

ORIGINAL

Síndrome de desgaste profesional. Estudio descriptivo en residentes de Pediatría en España

Matheus Zeferino Feltrin¹, Arístides Rivas García^{1,2}, Estíbaliz López-Herce Arteta¹, Alejandro Domarco Manrique¹, Jorge Lorente Romero^{1,2}, María Concepción Míguez Navarro^{1,2}

¹Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid

Recibido el 6 de octubre de 2022

Aceptado el 13 de diciembre de 2022

Palabras clave:

Desgaste profesional
Agotamiento laboral
Distrés emocional
Estrés emocional
Pediatría

Key words:

Professional burnout
Occupational burnout
Emotional distress
Emotional stress
Pediatrics

Dirección para correspondencia:

Dr. Matheus Zeferino Feltrin.
Pediatría. H. Materno Infantil Gregorio
Marañón. C/ O'Donnell, 48, 28009 Madrid.
Correo electrónico:
matheuszeferino@gmail.com

Estudio expuesto como Comunicación
Oral en la XXIV Reunión de la Sociedad
Española de Urgencias de Pediatría.
Murcia, del 9 a 11 de mayo de 2019

Resumen

Introducción: El síndrome de desgaste profesional (burnout) es una situación de estrés crónico derivada del estrés laboral que tiene una prevalencia en médicos del 30% al 69%. Algunas características del médico interno residente (MIR) podrían hacerle más vulnerable a dicho síndrome. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de burnout en los MIR de Pediatría de hospitales españoles y factores de riesgo relacionados con la presencia del mismo.

Material y métodos: Estudio de encuestas transversales multicéntrico realizado entre octubre-2018 y enero-2019. La presencia de burnout se evaluó a través del cuestionario *Maslach Burnout Inventory*. Se distribuyó a MIR de Pediatría de hospitales españoles a través de listas de distribución de correo electrónico y redes sociales de grupos MIR vinculados a la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

Resultados: Se analizaron 397 encuestas de 68 hospitales. Se identificó burnout en el 59,9% (IC95%: 56,3-66,6%) de los MIR. En el análisis multivariable se encontró un riesgo de burnout significativamente menor en aquellos que asistían a más cursos o congresos al año (OR: 0,82; IC95%: 0,73-0,91 por cada curso), en los MIR con hijos ($p=0,041$. OR: 0,35; IC95%: 0,13-0,95) y en los que contaban con Adjunto de Urgencias durante las guardias ($p=0,03$. OR: 0,61; IC95%: 0,39-0,95). Se encontró mayor riesgo en los MIR-3 comparados con los MIR-4 ($p=0,002$. OR: 2,71; IC95%: 1,44-5,07) y al aumentar la relación MIR/adjunto supervisor ($p=0,037$. OR: 1,27; IC95%: 1,02-1,59 por cada MIR a cargo).

Conclusiones: La prevalencia de burnout en la muestra estudiada es elevada. Estimular la asistencia a cursos, junto a la presencia de una supervisión cuali y cuantitativamente adecuada en Urgencias, podrían contribuir a prevenir el desgaste profesional en este grupo de facultativos.

BURNOUT SYNDROME: A DESCRIPTIVE STUDY IN PEDIATRIC RESIDENT PHYSICIANS IN SPAIN

Abstract

Introduction: Burnout is a syndrome resulting from chronic work-related stress with a prevalence in physicians of 30 to 69%. Certain characteristics of the medical residents may make them more vulnerable to this syndrome. The aim of this study was to describe the prevalence of burnout among pediatric residents in Spanish hospitals and to identify burnout-related risk factors.

Material and methods: A multicenter, cross-sectional survey study was conducted between October 2018 and January 2019. The presence of burnout was assessed using the

Maslach Burnout Inventory questionnaire. The survey was distributed among residents in pediatrics at Spanish hospitals through e-mail lists and social networks of resident's groups associated with the Spanish Association of Pediatrics and the Spanish Society of Pediatric Emergencies.

Results: 397 surveys from 68 hospitals were analyzed. Burnout was identified in 59.9% (95% CI, 56.3-66.6%) of the residents. In the multivariate analysis, a significantly lower risk of burnout was observed in those who attended more courses or congresses per year (OR, 0.82; 95% CI, 0.73-0.91 for each course attended), in residents who had children ($p=0.041$; OR, 0.35; 95% CI, 0.13-0.95), and in those who had an emergency department attending during their duty ($p=0.03$; OR, 0.61; 95% CI, 0.39-0.95). A higher risk was found in third year compared to fourth-year residents ($p=0.002$; OR, 2.71; 95% CI, 1.44-5.07), and when the resident/attending ratio increased ($p=0.037$; OR, 1.27; 95% CI, 1.02-1.59 per resident in charge).

Conclusions: In our study sample, the prevalence of burnout was high. Attendance to courses and the presence of qualitatively and quantitatively adequate supervision in the emergency department may contribute to the prevention of professional burnout in this group of physicians.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de desgaste profesional o síndrome de burnout (del inglés, *occupational Burnout*), descrito por primera vez en 1969 por H.B. Bradley, consiste en la evolución del estrés laboral hacia un estado de estrés crónico⁽¹⁾. Posteriormente, Maslach y Jackson sentarían las bases para el estudio de este síndrome a través de la herramienta de medida denominada *Maslach Burnout Inventory*⁽²⁾. Según estas autoras, incluye tres componentes: el cansancio emocional (pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo); la despersonalización (con conducta de rechazo a los pacientes a los que se culpa de su situación, burocratizando su relación con ellos), y, por último, el sentimiento de baja realización personal con el trabajo (irritabilidad, baja productividad y tendencia a evaluar negativamente su actividad laboral)⁽²⁾.

Numerosos factores emocionales, conductuales, sociales, psicosomáticos y familiares se han asociado a la presencia de este síndrome, generando pérdida de eficacia y rechazo de sus labores diarias y, como consecuencia, una relación médico-paciente distante, incremento del absentismo e incluso el deseo de cambio de trabajo⁽³⁾.

Actualmente existe una alta prevalencia de desgaste profesional en el personal médico y especialmente en el personal de Urgencias⁽⁴⁾.

Además, dentro del personal sanitario que realiza atención en Urgencias, el médico interno (MIR), todavía en período de formación y con un trayecto profesional más corto, podría carecer de herramientas emocionales para sobrellevar las exigencias físicas y psicológicas de su trabajo, siendo más susceptible a sufrir dicho síndrome⁽⁵⁾.

Dado que no se conoce la situación real de los MIR de Pediatría en España respecto al síndrome de desgaste profesional, se plantea un estudio cuyo objetivo principal es conocer la prevalencia del síndrome de burnout (SBO) en este grupo de médicos con actividad en Urgencias de Pediatría. Secundariamente, se pretende conocer los factores relacionados con la presencia de este síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de encuestas transversales y multicéntrico, realizado entre los MIR de la especialidad de Pediatría y Áreas Específicas entre octubre de 2018 y enero de 2019.

Selección de la muestra

Se incluyó a todos los MIR que cumplimentaron la encuesta y realizaban guardias de 17 a 24 horas en Urgencias de Pediatría de un hospital español.

Se excluyó a todo aquel MIR de especialidad diferente a Pediatría, que realizara guardias de menos de 17 horas en una Urgencia pediátrica, que no hubiese realizado guardias durante al menos 3 meses en el último año, que se encontrara realizando una rotación externa fuera de España, así como aquellos en situación de incapacidad temporal.

Las encuestas se enviaron a través de listas de distribución de correo electrónico y redes sociales de grupos MIR vinculados a la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Dado que esta distribución no fue estrictamente controlada, para calcular la proporción de respuesta se consideró recibida por todos aquellos MIR pertenecientes a hospitales donde al menos un MIR completó el formulario. Se interpretó como no recibida por los MIR de hospitales donde ninguno de sus MIR participó.

Variabes y método de medida de resultados

Las encuestas fueron difundidas en formato "formulario de Google" y se solicitó la cumplimentación de forma voluntaria, individual y anónima. No existió ningún tipo de remuneración por participar. El cuestionario constaba de dos partes: una primera con datos sociodemográficos y laborales, y una segunda constituida por el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* en su versión española para personal sanitario.

Maslach Burnout Inventory consta de 22 ítems que exploran los tres componentes del burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) (Anexo 1). Cada

ítem consiste en una frase y el encuestado debe elegir, de entre las seis opciones de frecuencia en las que se sugiere que ocurre lo que la frase expresa, la que más se ajusta a su situación. A cada opción se le asigna un valor de 0 a 6 en la escala de Likert y la puntuación total se obtiene sumando los valores de cada ítem⁽²⁾.

Se definió la presencia de burnout cuando coexistieron valores moderados o altos en las subescalas Cansancio emocional (≥ 19) y Despersonalización (≥ 6), junto a moderados o bajos en Realización personal (≤ 39)⁽⁶⁾ (Tabla 1).

Se definió burnout de alto grado cuando coexistieron valores altos en las subescalas Cansancio emocional (≥ 27) y Despersonalización (≥ 10) junto a bajos en Realización personal (≤ 33)⁽⁶⁾.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows. Las variables cualitativas se expresarán como frecuencias absolutas y porcentajes, y las cuantitativas como medias y desviación estándar (DE) o mediana e intervalo intercuartílico (IQI), en función de la simetría de la distribución. Para establecer la asociación univariable entre la presencia de burnout y variables cualitativas se recurrió al test de Chi-cuadrado, y la asociación con variables cuantitativas a *t* de Student o U de Mann-Whitney. La intensidad de esta asociación se determinó mediante odds ratio y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se elaboró un modelo de regresión logística multivariable por pasos hacia atrás, partiendo de aquellas variables con tendencia a la significación determinada en el análisis univariable ($p < 0,10$). Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se recibieron 398 encuestas, una de las cuales fue excluida por tratarse de un MIR que actuaba fuera de territorio español. Por tanto, se analizaron 397 formularios procedentes de 68 hospitales distribuidos por todo el territorio español, incluyendo todas las Comunidades Autónomas excepto Navarra.

Se estimó una tasa de respuesta del 28,3% (entendiéndose como recibida por un total de 1.404 MIR).

Características de la muestra

De los encuestados, 319 fueron mujeres (80,4%) con una media de edad de 28,0 años (DE: 2,7 años); 288 (72,5%) estaban casados o con pareja estable, y 22 (5,5%) tenían hijos; 83 (20,9%) fueron MIR de primer año, 101 (25,4%) de segundo, 93 (23,4%) de tercero y 120 (30,2%) de cuarto año; 323

TABLA 1. Maslach Burnout Inventory. Subescalas y clasificación según su puntuación.

Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Escala MBI
≤ 18	≤ 5	≥ 40	Bajo
19-26	6-9	34-39	Moderado
≥ 27	≥ 10	≤ 33	Alto

pertenecían a hospitales de tercer nivel asistencial (81,4%), hacían una mediana de seis guardias al mes (IQI: 5-6), cinco en Urgencias (IQI: 3-5) y estaban supervisados con una distribución de 1,5 MIR por cada adjunto (IQI: 1-2) en sus guardias de Urgencias. Y 222 MIR (55,9%) reconocían no tener adjuntos con formación específica de Urgencias en sus guardias.

Presencia de burnout

Se identificó burnout en 238 MIR (59,9%; IC95%: 55,1-64,8%), clasificándose como de alto grado en 94 (23,7%; IC95%: 19,5-27,9%).

La esfera con mayor afectación fue la Realización personal (84,1%; IC95%: 80,5-87,7%) seguida de la Despersonalización (80,4%; IC95%: 76,4-84,3%) y el Cansancio emocional (72,0%; IC95%: 67,6-76,5%) (Tabla 2), mostrando alteración de al menos una de ellas 372 encuestados (93,7%).

No se encontraron diferencias en función de la Comunidad Autónoma a la que pertenecían ($p = 0,370$).

En la Tabla 3 se muestra la asociación entre la presencia de burnout y algunos factores sociodemográficos y laborales de los MIR. La intensidad de esa asociación en análisis uni y multivariable se muestra en la Tabla 4.

Tener hijos (OR: 0,36; IC95%: 0,13-0,95), la presencia de adjuntos específicos de Urgencias en las guardias (OR: 0,62; IC95%: 0,40-0,97) y la asistencia a cursos de formación (OR: 0,82; IC95%: 0,74-0,92; por cada curso) pareció influir como factores protectores independientes de SBO. Mientras que el 3^{er} año de residencia frente al cuarto (OR: 2,69; IC95%: 1,44-5,04) y el aumento de la relación número de MIR por cada adjunto supervisor durante las guardias de Urgencias (OR: 1,27; IC95%: 1,02-1,59; por cada MIR extra a cargo de un adjunto) se relacionaron de forma independiente con mayor presencia de SBO.

DISCUSIÓN

Aunque no se trate del primer trabajo que aborda el desgaste profesional en pediatras españoles, sí parece ser el primero multicéntrico centrado en MIR de Pediatría representativo de todo el territorio nacional.

TABLA 2. Subescalas y grado de afectación en relación al síndrome de burnout.

	Nivel bajo N (%)	Nivel medio N (%)	Nivel alto N (%)	Puntuación media (DE)
Cansancio emocional	111 (28,0)	112 (28,2)	174 (43,8)	25,0 (10,0)
Despersonalización	78 (19,6)	94 (23,7)	225 (56,7)	11,1 (5,9)
Realización personal	194 (48,9)	140 (35,3)	63 (15,9)	33,2 (6,5)

Los valores se expresan en número absoluto y porcentaje. Con fondo gris los niveles de cada subescala que definen el síndrome de burnout.

TABLA 3. Asociación entre factores sociodemográficos y laborales con síndrome de burnout.

		Con burnout		Total en la muestra	p valor
		N	%	N	
Sexo	Hombre	44	56,4	78	0,477
	Mujer	194	60,8	319	
Relaciones personales	Casado	22	53,7	41	0,509
	Pareja estable	151	61,1	247	
	Soltero	65	60,2	108	
	Divorciado/separado	0	0	1	
Hijos	Sí	9	40,9	22	0,061
	No	229	61,1	375	
Convivencia	Solo	38	61,3	62	0,882
	Pareja	104	58,8	177	
	Padres	35	56,5	62	
	Otros familiares	5	71,4	7	
	Compañeros de piso	56	62,9	89	
Vivir en misma ciudad que padres	Sí	96	61,5	156	0,603
	No	142	58,9	241	
Tienes un grupo de amigos	Sí	210	59,0	356	0,250
	No	28	68,3	41	
Medio de transporte para desplazarse al trabajo	Sí	181	60,1	301	0,895
	No	57	59,4	96	
¿Has acudido a algún profesional de salud mental por presión académica o laboral previo a residencia?	Sí	22	68,8	32	0,289
	No	216	59,2	365	
Año de Residencia	1º	50	60,2	83	0,021
	2º	56	55,4	101	
	3º	68	73,1	93	
	4º	64	53,3	120	
Nivel asistencial del hospital	Tercer nivel	198	61,3	323	0,251
	Segundo nivel	40	54,1	74	
¿Consideras que en tu Urgencia hay una alta carga asistencial?	Sí	207	61,8	335	0,082
	No	31	50,0	62	
¿Hay adjuntos con formación específica de Urgencias durante las guardias?	Sí	94	53,7	175	0,024
	No	144	64,9	222	
¿Existe buen ambiente de trabajo en tu centro?	Sí	210	59,5	353	0,597
	No	28	63,6	44	
¿Consideras tu nivel de responsabilidad adecuado a tu año de residencia?	Sí	179	57,0	314	0,014
	No	59	72,0	82	
¿Adecuada formación en investigación en su centro?	Sí	58	53,2	109	0,092
	No	180	62,5	288	
¿En su centro se estimula la participación en publicaciones científicas?	Sí	64	51,2	125	0,016
	No	174	64,0	272	
¿La remuneración que percibe es adecuada?	Sí	63	55,3	114	0,226
	No	175	61,8	283	
Número de cursos de formación a los que ha asistido en el último año*		2	1-4	3(2-5) ^a	0,001
Edad (años)**		27,8	2,4	28,0 (2,9) ^a	0,474
Número de guardias/mes*		5	5-6	6 (5-6) ^a	0,244
Número de guardias/mes en Urgencias*		5	3-5	5 (3-5) ^a	0,893
Relación MIR/Adjunto**		1,8	1,2	1,5 (0,8) ^a	0,004

Los datos se expresan en valor absoluto (N) y porcentajes (%). *Los datos se expresan en mediana e intervalo intercuartílico. **Los datos se expresan en media y desviación estándar. ^aValores correspondientes al grupo sin burnout.

TABLA 4. Intensidad de la asociación entre variables sociodemográficas y laborales y el síndrome de burnout. Análisis uni y multivariable.

	Análisis univariable				Análisis multivariable			
	OR	IC 95%	p valor	OR	IC 95%	p valor	p valor	
Hijos (sí)	0,44	0,18	1,06	0,061	0,36	0,133	0,952	0,040
Año de Residencia								
1º	1,33	0,75	2,34	0,330	1,19	0,64	2,19	0,587
2º	1,09	0,64	1,85	0,754	1,15	0,65	2,03	0,635
3º	2,38	1,33	4,26	0,004	2,69	1,44	5,04	0,002
4º	**	**	**	**	**	**	**	**
Alta carga asistencial (sí)	1,62	0,94	2,79	0,082	1,54	0,84	2,82	0,160
Hay adjuntos de Urgencias (no)	1,59	1,06	2,39	0,024	0,62	0,40	0,97	0,035
Responsabilidad adecuada (no)	1,47	1,09	1,97	0,014	1,33	0,97	1,83	0,078
Adecuada formación en investigación (no)	1,47	0,94	2,29	0,092	1,12	0,62	2,02	0,711
Participación en publicaciones (no)	1,69	1,10	2,60	0,016	1,39	0,86	2,25	0,183
Número de cursos de formación ^a	0,84	0,76	0,93	0,001	0,82	0,74	0,92	0,001
Relación MIR/Adjunto	1,33	1,07	1,64	0,004	1,27	1,02	1,59	0,037

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95%; MIR: médico interno residente. **Categoría de referencia, los valores del resto de años de residencia se expresan respecto al 4º año. ^aRiesgo referido por cada curso de formación realizado.

El médico MIR, especialista en formación, posee distintas características que predisponen o aumentan el riesgo de desarrollo de burnout, frente a aquellos profesionales que han finalizado la misma, como se ha postulado previamente⁽⁵⁾. La relevancia del estudio del SBO radica en las consecuencias que este genera tanto en el profesional médico, llevando a una insatisfacción laboral y deseo de cambio de puesto de trabajo^(3,7), como en los pacientes, ya que se relaciona de manera clara con la calidad de la atención médica⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La prevalencia de burnout observada entre los médicos residentes de Pediatría de España (cerca al 60%), representa una cifra elevada y preocupante. La esfera más afectada, al igual que en otras series de nuestro entorno⁽³⁾, fue la de realización personal. Esta coincidencia sugiere la existencia de un problema endémico que impide a gran parte de los facultativos españoles de cualquier categoría, cumplir sus expectativas laborales.

Este resultado se sitúa en un punto medio si los comparamos con los obtenidos entre facultativos y MIR de Estados Unidos que oscilan entre el 21% y el 74%^(4,8,11-13). Aunque esta comparación no parece del todo adecuada, pues se trata de un país con un contexto social y profesional sanitario muy diferente al de España. Igualmente, se asemejan a los reportados en una investigación desarrollada entre profesionales sanitarios españoles dedicados a la atención pediátrica⁽⁶⁾. No obstante, es importante resaltar que el estudio citado no se ha realizado en una muestra de características similares a la nuestra, pues se trata de un estudio unicéntrico en el que se incluyen tanto médicos adjuntos como MIR, enfermeros y auxiliares pediátricos.

En nuestro país, se ha evaluado la prevalencia de este síndrome en distintas áreas pediátricas objetivándose gran variabilidad entre ellas. Así, los profesionales que desempeñan su actividad en Atención Primaria presentan un porcentaje

de burnout superior a aquellos que trabajaban en unidades de cuidados intensivos pediátricos con valores que oscilan entre el 24% y el 31% en los primeros y entre el 3% y el 18% en los segundos^(3,14). Sin embargo, así como en el caso descrito anteriormente, no se trata de estudios multicéntricos y no se incluyen médicos residentes o de Urgencias pediátricas.

La prevalencia de desgaste profesional durante la residencia médica descrita en la literatura oscila entre el 27% y el 75%, variando en función de la especialidad médica estudiada, así como las escalas y criterios utilizados⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Centrados en nuestro país, Fonseca M *et al.* estudian médicos MIR de distintas especialidades y muestran una prevalencia de burnout del 69%, superiores a las de nuestro trabajo⁽¹⁷⁾. Sin embargo, se trata de un estudio unicéntrico, que no incluye MIR de Pediatría y en el que para la medición del burnout se utilizó una modificación del cuestionario Maslach prescindiendo de la subescala de Realización personal.

En cuanto a las variables que pudieran relacionarse con el desarrollo de este síndrome, los resultados hasta la fecha son contradictorios. Diversas publicaciones reflejan diferencias en cuanto al sexo, con mayor tasa de agotamiento en mujeres^(18,19). Sin embargo, estos resultados no se han reproducido en nuestro estudio ni en otros realizados en muestras con características más parecidas a la nuestra⁽¹⁷⁾.

Aunque tampoco se encontraron diferencias en función de las relaciones personales, sí se observó asociación entre tener hijos y burnout, de forma que aquellos MIR con hijos presentaron desgaste con menos frecuencia que los que no tenían descendencia. Esto ya había sido descrito por J.L. Chacón⁽²⁰⁾ y podría indicar que la familia puede actuar como un refugio y distracción ante el estrés laboral, facilitando el esparcimiento del MIR. No obstante, no se debe ignorar el hecho de que la mayoría de la muestra está constituida por mujeres y que la maternidad vendría asociada a un largo

período de baja laboral. Por otro lado, puede que el hecho de decidir tener hijos durante la residencia sea un indicador de la capacidad individual para separar la vida laboral y personal.

Aunque en nuestro estudio la mayoría de MIR encuestados ejercía la medicina en un hospital terciario, no se encontraron diferencias entre su nivel de burnout y el de MIR de hospitales de otros niveles asistenciales. En cambio, se han publicado trabajos que muestran que aquellos MIR que desempeñan su actividad en hospitales de tercer nivel presentan menores tasas de burnout; lo que podría estar en relación con el hecho de que en este tipo de centros se realice una actividad académica y docente mayor, que podría disminuir la sensación de carga de trabajo al dedicar parte del horario laboral a docencia y a la satisfacción que supone la misma⁽²¹⁾.

En este sentido, otro de los factores que se mostraron asociados a menor riesgo de burnout, fue la asistencia a cursos y congresos. Se trata de una variable no analizada en la literatura y que podría explicarse, además de por lo ya mencionado, por el hecho de que permiten al MIR adquirir “evidencia” que apoya su práctica clínica, vivir determinadas situaciones estresantes por primera vez sin poner en riesgo a pacientes (simulaciones) y poder intercambiar información sobre la actividad de su centro con MIR de otros hospitales.

Muchos de los MIR de último año desempeñan su actividad en la subespecialidad pediátrica deseada, con menor rotación entre distintas secciones. Además, a medida que el MIR progresa y tiene más tiempo en la institución, aunque se incrementen sus responsabilidades, el grado de adaptación al ambiente laboral aumenta, con mayor sensación de pertenencia al medio en el que se encuentra y mayor confianza. Esto podría justificar que se encontrara mayor proporción de burnout en los MIR de tercer año en comparación con los de cuarto, en consonancia con lo descrito⁽²²⁾.

Entre las variables analizadas se encuentra el hecho de tener un médico adjunto especialista en Urgencias pediátricas durante las guardias y el número de médicos residentes por adjunto. Nuestros resultados indican que la presencia de un adjunto de Urgencias pediátricas y una menor relación de médicos residentes por adjuntos podrían asociarse a un menor riesgo de burnout. No se han encontrado otros estudios en los que se analice dicha variable, pero parece lógica la asociación. Las guardias en Urgencias son una parte importante y constante a lo largo de la residencia de Pediatría, y pueden resultar especialmente desgastantes para el médico en formación debido, en gran parte, al carácter imprevisible del trabajo en Urgencias. La atención en Urgencias incluye una gran variedad de patologías, con un amplio rango de gravedad, que pueden tener consecuencias importantes e irreversibles y que requieren con frecuencia una respuesta rápida por parte del médico. Además, en la Urgencia se remarca el carácter estacional de la patología pediátrica y la sobrecarga del sistema sanitario, lo que requiere unas habilidades organizativas con las que está familiarizado el médico de Urgencias. Los datos obtenidos en nuestro análisis indican que la actividad y la sensación del MIR durante las guardias pueden tener repercusión en todas las demás áreas de su actividad laboral, y apunta un posible frente de acción en la lucha contra el burnout en el MIR.

Este último punto lleva de forma irremediable a la necesidad de la discusión sobre el reconocimiento de la subespecialidad de pediatría de Urgencias. Esta presenta características intrínsecas que la convierten en un área de capacitación específica dentro de la Pediatría⁽²³⁾, y la presencia de adjuntos formados específicamente en Urgencias supervisando al médico MIR conferiría a este mayor tranquilidad y confianza a la hora de prestar asistencia tanto en Urgencias como fuera de esta.

El estudio actual no se encuentra libre de limitaciones, obtuvimos una tasa de respuesta estimada inferior a la referida en otras publicaciones^(6,9,13). Si bien estas diferencias podrían responder a que en algunas de ellas se realizó seguimiento vía *e-mail* de los no respondedores, y se ofrecieron incentivos para motivar una mayor respuesta, lo que no se ha hecho en nuestro trabajo. Por otra parte, al no disponer de un registro accesible y actualizado de los MIR de Pediatría españoles, se ha optado por la distribución de las encuestas a nivel nacional por redes sociales, lo que dificulta el conocimiento del alcance real de las mismas y obliga el cálculo de proporción de respuestas con el peor escenario. Podría existir un sesgo de selección en el sentido que aquellos MIR con una mayor sensación de agotamiento podrían presentar un mayor interés por los resultados del estudio que aquellos que se encuentran cómodos en su situación laboral, aumentando la proporción de participantes afectados por el síndrome estudiado. Además, la recogida de datos ha coincidido con un período de mayor sobrecarga asistencial en pediatría al incluir el invierno. Esto podría suponer una sobreestimación de los resultados, aunque no parecen diferir de los recogidos en estudios previos. No se han estudiado el uso de drogas de abuso ni la presencia de eventos estresantes anteriores a la cumplimentación de la encuesta, algo que sí se ha tenido en cuenta en otras investigaciones⁽²⁴⁾.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio ofrece nuevos conocimientos sobre el burnout durante la formación del MIR de Pediatría. Refuerza la importancia del desarrollo de herramientas para identificar a los MIR con un mayor riesgo de sufrir burnout y señala posibles direcciones para futuras investigaciones con el fin de diseñar mecanismos de intervención, que corrijan estas tendencias, resultando en una mejor formación del MIR de Pediatría y como consecuencia, una mejor atención médica infantil.

En conclusión, el presente estudio permite afirmar que la presencia de burnout entre los MIR de Pediatría españoles es elevada. Es necesario diseñar estrategias dirigidas a paliar este síndrome facilitando la asistencia a cursos y congresos, y disminuyendo la proporción de MIR por cada adjunto supervisor en las guardias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mingote JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Med Continuada. 1998; 5(8): 493-509.
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
3. Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Vigil Escribano MD, de Lucas García N, Panadero Carlavilla E.

- Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Pediatr (Barc)*. 2000; 52(5): 418-23.
4. Patterson J, Gardner A. Burnout Rates in Pediatric Emergency Medicine Physicians. *Pediatr Emerg Care*. 2020; 36(4): 192-5.
 5. Katsurayama M, Matos Gomez N, D´Avila Becker MA, dos Santos MC, Hiromichi Makimoto F, Oliveira Santana LL. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicol Hosp*. 2011; 9(1): 75-96.
 6. López Franco M, Rodríguez Núñez A, Fernández Sanmartín M, Marcos Alonso S, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62(3): 248-51.
 7. Shenoi AN, Kalyanaraman M, Pillai A, Raghava PS, Day S. Burnout and Psychological Distress Among Pediatric Critical Care Physicians in the United States. *Crit Care Med*. 2018; 46(1): 116-22.
 8. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnout residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008; 336(7642): 488-91.
 9. Baer TE, Feraco AM, Tuysuzoglu Sagalowsky S, Williams D, Litman HJ, Vinci RJ. Pediatric Resident Burnout and Attitudes Toward Patients. *Pediatrics*. 2017; 139(3): e20162163.
 10. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006; 296(9): 1071-8.
 11. Kane L. Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019 Medscape online.
 12. Gribben JL, MacLean SA, Pour T, Waldman ED, Weintraub AS. A Cross-sectional Analysis of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Pediatric Emergency Medicine Physicians in the United States. *Acad Emerg Med*. 2019; 26(7): 732-43.
 13. Kemper KJ, Schwartz A, Wilson PM, Mahan JD, Schubert CJ, Staples BB, et al. Pediatric resident burnout-resilience study consortium. Burnout in Pediatric Residents: Three Years of National Survey Data. *Pediatrics*. 2020; 145(1): e20191030.
 14. Caballero Martín M, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001; 27(5): 313-7.
 15. Sajjadi S, Norena M, Wong H, Dodek P. Moral distress and Burnout in internal medicine residents. *Can Med Educ J*. 2017; 8(1): e36-43.
 16. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ*. 2009; 1(2): 236-42.
 17. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de Burnout. *Rev Clin Esp*. 2010; 210(5): 209-15.
 18. Castillo I, Orozco J, Alvis LR. Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Rev Univ Ind Santander. Salud [Internet]*. 2015; 47(2): 187-92.
 19. Shenoi AN, Kalyanaraman M, Pillai A, Raghava PS, Day S. Burnout and Psychological Distress Among Pediatric Critical Care Physicians in the United States. *Crit Care Med*. 2018; 46(1): 116-22.
 20. Chacón JL. Síndrome de Burnout en MIR del Hospital Roosevelt de Guatemala. *Rev Asoc de Med Guatem*. 2015; 19: 7-18.
 21. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med*. 2008; 51(6): 714-22.e1.
 22. Álvarez-Hernández G, Medécigo-Vite S, Ibarra-García C. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos MIR de un hospital pediátrico en el Estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010; 67(1): 44-51.
 23. Sánchez J, Pou J, Alonso MT, Rodríguez J, Campos C, Castellarnau E, et al. ¿Qué es y qué puede hacer un pediatra de Urgencias? Recomendaciones sobre organización y horarios del trabajo. *Pediatra de Urgencias*: https://seup.org/pdf_public/pub/lineas/pediatra_Urgencias/pediatra_Urgencias.pdf.
 24. Gouveia PADC, Ribeiro MHC Neta, Aschoff CAM, Gomes DP, Silva NAFD, Cavalcanti HAF. Factors associated with Burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev Assoc Med Bras*. 2017; 63(6): 504-11.

ANEXO 1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory.

Responder: Nunca / pocas veces al año o menos / una vez al mes o menos / unas pocas veces al mes / una vez a la semana / pocas veces a la semana / todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes
8. Siento que mi trabajo me está desgastando
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo
10. Siento que me he hecho más duro con la gente
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas