



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

SINDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD REVISION
SISTEMATICA DE LA LITERATURA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PEDIATRICA

P R E S E N T A:

SARA MABEL GUTIERREZ TORREZ

TUTORES

DRA. DELFINA ORTIZ MARMOLEJO

M. en C. LUISA DIAZ GARCIA





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO DEL TRABAJO

**SINDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD
REVISIONSISTEMATICA DE LA LITERATURA**

DR. GUILLERMO SOLOMON SANTIBAÑEZ
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA

DR. JOSE N. REYNES MANZUR
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DRA. MIRELLA VAZQUEZ RIVERA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO

DRA. DELFINA ORTIZ MARMOLEJO
TUTOR DE TESIS

M.C. LUISA DIAZ GARCIA
TUTOR METODOLOGICO

| | |
|--|----|
| INDICE | |
| RESUMEN ESTRUCTURADO..... | 1 |
| ANTECEDENTES..... | 2 |
| MARCO TEORICO..... | 2 |
| Factores de estrés en los profesionales de la salud..... | 2 |
| Consecuencias personales..... | 3 |
| Consecuencias Familiares..... | 3 |
| Consecuencias Labora..... | 4 |
| Instrumentos utilizados para la medición de burnout..... | 6 |
| JUSTIFICACION..... | 8 |
| OBJETIVOS..... | 9 |
| CLASIFICACION DE LA INVESTIGACION..... | 9 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 9 |
| Estrategia de la búsqueda..... | 9 |
| Métodos de la revisión..... | 9 |
| Criterios de inclusión..... | 9 |
| Criterios de exclusión..... | 9 |
| Variables y definiciones operacionales del estudio..... | 10 |
| RESULTADOS..... | 11 |
| CONCLUSIONES..... | 16 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 21 |
| Consultadas..... | 21 |
| Estudios incluidos..... | 22 |
| Estudios eliminados..... | 22 |
| ANEXO 1 Clasificación del Nivel de la Evidencia de Oxford..... | 23 |
| ANEXO 2 Cuadro de Síntesis de la Literatura..... | 24 |
| ANEXO 3 Cuadro de Búsqueda de la Literatura..... | 40 |
| ANEXO 4 Diagrama de Artículos..... | 41 |

RESUMEN

Introducción: El estrés laboral lo definimos como las reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del trabajador.

Cuando el estrés laboral se acumula y se mantiene en el tiempo hablamos de estrés crónico, si este se torna excesivo superando la tolerancia del organismo puede generar una serie de situaciones que pueden derivar en graves consecuencias como pérdida de la salud, respuesta pobre en el ámbito laboral con repercusión en la seguridad del paciente, en la vida familiar y social.

Justificación: Se han descrito distintas metodologías en la medición del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, por lo que se realizó una revisión sistemática de la literatura, con el fin de identificar cual de todos los instrumentos utilizados será el más adecuado para evaluar la presencia de este síndrome en el personal del Instituto Nacional de Pediatría, como parte de una línea de investigación propuesta por el servicio de Anestesiología.

Objetivo: Describir la confiabilidad de los instrumentos auto-aplicables utilizados en la medición del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, reportadas en la literatura.

Metodología: Diseño de estudio: Revisión sistemática de la literatura, se utilizará la metodología planteada en el Manual de Revisores Cochrane versión 4.1.3. Los estudios fueron revisados, evaluados y sintetizados por dos de los investigadores. La asignación del nivel de evidencia se realizó con la escala Jovell, y la calidad metodológica de los estudios se evaluaron con el instrumento STARD, no hubo divergencias en la evaluación de los estudios. La síntesis de los estudios se realizó con base a las variables de estudio, en un formato diseñado ex profeso se dividirá por tipo de diseño y la información se capturó en el paquete GRADE profile 3.2.2

Resultados: Como resultado de esta Revisión sistemática se incluyeron seis estudios que reportan la validez de los instrumentos Maslach y ATBI para la medición del burnout en profesionales de salud.

Conclusiones:

La adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory por Pedro R Gil Monte y Peiro J. reúne los suficientes requisitos de validez factorial, especificidad, sensibilidad y consistencia interna en cada una de sus subescalas y de manera general como para ser empleada en la estimación del síndrome de quemarse por el trabajo en nuestro contexto sociocultural.

Antecedentes

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, bajo de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien lo denominó el "Síndrome de estar Enfermo" (1). Hace más de medio siglo, Hans Selye definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior".

El estrés de trabajo se puede definir como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador. El estrés de trabajo puede conllevar pérdida de la salud, baja capacidad de respuesta en el trabajo.

El concepto del estrés de trabajo muchas veces se confunde con el desafío, pero estos conceptos no son iguales. El desafío nos vigoriza psicológicamente y físicamente, y nos motiva aprender habilidades nuevas y llegar a dominar nuestros trabajos. Cuando nos encontramos con un desafío, nos sentimos relajados y satisfechos. Entonces el desafío es un ingrediente importante del trabajo sano y productivo (2).

Factores de estrés en los profesionales de la salud.

El Dr. Gustavo Calibrese en la guía de prevención de la (Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología) CLASA nos habla de diferentes factores que pueden influir en la generación del estrés.

Los factores personales se vinculan por un lado a desajustes de las expectativas altruistas, profesionales y sociales, sumado a la potenciación de una personalidad que desarrolla un rol protagónico en su ámbito de trabajo, con una valoración de la personalidad "sobre calificada", que muchas veces se sienten "dioses blancos" resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante (3).

Los factores profesionales se vinculan por un lado al perfil del tipo de trabajo, que se caracteriza por alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, manejo de pacientes críticos, manejo de pacientes complejos, decisiones de emergencias, enfrentamiento con la muerte, estas situaciones se transforman de emociones naturales en emociones estresantes (4)

La modalidad laboral es un factor de importancia como generador de estrés en la actualidad ya que están inmersos en una cultura laboral de "Alta Presión" para mejorar su productividad, competitividad, con criterios de calidad altos, sumado a calendarios inapropiados con exceso de horas de trabajo (tanto diurnas como nocturnas), e inadecuado descanso (5)

La cultura de ejercer demandas civiles y penales que se presentan cada vez con mayor frecuencia o a estar cursando la vivencia de un proceso de juicio civil y/o penal (6). Además de los factores Institucionales en la generación de estrés laboral se vincula fuertemente a una estructura jerárquica rígida, a una difícil comunicación con autoridades y mandos medios en la organización donde es común la inseguridad laboral y la falta de políticas favorables a la vida de familia del trabajador. (7)

Los factores ambientales se vinculan a Infraestructura laboral Inadecuada, a protecciones Inadecuadas y a un hábitat laboral intenso, donde se desarrollan en general un clima intenso, rutinario, competitivo, hostil por momentos; donde predominan las inadecuadas relaciones interpersonales tanto entre médicos, enfermería y resto del personal en el cual se percibe como un fracaso estar cansado como ideología laboral, aun cuando en realidad la falta de sueño y de la fatiga crónica acumulada son muy comunes (8)

Consecuencias personales:

Una característica importante del estrés es que sin importar si este es físico intelectual o psicológico nuestro cuerpo siempre se moviliza por una reacción física. Cuando estos factores se acumulan y superan la tolerancia del organismo surge el estrés excesivo y nocivo que se manifiesta en:

Síntomas físicos: malestar general, cefaleas, fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares (espalda y cuello) y cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.

Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alienación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

Síntomas conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, ausentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar, etc.).

Deterioro psíquico - emocional como angustia, depresión y ansiedad el que puede llegar en algunos casos a ser el campo propicio para el suicidio.

Trastornos en la conducta como alcoholismo y fármaco dependencia. Trastornos intelectuales como dificultad de concentración trabajos deficientes.

Consecuencias familiares:

Son muy graves caracterizándose por aislamiento, sentimiento de culpa, reproche familiar por exceso de trabajo, pobre participación en eventos trascendentes de la

vida familiar, fracaso en los vínculos con los hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y desintegración familiar.

Consecuencias Laborales:

Entre otras se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo laboral, el trabajo de pobre calidad posibilitando la mala praxis y los consiguientes problemas legales. Llevando todas estas situaciones a una pérdida de imagen profesional y en algunas ocasiones el abandono o el cambio del trabajo. Dentro del estrés crónico laboral hay algunas entidades clínicas, de las que destacamos el Síndrome de Burnout o "Estar Quemado"(9).

El Síndrome de "Burnout", también llamado síndrome de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario siendo un mal invisible que afecta y repercute directamente en la calidad de vida, agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal.

La definición de síndrome de burnout más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981) quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo.

Este síndrome se da en aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo han de mantener un contacto constante y directo con la gente, como son los trabajadores de la sanidad, de la educación o del ámbito social.

Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del burnout, aunque de forma más completa podemos entender el burnout como el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los pacientes, alumnos, usuarios o clientes.

El cansancio emocional hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que se realiza, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás.

La despersonalización consiste en el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas a las que da servicio. Es un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los beneficiarios del propio trabajo. La falta de realización personal en el trabajo es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa, junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, con baja productividad e incapacidad para soportar la presión.

Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima.

Los trabajadores con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos

estresantes cuando los trabajadores creen que pueden afrontarlas de manera positiva. El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de burnout.

El síndrome de burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de sentido para su vida, en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo.

La forma de manifestarse se presenta bajo síntomas específicos y los más habituales son:

Psicosomáticos: fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y desordenes gástricos, tensión muscular.

De conducta: ausentismo laboral, adicciones (tabaco, alcohol, drogas).

Emocionales: irritabilidad, dificultad de concentración distanciamiento.

Laborales: menor capacidad en el trabajo, acciones hostiles, conflictos. Existe un grupo de personas que sintomáticamente puede padecer esta enfermedad, estos son los profesionales con contacto con personas, como el personal sanitario, y que según Maslach son los profesionales de ayuda.

Se han establecido (Edelwich y Brodsky, 1980) varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al burnout:

Etapas de entusiasmo (el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución. Y el trabajador tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante).

Etapas de estancamiento (comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo).

Etapas de frustración (es el periodo de la desilusión y de la desmotivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales).

Etapas de apatía (se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas).

Etapas de burnout (en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (10).

Al inicio de esta enfermedad, se reconocen varias características que afectan al individuo:

- 1.-Exceso de trabajo.
- 2.-Sobreesfuerzo que lleva a estados de ansiedad y fatiga.
- 3.-Desmoralización y pérdida de ilusión.
- 4.-Pérdida de vocación, decepción de los valores hacia los superiores

Los síntomas burnout tienen también consecuencias laborales negativas que afectan a la organización y al ambiente de trabajo y se manifiestan en un progresivo deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad); disminuye la productividad y la calidad del trabajo y, por tanto, el rendimiento, que afecta a los servicios que se prestan (11).

Surgen sentimientos que abarcan desde la indiferencia a la desesperación frente al trabajo; se da un alto ausentismo, con una mayor desmotivación, aumentan los deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación con un creciente nivel de desmoralización y se puede llegar o a una reconversión por parte del afectado profesional o al abandono de la profesión.

Si la organización no favorece el necesario ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, se produce una pérdida de la calidad de los servicios como consecuencia de todo ello, que no es más que la expresión de una desilusión.

Hasta ahora, el síndrome de burnout no está incluido en el cuadro de enfermedades profesionales, pero va siendo reconocido como accidente de trabajo.

Siempre ha habido disparidad de datos estadísticos. Así, se ha señalado que el burnout aparecía comúnmente entre los profesionales de la medicina variando el número de afectados entre el 25% y el 60% (Shanafelt y otros 2002), aunque el Instituto de Estudios Laborales (IEL) ha realizado un trabajo en Europa en el que se reseña que el 87,8 % de los médicos de Atención Primaria se siente agotado emocionalmente (12),

Evidencia de otros estudios que del 10% al 12% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados (13) y que sufrirán problemas mentales o conductas adictivas a lo largo de su vida profesional (14)

Un estudio con médicos de Atención Primaria utilizando el punto de corte usado en la mayoría de los estudios muestra que un 40% de los médicos presenta valores altos en cansancio emocional y despersonalización. Asimismo, alrededor del 30% se presenta con una percepción de realización personal baja, las tasas de suicidio como el número de cirrosis en los médicos es tres veces superior a la población general.

Estos resultados muestran que un porcentaje alto de profesionales de la salud presentan algún criterio de burnout. Llama la atención que más de un 12% de los sujetos en el estudio presento valores máximos para clasificar con síndrome de burnout. Este estudio también reporta diferencias entre varones y mujeres (Cebria y otros, 2001). En algunos estudios se ha observado mayor riesgo para las mujeres (Thomson 1995).

Instrumentos utilizados para la medición de burnout:

Existen varios instrumentos que en la actualidad se utilizan en la medición de este síndrome, pero no todos han sido validados en población de profesionales de la

salud, por especialidad (disciplina, grado académico) y/o transculturizados para ser utilizados en población mexicana.

Algunos de los instrumentos más utilizados internacionalmente en profesionales de la salud es Maslach Inventory Burnout, (MIB) pero hay reportes de estudios realizados en profesionales de la salud en Latinoamérica y España con otros instrumentos como el Questionare on Medical Professional Burnout (QMPB).

Así como adaptaciones de otros instrumentos aplicados en población de médicos residentes y enfermeras utilizando el Athletic Training Burnout Inventory (ATBI) y el Burnout of Psychologist Inventory (BPI).

La realización de una revisión sistemática podrá facilitarnos la toma de decisiones con respecto a seleccionar el instrumento más adecuado para la evaluación de síndrome de burnout en profesionales de la salud mexicanos.

JUSTIFICACION.

El estrés laboral lo definimos como las reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del trabajador. Cuando el estrés laboral se acumula y se mantiene en el tiempo hablamos de estrés crónico, si este se torna excesivo superando la tolerancia del organismo puede generar una serie de situaciones que pueden derivar en graves consecuencias como pérdida de la salud, respuesta pobre en el ámbito laboral con repercusión en la seguridad del paciente, en la vida familiar y social.

Las condiciones laborales del profesional de la salud están influenciadas por una mejora en las normas de seguridad, tecnología de última generación así como nuevos fármacos, estas condiciones se acompañan de las condiciones intrínsecas del individuo así como el estrés lo cual tiene un efecto directo en el detrimento de su salud.

Se han descrito distintas metodologías en la medición del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, por lo que realizaremos una revisión sistemática de la literatura, y con ello poder identificar cual de todos los instrumentos utilizados será el más adecuado para evaluar la presencia de este síndrome en el personal del Instituto Nacional de Pediatría, como parte de una línea de investigación propuesta por el servicio de Anestesiología.

Objetivos.

General

Describir la validez de los instrumentos auto-aplicables utilizados en la medición del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, reportadas en la literatura.

Específicos

Conocer cuál de estos instrumentos ha sido adaptados transculturalmente y han sido utilizados en población mexicana.

Clasificación de la investigación

Revisión sistemática de la literatura.

Material y Métodos

Diseño de estudio: Revisión sistemática de la literatura, se utilizó la metodología planteada en el Manual de Revisores Cochrane versión 4.1.3. Los estudios fueron revisados, evaluados y sintetizados por dos de los investigadores. La asignación del nivel de evidencia se realizó con la escala Jovell. La síntesis de los estudios se realizó con base a las variables de estudio, en un formato diseñado ex profeso (anexo 3) se dividieron por tipo de diseño, para la presentación de los resultados; como parte del análisis cualitativo.

Criterios de inclusión de estudios

Se incluyeron artículos cuyo diseño de estudio fuera: transversal, cohorte ó ensayo clínico y que reportaron la confiabilidad de instrumentos de auto-aplicación para la medición del síndrome de burnout en los profesionales de la salud, sin límites de fecha de publicación, y sin límites de idioma.

Criterios de exclusión de los estudios

Se excluyeron aquellos estudios que no reportaron la metodología con la cual evaluaron la confiabilidad del instrumento.

Se excluyeron aquellos estudios que no reportaron los contenidos del instrumento.

Estrategia de búsqueda para la identificación de los estudios

Se realizó la búsqueda electrónica en la Biblioteca Cochrane plus, PUBMED, Artemisa, LILACS, Scielo, EMBASE.

Se ocuparon los términos MeSH y/o palabras clave:

Burnout, profesional, health workers, physician, doctors, measure, reliability, sensitivity, specificity, validity.

La búsqueda se realizó combinando el término MeSH con el resto de los términos utilizando el operador booleano *and*. (Ver anexo 3)

Ubicación del estudio

Servicio de Anestesiología del Instituto Nacional de Pediatría.

VARIABLES DE ESTUDIO:

Se buscarán y analizarán las siguientes variables de estudio con un formato diseñado ex profeso.

Autores: Nombre de los autores de los artículos revisados

Año de publicación: fecha en la cual se publicaron los artículos

País de publicación: lugar donde se realizó el artículo

Diseño del estudio: Se consideraron todos los diseños de estudio

Nivel de evidencia y fuerza de la evidencia: Se evaluó con la escala Jovell (ANEXO 1)

Número y características de la población de cada estudio: Se refiere al número de sujetos incluidos en cada estudio así como sus características más importantes como: edad, sexo, especialidad, antigüedad laboral.

Resultados: Se reportan propositivamente considerando toda la información reportada en los estudios sobre *sensibilidad* (sensitivity) refiriéndose esta a la capacidad del instrumento para detectar casos verdaderos. Así como la *sensibilidad al cambio* (responsitiveness) refiriéndose esta a la capacidad que tiene el instrumento para detectar cambios importantes en el atributo verdadero que se mide. Se considero el valor puntual reportado por el estudio *especificidad* refiriéndose a la capacidad del instrumento para clasificar como negativos a los verdaderos negativos. Se considero el valor puntual reportado por el estudio. *Validez* Se considero toda la información reportada en los estudios sobre *Validez lógica o aparente* (face validity), considerando como la parte o partes del instrumento que mide lo que quiere medir. *Validez de contenido:* Se considero toda la información reportada en los estudios sobre si el instrumento evaluado contempla todos los aspectos relacionados con el fenómeno de estudio. *Validez de constructo* Se considero la información reportada en los estudios sobre este rubro definiéndolo como las diferencias reportadas en la aplicación del cuestionario en dos grupos extremos, así como información sobre la correlación con otras variables relacionadas con el fenómeno estudiado.

Conclusiones de los autores: Se consideraron las conclusiones reportadas por los autores en su estudio.

RESULTADOS

Como resultado de la búsqueda sistemática se encontraron 602 estudios solo como burnout, 5201 burnout professional, 891 physician burnout, 791 burnout in doctors, 222 burnout professional and measure, 46 burnout in health workers, 34 burnout professional and health workers and measure de los cuales 6 cumplieron los criterios de inclusión; 6 estudios fueron excluidos ya que no reportan la validez del instrumento. (Anexo 3)

El análisis y evaluación de los estudios que se incluyeron se muestra en el anexo 3

La revisión incluyó seis estudios transversales, los cuales muestran la validación del instrumento, y seis estudios que fueron excluidos por no reportar la validez del instrumento de los cuales cuatro eran estudios transversales, un estudio de cohorte prospectivo y una revisión sistemática, que referían en el documento la validez del instrumento pero sin haberla evaluado.

Artículos incluidos:

Estudio del burnout en entrenadores de atletas del Collegiate Athletic publicado en Febrero 2008 en Journal of Athletic. Daniel C. Clapper. Estudio transversal Nivel de evidencia VIII Fuerza de evidencia. Pobre.

El estudio reporta la validación de dos instrumentos para evaluar Burnout utilizando una modificación Maslach incluyéndola en un instrumento denominado Athletic Training Burnout inventory 92 entrenadores respondieron los instrumentos de manera completa para el proceso de validación y reproducibilidad mostrando un alfa de Cronbach para todos los constructos igual o mayor a 0.80.

La escala ATBI en sus 4 constructos: 1) despersonalización y agotamiento emocional, 2) responsabilidad administrativa, 3) antigüedad laboral, 4) Apoyo institucional; se utilizaron por separado para realizar pruebas t para muestras independientes, contrastando por las variables de sexo, estado civil, edad; encontrando que la única relación estadísticamente significativa fue la edad en el constructo de apoyo institucional reportando que los más jóvenes refieren menor apoyo de sus instituciones El desarrollo del instrumento ATBI tuvo una aceptable validez para describir los factores que contribuyen al desarrollo del burnout en entrenadores. El instrumento ATBI reprodujo resultados similares a los obtenidos con la medición de la escala de Maslach. Algunos puntos dentro del constructo agotamiento emocional y despersonalización así como en el constructo de apoyo institucional necesitan más pruebas para establecer la reproducibilidad y validación para la evaluación del síndrome de burnout en entrenadores físicos.⁽¹⁷⁾

Prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales publicada 2008 en Rev Saude Pedro R. Gil –Monte Estudio transversal Nivel de evidencia VIII Fuerza de evidencia, pobre.

Analizar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras de hospitales generales del sur del conurbano bonaerense siguiendo criterios de diferentes países.

El síndrome de quemarse por el trabajo se estimó mediante la adaptación al español (Gil-Monte 2005) del MBI-HSS (Maslach & Jackson 1986).

Siguiendo los puntos de corte establecidos por Maslach & Jackson (1986), 42 participantes (34,1%) puntuaban bajo en realización personal en el trabajo, 58 (47,1%) puntuaron alto en agotamiento emocional, y 28 (22,8%) puntuaron alto en

despersonalización. Aplicando los criterios de Gil-Monte & Peiró (2000), esos valores fueron respectivamente: 73 participantes (59,3%), 64 (52,0%) y 47 (38,2%); utilizando los puntos de corte de Neira¹² (2004): 73 (59,3%), 70 (56,9%) y 73 (59,3%). Según los puntos de corte establecidos por Schaufeli & Dierendonck (1995) se obtuvo 23 participantes (18,7%) con baja realización personal en el trabajo, 24 (19,5%) altos niveles de agotamiento emocional, y 30 participantes (24,4%) con altos niveles de despersonalización.

Los niveles de baja realización personal en el trabajo fueron similares aplicando los criterios de Gil-Monte & Peiró (2000), y de Neira¹² (2004). Con los criterios de Maslach & Jackson¹⁰ (1986) resultaron inferiores, y aún menores al aplicar los puntos considerados por Schaufeli & Dierendonck (1995) como puntos de corte.⁽¹⁸⁾

Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. publicada 2006 Aten Primaria Moreno Jiménez B. Estudio transversal. Nivel de evidencia VIII. Fuerza de evidencia, pobre.

Este estudio plantea el desarrollo y validación del Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM). Realizado en 2 fases, ambas de corte transversal.

Fase 1: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del nuevo cuestionario referidas a la validez del constructo (análisis factorial exploratorio, consistencia interna y análisis factorial confirmatorio de validez del constructo, se repartieron 1305 encuestas se recogieron 458 el 33,4% de atención primaria y el 66,6% de atención especializada, 62,8% no deseo participar, solo respondieron el 37,16%.

Fase 2 la validación convergente del Cuestionario Síndrome de Desgaste Profesional Médico (CDPM) con respecto al Maslach Burnout Inventory se realizó con 100 profesionales médicos de centros de salud de atención primaria de la comunidad de Madrid que contestaron la escala del síndrome de desgaste profesional junto al Maslach Burnout Inventory no desearon participar 65%, respondieron el 35%.

Análisis factorial exploratorio

La solución factorial de 3 factores explicó el 53,25% de la varianza, siendo agotamiento, distanciamiento, y pérdida de expectativas.

La consistencia interna de la escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86 Satisfactoria para la escala de forma global así como para las 3 dimensiones con alfas superiores a 0,70.

La puntuación media más alta fue en la dimensión "pérdida de expectativas" la cual presenta una mayor influencia en la atención especializada y la dimensión de "agotamiento" en los niveles de atención primaria.

Análisis factorial confirmatorio: Reportan el cociente $\chi^2/df=2.17$ muy próximo al valor óptimo.

Análisis de validez convergente: La puntuación global del CDPM mantiene correlaciones significativas ($p<0.01$) con todas las variables analizadas en el MBI; la correlación más elevada es la que se obtiene con la puntuación global ($r=.73$). Las tres dimensiones del CDPM se correlacionan de manera positiva y significativamente con las dimensiones de MBI, siendo la más alta la dimensión de agotamiento ($r=0,63$ para agotamiento; $r=0,53$ para pérdidas de expectativa y $r=0,52$ para distanciamiento). Respecto a la dimensión agotamiento presenta correlaciones altas, positivas y significativas con su equivalente teórico en el MBI, agotamiento emocional ($r= 0,753$; $p< 0,01$), con el que obtiene la correlación más alta, tal como supone la teoría. Las dimensiones de pérdida de expectativa y distanciamiento mantienen correlaciones significativas, aunque moderadas con la

dimensión despersonalización del MBI ($r = 0,521$ y $r = 0,525$; $p < 0,01$) todas estas correlaciones están teóricamente justificadas y proporciona consistencia a la escala del Síndrome de Desgaste Profesional Médico. La validez convergente se confirma con el MBI, especialmente en la dimensión de agotamiento.⁽¹⁹⁾

Validación Factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para profesionales españoles. Rev. Saude publicada 2005 Pedro R. Gil Monte Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, pobre. En este estudio se muestran que el MBI-HSS ofrece validez factorial y sus escalas actuales tienen la consistencia interna para evaluar la calidad de la vida laboral.

El estudio se realizó en 705 profesionales españoles, educadores, seguridad pública, educación de salud, 58.6 % fueron mujeres y el 41.4 % hombres. El 52.1 % de la población estaba casada y el 56.9 % tenía un empleo fijo. Se utilizó la versión en español de Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS). Se realizaron 7 modelos factibles por medio de análisis de ecuaciones estructurales para probar la validez factorial del MBI-HSS. Las medidas de bondad de ajuste para la matriz oblicua fue superior que la matriz ortogonal además en todos los pares de comparaciones fueron estadísticamente significativas utilizando el estadístico de prueba χ^2 .

Presentan 4 modelos de soluciones: a) Modelo con 2 factores comparando la matriz ortogonal de dos factores con la matriz oblicua de dos factores ($\Delta\chi^2 = 549.25$ $p < 0.001$) b) comparando las matrices de tres factores una con solución ortogonal y la otra con solución oblicua ($\Delta\chi^2 = 712.77$ $p < 0.0001$) c) comparando las matrices de cuatro factores una con solución ortogonal y la otra con solución oblicua ($\Delta\chi^2 = 812.58$ $p < 0.001$).⁽²⁰⁾

Confiabilidad y Validez factorial del Maslach Burnout Inventory - version Human Services Survey - (MBI-HSS) en una muestra de asistentes sociales chilenos publicado 2006. Juan F. Manso P. Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, Pobre. El presente estudio examina la confiabilidad y estructura factorial del MBI-HSS. Los resultados encontrados permiten sostener que la confiabilidad y validez factorial del MBI-HSS se corresponden con las sugeridas por sus Autores. Participaron en este estudio 155 sujetos (24 hombres y 131 mujeres), todos ellos asistentes sociales empleados en organizaciones estatales de servicios asistenciales ubicadas en la ciudad de Concepción-Chile. La edad media de los participantes fue 36.5 años (D.E. = 7.2). El 77% de ellos reportó estar casados; el 60.6% señaló tener más de un hijo. En cuanto a la antigüedad media en el ejercicio profesional, ésta fue de 15.3 años (D.E. = 6.3). La confiabilidad de las subescalas agotamiento emocional, despersonalización y realización personal fueron .82, .80, y .85 respectivamente, como se muestra en la tabla 1. Es importante observar que en el presente estudio los valores Alfas obtenidos para las subescalas despersonalización y realización personal fueron más altos que los consignados para las mismas subescalas en el Manual del MBI-HSS.⁽²¹⁾

Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional publicada España Valencia 1999 Pedro R. Gil Monte y José Peiro. Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, pobre. En este estudio la adaptación al castellano del MBI reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de burnout en nuestro contexto sociocultural.

La muestra de estudio fue de 559 sujetos España Valencia, de distintos sectores ocupacionales como: 140 profesionales de la educación (ej. maestros, profesores, monitores de educación especial, etc.) (25.10%), 293 profesionales de enfermería (52.4%), 73 policías municipales (13.1%), 22 empleados de hostelería (ej. camarero, recepcionista, camarera de piso, etc.) (3.9%) y 31 empleados de bancarios (5.5%). La distribución por sexos. 199 sujetos son varones (36.1%) y 352 mujeres (63%). Con relación a las variables estado civil y número de hijos, 245 sujetos estaban solteros, separados o viudos (43.8%) y 308 casados (55.1%), 240 tenían algún hijo (42.9%) y 278 no tenían hijos (49.7%). La media de edad de la muestra fue $\mu = 33.9$ (D.E. = 8.12, max. = 60, min. = 17). Según el tipo de contrato, 404 sujetos eran fijos (72.3%) y 150 eventuales (26.8%).

El MBI fue traducido al castellano por los investigadores. Posteriormente fue traducido de nuevo al inglés por personas bilingües («back-translation»). Con esta versión del cuestionario se realizaron dos estudios piloto para analizar su validez factorial y la consistencia interna de las subescalas. La versión definitiva del instrumento empleada en el presente estudio fue el resultado de los análisis de la versión inicial en la que se modificó la expresión de algunos ítems para mejorar la validez del instrumento. Antes de realizar el análisis factorial se consideraron algunos criterios para valorar la viabilidad del mismo: el determinante de la matriz de correlaciones presentó un valor de .001, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, y el test KMO de adecuación de la muestra alcanzó un valor >0.80 . Estos valores indican que es pertinente realizar un análisis factorial de la matriz de correlaciones (Tabachnick y Fidell, 1989, p. 604). En base al manual del MBI que asume la independencia de los factores, se empleó para factorizar el método de Componentes Principales con rotación Varimax se obtuvieron 4 factores con eigenvalores mayor que 1 que explicaron un 48.90% de la varianza total. Siguiendo el criterio de asignar un ítem al factor en el que presentara una carga factorial mayor de 0.40 en el Factor I (25.80% de la varianza) se agruparon los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, que estiman agotamiento emocional, y el ítem 12 que corresponde en el manual a la subescala de Realización personal en el trabajo. En el Factor II (11.20% de la varianza) se agruparon los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, diseñados para medir despersonalización, junto con los ítems 6 y 16 que en el manual estiman agotamiento emocional. Los ítems de la subescala de Realización personal en el trabajo, con excepción del ítem 12, se distribuyeron en dos factores: en el Factor III (6.70% de la varianza) se agruparon los ítems 4, 7, 17 y 21, y en el Factor IV (5.20% de la varianza) los ítems 9, 18 y 19. En un segundo paso, se realizó un análisis factorial ajustando a tres el número de factores a extraer, para contrastar con qué grado de ajuste nuestros datos reproducían la distribución de los ítems ofrecida en la solución trifactorial del manual. El procedimiento seguido fue también el de Componentes Principales con rotación Varimax. Los tres factores explicaron de manera conjunta un 43.7% de la varianza total. El *Factor I* quedó integrado por los ítems de la subescala de Agotamiento emocional, junto con el ítem 12 que alcanzó una carga factorial de -.47. El *Factor II* lo formaron los ítems de la subescala de Realización personal en el trabajo en la que el ítem 12 presentó también una carga factorial de 0.47. Y el *Factor III* lo configuraron los ítems de la subescala de Despersonalización junto con los ítems 6 (carga factorial 0.50) y 16 (carga factorial 0.47) que estiman agotamiento emocional. La media para la subescala de Realización personal en el trabajo fue de 36.39 (D.E. = 6.88), para Agotamiento emocional 20.34 (D.E.= 11.03) y para Despersonalización 6.04 (D.E.= 5.18). La correlación r de Pearson más intensa se estableció entre Agotamiento emocional y Despersonalización (0.44, $p < .001$), siendo su valor

inferior y similar para la correlación entre Realización personal en el trabajo y Agotamiento emocional (-0.29, $p < .001$) y entre aquella y Despersonalización (-0.28, $p < .001$).⁽²²⁾

Conclusiones de los autores:

El desarrollo del instrumento ATBI tuvo una aceptable validez para describir los factores que contribuyen al desarrollo del burnout en entrenadores. El instrumento ATBI reprodujo resultados similares a los obtenidos con la edición de la escala de Maslach. Algunos puntos dentro del constructo agotamiento emocional y despersonalización así como en el constructo de apoyo institucional necesitan más pruebas para establecer la reproducibilidad y validación para la evaluación del síndrome de burnout en entrenadores físicos.

Los niveles de prevalencia variaron significativamente en función de los criterios de corte aplicados debido a influencias transculturales.

El interés por el estudio del desgaste profesional en el ámbito médico es una consecuencia de las crecientes demandas sociales, organizacionales y emocionales, para su evaluación se ha usado mayormente el Maslach Burnout inventory. Sin embargo se están creando nuevas perspectivas de evaluación que superan algunas de las limitaciones conceptuales y psicométricas de este instrumento. La evaluación específica del síndrome en la profesión médica debe incluir factores motivacionales y de distanciamiento más que de ineficacia profesional, como ser la escala del síndrome de desgaste profesional médico que es un instrumento específico que evalúa el desgaste profesional en la población médica incluye la desilusión progresiva, la pérdida del sentido del trabajo y las expectativas.

La evaluación de las propiedades psicométricas confirma la escala del síndrome de desgaste profesional médico como un instrumento válido y específico para el estudio del desgaste profesional médico y una evaluación global del síndrome de Burnout.

El coeficiente alfa fue relativamente menor para una competencia asegurada sugieren el más adecuado estimado el síndrome de una construcción tridimensional.

Los resultados de este estudio pueden ser un referente teórico para integrar las perspectivas de la medición del burnout en las subescalas del instrumento Maslach. En este abordaje teórico y de adaptación del instrumento al castellano, se recomienda eliminar la pregunta 12 y 16 para ajustar los resultados de cada subescala, sin que esto debilite intrínsecamente la subescala ni el instrumento de manera global.

Además de tener en consideración las implicaciones que pueden ser derivadas del conocimiento relativo a los factores de riesgo o síntomas que puedan facilitar la detección y prevención y tratamiento del síndrome de burnout; en algunos países es especialmente importante dado que esto puede relacionarse con la ley laboral y las condiciones de trabajo.

En síntesis, se puede afirmar que, con base en los sujetos estudiados y en la traducción al español de los ítems del MBI-HSS, éste reúne los suficientes requisitos de confiabilidad y validez factorial como para ser utilizado en la evaluación del síndrome de burnout en profesionales asistentes sociales. Los hallazgos también proporcionan un substancial apoyo cross-cultural a la estructura trifactorial del MBI-HSS.

La adaptación al castellano del MBI reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de quemarse por el trabajo en nuestro contexto sociocultural.

CONCLUSIONES DEL PRESENTE ESTUDIO:

En síntesis, se puede afirmar que, en base a los estudios revisados el Maslach Burnout Inventory (MBI) reúne los suficientes requisitos de confiabilidad y validez factorial como para ser utilizado. El Maslach Burnout Inventory es uno de los instrumentos más utilizados para medir el síndrome de Burnout en profesionales de la salud con el único objetivo de reducir el síndrome.

Se han desarrollados instrumentos basados en este con una confiabilidad para describir los factores que contribuyen al agotamiento, instrumentos como ATBI, la Escala del Síndrome de Desgaste Profesional Médico con validez convergente con respecto al Maslach Burnout Inventory.

El personal de salud muestra altos niveles de angustia que se refleja en un significativo porcentaje de cierto riesgo de suicidio, sin embargo, se detectaron bajas tasas de enfermedades psiquiátricas graves. Estos hallazgos sugieren que una participación clínica temprana es de importancia tanto en términos de salud personal y la protección de la atención al paciente, e intervención oportuna para aquellos que están en riesgo.

Como conclusión podemos afirmar que, la adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory por Pedro R. Gil-Monte y Peiro J. reúne los suficientes requisitos de validez factorial, especificidad, sensibilidad y consistencia interna en cada una de sus sub escalas y de manera general como para ser empleada en la estimación del síndrome de quemarse por el trabajo en nuestro contexto sociocultural.

ESTUDIOS EXCLUIDOS: Los presentes estudios solo mencionan como instrumento valido utilizado para medir el síndrome de Burnout, el cuestionario | Maslach Burnout Inventory.

Estudios transversales:

Residentes de medicina interna Rechazan "más larga y suave" formación Centro de la Universidad de Colorado, Denver, CO, EE.UU. Gopal R. Carreira F. publicada 2007. Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, pobre. En este estudio se observa que los residentes de Medicina Interna están en alto riesgo de burnout. Por las frecuentes interacciones intensas con los pacientes en un medio ambiente con altas demandas y la falta de autonomía. Ellos no han adquirido todos los conocimientos y habilidades para el cuidado de sus pacientes, causando estrés y los conflictos internos que conduce a burnout.

La tasa de respuesta fue del 74% (106/143) con menos respuestas de residentes del segundo año. Mujeres 61 (58%) residentes primer año 39 (37%) segundo año 28 (26%) tercer año 39 (37%) Edad 26-30 años 71 (67%) 31-35 años 27 (26%) 36-40 años 7 (6,7%) Los residentes con burnout 58 (55%)

La mayoría de los residentes no estaban de acuerdo con la noción de ampliar la capacitación a 4 o 5 años (en desacuerdo 32% y fuertemente en desacuerdo el 53%). Los residentes que cumplen los criterios de burnout tendían a ser menos reacios a la ampliación de la formación (en desacuerdo 28% y fuertemente en desacuerdo el 50%) $p=0.035$. La mayoría de los residentes no estaban de acuerdo con que se establezcan 60 horas semanales de trabajo en lugar de los actuales 80 horas semanales (52% en desacuerdo y muy en desacuerdo 17%). Residentes con desgaste prefirieron una restricción del trabajo más estricta $p=0.016$. Además, la mayoría de los residentes no estaban de acuerdo con la noción de que las

restricciones de las horas de trabajo aumentarían sus oportunidades de aprendizaje (38% en desacuerdo y muy en desacuerdo 17%). Esta opinión fue la misma para burnout y no burnout $p=0.07$.⁽²³⁾

Que médicos y con qué problemas se ponen en contacto con un servicio especializado para los médicos. BMC Medicina publicado 28 Agosto 2007 Garelick A. Gross Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, Pobre. En este estudio realizado en el Reino Unido, un programa MedNet, creado en 1997 brinda servicio de evaluación psicoterapéutica para los médicos en Londres y en Sudeste de Inglaterra. El objetivo de este estudio es delinear las características de los médicos que utilicen el servicio, y describir la morbilidad psicológica, para determinar si se logra la intervención temprana. Las medidas incluyeron el CORE, un instrumento que evalúa las dificultades psicológicas y Maslach Burnout Inventory. 121 médicos respondieron los instrumentos, 50% hombres de las especialidades de psiquiatría 24%, médicos generales 23%, internos 18%, pediatras 10%, emergenciólogos 6%, cirujanos 5%, obstetras 5%, anesthesiólogos 2% y radiólogos 2%. fueron evaluados desde el 2002 al 2004.

Sólo el 9% de la cohorte fueron identificados como gravemente afligidos psiquiátricos utilizando esta medida. Un total de 42% se consideraron en algún riesgo de suicidio, con más de un 25% considera que tienen un moderado a riesgo grave. En el MBI $n = 114$, alrededor del 66% de los pacientes presentó con altos niveles de agotamiento emocional (\leq puntuación de 27), el 39% (puntuación ≤ 10), con un alto nivel de despersonalización, y el 40% (puntuación ≥ 33) fueron clasificados con un bajo nivel de realización personal. Los hombres tenían significativamente puntuaciones más altas en la realización personal que las mujeres ($\mu = 36$ vs $\mu = 32.7$, $t = 2.2$, $p < 0.05$), sin embargo, no hubo diferencias significativas entre sexos

El personal médico que fue clasificado con dificultades graves como la depresión, en el MBI tuvieron una mayor puntuación en la subescala de agotamiento emocional ($t = 2.07$, $p < 0.05$) y menor puntuación en la realización personal subescala ($t = 4.04$, $p < 0.001$). Las dos con significancia estadística.⁽²⁴⁾

Los factores predictores de satisfacción del paciente con la anestesia. Anesth Analg publicada 2007. Capuzzo M., Gilli G. Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, Pobre. En este estudio se evaluó la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía en relación con la anestesia mediante cuestionario de evolución de la satisfacción que fue devuelto por 1290 pacientes (edad media 61 ± 16 años: hombres 54,4%). La puntuación media de satisfacción global fue de 8,7 (95% IC: 8,7 a 8,8), $y < 9$ en 632 (49%) $y > 9$ en 658 (51%) pacientes. Además se evaluó el Burnout con El Maslach Burnout Inventory en anesthesiólogos y enfermeras que trabajaba regularmente en el área quirúrgica en seis centros hospitalarios denominados en orden alfabético. El agotamiento emocional fue significativamente menor en el Centro F sólo en comparación con el Centro de E en el la post hoc de la prueba. La incidencia general de Burnout fue más bajos en el Centro C, pero no fue estadísticamente significativa.

Total Anesthesiólogos 55 y respondieron 43 (78%) Enfermeras 85 respondieron 68 (80%) total 135 analizados Agotamiento emocional mediana 18, despersonalización mediana 5, Realización personal mediana 36. Presencia de Burnout 30 La incidencia de burnout 22%.

El agotamiento emocional fue significativamente menor en el Centro F sólo en comparación con el Centro E en el la post hoc de la prueba. La incidencia general de Burnout fue más bajos en el Centro C, pero no fue estadísticamente significativa $P= 0.016$ (post hoc de Tukey test, $P= 0,037$ sólo para F vs E).

No se encontró relación entre el agotamiento del personal y satisfacción del paciente.⁽²⁵⁾

Comparación Burnout entre los Residentes en diferentes Especialidades médicas en relación con el trabajo y el hogar.: Academia Psychiatry publicada 2004 Martini S. Estudio transversal, Nivel de evidencia VIII, Fuerza de evidencia, Pobre. En este estudio menciona al Maslach Burnout Inventory como validado y herramienta fiable fue enviada por correo a 321 residentes de ocho especialidades médicos diferentes, de la facultad de medicina Wayne State University solo 110 respondieron, por especialidad el numero de residentes que respondió fue: en dermatología 6, cirugía general 25, medicina interna 24, medicina familiar 15, neurología 8, obstetricia / ginecología 12, oftalmología 5 y psiquiatría 15. El estado civil fue de , Casados 40,0% Soltero, divorciado, o de otro 65,2 %, con familia y 1 hijo o más 36,4%, sin hijos 56,5%, con vivienda a más de 50 millas 71,4% y menos de 50 millas 45,7%, no se tomo en cuenta ni la edad ni el sexo. En total, el 50% de los residentes reunió criterios para el agotamiento emocional, que van desde 75% (obstetricia y ginecología) y el 27% (medicina de familia). El primer año de residencia, ser soltero, el estrés personal, y la insatisfacción con el cuerpo docente de forma independiente se relaciono con el agotamiento.

Un seguimiento regular de burnout en el primer año podría reducir el impacto además de promover un ambiente saludable académico y clínico.⁽²⁶⁾

Los resultados principales del estudio de cohorte prospectivo son:

Nivel de inteligencia como predictor de la carrera de medicina en los médicos del Reino Unido publicado 2005: Nivel de evidencia VI, Fuerza de evidencia, Regular. En este estudio se evaluó si un nivel de logro y de la inteligencia predice el título o títulos académicos superiores, publicaciones de investigación, o el estrés o agotamiento. Seguimiento después de 20 años mediante un cuestionario postal.

Los participantes 511 médicos que habían entrado en Westminster, escuela de medicina, 349 (73%) respondieron al cuestionario. Con respecto al estrés, el agotamiento y la satisfacción con la medicina (18%) obtuvo ≥ 4 en el cuestionario general de salud, lo que indica la «casuística» para estrés. Los médicos de consulta general obtuvieron calificaciones más altas que los de hospitales, sobre las medidas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el el Maslach Burnout Inventory, pero no hay difieren en el cuestionario de salud general, o sobre la satisfacción con la carrera de medicina. Publicaciones de investigación-en total 138 doctores (40%) no había publicado ningún documento de investigación, 44 (13%), y 8 (2%) tenían publicado más de 100 artículos, mostró diferencias entre los médicos de hospitales y los médicos de consulta general ($P < 0,001$), pero ninguna diferencia en la prueba de habilidad o de aptitud (AH5)

La Inteligencia no predice el título o títulos académicos superiores, publicaciones de investigación, o el estrés o agotamiento, los grados académicos más altos, y publicaciones de investigación. Sin embargo, se correlacionan significativamente con la personalidad.⁽²⁷⁾

Los resultados principales de la revisión sistemática son:

Titulada Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria. Reproducción de una revisión Cochrane traducida y publicada en la Biblioteca Cochrane Plus 2008 #2 El estrés laboral que padecen los trabajadores de la atención sanitaria puede provocar trastornos físicos y mentales serios, esta revisión evalúa la efectividad de las intervenciones orientadas al trabajo y a las personas en la prevención del estrés de los trabajadores de la atención sanitaria. Como medidas de resultado primarias se consideraron todos los cuestionarios autovalidados que midieron el estrés o el agotamiento. Éstas incluyeron las siguientes medidas: El cuestionario de satisfacción con el trabajo de Karasek (Karasek's job content questionnaire) (Karasek 1998), Maslach Burnout Inventory (Inventario de Agotamiento de Maslach) (MBI) (Maslach 1982) y la Nursing Stress Scale (Escala del Estrés relacionado con la Enfermería) (Gray-Toft 1981)). Como medidas de resultado secundarias se consideraron todas las medidas de resultado de los efectos perjudiciales del estrés o del agotamiento. Éstas incluyeron las siguientes medidas: (a) síntomas psicológicos: ansiedad y depresión, como el State Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) (Spielberger 1970), General Health Questionnaire (Cuestionario de Salud General) (Goldberg 1991), Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck) (Beck 1961)) (b) síntomas físicos y parámetros fisiológicos, como los niveles de hormonas como prolactina, corticosteroides u otras.

Se agruparon las intervenciones en: 1) dirigidas a las personas: cognitivo-conductual, relajación, creación de música, masaje terapéutico y de componentes múltiples; y 2) orientadas al trabajo: cambio de actitud y comunicación, apoyo de colegas y participación en la resolución de problemas y en la toma de decisiones; cambios en la organización laboral.

Se identificaron 14 ECA, tres ensayos aleatorios por bloques y dos ensayos cruzados (cross over), que incluyeron un total de 1564 participantes en los grupos de intervención y 1 248 en los de control. Dos ensayos eran de calidad alta. Se agruparon las intervenciones en: 1) dirigidas a las personas: cognitivo-conductual, relajación, creación de música, masaje terapéutico y de componentes múltiples; y 2) orientadas al trabajo: cambio de actitud y comunicación, apoyo de colegas y participación en la resolución de problemas y en la toma de decisiones; cambios en la organización laboral. Existen pruebas limitadas de que las intervenciones dirigidas a personas pueden reducir el estrés (diferencia de medias estandarizada o DME: -0,85; IC del 95%: -1,21 a -0,49); agotamiento: Agotamiento emocional (diferencia de medias ponderada o DMP: -5,82; IC del 95%: -11,02 a -0,63) y ausencia de Logros Personales (DMP: -3,61; IC del 95%: -4,65 a -2,58); y ansiedad: ansiedad estado (DMP: -9,42; IC del 95%: -16,92 a -1,93) y ansiedad rasgo (DMP: -6,91; IC del 95%: -12,80 a -1,01). Un ensayo informó que el estrés permaneció bajo durante un mes después de la intervención (DMP: -6,10; IC del 95%: -8,44 a -3,76). Otro ensayo demostró una reducción del agotamiento emocional (Diferencia de medias o DM: -2,69; IC del 95%: -4,20 a -1,17) y de la ausencia de logros personales (DM: -2,41; IC del 95%: -3,83 a -0,99) que se mantuvo durante un periodo de hasta dos años cuando la intervención mejoró con sesiones de repaso. Dos estudios revelaron una reducción que se mantuvo durante un mes en la ansiedad estado (DMP: -8,31; IC del 95%: -11,49 a -5,13) y en la ansiedad rasgo (DMP: -4,09; IC del 95%: -7,60 a -0,58). Existen pruebas limitadas de que las intervenciones orientadas al trabajo pueden reducir los síntomas de estrés (Diferencia de Medias o DM: -0,34; IC del 95%: -0,62 a -0,06); la Despersonalización (DM: -1,14; IC del 95%: -2,18 a -0,10) y los síntomas generales

(DM: -2,90; IC del 95%: -5,16 a -0,64). Un estudio reveló que la diferencia en el nivel de síntomas de estrés no fue significativa a los seis meses (DM: -0,19; IC del 95%: -0,49 a 0,11).

Los estudios se realizaron en tres estados de los Estados Unidos (citas) tres ciudades de España (citas), uno fue realizado en Italia (cita) otro en Argentina otro en Chile y uno más en Inglaterra (citas)

La población de estudio en la mayoría de ellos fue en profesionales de la salud médicos generales, pediatras de base, psiquiatras, internos, emergenciólogos, cirujanos, obstetras, anestesiólogos radiólogos, residentes de medicina interna dermatología, cirugía general, medicina familiar, neurología, obstetricia ginecología, oftalmología psiquiatria enfermeras quirúrgicas, asistentes sociales y uno se realizo en entrenadores de atletas.

El instrumento que se utilizo en los estudios fue en su mayoría el Maslach Burnout Inventory se utilizando una modificación del Maslach denominada Athletic Training Burnout inventory para los atletas, Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM) estudio de la validez convergente respecto al Maslach Burnout Inventory, CORE (CORE-OM, COREWorkplace y CORE-A), un instrumento diseñado para evaluar las dificultades psicológicas de los pacientes.⁽²⁸⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Calabrese G. Riesgo profesional. En: Aldrete JA. Texto de Anestesiología Teórico-Práctica, 2ª ed. México: Manual Moderno; 2003. p. 1477-98.
2. Calabrese G. Actualidad de los riesgos profesionales de los anestesiólogos. Con Anestesia. 2005; 12(128): 28-30.
3. Calabrese G. La salud del anestesiólogo (cuarta parte): riesgos biológicos y ambientales. Rev Arg Anesthesiol 2005; 63: 235-52.
4. Fakir ZI. Riesgos biológicos. (en línea) En: OIT. Enciclopedia de la Salud y Seguridad en el trabajo. 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Laborales; 2001 (acceso 27 de abril de 2006) vol. II, pte. VI, cap. 38. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/EncOIT/tomo2.htm#p6>
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV / AIDS. Surveillance Report. (en línea) 1996 (acceso 27 de abril de 2006); 8(2). Disponible en: <http://www.cdc.gov/HIV/topics/surveillance/resources/reports/past.htm#surveillance>
6. Greene ES, Berry AJ, Jagger J, Hanley E, Arnold WP 3rd, Bailey MK, et al. Multicenter study of contaminated percutaneous injuries in anesthesia personnel. Anesthesiology 1998; 89(6): 1362-72.
7. Ross RS, Viazov S, Gross T, Hofmann F, Seipp HM, Roggendorf M. Transmission of hepatitis C virus from a patient to an anesthesiology assistant to five patients. N Engl J Med 2000; 343(25): 1851-4.
8. Calabrese G. Influencia del estilo de vida laboral del anestesiólogo en la salud. Ponencia en el II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología. México 1-30 de noviembre de 2002. Anesthesiol Mex Internet (www.anestesia.com.mx); 2002.
9. Calabrese G. Estrés crónico laboral en el anestesiólogo y sus consecuencias. En: Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza 10-13 de setiembre de 2003. P.197-201.
10. Chassot PG. Stress in European operating room personnel. En Actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología. Montreal, Canadá 4-9 de junio de 2000. p. 63-4
11. Calabrese G. Estrés crónico laboral en el anestesiólogo. En Actas del XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador, El Salvador 3-6 de octubre de 2001. p. 296-99
12. Instituto de Estudios Laborales (IEL). Europa médicos de Atención Primaria se sienten agotado emocionalmente (Diario Médico, 2004).
13. Evidencia de otros estudios que del 10% al 12% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados (Gon Calves Estella y otros, 2002).

14. Problemas mentales o conductas adictivas a lo largo de su vida profesional (Gracia, 2004)
15. Marginson Las tasas de suicidio como el número de cirrosis en los médicos es tres veces superior a la población general (Marginson, 1987).
16. Pocercentage alto de profesionales de la salud presentan con algún criterio de burnout. Se detectaron diferencias entre varones y mujeres (Cebria y otros 2001) En algunos estudios se ha observado mayor riesgo para las mujeres (Thomson, 1995).
17. C.Daniel, MS. Clapper, Laura L. La fiabilidad y la validez de un instrumento para describir El desgaste entre los entrenadores Collegiate Athletic (Journal of Athletic Training Tomo 43 • Número 1; 62-69 Febrero 2008
18. Pedro R. Gil-M. Prevalencia del "síndrome quemarse por el trabajo" (burnout) en pediatras de hospitales generales, Rev Saúde Pública 2008; 42 (3):450-6.
19. Moreno J. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico Aten Primaria. 2006; 38(10):544-9
20. Capuzzo M., Gilli G. Factors Predictive of Patient Satisfaction with Anesthesia. International Anesthesia Research Society Vol. 105, No. 2, August 2007.
21. Garelick A. Gross A. Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. BMC Medicine 2007, 5:26 doi:10.1186/1741-7015-5-26
22. Gopal R. Carreira F. Internal Medicine Residents Reject "Longer and Gentler" Training. Society of General Internal Medicine 2007;22:102-106
23. Gil P. Monte Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals Rev Saude Publica 2005;39(1):1-8
24. Pedro R. Monte G y Peiró J. Validez Factorial Del Maslach Burnout Inventory En Una Muestra Multiocupacional Psicothema, 1999. Vol. 11, nº 3, pp. 679-689
25. Juan F. Manso P. Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos Psicología Científica Artículo Publicado el 03 de octubre de 2006
26. Martini S. Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialties Academic Psychiatry 2004; 28:240-242)
27. Manus M., Smithers E. A levels and intelligence as predictors of medical careers in UK doctors: 20 year prospective study BMJ VOLUME 327 19 JULY 2003
28. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Prevención del estrés laboral en los trabajadores de la atención sanitaria Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2

Anexo 1

Clasificación del Nivel de la Evidencia de Jovell.

Tabla 9. Niveles de calidad de la evidencia científica (AATM) (4)

| Nivel | Fuerza de la evidencia | Tipo de diseño | Condiciones de rigurosidad científica |
|-------|------------------------|---|--|
| I | Adecuada | Metaanálisis de ECA | Análisis de datos individuales de los pacientes No heterogeneidad Diferentes técnicas de análisis Meta-regresión Megaanálisis Calidad de los estudios |
| II | Adecuada | ECA de muestra grande | Evaluación del poder estadístico Multicéntrico Calidad del estudio |
| III | Buena a regular | ECA de muestra pequeña | Evaluación del poder estadístico Calidad del estudio |
| IV | Buena a regular | Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado | Controles coincidentes en el tiempo Multicéntrico Calidad del estudio |
| V | Regular | Ensayo retrospectivo controlado no aleatorizado | Controles históricos Calidad del estudio |
| VI | Regular | Estudios de cohorte | Multicéntrico Apareamiento Calidad del estudio |
| VII | Regular | Estudios de casos y controles | Multicéntrico Calidad del estudio |
| VIII | Pobre | Serie clínicas no controladas Estudios descriptivos: Vigilancia epidemiológica Encuestas Registros Bases de datos Comités de expertos Conferencias de consenso | Multicéntrico |
| IX | Pobre | Anécdotas o casos únicos (ECA: ensayo controlado aleatorizado) | |

Anexo 2

CUADROS DE SÍNTESIS DE LA LITERATURA: VALIDACIÓN DE ESCALAS PARA LAS MEDICIÓN DEL SINDROMÉ DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

| | |
|---------------------------------|---|
| Autor | Daniel C. Clapper, MS, ATC; Laura L. Harris, PhD, ATC |
| Año | 2008 |
| País | Estados Unidos de Norteamérica. |
| Diseño de estudio | Estudio transversal. |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | 92 entrenadores físicos contestaron entrevistas enviadas por correo a sus instituciones de trabajo. |
| Tamaño de la muestra | El 56.5% de los entrevistados pertenecen al sexo masculino y el 40.2 % al sexo femenino. En un rango de edad de 20 a 69 años. El estudio fue realizado en Ohio, Estados Unidos, pero no aclara si la población de estudio es caucásica o no. |
| Instrumento Aplicado | Estudio de validación de dos instrumentos para evaluar Burnout utilizando una modificación Maslach incluyéndola en un instrumento denominado Athletic Training Burnout inventory |
| Resultados | 92 entrenadores respondieron los instrumentos de manera completa para el proceso de validación y reproducibilidad mostrando un alfa de Cronbach para todos los constructos igual o mayor a 0.80. La escala ATBI en sus 4 constructos: 1) despersonalización y agotamiento emocional, 2) responsabilidad administrativa, 3) antigüedad laboral, 4) Apoyo institucional; se utilizaron por separado para realizar pruebas t para muestras independientes, contrastando por las variables de sexo, estado civil, edad; encontrando que la única relación estadísticamente significativa fue la edad en el constructo de apoyo institucional reportando que los más jóvenes refieren menor apoyo de sus instituciones. |
| Conclusiones de los autores | El desarrollo del instrumento ATBI tuvo una aceptable validez para describir los factores que contribuyen al desarrollo del burnout en entrenadores. El instrumento ATBI reprodujo resultados similares a los obtenidos con la medición de la escala de Maslach. Algunos puntos dentro del constructo agotamiento emocional y despersonalización así como en el constructo de apoyo institucional necesitan más pruebas para establecer la reproducibilidad y validación para la evaluación del síndrome de burnout en entrenadores físicos. |
| Autor | Pedro R Gil-Monte; Mariana A Marucco |
| Año | 2008 |
| País | BUENOS AIRES ARGENTINA |
| Diseño de estudio | Estudio Transversal |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | La muestra quedó conformada por 123 pediatras. La tasa de respuesta fue del 53,9%, considerando como población todos los pediatras con trabajo |

| | |
|---------------------------------|--|
| Tamaño de la muestra | estable (de planta y guardia) de los hospitales generales de una región sanitaria del conurbano bonaerense. Treinta y tres participantes (26,8%) trabajaban como personal de planta de 36 horas semanales (no realizan turno) y 90 participantes (73,2%) tenían nombramiento de turno (24 horas de turno y 12 horas en planta). La distribución según sexo fue de 89 mujeres (72,4%) y hombres 34 hombres (27,6%). La media de edad ha sido de 42,4 años (24 -70 años). |
| Instrumento Aplicado | El síndrome de quemarse por el trabajo se estimó mediante la adaptación al español (Gil-Monte 2005) del MBI-HSS (Maslach & Jackson10 1986). El cuestionario anónimo y autoadministrado consta de 22 ítems que según señala el manual se distribuyen en tres escalas denominadas: realización personal en el trabajo (8 ítems, $\alpha=0.84$), agotamiento emocional (9 ítems, $\alpha=0.88$) y despersonalización (5 ítems, $\alpha=0.78$). Los individuos valoran cada ítem del cuestionario con una escala tipo Likert en la que indican la frecuencia con la que han experimentado la situación descrita en el ítem durante el último año. Esta escala de frecuencia tiene siete grados que van de cero ("nunca") a seis ("todos los días"). Bajas puntuaciones en realización personal en el trabajo junto a altas puntuaciones en agotamiento emocional y en despersonalización se corresponden con altos niveles del síndrome de quemarse por el trabajo. |
| Resultados | Siguiendo los puntos de corte establecidos por Maslach & Jackson (1986), 42 participantes (34,1%) puntuaban bajo en realización personal en el trabajo, 58 (47,1%) puntuaron alto en agotamiento emocional, y 28 (22,8%) puntuaron alto en despersonalización. Aplicando los criterios de Gil-Monte & Peiró (2000), esos valores fueron respectivamente: 73 participantes (59,3%), 64 (52,0%) y 47 (38,2%); utilizando los puntos de corte de Neira12 (2004): 73 (59,3%), 70 (56,9%) y 73 (59,3%). Según los puntos de corte establecidos por Schaufeli & Dierendonck (1995) se obtuvo 23 participantes (18,7%) con baja realización personal en el trabajo, 24 (19,5%) altos niveles de agotamiento emocional, y 30 participantes (24,4%) con altos niveles de despersonalización. Los niveles de baja realización personal en el trabajo fueron similares aplicando los criterios de Gil-Monte & Peiró (2000), y de Neira12 (2004). Con los criterios de Maslach & Jackson10 (1986) resultaron inferiores, y aún menores al aplicar los puntos considerados por Schaufeli & Dierendonck (1995) como puntos de corte clínico. |
| Conclusiones de los autores | Los niveles de prevalencia variaron significativamente en función de los criterios aplicados debido a influencias transculturales. |
| Autor | Bernardo Moreno Jiménez, Macarena Gálvez Herrera, Eva Garrosa |
| Año | Hernández y José Carlos Mingote Adánb |
| País | 2006 España |
| Diseño de estudio | Estudio Transversal |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | Selección de una muestra aleatoria estratificada en las áreas asistenciales de la Comunidad de Madrid para cada una de las fases, |
| Tamaño de la | Fase 1: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del nuevo |

| | |
|-----------------------------|--|
| muestra | <p>cuestionario referidas a la validez del constructo (análisis factorial exploratorio, consistencia interna y análisis factorial confirmatorio de validez del constructo, se repartieron 1305 encuestas se recogieron 458 el 33,4% de atención primaria y el 66,6% de atención especializada, 62,8% no deseo participar, solo respondieron el 37,16%.</p> <p>Fase 2 la validación convergente de la Cuestionario Síndrome de Desgaste Profesional Médico (CDPM) con respecto al Maslach Burnout Inventory se realizó con 100 profesionales médicos de centros de salud de atención primaria de la comunidad de Madrid que contestaron la escala del síndrome de desgaste profesional junto al Maslach Burnout Inventory no desearon participar 65%, respondieron el 35%.</p> |
| Instrumento Aplicado | <p>Fase 1 Cuestionario de Desgaste Profesional Medico (CDPM) Fase 2 CDPM y Maslach Burnout Inventory</p> |
| Resultados | <p>Análisis factorial exploratorio La solución factorial de 3 factores explico el 53.25% de la varianza, siendo agotamiento, distanciamiento, y pérdida de expectativas. La consistencia interna de la escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86 Satisfactoria para la escala de forma global así como para las 3 dimensiones con alfas superiores a 0.70. La puntuación media más alta fue en la dimensión "pérdida de expectativas" la cual presenta una mayor influencia en la atención especializada y la dimensión de "agotamiento" en los niveles de atención primaria. Análisis factorial confirmatorio: Reportan el cociente $\chi^2/gf=2.17$ muy próximo al valor optimo. Análisis de validez convergente: La puntuación global del CDPM mantiene correlaciones significativas ($p<0.01$) con todas las variables analizadas en el MBI; la correlación más elevada es la que se obtiene con la puntuación global ($r= .73$). Las tres dimensiones del CDPM se correlacionan de manera positiva y significantemente con las dimensiones de MBI, siendo la más alta la dimensión de agotamiento ($r=0,63$ para agotamiento; $r=0,53$ para pérdidas de expectativa y $r=0,52$ para distanciamiento). Respecto a la dimensión agotamiento presenta correlaciones altas, positivas y significativas con su equivalente teórico en el MBI, agotamiento emocional ($r= 0,753$; $p< 0,01$), con el que obtiene la correlación más alta, tal como supone la teoría. Las dimensiones de pérdida de expectativa y distanciamiento mantienen correlaciones significativas, aunque moderadas con la dimensión despersonalización del MBI ($r= 0,521$ y $r= 0,525$; $p< 0,01$) todas estas correlaciones están teóricamente justificadas y proporciona consistencia a la Escala del Síndrome de Desgaste Profesional Medico. La validez convergente se confirma con el MBI, especialmente en la dimensión de agotamiento.</p> |
| Conclusiones de los autores | <p>El interés por el estudio del desgaste profesional en el ámbito medico es una consecuencia de las crecientes demandas sociales, organizacionales y emocionales, para su evaluación se ha usado mayormente el Maslach Burnout inventory. Sin embargo se están creando nuevas perspectivas de evaluación que superan algunas de las limitaciones conceptuales y psicométricas de este instrumento. La evaluación específica del síndrome en</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>la profesión medica debe incluir factores motivacionales y de distanciamiento mas que de ineficacia profesional, como ser la escala del síndrome de desgaste profesional médico que es un instrumento específico que evalúa el desgaste profesional en la población medica incluye la desilusión progresiva la pérdida del sentido del trabajo y las expectativas.</p> <p>La evaluación de las propiedades psicométricas confirma la escala del síndrome de desgaste profesional médico como un instrumento válido y específico para el estudio del desgaste profesional medico y una evaluación global del síndrome de Burnout.</p> |
| Autor | Pedro R Gil-Monte |
| Año | 2005 |
| País | España Valencia Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia |
| Diseño de estudio | Estudio Transversal |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | 705 profesionales españoles, educadores, seguridad pública, educación de salud. Valencia. España |
| Tamaño de la muestra | 58.6 % fueron mujeres y el 41.4 % hombres. El 52.1 % de la población estaba casada y el 56.9 % tenía un empleo fijo. |
| Instrumento Aplicado | Se utilizo la versión en español de Maslach Burnout inventory- Human Servivces Survey (MBI-HSS) |
| Resultados | <p>Se realizaron 7 modelos factibles por medio de análisis de ecuaciones estructurales para probar la validez factorial del MBI-HSS. Las medidas de bondad de ajuste para la matriz oblicua fue superior que la matriz ortogonal además en todos los pares de comparaciones fueron estadísticamente significativas utilizando el estadístico de prueba χ^2.</p> <p>Presentan 4 modelos de soluciones: a) Modelo con 2 factores comparando la matriz ortogonal de dos factores con la matriz oblicua de dos factores ($\Delta\chi^2 = 549.25$ $p < 0.001$) b) comparando las matrices de tres factores una con solución ortogonal y la otra con solución oblicua ($\Delta\chi^2 = 712.77$ $p < 0.0001$) c) comparando las matrices de cuatro factores una con solución ortogonal y la otra con solución oblicua ($\Delta\chi^2 = 812.58$ $p < 0.001$)</p> <p>En cuanto a la evaluación de la</p> |
| Conclusiones de los autores | <p>El coeficiente alfa fue relativamente menor para una competencia asegurada sugieren el más adecuado estimado el síndrome de una construcción tridimensional.</p> <p>Los resultados de este estudio puede ser un referente teórico para integrar las perspectivas de la medición del burnout en las subescalas del instrumento Maslash. En este abordaje teórico y de adaptación del instrumento al castellano, se recomienda eliminar la pregunta 12 y 16 para ajustar los resultados de cada subescala, sin que esto debilite intrinsecamente la subescala ni el instrumento de manera global.</p> <p>Además de tener en consideración las implicaciones que pueden ser derivadas del conocimiento relativo a los factores de riesgo o síntomas que puedan facilitar la detección y prevención y tratamiento del síndrome de burnout; en algunos países es especialmente importante dado que esto puede relacionarse con la ley laboral y las condiciones de trabajo.</p> |

| | |
|---|---|
| Autor Año País | Juan F. Manso Pinto 03 de octubre de 2006 Concepción, Chile |
| Diseño de estudio Nivel de la evidencia Fuerza de evidencia | Estudio Transversal VIII Pobre El presente estudio examina la confiabilidad y estructura factorial del Maslach Burnout Inventory - version Human Services Survey - (MBI-HSS) en una muestra de asistentes sociales chilenos. Los resultados encontrados permiten sostener que la confiabilidad y validez factorial del MBI-HSS se corresponden con las sugeridas por sus Autores |
| Características de la población Tamaño de la muestra | Participaron en este estudio 155 sujetos (24 hombres y 131 mujeres), todos ellos asistentes sociales empleados en organizaciones estatales de servicios asistenciales ubicadas en la ciudad de Concepción-Chile. La edad media de los participantes fue 36.5 años (D.E.= 7.2). El 77% de ellos reportó estar casados; el 60.6% señaló tener más de un hijo. En cuanto a la antigüedad media en el ejercicio profesional, ésta fue de 15.3 años (D.E.= 6.3). |
| Instrumento Aplicado | El MBI-HSS consta de 22 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). En el presente estudio se empleó la forma frecuencia, según la cual los sujetos valoran cada ítem en una escala de tipo-Likert, en la que indican la recurrencia con la que han experimentado la situación descrita en ellos. La escala tiene 7 grados de frecuencia que van de 0 ("nunca") a 6 ("diariamente"). |
| Resultados | La confiabilidad de las subescalas agotamiento emocional, despersonalización y realización personal fueron .82, .80, y .85 respectivamente, como se muestra en la tabla 1. Es importante observar que en el presente estudio los valores Alfas obtenidos para las subescalas despersonalización y realización personal fueron más altos que los consignados para las mismas subescalas en el Manual del MBI-HSS. |
| Conclusiones de los autores | En síntesis, se puede afirmar que, con base en los sujetos estudiados y en la traducción al español de los ítems del MBI-HSS, éste reúne los suficientes requisitos de confiabilidad y validez factorial como para ser utilizado en la evaluación del síndrome de burnout en profesionales asistentes sociales. Los hallazgos también proporcionan un substancial apoyo cross-cultural a la estructura trifactorial del MBI-HSS. |
| Autor Año País | Pedro R. Gil Monte y José Peiro 1999 España Valencia |
| Diseño de estudio Nivel de la evidencia Fuerza de evidencia | Estudio Transversal VIII Pobre |
| Características de la población Tamaño de la muestra | La muestra de estudio fue de 559 sujetos, de distintos sectores ocupacionales como: 140 profesionales de la educación (ej. maestros, profesores, monitores de educación especial, etc.) (25.10%), 293 profesionales de enfermería (52.4%), 73 policías municipales (13.1%), 22 |

| | |
|----------------------|---|
| | empleados de hostelería (ej: camarero, recepcionista, camarera de piso, etc.) (3.9%) y 31 empleados de bancarios (5.5%). La distribución por sexos, 199 sujetos son varones (36.1%) y 352 mujeres (63%). Con relación a las variables estado civil y número de hijos, 245 sujetos estaban solteros, separados o viudos (43.8%) y 308 casados (55.1%), 240 tenían algún hijo (42.9%) y 278 no tenían hijos (49.7%). La media de edad de la muestra fue $\mu = 33.9$ (D.E. = 8.12, max. = 60, mín. = 17). Según el tipo de contrato, 404 sujetos eran fijos (72.3%) y 150 eventuales (26.8%) |
| Instrumento Aplicado | Ocuparon la versión española del Maslach Burnout Inventory (MBI) validada por Gil-Monte y colaboradores |
| Resultados | El MBI fue traducido al castellano por los investigadores. Posteriormente fue traducido de nuevo al inglés por personas bilingües («back-translation»). Con esta versión del cuestionario se realizaron dos estudios piloto para analizar su validez factorial y la consistencia interna de las subescalas. La versión definitiva del instrumento empleada en el presente estudio fue el resultado de los análisis de la versión inicial en la que se modificó la expresión de algunos ítems para mejorar la validez del instrumento. Antes de realizar el análisis factorial se consideraron algunos criterios para valorar la viabilidad del mismo: el determinante de la matriz de correlaciones presentó un valor de .001, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, y el test KMO de adecuación de la muestra alcanzó un valor >0.80. Estos valores indican que es pertinente realizar un análisis factorial de la matriz de correlaciones (Tabachnick y Fidell, 1989, p. 604). En base al manual del MBI que asume la independencia de los factores, se empleó para factorizar el método de Componentes Principales con rotación Varimax se obtuvieron 4 factores con eigenvalores mayor que 1 que explicaron un 48.90% de la varianza total. Siguiendo el criterio de asignar un ítem al factor en el que presentara una carga factorial mayor de 0.40 en el Factor I (25.80% de la varianza) se agruparon los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, que estiman agotamiento emocional, y el ítem 12 que corresponde en el manual a la subescala de Realización personal en el trabajo. En el FactorII (11.20% de la varianza) se agruparon los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, diseñados para medir despersonalización, junto con los ítems 6 y 16 que en el manual estiman agotamiento emocional. Los ítems de la subescala de Realización personal en el trabajo, con excepción del ítem 12, se distribuyeron en dos factores: en el Factor III (6.70% de la varianza) se agruparon los ítems 4, 7, 17 y 21, y en el Factor IV (5.20% de la varianza) los ítems 9, 18 y 19. En un segundo paso, se realizó un análisis factorial ajustando a tres el número de factores a extraer, para contrastar con qué grado de ajuste nuestros datos reproducían la distribución de los ítems ofrecida en la solución trifactorial del manual. El procedimiento seguido fue también el de Componentes Principales con rotación Varimax. Los tres factores explicaron de manera conjunta un 43.7% de la varianza total. El <i>Factor I</i> quedó integrado por los ítems de la subescala de Agotamiento emocional, junto con el ítem 12 que alcanzó una carga factorial de -.47. El <i>Factor II</i> lo formaron los ítems de la subescala de Realización personal en el trabajo en la que el ítem 12 presentó también una carga factorial de 0.47. Y el <i>Factor III</i> lo configuraron los ítems de la subescala de Despersonalización junto con los ítems 6 (carga factorial 0.50) y |

| | |
|---------------------------------|---|
| | 16 (carga factorial 0.47) que estiman agotamiento emocional. La media para la subescala de Realización personal en el trabajo fue de 36.39 (D.E. = 6.88), para Agotamiento emocional 20.34 (D.E.= 11.03) y para. Despersonalización 6.04 (D.E.= 5.18). La correlación r de Pearson más intensa se estableció entre Agotamiento emocional y Despersonalización (0.44, p<.001), siendo su valor inferior y similar para la correlación entre Realización personal en el trabajo y Agotamiento emocional (-0.29, p<.001) y entre aquella y Despersonalización (-0.28, p<.001) |
| Conclusiones de los autores | Como conclusión podemos afirmar que, en base a la muestra de nuestro estudio, la adaptación al castellano del MBI reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de quemarse por el trabajo en nuestro contexto sociocultural. |
| Autor | Gopal R. K.; Carreira F. |
| Año | 2007 |
| País | Denver Colorado USA |
| Diseño de estudio | Estudio Transversal |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | 143 residentes de medicina interna. La tasa de respuesta fue del 74% (106/143) con un porcentaje menor de residentes de segundo año. |
| Tamaño de la muestra | Porcentaje de hombres 61 (58%), año de residencia, primer año 39 (37%), segundo año 28 (26%), tercer año 39 (37%), edad 26-30 años 71 (67%), 31-35 años 27 (26%), 36-40 años 7 (6,7%), no se tomo en cuenta sexo ni estado civil. |
| Instrumento Aplicado | Una encuesta por correo fue enviado a los 143 residentes de Medicina de los cuales solo respondieron 106 residentes de la Universidad de Colorado. La encuesta incluía preguntas relacionados a los dictámenes sobre el horario laboral con un límite de 5 puntos Escala de Likert desde muy de acuerdo con firmeza de acuerdo. Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, organizados en tres subescalas: agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP), y la realización personal, con el desgaste se define como EE alta o DP. |
| Resultados | La tasa de respuesta fue del 74% (106/143) con un porcentaje menor de residentes de segundo año. Porcentaje de Hombre 61 (58 %), año de residencia, primer año 39 (37%), segundo año 28 (26%), tercer año 39 (37%) edad 26-30 años 71 (67%), 31-35 años 27 (26%), 36-40 años 7 (6,7%). Los residentes que cumplían con los criterios de burnout fueron 58 (55%) se compararon las actitudes entre residentes con burnout y sin burnout mediante la prueba exacta de Fisher. Un valor de p <.05 fue considerados estadísticamente significativos. La mayoría de los residentes no estaban de acuerdo con la noción de ampliar la capacitación a 4 o 5 años (en desacuerdo 32% y fuertemente en desacuerdo el 53%). Los residentes con Burnout tenían menos aversión a la ampliación de la formación (muy de acuerdo o de acuerdo, 18,9% vs 4,3%, P =. 04). La mayoría de los residentes de (68,9%) estuvieron en desacuerdo o muy en desacuerdo con el establecimiento de un límite 60 horas semanales. Los residentes que cumplan las criterios para el agotamiento eran más |

| | |
|---------------------------------|--|
| | propensos a aceptar que un límite de 60 horas sería mejor que un límite de 80 horas (muy de acuerdo o de acuerdo, 22% frente al 8%, $p = .02$). |
| Conclusiones de los autores | <p>En este estudio, la mayoría de los residentes de Medicina Interna se oponen firmemente a la ampliación de su formación de 4 a 5 años y prefieren las actuales 80 horas por semana ya que a más años de residencia con menos horas semanales, menos intensa la formación por lo que resulta ser menos atractivo a los ojos de los alumnos.</p> <p>Los residentes con agotamiento emocional alto o despersonalización en el Maslach Burnout Inventory fueron más propensos a desear una formación de residencia más largo y más suave. Estos residentes probablemente se sienten abrumados con el calendario de trabajo actual y desean difundir el trabajo a lo largo de más años.</p> <p>La mayoría está de acuerdo en que menos horas de trabajo mejora la seguridad del paciente.</p> |
| Autor | Antony I Garelick, Samantha R Gross, Irene Richardson. |
| Año | 2007 |
| País | Reino Unido |
| Diseño de estudio | Estudio Transversal |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | 121 médicos del Reino Unido una proporción igual de hombres 61 y mujeres 60, con una edad media de 37 mas-menos 8,6 (rango 24-64). No hubo diferencias en edad y sexo |
| Tamaño de la muestra | La mayoría eran de raza blanca 79= 65%, con el grupo minoritario mas grande de Asia 24= 20%. La mayoría casados 68 (75%) y 25% solteros aproximadamente el 33% con hijos. Especialidad de psiquiatría 24%, médicos generales 23%, internos 18%, pediatras 10%, emergenciólogos 6% Acirujanos 5%, obstetras 5% anesthesiólogos 2% y radiólogos 2%. |
| Instrumento Aplicado | Preguntas estandarizadas, cuestionarios estandarizados completados con estudios clínicos, la evaluación multidimensional incluye: demografía, CORE (CORE-OM, CORE Workplace y CORE-A), un instrumento diseñado para evaluar las dificultades psicológicas de los pacientes a que se refiere los servicios ambulatorios, Breve inventario de síntomas de cuantificar casuística y la enfermedad psiquiátrica formal, y Maslach Burnout Inventory. |
| Resultados | Los problemas de presentación mas frecuentes fueron (CORE-A): Depresión 112 con problemas 81,3%(91) severos a graves 56, Ansiedad 110 con problemas 58,2% (64) severos a graves 43, relaciones interpersonales 111 con problemas 45,9% (51) severos a graves 32, Autoestima 112 con problemas 38,4% (43) severos a graves 24, Adicciones 112 con problemas 5,4%(6) severos a graves 3, Psicosis 112 con problemas 2,7% (3) severo a grave 1, Trastornos alimentarios 112 con problemas 0,9%(1) severos a graves 1. Riesgo de suicidio 110 con problemas 41,8%(46) severos a graves 12. Riesgo de autolesiones 110 con problemas 22,7%(25) severos a graves 8. Riesgo de daño a los otros 110 con problemas 7,3%(8) severos a graves 1. No hubo diferencias significativas en el tipo de morbilidad, la gravedad o días de baja por enfermedad (CORE-OM). Los clientes con algún grado de riesgo |

| | |
|---|---|
| | <p>de suicidio, autolesiones, el daño a los demás y forenses / daño legal por los terapeutas en la CORE-A tuvo resultados significativamente más altos en el CORE-OM subescala de riesgo ($\mu = 0.44$ vs $\mu = 0,2$; $t = -2,7$, $p < 0,01$), pero mantuvo por debajo de la muestra clínica publicada media de 0,63. Este grupo también presentó un mayor número de días de descanso por enfermos en el año anterior ($\mu = 43$ vs $\mu = 58$, $z = 2,6$, $p < 0,01$).</p> <p>En el MBI $n = 114$, alrededor del 66% de los pacientes presentó con altos niveles de agotamiento emocional (\leq puntuación de 27), el 39% (puntuación ≤ 10), con un alto nivel de despersonalización, y el 40% (puntuación ≥ 33) fueron clasificados con un bajo nivel de realización personal. Los hombres tenían significativamente puntuaciones más altas en la realización personal que las mujeres ($\mu = 36$ vs $\mu = 32,7$, $t = 2,2$, $p < 0,05$), sin embargo, no hubo diferencias significativas entre sexos</p> <p>El personal médico fue clasificado con dificultades graves como la depresión, en el MBI tuvieron una mayor puntuación en la subescala de agotamiento emocional ($t = 2,07$, $p < 0,05$) y menor puntuación en la realización personal subescala ($t = 4,04$, $p < 0,001$). Las dos con significancia estadística.</p> |
| Conclusiones de los autores | <p>Los médicos muestran altos niveles de angustia que se refleja en el significativo porcentaje de riesgo de suicidio, sin embargo, se detectaron bajas tasas de enfermedades psiquiátricas graves. Estos hallazgos sugieren que Los profesionales de la salud (MedNet) representan los dos extremos del espectro de gravedad, lo que permite la participación clínica temprana para proporcionar intervención para aquellos que están en riesgo de importancia tanto en términos de salud personal y la protección de la atención al paciente. Los profesionales en riesgo necesitan un servicio con una rápida intervención en el Reino Unido</p> |
| Autor Año País | <p>Maurizia Capuzzo, MD*, Giuseppe Gilli† 2007 Italia</p> |
| Diseño de estudio Nivel de la evidencia Fuerza de evidencia | <p>Estudio transversal, multicéntrico VIII Pobre</p> |
| Características de la población Tamaño de la muestra | <p>El estudio fue realizado en 6 centros, en pacientes hospitalizados mayores de 18 años de edad, que se sometieron a 1290 pacientes edad media de 61 años (± 16) siendo el 54,4% del sexo masculino. Los pacientes pertenecían a una amplia gama de procedimientos quirúrgicos menores, fueron interrogados con 10 preguntas acerca de la satisfacción con la anestesia.</p> <p>Al personal médico se le invitó a responder la encuesta del estudio Maslach Burnout Inventory. El perfil de los profesionales de la salud por especialidad fue: 55 anestesiólogos y 68 enfermeras del área quirúrgica.</p> <p>Los autores no reportan la edad del personal médico ni la duración de la jornada laboral</p> |
| Instrumento Aplicado | <p>Cuestionario de 10 preguntas acerca de la satisfacción con la anestesia y Cuestionario del Maslach Burnout Inventory aplicada a los anestesiólogos y enfermeras del área quirúrgica.</p> |
| Resultados | <p>El cuestionario de evaluación de la satisfacción fue devuelto por 1290 pacientes (edad media 61 más-menos 16 años: hombres 54,4%). La</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>puntuación media de satisfacción global fue de 8,7 (95% IC: 8,7 a 8,8) fue <9 en 632 (49%) y > 9 en 658 (51%) pacientes. Se identificaron cinco variables como predictores significativos de la media mundial de satisfacción de mayor o igual a 9: 1) haber sido tratados en un servicio con las enfermeras perioperatorias específicamente dedicadas únicamente a la anestesia, 2) haber sido informados por anestesiólogos antes de la operación, 3) haber recibido más de dos visitas por el anestesiólogo después de la cirugía; 4) con una puntuación de la salud percibida > 8,5 y 5) ser mayor de 70 años.</p> <p>El porcentaje de retorno de los cuestionarios del Maslach Burnout Inventory fue de 55 anestesiólogos 43 (78%) y de 85 enfermeras 68 (80%), la calificación del agotamiento emocional, despersonalización y la realización personal son reportadas en medianas y son 18, 5 y 36 respectivamente, la incidencia del burnout es reportada en el 22 % del total no fue estadísticamente significativa $p=0.016$ considerando el número de hospitales. No se encontró relación entre el agotamiento del personal y satisfacción del paciente.</p> |
| Conclusiones de los autores | La satisfacción de los pacientes puede ser mejorada por una organización en la cual el equipo quirúrgico y las enfermeras sean exclusivas de anestesia, den información al paciente sobre los procedimientos de la anestesia que se darán, esta información debe ser proporcionada en la visita preoperatoria y se verá reflejada en una disminución del nivel de angustia del paciente. |
| Autor | Shahm Martin, Cynthia M.P.H. |
| Año | 2004 |
| País | Detroit Michigan |
| Diseño de estudio | Estudio transversal |
| Nivel de la evidencia | VIII |
| Fuerza de evidencia | Pobre |
| Características de la población | De 321 residentes de la facultad de medicina Wayne State University que recibieron la encuesta solo 110 respondieron, los cuales fueron de ocho diferentes especialidades de todos los años de formación, por especialidad el número de residentes que respondió fue: en dermatología 6, cirugía general 25, medicina interna 24, medicina familiar 15, neurología 8, obstetricia / ginecología 12, oftalmología 5 y psiquiatría 15. El estado civil fue de , Casados 40,0% Soltero, divorciado, o de otro 65,2 %, con familia y 1 hijo o más 36,4%, sin hijos 56,5%, con vivienda a más de 50 millas 71,4% y menos de 50 millas 45,7%, no se tomo en cuenta ni la edad ni el sexo. |
| Tamaño de la muestra | |
| Instrumento Aplicado | Maslach Burnout Inventory fue enviada por correo a los residentes médicos de ocho diferentes especialidades. También se incluye en el paquete una hoja de datos, que pidió la siguiente información: año en formación, el número de residentes en el año correspondiente, la satisfacción con la asistencia a la facultad, el número total de residentes en el programa, el número de horas de trabajo por semana, la carga de pacientes, el estado civil número de hijos, el estrés familiar reciente durante los últimos 6 meses, la reubicación en los últimos años de 50 millas o más, y la calificación del estado de ánimo actual. |
| Resultados | Usando el Maslach Burnout Inventory validado y herramienta fiable, se |

| | |
|---|---|
| | <p>encontró que de 321 residentes de todos los años, de los cuales 110 (35%) respondió la encuesta el 49% de los encuestados cumplían los criterios de burnout, por especialidad el porcentaje es: Obstetricia y ginecología 36 residentes, 12 (33%) respondieron 75% cumple criterios de Burnout, Medicina interna 114 residentes 24 (21%) respondieron 63% cumple criterio, Neurología 16 residentes 8(50%) respondieron 63% cumple criterios; Oftalmología 21 residentes, 5 (24%) respondieron 60% cumple criterios; Dermatología 10 residentes, 6 (60%) respondieron 50% cumple criterios; Cirugía General 59 residentes, 25 (42%) respondieron 40% cumple criterios; Psiquiatría 29 residentes, 15 (52%) respondieron 40% cumple criterios; Medicina familiar 36 residentes, 15 (42%) respondieron 27% cumple criterios Porcentaje de residentes que cumplen los criterios de Burnout en relación con el trabajo y Factores relacionados con el hogar: Años de residencia ($p<0,01$) Primer año de 77,3%, Segundo año o más 41,8%; Horas trabajadas más de 80 horas por semana 56,8%, 80 horas o menos de 43,5%; Satisfacción con la clínica Facultad ($p<0,01$), Insatisfecho 65,0% Satisfecho 40,6 %;Estrés en la familia ($p<0,05$), recientes 58,6%, no reciente 38,8%,Estado civil ($p<0,01$) Casado 40,0% Soltero, divorciado, o de otro 65,2 %; Familia, tienen 1 hijo o más 36,4%, sin hijos 56,5%; Reubicación más de 50 millas 71,4%, no trasladan más de 50 millas 45,7%.</p> <p>En el análisis multivariado, el primer año de residencia, estado de ánimo, la insatisfacción con la facultad clínica, el estrés familiar reciente, y ser soltera fueron significativamente asociados con mayor probabilidad de cumplir los criterios de burnout.</p> |
| Conclusiones de los autores | <p>El hallazgo de que los residentes de primer año tienen un alto tasa de burnout puede indicar que son un grupo vulnerable. La atención especial por los directores de programa puede ser necesaria para reducir esta alta tasa de agotamiento. La asociación de la insatisfacción con los profesores, estado de ánimo deprimido puede ser una consecuencia de burnout o la predisposición al burnout. Nuestros resultados indican que el primer año de residencia es un factor independiente que contribuye al desgaste y cambios en las políticas dirigidas a ese año en particular de la formación con un seguimiento regular de burnout podría reducir el impacto además de promover un ambiente saludable académico y clínico.</p> |
| Autor Año País | <p>I. C. McManus, Eleni Smithers, Philippa Partridge, A. Keeling, Peter R. Fleming 2005 Reino Unido</p> |
| Diseño de estudio Nivel de la evidencia Fuerza de evidencia | <p>Estudio de cohorte prospectivo VI Regular Con seguimiento después de 20 años mediante un cuestionario postal. Para evaluar si un nivel de logro e inteligencia predice carreras de los médicos.</p> |
| Características de la población | <p>Los participantes 511 médicos que habían entrado en Westminster, Escuela de Medicina de los estudiantes clínicos entre 1975 y 1982 fueron seguidos</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| Tamaño de la muestra | hasta enero de 2002. Registro Médico-Todos los estudiantes 511 registrado en el Consejo Médico General, pero sólo 464 están en el Registro Médico 2001. Los 47 médicos que dejó el registro. Dos médicos, posteriormente regresaron a la caja registradora. De los restantes, tres se habían muerto, datos de contacto están disponibles para 35, y no hay información disponible para siete. Respuesta al cuestionario-De los 464 médicos en el registro, 349 (73%) respondieron al cuestionario. |
| Instrumento Aplicado | Preguntas de salud general, el cuestionario Maslach Burnout inventario, y cuestionario sobre la satisfacción con la carrera en el seguimiento-, una prueba de habilidad o de de aptitud (AH5) fue de validez predictiva poco posterior carrera de medicina. En el cuestionario se preguntó acerca de la carrera, las calificaciones, intereses, y personalidad. Se evaluó el estrés con el cuestionario de salud general (GHQ-12) y un inventario Maslach Burnout abreviada (AMBI), con 12 preguntas adicionales sobre la satisfacción con la medicina |
| Resultados | Los participantes 511 médicos que habían entrado en Westminster, Escuela de Medicina de los estudiantes clínicos entre 1975 y 1982 fueron seguidos hasta enero de 2002. 47 médicos dejó el registro (una media de 11,1 años después de la calificación; DE 5,9, rango 2-23) tuvo un nivel inferior de grado de los que todavía estaban en el registro ($p < 0,001$). Dos médicos, posteriormente regresó a la caja registradora. De los restantes, tres se habían muerto, datos de contacto están disponibles para 35, y no hay información disponible para siete. Respuesta al cuestionario-De los 464 médicos en el registro, 349 (73%) respondieron al cuestionario. Publicaciones de investigación-en total 138 doctores (40%) no había publicado ningún documento de investigación, 44 (13%) tenían 1-2 trabajos publicados, 36 (11%) 3-5 artículos, 30 (9%), 6-10 papeles, 39 (11%) 11-20 artículos, 29 (9%) 21-50 documentos, 18 (5%) 51-100 papeles, y 8 (2%) tenían publicado más de 100 artículos. Regresión de los resultados normales mostró diferencias entre los médicos de hospitales y los médicos generales ($P < 0,001$), pero ningún efecto en los niveles AH5. El estrés, el agotamiento, la satisfacción con la medicina como unos 62 de la carrera (18%) obtuvo ≥ 4 en el cuestionario general de salud, lo que indica la «casuística» para estrés. Los médicos generales obtuvieron calificaciones más altas que los de hospitales, sobre las medidas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el Maslach Burnout Inventory, pero no hay diferencia en el cuestionario de salud general (0-1-2-3 puntuación), o sobre la satisfacción con la carrera de medicina. Ninguna medida mostró asociación alguna con un grado o nivel de AH5. |
| Conclusiones de los autores | La inteligencia no predice de forma independiente, resultado de carrera, o de otras medidas. No predecir el título o títulos académicos superiores, publicaciones de investigación, o el estrés o agotamiento, los grados académicos más altos, y publicaciones de investigación. Sin embargo, se correlacionan significativamente con la personalidad. En contraste, una prueba de habilidad o de de aptitud (AH5) fue de validez predictiva poco posterior a la carrera de medicina. |
| Autor | Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J |
| Año | 21 de agosto de 2006 |

| | |
|--|---|
| País | Varios. |
| Diseño de estudio Nivel de la evidencia Fuera de evidencia | Revisión sistemática Ensayos Clínicos Aleatorios. I Adecuada De 19 estudios, 14 eran ensayos controlados aleatorios, tres eran ensayos aleatorios agrupados y dos eran estudios cruzados (crossover). Los tres ensayos aleatorios agrupados incluidos tuvieron un error de análisis de una unidad. Se estimó el efecto del diseño como 2,2 para el Lökk 1997 y Lökk 2000 estudio ($r = 2$; $m = 13$); 2,73 para el Schrijnemaekers 2003 estudio ($r = 16$; $m = 18,3$) y 1,72 para el Proctor 1998 estudio ($r = 12$; $m = 8,2$). Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Depresión, Neurosis y Ansiedad (Cochrane Depression and Neurosis Group), MEDLINE, PsychInfo y la base de datos del Área Cochrane de Salud Laboral (Cochrane Occupational Health Field database). Además, se analizaron las listas de referencias de los artículos y revisiones. Se consideraron que los resultados eran similares si utilizaron el mismo instrumento como el Maslach Burnout Inventory (Maslach 1982)). Posteriormente se realizó la agrupación estadística para cada subescala del instrumento con el programa RevMan 4.2. En los casos en que se utilizaron diferentes instrumentos pero los instrumentos midieron el mismo concepto como la exposición a los factores estresantes, los resultados se agruparon también. Dos revisores (JR y JV) calificaron de forma independiente todos los estudios incluidos con la Downs 1998 lista de control de calidad. El acuerdo general de Kappa de Cohen para toda la lista de control fue 0,54 y para los puntos 13-25 (validez interna) fue 0,62. Los dos revisores después calificaron todos los estudios una segunda vez pero ahora de forma conjunta. Se resolvieron todos los desacuerdos por discusión y a través de una definición mejor de los criterios utilizados para la evaluación. La puntuación global media (\pm desviación estándar) de los 19 estudios incluidos en la lista de control fue de $17,4 \pm 3,8$ de una puntuación máxima de 30, que significa que en promedio se alcanzó el 58% de la máxima puntuación posible. La puntuación mínima fue 9 y la máxima 23. La puntuación media de la calidad de la escala de informes fue de $6,6 \pm 0,4$ de un máximo de 10. Para la subescala de validez externa la puntuación media fue $0,5 \pm 0,1$ de un máximo de dos. Para las subescalas combinadas de validez interna, la puntuación media fue $7,9 \pm 0,3$ de un máximo de 13. Hubo sólo dos estudios que obtuvieron más del 75% en las subescalas de validez interna y, por consiguiente, se calificaron como estudios de alta calidad (Delvaux 2004; Schrijnemaekers 2003)). Para el poder estadístico, la media de puntuación fue $2,4 \pm 0,4$ de un máximo de cinco. |
| Características de la población Tamaño de la muestra | Once de los estudios incluidos fueron realizados antes del año 2000, y ocho en el año 2000 o posteriormente. Ocho estudios se realizaron en Europa, otros ocho en Norteamérica y tres en Asia. En total 12 de los estudios se realizaron en hospitales y los siete restantes en ámbitos diversos que iban desde una unidad de seguridad de salud mental forense hasta hogares de residencia asistida para ancianos o discapacitados. |

| | |
|----------------------|---|
| | <p>El número total de participantes en diversos grupos de intervención fue 1 564 y en los grupos de control 1 248. El número de participantes en los grupos más pequeños de estudio fue menos de 20 en siete estudios, entre 21 y 50 en seis estudios, entre 51 y 100 en cuatro estudios y más de 101 en dos estudios (Heaney 1995; Schrijnemaekers 2003)). Se consideró que estos dos estudios fueron los únicos que a priori poseían el poder suficiente para detectar diferencias pertinentes.</p> <p>Se incluyeron estudios en los que las intervenciones se dirigieron a los trabajadores que no habían buscado activamente ayuda para afecciones como agotamiento, depresión o trastorno de ansiedad. Dichos estudios incluyeron intervenciones dirigidas a los trabajadores de la atención sanitaria oficialmente empleados en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria, o a estudiantes de enfermería o de medicina que se están entrenando en la profesión y que también realizaban trabajo clínico. Se excluyeron estudios en los que los participantes eran sólo encargados de atención médica y no los había empleado una organización de asistencia sanitaria.</p> |
| Instrumento Aplicado | <p>Como medidas de resultado primarias se consideraron todos los cuestionarios autovalidados que midieron el estrés o el agotamiento. Éstas incluyeron las siguientes medidas: El cuestionario de satisfacción con el trabajo de Karasek (Karasek's job content questionnaire) (Karasek 1998), Maslach Burnout Inventory (Inventario de Agotamiento de Maslach) (MBI) (Maslach 1982) y la Nursing Stress Scale (Escala del Estrés relacionado con la Enfermería) (Gray-Toft 1981)).</p> <p>Como medidas de resultado secundarias se consideraron todas las medidas de resultado de los efectos perjudiciales del estrés o del agotamiento. Éstas incluyeron las siguientes medidas: (a) síntomas psicológicos: ansiedad y depresión, como el State Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo) (Spielberger 1970), General Health Questionnaire (Cuestionario de Salud General) (Goldberg 1991), Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck) (Beck 1961)) (b) síntomas físicos y parámetros fisiológicos, como los niveles de hormonas como prolactina, corticosteroides u otras.</p> <p>Se agruparon las intervenciones en: 1) dirigidas a las personas: cognitivo-conductual, relajación, creación de música, masaje terapéutico y de componentes múltiples; y 2) orientadas al trabajo: cambio de actitud y comunicación, apoyo de colegas y participación en la resolución de problemas y en la toma de decisiones; cambios en la organización laboral.</p> |
| Resultados | <p>Intervenciones dirigidas a las personas: síntomas de estrés. Hubo dos estudios (Jones 2000; Lee 1994) que midieron el estrés directamente y, en consecuencia, se incluyeron en un metanálisis. Como ambos estudios utilizaron diferentes escalas (Jones 2000: Beck and Srivastava Stress Inventory (Beck 1991); Lee 1994; Perceived Stress Scale (Escala del Estrés Percibido) (Cohen 1983)) se utilizaron las diferencias de medias estandarizadas (DME) en el análisis. Las intervenciones dirigidas a personas redujeron el estrés significativamente en comparación con ninguna intervención y cuando se midieron a través de las dos escalas de estrés mencionadas anteriormente (DME: -0,85; IC del 95%: -1,21 a -0,49). En el medio plazo, el estrés se mantuvo más bajo en el grupo de intervención que</p> |

en el grupo de control en un estudio (Lee 1994), (diferencia de medias: -6,10; IC del 95%: -8,44 a -3,76). Síntomas de agotamiento. En total, tres estudios (Cohen-Katz 2005; Ewers 2002; Rowe 1999) se incluyeron en un metanálisis de las intervenciones dirigidas a personas con el propósito de reducir los síntomas de agotamiento medidos a corto plazo con el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach 1996). El efecto del resumen de dos subescalas del Maslach Burnout Inventory favoreció la intervención: Agotamiento emocional (DMP: -5,82; IC del 95%: -11,02 a -0,63) y ausencia de logro personal (DMP: -4,89; IC del 95%: -8,71 a -1,07). El intervalo de confianza de la Depersonalization subscale (subescala de Despersonalización) se superpuso con cero: (DMP: -2,44; IC del 95%: -5,06 a 0,17). Hubo considerable heterogeneidad entre los tres estudios en el metanálisis (I² varió de 67,6% a 86,7%; p = 0,05 y p = 0,0005 respectivamente), con Rowe 1999 que tuvo una disminución inferior en las puntuaciones de MBI (respectivamente -2, -2, -0,6) que los otros dos estudios. Durante el largo plazo, los resultados de Rowe 1999 revelaron que en comparación con seis semanas de entrenamiento cognitivo-conductual, el hecho de tener sesiones de repaso a los cinco, 11 y 17 meses produjo un agotamiento emocional significativamente inferior (diferencia de medias: -6,00; IC del 95%: -8,16 a -3,84) y ausencia de logro personal (diferencia de medias: -5,82; IC del 95%: -7,89 a -3,75) a los dos años. Se mostró un efecto positivo en dos estudios (Ewers 2002; Rowe 1999) con intervenciones dirigidas a personas en todas las subescalas de agotamiento según mediciones con el Maslach Burnout Inventory (Inventario de Agotamiento de Maslach) (Maslach 1996) y en otros tres estudios (Cohen-Katz 2005; Norvell 1987; West 1984) según una o dos subescalas. Para un estudio (Bittman 2003), los resultados de todas las subescalas no fueron concluyentes.

Medida de resultado primaria: estrés y síntomas de agotamiento. Los resultados de Delvaux 2004 revelan que el entrenamiento psicológico de actitudes, habilidades comunicativas y estrés laboral alivian el estrés (diferencia de medias: -0,34; IC del 95%: -0,62 a -0,06) en comparación con ninguna intervención y cuando se midió con la Nursing Stress Scale (Gray-Toft 1981). Esta diferencia se volvió no significativa a los seis meses (diferencia de medias: -0,19; IC del 95%: -0,49 a 0,11).

Síntomas de agotamiento. Según los resultados de Melchior 1996, el apoyo y el asesoramiento suministrado por directores de enfermería o por coordinadores de la calidad de la atención alivian los síntomas según una de las subescalas del Maslach Burnout Inventory: Despersonalización (diferencia de medias: -1,14; IC del 95%: -2,18 a -0,10) cuando se comparó con ninguna intervención. Las otras dos subescalas del Maslach Burnout Inventory, Emotional Exhaustion and lack of Personal Accomplishment, no fueron significativas. La inclusión del estudio de Schrijnemaekers 2003 en los niveles de la tabla de pruebas reveló resultados positivos del estudio según la subescala Maslach Burnout Inventory: falta de logro personal, mientras que el estudio de Melchior 1996 fue incierto.

Existen pruebas limitadas de que las intervenciones orientadas al trabajo pueden reducir los síntomas de estrés (Diferencia de Medias o DM: -0,34; IC del 95%: -0,62 a -0,06); la Despersonalización (DM: -1,14; IC del 95%: -2,18 a

| | |
|-----------------------------|---|
| | -0,10) y los síntomas generales (DM: -2,90; IC del 95%: -5,16 a -0,64). Un estudio reveló que la diferencia en el nivel de síntomas de estrés no fue significativa a los seis meses (DM: -0,19; IC del 95%: -0,49 a 0,11). |
| Conclusiones de los autores | Existen pruebas limitadas disponibles para la efectividad de las intervenciones orientadas al trabajo y a las personas para reducir los niveles de estrés en los ámbitos de asistencia sanitaria. En el mejor de los casos, los resultados de estas intervenciones son todavía aparentes después de un período de seis meses a dos años del final de las intervenciones. Hay pruebas a partir de un ensayo de que las intervenciones que contienen ítems cognitivos producen mejores resultados que las que cuentan con ítems conductuales. Es necesario contar con más estudios que contrastan diversas técnicas para reducir el estrés o el agotamiento unas con otras. |

Anexo 3

Cuadro de búsqueda de la literatura

| Palabras clave | Algoritmo de búsqueda | Resultados |
|---|---|------------|
| "Burnout, Professional"[Mesh] and health workers and measure | "Burnout, Professional"[Mesh] AND (("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("manpower"[Subheading] OR "manpower"[All Fields] OR "workers"[All Fields]) AND ("weights and measures"[MeSH Terms] OR ("weights"[All Fields] AND "measures"[All Fields]) OR "weights and measures"[All Fields]) OR "measure"[All Fields])) | 34 |
| "Burnout, Professional"[Mesh] and measure | "Burnout, Professional"[Mesh] AND ("weights and measures"[MeSH Terms] OR ("weights"[All Fields] AND "measures"[All Fields]) OR "weights and measures"[All Fields]) OR "measure"[All Fields]) | 222 |
| "Burnout, Professional"[Mesh] | "Burnout, Professional"[Mesh] | 5201 |
| Burnout in health workers | Burnout[All Fields] AND ("In Health"[Journal] OR ("in"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "in health"[All Fields]) AND ("manpower"[Subheading] OR "manpower"[All Fields] OR "workers"[All Fields]) | 46 |
| Physician burnout | ("Physicians"[MeSH Terms] OR "physicians"[All Fields] OR "physician"[All Fields]) AND burnout[All Fields] | 891 |
| Burnout in doctors | Burnout[All Fields] AND ("physicians"[MeSH Terms] OR "physicians"[All Fields] OR "doctors"[All Fields]) | 791 |
| Burnout | Burnout[All Fields] | 6020 |

Anexo 4
Diagrama de artículos

