

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE LA FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

BURNOUT EN MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

EVALUATION OF BURNOUT SYNDROME IN PHYSICIANS OF THE MEDICAL FEDERATION OF THE PROVINCE OF BUENOS AIRES, ARGENTINA.

ARTICULO ORIGINAL

3835 PALABRAS

1 FIGURA, 4 TABLAS

Dr. Ignacio Eliff. <https://orcid.org/0009-0008-1683-2609>. Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Secretaría de Acción Social y Derechos Humanos.

Lic. Mg. Andrés Guillermo Bolzán. <https://orcid.org/0000-0001-7562-7658>. Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Programa de Violencia Sanitaria.

Lic. Carla Eugenia Herrera. <https://orcid.org/0009-0008-5066-4098>. Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Programa de Violencia Sanitaria.

Dra. Maria Florencia Inammaratto. <https://orcid.org/0009-0003-5783-1454>. Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Programa de Violencia Sanitaria.

Correspondencia: Andrés Guillermo Bolzán. Libert 425, 8ª, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Email: andresguillermobolzan@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen ningún tipo de conflictos de intereses en la investigación

Lic. Andrés Guillermo Bolzán en nombre del resto de los autores



DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS

Los autores del siguiente manuscrito declaran que el mismo ha sido leído y aprobado por todos los autores, que ceden los derechos y autorizan su publicación en RAM y que se han cumplimentado los requerimientos para la autoría expuestos en estas Guías

Contribuciones de cada uno de los autores:

Dr. Ignacio Eliff. Lic. Mg.: Conceptualización de la investigación, idea general, generación de contactos y comunicación gerencial.

Andrés Guillermo Bolzán. : Procesamiento y análisis estadístico

Lic. Carla Eugenia Herrera. : Redacción, búsqueda bibliográfica, revisión de manuscrito y administración de la encuesta. Difusión a la comunidad médica

Dra. Maria Florencia Inammoratto. : Monitoreo de la encuesta, redacción de manuscrito en la discusión de resultados estadísticos. Difusión a la comunidad médica

RESUMEN

Introducción: Si bien la problemática del burnout en la profesión médica es bien reconocida desde hace tiempo, su prevalencia, los distintos componentes y la caracterización en médicos Federados de la Provincia de Buenos Aires son desconocidas. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de burnout en una población de médicos federados. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal empleando el Maslach Burnout Inventory (MBI) como instrumento de registro validado para medir prevalencia de burnout. Durante un mes se dispuso del cuestionario con acceso desde la plataforma de FEMEBA. Se calcularon de las distribuciones de frecuencia de las tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. **Resultados:** Participaron 800 médicos. El cansancio emocional mostró una media por arriba del punto de corte para clasificar burnout (>26), la despersonalización por debajo (<9) y la realización personal por arriba (<34), reflejando así que el mayor compromiso se encuentra en el cansancio emocional, segundo en la despersonalización y finalmente el menos afectado la realización personal. El 59% de los médicos presentaron burnout en la dimensión cansancio emocional, el 39.1% en despersonalización y el 24.9% en la realización personal. Hubo diferencias en relación a sexo, años en la profesión y ejercicio de Guardias médicas en sus diferentes modalidades. **Conclusiones:** Este estudio exploratorio resulta relevante como evaluación de la magnitud del problema de burnout en los médicos de FEMEBA, sirviendo para determinar en qué dimensión se encuentra mayormente el problema y cómo se relaciona con algunos aspectos tanto modificables como no modificables.

Palabras clave: Burnout, Maslach Burnout Inventory, Estrés laboral, Síndrome de agotamiento emocional

ABSTRACT

Introduction: Although the issue of burnout in the medical profession has long been well recognized, its prevalence, their different components and its characterization among Federated physicians of the Province of Buenos Aires are unknown. **Objective:** To identify the prevalence of burnout in a population of federated physicians. **Material and Methods:** A cross-sectional study was conducted using the Maslach Burnout Inventory (MBI) as a validated recording instrument to measure the prevalence of burnout. For one month, the questionnaire was available with access from the FEMEBA web platform. Frequency distributions of the three dimensions were calculated: emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. **Results:** 800 physicians participated. Emotional exhaustion showed a mean above the cutoff point to classify burnout (>26), depersonalization below (<9), and personal accomplishment above (<34), thus reflecting that the greatest impact was found in emotional exhaustion, followed by depersonalization, and finally the least affected was personal accomplishment. The 59% of physicians presented burnout in the emotional exhaustion dimension, 39.1% in depersonalization, and 24.9% in personal accomplishment. There were differences in relation to sex, years in the profession, and engagement in medical on-call duties in its different modalities. **Conclusions:** This exploratory study is relevant as an evaluation of the magnitude of the burnout problem among FEMEBA physicians, helping to determine in which dimension the problem is most prominent and how it relates to certain aspects, both modifiable and non-modifiable.

Keywords: Burnout, Maslach Burnout Inventory, Work stress, Emotional exhaustion syndrome

INTRODUCCIÓN

Hay suficiente evidencia para demostrar que el ejercicio de la profesión médica se encuentra dentro de las disciplinas de riesgo laboral en tanto exposición a situaciones de estrés crónico (1). Este fenómeno, acompañado de factores predisponentes y potenciadores, puede transformarse en lo que se conoce como el síndrome de burn out o en su traducción de “quemado”. En definitiva resulta en un modelo de respuesta a condicionantes del ambiente laboral a través de una constante: mantener el estado de estrés para pasar a distres (2). En tanto no es solo una respuesta individual sino una paulatina transformación de la actividad, las percepciones, el manejo y el enfoque hacia el paciente, el burnout pasa a ocupar un lugar de relevancia en tanto modifica la relación médico paciente (3). Se define al burnout como un estado de agotamiento general, frustración y pérdida del entusiasmo (4). El intento de medir de alguna manera este proceso psicológico y social se ha traducido en cuestionarios que permiten en cierta medida hacer comparaciones entre distintos estadios del síndrome. Uno de ellos es el Maslach Burnout Inventory que a través de un escalamiento en tres niveles organiza las respuestas en escala ordinal (5,6). Se intenta explorar tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA integra más de 10 mil médicos de toda la Provincia de Buenos Aires) se vienen realizando sistemáticamente encuestas sobre Violencia en el ejercicio profesional. En ellas se mencionan factores relacionados al burnout y se ha demostrado la asociación estadística entre éstos y la incidencia de violencia. Sin embargo no se ha explorado en forma sustantiva el síndrome de burnout ni tampoco cuáles de las dimensiones que lo conforman presentan mayor prevalencia. La presente investigación tuvo como objetivo general identificar la prevalencia de burnout y sus dimensiones estructurales en una población de médicos pertenecientes a la FEMEBA en la provincia de Buenos Aires, contribuyendo así a estimar la prevalencia con datos actualizados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo, de corte transversal. **Población:** Padrón de médicos federados en FEMEBA. **Instrumento de registro:** Encuesta anónima, auto-administrada y estructurada conteniendo dos partes:

1- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

2- Caracterización del perfil profesional del médico (datos sociodemográficos, experiencia en la profesión, especialidad, y tipo de actividad: con o sin guardias)

El cuestionario fue integrado a una dirección URL con acceso sin identificación de ip. La ventana de tiempo consistió en 15 días de apertura y 15 días posteriores luego de una primera evaluación y recordatorio.

Análisis: Cálculo de distribuciones de frecuencia absoluta y relativa para cada uno de los ítems del cuestionario para las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. La distribución de medias de los puntajes por dimensión se testaron mediante ANOVA y post hoc de Bonferroni. Los puntos de corte según la MBI para clasificar Burnout son los siguientes: Cansancio emocional >26 / Despersonalización >9 / Realización personal <34

Los rangos de la escala presentan la siguiente medición en cada uno de los ítems agrupados en las tres dimensiones.

Puntaje	Valores
0	Nunca
1	Pocas veces al año o menos
2	Una vez al año o menos
3	Unas pocas veces al mes
4	Una vez a la semana

5	Unas pocas veces a la semana
6	Todos los días

1. **Sub escala de agotamiento o cansancio emocional.** Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas con puntuación máxima 54.

2. **Sub escala de despersonalización.** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems con puntuación máxima 30.

3. **Sub escala de realización personal.** Evalúa los sentimientos de autoconciencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems con puntuación máxima 48.

RESULTADOS

Participaron 800 médicos, de los cuales 792 contaron con el dato de sexo (99%), 429 femeninos (54%) y 363 (46%) masculinos. La experiencia profesional medida en años en el ejercicio de la medicina mostró que el 73% tiene más de 20 años y seguidamente, con un 19%, los médicos entre los 11 y los 20 años de profesión. El ámbito de consulta habitual más frecuente fue el consultorio externo (n: 639, 79.9%) y el consultorio de atención primaria (n: 189, 23.6%). La actividad profesional en la atención de Guardia mostró que casi el 50% de los médicos no registra esa modalidad, sin embargo, el 50% restante se distribuye entre las guardias activas solamente (18.3%), pasivas (18.9%) y ambas formas (11.4%), conformando así un grupo de 388 médicos (49.4%) que se encuentra expuesto a esa modalidad de ejercicio profesional.

Burn out en la población total de médicos

Las tres dimensiones que abarca la escala del MBI se distribuyeron de la siguiente manera: el cansancio emocional mostró una media encima del punto de corte para clasificar burnout (>26), la despersonalización por debajo del punto de corte (<9) y la realización personal por arriba (<34), reflejando así que el mayor compromiso se encontró en la primer dimensión, es decir el cansancio emocional, segundo en la despersonalización y finalmente el menos afectado la realización personal. El 59% de los médicos presentaron burnout en la dimensión cansancio emocional, el 39.1% en despersonalización y el 24.9% en la realización personal.

Burnout en la población de médicos según sexo. (Tabla 1)

Distribución de puntajes en la Escala del MBI

Cansancio emocional: el promedio de puntaje de MBI para esta dimensión en los varones se ubicó en el punto de corte para clasificar burnout: 26.7 en tanto en mujeres fue superior en 6 puntos. Es decir, los médicos mujeres resultaron con mayor cansancio emocional que los varones. Esta diferencia entre sexos resultó estadísticamente significativa para esta dimensión.

Despersonalización: En ambos sexos, el puntaje medio fue menor al punto de corte para clasificar burnout (>9). Claramente no hubo diferencias estadísticamente significativa entre sexos, evidenciado por la sobreposición de los intervalos de confianza de la media de la distribución del puntaje de MBI en esta dimensión.

Realización personal: Esta dimensión tampoco mostró diferencias estadísticas significativas entre sexos. En ambos sexos la media de la distribución se ubicó por arriba del punto de corte para clasificar burnout, que es menor a 34 puntos. La media en mujeres y varones se ubicó en 38 puntos.

Burnout:

El cansancio emocional fue la dimensión de mayor frecuencia en relación al sexo, con un 64.4% en mujeres y 52.0% en varones, esto es 12 puntos menos, mostrando diferencias estadísticamente significativas. En la despersonalización fue mayor el burnout en varones en 3 puntos respecto a las mujeres, reflejando que 40 cada 100 varones médicos y 37 cada 100 mujeres médicas mostraron burnout. Aquí las diferencias entre sexos no fueron significativas. Finalmente la realización personal resultó una dimensión donde casi hubo paridad entre sexos, no habiendo entonces estadísticamente diferencias significativas. (Gráfica 1)

Burnout en la población de médicos según años de ejercicio de la profesión (Tabla 2)

Distribución de puntajes en la Escala del MBI

Cansancio emocional: En todos los segmentos de edad el puntaje medio resultó mayor al punto de corte de clasificación de burnout. El mayor puntaje medio fue en los médicos de 5-10 años de profesión, seguido de 11-20 años. Las diferencias significativas se observaron entre este extremo - con más de 20 años de profesión – que reflejaron el menor puntaje medio de MBI - y el resto de los grupos.

Despersonalización: Aquí se observó nuevamente que el grupo de médicos de mayor experiencia de años en la profesión se alejaron del resto, mostrando la mejor situación en cuanto al puntaje en esta dimensión – por debajo del punto de corte – siendo los demás grupos superiores al mismo.

Realización personal: Los puntajes medios en todas las edades resultaron mayores al punto de corte siendo el mayor puntaje en el grupo de médicos de mayor número de años de profesión. Estos se distanciaron estadísticamente del resto, con la excepción de los <5 años, debido a su amplio intervalo de confianza, pero con un puntaje medio muy similar al del grupo siguiente

que resultó estadísticamente diferente a los >20 años de profesión. En definitiva el grupo más experimentado e más se aleja del burnout en esta dimensión.

Burnout:

Cansancio emocional fue la dimensión que mostró el mayor compromiso. Entre 52% al 77% de los médicos presentaron burnout. Los médicos con más de 20 años de profesión resultaron menos afectados que el resto, con diferencias de más de 20 puntos por debajo de los grupos de 10 años y más de experiencia. Se observaron diferencias estadísticas significativas entre este grupo de mayor experiencia profesional y el resto.

Despersonalización: Esta dimensión resultó ser la segunda en magnitud de burnout según los años de experiencia de profesión médica. Entre el 58% y el 33% de los médicos mostraron burnout en despersonalización. Nuevamente los médicos con más años de experiencia mostraron menor prevalencia de burnout y estas diferencias fueron estadísticamente significativas. La prevalencia de burnout aumenta con la edad del médico y sus años de experiencia profesional, desde un 50% hasta los 5 años, subiendo al 58% hasta los 10 años y luego baja hasta llegar a un mínimo de 33% en médicos de >20 años de profesión. La tendencia al riesgo de experimentar burnout respecto del sector de médicos con menor prevalencia, esto es los que resultan más experimentados en años de profesión, mostró un 70% mayor de riesgo hasta los 10 años de médico, bajando a un 60% hasta los 20 años. Es decir que nuevamente el sector de mayor resiliencia comparativamente son los de mayor experiencia profesional en términos de años de ejercicio de la medicina.

Realización personal: La dimensión con menor prevalencia de burnout resultó ser la realización personal. A medida que la experiencia como médico aumenta, el burnout disminuye. Entre el 38% y el 22% de los médicos según la experiencia en la profesión tuvieron puntajes compatibles con burnout. Las prevalencias de burnout mostraron que al comparar con el grupo de años de

profesión con menor compromiso, entre los 5-10 años como médico hay un 70% más de riesgo de presentar burnout que cuando se tiene más de 20 años de profesión, cae al 40% entre los 11-20 años de profesión.

Burnout en la población de médicos según exposición al estrés de Guardias médicas (Tabla 3)

Distribución de puntajes en la Escala del MBI

Cansancio emocional: En todas las clasificaciones de Guardia, el puntaje medio de MBI fue mayor al punto de corte. El profesional que no hace guardia tuvo el menor valor promedio, con diferencias significativas respecto de los que realizan guardias activas y pasivas y con guardias activas. Hubo diferencias significativas entre los médicos con guardias activas (con 34.8 puntos en promedio) y pasivas (con 29.8 puntos en promedio). Entre las guardias activas y pasivas y las guardias pasivas no hubo diferencias estadísticas significativas, esto es, ambos grupos comparten la amplitud de la distribución media de los puntajes de MBI para esta dimensión. En cambio, sí se han diferenciado los médicos sin guardia y los médicos que hacen guardias activas. Estos últimos comparten los mismos intervalos de distribución de puntajes que los médicos con guardias activas más pasivas, pero no con los que sólo hacen guardias pasivas. En definitiva los más protegidos respecto del cansancio emocional y el ejercicio de guardias son los que sólo hacen guardias pasivas y claro está, los que no están expuestos a esta actividad.

Despersonalización: Los médicos que no ejercen guardias resultaron los más protegidos del burnout, mostrando diferencias significativas con el resto de los médicos que hacen guardia, en todas sus modalidades. En ese sentido se diferencian aún más que para la dimensión de cansancio personal. Asimismo, los médicos con solo guardias pasivas se diferenciaron de los que ejercen guardias activas más pasivas, pero no de los que hacen solo guardias activas. El

mayor puntaje en despersonalización fue para el grupo con ambos tipos de guardia, con un escalamiento hacia abajo para guardia activa, pasiva y finalmente sin guardia.

Realización personal: Con puntajes promedio por arriba del punto de corte, los médicos sin ejercicio de guardias resultaron los mejor posicionados, con diferencias estadísticas significativas entre los que hacen guardias activas más guardias pasivas y los que hacen guardias activas.

Burnout:

Cansancio emocional: El 52% de los médicos que no hacen guardia reflejaron burnout, versus el 66% en los que ejercen algún tipo de guardia. Esta diferencia de 14 puntos se hace mayor en los que sólo hacen guardias activas, donde el burnout alcanzó el 70%. En todas las dimensiones se perfila la misma tendencia: los médicos más expuestos son los que presentaron mayor daño.

Despersonalización: el % de médicos con burnout y que no hacen guardia se ubicó debajo del 30%, en cambio, aquellos médicos con solo guardias activas se encuentran 20 puntos por encima de los que no tienen guardias en la prevalencia de burnout. Profesionales con solamente guardias pasivas presentaron un 12% más de burnout que los que no hacen este tipo de ejercicio de la profesión.

Realización personal: menos afectados en comparación con las otras dos dimensiones pero con tendencia similar. Las diferencias entre los médicos que no hacen guardia y los que hacen solo guardias pasivas es apenas un 2%. Alcanza su máxima expresión el burnout en el grupo con guardias activas, el doble de daño que en los médicos sin guardias y un 10% superior a los que tienen la combinación de guardias activas y pasivas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La definición de burnout fue proporcionada en 1981 por Maslach (6) como un síndrome con tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El cansancio o agotamiento emocional implica que las exigencias laborales son muy altas para el médico y que la persona no cuenta con suficientes recursos emocionales para gestionar el estrés. En la despersonalización la persona adopta una actitud distante o incluso cínica hacia sus compañeros y en este caso hacia los pacientes. La baja realización personal es una consecuencia de que la persona se percibe a sí misma como menos eficiente e incapaz de cumplir con las exigencias del trabajo. En este relevamiento el mayor compromiso se reflejó en el cansancio emocional. La cifra del 59% de los médicos como la más elevada en esta dimensión también tiene consistencia con otros estudios. Por caso, en el relevamiento en 45 países, publicados entre 1991 y 2018 por Rotenstein y cols la prevalencia del síndrome de burnout alcanzó el 72,0 % para el agotamiento emocional, 68,1 % para la despersonalización y 63,2 % para la baja realización personal (7) . Vale decir, con guarismos muy superiores pero la misma tendencia. En particular también fue analizado el burnout durante la pandemia de COVID como un factor estresante importante. En Argentina, el estudio de Castro y cols (2) durante la pandemia reflejó que hubo un nivel de agotamiento emocional del 92%, despersonalización del 75% y realización personal del 48%. Claramente el elevadísimo valor de este coeficiente relacionado a expresiones de la atención y el ejercicio de la profesión en circunstancias excepcionales – la pandemia - se reflejó en una prevalencia no habitual. Sin embargo, la tendencia en cuanto a la afectación de cada dimensión se mantuvo. Otros estudios mencionan variaciones realmente significativas. En estudios que incluyeron personal de salud, los niveles de agotamiento emocional varían entre 20%-50%, los de despersonalización entre 12-39% y los de realización personal entre 1-34%. (3,8, 9). En los médicos de FEMEBA lo que más ha variado fue justamente el agotamiento emocional. El primer paso para prevenir el síndrome de burnout en

cualquier grupo de trabajadores es identificar los factores de riesgo. Esto podría ser útil tanto para el empleado como para el empleador. Los empleados podrían influir positivamente en los factores de riesgo, actividades y comportamientos controlables, mientras que los empleadores podrían reducir los niveles de estrés en el trabajo y aumentar la retención laboral con la ayuda de nuevos modelos de negocio. A propósito de este concepto, una revisión sistemática realizada en 2024 clasifica los factores de riesgo en evitables e inevitables (10) Los factores de riesgo evitables son aspectos modificables que un individuo o una institución pueden regular. Por caso el multiempleo, el horario nocturno de trabajo, el ejercicio de guardias, la experiencia profesional, el grado de satisfacción laboral – que hemos medido en otros relevamientos de FEMEBA - . En tanto los no modificables son aquellos con los que el médico ya cuenta en su propia historia: el estado civil, la edad, el sexo, tener hijos etc. Si bien en este estudio no hemos indagado en estos aspectos en profundidad, hay algunos indicadores que se han expresado en forma diferencial. Entre ellos y dentro del esquema de factores no modificables ubicamos el sexo. En forma coincidente con otros estudios, en FEMEBA las mujeres mostraron mayor agotamiento emocional que los varones y éstos mayor despersonalización. En cuanto a la edad, se reconoce por varios autores que a menor edad del médico, mayor probabilidad de sufrir burnout. Nosotros hemos reflejado este factor a través de indagar sobre una variable relacionada: los años de profesión médica. Claramente surge que el grupo de mayor protección resultó el que hace más de 20 años que es médico, esto es , los mayores en edad. En todas las dimensiones este grupo resultó el de menores prevalencias de burnout. Se han mencionado características o rasgos en la personalidad de los trabajadores de la salud que los predisponen a la manifestación del síndrome de burnout y que no se incluyen dentro de nuestro estudio, pero que mencionamos como potencialmente interesantes para abrir otra línea de investigación más profunda, esto es, los que tienen dificultad para manejar grupos; las personas que se perciben débiles, impacientes, intolerantes, hostiles; los de baja tolerancia a la frustración; los que no

pueden controlar impulsos; los que tienen poca confianza en sí mismos; los que tienen dificultad para expresar sentimientos y dar afecto; los que la autoimagen y autoestima depende de las demás personas; los que tienen gran necesidad de figurar o tener éxito. En un estudio tendiente a relacionar el burnout con la escala de empatía, Pedersen y cols en Dinamarca los participantes completaron la Escala de Empatía Médica de Jefferson y conjuntamente el MBI (11). Dado que los resultados preliminares sugirieron que la intuición tiene valor diagnóstico, el estudio resaltó la importancia de incorporar la empatía y las habilidades interpersonales en la formación médica para aumentar la sensibilidad a las preocupaciones del paciente y, por lo tanto, aumentar el uso y la fiabilidad de la intuición. Tal vez entonces habría que plantearse frente a los datos sobre burnout que hemos obtenido, el capacitar a los profesionales sobre reforzadores de resiliencia, empatía y manejo de situaciones conflictivas. El agotamiento es mayor cuanto más rígidos sean los valores del individuo y más serias sus intenciones de satisfacer las demandas. Según algunos investigadores, existen similitudes entre el síndrome de burnout y la depresión, ya que ambos comparten causas y presentan síntomas análogos. Argumentan que no hay suficiente evidencia para considerar el síndrome de burnout como una condición independiente y sugieren que sus dos dimensiones principales (agotamiento y despersonalización) se consideren reacciones depresivas a un entorno laboral estresante. Un potenciador del estrés puede ser el ejercicio de la medicina en las guardias. De allí que se sigue que los médicos que realizan guardias de FEMEBA todos sin excepción mostraron mayor compromiso en las tres dimensiones para medir burnout. Entre ellas la mayor distancia entre ambos grupos de médicos, los que hacen guardias y los que no se reflejó en la despersonalización, luego en el agotamiento emocional y finalmente la realización personal. El ejercicio de guardias se lo ha relacionado con cambios circadianos resultantes de trabajo en horarios nocturnos, sueño interrumpido y modificaciones en las concentraciones de melatonina. La melatonina, una hormona reguladora molecular presente tanto en mamíferos (12) como en plantas (13), es un derivado de la

serotonina, producida por la glándula pineal; su síntesis depende del buen funcionamiento de los receptores beta adrenérgicos. La liberación de melatonina se correlaciona con los cambios en la luz, un reloj biológico controlado por los núcleos supraquiasmáticos, que se activa con la oscuridad y se deprime con la luz. Influye en muchas funciones fisiológicas y disminuye con la edad y en diversas afecciones, como enfermedades neurológicas (p. ej., Alzheimer) y metabólicas. Al oscurecer, aumenta la síntesis de melatonina y la hormona indol se libera desde la glándula pineal al torrente sanguíneo y al líquido cefalorraquídeo, siendo así su concentración mayor durante la noche. Esto envía un mensaje circadiano muy importante para el funcionamiento normal del cuerpo humano. Se espera una disminución de la melatonina cuando se produce exposición a la luz durante la noche. Su capacidad de reducir el estrés oxidativo mediante la desintoxicación directa o indirectamente, inhibiendo la actividad de las enzimas pro oxidativas y estimulando las enzimas antioxidantes (14), actúa como regulador fisiológico del sueño y controlador del ciclo sueño-vigilia (15) Ahora bien, la identificación de burnout constituye un dato importante, pero el valor agregado es considerar cómo se asocia éste al progreso de problemas de salud en el propio cuidador de salud. Un nivel importante de agotamiento suele asociarse con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como el síndrome coronario agudo y el ictus (16). Los trabajadores con puntuaciones más altas de agotamiento también mostraron cambios en el ECG y niveles más altos de LDL. Algunos autores han sugerido la actividad física como un protector contra el síndrome de burnout (17). Es eficaz como mecanismo de afrontamiento para lidiar con el estrés laboral. Otro protector, valioso también para aumentar la confianza en uno mismo, es el apoyo social de familiares y amigos. Las parejas se perciben como un factor positivo que aumenta la calidad de vida y se relaciona con un menor nivel de burnout (18) El primer paso para prevenir el síndrome de burnout en cualquier grupo de trabajadores es identificar los factores de riesgo. Esto podría ser útil tanto para el empleado como para el empleador. Los empleados podrían influir positivamente en los

factores de riesgo, actividades y comportamientos controlables, mientras que los empleadores podrían reducir los niveles de estrés en el trabajo y aumentar la retención laboral con la ayuda de nuevos modelos de negocio. Para el ejercicio de la profesión médica, hay aspectos diferenciales respecto de otras actividades que involucran al menos dos actores clave: el cliente – en este caso el paciente – y el proveedor de servicios – el médico – dado que el móvil a toda relación entre ambos está relacionada a las expectativas previas y el éxito ulterior a la visita (19,20). Entendemos que este estudio exploratorio resulta relevante como evaluación de la magnitud del problema de burnout en los médicos de FEMEBA, sirviendo para determinar en qué dimensión se encuentra mayormente el problema y cómo se relaciona con algunos aspectos tanto modificables como no modificables. La medición del problema en sí misma no es una herramienta sino un indicador para plantear herramientas que puedan mejorar los guarismos, teniendo como base estadísticas actuales y que como hemos observado, describen una muestra muy similar a la del padrón de médicos de FEMEBA.

REFERENCIAS

1. Ávalos Oddi A, Castillo Costa Y, D Imperio H, Prieto O, Gantesti J, López C, y cols. Burnout Survey among SAC Cardiologists. *Rev Argent Cardiol* 2023; 91:413-421. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20709>
2. Castro H, Prieto M, Muñoz A. Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 y factores asociados. Estudio de corte transversal. *Medicina (Buenos Aires)* 2022; 82: 479-486
3. Garcia TT, Garcia PCR, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, et al. Prevalence of Burnout in Pediatric Intensivists. *Pediatr Crit Care Med* 2014; 15(8):e347–53
4. Freudenberg H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 1974, 30-159-65. [Http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4650.1974.tb00706.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4650.1974.tb00706.x).
5. Maslach, C. Burn-Out. *Human Behaviour*, 1976;5: 16-22
6. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory: Manual* consulting psychologist Press: Palo Alto, CA, USA 1981
7. Lisa S. Rotenstein, Matthew Torre, Marco A. Ramos, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians A Systematic Review *JAMA*. 2018;320(11):1131-1150. [doi:10.1001/jama.2018.12777](https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777)

8. Loya-Murguía KM, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Burnout síndrome among health personnel in Latinamerica JONNPR. 2018;3(1):40-48 40 DOI: 10.19230/jonnpr.2060
9. Tironi MOS, Teles JMM, De Souza Barros D, Vieira DFVB, Da Silva Filho CM, Martins DF, et al. Prevalence of burnout syndrome in intensivists doctors in five Brazilian capitals. *Rev Bras Ter Intensiva* 2016; 28(3):270–7.
10. Ungur, A.-P.; Bârsan, M.; Socaciu, A.-I.; Râjnoveanu, A.G.; Ionut, R.; Goia, L.; Procopciuc, M. A Narrative Review of Burnout Syndrome in Medical Personnel. *Diagnostics* 2024, 14, 1971. <https://doi.org/10.3390/>
11. Pedersen AF, Ingeman ML, Vedsted P. Empathy, burn-out and the use of gut feeling: a crosssectional survey of Danish general practitioners. *BMJ Open* 2018;8:e020007. doi:10.1136/bmjopen-2017-020007
12. Zisapel, N. New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation. *Br. J. Pharmacol.* 2018, 175, 3190–3199
13. Back, K. Melatonin metabolism, signaling and possible roles in plants. *Plant J.* 2020, 105, 376–391.
14. Socaciu, A.I.; Ionut, R.; Socaciu, M.A.; Ungur, A.P.; Bârsan, M.; Chiorean, A.; Socaciu, C.; Râjnoveanu, A.G. Melatonin, an ubiquitous metabolic regulator: Functions, mechanisms and effects on circadian disruption and degenerative diseases. *Rev. Endocr. Metab. Disord.* 2020, 21, 465–478
15. Claustrat, B.; Leston, J. Melatonin: Physiological effects in humans. *Neurochirurgie* 2015, 61, 77–84.
16. Wirtz, P.H.; von Känel, R. Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease. *Curr. Cardiol. Rep.* 2017, 19, 111
17. Taylor, C.E.; Scott, E.J.; Owen, K. Physical activity, burnout and quality of life in medical students: A systematic review. *Clin. Teach.* 2022, 19, e13525
18. Schneider-Matyka, D.; S'wiałtoniowska-Lonc, N.; Polan'ski, J.; Szkup, M.; Grochans, E.; Jankowska-Polan'ska, B. Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 2414
19. West, CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt T. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016; 388-2272-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
20. West CO, Dyrbye LN, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018;288:516-29 <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

Tabla 1. Distribución de la prevalencia de Burnout y sus puntajes para las tres dimensiones de la escala del Maslach Burnout Inventory en médicos participantes según sexo. FEMEBA.

Mujeres				varones						
Burn out				Burn out				Z	p	
	presente	ausente		presente	ausente					
Cansancio Emocional	246 (64.4%)	136 (35.6%)		167 (52.0%)	164 (48.0%)		3.24		0.012	
Despersonalización	153 (37.5%)	255 (62.5%)		136 (40.4%)	201 (59.6%)		0.7		0.47	
Realización personal	96 (25.0%)	288 (75.0%)		79 (24.5%)	244 (75.5%)		0.08		0.93	
Puntajes del Maslach Burnout Inventory										
Estadísticos										
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	F	Sig.
					Límite inferior	Límite superior				
Cansancio Emocional										
Varones	321	26.75	15.86	.88	25.01	28.49	0	54	22.223	.000
Mujeres	382	32.15	14.49	.74	30.70	33.61	0	54		
Total	703	29.69	15.36	.58	28.55	30.82	0	54		
Despersonalización										
Varones	337	8.96	7.07	.385	8.20	9.72	0	30	1.045	.307
Mujeres	408	8.43	6.94	.344	7.76	9.11	0	29		
Realización personal										
Varones	323	38.90	8.32	.46	37.99	39.81	3	48	1.093	.296

Mujeres	384	38.26	7.86	.40	37.47	39.05	6	48
Total	707	38.55	8.07	.30	37.96	39.15	3	48

Puntajes: punto de corte para estimar: Cansancio emocional>26 /Despersonalización>9/ Realización personal<34

Tabla 2. Distribución de la prevalencia de Burnout (N y %) para las tres dimensiones de la escala del Maslach Burnout Inventory en médicos participantes según años de profesión y sus puntajes. FEMEBA.

	Menos de 5 años	De 5 a 10 años	De 11 a 20 años	Más de 20 años	z	p
Cansancio Emocional	13 (68.4%)	29 (74.4%)	106 (76.8%)	267 (52.5%)	-5.7511	<0.001
Despersonalización	10 (50.0%)	24 (58.5%)	77 (52.4%)	180 (33.4%)	-4.8914	<0.001
Realización personal	6 (33.3%)	15 (38.5%)	42 (31.8%)	113 (21.7%)	-3.0115	0.0026

Puntajes del Maslach Burnout Inventory

Estadísticos											
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	F	Sig.	Test Post hoc P<0.05
					Límite inferior	Límite superior					
Cansancio Emocional											
< 5	19	34.89	12.84	2.94	28.70	41.09	7	52	13.304	.000	<5 vs >20
5 a 10	39	36.54	12.925	2.07	32.35	40.73	10	54			5-10 vs >20
11 a 20	138	35.25	12.556	1.06	33.13	37.36	5	54			11-20 vs >20
>20	509	27.53	15.786	.70	26.16	28.91	0	54			
Total	705	29.74	15.378	.57	28.60	30.88	0	54			
Despersonalización											
< 5	20	9.90	6.593	1.474	6.81	12.99	2	21	7.335	.000	5 a 10 vs >20

5 a 10	41	11.05	7.301	1.140	8.74	13.35	0	23	11-20 vs >20		
11 a 20	147	10.56	6.831	.563	9.44	11.67	0	27			
>20	539	7.96	6.933	.299	7.38	8.55	0	30			
Total	747	8.69	7.012	.257	8.19	9.20	0	30			
Realización personal											
< 5	18	35.67	6.93	1.63	32.22	39.12	17	44	8.102	.000	5 a 10 vs >20
5 a 10	39	35.46	8.88	1.42	32.58	38.34	8	48	11-20 vs >20		
11 a 20	132	36.38	7.80	.68	35.03	37.72	15	48			
>20	520	39.43	7.96	.34	38.74	40.11	3	48			
Total	709	38.54	8.08	.30	37.95	39.14	3	48			

Puntajes: punto de corte para estimar: Cansancio emocional>26 /Despersonalización>9/ Realización personal<34

Tabla 3. Distribución de la prevalencia de Burnout para las tres dimensiones de la escala del Maslach Burnout Inventory en médicos participantes según exposición a guardias. FEMEBA. Datos absolutos

No hace guardias							Hace guardias				
Burn out							Burn out				
	no	si	total	no	si	total	OR*	IC95%			
Cansancio Emocional	168 (48.1%)	181 (51.9%)	349	119 (34.2%)	229 (65.8%)	348	1.78	1.31-2.42			
Despersonalización	269 (71.9%)	105 (28.1%)	374	182 (49.9%)	183 (50.1%)	365	2.57	1.89-3.49			
Realización personal	290 (80.1%)	72 (19.9%)	362	234 (69.2%)	104 (30.8%)	338	1.79	1.26-2.53			
Puntajes del Maslach Burnout Inventory											
Estadísticos											
Ejerce Guardias	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	F	Sig.	Test Post hoc P<0.05
					Límite inferior	Límite superior					
Cansancio Emocional											
No	349	27.22	15.831	.847	25.55	28.88	0	54	8.930	.000	No vs Activa y Pasiva
Si, Activa	130	34.82	14.020	1.230	32.38	37.25	2	54			No vs Activa
Sí, Pasiva	134	29.82	15.065	1.301	27.25	32.39	0	54			Pasiva vs Activa
Sí Activa y Pasiva	84	32.36	13.971	1.524	29.33	35.39	4	54			
Total	697	29.75	15.402	.583	28.61	30.90	0	54			
Despersonalización											
No	374	7.06	6.631	.343	6.39	7.74	0	26	17.381	.000	No vs Pasiva
Si, Activa	141	10.82	7.403	.623	9.59	12.06	0	29			No vs Pasiva y Activa

Sí, Pasiva	142	9.15	6.729	.565	8.03	10.26	0	30	Pasiva vs Activa y Pasiva		
Sí Activa y Pasiva	82	11.71	6.578	.726	10.26	13.15	0	25			
Total	739	8.70	7.020	.258	8.19	9.20	0	30			
Realización personal											
No	362	40.00	7.818	.411	39.19	40.81	3	48	14.626	.000	No vs Pasiva y Activa
Si, Activa	133	34.97	7.885	.684	33.62	36.32	15	48	No vs Pasiva		
Sí, Pasiva	130	38.89	7.983	.700	37.51	40.28	7	48	Activa vs Pasiva		
Sí Activa y Pasiva	75	36.71	8.064	.931	34.85	38.56	8	48			
Total	700	38.48	8.115	.307	37.88	39.09	3	48			

Puntajes: punto de corte para estimar: Cansancio emocional>26 /Despersonalización>9/ Realización personal<34