Conexión pediátrica
El portal del residente
Vol 1: 4 Primavera 2008

Todos hablan del burnout, pero todavía sabemos muy poco

El "burnout" o estar quemado por el trabajo es frecuentemente descrito como agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de falta de realización personal debido al stress relacionado al trabajo, se encuentra tanto en médicos residentes como médicos ya practicantes. Todavía falta comprender mejor este problema para desarrollar estrategias de prevención. Este artículo revisa la poca bibliografía publicada sobre de las intervenciones diseñadas para tratar el burnout en los residentes. Además, se incluye un comentario de la Dra Cristina Catsicaris y Lic. Ignacio Usandivaras acerca de su experiencia en un programa de prevención con residentes de pediatría.

FAMILY MEDICINE

Burnout en residentes, ¿hay esperanza?

McCray Laura, Cronholm Peter, Bogner Hillary, Gallo Joseph, Neill Richard
Department of Family Medicine and Community Health. University of Vermont. EEUU
Fam Med 2008; 40(9):626-32.

INTRODUCCION

Los médicos residentes parecen presentar una mayor predisposición al burnout debido al número de horas que pasan en el trabajo, la gran cantidad de información médica que deben manejar y el desafío de balancear la vida personal con la laboral. El burnout se asocia a ausentismo, un recambio alto de personal en el trabajo y disminución de la satisfacción laboral. Los residentes que cumplen los criterios de burnout, tienen mayor probabilidad de autoreportar una atención médica subóptima y errores médicos.

A pesar de la evidencia de que la prevalencia de burnout es alta entre los médicos residentes, y de que existen conscuencias potencialmente serias del burnout, parece haber pocos estudios de intervención que apunten a disminuir el burnout o mejorar el bienestar de los residentes. El objetivo de esta revisión es describir los estudios existentes en la literatura actual que evalúen intervenciones diseñadas para tratar el burnout de los residentes.

Definición

El burnout se caracteriza por la pérdida de energía emocional, mental y física secundaria al continuo estrés relacionado al trabajo. Como se mencionó, el burnout se define como una combinación de tres elementos: 1. Agotamiento emocional: depleción de la energía emocional por la carga constante de trabajo, 2. Despersonalización: sensación de distanciamiento emocional entre el paciente o trabajo y uno, y 3. Baja realización personal, percepción de autovaloración o eficacia relacionada al trabajo baja.

Maslach Burnout Inventory (MBI) es la escala más estudiada para medir el burnout. Consiste en 22 items y fue validada en varias muestras, incluye subescalas que evalúan agotamiento personal, despersonalización y realización personal. Por convención las personas con un puntaje alto (tercio superior) para agotamiento emocional o despersonalización se clasifican como personas con burnout.

Epidemiología

El burnout no se limita a los residentes. Puede verse en los estudiantes de medicina y médicos en práctica. La prevalencia en una muestra entre estudiantes de medicina de EE.UU varió entre 43 y 45 %. Se informa que entre el 22 y el 66 % de médicos especialistas o generalistas han tenido en algún momento burnout.

La prevalencia de burnout parece ser más alta, sin embargo, entre médicos residentes. La prevalencia estimativa varia entre 40 y 76 % para residentes de medicina interna y pediatría, y entre 47 y 70 % entre los de cirugía. Otros estudios arrojan cifras entre 56 y 80 % para los de medicina familiar.

Etiología

Existe poca evidencia en la literatura con respecto a la etiología del burnout médico. Causas potenciales incluyen

factores que actuarían a nivel del médico y otros a nivel de la práctica. También se incluyen dificultades en el equilibrio "vida-trabajo".
Los factores a nivel del médico, como la personalidad y el arrepentimiento en la especialidad elegida, fueron correlacionados con la presencia de burnout entre residentes de medicina familiar. Factores a nivel de la práctica como la demanda clínica, preocupaciones de seguro y empleo, y estar actualizado en la rápida y cambiante tecnología médica también podrían ser causa de burnout, así como la dificultad de encontrar un equilibrio entre la vida personal y laboral.

Correlación y consecuencias
El burnout se asoció a ausentismo, rápido recambio en el trabajo, y disminución en la satisfacción laboral. En un estudio, de aquellos con criterio para burnout, el 50 % también reunían criterios para depresión y 9 % reunían los criterios para uso riesgoso de alcohol. Los residentes que reunían los criterios de burnout, tenían más probabilidad de haber autoreportado una atención subóptima al paciente al menos mensualmente. En contraste, otro estudio reciente no mostró asociación entre burnout y errores médicos autoreportados entre residentes de pediatría.

Otros aspectos
Ha habido últimamente un aumento en los reportes de la influencia que, la recientemente implementada semana de trabajo limitada a 80 horas para los residentes, ha tenido en los niveles de burnout de éstos. Estas medidas se implementaron en Julio del 2003 en un esfuerzo por disminuir la fatiga de los residentes y aumentar la seguridad de los pacientes. La literatura sugiere que el burnout disminuyó y la satisfacción y bienestar de los residentes aumentó luego de la implementación de esta norma. Por ejemplo, la prevalencia de burnout disminuyó de 74 a 58 % entre residentes de medicina interna con la implementación de esta medida. Mientras que esta medida puede ser vista como una intervención para el burnout, ésta no fue específicamente diseñada para tratar este síndrome; sino que fue diseñada para la seguridad del paciente. Además, notando que la prevalencia de burnout sigue siendo alta luego de implementar esta medida, ésta no puede ser considerada, si se la toma como única medida, como una intervención efectiva para resolver el burnout. Este artículo revisará estudios acerca de intervenciones relacionadas al burnout.

MÉTODOS
Se identificaron artículos utilizando las bases de datos MEDLINE y PubMed, así como también artículos identificados en la bibliografía de referencia de los artículos analizados. Se incluyeron artículos en inglés publicados entre 1966 y 2007. Debido a la escasez de artículos de intervención en el burnout de residentes, y a la alta prevalencia de burnout en estudiantes de medicina, asumiendo que se enfrentan a demandas y estresantes similares, se decidió incluir a estudiantes de medicina en esta revisión para aumentar el alcance.
Se utilizaron los siguientes términos MeSH en la búsqueda: burnout, estudios de intervención, evaluación de programa, internado y residencia, educación médica para graduados, estudiante de medicina, personal de la salud, médico, residente, horas de trabajo de residentes y limitación de horas de trabajo de residentes. Los artículos fueron críticamente revisados y resumidos en forma independiente por dos de los autores. (**Figura 1**)

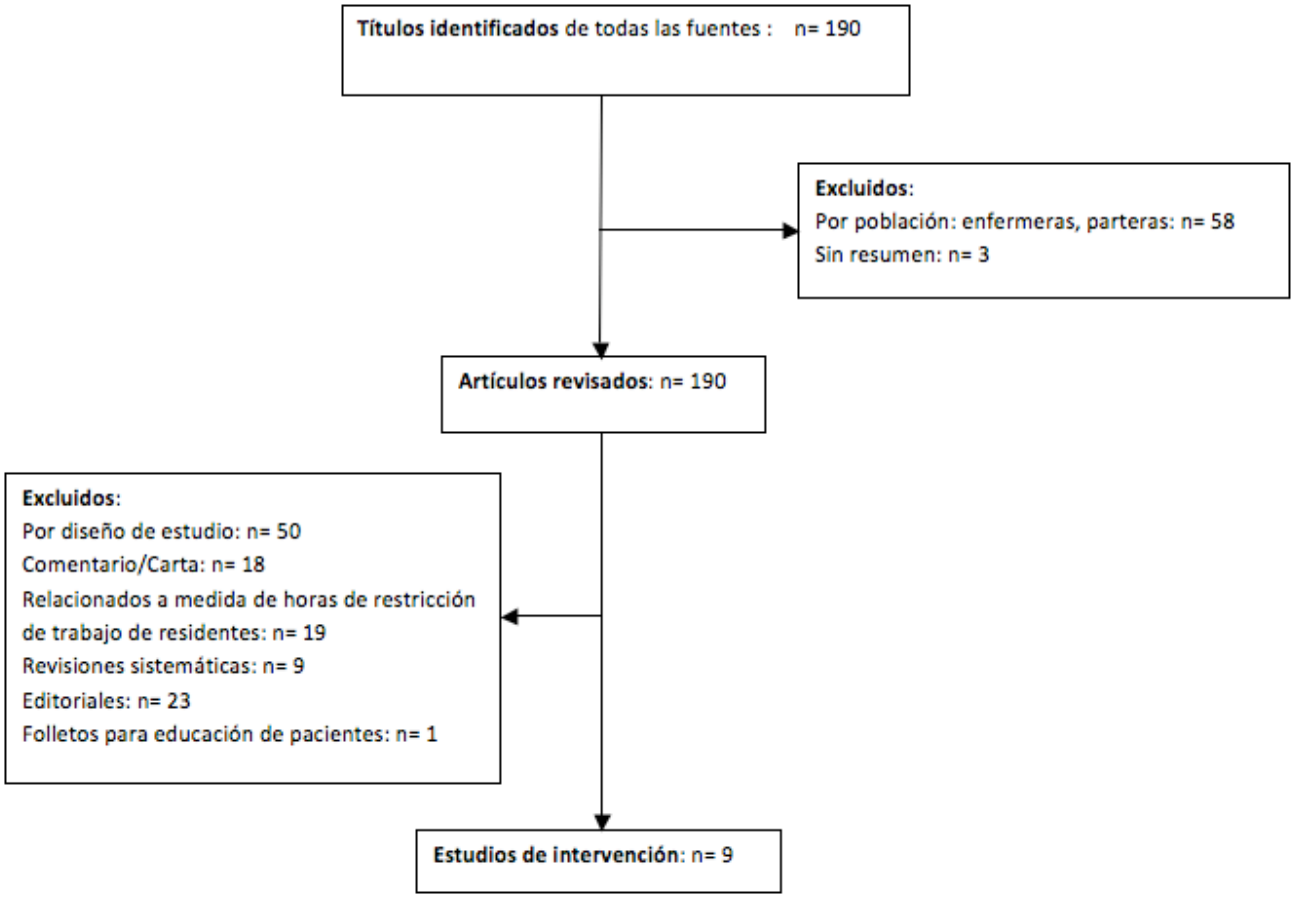

Figura 1: Diagrama de la metodología de búsqueda

RESULTADOS

Nueve artículos de estudios de intervención fueron identificados, 6 en relación al burnout de residentes, y 3 al de estudiantes de medicina. Por la variedad en la en las medidas de resultado, los resultados se describen en forma cualitativa e independiente. (**Cuadro 1**)

Cuadro 1: Trabajos evaluados

	N	Periodo del estudio	Muestra	Diseño del estudio	Intervención	Medidas	Hallazgos	Nivel evidencia
Bair et al 1986	?	?	Residentes y enfermeras	Cohorte longitudinal	9 semanas Grupos de trabajo dirigidos por psicólogo y residente de psiquiatría	Inventario de orientación personal Evaluaciones escritas	Mejora en el puntaje de inventario personal Mejora en medidas cualitativas	B - 3
Dabrow et al 2006	193	1997 – 2004	Casos (residentes y familiares) vistos en Universidad de Florida del sur en Programa de Asistencia a Residentes (PAR)	Cohorte longitudinal	PAR	Evaluación programada del PAR Cuestionario a residentes	Aumento de la utilización del PAR a lo largo del tiempo, y conocimiento estable a cerca de el por los residentes	C - 3
Feld et al 2006	25	1997 – 2002	Residentes de cuidados paliativos en el Reino Unido	Pre y post	Grupo de ayuda a residente – 3 semanas	Cuestionario semi estructurado	Aumento significativo en la percepción de ayuda/valor del Grupo de ayuda	B - 3
Mathews et al 1988	57	1982 – 1987	Residentes de medicina interna en Universidad de Connecticut	Cohorte longitudinal	Programa de desarrollo personal y profesional para residentes (3 días completos y sesiones de 5 días)	Sesiones cualitativas Estimación de la magnitud del programa Ranking de la importancia del programa	Mejora cualitativa en autoconocimiento, de la comunidad, del deseo de explorar sentimientos y mayor tolerancia a la frustración. El programa tuvo un ranking intermedio como fuente de apoyo entre otras disponibles para los residentes	B - 3
Mc Cue et al 1991	63	1991	Residentes y médicos de medicina interna, pediatría, en Boston	Estudio controlado no aleatorizado	Taller de un día de duración	3 cuestionarios de medición (siendo 1 de ellos el MBI)	Disminución del agotamiento emocional en el grupo intervenido	B - 2
Ospina-Kammerer et al 2003	24	?	Residentes de medicina familiar	Estudio controlado no aleatorizado	Método Uno de respiración (ejercicios de respiración)	MBI	Disminución del agotamiento emocional en el grupo intervenido (método de respiración)	B - 2
Ball et al 2002	54	?	Estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina de Indiana	Estudio aleatorizado controlado	Intervención de auto-cuidado	Cuestionario AUDI(alcohol), de hábitos saludables, BDI-II(depresión), MEQL, Escala de sueño Epworth	No hubo diferencia en el uso de alcohol, depresión o mejora emocional. Algo de mejoría en la higiene del sueño en el grupo intervención	B - 2
Mitchell et al 1983	38	1979 – 1980	Estudiantes de medicina de la Escuela de Medicina de Creighton	Estudio aleatorizado controlado	Intervención para el manejo de estrés (grupo de ayuda, grupo de lectura o control)	Cuestionarios MMPI (de personalidad) BDI (depresión) STAI (ansiedad)	No hubo diferencia entre los grupos con respecto a estrés emocional	B – 2
Rosenz-weig et al 2003	302	2001	Estudiantes de medicina de la Escuela Jefferson, Filadelfia	Estudio controlado no aleatorizado	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia	POMS (emociones)	Disminución de las alteraciones en el humor en el grupo intervención	B - 2

DISCUSIÓN

Se encontró que es escasa la investigación en intervención para el burnout de residentes y estudiantes de medicina. De los 190 estudios identificados, solo 9 cumplieron los criterios de inclusión. A pesar de las posibles ramificaciones del burnout, poca investigación se ha dedicado específicamente a combatir este síndrome. Es más, de los estudios revisados, solo dos eran estudios aleatorizados, controlados. Muchos estudios reclutaban sujetos en forma voluntaria, tenían bajo número de participantes y por lo menos uno de los estudios, la descripción de Dabrow et al del Programa de asistencia a los residentes, puede ser visto por algunos como un programa de evaluación más que de intervención. Las intervenciones no parecían estar estandarizadas, y a muchos de los estudios les faltaba información detallada de la intervención practicada. Pocos estudios utilizaron medidas validadas para sus resultados. Ninguna recomendación grado "A" puede ser hecha a partir de los estudios de intervención analizados.

Implicancias

West et al, en su articulo de burnout y error médico, llama la atención a "realizar esfuerzos para prevenir, identificar y tratar el burnout para así promover la empatía y el bienestar, para el bien de residentes y pacientes." El diseño casi experimental o no aleatorizado de la mayoría de los estudios de intervención demuestra la necesidad de una investigación más rigurosa para combatir el burnout entre residentes.

La naturaleza fluida de los grupos de apoyo y los talleres pueden ser una preocupación metodológica para investigaciones futuras. Aunque la naturaleza cambiante de los temas y las dinámicas de grupo puedan cambiar, un acercamiento estandarizado de dichas intervenciones puede ser posible. Por ejemplo, existen algunos datos que sugieren que los grupos Balint, que son grupos establecidos, facilitados y diseñados para examinar la relación medico-paciente, podrían llegar a ayudar a prevenir el burnout.
Interesantemente, dos intervenciones que utilizaron las prácticas de tipo meditación, mejoraron el burnout y las alteraciones del humor en residentes y estudiantes de medicina respectivamente. Esto podría sugerir que la meditación puede mejorar el burnout con mayor éxito que otras modalidades. El Método Uno de Respiración, en el que el sujeto se concentra en el número "uno" (one) al exhalar el aire, parece ser la intervención más simple y fácil de usar entre los residentes. Sin embargo, el estudio era uno no aleatorizado y con un pequeño número de participantes por lo que sus resultados deben ser interpretados con cautela. Estudios futuros podrían utilizar este método con muestras más grandes, entre especialidades y usando grupos control más rigurosos.

Limitaciones

Existen limitaciones con respecto a la metodología de la actual revisión. Puede haber habido un sesgo de selección en la elección de los términos MeSH. Por ejemplo, se podrían haber ampliado los términos para incluir bienestar, estrés, alteraciones del humor, y así poder captar más estudios de intervención. Esto se intento disminuir buscando también en las citas bibliográficas de los artículos relevantes.
La decisión de excluir a otros profesionales de la salud puede ser otro sesgo de selección, pero se pensó que incluyendo esos estudios se invalidaría la generalización de los hallazgos. Es más, las intervenciones en estudiantes de medicina pueden no ser aplicables a residentes, limitando la generalización de los resultados. Aun más, el haber dejado de lado los trabajos en que se incluye la restricción de carga horaria a residentes puede haber limitado nuestros resultados.
Aunque los artículos hayan sido revisados por dos de los autores en forma independiente, puede haber sesgo en el que realiza la revisión en la identificación y resumen de los artículos. Finalmente, nos podemos haber perdido de artículos de intervención que no fueron publicados por ser sus resultados negativos (sesgo de publicación).

CONCLUSIÓN

El burnout es altamente prevalente entre profesionales de la salud, especialmente entre residentes y estudiantes de medicina. Éste fue asociado a ausentismo, alteraciones del humor y error médico. A pesar de las posibles serias consecuencias del burnout, hay pocas intervenciones diseñadas para combatir este problema. Se necesitan estudios futuros, que utilicen métodos estandarizados, muestras grandes, y medidas de resultados validadas, para identificar estrategias exitosas para combatir el burnout y así mejorar el bienestar de ambos, residente y paciente.

Traducción: Dra Magdalena Goyheneix.

COMENTARIO

Dra. Cristina Catsicaris
Lic. Ignacio Usandivaras
Servicio de Clínica Pediátrica del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano

La residencia médica y el síndrome de burnout

Ya han llegado al campo de la medicina las señales de alarma por el síndrome de desgaste laboral que afecta, mayoritariamente, a quienes realizan actividades centradas en la prestación de servicios de salud. Incluso numerosos reportes ya hablan de estrés en los estudiantes de Medicina.
El artículo de Mc Cray y col. señala algunas cuestiones importantes:

- los médicos residentes parecen presentar una mayor predisposición al burnout
- hay pocas publicaciones que cuenten acerca de estrategias de intervención para disminuirlo o prevenirlo

Sin embargo, la cantidad de literatura publicada al respecto da cuenta de que hay preocupación por el tema y voluntad de trabajar para su prevención.
Resta mucho por desarrollar para el logro de una nueva cultura en la formación y la práctica médica, que permita no sólo prevenir las complicaciones del ejercicio profesional sino también ampliar horizontes que permitan revisar desde la enseñanza de grado cuales son los modelos médicos predominantes en el sistema de creencias de los médicos y estudiantes, polarizados entre

el ideal omnipotente y el real desgastado que abonan el terreno para el desgaste

En el Hospital italiano, y a la manera de lo que se realiza en muchas de las citas del trabajo, venimos realizando desde hace 7 años, en formato de taller autogestivo, actualmente bisemanal, una experiencia que apunta a la promoción y desarrollo de habilidades sociales, que permiten incluir a la persona del médico en la relación terapéutica. Los contenidos incluyen: comunicación, narrativa, bioética, interacción con especialidades de salud mental y aporte de lenguajes interdisciplinarios (literatura, cine, artes plásticas, teatro, filosofía, sala de juegos, etc.). Los dos ejes conceptuales sobre los que se basa el programa de trabajo son:

- la persona del médico como sujeto de la experiencia humana
- la comunicación en los diversos aspectos implicados en la medicina.

El registro de que el médico es una persona que se emociona, sufre, tiene afectos y un propio sistema de creencias, no suele estar presente en la formación profesional. Esto posibilita grados de tolerancia a la sobrecarga laboral y emocional que se naturaliza después en la cultura de la práctica médica. Uno de los componentes del desgaste profesional es la despersonalización. Su consecuencia inmediata es el distanciamiento entre la persona del médico y la persona del paciente.

Luego de una primera **etapa de sondeo**, concluimos que los síntomas del estrés laboral ya afectaban a los residentes desde el primer año, sin espacios programados de contención. Pasamos entonces a una **etapa de contención** y propusimos un dispositivo de trabajo grupal donde se apuntó a favorecer la catarsis y la exteriorización de las emociones de la práctica médica. Y en la actualidad, luego de 7 años de talleres, en una tercera **etapa formativa**, trabajamos promoviendo habilidades para el afrontamiento del desgaste incorporando la actividad al cronograma del programa de residencia, de la mano de los conocimientos científicos.

Somos concientes de que necesitamos mayor rigurosidad en nuestro diseño de trabajo, que, como dicen los autores (al referise a los que utilizaron en el metanálisis) es casi experimental.

La metodología es nuestra preocupación para intervenciones futuras y aunque la naturaleza cambiante de los temas y las dinámicas de grupo puedan cambiar

Aunque la naturaleza cambiante de los temas y las dinámicas de grupo puedan cambiar, "un acercamiento estandarizado de dichas intervenciones puede ser posible".