
SINDROME DE BURN-OUT EN MEDICOS RESIDENTES DEL NEA: ¿CUANTO AFECTA A NUESTROS FUTUROS ESPECIALISTAS?

Guillermo Horacio Cáceres Pallavidino, Dra. María Florencia Echevarría Avellaneda,
Prof. Dra. Celeste G. Ghilarducci de Martínez, Prof. Dr. Domingo José Pomares.

II° Cátedra de Clínica Ginecológica. Facultad de Medicina UNNE. Moreno 1245. Corrientes Capital.

RESUMEN:

Introducción: Los médicos residentes pueden desarrollar estrés laboral producido por el resultado del continuo trabajo en urgencias, la inexperiencia clínica, las graves patologías que se atienden, la sobresaturación de los servicios hospitalarios, las dudas diagnósticas y las denuncias, entre otros.

En las últimas décadas el estrés ha sido muy estudiado, en diversas poblaciones, haciéndolo responsable de múltiples patologías. Pero su estudio es escaso en la población sanitaria argentina; y casi inexistente entre los médicos especialistas, específicamente sobre todo en los que están en formación.

Objetivos: Diagnosticar la situación de estrés en residentes de diferentes especialidades y su comparación con las demás especialidades.

Material y método: Se realizó una encuesta a través de un formulario de autollenado anónimo adaptado del "Malsach Burnout Inventory Manual de 1996", con datos personales y preguntas que enfocaron el sufrimiento en el ejercicio de su profesión, la repercusión de éstos en su familia, colaboradores y el propio enfermo, además de la suspensión de sus actividades por estrés y su satisfacción con respecto al trabajo, bajo el sistema de una escala de Likert, clasificando el estrés en leve, moderado, manifiesto y grave. El mismo fue entregado personalmente a 190 residentes de 13 especialidades de 1ª a 4ª año de los Hospitales de Resistencia y Corrientes (capital), entre los meses de septiembre 2008 a mayo de 2009.

Resultados: Se obtuvo en forma global; estrés leve 53 residentes (27,36%), moderado 87 residentes (45,78%), manifiesto 33 residentes (17,36%) y grave 17 residentes (8,94%). 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.

Conclusión: El estrés es una realidad entre los médicos residentes que no debe subestimarse; más aún en los de tocoginecología donde existe la mayor cantidad de casos graves, como que de 1ª a 4ª año el estrés leve va en descenso (45,45% a 18,18%) y el grave se incrementa (de 0% a 27,27%), además que más de un cuarto de la población de estos sufre entre estrés manifiesto a grave, situación superior a otras especialidades.

Palabras claves: Síndrome de Burnout. Estrés laboral. Desgaste profesional.

SUMMARY:

Introduction: The resident doctors can develop labor stress produced by the result of the continuous work in urgencies, the clinical inexperience, the serious pathologies that are taken care of, the diagnostic supersaturation of the hospital services, doubts and the denunciations, among others. In the last decades stress very has been studied, in diverse populations, doing it responsible for multiple pathologies. But its study is little in the Argentine sanitary population; and almost nonexistent between the specialistic doctors, specifically mainly in whom they are in formation.

Objectives: To diagnose the situation of stress in residents of different specialties and their comparison with the other specialties.

Material and method: A survey through a form of autollenado anonymous was realised adapted of the "Malsach Burnout Inventory Manual of 1996", with personal data and questions that focused the suffering in the exercise of their profession, the repercussion of these in their family, collaborator and the own patient, besides the suspension of their activities by stress and its satisfaction with respect to the work, under the system of a scale of Likert, classifying stress in slight, moderate, manifest and burdens. The same was given personally to 190 residents of 13 specialties at random of 1ª 4ª year of the Hospitals of Resistance and Corrientes (capital), enter the months of September 2008 May of 2009.

Results: It was obtained in global form; stress weighs to 53 residents (27.36%), moderate 87 residents (45.78%), manifesto 33 residents (17.36%) and burdens 17 residents (8.94%). In the subjective evaluation of variables related to stress situations, in its great majority they responded to believe to have tried to adapt to the regime and to even obtain it, but they mentioned to have undergone changes of corporal weight, made worse its affective relations with its pairs and relatives and sickened salary, among others.

Conclusion: Stress is a reality between the resident doctors that does not have to be underestimated; still more in those of tocoginecología where the greater amount of serious cases, because exists of 1ª to 4ª year slight stress goes in reduction (45.45% to 18.18%) and the serious one is increased (from 0% to 27.27%), in addition that more of a quarter of the population of these it suffers between manifest stress to serious, situation superior to other specialties.

Key words: Burnout Syndrome. Job stress. Professional exhaustion.

INTRODUCCION:

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que trabajan día a día. La presencia de estresores y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores extralaborales (personales, sociales, etc) afectan su salud se conoce como "factores psicosociales laborales"⁽¹⁻³⁾.

Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento.⁽⁴⁾ En tal caso, los estudios sobre el estrés laboral crónico, lo consideran como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral. Así, el estrés y el malestar acaban por instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicosomáticos y de conducta, manifestaciones que alertan ante un problema de salud como lo es el síndrome de Burnout.

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973; a partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas.^(5,6,7) Y describió el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.^(8,9)

Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, que en 1976 denominó al síndrome como de desgaste profesional o burnout, al observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "de ayuda a los demás" y en contacto directo con el público. Así este síndrome ha pasado una época de interés a partir de estos trabajos de Maslach, refiriéndose a una condición cada vez mas frecuente

en los trabajadores de servicios de salud.^(10,11) Se refería como un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos, que en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.^(5,8,12)

Al fin y al cabo, el burnout traduce la discrepancia entre los ideales y expectativas individuales, por un lado, y la dura realidad de la vida profesional, por otro, por lo que puede entenderse como la resultante de la falta de adaptación a un estrés laboral crónico. En el médico puede llevarle a dejar el trabajo o a evitar el trato directo con los pacientes mediante su dedicación al desarrollo de labores administrativas, gestoras o de investigación.

Es entonces que el síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud, generado por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge.^(10,13)

Como vemos ser médico no es fácil. El rol profesional y social ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte de nuestros semejantes, sin estar emocionalmente adiestrados para ello, puede pasar al profesional de la Medicina, y mucho más aún al que se encuentra todavía en formación una factura afectiva que, a veces, trastocará su ejercicio profesional hasta el punto de hacerlo inviable.

Es así, como nace la inquietud de investigar y determinar la prevalencia de estrés y la presencia de los factores psicosociales laborales (sociodemográficos y laborales) que el medico percibe como negativos y su relación con la presencia del síndrome de burnout en los médicos residentes de diferentes especialidades en especial los de Tocoginecología en el ámbito de los hospitales de instrucción de las ciudades de Corrientes (Corrientes) y Resistencia (Chaco),

pertenecientes por convenios al sistema de residencias médicas del Nordeste de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE).

MATERIAL Y METODO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la población de médicos residentes de las diferentes especialidades, pertenecientes a los Hospitales de instrucción "Gral. José Francisco de San Martín", "Dr. José Ramón Vidal" y "Angela Iglesia de Llano" de la ciudad de Corrientes Capital y del Hospital "Dr. Julio C. Perrando" de la ciudad de Resistencia Chaco, durante los meses de septiembre 2008 a mayo 2009. Se dividió a la población estudiada en grupos, según la especialidad ejercida.

La muestra incluyó 190 residentes de 1° a 4° año de 13 diferentes especialidades a saber: Tocoginecología, Anatomía Patológica, Clínica Médica, Anestesia, Cirugía General, Traumatología, Oncología, Urología, Otorrinolaringología, Terapia intensiva, Neurología, Oftalmología y Diagnóstico por Imágenes; que se encontraban realizando sus actividades hospitalarias entre los meses antes mencionados.

Teniendo en cuenta que la población de médicos residentes en total en los respectivos hospitales es de 300; el siguiente trabajo propuesto posee de esta manera un nivel de confianza del 95% y un índice de error menor del 5% según cálculos obtenidos en predictores estadísticos virtuales para obtener el tamaño de la muestra a través de la página de la Facultad de Medicina de la UNNE.

El criterio de inclusión fueron todos aquellos médicos residentes que se encontraban realizando sus actividades hospitalarias entre los meses citados con un tiempo de residencia no menor de 4 meses al momento del estudio. El criterio de exclusión fueron todos aquellos médicos residentes que se negaran a contestar por razones personales.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue un formulario de autollenado anónimo adaptado por Enrique Frutos Ortiz del **Cuestionario Breve de Burnout (CBB)** de Bernardo Moreno Jiménez y colaboradores, surgido de modificaciones realizadas por dicho grupo al **Maslach's Burnout Inventory Manual 1996** con la finalidad de adaptarlo a ispanoparlantes, y validado por Rivera Delgado en Cuba.

Se anexó al mismo un apartado con preguntas de respuestas cerradas y semiestructuradas a fin de evaluar el padecimiento de diferentes situaciones producidas durante el ejercicio de su profesión, desde que ingreso a la especialidad. Esta segunda parte de la encuesta constó de 12 preguntas (agrupadas de la letra A a la L) relacionadas con el sufrimiento de situaciones en la vida profesional, y las mismas 12 pregun-

tas en relación ante una denuncia de mala praxis.

Las variables sociodemográficas investigadas fueron: a) edad; b) sexo; c) año de recibido; d) año de residente/concurrente; e) especialidad; f) lugar de ocupación; g) horas de guardia.

La recolección de la información se realizó mediante el cuestionario autoadministrado, y la participación voluntaria y anónima se llevó a cabo en el ámbito de los respectivos servicios de las diferentes especialidades de los hospitales mencionados.

Descripción del CBB y su modo de instrumentación

El CBB consta de varias preguntas introductorias (que investigan datos generales y las variables sociodemográficas citadas previamente), y de 21 proposiciones que exploran tres variables fundamentales: 1) el *síndrome de burnout (SBO)*, 2) las *causas del Burnout (CBO)* y, 3) las *consecuencias del Burnout (CON)*.

La variable SBO, a su vez, consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de *Maslach y Jackson*, y que contienen tres proposiciones cada una: *cansancio emocional (CE)*; *despersonalización (DP)*; y, *realización profesional (RP)*. La variable CBO, por su parte, se analiza en sus componentes: *tedio (TE)*, *características de la tarea (CT)*, y *organización (OR)*, cada uno con tres proposiciones. La variable CON no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total.

En este sistema abreviado se consta de 11 preguntas, algunas de ellas con más de una situación. De estos grupos, las preguntas 1, 4, 7, 8, 10 y 11 enfocan el sufrimiento del propio residente ante los distintos aspectos de la profesión. Las que corresponden a las preguntas 2 y 3 enfocan la repercusión del estrés del profesional en su familia y colaboradores, y las preguntas 5 y 6 la repercusión en el enfermo.

Al cuestionario se le anexo una escala de Likert de cuatro opciones (los que expresan frecuencias crecientes o decrecientes de experimentar el contenido de las mismas): Nunca, Alguna Vez, Frecuentemente y Siempre. Cada uno de los encuestados debió marcar el casillero en función de lo que subjetivamente correspondía a su situación.

A los fines de poder ponderar el grado de estrés se dio a la escala los siguientes valores: Nunca 0 puntos, Alguna Vez 2 puntos, Frecuentemente 4 puntos y Siempre 8 puntos.

A la suspensión de la actividad por estrés una o más veces en la vida de residentes, considerándola el grado máximo de agotamiento, se le otorgaron 20 puntos.

Así el puntaje máximo posible, de acuerdo a la escala señalada es 156. En la práctica, el mayor puntaje alcanzado fue 84. Convencio-

nalmente, este último número se dividió en cuatro partes iguales, lo que permitió catalogar cuatro categorías. De 2 a 21 puntos: estrés leve; de 22 a 42 puntos: estrés moderado; de 43 a 63 puntos: estrés manifiesto y de 64 a 84 puntos: estrés grave. Donde 0 es normal y 1 es "afectado" en concordancia con una publicación previa.

El CBB se encuentra actualmente disponible en Internet, y puede ser consultado, con acceso libre, en la página web del departamento de psicología biológica y de la salud perteneciente a la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/equipo.htm>).

Los datos obtenidos se registraron y fueron volcados en una base de datos creada para tal fin con la asistencia del programa Microsoft Excel 2007 (versión Enterprise), el cual también fue utilizado para el procesamiento estadístico de los mismos y el diseño de tablas y gráficos sectoriales. El que también se utilizó para el procesamiento de resultados y el diseño de los gráficos sectoriales y de barras. Se estimó la asociación entre las variables a partir de las diferencias entre los porcentajes.

La redacción final del reporte se efectuó en total conformidad con los lineamientos generales estipulados por las "Bases para la preparación, presentación y exposición de trabajos". "XXVI° Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia. FASGO. Año 2009." y las referencias bibliográficas se redactaron según los "Requisitos uniformes para el envío de manuscritos a revistas biomédicas" del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas.

RESULTADOS:

Se encuestaron un total de 190 residentes. No hubo médicos residentes que se negaran a realizar el estudio.

La edad promedio fue de 29 años (24-34 años).

Del total de encuestados (190), 104 (54,73%) corresponden al género femenino, mientras que 86 (45,26%) al género masculino.

Con respecto a la ciudad de ocupación de la residencia: 100 (52,63%) correspondieron a la Ciudad de Corrientes Capital, y 90 residentes (47,36%) a la Ciudad de Resistencia Chaco.

Las horas de guardias en los servicios varían de acuerdo al año de residencia ejercida entre 24 y 96 horas de guardia por semana (1 a 4 guardias de 24 horas por semana).

Según el año de residencia, de 190 encuestados correspondieron: residentes de 1° año 54 (28,42%), de 2° año 45 (23,68%), de 3° año 56 (29,47%) y de 4° año 35 (18,42%).

Así fueron encuestados 190 residentes al azar en 13 especialidades diferentes, de los cuales corresponden: Tocoginecología 44

(23,15%), Anatomía Patológica 10 (5,26%), Clínica Médica 40 (21,05%), Anestesia 17 (8,94%), Cirugía General 25 (13,15%), Traumatología 9 (4,73%), Oncología 3 (1,57%), Urología 6 (3,15%), Otorrinolaringología 5 (2,63%), Terapia intensiva 11 (5,78%), Neurología 5 (2,63%), Oftalmología 6 (3,15%) y Diagnóstico por Imágenes 9 (4,73%). GRAFICO 1

Luego de evaluar el nivel de estrés, según la escala de Likert, se obtuvo en forma global; estrés leve 53 residentes (27,36%), estrés moderado 87 residentes (45,78%), estrés manifiesto 33 residentes (17,36%) y estrés grave 17 residentes (8,94%). GRAFICO 2

Gráfico 1

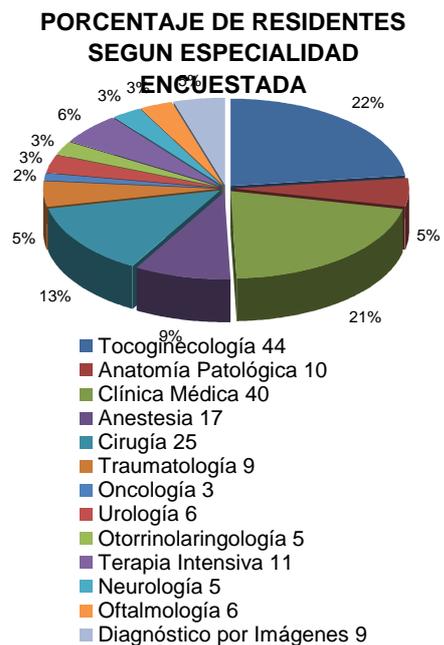
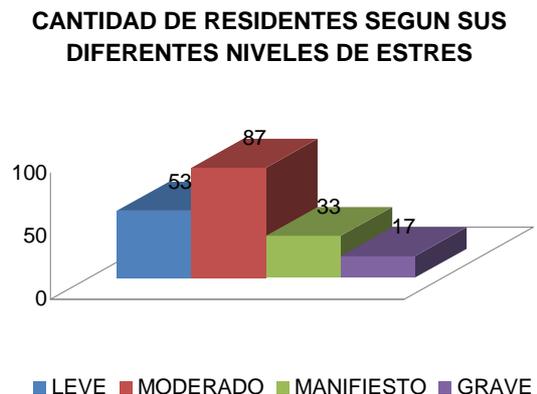


Gráfico 2



Si se discrimina por especialidad vemos que: en Tocoginecología de 44 residentes tienen: estrés leve 14 (31,81%), moderado 18 (40,91%), manifiesto 5 (11,36%) y grave 7 (15,91%) GRAFICO 3. En Anatomía Patológica de 10 residentes: estrés leve 3 (30%), moderado 4 (40%), manifiesto 2 (20%) y grave 1 (10%)

GRAFICO 4. En Clínica Médica de 40 residentes: estrés leve 14 (35%), moderado 15 (37,5%), manifiesto 8 (20%) y grave 3 (7,5%)
 GRAFICO 5. En Anestesia de 17 residentes: estrés leve 2 (11,76%), moderado 9 (52,94%), manifiesto 3 (17,64%) y grave 3 (17,64%)
 GRAFICO 6. En Cirugía General de 25 residentes. Estrés leve 6 (24%), moderado 10 (40%), manifiesto 9 (36%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 7. En Traumatología de 9 residentes: estrés leve 2 (22,22%), moderado 6 (66,66%), manifiesto 1 (11,11%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 8. En Oncología de 3 residentes: estrés leve 1 (33,33%), moderado 2 (66,66%), manifiesto 0 (0%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 9. En Urología de 6 residentes: estrés leve 2 (33,33%), moderado 3 (50%), manifiesto 1 (11,11%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 10. En Otorrinolaringología de 5 residentes: estrés leve 2 (40%), moderado 2 (40%), manifiesto 1 (20%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 11. En Terapia Intensiva de 11 residentes: estrés leve 2 (18,18%), moderado 8 (72,72%), manifiesto 1 (9,09%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 12. En Neurología de 5 residentes: estrés leve 0 (0%), moderado 3 (60%), manifiesto 0 (0%) y grave 2 (40%)
 GRAFICO 13. En Oftalmología de 6 residentes: estrés leve 3 (50%), moderado 2 (33,33%), manifiesto 1 (11,11%) y grave 0 (0%)
 GRAFICO 14. Y en Diagnóstico por Imágenes de 9 residentes: estrés leve 2 (22,22%), moderado 5 (55,55%), manifiesto 1 (11,11%) y grave 1 (11,11%)
 GRAFICO 15.

Gráfico 5

RESIDENTES DE CLINICA MEDICA. CANTIDAD DE RESIDENTES SEGUN AÑO DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESTRES

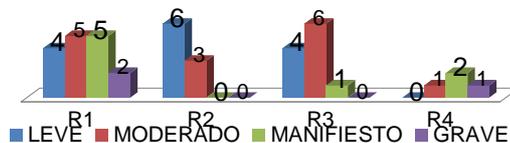
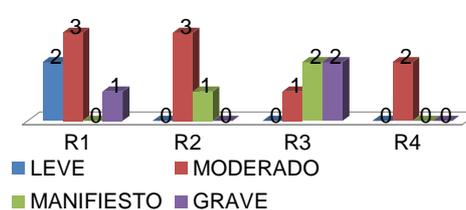


Gráfico 6

RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA. CANTIDAD DE RESIDENTES SEGUN AÑO DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESTRES



RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL. CANTIDAD DE RESIDENTES SEGUN AÑO DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESTRES

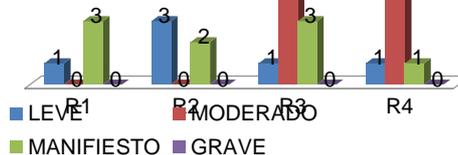


Gráfico 3.

RESIDENTES DE TOCGINECOLOGIA. CANTIDAD DE RESIDENTES SEGUN AÑO DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESTRES

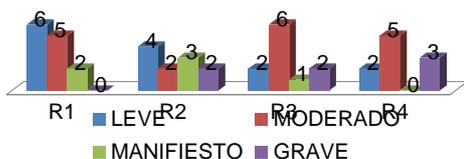


Gráfico 4.

RESIDENTES DE ANATOMIA PATOLOGICA. CANTIDAD DE RESIDENTES SEGUN AÑO DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESTRES

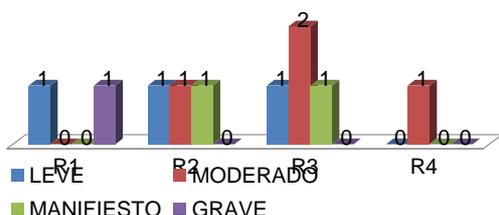


Gráfico 7

RESIDENTES DE TRAUMATOLOGIA. CANTIDAD DE RESIDENTES SEGUN AÑO DE RESIDENCIA Y NIVEL DE ESTRES.

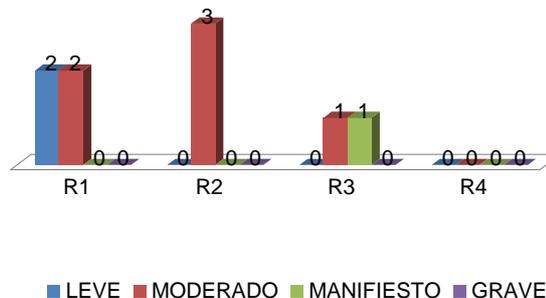


Gráfico 8.

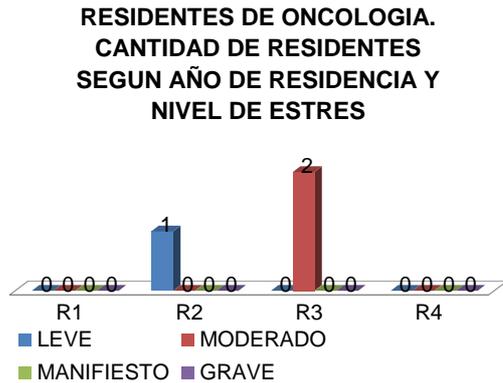


Gráfico 9

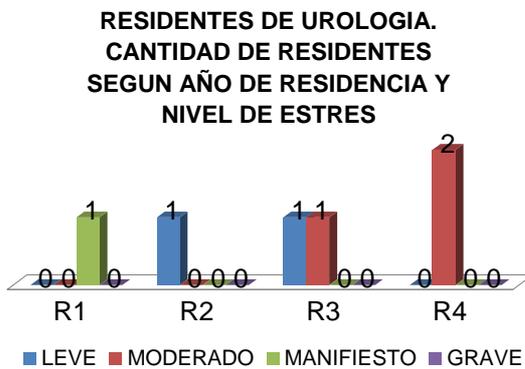


Gráfico 10



Gráfico 11..

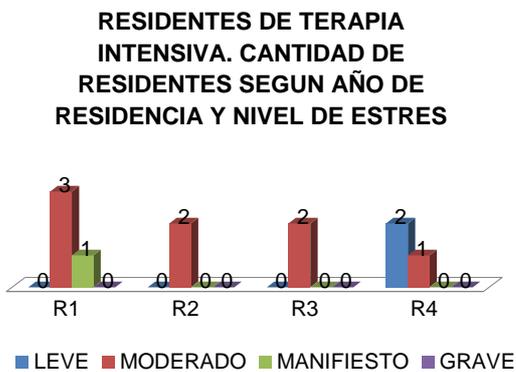


Gráfico 12



Gráfico 13

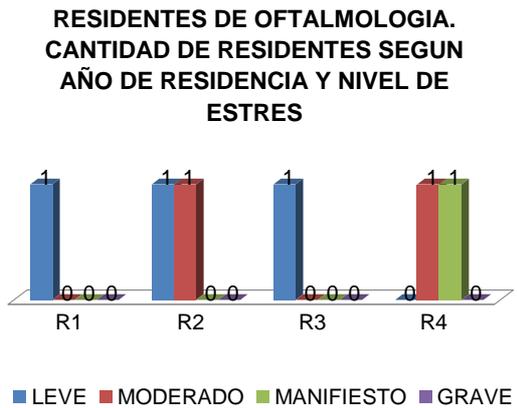


Gráfico 14

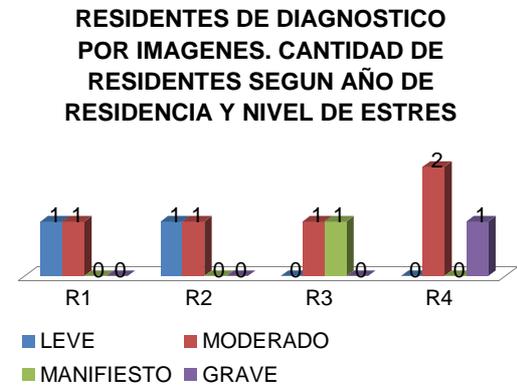
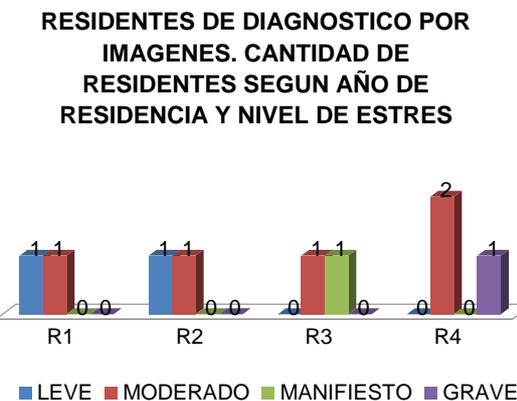


Gráfico 15

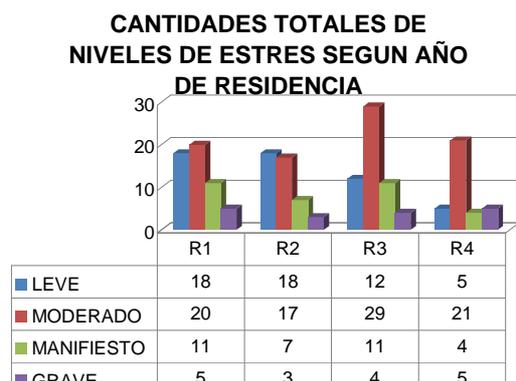


Si se discrimina por año de residencia de 1° a 4° año (R1°-R4°) del total de las especialidades: de 53 residentes con Estrés Leve: R1° 18 (33,96%), R2° 18 (33,96%), R3° 12 (22,64%) y R4° 5 (9,43%). De 87 residentes con Estrés Moderado: R1° 20 (22,98%), R2° 17 (19,54%), R3° 29 (33,33%) Y R4° 21 (24,13%). De 33 residentes con Estrés manifiesto: R1° 11 (33,33%), R2° 7 (21,21%), R3° 11 (33,33%) Y R4° 4 (12,12%). Y de 17 residentes con Estrés grave: R1° 5 (29,41%), R2° 3 (17,64%), R3° 4 (23,52%) Y R4° 5 (29,41%). TABLA 1 / GRAFICO 16.

TABLA 1. Año de Residencia del Total de Especialidades y Niveles de Estres.

	Leve	Modera- do	Mani- fiesto	Grave	Total
R1°	18	20	11	5	54
R2°	18	17	7	3	45
R3°	12	29	11	4	56
R4°	5	21	4	5	35
Total de Especia- lidades	53	87	33	17	190

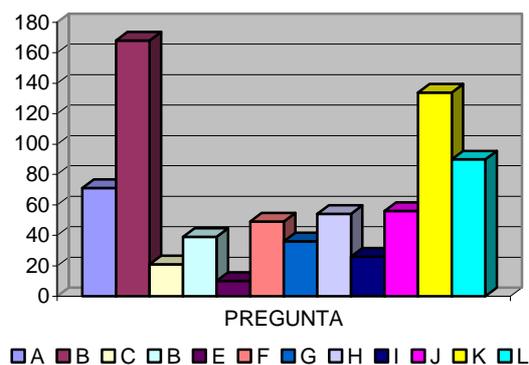
Gráfico 16.



En ninguno de los casos encuestados se registro denuncias de mala praxis. Por lo que no se pudo evaluar su repercusión sobre las diferentes situaciones.

Gráfico 17..

CANTIDAD DE AFIRMACIONES POR PREGUNT



Teniendo en cuenta la segunda parte de la encuesta donde se pregunto sobre sufrimiento de situaciones desde que se ingreso a la residencia; y relacionando cantidad de afirmaciones a tales situaciones y grado de estrés, se obtuvo: TABLA 2 / GRAFICO 17.

TABLA 2. Cantidad de Afirmaciones por Pregunta según Nivel de Estres

Pregunta/ Grado de Estres	Leve	Mode- rado	Mani- fiesto	Grave	Total
A	5	33	28	5	71
B	41	85	33	9	168
C	0	11	6	4	21
D	2	23	9	5	39
E	1	8	0	1	10
F	8	34	6	1	49
G	6	19	7	4	36
H	4	30	15	5	54
I	3	13	8	2	26
J	10	28	13	5	56
K	28	70	28	8	134
L	10	49	24	7	90
TOTAL	118	403	177	107	

Así las respuestas con más afirmaciones en todos los diferentes niveles de estrés fueron las preguntas B), K), L) y A) referentes a si trato de comprender la situación y logro adaptarse a ella, si aumento o bajo de peso, si empeoro sus relaciones afectivas con familiares o pareja, y si aumento la presión arterial o se enfermo respectivamente. Las menos afirmadas fueron las preguntas E), C) e I) referentes a si abuso de bebidas alcohólicas, si tuvo que consultar al psiquiatra, y si se arrepintió de elegir la especialidad respectivamente.

De esta manera dividiendo por la cantidad de casos en cada grado de estrés se obtuvo que: 118 afirmaciones en estrés leve dividido 53 casos nos da 2,22 (rango 0-6) respuestas afirmativas. De 403 afirmaciones en estrés moderado dividido 87 nos da 4,63 (rango 0-10) respuestas afirmativas. De 177 afirmaciones a situaciones en estrés manifiesto dividido 33 casos nos da 5,36 (rango 0-9) afirmaciones. Y de 107 en estrés grave de 17 casos nos da 6,29 (rango 3-10) afirmaciones. TABLA 3. Por lo que se puede ver como a medida que avanza el grado de estrés aumenta la cantidad de situaciones concomitantes que aquejan al joven profesional.

TABLA 3. PROMEDIO DE AFIRMACIONES SEGUN NIVEL DE ESTRES.

	Leve	Mode- rado	Mani- fiesto	Grave
Total de afir- maciones	118	403	177	107
Total de ca- sos por nivel	53	87	33	17
Promedio de afirmaciones	2,22	4,63	5,36	6,29

DISCUSION:

La población de cualquier ciudad tiene asumido que en los servicios hospitalarios se resuelven todo tipo de enfermedades y consideran, al mismo tiempo, que es la forma más rápida de obtener un diagnóstico y un tratamiento. Estos servicios son accesibles para los usuarios, pero llegan a convertirse para los profesionales de la salud en instrucción en una actividad laboral particularmente dura y agobiante por la mayor dosis de responsabilidad, ya que debe estar al día en sus conocimientos y formación profesional.

Como ejemplos a los estudios realizados y a pesar del tiempo que se lleva estudiando este síndrome, ya desde Freudenberguer⁽¹⁴⁾ y los estudios de Maslach⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, Fischer⁽¹⁷⁾, Pines⁽¹⁸⁾, Golembiewski⁽¹⁹⁾, Price⁽²⁰⁾, Rodríguez⁽²¹⁾, Gil-Monte^(22,23), Capilla⁽²⁴⁾, Martínez⁽²⁵⁾, Cuevas⁽²⁶⁾, Aranda^(27,28), en nuestro país, Argentina, es poco conocido, y menos aún en la población de médicos residentes.

Se hace referencia que la población más vulnerable a desarrollar este síndrome es la de los profesionales de la salud, principalmente personal de enfermería y médicos^(21,27-29); menos frecuente, pero igual lo desarrollan, los trabajadores dedicados a los servicios sociales, docentes, secretarías, policías⁽²⁹⁾, y hasta estudiantes⁽³⁰⁾. Por lo que la población de médicos residentes, con los conocidos horarios extenuantes, y casi sin tiempo para dedicarse a otros aspectos de la vida más que la de su profesión no estará exento de desarrollar tal patología.

Por ello el médico residente debe estar formado y capacitado para aceptar, asumir y analizar los problemas que aquejan a sus pacientes, pero también los de su profesión y desarrollar estrategias adaptativas estables para que su salud mental permanezca íntegra a lo largo del tiempo. Para ello, será necesario su adiestramiento en recursos adaptativos eficaces con los que poder afrontar las dificultades de la vida profesional y lograr el autocontrol.

El Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (directivos, colegas, personal de enfermería, familiares, amigos, etc.) que tratan diariamente. Por ello teniendo en cuenta que el sistema de residencias médicas para las diferentes especialidades es la mejor manera de adquirir conocimientos y práctica, hemos analizado que la mejor propuesta sería enfatizar en la ayuda al joven profesional y futuro especialista con recursos como talleres de autoayuda o la imple-

mentación de servicios psicopedagógicos exclusivos con visitas frecuentes para monitorear las diferentes situaciones ya que los trastornos por estrés crónico se comportan como auténticas enfermedades transmisibles por contacto emocional, con lo que puede llegar a haber auténticas epidemias en los diversos sectores sanitarios que lo presentan.

Con lo que una alimentación más natural, una vida con ejercicio físico y una forma de trabajar contemplada dentro de lo que es el contexto global de la vida; esto es, no hacer del trabajo una cuestión principal, y por último una experiencia laboral más acorde con la formación de cada uno. No tender a sobrevalorar la importancia de un sistema sanitario eficiente, cuando aspectos como la calidad de vida o del trabajo importan más dentro del mundo globalizado.

De cualquier manera lo mejor que uno puede hacer es no llevar el asunto a una fuerte implicación personal, porque la implicación excesiva en el trabajo conlleva un agotamiento de los recursos íntimos, en vez de conservar ese fondo de potencial energético íntegro que mantendrá el sistema psicológico e incluso inmunológico intacto. Cuanto más pronto se instaure las medidas preventivas, la evolución o curación serán una realidad.

CONCLUSIONES:

Los resultados reflejan que los médicos residentes de la muestra estudiada presentan un nivel moderado de estrés. Estos resultados coinciden con otros estudios^(6, 8, 9) que indican que los médicos residentes sufren de estrés por la práctica médica en los servicios de urgencia, por el tipo de medicina que se practica y por la inexperiencia clínica.

Llama la atención no haber encontrado ningún caso con puntuación 0 (cero) (0 = normal), ni siquiera con puntuación 1 (1 = afectado). Los globales son similares a los encontrados en otras poblaciones.

El estrés es una realidad entre los médicos residentes que no debe subestimarse; ya que más del 25% (26,31%) de los residentes encuestados se encuentra con niveles de estrés manifiesto a grave, más aún en los de tocoginecología donde existe la mayor cantidad de casos graves (7 casos), como que de 1ª a 4ª año en esta especialidad el estrés leve va en descenso (45,45% a 18,18%) pero el grave se incrementa (de 0% a 27,27%), además que más de un cuarto de la población de estos sufre entre estrés manifiesto a grave, situación superior a otras especialidades.

El nivel de estrés no tuvo relación significativa con la edad, género o lugar de residencia.

Las situaciones más comunes en relación al padecimiento fueron: que trato de comprender

la situación y logro adaptarse a ella, aumento o bajo de peso, empeoro sus relaciones afectivas con familiares o pareja, y aumento la presión arterial o se enfermo respectivamente. Mientras que las menos comunes pero no por ello menos importantes fueron el abuso de bebidas alcohólicas, y se arrepintió de elegir la especialidad 26 casos en total; pero casi la mitad, 11 casos en la especialidad de tocoginecología solamente.

AGRADECIMIENTOS:

A todo el personal de los Hospitales "Gral. José Francisco de San Martín", "Dr. José Ramón Vidal" y "Angela Iglesia de Llano" de la ciudad de Corrientes Capital y del Hospital "Dr. Julio C. Perrando" de la ciudad de Resistencia Chaco, por su generosa participación en esta investigación, y, muy especialmente, a sus directores y jefes de sus respectivos servicios, por habernos facilitado el acceso a dichos profesionales.

A los médicos residentes de las distintas especialidades que voluntariamente cedieron su tiempo a contestar las encuestas.

Al Dr. Juan Carlos Barberis (profesor titular del Departamento de Medicina Sanitaria y epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste UNNE), quien nos facilitó muy gentilmente las claves del procedimiento para la correcta interpretación. A todos muchas gracias.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran haber realizado este trabajo en el contexto de la II° Cátedra de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste UNNE, como parte del área de investigación científica que lleva a cabo dicha cátedra, como expansión curricular de sus docentes.

Los autores hacen constar además, la ausencia de vinculación de la presente línea de investigación con fines partidarios, sectoriales, ministeriales y/o gremiales.

BIBLIOGRAFIA

- Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. 1ª edición. Madrid: Síntesis; 1997.
- Gil-Monte PR. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*). *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;16(2):101-2.
- Benavides G, Gimeneo D, Benach J, Martínez J, Jarque S, Berra A, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(3):222-9.
- Organización Mundial de la Salud. Salud ocupacional: Éticamente correcta, económicamente adecuada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2000.
- Bermann S. ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. *Cuadernos Médicos Sociales* 1990, 51:23-25
- Martinez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. *Salud y cambios* 2. 1998, 23: 45
- Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. *Revista Médica Bs. As.* 2000 1: 41- 43
- Jacob A. La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. CONICET. *Revista Argentina* 2004; 3: 69-76.
- Zaldúa G, Lodiue M El síndrome de Burnout: El desgaste profesional de los trabajadores de la salud y la salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Editorial Dunken Bs. As 2000, 115-4. 117
- Faura T Síndrome de Burnout. *Enfermería, grupo de alto riesgo. Revista Rol de Enfermería* 1990; 10:53-56
- Hamson W.D A social competence model or Burnout Stress and Burnout in the human services professions. *The New England Journal* 2005 31: 29-31
- Zaldúa G, Lodiue M, Koloditzky D La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Hospital Materno Infantil: Ramón Sarda* 2000, 7:15-19
- Giberti E. Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas *Burnout*. 2004 70
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto (Ca): Consulting Psychologists Press; 1981.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory*. Manual, 3rd. ed. Palo Alto (Ca): Consulting Psychologists Press; 1986.
- Fischer HJ. (1983). A psychoanalytic view of *burnout*. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1997.
- Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1997.
- Golembiewski RT, Munzenrider RF, Carter D. Phases of progressive *burnout* and their work site covariante: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*. 1983;19(4):461-81.
- Price DM, Murphy PA. Staff *burnout* in the perspective of grief theory. *Death Education*. 1984;8(1):47-58.
- Rodríguez MJ. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis; 1995.
- Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el Síndrome de *burnout*. Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 1996;6(2):37-57.
- Gil-Monte PR. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (*Síndrome de Burnout*): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Organizacional*. 2001;16:101-2.
- Capilla PR. El Síndrome de *burnout* o de desgaste profesional. *Revista Fundación Facultad de Medicina*. 2000;58:1334.
- Martínez de la Casa MA, Del Castillo CC, Magaña LE, Bru El, Franco MA, Segura FA. Estudio sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Atención Primaria*. 2003;32(6):343-8.
- De las Cuevas CC. *Burnout* en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003;05(2):107-13.

27. Aranda BC. Apoyo social y Síndrome de quemarse en el trabajo "*Burnout*" en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara. Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara, México, Enero 2004.
28. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJG, Torres LTM, Aldrete RMG, Pérez RM. Síndrome de *burnout* y manifestaciones clínicas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Revista Cubana de Salud Pública. 2005;31(2). [en prensa]
29. Morales G, Gallego LM, Rotger D. La incidencia y relaciones de la ansiedad y el *burnout* en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. Psiquiatría.com [En línea]. 2004 [Fecha de Acceso 05 de mayo de 2010] URL disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/B-00722/La%20incidencia%20y%20relaciones%20de%20la%20ansiedad%20y%20el%20Burnout.htm>
30. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJG, Torres LTM, Aldrete RMG, Pérez RMB. Factores psicosociales laborales y síndrome de *burnout* en médicos del primer nivel de atención. Investigación en Salud. 2004;6(1):28-34.