

# Burn Out y calidad de vida percibida en profesionales residentes del área materno-infantil de la provincia de Mendoza

## *Burn Out and perceived quality of life in professionals resident from maternal-child area from the state of Mendoza*

Casari, Leandro<sup>1</sup>; Llano López, Luis<sup>2</sup>; Moreno, Emilia<sup>2</sup>; Nosal, Pablo<sup>2</sup>; Piera, Laura<sup>2</sup>; Torres, Narela<sup>3</sup>; Waldheim, Jennifer<sup>2,4</sup>

---

### RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo principal Indagar el impacto del sistema de residencias médicas sobre el nivel de burnout y la calidad de vida percibida, en profesionales abocados a la salud de la madre y el niño durante el primer año de residencia, evaluando a los residentes al iniciar la residencia y al finalizar el primer año. En total participaron 39 residentes de distintas profesiones. Como instrumentos se emplearon el Maslach Burnout Inventory, el Inventario de Calidad de Vida Percibida y preguntas Ad Hoc sobre el grado de conformidad con la especialidad, nivel de capacitación y clima de trabajo. Como resultado puede observarse que la cantidad de sujetos que presentan indicadores de Burn Out son similares en ambas evaluaciones (inicial y re test), y que la frecuencia de casos en riesgo a desarrollar el síndrome disminuye.

**Palabras clave:** Burnout - Calidad de vida - Residentes médicos

### ABSTRACT

The main objective of this study is to investigate the impact of the medical residency system, on the level of burnout and perceived quality of life among professionals who are concerned with the health of the mother and child during the first year of residency, assessing the professionals at the start of the residence and at the end of the first year. Thirty-nine professionals from different professions participated in the study. The instruments were Maslach Burnout Inventory, the Perceived Life Quality Inventory and Ad Hoc questions on the degree of conformity to the specialty, training level and working climate. As a result, it can be observed that the number of subjects with Burn Out indicators are similar in both evaluations (initial and re-test), and that the frequency of cases at risk of developing the syndrome decreases.

**Keywords:** Burnout - Quality of life - Medical residence

---

<sup>1</sup>Universidad Católica Argentina (UCA). Sede Mendoza / INCIHUSA CONICET CCT Mendoza. E-Mail: leandro\_casari@uca.edu.ar.

<sup>2</sup>Hospital Infantil Dr. Humberto Notti.

<sup>3</sup>Universidad Católica Argentina (UCA). Sede Mendoza, Argentina

<sup>4</sup>Universidad Católica Argentina (UCA). Sede Mendoza, Argentina

## Introducción

El síndrome de burnout es un trastorno tridimensional resultante del estrés relacionado con el trabajo que se caracteriza por Cansancio Emocional (AE) (el trabajador siente que sus recursos afectivos han sido superados por el estrés producido por el contacto diario con las personas que reciben directamente su servicio), despersonalización (DP) (el trabajador desarrolla sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabaja, que se traducen en comportamientos y actitudes acordes a esos sentimientos.) y baja realización personal (RP) (el trabajador evalúa de forma negativa su labor, lo cual afecta su autoestima y las relaciones con los demás) (Maslach & Jackson 1981); observado especialmente en trabajos que involucran el contacto con las personas y sus necesidades (Pantaleoni, Erin, Sourkes & Bachrach, 2014) y particularmente en instituciones dedicadas a la prestación de un servicio (establecimientos educativos y sanitarios y sus trabajadores médicos, enfermeros, docentes) (Olson, Kemper & Mahan, 2015).

En los últimos años, el síndrome de desgaste profesional ha adquirido importancia por la repercusión directa que tiene sobre la asistencia sanitaria, el ausentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, la excesiva movilidad laboral, las alteraciones de la dinámica familiar y, en el caso de la asistencia materno-infantil, el riesgo de que los pacientes reciban cuidados de una calidad inferior a la deseable, así como errores en la prescripción médica, con las repercusiones negativas que ello puede condicionar (Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez & Loo, 2014; López Franco et al., 2005)

Entre los profesionales médicos, los residentes constituyen una población especialmente vulnerable, dadas las altas exigencias asistenciales, intelectuales y emocionales inherentes al sistema de residencias, asociado a la reciente inserción en el medio laboral y por lo tanto a la inexperiencia en el ejercicio profesional. Se ha observado que es durante el primer año de residencia cuando se presenta la mayor incidencia del síndrome de burnout o sus componentes, sin cambios significativos en años subsiguientes (Pantaleoni et al., 2014). Esto cobra especial importancia al tener en cuenta que este síndrome se presenta en los primeros años de ejercicio profesional, período crítico en el cual se producen los procesos claves de adaptación y ajuste a las nuevas tareas que han de desarrollarse en la vida laboral (Díaz, 2014; Gorelick, Schremmer, Ruch-Ross, Radabaugh & Selbst, 2016).

Una forma de estudiar el síndrome de Burnout es a través del tiempo, es decir, realizando seguimientos sobre los participantes para saber la variación del mismo conforme al paso del tiempo. Un estudio reciente reveló que en el transcurso de un año, es el cansancio emocional la dimensión que más se incrementa en médicos (Díaz, 2014). Otro estudio realizado con residentes de pediatría, reportó que, desde el inicio hacia la mitad del primer año de formación, los valores de DP, CE y baja RP tendían a

aumentar, así como la cantidad de sujetos con Burnout (Jiménez et al., 2014).

El síndrome de *Burnout* es una enfermedad que trastorna la calidad de vida familiar, social y laboral de quien lo padece, así como de los usuarios de los servicios que el profesional presta (Secín-Diep & Rodríguez-Weber, 2016).

En este sentido, es imprescindible agregar que en Mendoza “Ley de Normalización del funcionamiento del Sistema de Residencias del Ministerio de Salud de Desarrollo Humano Familia y Comunidad de la Provincia de Mendoza” N° 7857/08 tiene como finalidad normalizar el funcionamiento del sistema de residencias. Esta ley trata de los requisitos para ingresar a las residencias así como también de los deberes y obligaciones de los residentes, entre los cuales encontramos seguir instrucciones del encargado de planta del sector, responsabilizarse de sus actos profesionales, consultar con sus superiores sobre casos graves que no pueda resolver, poseer un trato humanitario con sus pacientes, entre otras. También se nombran en la presente ley los derechos de los residentes.

Dentro de las condiciones se encuentran la carga horaria, deben cumplir con nueve horas diarias continuadas de lunes a viernes, teniendo sólo una hora libre para almorzar, y cuatro horas continuadas los sábados. Además, debe cumplir con 8 guardias mensuales. Es importante destacar que el periodo de residencias es un periodo de transición de estudiante a profesional con responsabilidades, por lo cual este momento podría llegar a estar atravesado por niveles altos de ansiedad e inestabilidad emocional (Casari, Boetto & Daher, 2015).

Es imprescindible de identificar los agentes causales de este problema, así como introducir medidas de prevención tales como mejorar los hábitos del trabajador, alimentación adecuada, ejercicio físico, ritmos de sueño adecuados, propiciar actividades recreativas, evitar el sedentarismo, ejercicios de relajación y de autocontrol, información y capacitación sobre los riesgos laborales y del problema en específico, organización laboral adecuada, respeto, mantener o crear una adecuada red social de apoyo, entre otras (Suñer-Soler et al., 2014). El síndrome de *Burnout* es una enfermedad que trastorna la calidad de vida familiar, social y laboral de quien lo padece, así como de los usuarios de los servicios que el profesional presta.

## Objetivo general

Indagar el impacto del sistema de residencias médicas sobre el nivel de burnout y la calidad de vida percibida, en profesionales abocados a la salud de la madre y el niño durante el primer año de residencia de la provincia de Mendoza.

## Objetivos específicos

- Evaluar el porcentaje de profesionales residentes que se encontrarían con diagnóstico de burnout al inicio y al cabo de nueve meses de trabajo.
- Evaluar si existen diferencias significativas en las dimensiones de burnout (AE, DP y RP) entre el ingreso al sistema de residencias y luego de nueve meses.
- Evaluar la presencia de diferencias significativas en la calidad de vida percibida entre el ingreso al sistema de residencias y luego de nueve meses.
- Indagar si existen diferencias significativas en los niveles y dimensiones de burnout, y en la calidad de vida percibida, en relación a variables socio profesionales como género, estado civil, paternidad / maternidad, especialidad y nivel de complejidad de la institución donde trabaja, tanto al inicio como al final del primer año de la residencia.
- Analizar si existen correlaciones significativas entre la edad del profesional residente con niveles de burnout y calidad de vida percibida, tanto al inicio como al final del primer año de la residencia.
- Analizar si se manifiestan correlaciones significativas entre las dimensiones de burnout con la calidad de vida percibida, tanto al inicio como al final del primer año de la residencia.
- Comparar el grado de satisfacción con la especialidad elegida, clima de trabajo, y capacitación recibida al mes de comenzar la residencia médica, y a los nueve meses de trabajo.

## Metodología

### Población

- Universo o población objetivo: Residentes de clínica pediátrica, medicina de familia y gineco-obstetricia de la provincia de Mendoza, que hayan ingresado en el año 2015.
- Unidad de análisis: Cada profesional médico residente del primer año de formación de las especialidades de medicina de familia, pediatría y gineco-obstetricia. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta si el encuestado se encontraba atravesando una situación de duelo (en cuyo caso se lo contactó luego de 15 días) y/o haya realizado una guardia el día previo (en donde se le solicitó al sujeto que complete el protocolo al día siguiente cuando no haya realizado una guardia la noche anterior).
- Población accesible: De acuerdo a la Resolución n° 423/15 del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, que establece las vacantes disponibles por especialidades e institución en el sistema de residencias médicas, el  $N$  que se estimó para la investigación fue de 90 sujetos. Las plazas que efectivamente fueron tomadas, alcanzaron el número de 76.

Una vez que se obtuvo el listado definitivo de residentes que tomaron las respectivas plazas en cada institución, se procedió a contactar a cada uno de ellos y solicitar su colaboración voluntaria. Se trabajó con la población total de acuerdo a los criterios seleccionados.

En total, se recolectaron 39 protocolos en la primera toma (entre el primer y segundo mes de trabajo), y 32 sujetos que conformaron la muestra final completaron la segunda evaluación (a los nueve meses).

## Instrumentos

### 1) Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, adaptación argentina de Hein, 2005).

Es un cuestionario autoadministrable de 27 ítems, cuyos reactivos están representados como afirmaciones sobre las actitudes y sentimientos que mantiene el profesional hacia su trabajo y sus clientes, a partir de tres dimensiones: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Baja Realización Personal (RP).

Para la clasificación de los ítems se emplea un sistema de respuesta que puntúan la frecuencia con la que el sujeto experimenta los enunciados en cada ítem, se utiliza el sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles de 0 a 6 (0 = nunca; 1 = pocas veces al año o menos; 2 = una vez al mes o menos; 3 = unas pocas veces al mes; 4 = una vez a la semana; 5 = pocas veces a la semana; 6 = todos los días).

Para la corrección del cuestionario, se procede sumando el número que se corresponde a la frecuencia que el individuo ha dado a cada afirmación, para cada una de las dimensiones del síndrome. Altas puntuaciones en las subescalas CE y DP, y bajas puntuaciones en la escala RP muestran un alto grado de burnout. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, y de altas puntuaciones en la de realización personal son indicativas de un bajo grado de burnout.

Las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentil para cada escala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría alto. Entre el percentil 25 y 75 medio y por debajo del percentil 25, en la categoría bajo (Maslach & Jackson, 1997).

Los análisis de confiabilidad del instrumento arrojaron valores aceptables:  $\alpha = .86$  para la escala general,  $\alpha = .78$  para CE,  $\alpha = .78$  para DP y  $\alpha = .80$  para RP.

Para la presente investigación, también fueron calculados los índices de confiabilidad encontrando valores aceptables en casi todas las dimensiones ( $\alpha > .70$ ) (George & Mallery, 2007). Cansancio Emocional ( $\alpha = .790$  primera toma;  $\alpha = .807$  segunda toma); Despersonalización ( $\alpha = .835$  primera toma;  $\alpha = .885$  segunda toma); Baja Realización Personal ( $\alpha = .829$  primera toma;  $\alpha = .552$  segunda toma). Es decir, que la confiabilidad en la toma inicial superó el valor aceptable ( $\alpha > .70$ ) en todas las dimensiones y aumentando su valor a  $.80$  en los dos primeros casos. Llamativamente la confiabilidad se redujo considerablemente en la segunda toma en la escala Baja Realización Personal.

## 2) *Inventario de calidad de vida percibida.* (Mikulic, 2006).

Es un cuestionario autoadministrable de 18 ítems que evalúa el grado de importancia y el nivel de satisfacción del sujeto en 18 áreas: salud, autoestima, valores, religión, finanzas, trabajo, recreación, estudio, creatividad, solidaridad, amor, amigos, hijos, parientes, casa, vecindario, comunidad y ambiente.

Se presenta una definición conceptual de cada variable y el sujeto debe asignar el valor relativo de importancia en una escala Likert con las siguientes opciones: no importante, importante o muy importante. Seguidamente se consulta cuál es el nivel de satisfacción en un rango de seis opciones, desde muy insatisfecho hasta muy satisfecho. La confiabilidad del instrumento presenta valores aceptables  $\alpha = .85$ .

3) *Preguntas Ad Hoc* sobre el grado de conformidad con la especialidad, nivel de capacitación y clima de trabajo. Se confeccionaron 3 preguntas con un formato de respuesta tipo Likert que indagaban las variables mencionadas.

## Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la autorización del Director de Hospitales antes de asistir a cada institución seleccionada. Luego se realizó una reunión con cada jefe de residentes por cada especialidad e institución implicada durante el mes de junio, con el fin de aclarar los objetivos y resultados esperados de la investigación, como también la confidencialidad de los datos, y la respectiva autorización para realizar la misma. Posteriormente, se coordinó una reunión informativa a cada grupo de residentes para informar sobre el proyecto y aclarar dudas generales que pudieran surgir al respecto del mismo. La información fue recabada en formato papel y de forma grupal, previa firma de un consentimiento informado.

## Análisis de los datos

Los resultados fueron transferidos a una matriz de datos y analizados con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 22.0. En primer lugar se realizaron análisis para comprobar la normalidad de la distribución muestral y poder emplear estadística paramétrica. Se identificaron casos atípicos con el método box plot y se procedió a su eliminación si presentaron valores extremos del promedio grupal. En caso de contar con casos perdidos que no superen el 5%, se realizó imputación de datos a través de la asignación del valor de la media del grupo en cada ítem.

Para cumplir el primer objetivo se calcularon los percentiles de las dimensiones del MBI, y se estimaron como valores altos aquellos superiores o iguales al percentil 75, mientras que los valores bajos se consideraron a partir del percentil 25 o inferior. De este modo, una vez obtenidos los percentiles, se realizó un cálculo de frecuencias para detectar cuántos sujetos cumplen con los criterios señalados de BurnOut.

En el caso del segundo objetivo, se utilizó la prueba t de comparación de medias para muestras relacionadas, fijando como valor de significación 95% ( $p < .05$ )

Seguidamente, se empleó la prueba no paramétrica de comparación de medias apareadas (Wilcoxon) debido a que las variables a contrastar presentan un nivel de medición ordinal.

En el cuarto objetivo, se emplearon pruebas no paramétricas de comparación de medias para grupos independientes (U de Mann Whitney), ya que las variables a comparar no presentaban distribución normal (en el caso de género y estado civil).

Luego se empleó en el quinto objetivo la prueba de correlación de Pearson para estimar la presencia de correlaciones significativas entre las dimensiones del MBI con la cantidad de guardias mensuales y la edad de los profesionales.

Se recurrió la prueba de correlación de Spearman en el sexto objetivo, para analizar la correlación entre las dimensiones del MBI con las áreas de calidad de vida.

Por último se procedió a utilizar la prueba de comparación de medias no paramétricas de Wilcoxon, para comparar las medias de las preguntas Ad Hoc del séptimo objetivo.

## Resultados

En primer lugar se exponen las características de la muestra que participó del estudio.

En relación a variables socio demográficas, en su mayoría son mujeres (78,1%) con una edad promedio de 26,06 (DE: 1,80). Con respecto al estado civil, 84,4% son solteros y el porcentaje restante están casados o en unión convivencial (15,6%). Y por último, casi la totalidad de los participantes no tienen hijos (96,9%). En relación a la especialidad que se encuentran cursando, los porcentajes son: clínica pediátrica (68,8%), Kinesiología pediátrica (6,3%), Cirugía pediátrica (3,1%), Odontopediatría (3,1%), Bioquímica (6,3%), Medicina de Familia (3,1%), Gineco obstetricia (3,1%) y Nutrición (6,3%). Por último, la mayoría de los residentes manifestó realizar 8 guardias mensuales (90,6%).

De acuerdo a la institución, los residentes pertenecen a 4 (cuatro) instituciones diferentes, incluyendo hospitales pediátricos, hospitales generales, y hospitales materno infantiles, siendo en su mayoría de gestión pública y en un caso de gestión privada.

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de las variables de Burn Out

**Tabla 1**  
*Estadísticos descriptivos de las dimensiones de BurnOut*

	Primera toma (n = 39)				Segunda toma (n = 32)			
	M	DE	Percentil 25 (Bajo)	Percentil 75 (Alto)	M	DE	Percentil 25 (Bajo)	Percentil 75 (Alto)
<b>Cansancio Emocional</b>	29,60	8,97	24,00	37,00	30,06	8,68	24,00	35,00
<b>Despersonalización</b>	16,64	10,92	9,00	22,00	19,31	12,09	7,50	26,00
<b>Realización Personal</b>	35,95	7,98	32,07	41,00	37,10	4,88	33,75	40,00

Entonces para cumplir el primer objetivo, a partir del cálculo de los percentiles en cada dimensión, se tomaron los valores de 25 como indicador de puntajes bajos y el valor de 75 como valor alto. De este modo, se identificaron cuántos sujetos cumplirían con los respectivos criterios propuestos por los autores para el diagnóstico de Burn Out: Niveles altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, y valores bajos de Realización Personal.

A continuación se presentan los resultados de sujetos con indicadores de BurnOut en cada momento de la evaluación (al mes de inicio y al cabo de nueve meses):

**Tabla 2**  
*Cantidad de residentes con indicadores y en riesgo de BurnOut*

	Primera toma (n = 39)		Segunda toma (n = 32)	
	f	%	f	%
<b>Con indicadores de BurnOut</b>	1	2,6	1	3,1
<b>En riesgo de BurnOut</b>	9	23,1	7	21,9
<b>Sin riesgo</b>	29	74,4	24	75

Como resultado, puede observarse que la cantidad de sujetos que presentan indicadores de Burn Out son similares en ambas evaluaciones (inicial y re test), y que la frecuencia de casos en riesgo disminuyó.

Luego, se analizó la presencia de diferencias significativas en las dimensiones de Burnout (AE, DP y RP) entre el ingreso al sistema de residencias y luego de nueve meses (ver tabla 3).

**Tabla 3**  
*Comparación de medias en las dimensiones de BurnOut en la muestra final (n = 32)*

	1° toma	2° toma	t (30)	P
<b>Cansancio Emocional</b>	29,11	30,06	-0,80	0,43
<b>Despersonalización</b>	16,03	19,31	-1,86	0,07
<b>Realización Personal</b>	37,77	37,10	0,51	0,62

Como puede observarse, a pesar de que las puntuaciones medias tienden a aumentar en los dos primeros casos (Cansancio Emocional y Despersonalización), las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los tres casos analizados.

A continuación se analizó la presencia de diferencias significativas en las percepciones de la importancia y satisfacción con la calidad de vida. Como puede observarse en las tablas 4 y 5, sólo en la importancia percibida de las áreas Recreación y Comunidad se producen diferencias significativas entre los dos momentos de la evaluación. En ambos casos las medias de dichas áreas disminuyeron.

**Tabla 4**  
*Comparación de medias en importancia de áreas de CV percibida*

	Primer mes	Nueve meses	p
	M	M	
<b>Salud</b>	2,93	2,93	n.s.
<b>Autoestima</b>	2,77	2,76	n.s.
<b>Valores</b>	2,97	3,06	n.s.
<b>Religión</b>	2,11	2,21	n.s.
<b>Finanzas</b>	2,16	2,34	n.s.
<b>Trabajo</b>	2,52	2,32	n.s.
<b>Recreación</b>	2,80	2,64	<b>.034</b>
<b>Estudio</b>	2,61	2,48	n.s.
<b>Creatividad</b>	2,11	2,09	n.s.
<b>Solidaridad</b>	2,72	2,67	n.s.
<b>Amor</b>	2,97	2,93	n.s.
<b>Amigos</b>	2,83	2,87	n.s.
<b>Hijos</b>	2,42	3,00	n.s.
<b>Familiares</b>	2,91	3,09	n.s.
<b>Vivienda</b>	2,44	2,54	n.s.
<b>Vecindario</b>	1,76	1,76	n.s.
<b>Comunidad</b>	2,23	2,03	<b>.013</b>
<b>Ambiente</b>	2,44	2,19	n.s.

**Tabla 5**  
*Comparación de medias en satisfacción de áreas de CV percibida*

	Primer mes	Nueve meses	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>M</i>	
Salud	4,36	4,00	n.s.
Autoestima	4,09	4,12	n.s.
Valores	5,44	5,29	n.s.
Religión	4,46	4,64	n.s.
Finanzas	4,06	4,03	n.s.
Trabajo	4,58	4,59	n.s.
Recreación	3,25	2,96	n.s.
Estudio	3,67	3,87	n.s.
Creatividad	4,10	3,96	n.s.
Solidaridad	5,03	4,90	n.s.
Amor	4,74	4,56	n.s.
Amigos	4,70	4,40	n.s.
Hijos	4,80	4,50	n.s.
Familiares	4,70	4,34	n.s.
Vivienda	4,80	5,09	n.s.
Vecindario	4,64	4,89	n.s.
Comunidad	4,48	4,93	n.s.
Ambiente	4,50	4,64	n.s.

Para cumplir el 4° objetivo, se analizó la relación entre las dimensiones del MBI con variables socio demográficas y profesionales. En primer lugar, en relación al sexo, no se encontraron diferencias significativas (ver tabla 6).

**Tabla 6**  
*Comparación de medias por sexo*

	Femenino (n = 22)	Masculino (n = 7)	<i>U</i>	<i>P</i>
Despersonalización	14,23	17,43	60	.386
Cansancio Emocional	16,23	15,21	78,5	.794
Realización Personal	16,23	15,21	67,5	.523

Luego se analizó el estado civil. Se encontró una diferencia significativa entre los solteros y casados, en la dimensión Cansancio Emocional ( $U = 55, p < .05$ ).

**Tabla 7**  
*Comparación de medias por estado civil*

	Soltero (n = 26)	Casado (n = 5)	<i>U</i>	<i>p</i>
Despersonalización	14,46	18,38	36,5	.393
Cansancio Emocional	16,38	14	55	.018
Realización Personal	17,2	7	20	.590

La última variable que fue analizada dentro de este objetivo, es la correlación entre las dimensiones del Burn Out con la edad y la cantidad de guardias que realizan los profesionales residentes. No se encontraron resultados estadísticamente significativos (ver tabla 8).

**Tabla 8**  
*Correlaciones entre dimensiones de Burn Out con edad y cantidad de guardias mensuales*

		Edad	Cantidad de guardias mensuales
Despersonalización	<i>r</i>	-,243	-,017
	<i>p</i>	,252	,932
Realización Personal	<i>r</i>	,126	-,165
	<i>p</i>	,548	,385
Cansancio Emocional	<i>r</i>	-,051	,018
	<i>p</i>	,810	,925

Para cumplir el 6° objetivo, se analizó si existían correlaciones significativas entre las dimensiones de Burn Out con Calidad de Vida Percibida (ver tabla 9 y 10).

**Tabla 9**  
Correlaciones entre dimensiones de Burn Out con importancia de Calidad de Vida

		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
<b>Valores</b>	<i>Rho</i>	-,318	-,335	,413*
	<i>p</i>	,081	,075	,023
<b>Religión</b>	<i>Rho</i>	-,229	-,391*	,242
	<i>p</i>	,216	,036	,197
<b>Trabajo</b>	<i>Rho</i>	-,391*	-,402*	,274
	<i>p</i>	,030	,034	,151
<b>Estudio</b>	<i>Rho</i>	-,250	-,297	,492**
	<i>p</i>	,176	,124	,007
<b>Familiares</b>	<i>Rho</i>	-,037	-,324	,438*
	<i>p</i>	,844	,087	,015
<b>Vivienda</b>	<i>Rho</i>	-,455*	-,287	-,173
	<i>p</i>	,010	,138	,369
<b>Vecindario</b>	<i>Rho</i>	-,258	-,573**	,376*
	<i>p</i>	,169	,001	,049
<b>Comunidad</b>	<i>Rho</i>	-,305	-,431*	,597**
	<i>p</i>	,101	,025	,001
<b>Ambiente</b>	<i>Rho</i>	,070	-,125	,413*
	<i>p</i>	,708	,527	,026

En primer lugar se encontraron múltiples correlaciones significativas entre las dimensiones del MBI con la importancia de las áreas de calidad de vida. Cansancio Emocional correlacionó de forma negativa con trabajo y vivienda; Despersonalización también lo hizo de forma inversa con Religión, Vecindario y Comunidad; mientras que Realización Personal correlacionó de forma positiva con Valores, Estudio, Vecindario, Comunidad y Ambiente.

**Tabla 10**  
Correlaciones entre dimensiones de BurnOut con Satisfacción de Calidad de Vida

		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
<b>Autoestima</b>	<i>Rho</i>	-,102	-,087	,376*
	<i>p</i>	,585	,655	,041
<b>Valores</b>	<i>Rho</i>	-,076	,034	,538**
	<i>p</i>	,688	,862	,003
<b>Trabajo</b>	<i>Rho</i>	-,421*	-,301	,389*
	<i>p</i>	,018	,113	,034
<b>Recreación</b>	<i>Rho</i>	-,540**	-,388*	,220
	<i>p</i>	,002	,038	,243
<b>Estudio</b>	<i>Rho</i>	-,057	-,133	,414*
	<i>p</i>	,759	,493	,023
<b>Creatividad</b>	<i>Rho</i>	-,262	-,045	,526**
	<i>p</i>	,155	,818	,003
<b>Amor</b>	<i>Rho</i>	-,404*	-,294	,291
	<i>p</i>	,024	,122	,118
<b>Amigos</b>	<i>Rho</i>	-,184	-,296	,652**
	<i>p</i>	,322	,118	,000
<b>Familiares</b>	<i>Rho</i>	-,126	-,304	,543**
	<i>p</i>	,499	,109	,002
<b>Ambiente</b>	<i>Rho</i>	-,385*	-,396*	,313
	<i>p</i>	,036	,037	,099

En el análisis entre las dimensiones del MBI con el grado de satisfacción en las áreas de la calidad de vida, se encontraron múltiples correlaciones significativas. Cansancio Emocional correlacionó de manera inversa con Trabajo, Recreación, Amor y Ambiente; Despersonalización también lo hizo de forma negativa con Recreación y Ambiente; Realización Personal correlacionó positivamente con Autoestima, Valores, Trabajo, Estudio, Creatividad, Amigos y Familiares.

Por último, se presentan los resultados del séptimo objetivo (ver tabla 11). Como producto del análisis se encontró que se detectaron diferencias significativas en el grado de conformidad con la capacitación recibida, donde los valores tendieron a disminuir ( $p < .05$ ).

**Tabla 11**

*Comparación de medias en grado de satisfacción con el clima de trabajo, capacitación recibida, y especialidad elegida*

	Primer mes	Nueve meses	P
<b>Grado de satisfacción con la especialidad elegida</b>	4,62	4,43	.193
<b>Grado de conformidad con el clima de trabajo</b>	3,9	3,71	.180
<b>Grado de conformidad con la capacitación recibida</b>	4,21	3,93	<b>.039</b>

Finalmente, se agregó el análisis de dos variables que podrían estar influyendo en los resultados: institución y especialidad. Para ello, se aplicó el análisis de varianza unidireccional separando a los participantes en cada momento de la evaluación (ver tabla 12).

**Tabla 12**

*Comparación por institución de trabajo en dimensiones de burnout*

	Primera evaluación (n = 39)		Segunda evaluación (n = 32)	
	F	p	F	p
<b>Cansancio Emocional</b>	.941	.48	Cansancio Emocional .557	.579
<b>Despersonalización</b>	1,307	.282	Despersonalización .806	.502
<b>Realización Personal</b>	7,069	<b>.0008</b>	Realización Personal 1,069	.379

Como resultado del primer análisis, se encontró que en la variable Realización Personal existe una diferencia significativa en la primera evaluación. Debido a que el nombre de las instituciones no puede ser informado, simplemente se menciona que existe un efecto diferencial sobre las dimensiones del burnout.

En tanto que en el análisis según especialidad médica, no se encontraron resultados significativos empleando la prueba ANOVA.

## Discusión

En primer lugar, se debe mencionar que debido a la ausencia de baremos locales sobre el test empleado (MBI), la estimación del diagnóstico de Burnout se realiza en base al cálculo de percentiles para la muestra tomando como valores altos (a partir de 75) y bajos (25 o menos). Esta modalidad de corrección, que si bien es estadísticamente apropiada, presenta como contrapartida la dificultad para cumplir con todos los criterios señalados como indicadores de Burn Out. Ya que se trataría de sujetos con percentiles superiores o iguales a 75 en CE y DP, y percen-

tiles inferiores o iguales a 25 en RP. Y otra complicación, es que al tratarse de un estudio longitudinal existió pérdida de sujetos: profesionales que no completaron la segunda fase de la evaluación, evento característico en este tipo de estudios (Hernández Sampieri et al., 2014; Moretti & Basler, 2011). Por lo que los percentiles que se fijaron para cada momento de la evaluación variaron. En el caso de CE, el percentil 25 se mantuvo similar en su valor (24), pero el percentil señalado como alto disminuyó (de 37 a 35). En el caso de DP, los valores tendieron a aumentar ampliando el rango (disminuyó el percentil 25 en su valor, y aumentó el 75). Y en el caso de RP, disminuyó el rango de valores en los percentiles.

El análisis de la cantidad de sujetos con Burnout aumentó levemente en porcentaje, pero la cantidad de sujetos con los indicadores fueron los mismos (n = 1). Esto estaría en consecuencia con la disminución en el n de la segunda toma (n = 32). Mientras que el porcentaje de sujetos en riesgo (aquellos que cumplen dos de los tres criterios señalados por Maslach & Jackson, 1981) disminuyó en frecuencia y porcentaje. Debido al tamaño de la muestra y la frecuencia de casos por celdas a analizar, no se pudo efectuar un análisis estadístico de asociación de variables nominales (Chi Cuadrado).

Esta baja prevalencia no condice con los descripto por Panteoloni et al (2014) que señala que el primer año es de alto riesgo para el desarrollo del SBO. Aunque en la misma definición del BO se establece que es un proceso paulatino que se desarrolla con el transcurrir de los años, como respuesta al estrés crónico (Maslach & Jackson, 1981) y en esta investigación se trabajó con sujetos que están transitando su primer año de residencia. Por lo que sería importante continuar con la evaluación de estos profesionales a lo largo de los años, ya que explicaría el bajo porcentaje encontrado en la muestra.

Seguidamente, se analizó la presencia de diferencias significativas en las dimensiones del SBO, sin encontrar resultados significativos. La diferencia más cercana se encontró en Despersonalización (p = .07), lo que podría considerarse como una tendencia a la significación donde los valores medios tendieron a aumentar en la segunda evaluación. Posiblemente de aumentar el tamaño de la muestra estos resultados serían significativos.

También puede estar influyendo la variable institución y especialidad, debido a que la muestra está conformada por profesionales de diversas instituciones y especialidades que poseen distintos programas de residencia (exigencias académicas y laborales).

También fueron agregadas al análisis las variables institución y especialidad. En la primera de estas variables, se encontró un resultado significativo en Realización Personal, lo cual indica que ejerce un efecto diferencial el hecho de trabajar en una institución específica. Recordemos que para el desarrollo del burnout, influyen no sólo las características institucionales sino también las personales. En este caso, puede vislumbrarse cómo la institución de trabajo ejerce un peso diferencial, posiblemente relacionado a las condiciones en que deba realizarse la tarea.

En cuanto al análisis según especialidad, no se encon-

traron resultados significativos. Puede ocurrir que esté influyendo el escaso número de representantes por especialidad médica, a diferencia de estudios previos que sí encontraron diferencias por especialidad (Arrigoni, Bovier, Mermillod, Waltz & Sappino, 2008; Dyrbye et al., 2012; Enoch, Chibnall, Schindler & Slavin, 2013; Park et al., 2016; Shanafelt et al., 2017).

En relación a la calidad de vida, se observó una disminución significativa en la importancia percibida de la recreación y comunidad. Esto puede ser un factor de riesgo al desarrollo del SBO, debido al aislamiento que puede producir en la interacción con su comunidad y a la sobre exigencia laboral en desmedro de la importancia de actividades recreativas.

Luego se analizó el rol de las variables sociodemográficas y socio profesionales en relación a las dimensiones del SBO. Muchas de ellas no pudieron someterse al análisis debido a la disparidad en su representación (como es el caso de la institución, especialidad, paternidad/maternidad). En el caso del género no se encontraron resultados significativos, a diferencia de estudio previos que señalaban mayor prevalencia en hombres (Abreu Santos et al., 2011; Meana, 2007;) o en mujeres (Moreno, 2007).

Los residentes solteros presentaron valores estadísticamente superiores en CE a comparación de los profesionales casados o en unión convivencial, en contraposición a estudios previos (Pichucho, 2017) y coincidiendo con Moreno (2007) en que las personas solteras tienen mayor riesgo de presentar CE.

La edad no arrojó resultados significativos con las dimensiones del MBI, esto se explicaría por la homogeneidad de la muestra en este aspecto ( $M = 26,06$ ,  $DE = 1,80$ ). En otros estudios se señalaba a la edad como un factor asociado (Llorent & Ruiz-Calzado, 2016). Lo mismo sucedió con la cantidad de guardias al mes donde no se encontraron resultados significativos, en contraposición con la evidencia de la literatura previa (Carrillo Esper, Espinoza de los Monteros Estrada & Gómez Hernández, 2012; Fonseca et al., 2010). También se aclara que en la presente muestra, el 90,6% realiza 8 guardias mensuales afectando el rango de variación disponible.

En cuanto a la calidad de vida, puede decirse que las relaciones significativas encontradas serían esperables debido a que mayor CE estaría asociado a una disminución en la valoración de la importancia de diversas áreas de calidad de vida (trabajo y vivienda), lo que implicaría una merma en su productividad laboral y una menor valorización de aspectos extra laborales como sería su hogar (Tartas et al., 2016).

En tanto que el aumento en valores de DP se relacionó con puntajes más bajos en área externas o macro sociales del sujeto, como son el Vecindario y Comunidad, y también con factores de índole espiritual. Aunque se aclara que en la presente investigación no se indagó si el profesional adhería a una religión específica.

Mientras que Realización Personal correlacionó de forma positiva con Valores, Estudio, Vecindario, Comunidad y Ambiente. Es importante mencionar que en otro objetivo se detectó una disminución en el grado de satis-

facción con la capacitación recibida en la segunda evaluación, por lo que es interesante reflexionar acerca del estudio y formación del profesional como factor protector del SBO. EN estudios posteriores se podrían profundizar el tema.

Por otro lado, el cuestionario de CVP indagó el grado de satisfacción en las respectivas áreas, y debido a la carencia de estudios previos similares, sólo puede afirmarse que los resultados serían esperables por las características teóricas de cada variable. Es decir las dimensiones negativas del MBI (CE y DP) presentaron en todos los casos correlaciones negativas con las áreas de calidad a nivel de satisfacción, en tanto que la RP presentó correlaciones positivas. Sería importante reforzar estas áreas más allá de la formación netamente académica y clínica, en programas de bienestar del residente.

Por último, se diseñó una serie de preguntas Ad Hoc que evaluaron el grado de conformidad con la capacitación recibida, clima de trabajo y especialidad elegida. Sólo en el caso de la capacitación se encontraron resultados significativos a nivel estadístico, donde los valores disminuyeron en la segunda toma. Y como ya se mencionó anteriormente, el estudio es una variable asociada a dimensiones del MBI. Es dato llamativo porque se considera a la residencia como una instancia de formación profesional (Torricelli, 2012).

A modo de conclusión, estos datos permiten continuar reflexionando sobre la temática del burnout y diseñar programas preventivos donde se incluya el fortalecimiento de áreas de calidad de vida implicadas en el mismo, desde la perspectiva de la promoción de salud del personal sanitario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu Santos, A.; Andrade, T.; Grosseman, S. & Oliva Costa, E. (noviembre, 2011). Burnout syndrome among internship medical students. *Medical Education*, 11, 1131-1162. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04108.x
- Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. P. (2009). Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk?. *Supportive Care in Cancer*, 17(1), 75-81. doi: 10.1007/s00520-008-0465-6
- Carrillo Esper, R.; Espinoza de los Monteros Estrada, I. y Gómez Hernández, K. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28 (6), 579-584.
- Casari, L. M., Boetto, F. C. & Daher, C. (2015). Síndrome de BurnOut en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61 (2), 114-122.
- Díaz, R. H. (2014). Algunas características asociadas con la presencia de indicadores de Burnout en profesionales de salud mental panameños. *Investigación y pensamiento crítico*, 3 (2), 13-24.
- Dyrbye, L. N., Eacker, A. M., Harper, W., Power, D. V., Massie Jr, F. S., Satele, D., ...& Shanafelt, T. D. (2012). Distress and empathy do not drive changes in specialty preference among US medical students. *Medical teacher*, 34(2), e116-e122. DOI: 10.3109/0142159X.2012.644830

- Enoch, L., Chibnall, J. T., Schindler, D. L., & Slavin, S. J. (2013). Association of medical student burnout with residency specialty choice. *Medical education*, 47(2), 173-181. doi:10.1111/medu.12083
- Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Braugualt, E. & Miro, O. (2010) Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista Clínica Española*, 210 (5), 209-215. doi: 10.1016/j.rce.2009.12.006.
- George, D. & Mallery, P. (2007). *SPSS for Windows: Step by step 14.0 update* (7 ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gorelick, M.H., Schremmer, R., Ruch-Ross, H., Radabaugh, C. & Selbst, S. (2016). Current Workforce Characteristics and Burnout in Pediatric Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 23(1), 48-54. doi: 10.1111/acem.12845
- Hein, N. (2005). *Estudio del síndrome de burnout en pastores adventista y su relación con la satisfacción laboral y las características de personalidad*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Adventista del Plata, Libertador San Martín, Entre Ríos.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° Ed.). México D.F.: Mc Graw -Hill Education.
- Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. M. (2014). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- Llorent, V. & Ruiz-Calzado, I. (2016). El Burnout y las variables sociodemográficas en los profesionales de la educación que trabajan con personas con discapacidad en Córdoba (España). *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3287-3295. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.00732015>
- López Franco, M., Rodríguez Núñez, A., Fernández Sanmartín, M., Marcos Alonso, S., Martínón Torres, F., & Martínón Sánchez, J.M. (2005) *Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico*, Barcelona, España. *Anales de Pediatría*, 62 (3), 248-251.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1997). *MBI Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (2ª Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Meana, M. A. (2007). *Síndrome de burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de Clínica Médica* (Tesis de Maestría). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Mikulic, I. M. (2006). *Calidad de Vida: Aportes del Inventario de Calidad de Vida percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica*. Ficha de Publicaciones, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Moreno, M. E. (2007). *Síndrome de Burnout, Estilo Atribucional y Capacidad de Resiliencia en Psicólogos el Servicio de Salud Mental de la provincia de San Juan* (Tesis de Maestría inédita). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Moretti, L. & Basler, H. (2011). Introducción a las Prácticas en Salud Basadas en la Evidencia: Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas. En L. A. Medrano (Comp.) *Prácticas en Salud Basadas en Evidencia* (pp.7-18). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Olson, K., Kemper, K. J., & Mahan, J. D. (2015). What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 20(3), 192-198. doi: 10.1177/2156587214568894.
- Panteleoni, J., Erin, M., Sourkes, B., & Bachrach, L. (2014) *Burnout in pediatrics residents over a 2-year period: A longitudinal study*. *Academic Pediatrics*, 14 (2), 167-172. doi: 10.1016/j.acap.2013.12.001.
- 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. <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2016.31.4.590>
- Pichucho, T. A. (2017). Identificación del síndrome de burnout y factores relacionados con este fenómeno en los profesionales de enfermería. *Revista Científica Sinapsis*, 5(2).
- Secín-Diep, R. & Rodríguez-Weber, F. L. (2016). Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado. *Medicina Interna de México*, 32(1), 33-40.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D.,... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout research*, 2(1), 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004>
- Tartas, M., Walkiewicz, M., Budziński, W., Majkovicz, M., Wójcikiewicz, K., & Zdun-Ryżewska, A. (2016). The coping strategies during medical education predict style of success in medical career: a 10-year longitudinal study. *BMC Medical Education*, 16, 186. doi: 10.1186/s12909-016-0706-1
- Torriceili, F. (2012). Campo, rol y perfil profesional en los residentes en Psicología y en Psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente "recurso humano en salud mental" en el subsector público. *Salud mental y comunidad*, 2 (2), 49-58.