

SÍNDROME DE BURNOUT EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Macarena Espinoza R, Camila Frugone A, Fernanda Meneses F.

Internas de VII año de Medicina de la Universidad de Chile

Resumen

El síndrome de burnout ha sido definido como una respuesta al estrés laboral crónico hacia el propio rol profesional. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de servicios sociales que trabajan en contacto directo con personas, estando altamente representado en el equipo de salud, desde el inicio de la formación, postulándose que podría originarse desde la escuela de medicina. Este síndrome se ha caracterizado en tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Como consecuencia, se generarían una serie de conductas negativas, como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad y de motivación, y actitudes pasivo-agresivas con los pacientes, y con la propia persona

Objetivo

Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva que nos permita: (1) Conocer la prevalencia del

síndrome de burnout en estudiantes de medicina; (2) Identificar los factores de riesgo asociados; (3) Explorar sus principales consecuencias en la calidad de vida, aprendizaje y futuro desempeño profesional; (4) Precisar qué intervenciones se han realizado y cuáles han sido sus resultados.

Método

Esta revisión fue realizada utilizando el software VPN client, que permite acceder a los servicios en línea contratados por la Universidad de Chile. Los buscadores utilizados fueron SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed, MEDLINE

Palabras claves: Síndrome Burnout, prevalencia, estudiantes de medicina, internos.

Límites: los últimos 15 años para investigaciones [1997-2012]

REVIEW: BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL STUDENTS

Abstract

The Burnout Syndrome is a response to chronic occupational stress due to profession itself. This response occurs frequently in health professionals, and, in general, in social service professionals who work directly with people, most of them are part of the health care team, since the start of training, proposing that it could be caused in medical school. This syndrome has been characterized in three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and lack of self-realization. As a consequence, it would generate negative behaviors, as performance impairment, responsibility and motivation loss, and passive-aggressive attitudes to patients, and themselves.

Aim

To realize an exhaustive bibliographic review that allows (1) To know the prevalence of burnout syndrome in medical students; (2) To identify the associated risk factors; (3) To explore its main

consequences in quality of life, learning and future professional performance; (4) To indicate what interventions have been done and their results.

Method

This review was done using the VPN client software, which allows access to online services hired by Universidad de Chile. The search engines used were SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed and MEDLINE.

Key words: Burnout Syndrome, prevalence, medical students, medical intern.

Scopes: last 17 years for investigations [1997-2014]

Introducción

El síndrome burnout fue descrito por primera vez durante los años '70, cuando el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger comenzó a observar una serie de manifestaciones de agotamiento en los psicoterapeutas de una clínica, con el consiguiente proceso de deterioro en los cuidados profesionales de sus usuarios. Más tarde, las psicólogas estadounidenses Christina Maslach y Susan Jackson estudiaron y caracterizaron este cuadro, dando origen a una de las teorías más aceptadas hoy en día para explicarlo^{1,2}. Según sus conclusiones, este síndrome estaría caracterizado en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. El agotamiento emocional se define como pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo y desproporción entre el cansancio experimentado y el trabajo realizado. La despersonalización se caracteriza por el desarrollo de actitudes negativas, disminución de la preocupación por el paciente y una actitud clínica hacia los receptores del servicio. La falta de realización personal se refiere a la tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional, y a que el individuo se sienta menos competente en la realización de sus tareas³. Como consecuencia, se generarían una serie de conductas como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación. Existen diversas formas para la detección de este síndrome. El "Maslach Burnout Inventory" (MBI), creado por Maslach y Jackson en 1981, es la herramienta más extensamente estudiada para la medición del Burnout^{4,5}. Este es un

cuestionario que mide la frecuencia e intensidad de burnout basándose en tres subescalas, correspondientes a las dimensiones previamente descritas. El individuo evaluado deberá enfrentar 22 ítems y darle, a cada ítem, un valor del 0 al 6 según la frecuencia con que experimenta los sentimientos enunciados en ellos⁶. Por convención, las personas que tienen altos puntajes en agotamiento emocional o despersonalización son clasificadas como padecedoras de burnout, independientemente de las otras dimensiones.⁷ Otra prueba importante de mencionar es el "Burnout Measure" (BM) diseñado por Pines y Aronson en el año 1988⁸. Este cuenta de 21 ítems que miden el agotamiento físico, emocional y mental. También se ha empleado complementariamente el "Cuestionario Breve de Burnout" (CBB) de Jiménez-Moreno, Bustos, Matallana y Miralles⁹. Este test consta de 21 ítems organizados en tres grandes bloques: antecedentes, elementos y consecuencias del Síndrome de Burnout.

Numerosos estudios reportan altas prevalencias del síndrome de Burnout entre internos^{10,11}, y residentes de medicina¹², sin embargo los estudios orientados hacia estudiantes de medicina son escasos, a pesar de que se postula que este síndrome podría iniciarse desde la escuela de medicina.^{13,14}

Esta revisión bibliográfica ha sido realizada con la motivación de conocer y describir los niveles de prevalencia del síndrome de burnout en estudiantes de medicina, los factores de riesgo asociados a su aparición y sus consecuencias en la calidad de vida, aprendizaje y futuro desempeño profesional. Además, está orientada a cono-

cer las intervenciones realizadas para prevenir su aparición o reducir su prevalencia, y los resultados obtenidos al ser llevadas a cabo.

Método

Para la revisión bibliográfica se empleó el software VPN client, que permite acceder a los servicios en línea contratados por la Universidad de Chile. Los buscadores utilizados fueron SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed, MedLine y psiquiatria.com. Incluimos artículos en español e inglés entre los años 1997 y 2014. Se utilizaron distintas combinaciones de palabras claves para la búsqueda de fuentes bibliográficas: Síndrome Burnout, prevalencia, intervenciones en estudiantes, métodos de evaluación y estudiantes de medicina.

Resultados

1. Epidemiología

Este síndrome ha sido estudiado en varias poblaciones del área de salud. Se ha descrito en grupos de enfermeras, médicos e incluso en decanos de escuelas de medicina¹⁵. La prevalencia del síndrome de burnout varía ampliamente de un país a otro, e incluso dentro del mismo país en que se estudie, ya que depende de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realicen los estudios. De allí que la prevalencia reportada oscile entre 17,3¹⁶ y 30%¹⁷ en diferentes regiones de España y se hallen cifras similares en Chile, donde un estudio realizado en profesionales del Hospital Roberto del Río se obtuvo un 31%.¹⁸

El Síndrome de Burnout también puede ser observado en estudiantes de medicina e internos, siendo un fenómeno ampliamente presente en el equipo de salud y en la formación médica según las estadísticas.

Los estudios realizados por Dyrbie et al. en el año 2006 en la Clínica Mayo, revelan que existe un claro deterioro en la salud mental de los estudiantes de medicina durante su formación académica¹⁹. Además, sus estadísticas muestran que la prevalencia de burnout en estudiantes de medicina de Estados Unidos varía entre un 43-45%²⁰. Entre sus conclusiones destaca que la prevalencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina, aumenta conforme avanzan los años de formación. Por otra parte, reveló que otros fenómenos como la depresión y el alcoholismo disminuyen, haciendo del Burnout el fenómeno más prevalente entre los estudiantes de cuarto año. Este aumento en las cifras de Burnout a través de los años, sustenta la teoría de que el Burnout se originaría desde la escuela de medicina. Además señala que su aparición estaría relacionada con los acontecimientos de la vida personal y no sólo con el estrés laboral. Es por esto que enfatiza que los esfuerzos para disminuir la prevalencia del síndrome en estudiantes de medicina deben estar enfocados hacia ambos ámbitos de la vida del alumno (académico y personal).

Un estudio realizado en estudiantes de internado de medicina de la Universidad del Norte en Colombia, reveló que la prevalencia global del síndrome de burnout era de 9,1%. Sin embargo, el 41,8% de los estudiantes presentó un alto agotamiento emocional, incluso en aquellos que

no padecían del síndrome de burnout en sus tres dimensiones. Así mismo, el 76,4% de los internos mostró un alto grado de realización personal y un 54% tiene una baja despersonalización.²¹ Un estudio local realizado en la escuela de medicina de la Universidad San Sebastián²², es uno de los primeros estudios realizados en Chile enfocado en los estudiantes de medicina. La prevalencia de síndrome de burnout severo que se reportó en esa población fue de un 14,28%, lo cual es similar a reportes internacionales.

2. Etiología

Se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en la producción de este síndrome, como por ejemplo: la sobrecarga de trabajo, pacientes difíciles, poco tiempo por consulta, salario subóptimo, mala calidad de las relaciones en el equipo de salud²³. Además, dentro de sus potenciales causas se incluye la dificultad en equilibrar el trabajo y la vida personal.

Dentro del ámbito personal del médico, factores como la personalidad y la motivación profesional (como el arrepentirse de la especialidad elegida) se correlacionan con el Burnout²⁴. En la práctica médica factores como la alta demanda clínica, la necesidad de contratar seguros y mantenerse al día con el avance de la tecnología y los conocimientos, podrían provocar Burnout.²⁵ Sin embargo, no sólo los factores laborales y curriculares se relacionan con el Síndrome de Burnout, sino también los eventos negativos presentes en la vida personal de los sujetos (como muertes, enfermedades importantes, divorcios) están relacionados fuertemente con la incidencia de este síndrome²⁰.

En cuanto a los estudiantes universitarios, se ha

descrito el estrés como factor importante en la etiología de este síndrome. En especial el estrés al enfrentarse a un cambio: una transición entre pasar de ser el estudiante destacado en el colegio a estar rodeado de individuos igualmente destacados; estrés por no poder cumplir con las propias expectativas, y también al verse enfrentados a la necesidad de asimilar muchos contenidos en un intervalo reducido de tiempo²⁶.

El síndrome de Burnout no solo afecta a los trabajadores de la salud, sino que otros profesionales también pueden verse afectados. Se ha observado en profesores japoneses que factores como el estrés, la resiliencia y la vulnerabilidad influyen de forma independiente el agotamiento emocional y la despersonalización. En contraste, sólo la resiliencia influye sobre el sentimiento de logro personal²⁷.

3. Factores de riesgo

Con respecto a la población que practica diariamente el ejercicio de la medicina u otras profesiones de las salud los factores de riesgo se pueden dividir en ocupacionales (u organizacionales) e individuales.

Los factores de riesgo ocupacionales han sido ampliamente estudiados, sin embargo, los resultados no han sido muy consistentes.

Un reciente estudio que evaluó la importancia del “ambiente de trabajo” mostró que en 3.080 estudiantes de medicina norteamericanos, el clima de aprendizaje negativo, dado por factores tales como ausencia de un ambiente de trabajo colaborativo, de rotaciones que promueven el aprendizaje o el apoyo de autoridades, entre otros, se asoció de manera significativa con la prevalencia de Burnout²⁸. Además, este estudio reportó una mayor prevalencia de Burnout en

aquellos estudiantes que tienen turnos nocturnos; pero en forma interesante, mostró que la carga de trabajo (por ejemplo, el número de ingresos) no se asoció a una mayor prevalencia de burnout. Esto podría explicarse porque al estudiante no le preocupa la alta carga laboral a la cual se ve enfrentado, sino que más bien, el “ambiente” en que se enfrenta dicha carga o la “falta de control” sobre la carga laboral que se le ha impuesto.

Otros factores que se han asociado a la presencia de burnout en residentes es la percepción estresante del trabajo, problemas financieros asociados a estos, los conflictos asociados al trabajo en el hogar, el grado de participación en las decisiones clínicas (a mayor participación se reduce el riesgo y aumenta la satisfacción laboral), las largas jornadas de trabajo, la intensidad requerida en éste (número de personas atendidas y/o duración del contacto con el paciente), disponibilidad y uso de soportes sociales (por ejemplo, retroalimentación con los compañeros de trabajo) y la ambigüedad de rol, conflictos de rol y expectativas poco realistas sobre el profesional ²⁹.

Con respecto a los factores de riesgo individuales, algunos estudios han reportado una mayor prevalencia de burnout en hombres, raza blanca, residentes solteros, en quienes refieren conflictos familiares, desempleo o trabajos “part-time” del cónyuge, entre otros. ^{32,30}. Además, en la práctica diaria de la medicina, las personas idealistas, optimistas e ingenuas, que se entregan de forma inconsciente y excesiva al trabajo para tener una buena opinión de sí mismas, están en riesgo de presentar Burnout.

Otros factores de riesgo, estadísticamente menos significativos en residentes son la subespe-

cialidad (médicas versus quirúrgicas), las horas de sueño, el bajo nivel de autonomía en la toma de decisiones, la auto-duda constante, el “papeleo” excesivo, el perfeccionismo, el uso de drogas o tabaco, falta de tiempo para el autocuidado, dificultad con pacientes y familiares complejos, entre otros^{32,31}.

Si bien es cierto que no existen claras diferencias entre las especialidades, éstas afectan diferentes dimensiones. De este modo, se ha descrito una mayor prevalencia de despersonalización en las especialidades quirúrgicas y de cuidados intensivos, a diferencia de especialidades con mayor vinculación con el paciente o contacto con pacientes ambulatorios, que presentan una menor prevalencia de esta dimensión³².

4. Factores protectores

Diversos estudios han mostrado que el uso de terapias de relajación, grupos de soporte por parte de médicos entrenados (“counseling”), tutores en el caso de médicos con mayores responsabilidades (staff jóvenes)³³, uso y disponibilidad de dinero, mayor control sobre rotaciones y horarios, entre otros, se asocian a una menor prevalencia de Burnout.

Otros factores protectores descritos son: estilo de liderazgo democrático, crear instancias que permitan la catarsis en los equipos, establecer condiciones de confianza dentro de los equipos que van desde diversas dinámicas y rituales hasta actividades extra laborales, generación de instancias de descompresión (seminarios, capacitaciones, encuentros profesionales), entre otros. Además existen tareas individuales que contribuyen al autocuidado; dentro de estas se encuentra el reconocimiento de las propias necesidades y molestias (somáticas y psíquicas),

localización adecuada de las responsabilidades, expresar las vivencias de alto impacto emocional con pares u otros individuos capaces de comprenderlo (estrategia de vaciamiento y descompresión), mantener espacios libres de temas laborales y cuidar las relaciones familiares, amorosas y de amistad.³⁵

En estudiantes, la tutoría con un estilo más cercano donde exista un feed-back sobre la práctica diaria, en que se refuerce lo que se está haciendo bien y se corrijan los errores es beneficioso, ya que el tutor puede orientar al estudiante y compartir sus experiencias y estrategias de enfrentamiento²⁶. Se ha planteado la tutoría como una solución para los problemas dados por la disforia, ansiedad y desilusión a lo largo de la formación médica³⁴. La estimulación intelectual del estudiante y el interés de este es fundamental para mantener una buena salud mental³⁵. Investigaciones en estudiantes de pedagogía identifican cuatro fuentes potenciales de sentimiento de autoeficacia³⁶(1) Experiencia adquirida en aquellas oportunidades en que los estudiantes intentan y participan en las tareas en cuestión. (2) Experiencia vicaria, se refiere a las ocasiones en que el estudiante observa o aprende de las experiencias de otra persona. (3) Persuasión verbal se refiere al estímulo que el individuo recibe de otras fuentes. (4) Señales fisiológicas, que son las reacciones de un individuo en relación a la tarea que está realizando.

5. Asociaciones y Consecuencias

El tema es motivo de gran preocupación dentro del equipo médico, por sus repercusiones en el ámbito personal y de la organización laboral; ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción de profesionales y de los pacientes, alta

movilidad laboral, repercusión familiar⁴³⁷. Los residentes que cumplen con criterio de burnout reportan mayores errores médicos³⁸ y niveles sub óptimos en el cuidado de sus pacientes³⁹. Los estudiantes de medicina se enfrentan a grandes dificultades para su bienestar durante la carrera⁴⁰. Numerosos estudios sugieren que la salud mental empeora con el curso de esta^{41,42}⁴³. Algunos estudiantes desarrollan una actitud cínica negativa, disminución de la empatía y optimismo, además del Síndrome Burnout²⁰. Se ha postulado que el bienestar del estudiante es el precursor del bienestar del médico, por lo que el autocuidado representa un aspecto crítico en la formación²⁶.

Un estudio publicado por Dyrbye et al. (2008), mostró que en un grupo de estudiantes de medicina la prevalencia de burnout fue de aproximadamente 50% y que un 10% tuvo ideación suicida durante alguna etapa de su formación universitaria. También evidenció que las intervenciones con el fin de disminuir la prevalencia del Burnout estaban asociadas a la disminución de esta ideación suicida.

Se ha asociado el Síndrome Burnout en mujeres con microinflamación, expresada como aumento de PCR y fibrinógeno, lo que se traduce en un aumento del riesgo cardiovascular⁴⁵. En un estudio en que participó un grupo de 230 mujeres trabajadoras de Estados Unidos, elegidas de forma aleatoria, se detectó que el grupo de mujeres con burnout son más propensas a comer de forma emocional (aumentan la ingesta ante el estrés, ansiedad o tristeza) y descontrolada, además de tener una menor capacidad de cambiar su conducta alimentaria⁴⁶. Estas asociaciones no han sido reportadas en hombres.

6. Estrategias de intervención

Los programas de intervención se desarrollan a tres niveles estratégicos: a) Individual, considerando estrategias de afrontamiento al estrés; b) Interpersonal, potenciando la formación de habilidades sociales y las estrategias relacionadas con el apoyo social en el trabajo; y c) Organizacional, eliminando o disminuyendo estresores del entorno institucional⁴⁷.

A nivel individual, las estrategias se centran en la adquisición y mejora de estilos de afrontamiento. Según Matteson e Ivancevich⁴⁸ se clasifican en: 1) Programas dirigidos a estrategias instrumentales (para la solución de problemas) y, 2) Programas dirigidos a estrategias paliativas (para el manejo de las emociones asociadas).

Dentro de los primeros, se ubican las técnicas de resolución de problemas y asertividad, manejo del tiempo en forma eficaz, optimización de la comunicación, cambios en el estilo de vida, etc. Entre los segundos, cabe destacar al entrenamiento y adquisición de habilidades para expresión de emociones, el manejo de sentimientos de culpa y la relajación. Los afrontamientos activos o centrados en la solución del problema están considerados los más efectivos para la prevención y manejo del Burnout^{49, 50}.

Otras estrategias recomendadas desde la perspectiva individual son: aumentar la competencia profesional propiciando la investigación y la formación continua; rediseñar la ejecución, haciendo las cosas de forma diferente; distracciones extralaborales, practicando ejercicios físicos, deportes, relajación, teniendo algún hobby particular; tomar pequeños momentos de descansos (pausas) durante el trabajo; autoproyectar objetivos reales y factibles de alcanzar; y como último recurso para no abandonar la profesión: cambiar

de puesto dentro o fuera de la institución.

La mayoría de las estrategias que abordan la prevención del burnout desde la perspectiva grupal recomiendan fomentar el apoyo social por parte de compañeros y jefes⁴⁸.

Las experiencias obtenidas demuestran que el apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas negativas hacia otros^{52,53,54,55}.

Al desarrollo de habilidades sociales en grupo para la prevención del Burnout se han dedicado pocos estudios. Con las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales se instruyen, modelan, refuerzan, ensayan y generalizan conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral-profesional y personal, siguiendo una secuencia que tiene objetivos bien determinados. El desarrollo de habilidades comunicativas con estas técnicas es relevante para los profesionales de la salud y los representantes de muchas otras profesiones de ayuda a terceros⁵⁶.

Las estrategias organizacionales más relevantes son: los programas de socialización anticipatoria para prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias⁴⁸, haciendo que se experimenten situaciones laborales antes de que el profesional comience su vida laboral, en un contexto de prueba que permite desarrollar estrategias constructivas; los programas de evaluación y retroinformación que fomentan la evaluación como “desarrollo” y no como “juicio”⁴⁸, y los programas de desarrollo organizacional con el fin de mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos eficaces, con un esfuerzo sistemático y planificado, focalizado a largo plazo en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la institución⁵⁵.

Otra estrategia es el rediseño de la realización de las tareas, que puede facilitar la disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales. El facilitar que los profesionales puedan cambiar de actividades y considerar cambios que lleven mejoras de recompensas y de promoción del profesional incrementan la responsabilidad, la participación en la toma de decisiones y la autonomía⁴⁸. Orlowsky, Gullledge (1986)⁵⁹ y Bolle (1988)⁶⁰ proponen que se facilite y promuevan las reuniones multidisciplinarias con periodicidad, se formen grupos de trabajo con flexibilidad laboral (rotación programada, cambio de horarios, etc.). Maslach (1982)⁵⁷ y Orlowsky y Gullledge (1986)⁵⁹ recomiendan disponer de un equipo de especialistas de ayuda (psicólogos, terapeutas) a profesionales con problemas.

Como puede observarse, las estrategias y procedimientos a usar en la prevención y control del Burnout son muy diversos. Hay que elegir cuidadosamente aquellos que deberán usarse en el marco de “paquetes” de intervención ante cada situación específica.

Un estudio realizado en Residentes de Pediatría en Brasil muestra el impacto de una intervención breve basada en talleres de auto-cuidado durante dos meses. Como resultado de esta intervención se observó que no hubo diferencia significativa en la prevalencia de burnout entre las cifras encontradas al principio y al final del estudio en el grupo experimental, ni con respecto al grupo control. La única diferencia observada fue una mejora con respecto a la despersonalización en el grupo experimental.⁶¹

En otra experiencia realizada en Madrid, se evaluó la influencia que tuvo una intervención psicoterapéutica grupal intensiva sobre el estrés

y el burnout en un equipo de enfermería oncológica. La intervención realizada consistió en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, llevadas a cabo en forma intensiva, a través de la convivencia del grupo durante tres días en un alojamiento situado en un entorno natural de montaña. Los resultados de este estudio muestran que después de un mes de la intervención psicoterapéutica, el grupo experimental había presentado una mejoría significativa en cuanto a la ansiedad y de la realización, igualmente se produjo en este período un gran efecto positivo sobre el cansancio emocional⁶².

En una revisión hecha por McCray LW. et al. se encontraron 9 estudios sobre intervenciones entre los años 1966 y 2007. En resumen estas intervenciones incluían talleres de grupo, programa de ayuda para residentes, intervenciones de auto-cuidado, grupos de apoyo, sesiones didácticas, manejo de estrés, estos talleres se realizaron solos o combinados.^{64,65 66,67 68,69 70,71,72} Ver tabla 1.

Tabla 1: *POI–Personal Orientation Inventory, MBI–Maslach Burnout Inventory, LES–Life Experiences Survey, ESSI–Stress Systems Instrument, AUDIT–Alcohol Use Disorders Identification Test, BDI–Beck Depression Inventory, MEQL–Medical Education Quality of Life Questionnaire, MMPI–Minnesota Personality Inventory, STAI–State-Trait Anxiety Scale, POMS–Profile of Mood States*

	n	Period of Study	Sample	Study Design	Intervention	Measures	Findings	SORT
Bair et al, ³¹ 1986.	?	?	Residents and nurses at Evanston Hospital, Evanston, Ill	Longitudinal cohort	Nine weekly TEAMS workshops led by psychotherapist and psychiatric resident	POI Written evaluations	Improved measures on POI; improvement in qualitative measures	B-3
Dabrow et al, ³⁶ 2006.	193	1997–2004	Cases (residents and family members) seen in University of South Florida Resident Assistance Program (RAP)	Longitudinal cohort	RAP	Program evaluation of RAP Resident questionnaire	Increased use of RAP over time (177% increase over 3 years), stable resident awareness of RAP (92%–96%)	C-3
Feld et al, ³⁸ 2006.	25	1997–2002	Junior doctors working in palliative medicine in the UK	Pre-post	Doctor's support group–3 weeks	Semi-structured questionnaire	Significant increase in perception of helpfulness/value of support group; qualitative themes explored	B-3
Matthews et al, ³⁷ 1988.	57	1982–1987	Internal medicine residents at University of Connecticut	Longitudinal cohort	Program in personal and professional development for interns (3 full day and 5 ½-day sessions)	Qualitative questions Magnitude estimation of program effectiveness Rating of importance of program	Qualitative improvements in self-awareness, community, willingness to explore feelings, and greater tolerance for frustration. Program rated in middle range as source of support among other supports available to residents.	B-3
McCue et al, ¹⁸ 1991.	63	1991	Internal medicine, pediatric, and med/peds residents in Boston	Non-randomized, controlled trial	Day-long workshop	MBI LES ESSI	Emotional exhaustion decreased in intervention group	B-2
Ospina-Kammerer et al, ³⁵ 2003	24	?	Family medicine residents from the Southeast	Non-randomized, controlled trial	Respiratory One Method (ROM) breathing exercise	MBI	Emotional exhaustion decreased in ROM group	B-2
Ball et al, ³² 2002.	54	?	Medical students from Indiana School of Medicine	Randomized controlled trial	Self-care intervention	AUDI Health Habits Survey BDI-II MEQL Epworth Sleepiness Scale	No difference in ETOH use, depression, or emotional adjustment. Some improvement in sleep hygiene in intervention group	B-2
Mitchell et al, ³³ 1983.	38	1979–1980	Medical students from Creighton Medical School	Randomized controlled trial	Stress management intervention (support group, lecture group, or control)	MMPI BDI STAI	No group differences found in emotional distress	B-2
Rosenzweig et al, ³⁴ 2003.	302	2001	Medical students from Jefferson Medical College, Philadelphia	Non-randomized, controlled trial	Mindfulness-based stress reduction program (MBSR)	POMS	Total mood disturbance decreased in MBSR group	B-2

Durante los últimos años, diversos grupos de investigación se han dedicado a estudiar los aspectos positivos de las personas. Esta nueva área de desarrollo se conoce como Psicología Positiva. Su objetivo es identificar los determinantes individuales y colectivos de las experiencias positivas y desarrollar intervenciones que permitan a los individuos e instituciones lograr satisfacción en la vida y alcanzar un mayor potencial de desarrollo⁷³.

Las intervenciones basadas en Psicología Positiva corresponden a aquellas actividades intencionales o terapias que buscan el cultivo de los pensamientos, emociones y conductas positivas. Dentro de las técnicas específicas que han mostrado beneficio destacan la “resignificación cognitiva”, el “saboreo” y disfrute de logros, la gratitud y bondad hacia los demás, el perdón, la escritura de experiencias positivas, la actitud proactiva y constructiva frente al logro de otros y la meditación. Algunas de estas intervenciones han producido beneficios más allá del simple desarrollo de emociones positivas.; se han asociado a una mejor salud física y menor riesgo y menor sintomatología de depresión clínica⁷⁴.

El efecto beneficioso de este tipo de enfoque psicológico llega más allá del estado de bienestar subjetivo y parece tener un impacto funcional en el cerebro⁷⁵.

El enfoque educacional basado en fortalezas personales valora la importancia del bienestar subjetivo para el éxito académico y el desarrollo armonioso de los estudiantes, promoviendo la implementación de programas educativos que ayuden a los estudiantes a identificar sus propios talentos, desarrollarlos y aplicarlos en un proceso de aprendizaje de excelencia y que favorezcan el desarrollo de virtudes como autoconciencia,

inteligencia emocional, autoeficiencia, resiliencia, optimismo ciones interpersonales⁷⁶.

Varios estudios realizados en prestigiosas universidades como California, Carolina del Norte, Columbia, Harvard, Michigan, Pensilvania y Stanford han demostrado que los estudiantes que desarrollan este conjunto de características positivas, más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales, alcanzan una mayor motivación, mejor rendimiento académico y una mejor formación integral^{77,78,78,80,81,82,83,84,85,86,87}. Existe evidencia experimental que indica que es posible influir positiva y sostenidamente sobre el bienestar subjetivo de las personas mediante la realización sistemática de algunas actividades, tales como la práctica del deporte, la gratitud y el cultivo de la “atención plena” (o “mindfulness”)⁸⁸. El concepto de mindfulness define un estado de atención superior que permite mantener durante situaciones cotidianas una conciencia expandida acerca de uno mismo, el otro y la situación⁸⁹.

Las intervenciones basadas en la práctica de la “atención plena” y el autocuidado son cada vez más frecuentes en la formación de profesionales de la salud y se asocian a reducción del Burnout, ansiedad y otros problemas anímicos en estudiantes de medicina, residentes y médicos.^{90,91}

Por otra parte, un estudio publicado en 2011 en la revista Medical Education indica que la práctica de la “atención plena” no sólo disminuye el estrés, sino que también favorece el desarrollo de actitudes asociadas con el cuidado centrado en el paciente, como la empatía⁹².

Ronald Epstein, académico de la Escuela de Medicina y Odontología de la Universidad of Rochester en Estados Unidos sugiere que esta práctica debiera ser una competencia del pro-

fesionalismo médico que trascienda los conocimientos teóricos y la experiencia clínica y se exprese como la habilidad de estar presente, manteniendo una actitud atenta, curiosa y con la mente abierta, para obtener conciencia del propio trabajo médico⁹¹. Según otros autores, el desarrollo de la atención plena podría ser de utilidad en la reducción de los errores médicos relacionados con la falta de conciencia del médico acerca de sus propios procesos cognitivos y afectivos⁹³.

Los educadores médicos de la Universidad de Rochester conciben la “atención plena” como una experiencia humana natural que puede abordarse mediante distintas actividades cognitivas, físicas y espirituales que incluyen el deporte, la actividad física, y el cultivo de la música⁹⁴. Así, ellos han desarrollado un currículum para el cultivo de la práctica consciente y reportaron recientemente un impacto notable y perdurable sobre el estrés, el estado de ánimo, el burnout, la empatía y el bienestar en médicos de atención primaria inscritos en un programa de educación médica continua⁹⁵.

Por otra parte, existen algunas iniciativas para incorporar la educación basada en el fomento de las fortalezas individuales (strengths-based education) en la formación del médico y otros profesionales de la salud⁹⁶. Estas iniciativas buscan promover el bienestar y florecimiento de los estudiantes y la formación de profesionales preparados para promover la salud en su sentido más amplio. Este enfoque promueve el espíritu de descubrimiento, la reflexión crítica y la revisión de prejuicios y estereotipos, lo que redundará en un mayor bienestar y empoderamiento de los estudiantes⁹⁷.

Por parte del docente, el fomento de las forta-

lezas individuales en los estudiantes implica un cambio de perspectiva desde un rol directivo a uno cooperativo y de la confianza en el conocimiento experto del instructor clínico a la exploración de las habilidades, conocimientos y recursos del estudiante⁹⁸. En este paradigma, el docente ayuda al estudiante a identificar áreas de aprendizaje y crecimiento y a construir sobre sus fortalezas y habilidades existentes. Esto no libera al docente de la responsabilidad de señalar las áreas problemáticas, pero permite el trabajo en un contexto positivo, de valoración del estudiante como un ser integral.

En suma, en la actualidad un número pequeño pero creciente de escuelas de medicina está incorporando en su currículum actividades e intervenciones basadas en la psicología positiva, destinadas a reducir el estrés, promover la atención plena y el profesionalismo y apoyar el desarrollo de los estudiantes basado en sus fortalezas personales. Además, estas iniciativas podrían ser un comienzo promisorio si las Facultades de Medicina aspiran a formar profesionales de la salud que sean también expertos en promover el bienestar y florecimiento de sus pacientes y estudiantes.

Discusión

Considerando que el estudiante de medicina forma parte esencial del equipo médico, especialmente durante el internado, resulta de vital importancia la detección, tratamiento y estudio del síndrome de burnout sin dejar de lado otros aspectos de la salud mental de los estudiantes, ya que existe amplia evidencia sobre su influencia en la calidad de vida y el desempeño estudiantil y posteriormente laboral de las personas que lo padecen.

Pese a sus importantes consecuencias, existen escasos estudios en la población de Estudiantes de Medicina en Chile, por lo que queda pendiente para un próximo trabajo, llevar a cabo un estudio de investigación a nivel local en los estudiantes de medicina, con el objetivo de proponer intervenciones para el manejo y/o prevención de esta patología entre nuestro estudiantes.

- ECKLEBERRY-HUNT J, LICK D, BOURA J, HUNT R, BALASUBRAMANIAM M, MULHEM E, et al. An exploratory study of resident burnout and wellness. *Acad Med.* 2009; 84: 269-77.
- Douglas Greig Undurraga, Ximena Fuentes Martínez. "Burnout" o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina. *Rev Chil Cardiol* 2009; 28: 403-407.
- GABBE SG, WEBB LE, MOORE DE JR, MANDEL LS, MELVILLE JL, SPICKARD WA JR. Can mentors prevent and reduce burnout in new chairs of departments of obstetrics and gynecology: results from a prospective, randomized pilot study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198:653-57
- Budderberg-Fischer B, Herta KD: Formal mentoring programmes for medical students and doctors- a review of the medline literature. *Med Teach* 2006;28:248-257.
- Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, et al: How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18
- Bandura, A. [1997]. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Michie S, Williams S. Reducing work-related psychological ill health and sickness: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003;60[1]:3-9
- West CP, Huschka MN, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with residents distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296[9]:1071-8
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136[5]:358-67
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanfelt TD: Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006; 81: 354-373.
- Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, et al: Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001; 64:69-79
- Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, et al: A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med* 1997; 72:542-546
- Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, et al: First year medical students stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* 2004; 38: 482-491
- Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med* 2008; 149[5]: 334-341.
- Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology* 2005, Vol. 10, No. 4, 344-362
- Nina J Nevanpera", Leila Hopsu, Eeva Kuosma, Olavi Ukkola, Jukka Uitti, and Jaana H Laitinen. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *American Journal of Clinical Nutrition* 2012.
- BURNOUT: UNA AMENAZA A LOS EQUIPOS DE SALUD Dr. Jorge A. Grau Abalo Lic. Margarita Chacón Roger Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - INOR La Habana, Cuba Conferencia Presentada en la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud - Asociación Colombiana de Psicología de la Salud -ASOCOPSSIS- Seccional Valle del Cauca, Agosto de 1998.
- Matteson MT, Ivancevich JM. Controlling work stress. Effective human resource and management strategies. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
- Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *J of Organizational Behavior* 1991; 12 [2]: 123-44.
- Ceslowitz SB. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *J of Advanced Nursing* 1989; 14 [7]: 553-58.
- Shinn M, Morch H. A tripartite model of coping with burnout. In: Farber Ba [Ed] Stress and burnout in human services professions. NY: Pergamon Press, 1983: 227-40.
- Leiter MP. Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies* 1988; 13 [1]: 111-28.
- Pines A. Burnout. In: Goldberger L, Breznitz Sh [Eds]. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, 2a ed. NY: Free Press, 1993: 386-402.
- Taerk G. Psychological support of oncology nurses: a role for the liaison psychiatrist. *Canadian J of Psychiatry* 1983; 28: 532-35
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997
- Grau J. El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en el equipo de cuidados paliativos. *Cuadernos de Psicología de la Salud Higia* 1996; 1: 1-26.
- Maslach C. Burnout: the cost of caring. NY: Prentice Hall Press, 1982.
- Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. NY: Human Sciences Press, 1980
- Orlowsky JP, Gullede AD. Critical care stress and burnout. *Critical Care Clinics* 1986; 2 [1]: 173-81.
- Bolle JL. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *The Nurses Clinics of North America* 1988; 23 [4]: 843-50.
- MARTINS, Andrea E. et al. Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *J. Pediatr.* [Rio J.] [online]. 2011, vol.87, n.6 [cited 2012-08-26], pp. 493-498
- Jerónima Vázquez-Ortiz, M^a Jesús Vázquez-Ramos, Marta Álvarez-Serrano, María Reyes-Alcaide, Rosario Martínez-Domingo, Marta Nadal-Delgado y Juan Antonio Cruzado. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva

- realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica TAMBIÉN FALTA EL AÑO
- Laura W. McCray, Peter F. Cronholm, Hillary R. Bogner, Joseph J. Gallo, Richard A. Neill. Resident Physician Burnout: Is there hope? *Fam Med*. Author manuscript; available in PMC 2010 July 14. Published in final edited form as: *Fam Med*. 2008 October; 40[9]: 626-632.
- McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med*. 1991;151[11]:2273-2277.
- Bair JP, Greenspan BK. TEAMS: teamwork training for interns, residents, and nurses. *Hosp Community Psychiatry*. 1986;37[6]:633-635.
- Ball S, Bax A. Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. *Acad Med*. 2002;77[9]:911-917.
- Mitchell RE, Matthews JR, Grandy TG, Lupo JV. The question of stress among first-year medical students. *J Med Educ*. 1983;58[5]:367-372.
- Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Hojat M. Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teach Learn Med*. 2003;15[2]:88-92.
- Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the respiratory one method [ROM] in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *Int J Emerg Ment Health*. 2003;5[1]:29-32.
- Dabrow S, Russell S, Ackley K, Anderson E, Fabri PJ. Combating the stress of residency: one school's approach. *Acad Med*. 2006;81[5]:436-439.
- Matthews DA, Classen DC, Willms JL, Cotton JP. A program to help interns cope with stresses in an internal medicine residency. *J Med Educ*. 1988;63[7]:539-547.
- Feld J, Heyse-Moore L. An evaluation of a support group for junior doctors working in palliative medicine. *Am J Hosp Palliat Care*. 2006;23[4]:287-296.
- Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 2000; 55: 5-14.
- PEDRALS G, Nuria; RIGOTTI R, Attilio y BITRAN C, Marcela. Aplicando psicología positiva en educación médica. *Rev. méd. Chile* [online]. 2011, vol.139, n.7 [citado 2012-12-06], pp. 941-949 .
- Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* 2008; 12: 163-9.
- López SJ. Positive psychology and higher education. 2006; acceso vía <http://www.scribd.com/doc/18679036/Positive-Psychology-and-Higher-Education>.
- Reschly, Huebner ES, Appleton J, Antaramian S. Engagement as flourishing: The contribution of positive emotions and coping to adolescents' engagement at school and with learning. *Psychol in Schools* 2008; 45: 419-31.
- Huebner ES, Gilman R, Reschly A, Hall R. Positive schools. In SJ López C. Snyder [Eds.] *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 2009.
- Duckworth AL, Seligman MEP. Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. *Psychol Sci* 2005; 16: 939-44.
- Judge TA, Hurst C. Capitalizing on one's advantages: Role of core self-evaluations. *J Appl Psychol* 2007; 92: 1212-27.
- Sangsue J, Vorpe G. Professional and personal influences on school climate in teachers and pupils. *Psychol Trav Organ* 2004; 10: 341-54.
- Goddard RD, Hoy WK, Wolkoff-Hoy AW. Collective efficacy beliefs: theoretical developments, empirical evidence, and future directions. *Educ Res* 2004; 33: 3-13.
- Hoy WK, Tater CJ, Wolkoff-Hoy AW. Academic optimism of schools: A force for student achievement. *Am Educ Res J* 2006; 43:425-46.
- Schreiner LA, Anderson E. Strengths-based advising: A new lens for higher education. *NACADA J* 2005; 25: 20-9.
- Clifton DO, Anderson E, Schreiner LA. *StrengthsQuest: discover and develop your strengths in academics, career, and beyond*. Washington, DC: Gallup, Inc, 2005.
- Seligman MEP, Ernst RM, Gillham J, Reivich K, Linkins M. Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Ox Rev Educ* 2009; 35: 293-311.
- Goddard, R. D. Relational networks, social trust, and norms. A social capital perspective on students' chances of academic success. *Educ Eval Policy Anal* 2003; 25: 59-74.
- Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60: 410-21.
- Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-9.
- Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med* 1998; 21 [6]: 581-99.
- Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan Y. Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. *Medical Education* 2007; 41: 258-64.
- Warnecke E, Quinn S, Ogden K, Towle N, Nelson M. A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. *Med Educ* 2011; 45:381-8
- Sibinga E, Wu A. Clinician Mindfulness and Patient Safety. *JAMA* 2010; 304 [22]: 2532-3. [<http://www.urmc.rochester.edu/education/md/mp/mindful-practice.cfm>]
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009; 302: 1284-93.
- Cederbaum J, Klusaritz H. Clinical Instruction: Using the Strengths-Based Approach with Nursing Students. *J Nurs Ed* 2009; 48 [8]: 423.
- Cadell S, Fletcher M, Makkappallil-Knowles E, Caldwell S, Wong L, Bodurtha D, et al. The use of the arts and the strengths perspective: The example of a course assignment. *Soc Work Educ* 2005; 24: 137-46.
- Cox AL. BSW students favor strengths/empowerment based generalist practice. *J Contemp Human Serv* 2001; 82: 305-13.