médicos residentes.



**Figura 1.** Criterios para la búsqueda y selección de los estudios sobre Síndrome de Agotamiento Profesional en residentes de especialidades médicas en los últimos 15 años

Se excluyeron artículos centrados en estudiantes de medicina, médicos generales que aún no estaban realizando alguna residencia y especialistas ya graduados; estudios que no evaluaran los componentes que definen el SAP (agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la personalización en el trabajo).

Con esta revisión se pretende observar la prevalencia del síndrome en médicos residentes en los últimos 15 años a nivel mundial, conocer las variables asociadas, algunos efectos en la salud y en el sistema, teniendo en cuenta que en ellos hay una mayor sobrecarga de trabajo y responsabilidades.

## Resultados

Para esta revisión se tuvieron en cuenta 47 artículos, en los que se pudo observar que hay diversos estudios sobre el Agotamiento Profesional en residentes de diferentes países, la mayoría de estos en busca de la prevalencia y los factores asociados, basados en que se ha encontrado asociación con un estado de salud paupérrimo, abuso de sustancias, tendencia a la depresión, mayor ansiedad y pensamientos suicidas (19). Todos los estudios tuvieron en cuenta la escala de Maslach y cuestionarios demográficos.

Los altos niveles del SAP pueden influir negativamente en la calidad de la atención de los médicos y se asocia con errores autorreportados (errores en medicación) y en la atención subóptima (22).

Teniendo en cuenta una revisión sistemática respecto al porcentaje observado de residentes con SAP, Thomas realizó una revisión en el año 2004, demostrando una presencia elevada del síndrome en todos los estudios con un máximo del 76% en residentes de medicina interna (39).

Las prevalencias en los servicios de Urgencias en cuanto al agotamiento emocional, despersonalización y baja realización fueron 33%, 59% y 59% (2) respectivamente, mientras que en el estudio de Mohammad et al en residentes iraníes fueron de 56%, 66% y el 78%; en este mismo estudio se evaluó el grado de estrés entre el primero, segundo y tercer año de residencia, teniendo como resultado que los residentes de primer año informaron experimentar más estrés que los de los otros años, esto debido al miedo, a las malas prácticas, sobrecarga de trabajo, relación con otros servicios, atención a pacientes ancianos, habilidades insuficientes, implementación de nuevas tecnologías y dificultades para equilibrar la vida profesional y privada; no obstante, al realizar una evaluación en los residentes de tercer año que están próximos a enfrentarse al ámbito laboral, se encontró una baja realización personal reflejada en estrés y autoestima deficiente (30).

Durante el estudio llevado a cabo por González et al, realizado en residentes de Oncología, se encontró que la prevalencia del SAP fue del 13.5% con una mayor frecuencia en el primer año de la especialidad y un descenso gradual conforme iba avanzando el tiempo de residencia; en sus dimensiones se halló un mayor agotamiento emocional y baja realización personal, y se explica por la incorporación a una estructura nueva y dinámica de trabajo diferente, atención de enfermedades neoplásicas, ritmo de actividades clínicas complementarias y distribución de cargas de trabajo (36).

Según el estudio realizado por Dave W. et al, entre todas las especialidades, la medicina de emergencias experimenta los más altos niveles de agotamiento comparado con otras en más de un 60%, y los residentes tienen más probabilidades de detección de depresión 47% vs. 18% que los médicos especialistas graduados (22). Otro estudio concuerda en que el SAP se presenta con mayor prevalencia en la residencia de medicina de emergencias, seguido por medicina familiar y medicina interna; además encuentra una tasa global en los Estados Unidos del 37.9% en residentes vs 27.8% en médicos

graduados (2). Por otro lado, Martini et al, en su estudio de Agotamiento en diferentes especialidades, reporta una tasa global del 50% con un rango de 27% a 75% entre las diferentes especialidades. En estas las tasas fueron: 75% ginecoobstetricia, 63% medicina interna, 63% neurología, 60% oftalmología, 50% dermatología, 40% cirugía general, 40% psiquiatría y 27% medicina familiar (15). En Turquía se encontró una prevalencia en residentes de pediatría del 27.5% y en los de medicina interna del 33.3%. (38)

En residentes de otorrinolaringología de Estados Unidos se clasificó la presencia del SAP en leve, moderado y severo, desagregados así: leve 23%, moderado 66% y severo 11%. En este artículo se menciona como en el 69% de los programas de otorrinolaringología carecen de mentores asignados, y que el 89% de los residentes encuestados refieren que la tutoría es importante para su formación. En cuanto a las escalas específicas se encontró que el agotamiento emocional presentaba una prevalencia del 52%, la despersonalización el 34% y la baja realización personal 38% (43).

En Grecia, un estudio aplicado a 154 residentes, evidenció que el 49.5% de estos cumplieron con criterios para uno de los elementos del síndrome, agotamiento emocional, y el 31% se encontraban en las 3 escalas (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal); entre las causas se reportó insatisfacción con la calidad en su formación clínica, sus actividades de educación médica continua y la mayoría reporta que sus supervisores son indiferentes a su formación (19).

Una revisión sistemática en residentes de ginecoobstetricia realizada por Shahla et al, reporta una tasa de prevalencia global de agotamiento en las tres escalas de un 44% (26). Estudios diferentes en residentes de ginecoobstetricia en España encontraron una prevalencia del 58% del SAP. Con base en estos hallazgos se puede concluir que la prevalencia del síndrome en esta especialidad es alta y puede estar influenciada por: trabajo intenso, autonomía limitada, largas jornadas de trabajo, privación del sueño y responsabilidades clínicas que la caracterizan (10).

En esta revisión se encontró discrepancia en cuanto a la asociación del agotamiento con el género. Algunos estudios mostraron que las mujeres residentes obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los residentes masculinos en la subescala de despersonalización, agotamiento emocional, y subescalas de logro personal, mientras que otras publicaciones han mostrado lo contrario. (5). Lo anterior podría deberse a que los estudios se han llevado a cabo en residentes de diferentes especialidades y en cada una de ellas puede predominar un género más que otro, por ejemplo un estudio en México concluye que las mujeres son más vulnerables para desarrollar el síndrome, ya que realizan doble jornada, esto se refiere a tareas en el hogar, trabajo e incluso medio social. En este estudio se encontró una prevalencia en mujeres de 44% y en hombres del 39.39%, con una prevalencia general del 89.66%; en cuanto a las tres esferas el agotamiento emocional se observó en el 41.38%, la despersonalización en el 54.31% y la baja realización personal 41.38% (4). Distintos reportes en los residentes de medicina interna no asociaron el sexo con el inicio del síndrome (40).

En cuanto a otras variables relacionadas con el SAP, se ha estudiado la asociación con el matrimonio y la crianza, hallando que el 65.2% de los residentes solteros desarrollaban agotamiento mientras que solo el 40% corresponde a los casados. También se ha demostrado que la paternidad puede actuar como un factor de protección contra el desgaste porque la crianza de los hijos tiene un posible efecto de humanización en los residentes, lo que resulta en menos desprendimiento y despersonalización; sin embargo,



otros estudios mostraron que la paternidad no tiene ningún efecto sobre el síndrome (5). Terrones et al, concuerda en su estudio en que los solteros tienen mayor afección por el Agotamiento Profesional en un 43.59% (4).

Estudios sobre los factores asociados al SAP en residentes de medicina de emergencia de Estados Unidos, reportaron que el 65% de los residentes cumplían criterios para agotamiento; dentro de las variables estudiadas se detectó que los varones con pareja tenían una mayor prevalencia del síndrome, 80% vs el 65%, que se encontró en mujeres con pareja, esto sugiere la posibilidad de que las relaciones personales pueden interferir con el estrés en el trabajo (2).

Otra variable fue la asociación con la actividad física. Se observó que los residentes que hacían actividad física eran menos propensos y aquellos con mayor IMC se asociaron con mayor probabilidad agotamiento, OR: 1.19. (3).

El número de horas de trabajo también pareció ser un factor preponderante: los residentes que trabajaban más de 80 horas tenían tasas más altas de SAP (69,2%) en comparación con los que lo hacían menos horas 38,5% (15). En promedio, los residentes trabajan 64 horas por semana y el 60% de estos necesitan un segundo empleo, encontrando en ellos alto agotamiento emocional y despersonalización (41).

Una de las razones para estudiar el grupo poblacional de residentes, radica en que se ha encontrado que durante sus años de formación están vulnerables a presentar depresión, ansiedad y riesgo de suicidio. El estudio de Jiménez et al, evaluó 108 médicos residentes al inicio, a los seis meses y al final de la residencia en donde el 3.7% informaban síntomas de depresión, 38% ansiedad y 1.9% signos de riesgo de suicidio al inicio; no obstante, al pasar el tiempo en las residencias estos valores aumentaron, 22.2%, 56.5% y 7.4% respectivamente. Este estudio no encontró asociación por especialidad, sexo o estado civil (42).

La influencia de la personalidad en el desarrollo del SAP sigue siendo un tema no aclarado. Los rasgos de personalidad obsesivos parecen ser adaptables para los médicos y no se asoció a ninguna de las dimensiones de agotamiento; por el contrario, los rasgos de evitación, dependencia, antisociales y pasivo-agresivos se correlacionaron con puntuaciones más altas de agotamiento emocional, mientras que las personalidades narcisistas, histriónicas, compulsivas y esquizoides no se correlacionaron con la presencia del síndrome (39).

Aunque los médicos están formados para dedicar tiempo a los pacientes, el 44,7% de los residentes en Grecia sentían que dedicaban una cantidad considerable de tiempo para el cuidado de sus pacientes lo que daba lugar a un mayor agotamiento emocional (19).

La mayoría de los estudios concuerdan en que algunos de los factores que influyen en la aparición del SAP, son: largas jornadas de trabajo, bajo salario, enseñanza insuficiente, falta de sueño (38, 43, 44, 45).

## **Discusión**

Con esta revisión se identificaron las prevalencias en el mundo del Síndrome de Agotamiento Profesional en residentes, conociendo los factores asociados y su impacto en la práctica médica. El Agotamiento ha sido ampliamente estudiado y al buscar artículos

se evidencia la tendencia creciente sobre la aparición de la afección, no solo en el área de la salud sino en múltiples profesiones. Por tal razón, se realizó una depuración de artículos eligiendo aquellos relacionados con el Agotamiento Profesional en médicos residentes.

El fin de efectuar una revisión de la literatura acerca del agotamiento en residentes radica en que la residencia es una etapa estresante y se ha asociado con el deterioro del estado de salud, el abuso de sustancias, tendencia a la depresión, ansiedad y, en algunos casos, hasta pensamientos suicidas; además, interfiere con la capacidad del individuo para establecer buenas relaciones interpersonales con los demás, realizar diagnósticos acertados y en la adecuada toma de decisiones.

El agotamiento puede ser una condición única o, en la mayoría de casos, asociada a otros trastornos mentales, que no sólo incide negativamente en la ocurrencia de errores médicos, sino también en aspectos como la atención de calidad, la empatía y el profesionalismo que los médicos en general deben proporcionar a sus pacientes.

Adicionalmente se observó que la prevalencia del SAP varía según la especialidad y que los residentes de medicina presentan mayores niveles de agotamiento y estrés que los especialistas graduados, esto puede explicarse porque suelen ser de una edad menor, cuentan con menos experiencia, carecen de tutores o mentores, tienen horarios irregulares, están expuestos a demandas no razonables de los pacientes, pueden presentar temor a cometer errores, falta de confianza en su propia habilidad, privación del sueño, intensas demandas emocionales, dificultades para equilibrar la vida profesional y privada y dificultades económicas. Lo anterior hace que los residentes reduzcan la motivación y la importancia del trabajo llevando a muchos a abandonar su carrera, lo que indica la necesidad de un mayor apoyo en los programas de residencia.

A pesar de que el tema del Agotamiento Profesional en residentes se ha investigado y existen datos sólidos sobre la prevalencia del evento, aunque inexactos, hay aún un real vacío en el conocimiento del tema y en el manejo del mismo.

En la actualidad se están desarrollando nuevos instrumentos en Europa que suponen una reconceptualización del síndrome, como el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), cuya última versión evalúa el desgaste profesional en tres dimensiones relacionadas con aspectos personales, del paciente y del trabajo (personal burnout, work-related burnout y client-related burnout) o el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)<sup>19</sup>, que incluye sólo 2 dimensiones: agotamiento (exhaustion) y falta de compromiso con el trabajo.

Las limitaciones identificadas al realizar la revisión se basan en que muchos de los estudios incluían un diseño de tipo transversal lo que impidió la determinación de causalidad, por lo que se requieren estudios posteriores en los que se pueda observar incidencias y, por tanto, precedencias en el tiempo. Por otra parte, en algunos estudios no hubo recolección total de encuestas y, además, se integraron prevalencias a nivel mundial de diferentes especialidades con tamaños de muestras diferentes, ya que las prevalencias varían según el país y la especialidad.

Con base en la revisión de la literatura se deduce que el Síndrome de Agotamiento Profesional tiene equivalencia conceptual para los diferentes autores. De igual manera se infiere que las distintas dimensiones de estudio y que algunas variables como el género, la edad, el estado civil, las horas de trabajo y las horas de sueño influyen, de manera

significativa, en el desarrollo del síndrome en los médicos, predominando en el grupo de residentes. Estas circunstancias sugieren la conveniencia de diseñar medidas para su prevención, por ejemplo, la disminución de carga laboral, fomentar el desarrollo individual, desarrollar actividades que fortalezcan relaciones interpersonales entre colegas y directivos, establecer programas de estímulos que contribuya a mejorar la atención brindada a los pacientes.

Por tanto, en la medida en que más residentes entran en la formación de postgrado, los programas de residencia deben promover su bienestar, lo cual sería coherente con el compromiso de mejorar la calidad de vida de la población en general. Consecuentemente, esto podría contribuir a mejorar también el estado de salud del residente y su productividad, así como la salud de los pacientes.

### **Bibliografía**

1. Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9(1).
2. Kimo Takayesu, J., Ramoska, E. A., Clark, T. R., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., ... & Gross, E. (2014). Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Academic Emergency Medicine*, 21(9), 1031-1035.
3. Olson, S. M., Odo, N. U., Duran, A. M., Pereira, A. G., & Mandel, J. H. (2014). Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians. *Journal of graduate medical education*, 6(4), 669-674.
4. Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. J. (2016). [Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 242.
5. IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., ... & Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *Journal of graduate medical education*, 1(2), 236-242.
6. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. *Evaluating stress: A book of resources*, 3, 191-218.
7. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), 204-220.
8. Korczak, D., Kister, C., & Huber, B. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome.
9. Kissling W., Mendel R. & Förstl H. (2014). The burn-out syndrome: prevalence, symptoms, differential diagnosis and treatment. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.
10. Castelo-Branco, C., Figueras, F., Eixarch, E., Quereda, F., Cancelo, M. J., Gonzalez, S., & Balasch, J. (2007). Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(1), 94-98.
11. Deng, Y. T., Liu, J., Zhang, J., Huang, B. Y., Yi, T. W., Wang, Y. Q., ... & Jiang, Y. (2016). A multicenter study on the validation of the Burnout Battery: a new visual analog scale to screen job burnout in oncology professionals. *Psycho-Oncology*.
12. Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Jung, C. H., Synn, Y., Kwack, Y. S., ... & Bahn, G. H. (2016). A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *Journal of Korean medical science*, 31(4), 590-597.
13. Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*, 14(1), 1.
14. Coursoux, P., Lehucher-Michel, M. P., Marchetti, H., Chaumet, G., & Delliaux, S. (2012). [Burnout syndrome: a " true" cardiovascular risk factor]. *Presse medicale (Paris)*,

France: 1983), 41(11), 1056-1063.

15. Martini, S., Arfken, C. L., Churchill, M. A., & Balon, R. (2004). Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 28(3), 240-242.
- Runyan, C., Savageau, J. A., Potts, S., & Weinreb, L. (2016). Impact of a family medicine resident wellness curriculum: a feasibility study. *Medical Education Online*, 21.
16. Becker, J. L., Milad, M. P., & Klock, S. C. (2006). Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(5), 1444-1449.
17. Eisenach, J. H., Sprung, J., Clark, M. M., Shanafelt, T. D., Johnson, B. D., Kruse, T. N., ... & Long, T. R. (2014). The Psychological and Physiological Effects of Acute Occupational Stress in New Anesthesiology Residents: A Pilot Trial. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 121(4), 878-893.
18. Rezende, G. L., Mello, M. S. M. S., Granjeiro, R. C., Nakanishi, M., & de Oliveira, C. A. P. C. (2011). The quality of life among Otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 77(4), 466-472.
19. Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Symros, N., Pararas, N., ... & Lionis, C. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference?. *Human Resources for Health*, 8(1), 20.
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*, 14(1), 1.
21. Gardiner P, Filippelli AC, Lebensohn P & Bonakdar R (2015). The incorporation of stress management programming into family medicine residencies-results of a national survey of residency directors: a CERA study. *Family Medicine*. 47(4):272-8.
22. Lu, D. W., Dresden, S., McCloskey, C., Branzetti, J., & Gisondi, M. A. (2015). Impact of Burnout on Self-Reported Patient Care Among Emergency Physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 996.
23. Kang, E. K., Lihm, H. S., & Kong, E. H. (2013). Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean journal of family medicine*, 34(1), 36-42.
24. Runyan, C., Savageau, J. A., Potts, S., & Weinreb, L. (2016). Impact of a family medicine resident wellness curriculum: a feasibility study. *Medical Education Online*, 21.
25. Higginson, J. D. (2009). Perspective: limiting resident work hours is a moral concern. *Academic medicine*, 84(3), 310-314.
26. Moradi, Y., Baradaran, H. R., Yazdandoost, M., Atrak, S., & Kashanian, M. (2015). Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(4), 235.
27. Moreno, J. B., Gálvez, H. M., Garrosa, H. E., & Mingote, A. J. (2006). [New proposals for evaluating burnout. The specific evaluation of professional medical burnout]. *Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 38(10), 544-549.
28. West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*, 296(9), 1071-1078.
29. Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... & Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *Bmj*, 336(7642), 488-491.
30. Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Sakurai, M., Ishizaki, M., Kido, T., ... & Nakagawa, H. (2009). Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *Journal of occupational health*, 51(2), 123-131.
31. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic medicine*, 68(6), 863-869.

32. de Vente, W., van Amsterdam, J. G., Olf, M., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. (2015). Burnout is associated with reduced parasympathetic activity and reduced HPA axis responsiveness, predominantly in males. *BioMed research international*, 2015.
33. Ripp, J., Babyatsky, M., Fallar, R., Bazari, H., Bellini, L., Kapadia, C., ... & Korenstein, D. (2011). The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Academic Medicine*, 86(10), 1304-1310.
34. Rose, S. H., & Curry, T. B. (2009, November). Fatigue, countermeasures, and performance enhancement in resident physicians. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 84, No. 11, pp. 955-957). Elsevier.
35. Jalili, M., Roodsari, G. S., & Nia, A. B. (2013). Burnout and associated factors among Iranian emergency medicine practitioners. *Iranian journal of public health*, 42(9), 1034.
36. González-Ávila, G., & Bello-Villalobos, H. (2013). [Burnout effect on academic progress of Oncology medical residents]. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 468-473.
37. Yazgan Aksoy, D., Durusu Tanriover, M., Unal, S., Dizdar, O., Kalyoncu, U., Karakaya, J., ... & Kale, G. (2014). Burnout syndrome during residency in internal medicine and pediatrics in a country without working time directive. *International journal of health care quality assurance*, 27(3), 223-230
38. Yost, M. G., Johnson, J. C., Johns, M. M., & Burchett, K. D. (2014). Burnout among osteopathic otolaryngology residents: identification during formative training years. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 114(8), 632-641.
39. Thomas, N. K. (2004). Resident burnout. *Jama*, 292(23), 2880-2889.
40. Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), 358-367.
41. Waldman, S. V., Diez, J. C. L., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33(4), 296-301.
42. Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. (2015). [Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*.
43. Deng, Y. T., Liu, J., Zhang, J., Huang, B. Y., Yi, T. W., Wang, Y. Q., ... & Jiang, Y. (2016). A multicenter study on the validation of the Burnout Battery: a new visual analog scale to screen job burnout in oncology professionals. *Psycho-Oncology*.
44. Ripp, J., Babyatsky, M., Fallar, R., Bazari, H., Bellini, L., Kapadia, C., ... & Korenstein, D. (2011). The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Academic Medicine*, 86(10), 1304-1310.
45. Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 26(3), 401-412.