

BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES: UNA REVISIÓN DE LITERATURA
SISTEMÁTICA

Por

Fret Pellot Morales

Disertación Doctoral sometida al Programa Graduado Combinado Integrado de Psicología
Clínica / Consejería Psicológica del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de
Puerto Rico para optar por el grado de Doctor en Psicología.

Mayo, 2024

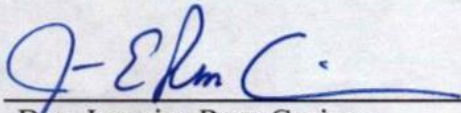
BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES: UNA REVISIÓN DELITERATURA SISTEMÁTICA

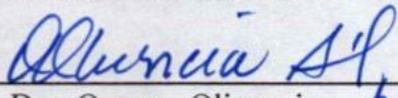
Por

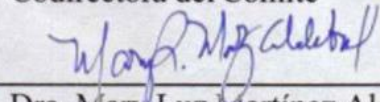
Fret Pellot Morales

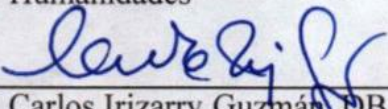
Nosotros, los miembros del Comité de Disertación Doctoral y del Comité de Defensa del estudiante Fret Pellot Morales, certificamos que la investigación sometida por este cumple con los requisitos para las disertaciones doctorales establecidos por el Programa Graduado en Psicología del Recinto de San Germán de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y para que así conste firmamos certificando la aprobación de esta.

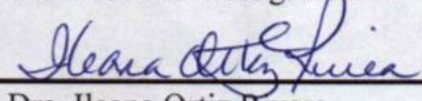
Aprobada: 10 de mayo de 2024
Fecha


Dra. Jomaira Ross Casiano
Directora del Comité


Dra. Osmay Olivencia
Codirectora del Comité


Dra. Mary Luz Martínez Aldebol
Directora, Departamento de
Ciencias Sociales, Educación y
Humanidades


Carlos Irizarry Guzmán DBA
Director, Escuela de Estudios
Graduados e Investigación


Dra. Ileana Ortiz Rivera
Decana Interina de Asuntos
Académicos

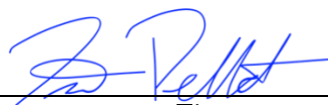
Fecha

10 de mayo de 2024
Fecha

10 de mayo de 2024
Fecha

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Fret Pellot Morales, certifico que la disertación doctoral titulada Burnout en Médicos Residentes: Una Revisión de Literatura Sistemática, el cual presento como requisito para optar por el Grado de Doctor en Psicología del Programa Graduado Combinado Integrado en Psicología Clínica y Consejería Psicológica es el producto de mi labor investigativa. Asimismo, doy fe de que este trabajo es uno original e inédito.



Firma

Resumen

El síndrome de burnout es conocido como desgaste ocupacional o desgaste profesional. Se ha definido como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y una realización personal reducida que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas (Martínez, 2010). Los profesionales de la salud, y en específico los médicos, son la población con mayor riesgo de desarrollarlo, ya que su trabajo está ligado a una intensa carga laboral, elevado nivel de tensión, auto demandas excesivas, frustración y fatiga (Rodríguez et al., 2023). Los objetivos de esta investigación están sustentados en: determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes. Además, establecer si el nivel de agotamiento del médico residente tiene algún afecto en la calidad de atención al paciente. Los marcos conceptuales utilizados para esta revisión de literatura sistemática fueron la Teoría del Modelo de Competencia Social de Harrison (1983) donde explica que gran parte de los profesionales que comienzan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación y altruismo para ayudar a los demás. Sin embargo, ya en el lugar de trabajo, surgen factores que se convierten en determinantes de la eficacia del trabajador. Además, el Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988), propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Uno de los supuestos más relevantes del modelo, subraya la importancia de los retos que presenta el rol de la pobreza, los conflictos y la ambigüedad del rol que resulta en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral (Martínez, 2010).

Las bases de datos utilizadas en esta investigación fueron las siguientes: *APA PsycInfo*, *E-Journals*, *MedicLatina*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *OpenDissertations*, *Fuente Académica Plus*. La evidencia sugiere que los trabajadores de la salud sufren altos niveles de síndrome de burnout, y los médicos en formación tienen un mayor riesgo de este síndrome en comparación con otros trabajadores de la salud. Entre los médicos en formación se han identificado varios factores que impactaron las áreas ocupacionales e individuales. Sin embargo, todavía no está claro qué factores son los más importantes para promover el desarrollo de síndrome de burnout. Los factores relacionados con el trabajo varían entre los diferentes departamentos médicos, lo que indica disparidades fundamentales específicas en los entornos laborales correlacionados con síndrome de burnout entre estas poblaciones. El síndrome de burnout también parece estar influenciado por los modelos de pago, ya que los médicos que solo reciben un incentivo o un pago basado en el desempeño tienen una tasa de agotamiento considerablemente más alta que los médicos que reciben un salario (Mohammed et al., 2022).

Dedicatoria

Dedico esta investigación a un ser extraordinario y único en mi vida, una persona que me conoce y ha creído en mi desde antes de nacer. Esto es dedicado a mi amado padre. Quien, desde pequeño me dijo que mi tarea principal sería estudiar y si doctor decidía ser, que nunca dudara que junto a mi estaría para lograr esa meta, y aquí estamos juntos dando este último paso para lograrlo. A mi tía, que ha sido mi ser de luz, una madre, abuela, consejera y una amiga, en fin, mi todo, sin ella el camino hubiese sido demasiado doloroso y complicado. A mi esposa y a todas mis amistades que son mi familia extendida. Aquellos que en muchas ocasiones me dan la fuerza para no rendirme en este caminar que se torna tan difícil a veces. Porque nunca dejan de creer en mí, inclusive hasta cuando pierdo la fe en mí mismo, ellos son quienes me dan fuerzas para continuar, porque jamás podría fallarles a quienes han creído tanto en mi todo este tiempo y han sido parte del proceso de lograr esta gran meta. Al Todo Poderoso, por bendecirme con estos seres de luz que me acompañan día a día. Por brindarme la paciencia, amor y fortaleza para continuar esta aventura llamada vida y lograr este gran sueño.

Tabla de Contenido

Certificación de Autoría	3
Resumen	4
Dedicatoria	6
Tabla de Contenido	7
Índice de Tablas	10
Lista de Apéndices	11
CAPÍTULO I	12
INTRODUCCIÓN	12
Síndrome Burnout	13
Origen del problema	14
Planteamiento del problema	17
Repercusiones personales y familiares	17
Repercusiones laborales	17
Marco teórico o conceptual	18
Propósitos del estudio.	21
Preguntas de investigación	21
Objetivos de Conocimiento	21
Definición operacionales	21
Revisión de Literatura Sistémica	23
PRISMA.....	25
CAPÍTULO II	27

REVISIÓN DE LITERATURA	27
Orígenes Burnout.....	27
Fases del Burnout.....	28
Población de origen.....	28
Inventario Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)	28
Síndrome burnout en médicos	29
Importancia del burnout en la psicología.....	30
Relación del burnout y psicología.....	30
El burnout como enfermedad.....	31
Terapia para médicos residentes.....	31
Programas Bienestar para médicos.....	34
Adicciones asociadas al burnout.....	35
Suicidio en médicos.....	37
Investigaciones sobre Síndrome Burnout.....	38
Investigaciones sobre burnout en médicos residentes Puerto Rico.....	40
Prevalencia y efectos del síndrome burnout	41
Integración	49
Base de datos	51
Términos de búsqueda	52
Criterios de inclusión	54
Criterios exclusión	54
Evaluación de calidad	59
CAPÍTULO III	62
MÉTODO.....	62
Análisis de datos	63
Reducción y Despliegue de los datos	63

Comparación y Conclusión de los Datos	64
Análisis temático	64
Exclusión de los Estudios	64
Rigor metodológico	65
Síntesis del Capítulo.....	65
CAPÍTULO IV	66
RESULTADOS.....	66
Metodología	66
Evaluación de calidad de los estudios	68
Inventarios y medidas	83
Investigaciones que reconocen el síndrome de burnout en médicos residentes.....	85
Investigaciones que reconocen efectos del burnout en residentes.....	87
Investigaciones que reconocen la carga laboral y académica en un médico residente.....	88
Investigaciones reconoce tratamiento psicológico para minimizar y/o prevenir síntomatología de burnout	101
CAPÍTULO V	91
DISCUSIÓN	91
Limitaciones de la investigación	91
Implicaciones para la comunidad psicológica	93
Conclusión y Recomendaciones	93
Referencias	95
APÉNDICES	105

Índice de Tablas

1. Términos de búsqueda y cantidad de artículos por base de datos	54
2. Criterios de inclusión y exclusión	56
3. Estudios incluidos y base de datos	59
4. Evaluación de calidad para estudios cuantitativos	61
5. Evaluación de calidad para estudios cualitativos	62
6. Metodología de estudios de revisión sistemática	54
7. Evaluación de calidad para estudios cuantitativos	55
8. Orden de puntuación de evaluación de calidad en artículos cuantitativos	64
9. Evaluación de calidad para estudios cualitativos	64
10. Orden de puntuación de evaluación de calidad en estudios cualitativos.....	67
11. Inventario y medidas	65

Lista de Diagramas

1. Repercusiones del burnout.....	17
2. Rueda del autocuidado	38

Lista de Apéndices

Apéndice A: Maslach Burnout Inventory (MBI)	119
---	-----

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La salud mental ha sido un tema muy discutido a través de los años y de la historia. Los problemas de salud mental afectan tanto al individuo como a su entorno. Se pueden encontrar múltiples referencias sobre el tema de salud mental a nivel nacional e internacional, sin embargo, en Puerto Rico están muy limitadas las referencias específicas sobre dicha problemática. El Código de Salud Mental de Puerto Rico (2000 como citado en Nieves et al., 2012) establece que la salud mental es el estado de bienestar resultante de la interacción funcional entre la persona, su ambiente, y la integración armoniosa de un sin número de factores. Según, exponen Nieves et al. (2012) la necesidad de servicios en el área de salud mental es significativa y creciente. La misma se hace particularmente evidente en los servicios de emergencia y hospitalización, cuando acuden comunidades de alto riesgo como son las aquellas que han experimentado intentos suicidas, maltratos y psicosis, entre otros. En Puerto Rico, el escenario de salud y salud mental tiene relativamente pocos recursos e inestabilidad que está caracterizado por un movimiento que favorece el mayor uso de tratamientos farmacológicos (Bernal y Rodríguez, 2012).

Nieves et al. (2012) indicó que mantener una buena salud, es fundamental para el bienestar de las personas, es por esto por lo que se deben atender los diversos aspectos, así como su entorno y la influencia que tiene la sociedad en el individuo. Cabe destacar la pertinencia de combinar psicoterapia con tratamiento farmacológico, en pacientes con este síndrome o cualquier problema de salud mental (Bernal y Rodríguez, (2012). El burnout comenzó a utilizarse a partir de 1977, tras la exposición de Maslach durante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos. Describió al síndrome como la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral con repercusiones de índole individual y con efectos adversos en los ámbitos

organizacionales y sociales (Martínez, 2010). De acuerdo con Saborío & Hidalgo (2015) el síndrome de burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. La definición no se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V TR), ni en el Manual de Clasificación Estadístico Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 11). Usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Saborío & Hidalgo).

Síndrome Burnout

Gil-Montes (2003, como citado en Martínez, 2018) señala que el estrés está asociado al síndrome de burnout y, por otro lado, es un término anglosajón cuya traducción más cercana es estar desgastado o exhausto. El concepto burnout lo introdujo Freudenberg en 1974 para describir el cansancio físico y emocional que afectaba a los voluntarios de una clínica de desintoxicación. Posteriormente, Maslach y Pines (2018) lo dieron a conocer y, desde entonces, el término se utiliza para referirse al síndrome del quemazón o desgaste profesional que sufren los profesionales de los servicios humanos en los campos de la educación, la salud, y la administración pública.

Según, Ortega y Ríos (2004 como citado en Reyes, 2016) este síndrome es considerado como la fase avanzada del estrés profesional, presentándose un desequilibrio entre las expectativas y la realidad del trabajo diario. Con lo cual se pierde progresivamente la energía vital y se percibe al individuo insatisfecho, irritable y agotado laboralmente Aranda et al. (2005 como citado en Reyes, 2016).

Origen del Problema

El síndrome de burnout ha sido relacionado como factor de riesgo para la salud mental incluyendo la depresión, suicidio, dificultades en las relaciones con pares y en la vida familiar (Colón, 2012). En su secuela, involucra síntomas emocionales que impactan las dinámicas interpersonales. Debido a esto, la relación médico-paciente se ve afectada, deshumanizando la atención, aumentando la probabilidad de accidentes, disminuyendo el asertividad en la asistencia del enfermo y su familia, menor rendimiento profesional y académico. De tal manera, va generando un detrimento en la calidad del servicio considerado un daño significativo que redunda en la salud y vida de las personas (Jácome et al., 2019).

Según, Aguiló et al. (2019) la epidemia del síndrome de burnout en médicos de Estados Unidos ha manifestado un efecto negativo en la calidad de atención médica. Como resultado, se observó mayores errores, riesgo de mala práctica y a su vez, menor satisfacción en el paciente. Además, es evidente el impacto en los médicos, no solo en la satisfacción profesional, sino también en los recurrentes cambios de empleo, incidencia de alcoholismo, abuso y adicción de drogas y suicidio.

Planteamiento del Problema

El síndrome de burnout lo presentan farmacéuticos, estudiantes, residentes y personal en diferentes áreas de la salud. Por tal razón, organizaciones profesionales se han unido y están abogando por el bienestar del profesional de la salud para asegurar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente. Se estima que de 10 al 70% de las enfermeras y de 30 al 50% de los médicos presentan el síndrome de burnout (Ramírez, 2018). Por otro lado, las estadísticas en EU, según reportó Ybarra et al. (2016) que el 45.5 % de los médicos sufren o han sufrido de síndrome de burnout. Jácome et al. (2019) señalaron la necesidad del desarrollo de estrategias de afrontamiento centradas en el individuo para que pueda mejorar la satisfacción laboral, disminuir

el cansancio emocional, fortalecer la focalización de deseos, aceptar las situaciones y potenciar su capacidad de cambio.

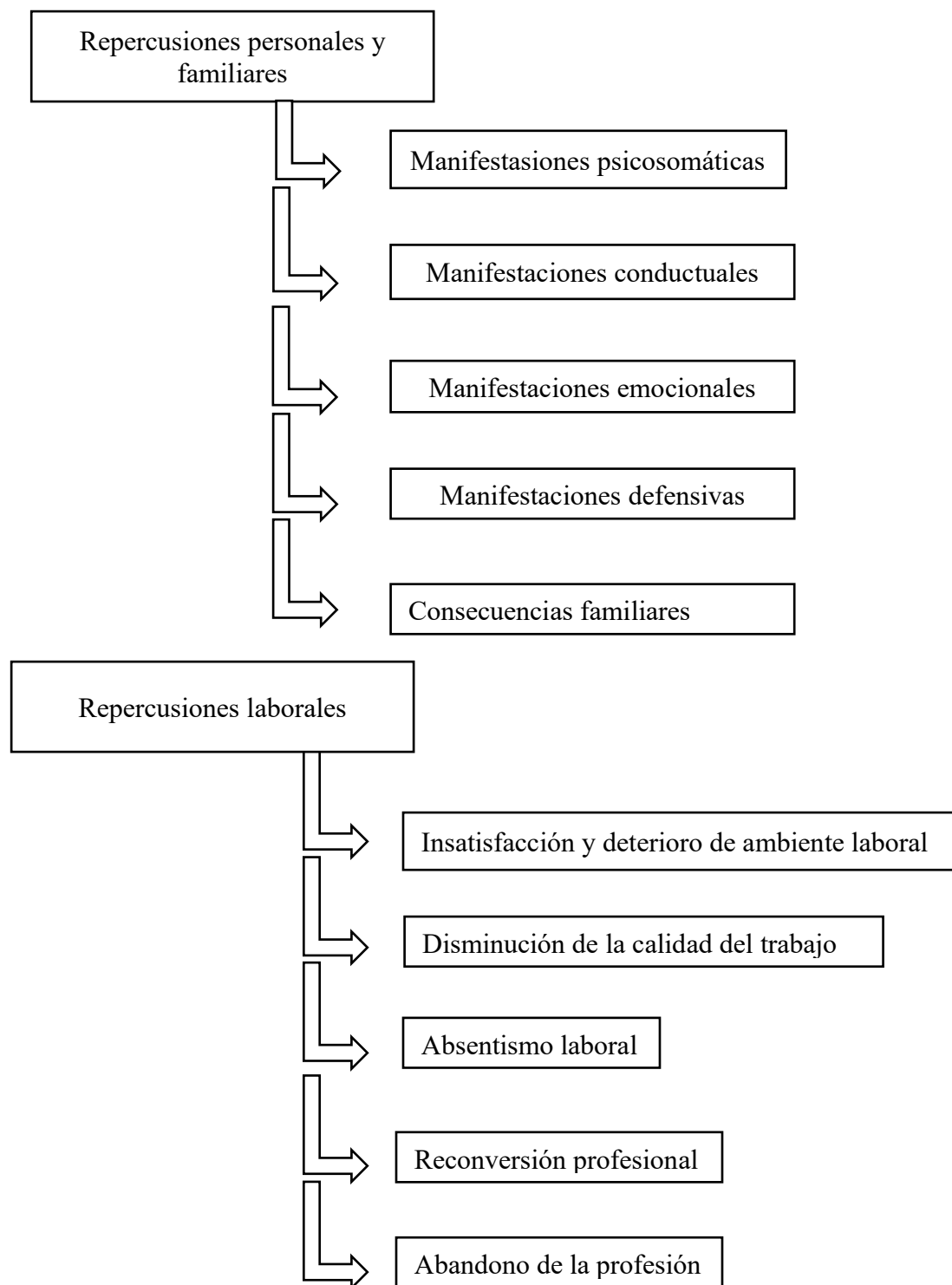
Los médicos residentes se enfrentan a innumerables factores estresantes, como la muerte y el sufrimiento de pacientes, así como el manejo de la vida cotidiana entre la dificultad del trabajo y la vida personal. Estos factores estresantes desembocan en malestar general, problemas de salud y un mayor riesgo de psicopatología en este grupo (Dyrbye, et al., 2014, como citado en Vidal et al. 2019). Desde otro ángulo, los médicos con burnout pueden tener mayor probabilidad de cometer errores en la medicación (Espinosa, 2013). Arteaga (2020) enfatizó la relevancia de investigar y describir el nivel de agotamiento entre los residentes de medicina debido a que son la población más vulnerable para sufrir problemas relacionados con el deterioro de sus habilidades cognitivas. Dicha vulnerabilidad se debe a largas jornadas en las que se mantienen despiertos con períodos que van entre 12 y 24 horas con turnos recurrentes en cortos períodos de tiempo. Arteaga (2020) añadió que el deterioro en las habilidades cognitivas eleva el riesgo a la seguridad del paciente y al bienestar de los residentes. Es por esta razón que surge la necesidad de investigar y conocer los efectos que tiene el síndrome de burnout en los médicos residentes de medicina.

Este síndrome debe ser estudiado, debido a que los síntomas del burnout afectan al empleador, empleado y a la sociedad, puesto que la tasa de ausentismo laboral aumenta, y el desempeño del trabajador disminuye, respecto al empleado se evidencia como su calidad y bienestar de vida se deterioran llegando a cuestionarse el sentido de vida, aumentando la probabilidad de riesgos en salud mental y física (Carabalí, et al., 2023).

El síndrome de burnout resulta un obstáculo para lograr la excelencia en los servicios de salud, poner en peligro la atención que se brinda a pacientes y familiares Aranda et al. (2005 como citado en Reyes, 2016) y la salud de los trabajadores con un marcado distanciamiento

afectivo, apatía a la institución y que termina por repercutir en su vida familiar y social, volviéndose un círculo vicioso que difícilmente se puede superar sin el apoyo de grupos de intervención especializados en el tema (Reyes, 2016).

Diagrama 1. *Repercusiones del burnout (Gándara, s.f.)*



Nota: Diagrama sobre la representación del burnout. Gándara, s.f.

Repercusiones personales y familiares

Gándara (s.f.) menciona que existen cuatro repercusiones personales y familiares que afectan a las personas que padecen de burnout, las mismas se desglosan a continuación:

- Las manifestaciones psicosomáticas: estas incluyen fatiga crónica, dolores de cabeza, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, problemas cardiovasculares, dolores musculares y desórdenes menstruales.
- Las manifestaciones conductuales más frecuentes son: absentismo laboral, aumento de conductas violentas y de los comportamientos de riesgo relacionados con el control de impulsos, como: conducción de alto riesgo o juegos de azar, conducta suicida, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares.
- Las manifestaciones emocionales están compuestas por: el distanciamiento afectivo, la impaciencia e irritabilidad y los celos por la posibilidad de llegar a convertirse en una persona poco estimada, que pueden degenerar en desconfianza y actitudes defensivas.
- Las manifestaciones defensivas surgen de la dificultad para aceptar sus sentimientos. La negación de sus emociones es un mecanismo de defensa frente a una realidad que le es desagradable.
- Las consecuencias familiares pueden ser graves, en muchos casos son los familiares los primeros que se dan cuenta de que algo está pasando, pero, muchas veces, no son escuchados por el profesional con *burnout*, que suele tener una postura defensiva que genera problemas de comunicación, hasta que es demasiado tarde.

Repercusiones laborales

Gándara (s.f.) establece que además de la repercusiones personales y familiares, también son importantes las repercusiones laborales y estas se desglosan a continuación:

- Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, sus relaciones interprofesionales son escasas y a veces cargadas de hostilidad. La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación.
- Disminución de la calidad del trabajo, el profesional "quemado" dedica menos tiempo a sus clientes, el contacto es más frío y distante llegando a ignorar sus quejas, demandas o necesidades.
- Absentismo Laboral: Si el ambiente laboral es la fuente de las tensiones el profesional puede tratar de evitar sus obligaciones.
- Reconversión Profesional: Antes de llegar al abandono de la profesión el profesional "quemado" puede reconvertirse. La reconversión, es la acción y efecto de volver a convertir o transformar (Real Academia Española, 2023).
- Abandono de la profesión: Es la consecuencia más drástica del estrés profesional continuo.

Marco Teórico o Conceptual

La revisión de literatura ofrece una serie de modelos teóricos que se han formulado con la idea de comprender y explicar el síndrome de burnout en médicos residentes. Se estará utilizando, la Teoría del Modelo de Competencia Social de Harrison y la Teoría del Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).

Teoría del Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Según, Martínez (2010) estableció que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo. Señaló que en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. Además, Martínez (2010) recalcó que en el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, también señala que cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan con en el tiempo puede aparecer el síndrome de burnout.

Por otro lado, los trabajadores en su entorno laboral pueden encontrarse con factores que facilitan la actividad que realizan o con factores que constituyen barreras, dificultando su labor. Dentro de estos factores se tiene la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la posibilidad de toma de decisiones, la capacitación profesional, la ambigüedad de rol, la sobrecarga laboral, la disponibilidad de los recursos y la retroalimentación recibida (Harrison, 1983 como citado en Ojeda, 2016).

Según el modelo de competencia social de Harrison la motivación para ayudar se encontrará determinando el sentido de eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del trabajador mayor sentido de eficacia laboral. Por otro lado, señala que en el entorno existen factores de ayuda, el sentido de efectividad aumentará y ello redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador. Dada la naturaleza altamente reforzante de estos sentimientos para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que permitan mantener y aumentar los

sentimientos de eficacia e influirán de manera positiva en la motivación para ayudar. Por el contrario, cuando los trabajadores perciben obstáculos en su entorno laboral, los sentimientos de eficacia disminuyen, debido a que no pueden conseguir sus objetivos, esto afecta negativamente a la esperanza de poder conseguirlos. Si esta situación se mantiene a lo largo del tiempo se originará el síndrome de burnout, el que por retroalimentación facilitaría la aparición de nuevos obstáculos, disminuyendo los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar (Ojeda, 2016).

Teoría del Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

Lozano et al. (2008, como citado en Ojeda, 2016) señalan que la dimensión que describe mejor y predice la aparición del síndrome de burnout es la despersonalización, seguida de la falta de realización personal y, posteriormente el agotamiento emocional. Estos autores plantean que para comprender el síndrome de burnout hay que tener en cuenta las cogniciones que los trabajadores presentan ante los eventos aversivos que generan el síndrome.

El modelo propone que el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral y a la tensión, los profesionales experimentan una pérdida de compromiso inicial que tenían con su trabajo (Gil- Monte y Peiró, 1997 como citado en Ojeda, 2016). Según este modelo al inicio del proceso el trabajador puede intentar resolver las situaciones de forma constructiva, sin embargo, ante la persistencia de las condiciones de sobrecarga o de pobreza de rol en el trabajo empieza a tratar a los demás como objetos, lo cual constituye la primera fase del episodio del síndrome de burnout, que es la actitud de despersonalización. Posteriormente el trabajador experimentará una sensación de baja realización personal en el trabajo y a largo plazo hará su aparición el agotamiento emocional. Cuando el trabajador ha llegado a las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste su implicación en el trabajo disminuye, así como su realización laboral y surgen sentimientos de insatisfacción, con la consiguiente pérdida de la productividad,

llegado a este punto es más probable que el trabajador experimente más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Ojeda, 2016).

De acuerdo con Leviñanco (2019), este modelo, se caracteriza por varias fases: en la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza. Si se desarrollan actitudes de despersonalización, aparece el burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

Propósito del Estudio

El propósito de la investigación es identificar si existe el síndrome de burnout en médicos residentes. A su vez, esta revisión de literatura sistemática permitirá identificar si los médicos residentes presentan las sintomatologías relacionadas al síndrome de burnout. Una vez identificada la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes. Los psicólogos pudieran aportar conocimiento, para el desarrollo y creación de programas de capacitación, sobre temas psicoeducativos relacionados a la prevención del burnout y el autocuidado. Cuyos programas trabajen en colaboración con los directores y los componentes de las diversas residencias médicas en los hospitales de Puerto Rico. De este modo, se reducirá la problemática de la alta incidencia de síndrome de burnout en los médicos residentes. Aportando al bienestar, tanto del personal médico como del paciente.

Preguntas de Investigación

Basado en el marco teórico esta revisión de literatura sistemática debe evidenciar las respuestas a una serie de interrogantes. Entre las preguntas de investigación, se encuentran las siguientes: ¿El síndrome de burnout, está presente en los médicos residentes? ¿Si existe, que efectos tiene sobre los mismos? ¿Cuánto influye la carga laboral y académica de un médico residente? ¿Cómo ayuda el tratamiento psicológico a minimizar o prevenir sintomatología de burnout?

Objetivos de Conocimiento

Basado en el marco conceptual, se propone que la revisión de literatura sistemática evidencie si existe el síndrome de burnout en médicos residentes. Para la presente revisión sistemática se espera concretar los siguientes objetivos de conocimiento: Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes. Y establecer si el nivel de agotamiento del médico residente tiene algún efecto en la calidad de atención al paciente.

Definiciones Operacionales

El interés del investigador en esta revisión sistemática es conocer si existe literatura que evidencie el síndrome de burnout en médicos residentes. La definición de términos usualmente abordados bajo el tema del síndrome de burnout es definida operacionalmente. Luego de haber planteado el propósito y las preguntas de esta revisión se procede a definir algunos términos importantes:

Síndrome de burnout

Saborío & Hidalgo (2015 como citado en Trejos, 2023) definen al síndrome de Burnout (SBO) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un

factor de riesgo laboral debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Numoli, 2012 como citado en Trejos, 2023).

La definición operacional del síndrome de burnout está compuesta por un tipo especial de estrés relacionado con el trabajo, un estado de agotamiento físico emocional que también implica una ausencia de la sensación de logro y pérdida de la identidad personal (Mayo Clinic, 2020). Por otra parte, es definido como una condición que abarca tres dimensiones, el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional, que se ha observado con mayor frecuencia en ocupaciones en las que se tiene contacto directo con personas, como lo es el personal de salud (Grazziano y Bianchi, 2010 como citado en Reyes, 2016).

Médico residente

Por otra parte, según Clínica Universidad de Navarra (2023) tras concluir el grado en medicina, aquellos profesionales que desean especializarse en un área específica del cuidado de la salud emprenden un camino de formación y práctica conocido como residencia médica. Esta fase representa un período crucial donde el médico recién graduado comienza a ejercer su práctica bajo supervisión, adquiriendo destrezas y habilidades especializadas que lo habilitan, al concluir este período, a ejercer de manera autónoma en su especialidad elegida. La duración de la residencia varía según la especialidad seleccionada. El residente rota por diferentes departamentos y unidades del hospital o centro de salud, exponiéndose a una variedad de situaciones clínicas y pacientes. Además de la formación práctica, el residente también se ve involucrado en actividades académicas, que pueden incluir la asistencia a seminarios, la presentación de casos clínicos, la elaboración de investigaciones y publicaciones, y la participación en congresos y otros eventos científicos.

Revisión de Literatura Sistemática

La metodología de revisión sistemática de literatura (RLS) surge originalmente a partir del concepto de evidence-based medicine (EBM). Esto se refiere al hecho de que el individuo en su práctica profesional debe tomar decisiones basadas en su experiencia, juicio profesional y en la evidencia objetiva más rigurosa que esté disponible (Velásquez, 2014). El objetivo de la RLS es el de dar respuesta a una pregunta de investigación formulada de manera clara y concreta (Andreo-Martínez et al., 2022; Sánchez-Meca y Botella, 2010; Wischitzki et al., 2020 como citado en Sánchez, et al., 2022). A través de este tipo de investigación se puede ofrecer una perspectiva global y fiable del tema objeto de estudio, a fin de evitar posibles sesgos durante la investigación (Sánchez, 2022).

Las revisiones sistemáticas se caracterizan por ser objetivas, sistemáticas, transparentes y replicables. Implican un proceso de búsqueda sistemática para localizar estudios que aborden una pregunta de investigación, así como una presentación y síntesis sistemática de las características y hallazgos de los resultados de esta búsqueda. Los criterios de inclusión y exclusión en la revisión son objetivos, se establecen explícitamente y se implementan de manera consistente, de modo que la decisión de incluir o excluir estudios sea clara para los lectores y otro investigador que utilice los mismos criterios probablemente tomaría la misma decisión. Este enfoque explícito tiene como objetivo minimizar el sesgo y permite a los lectores de la revisión evaluar las suposiciones, procedimientos, evidencia y conclusiones del autor, en lugar de tomar las conclusiones del autor por fe. Esta metodología también permite que otros investigadores actualicen la revisión más adelante para integrar nuevos hallazgos (Siddaway, s.f.)

La consolidación y estandarización del método de la RL-S ayuda a disminuir los sesgos dado a que el sistema empleado requiere que los autores sean transparentes en todos los

procedimientos llevados a cabo durante la RLS, así disminuyendo las probabilidades de seleccionar los artículos arbitrariamente (De León-Casillas et al., 2019).

Una revisión de literatura sistemática consta de tres etapas. La primera etapa es la planificación de la revisión sistemática. Las fases en esta etapa son: identificación de la necesidad de la revisión sistemática, una segunda fase es formular las preguntas de la investigación, como tercera fase está la definición del protocolo de la revisión y por último evaluación del protocolo de la revisión. La segunda etapa es realización de la revisión sistemática, identificación de la investigación relevante, selección de los estudios primarios, evaluación de la calidad de los estudios primarios, extracción de los datos relevantes y síntesis de los datos extraídos. La tercera etapa es el informe de la revisión sistemática y sus fases son las siguientes: Redacción del informe de la revisión y la evaluación del informe de la revisión (García, 2022).

En la actualidad existen organizaciones encargadas de mejorar y realizar RLS. Algunas de estas organizaciones son PRISMA Eden, et al. (201, como citado en De León-Casillas et al. 2019), la Colaboración Cochrane Higgins y Green (2008, como citado en De León-Casillas, 2019) y el Instituto de Joanna Briggs Aromataris y Munn (2020, como citado en De León-Casillas, 2019). Estas organizaciones han desarrollado estándares y guías metodológicas sobre cómo realizar una RL-S. Estas guías y estándares presentan limitaciones de aplicación en las ciencias sociales. Los estándares tienden a requerir la inclusión de estudios cuantitativos experimentales con aleatorización cuales tienden a ser la minoría en las ciencias sociales (De León-Casillas et al., 2019).

PRISMA

El marco PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-*

Analyses) (Hutton et al. 2016 citado en García, 2022) es uno de los más utilizados en artículos de revisión sistemática (en agosto de 2020 se estimaba que en la base de datos Scopus se había citado la versión de 2009 de PRISMA en unos 60.000 artículos y se había recomendado como referencia en más de 200 revistas científicas y organizaciones, alcanzando a todas las ramas del conocimiento). El objetivo del marco PRISMA es ayudar a los autores a mejorar la información de las revisiones sistemáticas y los metaanálisis. También puede ser útil para la evaluación crítica de las revisiones sistemáticas publicadas. La declaración PRISMA consta de una lista de comprobación de 27 elementos que no es un instrumento de evaluación de la calidad de una revisión sistemática, y de un diagrama de flujo, cuya última actualización data de 2020. Cabe mencionar, que PRISMA es un conjunto mínimo de ítems basados en la evidencia que hay que incluir al informar (escribir) una revisión sistemática y metaanálisis. Se centra en el informe de revisiones que evalúan los efectos de las intervenciones, pero también se puede utilizar para revisiones sistemáticas con objetivos distintos a la evaluación de intervenciones, por ej. evaluar la etiología, la prevalencia, el diagnóstico o el pronóstico (Biblioteca Universidad de Navarra, 2024).

En la versión de 2009 (Moher et al. 2010 citado en García, 2022), el diagrama de flujo se organizaba en cuatro fases: identificación (para señalar el número de registros encontrados al lanzar la búsqueda en cada base de datos), filtrado (para eliminar registros duplicados o que no cumplen los criterios de inclusión), elegibilidad (para eliminar los registros que no cumplen los criterios de calidad marcados) e inclusión (para indicar que registros forman el corpus final para realizar la síntesis cualitativa y cuantitativa si la hubiere).

Esta investigación sistemática pretende localizar las aportaciones más relevantes sobre el tema del síndrome de burnout en médicos residentes. A su vez, nos permitirá obtener

conocimiento a nivel metodológico al concedernos la oportunidad de observar como otros autores/as contribuyen con sus investigaciones. Una revisión sistemática, resume los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados (ensayos clínicos controlados) y proporciona un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud. En efecto son muy útiles en la aplicación de la evidencia para la toma de decisiones en la administración en salud se toman como base para la confección de guías de práctica clínica o análisis económicos, de decisión o evaluación del riesgo. En general en estudios de calidad y evaluación de tecnologías se incluyen las revisiones sistemáticas como parte de la evaluación de eficacia clínica de algunas tecnologías. Así mismo es la fuente principal para el ejercicio de la medicina basada en evidencias (Vidal et al., 2015).

Según De León-Casillas (et al., 2019 p. 26), las fases de la revisión sistemática son las siguientes: conceptualización de la revisión de la literatura, identificación y búsqueda de los artículos, selección de los artículos, recolección de los datos, evaluación de la calidad de la evidencia, síntesis de los artículos y la redacción del manuscrito.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

Esta revisión de literatura sistemática tiene como propósito conocer la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes de medicina. En las investigaciones presentadas a continuación, explicarán el síndrome de burnout, su prevalencia, efectos y características de este. Según, Ríos et al. (2014) definen el término burnout como estar quemado. El síndrome descrito como burnout se refiere a una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. El burnout únicamente se presenta en el contexto laboral y no se aplica para describir experiencias en otras áreas de la vida. En estudios comparativos, una de las profesiones en las que el burnout tiene la más alta prevalencia es la medicina, la cual puede exceder más del 50%, especialmente en médicos residentes (García et al., 2021).

Orígenes Burnout

Según establece Balladares y Hablick (2017) la patología del burnout fue descrita por primera vez en 1969 por H.B. Bradley. Posteriormente, en la década de los 70, Herbert Freudenberger profundizó en dicho fenómeno e incorporó el término "Burnout" al campo de la psicología laboral. A principios de los años 80, las psicólogas norteamericanas C. Maslach y S. Jackson definieron el Síndrome de Burnout como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal, que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios" (Balladares y Hablick, 2017). Por otra parte, Manzano y Ayala (2013) mencionan que han pasado 30 años hablando del síndrome de burnout

y se ha convertido en una especie de “epidemia” con repercusiones tanto a nivel individual como organizacional y social. La información que se ha acumulado sobre este síndrome a lo largo de los años ha ido creciendo exponencialmente.

Fases del Burnout

Desde el punto de vista de González y Gándara (s.f.) establece que Samuel H. Klarreist, considera que el burnout es un proceso de progresivo deterioro emocional que podría describirse en cuatro fases, estas no poseen un orden en específico, pero este resulta ser el más meritorio. Primero se encuentra la fase de ilusión o entusiasmo, donde el sujeto se encuentra preparado psicológica y físicamente para «comerse el mundo», transformarlo, hacerlo mejor, triunfar, en suma. La segunda fase es la desilusión, donde comienza a aparecer insatisfacción por la confrontación de las exageradas expectativas con la realidad. Aunque el sujeto este desorientado y confuso y al mismo tiempo impaciente por conseguir el éxito, sigue manteniendo la idea de trabajar duro. La tercera es la fase de frustración, caracterizada por la desesperación la irritabilidad, la falta de moderación y la frustración. Por último, la falta de desesperación, determinado por la sensación de que todo está perdido, de que sus expectativas y sueños nunca se realizarán.

Población de Origen

Al principio se denominó "staff burnout", para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía que trabajaban con delincuentes juveniles. Posteriormente se profundizó el termino de burnout en el campo de la psicología laboral. Luego Masclach y Jackson definieron el termino como síndrome de burnout (Balladares y Hablick, 2017).

Inventario Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)

Cabe mencionar, que Gándara (s.f.) menciona que el principal inventario, es el Inventario Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) (véase apéndice A) creado por Maslach y Jackson en 1981. Este inventario es el más reconocido puesto que se utiliza en más del 90% de las investigaciones (Ayala, et al. 2021). Cabe mencionar, que el cuestionario mide la frecuencia e intensidad del "Burnout". Consta de 22 ítem en total y en él se pueden diferenciar tres subescalas que miden a su vez los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome:

- El agotamiento emocional (AE) conformado por los ítems 1,2,3,6,8,13, 14,16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir a mayor puntuación en esta subescala mayor es el nivel de burnout experimentado por el sujeto.
- Despersonalización (DP): constituida por los ítems 5,10,11,15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del burnout.
- Realización Personal (RP): La conforman los ítems 4,7,9,12,17,18,19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*, es decir a menor puntuación de realización o logros personales más afectado está el sujeto.

La forma más actualizada del MBI y la más utilizada emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles:

1. Nunca.
2. Pocas veces al año, o menos.
3. Una vez al mes o menos.
4. Pocas veces al mes.
5. Una vez a la semana.

Síndrome burnout en médicos

De acuerdo con Balladares y Hablick (2017) el síndrome de burnout es un mal común entre los profesionales sanitarios. En general, la elevada burocratización de las instituciones sanitarias hace que presenten una baja capacidad de innovación o cambio. Esto se traduce en una baja flexibilidad laboral, lo que dificulta enormemente la posibilidad de adoptar medidas orientadas a optimizar o redistribuir la carga laboral entre los trabajadores. Por otra parte, en muchos casos los médicos y profesionales de enfermería sufren un "choque con la realidad" para el que su formación teórica no los ha preparado.

Uno de los aspectos clave del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros es el hecho de tener que tratar con un gran número de pacientes a lo largo de la jornada. Estos pacientes por lo general se encuentran de mal humor debido a factores que escapan del control del personal sanitario, como por ejemplo largos de tiempos de espera. Tratar con gente irritable y malhumorada, que paga su frustración con el profesional acaba generando un "efecto contagio" en el propio trabajador. Otro aspecto importante, a menudo olvidado, respecto de este "efecto contagio" es el que se produce entre los propios trabajadores sanitarios (Balladares y Hablick, 2017). Del mismo modo, estos autores mencionan que la ilusión, la alegría o la motivación se contagian, el pesimismo, la desilusión y la apatía también. Por último, no podemos olvidar que estos profesionales se encuentran expuestos de modo continuo al sufrimiento y al dolor ajeno, por lo que están sometidos a una enorme presión emocional. Además, en muchas ocasiones la vida de otra persona depende de sus decisiones y sus acciones lo que supone una fuente de presión difícilmente igualable.

Importancia del burnout en la psicología

Una visión positiva en el síndrome de burnout es que al detectarlo se puede trabajar con

el individuo para que se regrese el equilibrio físico y mental a su vida laboral y se torne un ambiente saludable a partir del reforzamiento en su capacidad de adaptación, tolerancia al fracaso y la visualización de los factores estresantes como oportunidades de superación (Rodríguez et al., 2009; Schonhaut, 2009 como citado en Reyes, 2016). Por otro lado, cuando intentamos relacionar insatisfacción laboral con el burnout, nos vemos ante dos conceptos muy estrechamente ligados, pues son dos experiencias psicológicas internas y de índole negativas, pero distintas en su delimitación, siendo la naturaleza que los une aún materia de especulación en el campo científico Maslach y Jackson (1981, como citado en Olivares, 2017).

Relación del burnout y psicología

Actualmente, el agotamiento no se caracteriza como un trastorno mental o una condición médica en el DSM-5 TR (American Psychiatric Association (APA), 2022 como citado en Nadon, 2022). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reconoce el agotamiento como un fenómeno ocupacional importante bajo la categoría de "factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud" en la CIE-11 (World Health Organization, 2018 como citado en Nadon, 2022). La CIE-11 también establece que el agotamiento no debe identificarse en presencia de trastornos de adaptación, relacionados con el estrés, ansiedad o trastornos del estado de ánimo (Nadon, 2022).

Según Díaz y Sánchez (2002 como citado en Acuña y Bruschi, 2014), puede definirse el bienestar psicológico como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluye una dimensión cognitiva (que se refiere a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.), y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas).

El burnout como enfermedad

Desde sus inicios el burnout ha tenido que luchar contra un grado de incredulidad por parte de la sociedad, entre lo que se encuentra, negación del constructo, escepticismo y consideración como un invento de los profesionales para luchar contra las empresas y el sistema laboral. Por otra parte, a nivel médico, el burnout no se encuentra reconocido como una enfermedad en las clasificaciones reconocidas. Teniendo en cuenta la similitud con otros trastornos como ansiedad y la depresión, sería previsible que el síndrome de burnout estuviera incluido en las principales clasificaciones de enfermedades mentales: (DSM V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 11) (Quintero et al., 2020).

Terapia para médicos residentes

Para el tratamiento del síndrome del burnout en médicos residentes de medicina, existen terapias y técnicas para manejar y reducir esta sintomatología. A continuación, se mencionan los tratamientos más eficaces: Balladares y Hablick (2017) la clave para un tratamiento eficaz del síndrome de burnout es detectarlo en sus primeras fases, por lo que cuanto antes trabajemos en el problema tras identificarlo, antes seremos capaces de mantenerlo bajo control. En primer lugar, las técnicas de relajación como la meditación o la escucha de música relajante han demostrado ampliamente su eficacia para reducir la ansiedad y mejorar el modo en que los trabajadores se enfrentan al Síndrome de Burnout. De hecho, está demostrado que este tipo de prácticas aumentan la actividad de aquellas zonas del cerebro encargadas de las emociones positivas, por lo que su práctica regular hará que el trabajador encare los problemas de un modo mucho más productivo. En segundo lugar, no debemos olvidar la parte física del problema. El estrés y el

burnout tienden a generar tensión muscular en determinadas zonas del cuerpo. Es importante realizar determinados estiramientos y ejercicios antiestrés como parte de la rutina diaria (e incluso como parte de la rutina laboral si es posible).

En tercer lugar, la práctica habitual de algún deporte (siempre adaptado a la condición física del trabajador) ha demostrado reducir notablemente los efectos del estrés en el organismo, como podemos ver en esta noticia. El deporte nos mantiene activos, mejorando la salud de nuestro corazón, músculos y huesos, además de ayudar a desconectar de nuestros problemas mientras se practica. En cuarto lugar, no podemos olvidar los enormes beneficios que la ayuda de un profesional puede ofrecernos. De este modo, la terapia psicológica, ya sea individual o grupal, puede hacer que el trabajador desarrolle mecanismos eficaces para afrontar aquellas situaciones que le producen estrés y ansiedad. Por último, llevar un estilo de vida saludable, evitando el tabaco y el alcohol o dormir las horas suficientes son sólo algunos de los consejos que pueden ayudar a combatir el estrés y el Síndrome de Burnout (Balladares y Hablick, 2017).

Por otra parte, el Programa de Intervención Breve (PIB) se enfoca en la formación de estrategias de afrontamiento del síndrome de burnout, a través de la psicoeducación y psicoterapia orientada a la potenciación de recursos y capacidades personales, mediante métodos y técnicas psicológicas de Programación Neurolingüística (PNL), Gestalt, Mindfulness y Brain Gym. Con el objetivo de reducir el estrés laboral; superar bloqueos emocionales; mejorar el comportamiento y la comunicación interpersonal para promover cambios en las conductas, cogniciones y emociones, y así los profesionales de la salud puedan realizar su trabajo con mayor seguridad y estabilidad emocional, aun cuando perciban diferentes estresores intra y extra organizacionales (Yslado et al., 2020).

Con relación a los tratamientos psicológicos, la literatura menciona el tratamiento

farmacológico como una herramienta de ayuda para el estrés y el burnout. De acuerdo con, González y Gándara (s.f.) son los ansiolíticos, de acuerdo con lo siguiente: previa evaluación médica o psiquiátrica, siempre en el marco de un plan terapéutico controlado, a corto plazo salvo en el caso de la buspirona, que puede utilizarse a largo plazo, bajo control médico (evitar autoprescripción) y conjunción con medidas higiénico - dietéticas, cambios en los patrones de vida y modificaciones psicosociales apropiadas. Beltrán et al. (2023) mencionaron que desde el enfoque cognitivo el síndrome de burnout se ha alcanzado a tratar con éxito, ya que este exacerba una serie de síntomas que la psicoterapia puede controlar, se basa en el cambio de pensamiento de los seres humanos, aprendiendo habilidades de contención para manejar algunas situaciones de estrés, fomentando el autocuidado y priorizando la comodidad emocional y física de la persona que sufre este tipo síndrome. En general podemos evidenciar que la psicoterapia desde el enfoque cognitivo conductual puede ayudar a que las personas que experimentan este síndrome desarrollen algunas estrategias afectivas que puedan mejorar su ánimo y manejar el agotamiento emocional que provoca su ámbito laboral.

Autocuidado en médicos residentes

La ausencia de autocuidado puede llevar al agotamiento o “burnout” que demostradamente erosiona el nivel y la estabilidad del profesionalismo Wynia et al., (2014; Conran et al. 2014 como citado en Benaglio, 2021). El comportamiento profesional es particularmente vulnerable durante los periodos de extremo estrés, ansiedad y “burnout” (McLuckie et al., 2018). El bienestar del profesional médico tiene un impacto en el cuidado del paciente. Está demostrado que un clínico con menor capacidad de autocuidado parece tener menor capacidad de cuidar a otra persona y comete más errores (Wynia et al. 2014 como citado en Benaglio, 2021). Por otro lado, un residente en formación que incorpora actividades de auto

burnout es la meditación *mindfulness*. Esta terapia se ha visto que, aplicada al ámbito de la enfermería y según la revisión narrativa de Gómez y Meléndez, consigue disminuir el burnout al mejorar la empatía, la autocompasión, la concentración y atención, sobre todo cuando está basada en el programa MBSR, que logra un mayor aumento de la autoestima y optimismo de las enfermeras y disminuye así uno de los principales síntomas del burnout, que es la despersonalización, mediante una mejor comunicación y empatía con el resto de profesionales y aumentando la calidad en los cuidados (Gómez, 2017, como citado en García, 2017).

Programas Bienestar para médicos

El bienestar del residente también es una preocupación en muchos sistemas de salud, debido a las demandas y presiones inherentes a la formación médica especializada. Se reconoce que la residencia puede ser una etapa de estrés y agotamiento, lo que ha llevado a la implementación de programas de apoyo y bienestar para residentes en muchos hospitales (Clínica Universidad de Navarra, 2023). Según, menciona Chal y Espinosa (2022) han establecido el síndrome de burnout como un problema real y actual que se percibe cada día en los médicos de emergencias, poco valorado e incluso muchas veces ignorado por el mismo personal, surge el interés de realizar la propuesta de intervención denominada “Plan de prevención del síndrome de burnout en el personal médico de emergencias “con el objetivo de poder mejorar el desempeño laboral del personal de salud en hospitales de tercer nivel, el clima laboral de trabajo, así como cuidar la salud psicosocial de los trabajadores. A través de este plan de acción se le brindó al personal médico las medidas a implementar para prevenir el estrés crónico, enfrentar o convivir con los constantes estresores, mejorar su salud psicosocial tanto individual, organizacional y social para finalmente optimizar su desempeño laboral, brindando atención de calidad y con calidez a pesar de la continua afluencia y demanda por los pacientes.

El Centro Médico de Mayagüez creó un programa de bienestar para los residentes de medicina familiar, donde imparten dinámicas de clases de pintura, terapias psicológicas grupales y actividades deportivas en conjunto con otras residencias de familia. Con este aporte se busca que los hospitales tomen en consideración el bienestar en el área laboral de sus residentes para, entre tanto, evitar errores en los diagnósticos de los pacientes (Vélez, 2019). Por otro lado, es necesaria la formación de redes de apoyo dentro de la institución, que se ofrezcan al médico residente desde su ingreso; y que sean capaces de detectar y dar seguimiento a estos problemas oportunamente. Llama la atención que la mayoría de los participantes no conocieran de la existencia del síndrome ni de alguna clase de red de apoyo (Reyes, 2016).

A su vez, el entrenamiento en *mindfulness* ha desarrollado la conciencia plena y ha reducido significativamente el malestar psicológico, el burnout y la alteración emocional en los profesionales de atención primaria participantes. Además, estas mejoras se han mantenido a los 12 meses, lo que concuerda con la incorporación de habilidades que se ponen en práctica en la vida diaria, referida por los profesionales. Por otra parte, el cambio observado es similar o superior al obtenido en otros estudios (Greeson, 2008; Keng y Robins, 2011 y García, 2008, como citado en Martín, 2013).

Adicciones asociadas al burnout

Se encontró que un 12.9% de los médicos estadounidenses eran hombres y un 21.4% de los médicos eran mujeres, quienes cumplían con los criterios para un diagnóstico de abuso de alcohol y/o dependencia (Oreskovich et al. 2015 como citado en Jackson et al. 2016). El consumo excesivo de alcohol es común entre los estudiantes de medicina de Estados Unidos (Frank et al, 2008; Baldwin et al., 1991 como citado en Jackson et al., 2016). En los médicos, el abuso/dependencia del alcohol se encuentra asociado con una edad más temprana y dimensiones

de angustia que incluyen agotamiento, depresión y disminución de la calidad de vida (CV) (Oreskovich, et al., 2015; Oreskovich et al., 2012 como citado en Jackson, 2016). Según, establece Jackson et al. (2016) afirman que la tasa de abuso/dependencia del alcohol en esta cohorte de estudiantes de medicina de EE. UU. fue más alta que la de sus compañeros de edad similar que no asistían a la escuela de medicina. El abuso/dependencia del alcohol entre los estudiantes de medicina se asoció fuertemente con el síndrome de burnout, una mayor deuda educativa y características personales (es decir, edad más joven y estado civil de soltería). Se necesita un enfoque multifacético para abordar el consumo de alcohol, mejorar el síndrome de burnout y reducir el costo de la educación médica.

De acuerdo con Atance (1997, como citado en Reyes, 2016) determinó que médicos residentes en diferentes partes del mundo, se perciben como una población agotada y deshumanizada por el exceso de trabajo, largas jornadas diurnas y guardias nocturnas. Al igual, como modificación constante de sus ciclos de sueño-vigilia, con repercusiones en su estado de ánimo, apatía y aislamiento (Reyes, 2016). Por otra parte, la presencia de ansiedad, estrés y depresión tiene relación directa con el consumo de drogas, puesto que estas sustancias, por sus efectos a nivel del sistema nervioso, generan rápidamente sensaciones placenteras que mitigan la presión a la que está expuesto el individuo y le permiten reducir sus trastornos emocionales (Schaufeli y Bakker, 2004 y Rodríguez, 2009, como citado en Reyes, 2016).

En el grupo médico, el estrés derivado de las guardias, la desmotivación profesional y los problemas familiares Otero et al. (2008 como citado en Reyes, 2016), entre otros factores, se han relacionado importantemente al consumo de drogas, siendo las más frecuentes entre residentes Abida (2012, como citado en Reyes, 2016) la marihuana asociada o no con el alcohol. De acuerdo con, Trejos (2023) existe alta prevalencia del síndrome de Burnout en médicos

veterinarios residentes de la ciudad de Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal en Colombia lo cual, es un serio problema de salud entre la población del sector salud que se asocia a malas condiciones laborales. En el grupo de médicos participantes de la presente investigación se encontró una prevalencia del 79%, de consumo de sustancias psicoactivas. Una posible explicación de la elevada prevalencia del consumo de sustancias en los ámbitos sanitarios son los altos niveles de estrés y agotamiento que suelen experimentar estos profesionales. En el caso de la medicina veterinaria, las exigencias del trabajo pueden ser especialmente difíciles, ya que los veterinarios deben equilibrar las necesidades de sus pacientes con las expectativas de sus clientes, a menudo en situaciones de gran presión y carga emocional.

Suicidio en médicos

Un factor importante por considerar, relacionado a los efectos del burnout en médicos residentes es el suicidio. El suicidio es la segunda causa de muerte entre residentes de medicina, la prevalencia de ideas suicidas en este grupo es más alta que en la población general. Tres factores han sido asociados de manera consistente a la aparición de ideas suicidas en residentes: depresión, síndrome de desgaste laboral y trastorno por consumo de alcohol (Lozano et al. 2021). La sociedad queda consternada cuando un médico se suicida, se estima que 400 médicos en los EE. UU. mueren por suicidio cada año Stehman et al. (2019).

Los médicos en formación no son inmunes a estos riesgos (Peckham, 2019; Dingle, 1999 como citado en Stehman et al., 2019). Aproximadamente el 10% de los estudiantes de medicina reportan tener ideas suicidas, y el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los estudiantes residentes en los EE. UU. (4,1 por 100.000, o aproximadamente cinco residentes por año) (Dyrbye, et al., 2008; Yaghmour, et al., 2014; Asociación de Facultades de Medicina Estadounidenses, 2017, como citado en Stehman et al., 2019). Si bien estas tasas de depresión

médica e ideación suicida no difieren significativamente de las de la población activa general (37,8% y 6,4%, respectivamente), hay razones para creer que la depresión médica no se reporta ni se trata lo suficiente (Stehman et al., 2019). Esto debido a que los médicos son menos propensos a buscar tratamiento ya que la depresión sigue siendo estigmatizada en la cultura médica (Shanafelt, et al., 2012, como citado en Stehman et al., 2019). Según la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (2002, como citado en Mingote, 2013), los estudios realizados han confirmado que los médicos mueren por suicidio más frecuentemente que otras personas de su misma edad y género de la población general y de otras profesiones. De media, la muerte por suicidio es 70% más frecuente entre médicos varones que en otros profesionales de los Estados Unidos.

Investigaciones sobre síndrome de burnout

Salomón y Valdés (2019) establecen que las etapas del síndrome de burnout son las siguientes: En la primera etapa el individuo percibe un desequilibrio entre demandas laborales, recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo. En la segunda etapa, el individuo realiza un sobre esfuerzo, para adaptarse a las demandas. Esto sólo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible. A su vez, en la tercera etapa aparece realmente el síndrome de burnout con los síntomas descritos, a los que se añaden, síntomas psicosomáticos, conductuales emocionales y defensivos. Por último, en la cuarta etapa, el individuo deteriorado psíquica y físicamente tiene bajas frecuentes, ausentismos laborales y falta de eficacia en su tarea, lo que lo convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

En el ámbito laboral el síndrome de burnout afecta principalmente a los profesionales que tienen un trato directo con las personas y en su trabajo se requieren altas dosis de entrega e implicación, por ejemplo: médicos, enfermeros, psicólogos y profesores. Este síndrome no sólo afecta el bienestar emocional del profesional, sino que es un factor que influye en la disminución de la calidad para atender a los pacientes. Se ha demostrado una prevalencia importante del síndrome de burnout en los médicos. La forma de afrontar el estrés y el desgaste profesional en los médicos tiene efectos en el bienestar de los pacientes. Esto puede originar situaciones de tratos groseros hacia los pacientes, falta de sensibilidad médica y deterioro de la relación médico paciente (Pintado et al., 2015).

Ochoa (2017) ha examinado la relación entre el burnout en médicos y los errores médicos. Una de las dificultades es la falta de validación de los resultados y la cuantificación sistemática de los errores médicos. Sin embargo, su importancia reside en que el síndrome de burnout está asociado con la disminución del rendimiento laboral y aumento exponencial de la probabilidad de cometer errores. Este síndrome podría ser la causa de fallas en la atención médica, con deterioro en la calidad de atención en salud y aumento de reclamos y mala utilización de recursos. Algunos estudios en médicos residentes han encontrado que los errores médicos auto percibidos se asocian a la presencia del síndrome de burnout y hay un aumento de la probabilidad del error si aumenta el nivel de burnout. Además, un estudio realizado en Taiwán acerca de la práctica de médico, el burnout y la satisfacción laboral, mencionan que los errores médicos fueron significativos en relación con el ítem agotamiento emocional del burnout, pero no amplían datos al respecto (Ochoa, 2017).

El síndrome de burnout resulta del estrés a largo plazo que a su vez pone a los médicos en riesgo de otros problemas de salud mental (Martínez, 2018). Estas manifestaciones a su vez generan disminución de la productividad en el trabajo e incluso, abandono de la carrera de

medicina. Existe una correlación entre el bienestar del profesional clínico, su nivel de desgaste, los resultados en los pacientes y la incidencia de errores en el cuidado del paciente. El síndrome de burnout presente en residentes médicos puede afectar la seguridad del paciente, la toma de decisiones y el proceso de enseñanza aprendizaje, puesto que los residentes también cumplen un papel de supervisión sobre los estudiantes de medicina afectando el papel como modelos a seguir y limitando la confianza sobre la labor que desempeña (Jácome et al. 2019). Por otra parte, Arias-Ulloa, et al. (2018) estiman que cada día, a nivel mundial, un médico se suicida. En México la perspectiva biopsicosocial del concepto de la salud ha conducido a una mayor apreciación y reflexión de la presencia de estrés, ansiedad y depresión en los residentes de las especialidades médicas.

Por otro lado, según Ochoa (2017), la capacidad de los profesionales de salud para proporcionar seguridad en el cuidado del paciente está influenciada por factores personales como el estrés, el burnout, y la insatisfacción laboral. Los síntomas del síndrome de burnout hacen que el trato con otros integrantes del equipo de salud se vuelva distante e indiferente, afectando de esta manera la atención y seguridad del usuario.

Investigaciones sobre burnout en médicos residentes Puerto Rico

Según, establece Vélez (2019) en su estudio un 56% de los residentes de medicina familiar en Puerto Rico afirmó tener altos niveles de estrés asociados a agotamiento en su lugar de trabajo, lo que enciende una alarma en las residencias médicas. Este estudio realizado por residentes de medicina familiar del Centro Médico de Mayagüez, quienes reportaron que el síntoma más frecuente es el agotamiento, clasificado de la siguiente manera: agotamiento emocional: 39.8% e insensibilidad: 13.4%. Es una epidemia que no solo se está dando en Puerto Rico sino a nivel mundial. Con base en esto, los más afectados son los niveles de estrés.

Lamentablemente este desorden lleva no solo a un problema en la tensión del médico hacia el paciente, también a un bienestar de los residentes y médicos en general.

En su estudio, Aguiló (2019) incluyó 5 programas de residentes de Medicina Familiar en Puerto Rico: 22 (32%) del Hospital Bella Vista, 16 (23%) del Centro Médico Manatí, 16 (23%) del Centro Médico Mayagüez, 15 (22%) de la Universidad de Puerto Rico y 4 de los participantes dejaron en blanco esta respuesta. El hallazgo relevante en esta investigación indicó que el estrés está presente en 41 (56%) y el burnout en 12 (18%) de los participantes. El agotamiento y el estrés de los médicos están presentes en el entorno de aprendizaje y trabajo, como lo mencionan numerosos estudios de investigación similares (Aguiló, 2019). El síndrome de Burnout es la enfermedad de las sociedades modernas donde la habilidad de gestionar el tiempo y el uso de la tecnología para aumentar la productividad es crucial en el entorno competitivo. Cabe destacar, que la mayoría de los 41 participantes (56%) experimentaron estrés, no solo debido al entorno laboral o la cantidad de trabajo, sino también porque se pasaron por alto aspectos simples para reconocer y abordar los factores estresantes. Además, se mencionó la necesidad de tomar medidas para reducir el estrés tanto en términos de cantidad como de calidad (Aguiló, 2019).

De acuerdo con Campillo et al. (2023) en su estudio realizado en Puerto Rico, con 151 participantes, esto incluyó 76 estudiantes mujeres 71 estudiantes hombres y 4 no especificaron su género. Se utilizó el School Burnout Inventory (SBI-9) para evaluar el burnout académico. Los resultados de este estudio informan un notable agotamiento académico entre los estudiantes de medicina. La investigación muestra una correlación entre el agotamiento académico y el aprendizaje, afirmando la hipótesis de que el aprendizaje contribuye a mitigar el agotamiento académico. Esta correlación sugiere que la incorporación de estrategias de aprendizaje informal resulta ser beneficiosa para abordar el agotamiento en entornos de educación médica.

Según, Pinci et al., (2022) en su estudio con residentes hispanos de cirugía en Puerto Rico, encontraron que las tasas de agotamiento en los residentes quirúrgicos hispanos eran más altas en comparación con el agotamiento tasas en médicos no hispanos. Las primeras etapas de residencia se asocian con mayores tasas de agotamiento. Además, el aumento de las horas de trabajo y la falta de sueño se asociaron también con altas tasas más altas de agotamiento.

Prevalencia y efectos del Síndrome Burnout

La Agencia Federal de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2022) indicó que más de 20 millones de trabajadores de la salud en los Estados Unidos corren el riesgo de tener problemas de salud mental debido a condiciones de trabajo exigentes. Los trabajadores de la salud incluyen a las personas que trabajan en la atención de los pacientes, tales como personal de enfermería, médicos, auxiliares de salud a domicilio, asistentes médicos, y muchos otros que prestan servicios en roles fundamentales de apoyo. Los problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud incluyen el estrés, el desgaste profesional, la depresión, la ansiedad, los trastornos por consumo de sustancias y la conducta suicida. El síndrome como un estado de estrés crónico producido por el contacto de los profesionales de la salud con los pacientes, lleva a la extenuación del profesional y a un distanciamiento emocional con sus pacientes, junto con dudas acerca de la capacidad para realizar efectivamente su labor (Hederich y Caballero, 2016).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2013; V como citado en Saborío & Hidalgo, 2015) no se describe el síndrome de burnout. A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la Organización Mundial de la Salud y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019); citado en (Fundación Factor Huma, 2019) define el burnout como el resultado del estrés crónico en el puesto de trabajo que

no se ha gestionado con éxito. Existen tres dimensiones, los sentimientos de agotamiento o agotamiento de energía, aumento de la distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo y la reducción de la eficacia profesional.

El síndrome de burnout puede estar asociado a trastornos depresivos, presentándose una mayor prevalencia en alumnos de primero y segundo año de residencia que no practican ningún pasatiempo, realizan varias guardias al mes y no se sienten cómodos en su residencia en términos generales, al analizar a los residentes que más de 50% de ellos padecen el síndrome de burnout con intensidades entre moderadas y severas (Lilian et al., 2015; como citado en Arteaga (2020). Castañeda y García (2010 como citado en Recalde et al., 2015) el síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación frente a situaciones laborales con un estrés sostenido. Es más frecuente en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, especialmente, en personas con expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante para su quehacer futuro, más aún, en jóvenes, de sexo femenino, solteros o sin pareja estable, con deseo de prestigio y mayores ingresos económicos.

A su vez, Hernández (2020), establece ciertos factores externos que pudieran afectar la salud mental en el ambiente laboral. Una manera de combatirlos es reduciendo la jornada laboral de manera que el empleado o empleada tenga más tiempo de ocio para llevar a cabo actividades personales. Jiménez y Dahuabe (2019), citado en Hernández (2020) indican que esto disminuiría los niveles de estrés laboral y burnout y se traduciría en mayor productividad y efectividad. Es por lo que, según Fernández y Piñol (2000), como citado en Hernández (2020), resulta crucial conocer técnicas de manejo de estrés laboral, ya que la percepción de incapacidad de control frente a situaciones desfavorables genera trastornos psicofisiológicos. Finalmente, es fundamental recalcar que el bienestar individual depende en gran parte de las condiciones laborales (Jácome et al. 2019).

Se proporciona información sobre el suicidio y se corrigen conceptos equivocados se resaltan los factores de riesgo para depresión y la vulnerabilidad para errores médicos y se reconoce la importancia de la detección y ayuda oportuna ante la sospecha de depresión y/o riesgo de suicidio en sus compañeros, insistiendo en la necesidad de crear una cultura del autocuidado (Jiménez y Arena, 2017). Datos internos del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Centro Médico Nacional La Raza (HECMR) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), registran 10 suicidios consumados en médicos residentes entre los años 2000 y 2009. Estas cifras, aunadas a los reportes de malestar emocional durante la residencia, motivaron la creación de la Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes (CSMMR) (Jiménez y Arenas, 2017). Por otro lado, se genera un nivel de ausentismo laboral importante en los hospitales, lo cual a su vez podría repercutir en la economía, pues se calcula que reemplazar a un profesional de la salud en su puesto de trabajo, muchas veces excede el presupuesto asignado para dicho puesto (Vittale et al., 2020).

La Agencia para la Investigación y Calidad en el Sistema de Salud (AHRQ) como citado en Martínez (2018) presenta el efecto que tienen las condiciones de trabajo en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente y la calidad de los servicios. La agencia ha estudiado las intervenciones que se pueden realizar para mejorar las condiciones de trabajo. Las estrategias que mayormente recomiendan para reducir el síndrome de quemazón son: a nivel organizacional / regulatorio se pueden implantar mejoras a la infraestructura organizacional, educar y estar alerta de los signos y síntomas de agotamiento, proveer apoyo administrativo al profesional de la salud, utilizar tecnología y proveer flexibilidad. Además, sugiere desarrollar programas de bienestar, apoyo y asistencia al empleado, al igual que desarrollar un ambiente saludable, minimizar las interferencias en el balance de trabajo y vida personal y promover un balance entre ambos componentes.

Se deben promover actividades de desarrollo profesional en las que se discutan tópicos relacionados con el bienestar físico y mental y ofrecer alternativas que promuevan un manejo adecuado del estrés. Hay que identificar recursos de apoyo para quienes los requieran; así se atenderá responsablemente el bienestar de la facultad, de los residentes y los estudiantes de la institución. De acuerdo con (Jácome et al. 2019) esto trae consigo cambios en el estilo de vida como distanciamiento de amigos y familiares, alimentación poco saludable y trastornos del sueño lo que se ve reflejado en la calidad de vida del residente y su familia. Adicionalmente, la relación médico - paciente se ve afectada, deshumanizando la atención, aumentando la probabilidad de accidentes, disminuyendo el asertividad en la asistencia del enfermo y su familia, menor rendimiento profesional y académico generando un detrimento en la calidad del servicio considerado un efecto deletéreo grande puesto que redundando en la salud y vida de las personas (Jácome et al., 2019).

En Puerto Rico existe la Ley para Regular los Turnos de Trabajo de los Médicos Internos y Residentes en Puerto Rico, Ley Núm. 47 de 4 de enero de 2003. En el Artículo 3 se prohíbe que, en cualquier institución hospitalaria, pública o privada, establezcan programas de internado o residencia que requieran turnos de trabajo a los médicos internos o residentes, que excedan las veinticuatro (24) horas de trabajo continuo e ininterrumpido en contacto directo o indirecto con el tratamiento a un paciente (Lexjuris, 2003). Por otro lado, en la investigación de Mayo Clinic, la Universidad de Salud y Ciencia de Oregón (OHSU) y sus colaboradores, indicaron que el agotamiento de los médicos residentes en los Estados Unidos es generalizado y los mayores índices se presentan en ciertas especialidades. En su estudio, 45% de los encuestados presentaron al menos uno de los síntomas principales de agotamiento. Los médicos residentes en las especialidades de urología, neurología, medicina de emergencia y cirugía general son quienes presentan un riesgo más elevado (Revista Medicina de Salud Pública, 2018).

Por otra parte, Yeo y Moreno (2017) señalan en su investigación que las intenciones de abandono de los médicos que trabajan en contacto directo con pacientes varían en porcentajes que van del 3.2% al 53%, siendo más frecuentes en mujeres que trabajan en el servicio de emergencias y se asocian al conflicto trabajo-familia. Según Yeo y Moreno (2017) se encontró que las relaciones hostiles con la administración, la falta de retroalimentación, la pérdida de control y en especial el síndrome de burnout se asocia a las intenciones de abandono.

Bellido (2018) presenta el siguiente caso: En Perú, por año admiten alrededor de 150 residentes a diferentes especialidades: clínicas y quirúrgicas. Los turnos de trabajo en algunos casos exceden las 12 horas continuas y pueden ser de lunes a domingo. Las guardias generan un agotamiento físico y mental por la gran cantidad de pacientes ambulatorios y hospitalizados que se atienden por turno, en algunos casos, sin el soporte social del médico asistente, además la constante interacción con familiares que pugnan porque sus pacientes sean atendidos rápidamente tornándose violentos contra el residente que los atiende si no se cumplen sus demandas de inmediato. Durante el tercer año de residencia se adquieren nuevas responsabilidades tales como atender pacientes en consulta externa, dirigir la visita médica en los pisos de hospitalización, planificar las actividades académicas y horarios de los residentes menores, entre otras.

A nivel mundial la población que está activamente laborando representa el 40%; y solo en la Unión Europea genera pérdidas por encima de los 20,000 millones de euros, producto del ausentismo laboral consecuente de esta afectación. La tensión en el trabajo representa, en el mercado laboral de América del Norte, un gasto anual de 200 mil a 300 mil millones de dólares. En efecto la tensión laboral es parte del 60 al 90 % de los problemas médicos. En consecuencia, los trabajadores que señalan sufrir de un fuerte estrés laboral tienen un 30 % más de posibilidades de sufrir accidentes que aquellos con bajo estrés (Ybarra et al., 2016).

Según un estudio realizado por Castillo et al. (2015) la prevalencia de síndrome de burnout y factores asociados en médicos que ofrecen servicios de salud en Cartagena. La muestra estuvo compuesta por 112 médicos y se obtuvieron los datos mediante una encuesta sociodemográfica y el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson. Reflejaron un puntaje promedio de burnout en esta población fue de 45.6. Además, otros datos del estudio reflejan que la realización personal y el síndrome de burnout se encuentran asociados al sexo, siendo así el sexo femenino el más prevaleciente en ambos.

Por otra parte, Ovejas et. al. (2020) investigaron la prevalencia de burnout y malestar psicológico de los médicos residentes con especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (M F y C) de dos unidades docentes. La investigación determinó la relación con el año de residencia, los estilos de vida y las condiciones laborales. La muestra que se utilizó en esta investigación fue de 278 residentes de dos unidades docentes. El instrumento de medición, utilizado fue la Escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y con el fin de medir la prevalencia de malestar psicológico mediante la escala General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Los resultados indicaron que la prevalencia de burnout es del 33.8%, siendo del 25.6%, el agotamiento emocional, un 37.9% asociado a la despersonalización y un 52.9% relacionado en la baja realización personal. La investigación señaló que la prevalencia aumentaba de forma significativa en todas las dimensiones a partir del segundo año de residencia, excepto en la realización personal.

Por otro lado, Ovejas et al. (2020) señala que diversos estudios publicados sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre médicos residentes revelaron que las mejores puntuaciones fueron obtenidas por los residentes de primer año. Para el 2019, se realizó un estudio con el objetivo de determinar la percepción que tienen los médicos residentes sobre las diferentes dimensiones de la seguridad del paciente. El estudio transversal descriptivo

recopiló los datos mediante el cuestionario *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*, dirigido a los 368 médicos residentes que estaban realizando su periodo formativo en 2015 en Galicia (Ovejas et al. 2020).

Según Portela et al. (2019) en los resultados del estudio se destacó que, en la percepción de la cultura de seguridad del paciente, los mejores resultados fueron obtenidos por los residentes de primer y segundo año. Sin embargo, los resultados menos destacados fueron los residentes de último año de formación. Cabe señalar que el estudio indicó que los residentes en su formación práctica se les va inculcando de manera progresiva la importancia de ser resolutivos en el trabajo asistencial, pero no deja de ser paradójico que a medida que implementan su capacidad resolutive, empeora su percepción de la seguridad del paciente. El estudio señaló que los conocimientos adquiridos en la formación pregrado sobre la seguridad del paciente se van difuminando por falta de refuerzos a medida que los residentes van adquiriendo habilidades y responsabilidades clínicas y probablemente por una inadecuada priorización de la capacidad resolutive. En consecuencia, el estudio señala que esta situación no es la ideal y va claramente en detrimento de la cultura de seguridad del paciente (Portela, et al., 2019).

Según señala Alvarado y Manrique (2019) es una condición evidentemente multifactorial, con manifestaciones desde los primeros años de formación, ocasionado por el estrés académico, altas expectativas sociales, familiares y personales, competitividad, generando un aumento de los pensamientos suicidas durante el primer año de formación, llegando a presentar estas ideas hasta en un 17.4% de los estudiantes de medicina. Estas condiciones estresantes aumentan durante la progresión de la carrera médica, por ejemplo, durante el servicio social obligatorio se adquiere una gran responsabilidad, enfrentándose a las dificultades propias del sistema, depresión

secundaria a disminución de su interacción con su red de apoyo y ansiedad en el ejercicio profesional principalmente.

Con relación al ámbito laboral resulta estresante desempeñar esta labor por el alto componente emocional que denota el desarrollo de la medicina, tipos de personalidad principalmente narcisistas, compulsivos y competitivos de sus profesionales, estrés propio de la actividad clínica, acoso y desgaste profesional, así como, discusiones con colegas y otros profesionales de la salud, también sometidos a este estrés. No menos importante, es observar una sociedad médica frustrada e insatisfecha de su práctica profesional, con demandas cada vez más severas por mala praxis, ejerciendo una medicina de “miedo” más que de gusto y amor; jugando un rol fundamental en la ideación suicida y suicidio consumado entre el personal de medicina, con un impacto negativo económico en los sistemas de salud (Alvarado y Manrique, 2019). Por otro lado, Cotrina y Panez (2019) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el número de trabajos desempeñados, la especialidad y las horas de trabajo semanal están asociados al síndrome de burnout en médicos. La población estudiada fue de 150 médicos especialistas, a los cuales se les administró la encuesta elaborada por Maslach. Los resultados indicaron que cuatro médicos presentaron síndrome de burnout. El 8.7% presentó un alto grado de agotamiento emocional, por su parte un 10% evidenció un alto grado de despersonalización y el 78.7% mostró un bajo grado de realización personal.

Asimismo, López et al. (2012) llevaron a cabo una investigación cuyo propósito fue hacer una descripción de los problemas psíquicos más comunes en el gremio médico, y establecer medidas preventivas para este fenómeno en el lugar del trabajo. Los resultados indicaron que se ha encontrado relación del estrés laboral en médicos y otros profesionales de la salud con el desarrollo de trastornos psiquiátricos como el síndrome de burnout y la ansiedad, e

incluso, el suicidio. El estudio señala que esto puede ser debido a los estresores que a diario están expuestos estos profesionales, que pueden comenzar a manifestarse desde que son estudiantes de pregrado y postgrado.

Según, Balwin et al. 2003, citado en Portela et al. (2019), seleccionaron una muestra aleatoria de médicos residentes de primer y segundo año utilizando la base de datos de la American Medical Association sobre educación médica de posgrado. Los residentes completaron una encuesta sobre su experiencia de residencia. Se recibieron encuestas completas de 3.604 de los 5.616 (64.2%) residentes contactados. Los de primer año manifestaron trabajar un promedio de 83 horas a la semana frente a 76.2 horas para los de segundo año. Las horas totales de trabajo se correlacionaron significativamente con el estrés informado y las horas de sueño por semana. Los residentes con un promedio de más de 80 horas de trabajo por semana o con jornadas con menos de 5 horas de sueño tenían más probabilidades de estar involucrados en un accidente personal o lesión, un conflicto serio con otros miembros del personal y de sufrir un error médico significativo.

En cuanto a Burgos et al. (2017) pretendieron evaluar la prevalencia del síndrome de burnout antes y después de la implementación del descanso postguardia en médicos residentes de cardiología. Implementaron el cuestionario de Maslach en residentes de cardiología de una institución de la Ciudad de Buenos Aires, antes y después de la implementación de un período de descanso de 24 horas luego de una guardia de 24 horas. El cuestionario de Maslach fue contestado por 42 residentes. Los resultados reflejaron menor prevalencia de burnout en el grupo y mejores resultados en la escala de despersonalización. A su vez, presentaron menor agotamiento y despersonalización las mujeres y los mudados a Buenos Aires.

Integración

Al mismo tiempo diversos estudios sostienen que existe un sin número de investigaciones que abarcan la temática del burnout en médicos residentes. Los datos encontrados muestran niveles elevados de agotamiento emocional en por parte de estos médicos especialistas en formación. Existen diversos estudios referentes al burnout en la población de médicos residentes, pero muy pocos investigadores han dedicado sus esfuerzos en proveer herramientas y estrategias para trabajar con dicha problemática. Esta revisión de literatura sistemática pretende identificar si la literatura científica evidencia la severidad de la existencia del síndrome de burnout en médicos residentes.

Después de haber seleccionado la literatura que sientan las bases para esta investigación, describiendo así el método investigativo. De esta forma, se comprenderá los procesos que se realizaron en la búsqueda, identificación, selección de los artículos, recolección de los datos y evaluación de la calidad de la evidencia. Además, facilitará entender la síntesis de los artículos, sus respectivas bases de datos y los criterios de inclusión y exclusión. Los escritores De León-Casillas y colaboradores (2019) destacan que, a pesar de que la revisión de literatura promueve la transparencia de los métodos utilizados, ese tipo de metodología “no es apropiada para hacer inferencias cuantitativas”. Los autores estipulan que las fases de la revisión de literatura pueden ser flexibles, adaptadas y modificadas para facilitar su uso.

Los autores señalan que la Fase I consiste en realizar una identificación y búsqueda de artículos revisados por pares en bases de datos científicas. Por lo tanto, es de suma importancia recopilar los datos en cuanto a los filtros utilizados, anotar la cantidad de artículos, los nombres de las bases de datos, los datos de identificación de los artículos y sus respectivas fechas (De León-Casillas et al., 2019). Según estos autores, la Fase II consiste en la selección de artículos que forman la revisión de literatura basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Por tal razón,

es necesario descartar tanto los artículos duplicados como los artículos que sus títulos y/o resúmenes no son elegibles según los objetivos de esta investigación.

Según De León-Casillas et al. (2019), en la Fase III se acopian los datos de las investigaciones que aborden a la problemática que se pretenda resolver, marco conceptual, propósito, objetivos, preguntas de investigación, diseño del estudio, variables, intervenciones y/o consecuencias. Además, es de vital importancia valorar los resultados de la investigación, conclusiones, hallazgos y limitaciones para poder pasar a la siguiente fase. La Fase IV consiste en evaluar la calidad de cada artículo elegido examinando su integridad metodológica. Mientras que en la Fase V se sintetizan los artículos seleccionados, evaluando la consistencia de los datos adquiridos. Finalmente, la Fase VI donde se redacta el escrito de investigación (De León-Casillas et al., 2019).

Esta disertación explora los aspectos relacionados a síntomas del síndrome de burnout en la población de médicos residentes. Después de recolectar la literatura que fundamenta esta investigación, se procede a describir el método utilizado para la redacción de este escrito. Se incluyen los procesos realizados al utilizar las bases de datos, los procesos de consulta, criterios de inclusión y exclusión de los artículos, disertaciones y demás investigaciones y, la evaluación de la calidad de estos (De León-Casillas et al., 2019). Los autores recalcan que las publicaciones sugieren estándares inviables para las ciencias sociales ya que enfatizan en la adherencia de manuales específicos que requieren homogeneidad metodológica. Adicional requieren estudios experimentales con aleatorización, los cuales no son comunes en las ciencias sociales (De León-Casillas et al., 2019). En definitiva, considerando lo antes expuesto por estos autores, se procederá a describir cómo se realizó la conceptualización, para preservar la esencia de lo pragmático según las guías establecidas y adaptadas por los escritores y delimitar según el

flujograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher, et al., 2015).

Bases de Datos

En cuanto a la búsqueda de artículos se utilizaron diversas bases de datos que incluyeron y no se limitaron a temas de ciencias y psicología. Las bases de datos tuvieron acceso remoto a través de la biblioteca en línea de la Universidad Interamericana, Recinto de San Germán. Se incluyeron las siguientes bases de datos en línea: APA Psycinfo, E-Journals, Fuente Académica Plus, MedicLatina, OpenDissertations, Psychology and Behavioral Sciences Collection. La búsqueda de los artículos utilizados para esta revisión de literatura se realizó entre los meses de enero y febrero 2024. Se actualizaron posteriormente en el mes de marzo de 2024. Por otro lado, es importante establecer que hay investigaciones que cumplían con los criterios establecidos en esta investigación por título o resumen, no obstante, no se pudieron utilizar ya que conllevaban un alto costo de acceso.

Términos de Búsqueda

Las bases de datos utilizadas en esta revisión de literatura sistemática se accedieron por medio de la página de la biblioteca en línea de la Universidad Interamericana de PR, Recinto de San Germán. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda para la identificación de la información: Burnout, Resident, Doctor, Error (Véase la Tabla 2). Posterior de haber colocado los términos, se prosiguió a delimitar los filtros a través de la búsqueda avanzada. Los filtros utilizados fueron los siguientes: término de año de 2017 a 2024, idiomas inglés y español, revisado por pares, texto y descripción completa de referencias y bibliografías. La base de datos realizó la búsqueda de forma automática por lo que incluyó términos de unión (AND u OR).

Los operadores booleanos indican a los motores de búsqueda qué conceptos se desean

incluir o excluir en los resultados. Para comenzar la búsqueda en las bases de datos y páginas web, es necesario utilizar la lógica booleana. Cuando se comienza una búsqueda booleana, los operadores AND, OR y NOT utilizan palabras en común para restringir o delimitar la búsqueda. Los operadores booleanos más utilizados son AND, OR y NOT, utilizados mayormente para obtener resultados precisos. El término AND, utilizado en esta revisión de literatura sistemática tiene como propósito el conectar los términos, solo se seleccionarán entradas que contengan todos esos términos de búsqueda conectados. Puede usarse para restringir una búsqueda. Por otro lado, cuando se utiliza el término booleano OR, se refiere a cuando se conectan por este operador booleano, se seleccionarán las entradas que contengan cualquiera de estos términos de búsqueda, ya sea juntos o separados. Puede usarse para ampliar una búsqueda (Corvo, 2020).

Tabla 1

Términos de búsqueda y cantidad de artículos por base de datos

<i>Bases de Datos</i>	<i>Término de Búsqueda</i>	<i>Total</i>	<i>Duplicado</i>	<i>Excluido por Título</i>	<i>Excluido por Resumen</i>	<i>Excluido por Texto</i>	<i>Incluido/excluido</i>
<i>APA PsycInfo</i>	<i>Burnout, Resident, Doctor, Error</i>	<i>21</i>	<i>1</i>	<i>10</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>4(0)</i>
<i>E-Journals</i>	<i>Burnout, Resident, Doctor, Error</i>	<i>83</i>	<i>3</i>	<i>59</i>	<i>4</i>	<i>15</i>	<i>2(0)</i>
<i>MedicLatina</i>	<i>Burnout, Resident, Doctor, Error</i>	<i>27</i>	<i>3</i>	<i>18</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>3(0)</i>

<i>Psychology and Behavioral Sciences Collection</i>	<i>Burnout, Resident, Doctor, Error</i>	32	0	26	0	4	2(0)
<i>OpenDissertations</i>	<i>Burnout, Resident, Doctor, Error</i>	15	0	13	1	0	1(0)
<i>Fuente Académica Plus</i>	<i>Burnout, Resident, Doctor, Error</i>	35	0	30	1	2	2(0)

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión fueron fundamentales en la investigación, ya que los artículos recuperados tuvieron que cumplir con los estándares de calidad del método científico y estuvieron revisados por pares para salvaguardar la validez interna de los escritos. Las revisiones de literatura abordaron preguntas amplias que durante la búsqueda de términos se recuperaron un alto volumen de literatura. No obstante, al utilizar los criterios de inclusión la cantidad de literatura a examinarse fue más manejable y se identificaron artículos relevantes para la revisión. De esta manera se minimizó el riesgo de sesgo y permitió emitir un juicio sobre la validez de la revisión (Toronto y Remington, 2020). Los artículos se evaluaron según los criterios establecidos en esta revisión. Los criterios de inclusión utilizados en esta investigación fueron los siguientes: Estudios, disertaciones, libros o escritos revisados por pares sobre el Síndrome de Burnout. Artículos publicados en inglés y español. Conceptos sobre quemazón laboral (burnout) y publicaciones entre los años 2017 al 2024.

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión son de vital importancia en cualquier investigación. Porque

son características que harían que los estudios fueran o no elegibles. Los criterios de exclusión utilizados en esta investigación son los siguientes: estudios redactados en otros idiomas distintos al español e inglés y artículos que abarquen otros tipos de problemática.

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio	Justificación
Inclusión:	El propósito de esta revisión de literatura sistemática es conocer si los médicos residentes de medicina poseen síntomas asociados al síndrome del burnout.
1) Estudios, disertaciones, libros o escritos revisados por pares sobre el Síndrome de Burnout.	
2) Artículos publicados en inglés y español.	El investigador domina la lectura de ambos idiomas.
3) Abarcar los conceptos sobre quemazón laboral (burnout) salud mental o términos relevantes similares.	El enfoque de la revisión es identificar si existen síntomas de burnout en médicos residentes de medicina.
4) Publicaciones entre los años del 2017-2024.	Se incluyen artículos en un rango de diez años para obtener investigaciones actualizadas, según sostienen: las guías de redacción de disertaciones según APA y el manual de disertación de la institución.
Exclusión:	
1) Estudios redactados en otros idiomas distintos al español e inglés.	El investigador tiene dominio del inglés y español
2) Artículos que abarquen otros tipos de sintomatología	Los artículos utilizados en esta revisión de literatura sistémica deben mostrar síntomas del síndrome de burnout para poder ser considerados parte de la revisión. en lectura.

El proceso de identificación de cada uno de los artículos consistió en evaluar cada criterio de inclusión y exclusión. Esta sería la forma adecuada de delimitar la RLS. Se inició analizando cada título, resumen, abstracto o la totalidad de cada artículo. De esta manera se alcanzó a reducir los artículos que aparecieron tras la búsqueda en las diferentes bases de datos. El proceso de elección de artículos o investigaciones fue basado en guías establecidas por Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2015; Toronto y Remington Eds., 2020; De León-Casillas, et al., 2019). Estas guías proporcionan un flujograma que ayuda al proceso de ilustrar los artículos que serán parte de la RLS y cuáles de ellos fueron descartados por los criterios de exclusión. Está compuesto por los registros identificados a través de la búsqueda de las bases de datos, registros provenientes de otras fuentes revisadas por pares, remoción de duplicados, artículos evaluados, artículos excluidos y artículos incluidos. Después de escoger cada artículo que fue incluido en la revisión de literatura, se consultó con el comité de disertación para la cantidad resultante de artículos. El total de investigaciones se alcanzó cuando se encontraron los artículos disponibles, después de estos haber sido sometidos a evaluación bajo los criterios de inclusión y exclusión.



Figura 1. *Flujograma, PRISMA.*

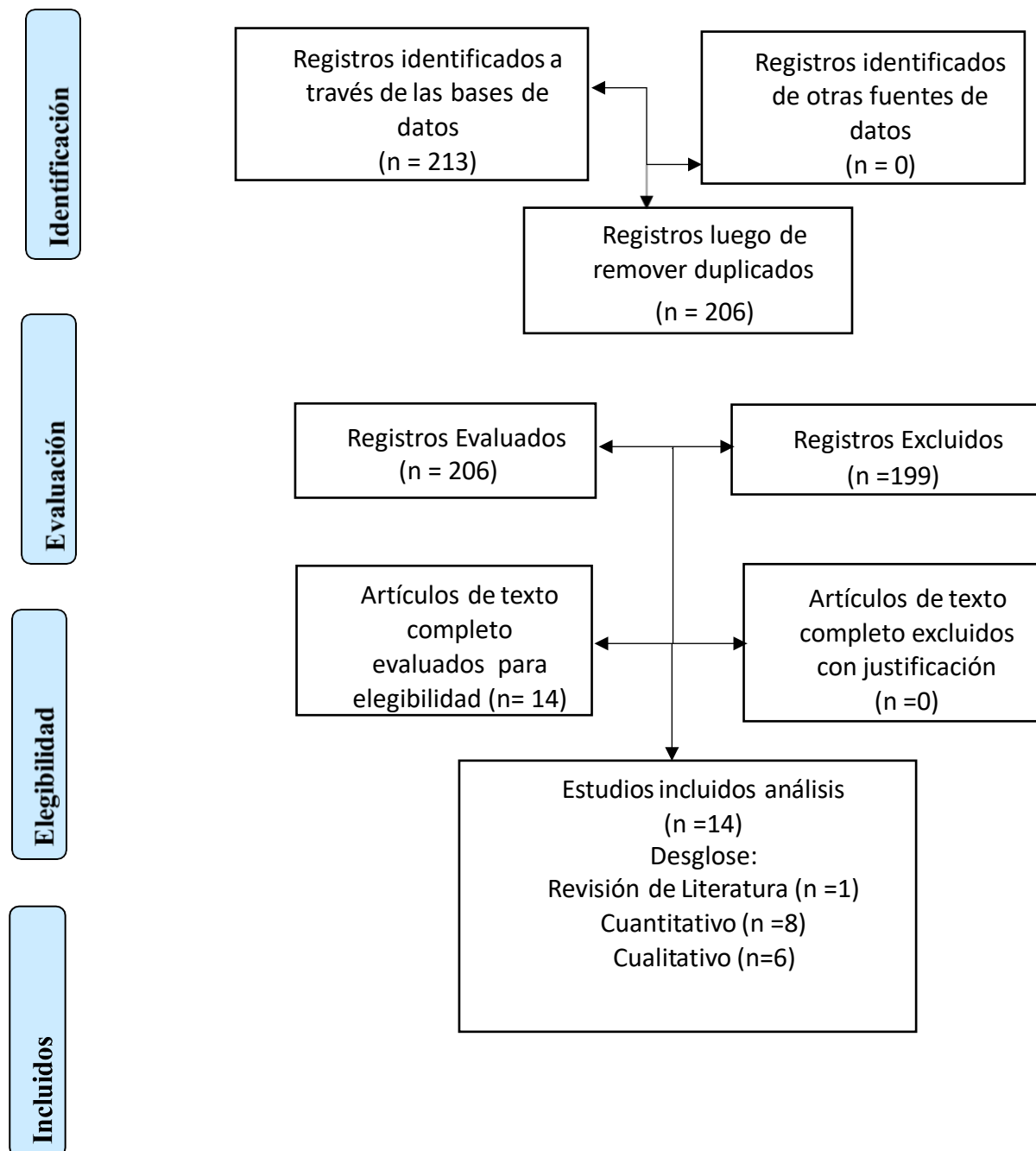


Tabla 3
Evaluación de Calidad

Estudios incluidos y base de datos

Título	Base de Datos
A cross sectional survey of burnout in a sample of resident physicians in Sudan.	APA Psyc Info
Digital survey of mental health, associated psychosocial, and work factors in medical specialty residents in the Guadalajara metropolitan area.	MedicLatina
Estresores percibidos asociados a la presencia de burnout en médicos residentes.	MedicLatina
Factores psicosociales y sociodemográficos asociados con el desgaste profesional.	MedicLatina
Going through the motions"- A qualitative exploration of the impact of emergency medicine resident burnout on patient care.	E-Journals
Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training.	Psychology and Behavioral Sciences Collection
La resiliencia como mediador entre el syndrome del quemado (burnout) y el bienestar subjetivo en residentes de hospitales españoles.	Fuente Académica Plus
Maltrato en la formación médica situación en las residencias de cardiología.	Fuente Académica Plus
Medical Residency Program Director and Coordinator Perspectives on Wellness Programs for Resident Burnout.	OpenDissertations
Necessary Compromises - A Qualitative Exploration of the Influence of Burnout on Resident Education.	E-Journals
Prevalence and Associated Factors of Burnout Among Saudi Resident Doctors- A Multicenter Cross-Sectional Study.	APA PsycInfo
Resident duty hours and resident and patient outcomes.	Psychology and Behavioral Sciences Collection

En esta fase de evaluación de la calidad de los estudios los autores como Whitemore y Knafl (2005) sugieren que se integren puntuaciones que determinen la “calidad metodológica, valor informativo y representatividad de las fuentes primarias de información” (p.550). En esta revisión de literatura sistemática, se utilizó el instrumento Quality Assessment Scoring o QualSyst desarrollado por Kmet et al., (2004). Para evaluar la calidad de los estudios estos autores definen la calidad como la validez interna o el grado en el cual el diseño, ejecución y análisis del estudio minimiza errores y sesgos (Kmet et al, 2004, England, 2012, p. 35). Este instrumento posee dos sistemas de evaluación de calidad por separado, uno para reportes de estudios cuantitativos y otro para el reporte de estudios cualitativos y/o mixtos. Se esperó que la evaluación de cada estudio incluido resulte en un 55 % o más de medida de calidad.

QualSyst asegura que los estudios incluidos poseen una medida estándar de calidad mínima (Kmet et al, 2004, p. 9). Para cumplir con este proceso, se dividieron los estudios incluidos en dos grupos, uno de estudios cuantitativos y otro de estudios cualitativos y/o mixtos. Se utilizó la lista de cotejo correspondiente al tipo de estudio (Véase Tabla 4 y Tabla 5). Estas se encuentran en las siguientes tablas.

Tabla 4*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?				
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?				
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?				
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?				
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?				
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?				
	¿Medios de evaluación informados?				
	¿Tamaño de muestra apropiado?				
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?				
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?				
	¿Controlado por confusión?				
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?				
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?				

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 5

Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et. al., 2004)

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?				
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?				
	¿Está claro el contexto del estudio?				
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?				
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?				
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?				
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?				
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?				
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?				
	¿Reflexividad de la cuenta?				

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

CAPÍTULO III

MÉTODO

La revisión sistemática de literatura es un método sistemático para identificar, evaluar e interpretar el trabajo de académicos y profesionales en un campo elegido (García, 2022). Al mismo tiempo, son resúmenes claros y estructurados de la información recuperada dirigida a contestar una pregunta específica (Letelier et al., 2005). Su propósito es identificar lagunas en el conocimiento y necesidades de investigación en un campo concreto (García, 2022). Además, posee y describe un proceso de elaboración transparente y comprensible que recolecta, selecciona, evalúa y resume toda la evidencia disponible. Están constituidas por diversos artículos y fuentes de información, representando el alto nivel de evidencia científica en el tema que aborda (Letelier et al., 2005). Las revisiones sistemáticas conforman una amplia familia de métodos y aproximaciones que resultan totalmente necesarias para el manejo del alto volumen de producción científica en formato digital al que se tiene potencial acceso. Una revisión se puede reconocer como un estudio de investigación en sí mismo. En el que el autor tiene un conjunto de interrogantes, que, junto con el objetivo de la revisión, los resultados previstos y la audiencia a la que va dirigida determinan cómo se identifican, recogen y presentan los datos (García, 2022).

La revisión de literatura sistemática no es arbitraria ni subjetiva si no que, es la mejor producción de literatura científica disponible haciendo uso de las mejores fuentes accesibles. No descarta ni incluye nada hasta seguir los criterios explícitos, dando a conocer las fuentes utilizadas y los criterios de búsqueda, selección y exclusión (Codina, 2016). Asimismo, sostiene una metodología detallada que aporta importancia científica a las ciencias sociales y otras áreas de la salud (González y Balaguer, 2009). De acuerdo con González y Balaguer (2009) la lectura crítica de investigaciones científicas es un proceso fundamental en el contexto de la ciencia

basada en la evidencia. En esta se encuentran tres conceptos esenciales a contestar en cualquier artículo: valorar si son válidas científicamente (verdaderas y con rigor científico), determinar si son importantes (valiosas y relevantes al lector) y si son aplicables a la práctica clínica.

Entre los meses de enero y febrero de 2024, y se actualizó en marzo 2024, se analizó los datos en seis fases. Esta sección describió en detalle el proceso que tomó analizar los datos recopilados.

Análisis de los Datos

Los datos fueron analizados mediante etapas, los autores señalaron que la Fase I consiste en realizar una identificación y búsqueda de artículos revisados por pares en bases de datos científicas. La Fase II consistió en la selección de artículos que forman la revisión de literatura basándose en los criterios de inclusión y exclusión. En la Fase III se copiaron los datos de las investigaciones que aborden a la problemática que se pretenda resolver, marco conceptual, propósito, objetivos, preguntas de investigación, diseño del estudio, variables, intervenciones y/o consecuencias. La Fase IV consistió en evaluar la calidad de cada artículo elegido examinando su integridad metodológica. Mientras que en la Fase V se sintetizaron los artículos seleccionados, evaluando la consistencia de los datos adquiridos. Finalmente, la Fase VI donde se redactó el escrito de investigación (De León-Casillas et al., 2019).

Se evaluó la calidad de los datos recuperados en la revisión de literatura sistemática fue de suma importancia, ya que de esta manera se mantuvo una validez interna conducente a conclusiones confiables (González y Balaguer 2009; De León-Casillas, et al., 2019). González y Balaguer (2009) exponen que es necesaria la evaluación exhaustiva y metodológica de cada artículo, ya que no todos aseguran validez en sus procesos metodológicos y resultados.

Reducción y Despliegue de los Datos

Una revisión de literatura sistemática es un artículo que sintetiza la evidencia disponible donde se realiza una revisión de aspectos cuantitativos o cualitativos. Esta combina diferentes artículos investigativos con metodología validada con el propósito de añadir literatura basada en evidencia a la práctica clínica.

Con base en los elementos específicos de las preguntas y objetivos de investigación de esta revisión, se analizó cada estudio incluido (Phelps y Campbell, 2012). Para lograr alcanzar una reducción y despliegue de datos adecuado se evaluaron los artículos encontrados basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Luego de haber reducido la cantidad de investigaciones encontradas se procedió a leer cada una de ellas en cada uno de sus segmentos: título, resumen, introducción, metodología, validez interna y externa, forma de análisis de datos, síntesis de datos, resultados, discusiones y conclusiones (González y Balaguer, 2009).

Comparación y Conclusión de los Datos

La comparación y la conclusión de los datos proporcionó claridad de apoyo empírico y teórico, organización, enfoque y orden a las fuentes primarias de investigación. Implicó un proceso interactivo de examinación de la información recuperada de las fuentes primarias identificando patrones, temas o relaciones (Whittemore y Knafl, 2005). Según González y Balaguer (2009), estas son una estimación del efecto de las intervenciones basándose en los resultados de todas las investigaciones con bases científicas disponibles.

Análisis Temático (AT)

De acuerdo con González y Balaguer (2009) el objetivo primordial de un AT fue valorar si los métodos y resultados fueron adecuados para obtener nueva data con valor metodológico. Además, Whittemore y Knafl (2005) señalaron, que la creatividad, el análisis de la información,

la elaboración y verificación de conclusiones que apoyaron un análisis temático promovió la fase de resultados y una discusión con enfoque metodológico. Esto propició la síntesis temática y la estructuración de los datos obtenidos.

Exclusión de los Estudios

Al momento en que se realizó la selección de artículos para la revisión de literatura se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión. Esto con el propósito de alcanzar el rigor metodológico y la sistematización, logrando así la replicabilidad. Luego se redactaron los criterios y se procedió a evaluar cada uno de los artículos revisados utilizando como filtro de búsqueda, y como control de calidad, la opción de revisión de pares. Algunos de ellos fueron excluidos por título, resumen y otros por contenido. Se detalló una tabla: la cual incluyó el título, autor, año de publicación y razón de exclusión (Véase tabla 2)

Rigor Metodológico

La agrupación de artículos investigativos fue una herramienta necesaria para obtener prácticas basadas en evidencia. Las revisiones de literatura plasmaron cada paso realizado, se emitieron juicios sobre las fortalezas y debilidades metodológicas de los estudios incluidos luego de hacer inferencias sobre el fenómeno de interés para lograr rigor. El rigor metodológico estuvo asociado a la calidad de la investigación. La calidad se describió como la utilización de medidas para minimizar el sesgo en el diseño. El sesgo es cualquier cosa que distorsiona de manera sistemática o predecible los resultados (Toronto y Remington, 2020).

Síntesis del Capítulo

Esta revisión de literatura sistemática tuvo como propósito determinar la prevalencia del síndrome del burnout en médicos residentes de medicina. Torracó (2016) planteó que es importante comprender que el objetivo principal de una revisión de literatura sistemática es

establecer un mejor entendimiento de un tema por medio de la síntesis de diversas fuentes.

Definió la síntesis como un proceso creativo que produce un nuevo modelo, marco conceptual u

otra concepción única informada por el conocimiento del autor sobre el tema abordado. La

búsqueda de los artículos que se utilizó para esta revisión de literatura se realizó entre los meses

de enero y febrero 2024 y se actualizó en marzo 2024. Se realizó a través de la biblioteca en línea

de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán e incluyó las

siguientes bases de datos en línea: Academic Search Ultimate, APA Psycinfo, E journal, Medic

Latina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, y Open Dissertations.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Este capítulo está basado en el análisis de las preguntas para la valoración crítica de artículos en las tablas guías QualSyst (Kmet et al., 2004). Las preguntas guías de esta revisión van dirigidas a contestar las interrogantes: ¿El síndrome de burnout, está presentes en los médicos residentes? Si existe, ¿qué efectos tiene sobre los mismos? ¿Cuánto influye la carga laboral y académica de un médico residente? ¿Cómo ayuda el tratamiento psicológico a minimizar o prevenir sintomatología de burnout? Por otro lado, los objetivos de conocimiento que rigieron esta revisión sistemática fueron: determinar la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos residentes y establecer si el nivel de agotamiento del médico residente tiene algún afecto en la calidad de atención al paciente.

Metodología

Se siguieron las pautas de elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) (Dewa et al. 2017). Los artículos evaluados por pares recopilados de forma sistemática y con pasos detallados presentan distintas metodologías, es por esta razón que se clasifican en estudios cuantitativos, estudios cualitativos. El 58% de los estudios (n=8) son parte del estudio son de metodología cuantitativa. Un 42% (n=6) son estudios con metodología cualitativa. Los cuales se encuentran representados en la siguiente tabla:

Tabla 6

Metodología de estudios de revisión sistemática

MetodologíaCuantitativa	MetodologíaCualitativa
Mohammed et al. 2019	García et al., 2021
Aldana et al., 2019	Akhavan et al., 2022
Rodríguez et al ., 2023	Rajaei et al ., 2019
Mendelsohn et al., 2019	Radfar et al., 2020

Saavedra et al., 2022
 Galli et al. 2019
 Karim et al., 2022
 Msheikel et al., 2021

Reljic et al., 2022
 Dubov, 2022

Bases de Datos

En cuanto a la búsqueda de artículos se utilizaron diversas bases de datos que incluyeron y no se limitaron a temas de ciencias y psicología. Las bases de datos tuvieron acceso remoto a través de la biblioteca en línea de la Universidad Interamericana, Recinto de San Germán. Se incluyeron las siguientes bases de datos en línea: APA Psycinfo, E-Journals, Fuente Académica Plus, MedicLatina, OpenDissertations, Psychology and Behavioral Sciences Collection. La búsqueda de los artículos utilizados para esta revisión de literatura se realizó entre los meses de enero y febrero 2024.

Términos de Búsqueda

Las bases de datos utilizadas en esta revisión de literatura sistemática se accedieron por medio de la página de la biblioteca en línea de la Universidad Interamericana de PR, Recinto de San Germán. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda para la identificación de la información: Burnout, Resident, Doctor, Error (Véase la Tabla 2). Posterior de haber colocado los términos, se prosiguió a delimitar los filtros a través de la búsqueda avanzada. Los filtros utilizados fueron los siguientes: término de año de 2017 a 2024, idiomas inglés y español, revisado por pares, texto y descripción completa de referencias y bibliografías. La base de datos realizó la búsqueda de forma automática por lo que incluyó términos de unión (AND u OR).

Criterios de Inclusión

Los artículos se evaluaron según los criterios establecidos en esta revisión. Los criterios de inclusión utilizados en esta investigación fueron los siguientes: Estudios, disertaciones, libros o escritos revisados por pares sobre el Síndrome de Burnout. Artículos publicados en inglés y

español. Conceptos sobre quemazón laboral (burnout) y publicaciones entre los años 2017 al 2024. Las revisiones de literatura abordaron preguntas amplias que durante la búsqueda de términos se recuperaron un alto volumen de literatura. No obstante, al utilizar los criterios de inclusión la cantidad de literatura a examinarse fue más manejable y se identificaron artículos relevantes para la revisión. De esta manera se minimizó el riesgo de sesgo y permitió emitir un juicio sobre la validez de la revisión (Toronto y Remington, 2020).

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión son de vital importancia en cualquier investigación. Porque son características que harían que los estudios fueran o no elegibles. Los criterios de exclusión utilizados en esta investigación son los siguientes: estudios redactados en otros idiomas distintos al español e inglés y artículos que abarquen otros tipos de problemática.

Proceso de Identificación de Artículos

El proceso de identificación de cada uno de los artículos consistía en evaluar cada criterio de inclusión y exclusión. Esta sería la forma adecuada de delimitar la RLS. Se inició analizando cada título, resumen, abstracto o la totalidad de cada artículo. De esta manera se alcanzó a reducir los artículos que aparecieron tras la búsqueda en las diferentes bases de datos. El proceso de elección de artículos o investigaciones fue basado en guías establecidas por Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2015; Toronto y Remington Eds., 2020; De León-Casillas, et al., 2019).

Evaluación de calidad de los estudios

Esta revisión sistemática estuvo compuesta por 14 artículos que fueron evaluados por título, resumen y contenido, según los criterios de inclusión y exclusión. El 58 % de los estudios (n=8) fueron estudios cuantitativos y el 42% (n=6) fueron de metodología mixta. En los

estudios con metodología mixta se computó la puntuación de calidad utilizando ambos instrumentos, tanto la guía cuantitativa y como la guía cualitativa. Todos los artículos fueron evaluados por las preguntas para la valoración crítica de artículos sobre las tablas guías QualSyst de Kmet (et al., 2004). Ningún estudio fue excluido en base al resultado de puntuación de calidad, ya que todos obtuvieron puntuaciones mayores al mínimo de .55 establecido en el manual de QualSyst. Los resultados de las evaluaciones de metodología cuantitativa fueron plasmados en las tablas 8 y 9 (Véase Tabla 8 y Tabla 9). Los resultados de los estudios con metodología mixta fueron plasmados en las tablas 10 y 11 (Véase tabla 10 y 11).

Tabla 7

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004) por cada estudio

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Mohammed et al. (2022)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?	x			
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?		x		
	Si fue posible la asignación intervencionista. y aleatoria, ¿se describió?	x			
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?			x	
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				x
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?		x		
	¿Medios de evaluación informados?				
	¿Tamaño de muestra apropiado?				
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?	x			
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?	x			
	¿Controlado por confusión?	x			
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?				x
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields

Tabla 7

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Aldana (2021)					
	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?		x		
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?	x			
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?	x			
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?	x			
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?		x		
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?	x			
	¿Medios de evaluación informados?				
	¿Tamaño de muestra apropiado?	x			
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?				
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?				
	¿Controlado por confusión?				x
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?	x			
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 7*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Rodríguez (2023)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?		x		
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?		x		
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?			x	
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				x
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?		x		
	¿Medios de evaluación informados?				
	¿Tamaño de muestra apropiado?		x		
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?	x			
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?	x			
	¿Controlado por confusión?				x
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?		x		
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 7*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Mendelsohn (2019)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?	x			
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?		x		
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?			x	
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea				
	¿Medios de evaluación informados?		x		
	¿Tamaño de muestra apropiado?		x		
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?		x		
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?				x
	¿Controlado por confusión?				
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?			x	
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?			x	

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for

evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 7

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Saavedra et al. (2022)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?	x			
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?		x		
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				x
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?		x		
	¿Medios de evaluación informados?			x	
	¿Tamaño de muestra apropiado?			x	
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?			x	
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?			x	
	¿Controlado por confusión?				x
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?				x
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 7

Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Galli et al (2019)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿ El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo comparación o fuente de información/variables de entrada	x			
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?		x		
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				x
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?	x			
	¿Medios de evaluación informados?				
	¿Tamaño de muestra apropiado?	x			
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?		x		
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?	x			
	¿Controlado por confusión?				x
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?		x		
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 7*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Karim (2022)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?	x			
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?	x			
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				x
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea?	x			
	¿Medios de evaluación informados?	x			
	¿Tamaño de muestra apropiado?	x			
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?	x			
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?	x			
	¿Controlado por confusión?				
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?			x	
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 7*Evaluación de calidad para estudios cuantitativos (Kmet et. al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Msheikel (2021)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Se describe y es apropiado el método de selección de sujetos/grupo de comparación o fuente de información/variables de entrada?	x			
	¿Las características del sujeto (y de grupo de comparación, si corresponde) están suficientemente descritas?	x			
	Si fue posible la asignación intervencionista y aleatoria, ¿se describió				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los Investigadores, ¿se informó?				x
	Si fue posible intervenir y cegar a los sujetos, ¿se informó?				
	¿El resultado y (si procede) las medidas de exposición están bien definidos y son resistentes al sesgo de medición/clasificación errónea			x	
	¿Medios de evaluación informados?	x			
	¿Tamaño de muestra apropiado?	x			
	¿Métodos analíticos descritos/justificados y apropiados?	x			
	¿Se informa alguna estimación de la varianza para los resultados principales?				x
	¿Controlado por confusión?				
	¿Los resultados se informan con suficiente detalle?		x		
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 8

Orden de puntuación de evaluación de calidad en artículos cuantitativos según las guías QualSyst (Kmet et al., 2004)

Estudio	Metodología	Puntuación de Evaluación de Calidad del estudio según Guías QualSyst (Kmet et al., 2004)
Saavedra et al., (2022)	Cuantitativa	.78
Aldana, (2021)	Cuantitativa	.71
Galli et al. (2019)	Cuantitativa	.71
Karim (2022)	Cuantitativa	.68
Msheikel (2021)	Cuantitativa	.64
Mendelsohn (2019)	Cuantitativa	.60
Mohammed et al., (2022)	Cuantitativa	.60
Rodríguez, (2023)	Cuantitativa	.57

Tabla 9*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	N o	N/A
García (2021)					
	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Está claro el contexto del estudio?	x			
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?		x		
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?	x			
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?	x			
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?	x			
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?	x			
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			
	¿Reflexividad de la cuenta?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Akhavan (2022)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Está claro el contexto del estudio?	x			
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?	x			
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?	x			
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?	x			
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?	x			
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?	x			
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			
	¿Reflexividad de la cuenta?		x		

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Rajae (2019)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Está claro el contexto del estudio?	x			
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?		x		
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?	x			
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?		x		
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?	x			
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?	x			
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			
	¿Reflexividad de la cuenta?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Radfar (2020)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Está claro el contexto del estudio?	x			
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?	x			
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?	x			
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?	x			
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?		x		
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?	x			
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			
	¿Reflexividad de la cuenta?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Reljic (2022)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?		x		
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Está claro el contexto del estudio?	x			
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?	x	x		
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?				
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?		x		
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?		x		
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?	x			
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			
	¿Reflexividad de la cuenta?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 10*Evaluación de calidad para estudios cualitativos (Kmet et al., 2004)*

Estudios	Criterios	Si (2)	Parcial (1)	No	N/A
Dubov (2022)	¿Pregunta/objetivo suficientemente descrito?	x			
	¿El diseño del estudio es evidente y apropiado?	x			
	¿Está claro el contexto del estudio?	x			
	¿Conexión a un marco teórico/cuerpo de conocimiento más amplio?	x	x		
	¿Estrategia de muestreo descrita, relevante y justificada?	x			
	¿Métodos de recopilación de datos claramente descritos y sistemáticos?				
	¿Análisis de datos claramente descrito y sistemático?		x		
	¿Uso de procedimientos de verificación para establecer credibilidad?		x		
	¿Conclusiones respaldadas por los resultados?	x			
	¿Reflexividad de la cuenta?	x			

Nota: Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields.

Tabla 11

Orden de puntuación de evaluación de calidad en estudios cualitativos según las gias QualSyst (Kmet et al., 20024)

Estudio	Metodología	Puntuación de Evaluación de Calidad (Kmet et al., 2004).
García (2021)	Cualitativa	.95
Akhavan (2022)	Cualitativa	.95
Radfar (2020)	Cualitativa	.95
Rajaei (2019)	Cualitativa	.90
Duboy (2022)	Cualitativa	.85
Reljic, T. (2022)	Cualitativa	.80

Inventarios y medidas

Los estudios cuantitativos y cualitativos revisados presentaron datos que fueron recopilados por diferentes instrumentos como: escalas o medidas las cuales permitieron cuantificar las variables de dichas investigaciones. Estos instrumentos recopilaron información relacionada al síndrome de burnout en médicos residentes de medicina. Un inventario mide variables específicas, como la inteligencia, la personalidad en general, la personalidad autoritaria, el razonamiento matemático, el sentido de vida, la satisfacción laboral, el tipo de cultura organizacional, el estrés preoperatorio, la depresión posparto, la adaptación al colegio, intereses vocacionales, la jerarquía de valores, el amor romántico, la calidad de vida, la lealtad a una marca de algún producto (Hernández, et al., 2014). En la siguiente tabla se encuentran detallados los inventarios, con sus respectivos estudios y autores:

Tabla 12*Inventarios y medidas*

Escala, Inventario, Análisis o Medida	Estudio
Maslach Burnout Inventory, Human Services Survey (MBI - HSS) version Árabe	Mohammed et. al. (2022)
Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI- SS) Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28) WHO ASSIST V-3 test	Aldana et al. (2019)
Escala de Desgastes Ocupacional (EDO)	García et al. (2021)
Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 Forma Reestructurada (MMPI-2-RF) Escala de Desgastes Ocupacional (EDO)	Rodríguez et al. (2023)
Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	Arhavan et al. (2022)
Inventario de Burnout de Maslach (MBI) Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 Satisfaction with Medicine Scale (SMS) Escala de somnolencia de Epworth (ESE)	Mendelsohn et al. (2019)
Escala de Satisfacción con la Medicina (SMS) Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)	Saavedra et. al. (2022)
Inventario de Burnout de Maslach (MBI) Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) Escala reducida de bienestar subjetivo (Calleja y Mason, 2020)	

Tabla 12
Inventarios y medidas (Continuación)

Escala, Inventario, Análisis o Medida	Estudio
Encuesta Munfial sobre tabaquismo En Adultos (GATS) Maslach Burnout Inventory, Human Services Survery (MBI-HSS)	Karim et al. (2022)
Cuestionario de Apoyo Organizacional Percibido (POS-8) Leader-Member Exchange 7 Questionnaire (LMX-7) Inventario de Burnout de Maslach (MBI-2) Utrecht Work Engagement Escala (UWES-9) Calidad de la atención al paciente (QOC)	Msheikel et al. (2021)

Investigaciones que reconocen el síndrome de burnout en médicos residentes

La primera pregunta de investigación va dirigida a contestar si en efecto ¿El síndrome de burnout, está presente en los médicos residentes? Respondiendo a la interrogante, Saavedra et al. (2022) establecieron que a medida que se va avanzando en la formación especializada a través de los años, también se incrementa el nivel de síndrome del burnout, terminando la residencia, es decir, iniciándose en el papel de especialista con toda la responsabilidad legal y moral que eso supone, con un nivel de malestar elevado. Los resultados de esta investigación sugieren que una posible manera de amortiguar los efectos del síndrome del quemado sobre el bienestar subjetivo sería a través de estrategias resilientes que reduzcan el agotamiento emocional. De esta manera, consideramos que no podemos descuidar la salud de los que compondrán el futuro sanitario, no sólo por ellos sino también por las posibles consecuencias para los pacientes. Reljic, et al. (2022) mostraron que la reducción de los turnos de horas de servicio de los residentes se asoció con una disminución estadísticamente significativa del agotamiento emocional, la insatisfacción de los residentes en el bienestar general y aumento de

la duración del sueño. Además, una reducción en las horas de servicio de los residentes también se asoció con una disminución en despersonalización, los errores médicos graves, la duración de la estancia hospitalaria y una mejora de la vigilancia, aunque no fueron estadísticamente significativa.

Mohammed et. al. (2022) en su estudio con 300 médicos y a quienes se les administró el Maslach Burnout Inventory, encontraron que los estudiantes de especialidad en pediatría sufrieron niveles más altos lo que podría deberse a las disparidades en los entornos laborales entre los diferentes departamentos médicos que se sugirió que estuvieran vinculados a síndrome de burnout. De acuerdo con este hallazgo, muchos estudios revelaron que, los médicos residentes de especialidades pediátricas con mayor riesgo del síndrome de burnout sufren niveles más altos. Además, las partes interesadas deben implementar urgentemente remedios eficaces para proteger la salud mental de los médicos residentes.

La medicina es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral, consecuencia de una sobrecarga de pacientes en la consulta y guardias agotadoras, a lo que se suma la competitividad académica, la práctica privada y las obligaciones docentes. La persistencia crónica de este desajuste laboral y el alto nivel de estrés experimentado puede provocar el llamado síndrome de burnout o desgaste profesional (Gali et al., 2019). El ejercicio profesional (sobrecarga laboral, transmitir malas noticias, contacto con sufrimiento y muerte, sentimiento de responsabilidad de vidas humanas, situaciones de urgencia, pensar en la posibilidad de ser demandado, trato con pacientes) predice el agotamiento. Este dato coincide con otros estudios, los cuales reportaron que las cargas de trabajo extenuantes, además de la responsabilidad que conlleva la labor médica en relación con las vidas humanas, influyen en el agotamiento de los médicos residentes. La presencia de burnout en los médicos residentes influye en la existencia

de problemas emocionales como depresión, ansiedad e ideación suicida. Además, repercute negativamente en la calidad de la atención que se proporciona a los pacientes, ya que puede influir en la existencia de errores médicos, así como un déficit de empatía en el trato con los pacientes. Se han llevado a cabo estudios para identificar los factores que influyen en el desarrollo del burnout en médicos residentes, como, por ejemplo, los estresores. Estos son estímulos ambientales, físicos o psicológicos que se perciben como amenazas y que detonan una serie de respuestas para disminuir dicha amenaza (ataque/ huida) (García et al., 2021).

Investigaciones que reconocen efectos del burnout en residentes

La segunda pregunta de investigación va dirigida a contestar si en efecto, ¿Si existe, que efectos tiene sobre los médicos residentes? Respondiendo a esta interrogante, el estrés generado en los médicos por los factores psicosociales incide gravemente en su salud y se refleja en manifestaciones psicosomáticas, como: dolores de cabeza y de espalda, problemas para dormir, debilidad, dolor en articulaciones y estómago. Además, aquellos que en su trabajo profesional están más cercanos y en contacto con el sufrimiento y la muerte son más susceptibles de presentar elevado cansancio emocional y despersonalización. Esto repercute de manera negativa en su vida familiar, asociado a una alta sobrecarga de trabajo, aumenta la probabilidad de presentar cansancio emocional. La literatura destaca como factores predictores importantes de agotamiento emocional en médicos residentes los niveles altos de estrés percibido, temor a cometer errores médicos, sensación de que los conocimientos son insuficientes para satisfacer las demandas laborales, abordaje de problemas psicosociales de los pacientes, falta de cortesía en las interacciones con colegas/subordinados, falta de reconocimiento por parte de los superiores, falta de incentivos y promociones, trabajo bajo presión del tiempo y necesidad de

cumplir con los plazos, y establecimiento de metas inaccesibles o autoimposición de ese tipo de metas (Rodríguez, et al., 2023).

Según Zarate et al. (2021), el papel primordial que tiene la salud física de los médicos residentes, que generalmente se descuidan por dedicarse a su profesión. Por ejemplo, se ha demostrado que la condición física de los médicos residentes disminuye conforme avanza su formación, lo cual puede repercutir negativamente en su salud al presentar enfermedades crónicas y muerte prematura. Así mismo, la sintomatología física afecta el bienestar emocional, lo cual se relaciona con la aparición de síntomas depresivos, tal como se ha reportado en otros estudios. Cabe mencionar que se han identificado las tasas de suicidio más altas en el campo médico que en la población general. El suicidio es la principal causa de muerte entre residentes masculinos y la segunda causa principal entre las residentes femeninas. Dubov, et al. (2022) mencionaron que el agotamiento de los médicos puede provocar depresión, ideas suicidas y problemas de relación que puede progresar a abuso de sustancias, aumento de conflictos interpersonales, relaciones rotas, baja calidad de vida, depresión mayor y suicidio. La tasa estimada de suicidio de médicos es de 300 a 400 al año.

Radfar et al. (2020) mencionaron con frecuencia que las horas de trabajo contribuían a su fatiga y angustia, distinguieron la fatiga de su experiencia con el agotamiento. Al resaltar la distinción entre fatiga y agotamiento, algunos residentes describieron los desencadenantes del agotamiento como omnipresentes e integrados en el entorno laboral. Como menciona Galli et. al. (2019), el maltrato en las residencias médicas tiene diversas formas: verticalismo, exceso de carga de trabajo, tareas no profesionales asignadas (traslado de pacientes, gestión de turnos, llevar muestras al laboratorio, retirar informes entre otras), subvaloración por parte de los superiores, ser humillado por errores cometidos, inseguridad, tener que enfrentar prácticas para

las cuales sienten que no están preparados, falta de acompañamiento /supervisión capacitante y asignación salarial insuficiente para cubrir necesidades.

Karim et al. (2022) establecieron que los residentes que eran físicamente activos tenían menos probabilidades de experimentar agotamiento. Se encontró que los participantes que experimentaron agotamiento sufrieron significativamente de falta de sueño, mientras que otro estudio en la misma ciudad no encontró tal asociación. Además, se asoció significativamente con el nivel de capacitación, las presiones de tiempo, las horas de trabajo, el número de turnos de guardia, la dificultad para mantener la relación con un superior, satisfacción con el trabajo y vacaciones laborales anuales.

Investigaciones que reconocen la carga laboral y académica en un médico residente

La tercera pregunta de investigación va dirigida a contestar si en efecto, ¿Si existe, que efectos tiene sobre los médicos residentes? Respondiendo a esta interrogante, el agotamiento laboral es común entre los médicos y su incidencia está aumentando. El agotamiento médico está asociado con la autodestrucción. Los autores reportaron una atención subóptima al paciente, un tiempo de recuperación más prolongado y una menor satisfacción del paciente. El agotamiento entre los médicos se asocia con el abuso de alcohol y el suicidio. La relación entre las demandas laborales, el sueño, el rendimiento y el agotamiento es intrínsecamente compleja y difícil de estudiar. A su vez, el sueño afecta negativamente el rendimiento y el bienestar de los residentes. Sin embargo, los estudios sobre las horas de trabajo y el sueño de los residentes han arrojado resultados contradictorios y pocos estudios previos han medido cuánto duermen los médicos en formación (Mendelsohn et al., 2019).

Como parte de los resultados de esta investigación se encontró que trabajar menos de 80 horas es un factor protector para no requerir servicios de atención en salud mental, a diferencia

de trabajar más de 80 horas, siendo aquellos quienes informaron que los síntomas de ansiedad e insomnio tenían un mayor "riesgo" de necesitar atención de salud mental que aquellos que no la recibieron. Cabe destacar, que se observó riesgo de desarrollar burnout en el 72.5% de la muestra, superando las tasas reportadas en encuestas similares realizadas en varios países, donde se informó que entre un tercio y la mitad (36-51%) de los médicos experimentaron burnout profesional, depresión, o ambos simultáneamente, y que entre el 19% y el 25% de los últimos informaron que su problema era tan grave que les hizo considerar abandonar la facultad de medicina (Foulkes et. al., 2021). Hay poca información disponible sobre recursos laborales que puedan ayudar a los residentes a afrontar trabajos pesados. La literatura reciente se centró en el desarrollo de programas de resiliencia para promover el bienestar de los residentes, con intervenciones de resiliencia destinadas a mejorar la situación de los residentes (Msheikel et al., 2021).

Como establece Arhavan et al. (2022), la reducción del compromiso se describió de diversas maneras, desde baja motivación para evaluar a los pacientes hasta preocupación limitada por el bienestar del paciente. Algunos residentes mencionaron un deseo limitado de completar pequeñas tareas de atención al paciente. Otros residentes detallaron una disminución de la capacidad psicológica para preocuparse por los resultados de los pacientes, aparentemente como resultado de la despersonalización y agotamiento emocional. A su vez, los residentes describieron estar menos concentrados en sus pacientes y más en pasar el día. También indicaron menos motivación para buscar nuevos pacientes o reevaluarlos cuando se sienten agotados. Este deseo de minimizar el tiempo de atención al paciente fue un tema recurrente. En lugar de cuidar a sus pacientes como personas, los residentes los veían como tareas medicas impersonales que debían completarse e indicaron una incapacidad general para estar presentes y comprometidos.

Según Eckleberry *et al.* (2009) citado en Saavedra (2022), confirmaron sus hipótesis y observaron un deterioro del bienestar y una mayor puntuación en las diferentes escalas del síndrome del burnout y del síndrome del burnout global a medida que aumenta el año de residencia. Por otro lado, el nivel de realización disminuyó. Así, la adquisición de más experiencia, responsabilidad y autonomía sin una adecuada supervisión ni un contexto formativo adecuado podría suponer un deterioro en el bienestar de la persona y hace, a su vez, que los nuevos profesionales comiencen su andadura como especialistas con un nivel de síndrome del burnout elevado. Por otro lado, los residentes de medicina de emergencia informaron que el agotamiento redujo su nivel de compromiso y motivación con el trabajo clínico, cambió negativamente la forma en que se comunicaban con los pacientes, aumentó los conflictos con sus colegas y perjudicó su toma de decisiones médicas. Estos efectos son ilustrativos de importantes fenómenos de agotamiento, incluida la despersonalización y el agotamiento emocional. La influencia del agotamiento en la atención al paciente pudiese manifestarse de maneras sutiles pero importantes (Akhavan et al., 2022).

Investigaciones reconoce tratamiento psicológico para minimizar y/o prevenir sintomatología de burnout

La cuarta pregunta de investigación va dirigida a contestar si en efecto ¿Cómo ayuda el tratamiento psicológico a minimizar y/o prevenir sintomatología relacionada a burnout? Para responder a la pregunta, Balladares y Hablick (2017) mencionaron los tratamientos más eficaces del síndrome de burnout es detectarlo en sus primeras fases, por lo que cuanto antes trabajemos en el problema tras identificarlo, antes seremos capaces de mantenerlo bajo control. En primer lugar, las técnicas de relajación como la meditación o la escucha de música relajante han demostrado ampliamente su eficacia para reducir la ansiedad y mejorar el modo en que los

trabajadores se enfrentan al Síndrome de Burnout. En segundo lugar, En segundo lugar, no debemos olvidar la parte física del problema. El estrés y el burnout tienden a generar tensión muscular en determinadas zonas del cuerpo. Es importante realizar determinados estiramientos y ejercicios antiestrés como parte de la rutina diaria (e incluso como parte de la rutina laboral si es posible).

En tercer lugar, la práctica habitual de algún deporte (siempre adaptado a la condición física del trabajador) ha demostrado reducir notablemente los efectos del estrés en el organismo, como podemos ver en esta noticia. El deporte nos mantiene activos, mejorando la salud de nuestro corazón, músculos y huesos, además de ayudar a desconectar de nuestros problemas mientras se practica. En cuarto lugar, no podemos olvidar los enormes beneficios que la ayuda de un profesional puede ofrecernos. De este modo, la terapia psicológica, ya sea individual o grupal, puede hacer que el trabajador desarrolle mecanismos eficaces para afrontar aquellas situaciones que le producen estrés y ansiedad. Por último, llevar un estilo de vida saludable, evitando el tabaco y el alcohol o dormir las horas suficientes son sólo algunos de los consejos que pueden ayudar a combatir el estrés y el Síndrome de Burnout (Balladares y Hablick, 2017).

Por otro lado, García (2017) mencionó que la eficacia de las terapias mente-cuerpo para tratar el burnout es la meditación *mindfulness*. Esta terapia se ha visto que, aplicada al ámbito de la enfermería y según la revisión narrativa de Gómez y Meléndez, consigue disminuir el burnout al mejorar la empatía, la autocompasión, la concentración y atención, sobre todo cuando está basada en el programa MBSR, que logra un mayor aumento de la autoestima y optimismo de las enfermeras y disminuye así uno de los principales síntomas del burnout, que es la despersonalización, mediante una mejor comunicación y empatía con el resto de profesionales y aumentando la calidad en los cuidados (Gómez, 2017, como citado en García, 2017). Otra terapia

que ha mostrado ser útil para trabajar con el síndrome de burnout, es la Terapia Cognitiva Conductual (CBT). Beltrán et al. (2023) mencionaron que desde el enfoque cognitivo el síndrome de burnout se ha alcanzado a tratar con éxito, ya que este exagera una serie de síntomas que la psicoterapia puede controlar, se basa en el cambio de pensamiento de los seres humanos, aprendiendo habilidades de contención para manejar algunas situaciones de estrés, fomentando el autocuidado y priorizando la comodidad emocional y física de la persona que sufre este tipo síndrome. En general podemos evidenciar que la psicoterapia desde el enfoque cognitivo conductual puede ayudar a que las personas que experimentan este síndrome desarrollen algunas estrategias afectivas que puedan mejorar su ánimo y manejar el agotamiento emocional que provoca su ámbito laboral.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el capítulo de discusión se despliegan los resultados primordiales de la revisión de literatura sistemática sobre el burnout en médicos residentes. Además, se argumenta sobre los resultados basados en las preguntas guías y se comparan con otras investigaciones científicas. Se describen las implicaciones de esta investigación en la formación de los futuros profesionales de la salud mental y, por ende, para la práctica de la psicología. Se culmina el escrito con las limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones sobre el tema del estigma en la salud mental. Esta revisión de literatura sistémica, está basada en los modelos de Competencia Social de Harrison (1983) y el Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).

En esta revisión de literatura sistemática se incluyeron 14 estudios que cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron evaluados obteniendo todos ellos una puntuación de calidad mayor a .55 puntos, luego de cumplir con el rigor metodológico propuesto por los autores Kmet et al. (2004). En los estudios se reportaron diferentes metodologías. Se encontró que el 58 % (n=8) de las investigaciones que cumplieron con los criterios de e inclusión y exclusión fueron de metodología cuantitativa mientras que un 42 % (n=6) fueron de metodología cualitativa). En los estudios se utilizaron un sin número de instrumentos como: escalas, inventarios, medidas o cuestionarios para validar y cuantificar sus resultados.

Limitaciones de la Investigación

A través de la realización de esta investigación, se establecieron algunas limitaciones. Los estudios cuantitativos y cualitativos los cuales se encontraron fueron desarrollados en países como Arabia, España, Estados Unidos, México, Canadá, África, Colombia y Nepal. Otra de las

limitaciones y una de las más relevantes fue la cantidad de investigaciones a las cuales no se tuvo acceso. Algunas de estas por encontrarse en bases de datos donde era necesario poseer una suscripción mensual o anual y otras por el alto costo que requerían. Durante el proceso de revisión y bajo los términos de búsqueda, se identificaron escasas investigaciones dirigidas a sintomatologías del burnout en médicos residentes en Puerto Rico.

La carencia de investigaciones en las bases de datos científicas sobre el síndrome de burnout en médicos residentes en Puerto Rico. Este tema, es de suma importancia debido a su pertinencia con el sistema de salud de P.R. y el bienestar no solo de los profesionales, sino también de los pacientes. Es necesario realizar investigaciones sobre esta problemática ya que los estudios realizados en diferentes partes del mundo han evidenciado la existencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes. Los profesionales de la salud y salud mental han sido impactados significativamente por el impacto de desastres naturales como: huracanes y temblores, economía desafiante, pandemia del COVID-19, la sobrecarga laboral, la migración de médicos por la crisis económica, y conflictos con las compañías aseguradoras. Esta falta de investigaciones enfocadas a este síndrome provoca una población vulnerable a padecer de síndrome de burnout. Además, debido a esta escasez de investigaciones científicas, se dificultan las estrategias preventivas y tratamientos que permitan mejorar su calidad de vida y desempeño profesional.

Cabe destacar, que podría existir una subestimación sobre la importancia de burnout como un problema de salud pública en Puerto Rico, que requiere ser investigado. En ocasiones prevalecen estudios relacionados a enfermedades físicas sobre las mentales, lo cual limita o restringe la cantidad de investigaciones que se llevan a cabo. Probablemente, con la percepción equivocada de no ser tan importantes como las enfermedades físicas. Por otra parte, médicos en

formación optarían por no buscar ayuda para tratar sintomatología del síndrome del burnout, por miedo a ser percibidos como débiles y por represalias en su contra como profesionales de la salud. Llevar a cabo investigaciones sobre el síndrome de burnout en médicos, con lleva que se reconozca la relevancia del síndrome como un aspecto importante en el bienestar de los médicos y sobre el funcionamiento adecuado del sistema de salud de P.R.

Implicaciones para la Comunidad Psicológica

En esta revisión de literatura sistemática se enfocó en una problemática poco atendida en Puerto Rico. Se propuso conocer que evidenciaban los estudios sobre si el burnout en médicos residentes. Luego de haber revisado la literatura sistemáticamente, se evidenció que en la mayoría de las investigaciones presentadas se expusieron a profesionales de la salud, los cuales han padecido del burnout en alguna etapa de su carrera.

Conclusión y Recomendaciones

En esta revisión de literatura sistemática se incluyeron once estudios, tanto cuantitativos como cualitativos. A pesar de que presentan resultados variados, evidencian que las investigaciones recopiladas exponen datos en donde los profesionales de la salud se encuentran en situaciones que los llevan a padecer de síntomas asociados al síndrome del burnout. Galli, et al. (2019) establecieron que, para bajar el nivel de estrés y mejorar la salud de los residentes y demás profesionales de la salud, así como mejorar la calidad de atención de los pacientes, sería necesario modificar los “usos y costumbres” tradicionales en las residencias y servicios de salud. Numerosas publicaciones se refieren a dos tipos de intervenciones: a) modificaciones institucionales, condiciones del ambiente de trabajo, b) entrenamiento individual en estrategias de afrontamiento del estrés (gestión de las propias emociones y desarrollo de la capacidad de resiliencia).

García et al. (2021) sugirieron llevar a cabo más estudios que permitan verificar el efecto de los estresores percibidos, en especial aquellos relacionados con su salud física, en el desarrollo de burnout en médicos residentes. Esto contribuirá a mejorar el entendimiento y a desarrollar medidas de prevención de estrés crónico en una población altamente vulnerable, como es la de los residentes médicos. Por otra parte, las especialidades médicas tienen demandas variables de "guardia" fuera del horario laboral. Aunque en muchos países las horas de trabajo de los médicos en formación están restringidas, las de los médicos en ejercicio no lo están formalmente. La formación de residencia debe preparar a los médicos para que sean profesionales competentes en entornos con cargas de trabajo agotadoras, jornadas largas y sueño limitado. Otros factores, además de las horas de trabajo y el sueño, pudiesen ser los principales contribuyentes al agotamiento. Investigaciones adicionales sobre los factores de riesgo del agotamiento, métodos de prevención e las intervenciones para tratar. Pueden guiar las políticas de educación médica que preparen a los futuros médicos para ser profesionales saludables y resilientes.

Es posible que las restricciones en las horas de trabajo y una mayor cantidad de sueño por sí solas no prevengan el agotamiento ni mejoren el bienestar de los residentes. Exigir una cantidad mínima de tiempo libre puede ser más importante para prevenir el agotamiento que regular el máximo de horas de trabajo semanales (Mendelsohn et al., 2019).

Referencias

- Aguiló, L., Gutiérrez, F., Vásquez, P., Waldemariam, R., Lojo, S., Rivas, R., Muñoz, L., & Muñoz, E. (2019). Prevalencia de Burnout entre residentes de medicina familiar en Puerto Rico. *Medicina de Familia*, (3).
https://issuu.com/academiademedicosdefamiliapr/docs/amfpr_abril_2019_1
- Alvarado, J. y Manrique, E. (2019) Suicidio de médicos. Una realidad ignorada, Revista de la Universidad Industrial de Santander.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000300194
- Arias, R., Cuellar, E., Rodríguez, M., González, S., Collazo, M., Rubalcava, S & Reyes, M. (2018). Estado de estrés, depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes. *Revista Lux Médica*, 16(47).
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4862106001/html/>
- Arteaga, M. (2020). Deterioro cognitivo en médicos residentes por la privación del sueño en guardias de 24 horas. *Revista San Gregorio*, 45, 175-192.
<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rsan/v1n45/2528-7907-rsan-1-45-00174.pdf>
- Balladares, K y Habick, F. (2017) Burnout: the labor syndrome. *Journal of business and entrepreneurial studies*, 2017, 1(1).
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/383/3831594001/index.html>
- Bellido, E. (2018). Factores que predisponen a burnout en médicos residentes de tercer año del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Repositorio*.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3572>
- Beltrán, V., Pérez, L. y González, A. (2023) Visión del enfoque conductual del síndrome de

burnout asociado al bajo desempeño en entidades de salud.

Benaglio, Carla, Maturana, Andrés, Mortari, Luigina, & Riquelme, Arnoldo. (2021).

Profesionalismo y auto cuidado de los residentes, ¿cómo debemos enfocar su formación?.

Andes pediátrica, 92(4), 503-510. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.3985>

Bernal, G. y Rodríguez, N. (2012). La Práctica Psicológica Basada en la

evidencia: Hacia una integración de la investigación, el peritaje profesional, la singularidad del/a cliente, su contexto y con la ética.

Biblioteca, Universidad de Navarra. (2024). *BiblioGuías: Revisiones sistemáticas:*

PRISMA 2020: guías oficiales para informar (redactar) una revisión sistemática.

https://biblioguias.unav.edu/revisionessisematicas/guias_oficiales

Burgos, L., Battioni, L., Costabel, J., & Alves, A. (2017). Evaluación del síndrome de

burnout en residentes luego implementar el “descanso postguardia. *Revista Argentina Cardiología*. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i2.9820>

Campillo, P., Ramirez, F., Jimenez, N., Gomez, I., Boada J. y Rojas L. (2023) Addressing Medical Student Burnout through Informal Peer-Assisted Learning: Analysis of a Cross-Sectional Study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3686965/v1>

Castillo, I. & Orozco, J. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 47 (2), 187-192.

Carabalí, B., Murillo, L. y Celis, A. (2023). Reflexión sobre el síndrome de Burnout y su incidencia en el rol del psicólogo clínico.

Chal, Javier, A. y Espinal, D. J. (2022) Plan de prevención del síndrome de burnout en el personal médico de emergencias de un hospital de tercer nivel. UCE

Ciencia. Revista de postgrado. Vol. 10(1).

Clinica Universidad de Navarra (2023) Diccionario Médico: Residente.

<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/residente>

Colón, L. (2012). Importancia de tomar control de nuestro bienestar físico y mental. *Galenus*, 76(3). <https://www.galenusrevista.com/?Importancia-de-tomar-control>

Codina, L., (2016). No lo llame Análisis Bibliográfico, llámelo Revisión Sistematizada. Y cómo llevarla a cabo con garantías: Systematized Reviews + SALSA Framework.

<http://blog.ecosyllaba.info/2016/05/no-lo-llame-analisis-bibliografico.html>

Corvo, H. (2020) Lifeder. Operadores booleanos: para qué sirven, lista y ejemplos.

<https://www.lifeder.com/operadores-booleanos/>

Cotrina-Onofre, Y. & Panez- Mateo, L. (2019). Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. *Revista Perú Investigación Salud*, 3(3), 127-132.

De León-Casillas, C., Bermonti-Pérez, M. & Moreno-Torres, M. (2019). Guía Metodológica para un Revisión de Literatura Sistemática. *Revista Salud y Conducta*, 7(1), 24-38.

https://www.researchgate.net/publication/347795849_Guia_metodologica_para_una_Revision_de_Literatura_Sistemica_Methodological_guide_for_a_Systematic_Literature_Review

Dewa, C., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L. y Rea, M. (2017) The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. 17:195 DOI 10.1186/s12909-017-1040-y

Espinosa, A. (2013). La clínica y la medicina interna. *Revista Cubana de Medicina*, 52(3), 214- 227.

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300008
- England, J. B. (2012). An integrative literature review: the relationship between healthy work environment and nursing-sensitive patient outcomes [Unpublished doctoral dissertation, Montana State University]. <https://scholarworks.montana.edu/xmlui/handle/1/1231>
- Galli, A., Gimeno, G., Lobianco, M., Swieszkowski, S., Grancelli, H., Kazelian, L., Lapresa, S., Pages, M. y Duronto, E. (2019) Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. *Rev ARgent CARdiol* 2020; 88:48-54. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i1.15783>
- García, F. (2022) Desarrollo de estados de la cuestion robustos: Revisiones Sistemática de literatura. *Education in Knowledge Society*. <https://doi.org/10.14201/eks.28600>
- García, L. (2017) El uso de terapias mente-cuerpo en el burnout profesional. Universidad Autonoma de Madrid.
- García-Flores, R., Zárate-Camargo, N., Castillo-Cruz, J., Acosta-Quiroz, C. O., & Landa- Ramírez, E. (2021). Estresores percibidos asociados a la presencia de burnout en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex*, (1).
- González, R. y Gándara, J. (s.f.) El médico con burnout, conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. (6^{ta} Ed) McGraw Hill Education.
- Hernández, N. (2020). Ambiente laboral: Implicaciones para la salud mental. *Revista Salud y Conducta Humana*, 7 (1).

https://www.researchgate.net/publication/351194779_Ambiente_laboral_Implicaciones_para_la_salud_mental_Work_enviroment_Implications_for_mental_health?enrichId=rgre-q-b0f0792916cd1e37060635a2dff47690-

[XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM1MTE5NDc3OTtBUzoxMDE4MDM4MzcxNTEyMzIwQDE2MTk3MzA2NzA3MTI%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf](#)

Hederich-Martínez, C. & Caballero-Domínguez, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, 9(1), 1-15.

<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423545768002.pdf>

Invox medical. S.f. ¿Qué es un medico residente?

<https://invoxmedical.com/blog/que-es-medico-residente/>

Jackson, E., Shanafelt, T., Hasa, O., Satele y Dyrbye, L. (2016). Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Acad Med*. 2016; 91:1251–1256. doi: 10.1097/ACM.0000000000001138

Jácome, S. J., Villaquiran-Hurtado, A., García, C. P., & Duque, I. L. (2019).

Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Rev Cuid*, (1). <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.543>

Jiménez, J. & Arenas, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5846114>

Kmet, L.M., Lee, R.C., & Cook, L.S. (2004). Standard quality assessment criteria for

evaluating primary research papers from a variety of fields. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research. HTA Initiative # 13.

<http://www.aihealthsolutions.ca/publications/>

Letelier, L., Manríquez, J., Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Rev Médica Chile* 133 (2) 246-249 DOI:10.4067/S0034-98872005000200015

Leviñanco, D. (2019) Analizar la posible existencia del síndrome de burnout en andamat.

<https://ridaa.unicen.edu.ar:8443/server/api/core/bitstreams/03a8a129-7c9e-475e-8b4a-1d5e0032d641/content>

Lexjuris. (2003). Ley 47. <https://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2003/lexl2003047.htm>

López, L., Solano, A., Arias, A., Aguirre, S. Osorio, C., & Vásquez, E. M. (2012). El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Rev CES Salud Pública*, 3(2), 280-288.

Lozano, M., Patiño, J., Ramirez, J., Aldana, J. y Carmona, J. (2021). Ideación suicida y su relación con síntomas depresivos, desgaste laboral y consumo de sustancias en residentes médicos. *RevSalJal* , 9 (10).

Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. (2013). New Perspectives: Towards an Integration of the concept "burnout" and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 29(3), 800-809.

Martín, A., Rodríguez, T., Pujol, E., Berenguera, A. y Joix, J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27(6):521–528.

Martínez, A. (2010) El Síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y Estado Actual de la

Cuestion. Vivat Academia, (112),42-80.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>

Martínez, M. (2018). Impacto del bienestar del profesional de la salud en la seguridad del paciente. *Revista Farmacéutica*.

https://issuu.com/colegiodefarmaceuticosdepuertorico/docs/rf_oct-dic_2018_111318

Mingote, J. Crespo, D., Hernandez, M., Navío, M y García, C. (2013). Suicide prevention in doctors. *Med Segur Trab*;59 (231) 176-204.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & The Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery (London, England)*, 8(5), 336–341.

<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007>

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, Al., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L., PRISMA-P Group. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 Statement. *Revisa Española de Nutrición Humana y Dietética Medicine*, 4(1).

https://www.researchgate.net/publication/286208053_Prefered_Reporting_Items_for_Systematic_Reviews_and_Meta-Analyses_The_PRISMA_Statement/references

Nadon, L., De Beer, L. y Morin, A. (2022) Should Burnout Be Conceptualized as a Mental Disorder? *Behav. Sci.* (12), 82. <https://doi.org/10.3390/bs12030082>

Nieves, I., Montero, A., Rivera, A. (2012). La salud mental de Puerto Rico: una mirada desde las estadísticas y las políticas públicas. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.

<https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/reogGubernamental/PDF/LaSaludMentalenPR.pdf>

f

- Ochoa, M. (2017). Síndrome de Burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria. *Repositorio*.
<http://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/61816/Tesis%20Marlene%2010-2017%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ojeda, G. (2016) Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana. <https://core.ac.uk/download/pdf/323344113.pdf>
- Olivares, V. (2017) Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y trabajo*, (19).
- Oñate, M., Resett, S., Menghi, M. y Iglesia, M. (2016) Burnout y autoconcepto en psicólogos clínicos. *Revista de psicoterapia*, 27 (103).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399245>
- Ovejas, A., Izquierdo, F., Rodríguez, M., Rodríguez, J., García, M., Alonso, M., & Alonso, C. (2020). Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014>
- Palacios, M. & Paz, M. (2014) Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. *Revista Med Segur Trabajo*, 60 (235) 322-334.
- Phelps, S. F., & Campbell, N. (2012). Systematic Reviews in Theory and Practice for Library and Information Studies. *Library and Information Research*, 36(112), 6-15.
 DOI: <https://doi.org/10.29173/lirg498>

Pinci, M., Torres, N., Jimenez, J., Hernandez, J., Merheb, P., Ramirez, N. y Otero, A. (2022)

Burnout during surgical residency in a hispanic population.

Pintado, S., Penagos, J., & Casas, M. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y

percepción de la violencia obstétrica. *Ginecología Obstetricia México*, 83, 173-178.

[https://www.researchgate.net/profile/Julio-Penagos-](https://www.researchgate.net/profile/Julio-Penagos-Corzo/publication/278045895_Burnout_syndrome_in_medical_and_obstetric_perception_of_violence/links/587ff6ac08ae71eb5dbfb4ab/Burnout-syndrome-in-medical-andobstetric-perception-of-violence.pdf)

[Corzo/publication/278045895_Burnout_syndrome_in_medical_and_obstetric_perception_of_violence/links/587ff6ac08ae71eb5dbfb4ab/Burnout-syndrome-in-medical-andobstetric-perception-of-violence.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Julio-Penagos-Corzo/publication/278045895_Burnout_syndrome_in_medical_and_obstetric_perception_of_violence/links/587ff6ac08ae71eb5dbfb4ab/Burnout-syndrome-in-medical-andobstetric-perception-of-violence.pdf)

Portela, M., Bugarín, R., & Rodríguez, M. (2019). Error humano, seguridad del paciente y

formación en medicina. *Elsevier*, 20, 169-174. [https://www.elsevier.es/es-revista-](https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-error-humano-seguridad-del-paciente-S1575181317301651)

[educacion-medica-71-articulo-error-humano- seguridad-del-paciente-](https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-error-humano-seguridad-del-paciente-S1575181317301651)

[S1575181317301651](https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-error-humano-seguridad-del-paciente-S1575181317301651)

Quintero, J., Reyes, G., Suarez, P. y Rodríguez, M. (2020). Estrés y burnout,

evolución histórica. *Revista Egle*, 7(16).

Radfar, A., Strout, T., Germann, C., Nelson, S., Jáuregui, J.y Lu, D. (2020) Seguir los

movimientos”: una exploración cualitativa del impacto del agotamiento de los residentes

de medicina de emergencia en la atención al paciente. DOI: 10.1002/aet2.10809

Real Academia Española (2023) Reconversión. <https://dle.rae.es/reconversión>

Recalde, S., Ferreira, M., & Díaz, C. (2015). Síndrome de burnout en residentes de

especialidades médicas. *Eureka*, 12(1), 25-34.

Reyes, K. (2016) Relación entre síndrome de burnout y taxonomías en médicos residentes, tesis.

Universidad Veracruzana de Servicios de Salud de Veracruz.

Ríos, A., Athié, J., & Martínez, V. (2014). Síndrome de Burnout (quemado) en médicos

residentes adscritos a hospitales del Grupo Ángeles: HA Clínica Londres, HA Lomas, HA Metropolitano, HA México, HA Mocel y HA Pedregal. *Acta Medica Grupo Ángeles*, 13(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am152a.pdf> Sánchez, D. (2013). Estrategias de afrontamiento del burnout en centros de secundaria. *Educación y Cultura*, (24), 75-93.

http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/educacio/index/assoc/Educacio/_i_Cultu/ra_2013v/24p075.dir/Educacio_i_Cultura_2013v24p075.pdf

Saborío Morales, L. & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

Saborío Morales, Lachiner, & Hidalgo Murillo, Luis Fernando. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.

Salomón, F. & Valdes, P. (2019). Síndrome de burnout en el siglo XXI:

¿lograremos vencerlo algún día? *Revista Argentina de Medicina*, 7(1).

Siddaway, A. (s.f.). What is a Systematic Literature Review and How do I do one?

<https://create.twu.ca/drheatherstrong/files/2018/02/WHAT-IS-A-SYSTEMATIC-LITERATURE-REVIEW-AND-HOW-DO-I-DO-ONE.pdf>

Stehman, C., Testo, Z., Gershaw, R. Kellogg, A (2019). Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *Western Journal of Emergency Medicine*. Vol. 20 (3).

Toronto C. E. & Remington R. (2020). A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative

Review Edited by Coleen E. Toronto, Ruth Remington. Ed. Coleen E. Toronto and Ruth.

Remington. 1st ed. Cham: Springer International Publishing, 2020. Web.

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-37504-1>

Trejos, N. (2023) Síndrome de burnout y consumo de sustancias psicoactivas, en

médicos veterinarios residentes en el área metropolitana del occidente colombiano.

Universidad de Caldas. Facultad Ciencias para la Salud.

Velásquez, J. D., (2014). Una guía corta para escribir Revisiones Sistemáticas de

Literatura Parte 2. Dyna, 81(188),9-10.[fecha de Consulta 20 de Abril de

2024].. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49632758001>

Velázquez, J. & Villafañe, A. (2012). Salud Mental Laboral del Profesional de la

Consejería en Rehabilitación en Puerto Rico. *Revista Griot*, 4(1).

<https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1871>

Velez, J. (2019) Alarmanes los niveles de estrés y agotamiento en residentes médicos

en Puerto Rico. *Medicina y Salud Pública*

Vidal de la Fuente, S., Real Ramírez, J., Ruíz Rosas, J. A., & Morera González, D.

(2019). Evaluation of Mental Health and Occupational Stress in Mexican Medical

Residents. *Salud Mental*, 43(5), 209-218. Vittale, F., Velázquez, S. & Ortiz, I. (2020). Burnout

en residentes de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. *Rev. virtual Soc. Parag.*

Medicina Interna, 7(2), 72-79.

<https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/178>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The Integrative Review: Updated Methodology.

Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546–553. [https://doi.org/10.1111/j.1365-](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)

[2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)

Ybarra, N., García, J. & Puente, J. (2016). Prevalencia del síndrome de desgaste laboral en residentes del Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios. *Revista de la Facultad de Medicina Guatemala*.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969498/prevalencia-del-sindrome-dedesgaste-laboral-en-residentes-del-ohhcyuB.pdf>

Yslado, R. Norabuena, R., Sánchez, J. y Norabuena, E. (2020). Programa de intervención breve para reducir el burnout de profesionales de la salud, Perú. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(5), 279-289. Epub 02 de octubre de 2020.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000500279&lng=es&tlng=es)

[36202020000500279&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000500279&lng=es&tlng=es)

Apéndice A –Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)	
A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
Por favor, señale el número que considere más adecuado:	
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.	

11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.
AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.