

**SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE LA UNIVERSIDAD EL
BOSQUE DURANTE EL AÑO 2010**

Allison V. Acevedo Castaño.

Sue Georgeen Gordon.

Paola Zambrano.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN

Universidad: El Bosque.

Facultad: Medicina.

Título de la Investigación: Síndrome de Burnout en residentes de la Universidad El Bosque durante el año 2010.

Institución participante: Universidad El Bosque.

Tipo de investigación: Post grado.

Investigadores:

Allison V. Acevedo Castaño, Sue Georgeen Gordon, Paola Zambrano.

Asesor Temático: Alvaro F. Burbano Delgado.

Asesor Metodológico: Mauricio Rodríguez.

Asesor Estadístico: Edgar Ibáñez.

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

CONTENIDO

RESUMEN	6
SUMMARY	7
INTRODUCCION	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUNTIFICACION	12
MARCO CONCEPTUAL	13
FACTORES DE RIESGO	14
FACTORES PROTECTORES.....	16
FISIOPATOLOGIA Y ETIOPATOGENIA	17
IDENTIFICACION DEL SINDROME DE BURNOUT	18
ABORDAJE DEL SINDROME	22
PREVENCION	22
TRATAMIENTO DEL SINDROME	24
OBJETIVOS	27
OBJETIVO GENERAL	27
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	27
METODOLOGIA	28
TIPO DE ESTUDIO	28
POBLACIÓN	28
MUESTRA	28
UNIDAD DE ANÁLISIS	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	31
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	32
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
DEFINICIONES OPERACIONALES	34
ASPECTOS ÉTICOS	36
ANALISIS Y RESULTADOS	37
RESULTADOS GLOBALES	37
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS</i>	37
<i>CARACTERISTICAS LABORALES ASOCIADAS</i>	41
<i>APGAR FAMILIAR</i>	43
<i>TIPOS DE ESPECIALIDADES Y COMPONENTES DEL SINDROME DE BURNOUT</i>	44
RESULTADOS DEL ANALISIS BIVARIADO.....	45
<i>APGAR FAMILIAR Y COMPONENTES DEL MBI</i>	46
<i>VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, CARACTERISTICAS LABORALES Y COMPONENTES DEL MBI</i>	48
DISCUSIÓN	57

CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71

RESUMEN

Palabras clave: Burnout, stress, Residencias médicas.

El Síndrome de Burnout corresponde a una enfermedad psicosomática resultado del estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de actitudes, sentimientos y conocimientos que determinan un desbalance en las funciones psico-fisiológicas que tiene un impacto negativo en los aspectos personales, sociales y laborales, generando dificultades para relacionarse y en especial para prestar un servicio a otros seres humanos.

Lo cual hace necesario determinar la existencia de síndrome de Burnout en residentes de la Universidad el Bosque, debido a que aun no se ha realizado ningún estudio que nos provea información con respecto a este síndrome en nuestra comunidad universitaria, por lo cual decidimos realizar un estudio descriptivo de corte transversal, Con una muestra de 93 residentes de la Universidad el Bosque.

Tras la aplicación del instrumento (Con el cual se evalúan variables socio demográficas y características laborales de la actividad médica, funcionalidad de la familia mediante el APGAR familiar y el Maslach Burnout Inventory test), por medio del programa SPSS versión 15, realizamos el análisis univariado y bivariado con la obtención de índice de Fisher mediante tablas de contingencia.

Encontrando que existe una asociación estadísticamente significativa en cuanto al tiempo de esparcimiento de los residentes de las especialidades médicas y quirúrgicas (48 horas o menos de esparcimiento) y el compromiso de los componentes del síndrome de Burnout: agotamiento emocional y despersonalización. Adicionalmente encontramos correlación entre la variable relación con el equipo de trabajo y las especialidades quirúrgicas, con la presencia compromiso del componente de despersonalización.

Lo que nos permite concluir que no tener un tiempo de esparcimiento adecuado se correlaciona con la posibilidad de desarrollo de Síndrome de Burnout.

SUMMARY

Key words: Burnout, stress, medical residence

Burnout syndrome corresponds to a psychosomatic disease that is a result of chronic laboral stress, accompanied by a subjective experience of attitudes, feelings, and cognitions that determine the production of psycho physiological impairment with a negative personal, social and laboral impact, producing difficulties to establish relationships and specially in terms of service to other persons.

For this reason, we consider necessary to determine the existence of Burnout Syndrome in Bosque's University residents, due to the fact that there aren't

studies that provided information in regard to this syndrome in our university community.

For this reason we decided to carry out a transversal, descriptive study, with a sample of 93 Bosque's University residents.

After applying the instruments consisting of surveys with the evaluation of socio demographic variables, medical labor associated features, family functionality through familiar APGAR and Burnout Inventory test). Through SPSS 1.5 version we performed an uni and bivariable statistical analysis with acquisition of Fisher index through contingency tables.

We found a significant statistical association between time for personal recreation in medical and surgical residents (48 hours or less) and the commitment of Burnout Syndrome components, emotional exhaustion and depersonalization. Additionally we found a correlation between team work relationships in surgical specialties and the presence of commitment of depersonalization area.

This allowed us to conclude that having an inadequate recreation time is correlated with the possibility to develop Burnout syndrome.

INTRODUCCION

La practica laboral del profesional en medicina está inmersa en la interacción continua con personas, la exposición a agentes estresantes de tipo personal, profesional, social, familiares, entre otros, que hacen que la prestación del servicio en salud no sea calificada por los usuarios como la más adecuada, viéndose reflejada en la cantidad de demandas al personal salud, las bajas calificaciones en la calidad del servicio, y el gran numero de ausentismo laboral.

El estudio del desgaste laboral, llamado síndrome de Burnout, es vital para poder evaluar la prevalencia que tiene este en nuestro gremio médico, que evidenciar la relación real entre agentes estresores y el bienestar medico. Sin embargo su estudio en nuestro país no ha sido difundido masivamente limitando su identificación.

El periodo más crítico y catalogado como “desgastante” para muchos de los especialistas graduados, es el tiempo de especialización o residencia, es por eso que la población objetivo este estudio son los médicos generales en proceso de formación como especialistas en la universidad el bosque.

Un estudio reportado en la misma universidad muestra la prevalencia Síndrome Burnout en médicos residentes en medicina familiar y otras especialidades de diferentes universidades, sin embargo no existen reportes que lo identifiquen exclusivamente en nuestra universidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Trabajar con seres humanos implica una capacidad especial para relacionarse y afrontar de la mejor forma los inconvenientes que puedan presentarse durante la práctica, en algunas ocasiones la carga laboral y emocional que implica el trabajo asistencial de los médicos puede hacer que se presente desmotivación e insatisfacción con el trabajo realizado lo que llegara a traducirse en pobre desempeño laboral, mal trato a los compañeros de trabajo y a los mismos pacientes por lo que el servicio que este profesional preste cada vez será de menor calidad¹.

Sin embargo el síndrome de Burnout no es simplemente una mala relación laboral, es un complejo sistema que inicia con la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido.

Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los pacientes, compañeros laborales y hasta la familia y amigos, sentimientos de incompetencia, disminución del concepto profesional propio, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima².

Esta podría ser una de las razones para que los pacientes cada día se quejen mas de asistir a consultas despersonalizadas en las que pareciera que su médico

quisiera salir del paso dando una formula rápida, sin interesarse en la causa de sus enfermedades ni en la verdadera cura.

Es por esto que se hace necesario determinar la existencia de síndrome de Burnout en residentes de diferentes especialidades de medicina de la Universidad el Bosque, debido a que aun no se ha realizado ningún estudio que nos provea información con respecto a este síndrome en la comunidad universitaria.

JUNTIIFICACION

El síndrome de Burnout está relacionado con el exceso de horas de trabajo, pocas vacaciones, trabajos que demandan mucha tensión, trabajo con pacientes de alto riesgo, monotonía en el trabajo, estilos de vida poco saludables, falta de recreación y esparcimiento, excesiva demanda laboral, poca satisfacción en el trabajo, baja motivación laboral, baja autoestima, conflictos familiares, sexo femenino, edad mayor de 45 años y pobre soporte familiar y social¹.

Según un estudio publicado en la Universidad el Bosque que se realizó en 4 centros asistenciales de Sincelejo existe una diferencia significativa para el desarrollo de Burnout en personas con edad mayor de 30 años y que deben realizar jornadas laborales más largas, así como también en el tiempo que llevan al servicio de la práctica médica¹⁵; por lo que este síndrome, puede presentarse en cualquier trabajador de la salud y especialmente en profesional médico asistencial en formación como los residentes de las diferentes especialidades de la Universidad El Bosque.

MARCO CONCEPTUAL

El primero en describir el síndrome fue el psiquiatra y psicoanalista norteamericano Freudenberger en 1974; al encontrar una relación directa entre la sobrecarga laboral, el agotamiento emocional y la frustración personal, expresados por el personal de salud colaborador durante un estudio realizado con toxicómanos. Sin embargo fue hasta 1976 que Cristina Maslach, empleo públicamente el término Burnout durante el congreso anual de la sociedad de psicología, relacionando con la sensación de desgaste luego de años de dedicación a labores que implican contacto directo y continuo con personas¹. Estos autores en sus estudios encontraron que a mayor estrés laboral, menor satisfacción y mayores actitudes negativas, a nivel personal y social en sus investigaciones¹.

Para facilitar la comprensión de la definición del síndrome es imprescindible familiarizarse con el concepto de estrés, el cual corresponde al exceso o sobreesfuerzo del organismo para sobreponerse a la resistencia que experimenta o incremento de actividad que coloca en riesgo su capacidad de mantener la homeostasis para lograr un funcionamiento conductual y psicológico óptimos².

Únicamente, la evaluación cognitiva de la relación paciente – ambiente es determinante para la calificación de eventos como estresantes o no.

El estrés laboral, corresponde entonces, al factor de riesgo psicosocial más importante para el desarrollo del síndrome en las organizaciones laborales².

Aunque existen diferentes definiciones del síndrome de Burnout, la siguiente consideramos es la más clara y completa, y corresponde a una patología psicósomática, que ocurre como resultado de la respuesta laboral al estrés crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes que conducen a una serie de alteraciones psicofisiológicas en la persona y diferentes repercusiones negativas en las instituciones laborales².

En cuanto a la prevalencia de esta patología es variable de acuerdo a las características de salud de la población, encontrándose diferencias entre ciudades de un mismo país y los factores organizacionales de la institución de salud⁴; en Colombia no se cuenta con datos que nos puedan dar luces sobre la prevalencia actual de la patología, tal vez por el desconocimiento que aun existe de la misma, lo cual puede relacionarse también con sub-registro de la patología.

El síndrome de Burnout se ha relacionado con la aparición de ausentismo laboral, baja calidad de la atención y demandas laborales⁵.

FACTORES DE RIESGO

Se describen entre los factores de riesgo generales para desarrollar este síndrome, el exceso de horas laborales, pocas vacaciones, trabajos que generan demasiada tensión, atención de pacientes de alto riesgo, monotonía laboral, estilos de vida no saludables, falta de recreación y esparcimiento, baja motivación

laboral, baja red de apoyo familiar y social, baja autoestima, género femenino, y ser mayor de 45 años¹.

Adicionalmente se han postulado factores de riesgo individuales, tales como el perfeccionismo, supresión de sentimientos, dificultades para decir no, sentimiento de ser ineficaz y poco responsable, incapacidad para expresar los problemas, personalidad obsesiva, encontrarse en los primeros años de carrera profesional, y no poseer una pareja estable¹.

Es importante la relación que existe con los factores laborales, por lo que incluidos en estos se encuentran¹⁰:

- Exceso de estimulación aversiva, manejo constante de la muerte y sufrimiento del paciente y familiares.
- Contacto continuo con paciente que implica establecer una relación de ayuda pudiendo observarse conductas extremas como la evitación o sobre implicación o involucramiento con los pacientes.
- La frustración frente a la incapacidad de curar.
- Alta proporción de pacientes a atender.
- Exceso de horas laborales.
- Pobres capacidades de afrontamiento y control de emociones.
- Conflicto y ambigüedad del rol de médico.
- Falta de cohesión de los profesionales de la salud.
- Burocratización e individualismo de las instituciones de la salud.

En cuanto a la influencia de la sociedad y el ambiente laboral se describen factores cuyas interacciones favorecen e incrementan el riesgo de aparición del síndrome, como lo son:

- Factores de la sociedad: individualización, pérdida de sistemas de soporte tradicional, encontrarse en anonimato, expectativas educativas pobres, poco tiempo, múltiples factores estresantes.
- Factores del entorno laboral: mecanización, globalización y aumento de competencia entre colegas, incremento de la complejidad laboral, incertidumbre con respecto a la renovación o no de contratos, flexibilidad y movilidad de sitios de trabajo, inicio de una especialización.
- Otros factores: economización de los servicios y presencia de factores de riesgo psicosociales y psico mentales³.

FACTORES PROTECTORES

Si bien es cierto que mucho se ha estudiado a cerca de los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, no podemos desconocer los avances en cuanto a la identificación de factores protectores, cuya presencia favorece la no presentación del síndrome, como por ejemplo:

- “Engagement” o compromiso motivacional positivo: comprende 3 dimensiones, el vigor entendido como un alto nivel de energía y resistencia mental en el trabajo, aun cuando existan dificultades, la dedicación comprendida como la alta implicación laboral, convirtiendo el trabajo en un

reto y a la vez en orgullo y satisfacción, y la absorción definida como la capacidad de concentración y disfrute del trabajo.

- Sentimiento de coherencia constituido por la comprensión, controlabilidad de los recursos para el afrontamiento y significancia en términos a la vida⁵.

FISIOPATOLOGIA Y ETIOPATIOGENIA

Como conceptos etiopatogénicos del síndrome, se describen:

- Resultado del estrés que no se ha afrontado de manera adecuada (por sobrecarga e interacciones sociales).
- Dificultad de la adecuación del sujeto al entorno, dando especial importancia a las relaciones del médico con la sociedad.
- Discrepancia entre las expectativas y la realidad³.

Para el síndrome de Burnout, se ha descrito un proceso dinámico en cascada determinante de su inicio.

- Hiperactividad
- Sentirse exhausto desencadenado por la fatiga crónica, manifestado por la pérdida de energía.
- Reducción de las actividades por resignación.
- Reacciones emocionales: agresividad, negativismo, cinismo.
- Desplome cognitivo, motivacional y de la creatividad.
- Degradación por distres emocional y pérdida de contactos sociales.

- Reacciones psicosomáticas: alteraciones del sueño, gastrointestinales, cardiovasculares, disfunciones sexuales, susceptibilidad a infecciones y a la ingesta de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Desesperación que puede inducir conductas suicidas y desordenes psicosomáticos³.

Además, el estrés crónico evidenciado en el síndrome se ha relacionado con “down regulation” de la cascada inflamatoria, encontrándose en estudios experimentales, una mayor puntuación en el área de despersonalización relacionado con disminución de actividad de células Natural Killer, su número y funcionamiento de linfocitos T⁷.

Los estudios recientes han demostrado una hiperactividad del eje hipotálamo pituitario adrenal en respuesta al estrés laboral crónico e incremento de la supresión de la neurogénesis del hipocampo mediado por glucocorticoides endógenos y disrupción de la plasticidad cerebral a ese nivel²¹.

IDENTIFICACION DEL SINDROME DE BURNOUT

Cristina Maslach junto con Jackson en 1981 proponen el cuestionario: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), que evalúa los tres síntomas característicos del síndrome de Burnout; mediante la implementación de un cuestionario de 22 ítems (ver anexo 1).

Estas áreas son:

- **Agotamiento emocional:** Definido como la incapacidad de dar más de sí mismo en términos emocionales y afectivos. Implica una sensación de disminución de la energía o de los recursos emocionales para enfrentarse a las situaciones que dependen del trato con las personas. Los ítems destinados a valorar este síntoma son los enunciados 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20:
 - * Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
 - * Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
 - * Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar.
 - * Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
 - * Me siento “quemado” por mi trabajo.
 - * Me siento frustrado en mi trabajo.
 - * Creo que estoy trabajando demasiado.
 - * Trabajar directamente con personas me produce estrés.
 - * Me siento acabado.
- **Despersonalización:** Se caracteriza por la presencia de sentimientos de carácter negativo hacia las personas a quienes se brinda un servicio, pudiéndose manifestar como hostilidad, maltrato y actitudes de cinismo,

de manera que refleja el endurecimiento afectivo y rasgos de deshumanización del individuo. Los ítems destinados a valorar este síntoma son los enunciados: 5, 10, 11, 15 y 22.

- * Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
 - * Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
 - * Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
 - * Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes
 - * Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas
- ***Baja realización personal en el trabajo:*** Corresponde a la autoevaluación negativa, desarrollo de sentimientos de incompetencia y falta de realización de logros en el trabajo, que resulta en la sensación de insatisfacción frente a los resultados del desempeño propio. Los ítems destinados a valorar este síntoma son los enunciados: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, y 21.
- * Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
 - * Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
 - * Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los

pacientes

- * Me siento muy activo
- * Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
- * Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
- * He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
- * En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

El cuestionario utiliza un sistema de puntuación tipo Likert de 7 valores, evaluando la frecuencia a la que el individuo experimenta cada situación:

-
- 1. Nunca**
 - 2. Pocas veces al año o menos**
 - 3. Una vez al mes o menos**
 - 4. Pocas veces al mes**
 - 5. Una vez por semana**
 - 6. Varias veces a la semana**
 - 7. Diariamente**
-

Los resultados posteriores a la sumatoria son interpretados en cada una de las áreas de la siguiente manera:

MASLACH BURNOUT INVENTORY

COMPONENTE	BAJO	MODERADO	ALTO
Agotamiento emocional	<16	17 - 26	>27
Despersonalización	< 6	7 - 12	>13
Baja realización personal en el trabajo	>39	38 - 32	< 31

ABORDAJE DEL SINDROME

En el abordaje del profesional con sospecha de síndrome de Burnout se hace imperativo realizar una historia clínica exhaustiva, haciendo énfasis en:

- Antecedentes, en busca de patologías previas o concomitantes, que pueda afectar la evolución y el pronóstico.
- Historia social y ocupacional para identificar estresores potenciales y consecuencias sociales posibles.
- Antecedentes toxicológicos.
- Sintomatología: temporalidad y curso de los mismos.
- Laboratorios especiales si se sospecha alteraciones orgánicas asociadas o agravantes del síndrome³.

PREVENCION

- * **Prevención primaria a nivel psicosocial:** Entre las estrategias de prevención primaria, se describen:

- Mejorar el afrontamiento del estrés.
 - Aprendizaje de técnicas de relajación.
 - Aprender a delegar funciones.
 - Incrementar las actividades extra laborales, hobbies.
 - Intentar el mantenimiento de relaciones sociales y sentimentales duraderas.
 - Profilaxis de la frustración por medio de disminución de falsas expectativas.
 - Estimular la espiritualidad.
- * ***Prevención primaria en el área laboral:*** A nivel preventivo primario laboral se describe la utilidad de las siguientes intervenciones:
- Creación y preservación de un ambiente laboral saludable.
 - Reconocimiento del desempeño laboral.
 - Entrenamiento de jefes inmediatos en prevención.
- * ***Otras estrategias de prevención:***
- Programas de identificación de susceptibilidad a la fatiga y deprivación del sueño por exceso de horas laborales.
 - Promoción y garantía de políticas de prevención de riesgos profesionales⁵.
- * ***Prevención en el área organizacional***
- Incrementar autonomía en el trabajo.
 - Planificar un horario flexible.
 - Fomentar la participación del profesional en la toma de decisiones.
 - Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico laboral

- Plantear objetivos a conseguirse del trabajo en equipo en forma clara¹⁰.

* ***Medidas preventivas en residentes***

- Crear una ambiente social fuera del horario “laboral”.
- Permitir espacios de compartir con la familia y los compromisos familiares.
- Promoción de cambios de estilos de vida saludable.
- Sesiones periódicas y frecuentes destinadas al manejo del estrés¹¹.

TRATAMIENTO DEL SINDROME

El tratamiento del síndrome de Burnout tiene como objetivos manejar la sintomatología y mejorar el desempeño y calidad de vida de los profesionales, utilizando herramientas farmacológicas y no farmacológicas.

- Farmacológico de acuerdo a sintomatología predominante, se reserva como última instancia, cuando existe impacto importante en la vida del individuo.
- Psicoterapia con empleo de técnicas de relajación, incremento de autoestima y manejo de estrés.
- Reorganización del ambiente laboral, tiempo y estructura laboral.
- Cambio del ambiente laboral asociado a rehabilitación y reentrenamiento³.

Con el transcurrir de los años, se han descrito diferentes medidas que facilitan la realización de intervención en síndrome de burnout:

- Reconocimiento del síndrome y factores desencadenantes de acuerdo a las siguientes fases (estrés, esfuerzo o sobre esfuerzo, enfrentamiento defensivo).

- Comunicación facilitada y efectiva a través de la realización de grupos Balint²⁶.
- Técnicas de relajación que involucre la diversificación de actividades en los horarios laborales, y el retiro temporal de las actividades laborales (vacaciones).
- Estrategias de afrontamiento, por medio de técnicas de reestructuración cognitiva de la situación estresante y desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.
- Aprendizaje de la adecuada administración del tiempo para la familia y el esparcimiento, aprender a decir no a la sobrecarga laboral, y desarrollo de estrategias de resolución de problemas, asertividad y negociación¹.

Estrategias orientadas al individuo

- Acompañamiento a médicos que atienden pacientes de alta complejidad.
- Grupos Balint.
- Monitoreo regular médico ocupacional y psicológico de los profesionales³.
- Empleo del humor, técnicas de relajación, ejercicios, adecuada nutrición, compartir emociones, hobbies y otras actividades de esparcimiento, respeto de las limitaciones personales, mantenimiento de tiempo para la realización de actividades de autocuidado y espirituales²⁶.

Estrategias a nivel profesional

- Participación en grupos Balint.
- No llevar trabajo al hogar.

- Mantenimiento de límites laborales claros y expectativas realistas²⁶.

Estrategias en área organizacional

- Inversión del tiempo en actividades de educación.
- Involucramiento en actividades de publicación científica y desarrollo de políticas en salud²⁶.

Los grupos Balint, pueden ser de ayuda en la prevención y el manejo del síndrome, puesto que mejoran el insight de los profesionales inmersos en las actividades laborales de riesgo, por medio de la facilitación del reconocimiento del nivel inconsciente de expresado con pacientes difíciles, adicionalmente son útiles para la confrontación de ideas y creencias idealistas e inapropiadas²⁶.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el compromiso de las áreas que componen el síndrome de Burnout en residentes de diferentes especialidades de medicina de la universidad el Bosque: anestesiología y Reanimación, Cirugía General, Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina del Deporte, Medicina Familiar, Medicina Interna, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Psiquiatría, Urología; Durante el año 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar los principales factores de riesgo que presentan los residentes de la Universidad el Bosque para desarrollar síndrome de Burnout.
- Identificar variables sociodemográficas como factores asociados a síndrome de Burnout en residentes de la Universidad el Bosque.
- Comparar el compromiso de los componentes del síndrome de Burnout en las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas estudiadas.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal.

Población

Médicos residentes de la Universidad El Bosque que hacen parte de los programas de Anestesiología y Reanimación; Cirugía General; Dermatología; Ginecología y Obstetricia; Medicina del Deporte; Medicina Familiar; Medicina Interna; Oftalmología; Ortopedia y Traumatología; Pediatría; Psiquiatría; Urología; Neurocirugía.

Muestra

Para el presente estudio se incluyeron 93 residentes de la Universidad el Bosque, de especialidades médicas y quirúrgicas, distribuidos de la siguiente manera:

- Especialidades medicas: Psiquiatría: 10, Pediatría: 8, Medicina Familiar: 14, Medicina del Deporte: 16, Medicina Interna: 12.
- Especialidades Quirúrgicas: Ortopedia: 8, Urología: 5, Cirugía: 1, Neurocirugía: 1, Ginecología: 8, Oftalmología: 2, Dermatología: 4, Anestesiología: 4.

Unidad de análisis.

El presente estudio se ha desarrollado desde dos aspectos fundamentales.

Como primer aspecto se encuentra la descripción y caracterización de la población; Seguido del cruce de variables con cada uno de los grupos asignados (Especialidades médicas y quirúrgicas).

Para tal efecto se tabularon los datos obtenidos en Excel, codificando las diferentes variables socio demográficas y las características laborales asociadas; de igual manera los resultados numéricos del APGAR familiar y Maslach Test fueron codificados de forma cualitativa de acuerdo a la interpretación de los valores puntuados, para este análisis utilizamos el programa SPSS VERSION 15.

Debido a la dificultad presentada para encontrar dentro de la literatura una descripción clara con la cual fuese posible realizar un diagnóstico de síndrome de Burnout con el cruce de las tres áreas que lo componen, hemos decidido realizar el cruce de las diferentes variables con cada una de las áreas que componen el Síndrome, y de esta forma realizar el análisis del compromiso de cada una de las áreas de acuerdo a las variables sociodemográficas, características laborales asociadas y APGAR familiar.

Este proceso requiere de un análisis monovariado y bivariado mediante el procedimiento de tablas de contingencias, en el cual se solicitaron además los porcentajes por fila y columna, y los valores de Chi cuadrado de Pearson e índice de Fisher; Para el análisis del presente estudio fue necesario tomar los valores generados por el índice de Fisher, debido a que por el tamaño de la muestra muchos de los valores obtenidos fueron muy bajos, por lo que el Chi cuadrado de Pearson pierde validez.

Criterios de inclusión y exclusión

- *Criterios de inclusión:*

Residentes de la Universidad El Bosque especialidades: anestesiología y Reanimación; Cirugía General; Dermatología; Ginecología y Obstetricia; Medicina del Deporte; Medicina Familiar; Medicina Interna; Oftalmología; Ortopedia y Traumatología; Pediatría; Psiquiatría; Urología; Neurocirugía.

- *Criterios de exclusión:*

Médicos residentes que no deseen participar y no firmen el consentimiento informado.

Médicos residentes que no se encuentren en la reunión de recolección de datos, ya sea por que se encuentren de vacaciones o en actividades fuera del perímetro urbano, fuera del país o en otra actividad.

Cuestionarios diligenciados de forma incompleta.

- Es de anotar que se excluyeron 2 encuestas por inadecuado diligenciamiento del Maslach test por parte de 1 residente de Psiquiatría y 1 de Medicina del Deporte por no diligenciamiento de datos generales del instrumento.

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	JULIO- NOVIEMBRE 2009	DICIEMBRE- MAYO 2010	JUNIO – DICIEMBRE 2010	ENERO – JULIO 2011
Planteamiento problema	X			
Recopilación de información	X	X		
Elaboración de instrumento	X	X		
Aplicación de instrumento			X	
Tabulación de datos			X	X
Análisis de resultados				X
Entrega final				X

Procedimiento de recolección de información

Para la aplicación del instrumento a las diferentes especialidades se solicita autorización a la división de postgrados de medicina, mediante una carta en la cual se describe el instrumento que sería usado; La división de postgrados a su vez, por medio de un comunicado dirigido a los diferentes postgrados, autoriza la realización de la investigación con los residentes que se encuentren interesados.

La aplicación del instrumento se realizó durante las reuniones académicas de los postgrados de pediatría y dermatología, y con las otras especialidades en los diferentes lugares de rotación.

Explicando previamente a los residentes que harían parte de un estudio que persigue evaluar la calidad de vida de los médicos, insistiendo en el adecuado diligenciamiento y explicación de la escala de likert utilizada para puntuar en el MBI (Maslach Burnout Inventory).

Haciendo especial énfasis en la firma del consentimiento informado (Ver anexo 1), en caso de autorizar la aplicación del instrumento, en el cual los investigadores nos comprometemos a someter sus datos a la debida reserva.

Instrumento de recolección de datos

Un primer aspecto de la evaluación constaba de un formulario pre establecido para determinar variables socio demográficas y características del ejercicio de la actividad médica (Ver anexo 2)

El segundo aspecto consistía en la aplicación del APGAR familiar con el fin de establecer funcionalidad familiar y su posible relación; Para tal efecto, se considero buena función familiar puntuaciones mayores a 17, disfunción familiar leve entre 14 y 17, disfunción familiar moderada entre 10 y 13; y disfunción familiar severa con menos de 9 puntos. (Ver anexo 2).

El tercer aspecto consistía en la aplicación del test de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual es un cuestionario constituido por 22 preguntas en una escala tipo Likert que valora los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, midiendo los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal (Ver anexo 3)

Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CLASE DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Sexo	Características biológicas que diferencian a la mujer del hombre.	Cualitativa	1.MASCULINO 2. FEMENINO
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa	Años
Especialización	Programa de especialidad médica que cursa en la actualidad el residente	cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidades médicas: Psiquiatría, Pediatría, Medicina Familiar, Medicina del Deporte, Medicina Interna. • Especialidades Quirúrgicas: Ortopedia, Urología, Cirugía, Neurocirugía, Ginecología, Oftalmología, Dermatología, Anestesiología.
Semestre	Semestre de la especialización que se encuentra cursando el encuestado al momento de responder el instrumento.	cualitativa	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, etc.
Estado civil	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, viudez, etc.	cualitativa	Soltero/a, Casado/a, Unión libre, Viudo/a, divorciado/a.
Número de hijos	Hijos concebidos.	cuantitativa	1, 2, 3, 4, 5, 6...
Carro propio	Bien adquirido y empleado como medio de transporte.	cualitativa	Si/ No
Años de ejercicio profesional	Años que ha ejercido la medicina general.	Cuantitativa	1, 2, 3, 4, 5, 6...

Trabajo remunerado	Actividad laboral extra o intramural remunerada	Cuantitativa	Si/ No
Horas de trabajo semanal	Número de horas laboradas en una semana calendario, en las cuales se incluye: tiempo rotaciones, turnos, tiempo estudio, horas laborales.	Cuantitativa	40- 168.
Número de pacientes a cargo	Total de pacientes que tiene bajo responsabilidad en una jornada académica o laboral	Cuantitativa	Menos de 15, 15- 29, Más de 30
Calificación de la relación con quipo de trabajo	Expresión cualitativa de la calidad de la relación con las personas con las que comparte horas laborales o académicas	cualitativa	Mala; Regular; Buena; Excelente
Horas de esparcimiento semanal	Número de horas en las cuales realiza actividades lúdicas, o diferentes a las académicas o laborales, dentro de una semana calendario	cuantitativa	1- 100
APGAR FAMILIAR	Puntuación establecida	Cualitativa	18 – 20 Buena función familiar, 14 - 17 disfunción leve, 10 – 13 disfunción moderada, y < 9 disfunción severa
MASLACH BURNOUT INVENTORY	Puntuación establecida	Cuantitativa	Dependiendo de la puntuación en cada una de las áreas que hacen parte del síndrome (Agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal)

Aspectos Éticos

El propósito principal de esta investigación es aportar datos de interés a la Universidad el Bosque sobre el posible compromiso de los residentes que hacen parte de los programas de postgrado descritos previamente.

De acuerdo con las normas internacionales de las investigaciones con seres humanos esta investigación se ampara en los principios de justicia, respeto, beneficencia y no maleficencia.

Además de acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación de salud) del Ministerio de Salud, este estudio se clasificó como una “**Investigación sin riesgo**”, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta en esta investigación fue la confidencialidad de la información. La investigación implicó la recopilación y registro de datos los cuales no fueron revelados a terceros, para lo cual se omitió información que pudiese revelar la identidad de los individuos.

ANALISIS Y RESULTADOS

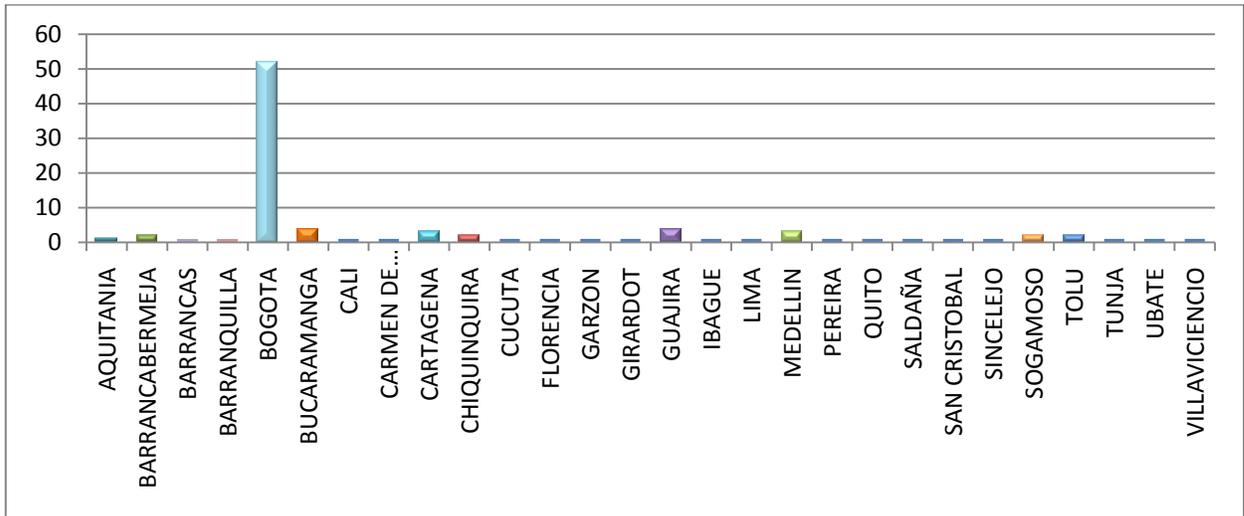
Se agruparon los resultados obtenidos en 2 grandes grupos de acuerdo al tipo de especializaciones (médicas y quirúrgicas).

El análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 15, inicialmente de forma univariada, incluyendo cada una de las variables evaluadas por medio del instrumento y posteriormente de manera bivariada evaluándose las características socio demográficas, laborales asociadas y la funcionalidad familiar en relación con cada una de las áreas que se comprometen en el síndrome de Burnout, realizándose entonces una evaluación de la población total y discriminada de acuerdo a la especialidad de la cual se encontraba haciendo parte cada residente al momento de la aplicación del instrumento.

RESULTADOS GLOBALES

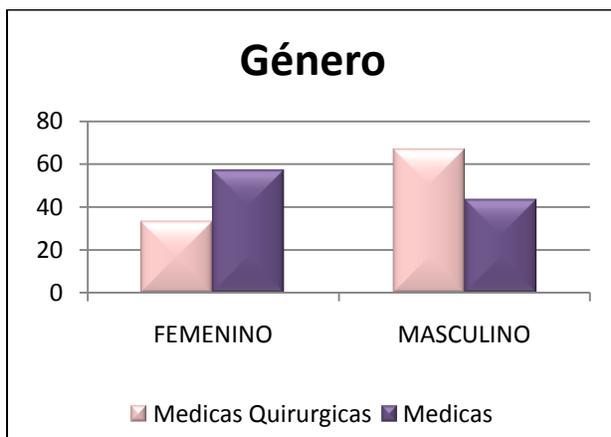
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

En cuanto a las variables socio demográficas, encontramos que, el 55.9% de los residentes son naturales de Bogotá y el restante corresponde a en su gran mayoría a otras regiones del país y aun a ciudades del extranjero (Ver grafica 1).

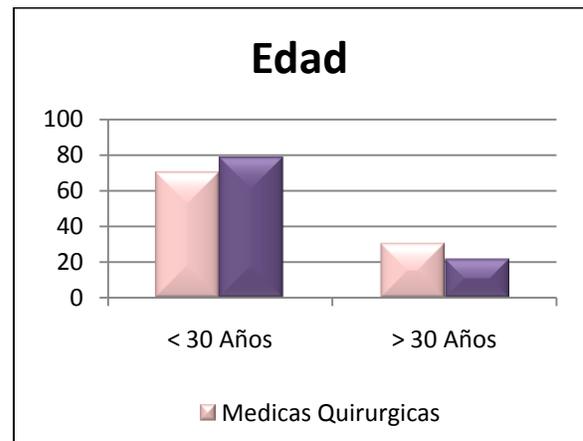


Grafica 1

El género predominante es el masculino en las especialidades quirúrgicas, y femenino para las médicas (Ver grafica 2). La mayor parte de la población evaluada tenía una edad inferior a los 30 años para ambos tipos de especialización; médicas 78.3% y quirúrgicas 69.7% (Ver grafica 3).



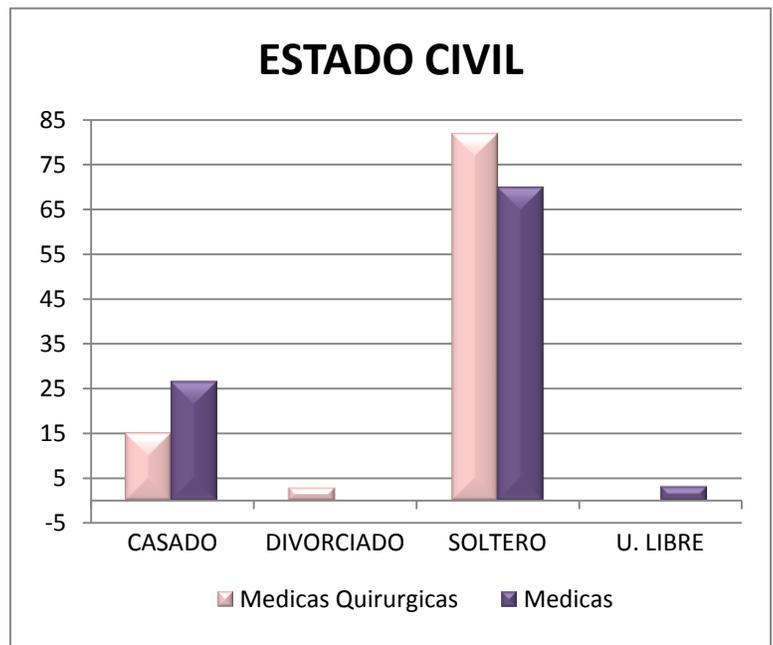
Grafica 2



Grafica 3

En cuanto al estado civil, predominan los solteros para los 2 tipos de especializaciones, teniendo un porcentaje ligeramente más elevado para las especialidades médicas. En segunda posición se encuentran los residentes casados. Es de anotar que en las especialidades quirúrgicas un pequeño porcentaje se encuentra divorciado, hecho que no se encontró en las residencias médicas. (Ver tabla 1 y grafica 4).

ESTADO CIVIL		
Medicas	CASADO	26.7
	DIVORCIADO	0
	SOLTERO	70
	U. LIBRE	3.3
	Total	100
Quirúrgicas	CASADO	15.2
	DIVORCIADO	3
	SOLTERO	81.8
	U. LIBRE	0
	Total	100



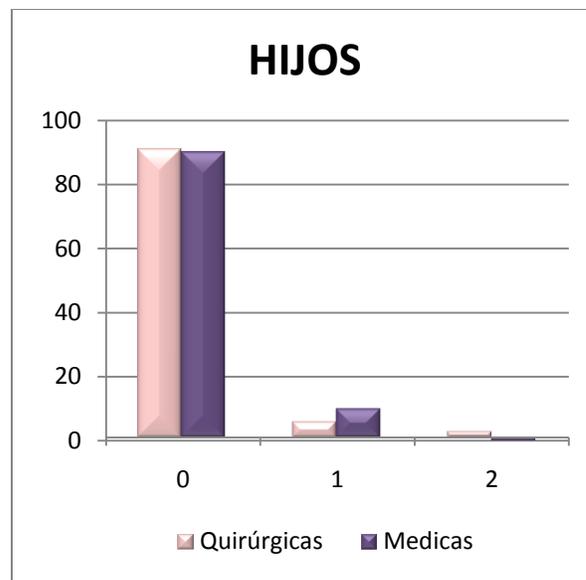
Grafica 4

Tabla 1

Adicionalmente encontramos con mayor frecuencia que los residentes de ambos tipos de especialidades no tenían hijos (Ver tabla 2 y grafica 5).

NUMERO DE HIJOS			
TIPO	Variable	Frecuencia	%
Médicas	0	54	90
	1	6	10
	0	30	90.9
Quirúrgicas	1	2	6.1
	2	1	3

Tabla 2

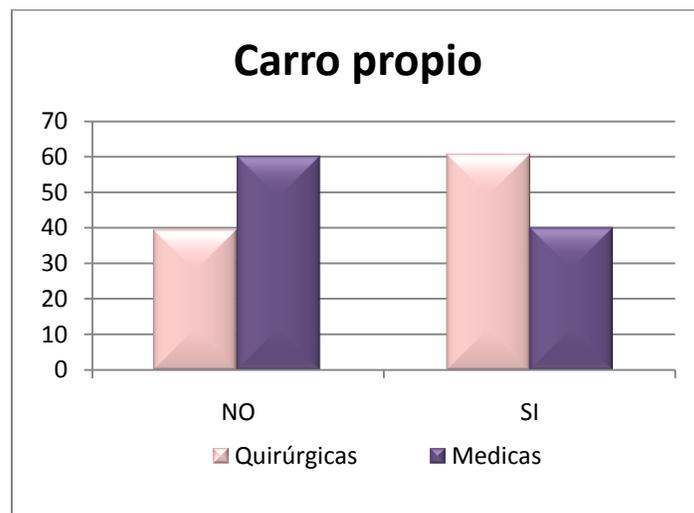


Grafica 5

Un porcentaje elevado de residentes de áreas médicas no posee carro propio hecho que no ocurre de la misma manera en los residentes de especialidades quirúrgicas (Ver tabla 3).

CARRO PROPIO			
TIPO	Variable	Frecuencia	%
Médicas	NO	36	60
	SI	24	40
Quirúrgicas	NO	13	39.4
	SI	20	60.6

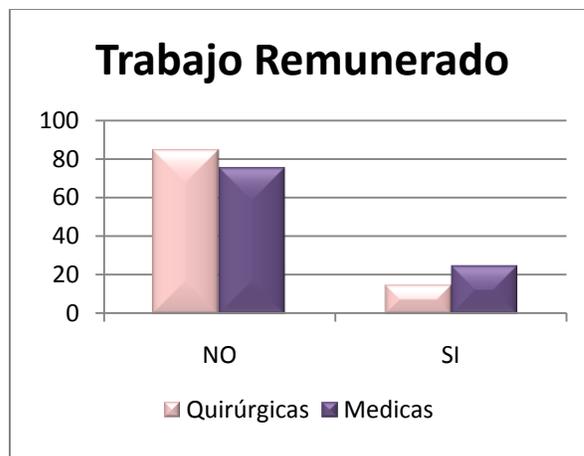
Tabla 3



Grafica 6

CARACTERISTICAS LABORALES ASOCIADAS

Tanto para las especialidades medicas como las quirúrgicas, encontramos que los residentes no poseen trabajo remunerado en un 75% y 84.8% respectivamente (Ver grafica7)

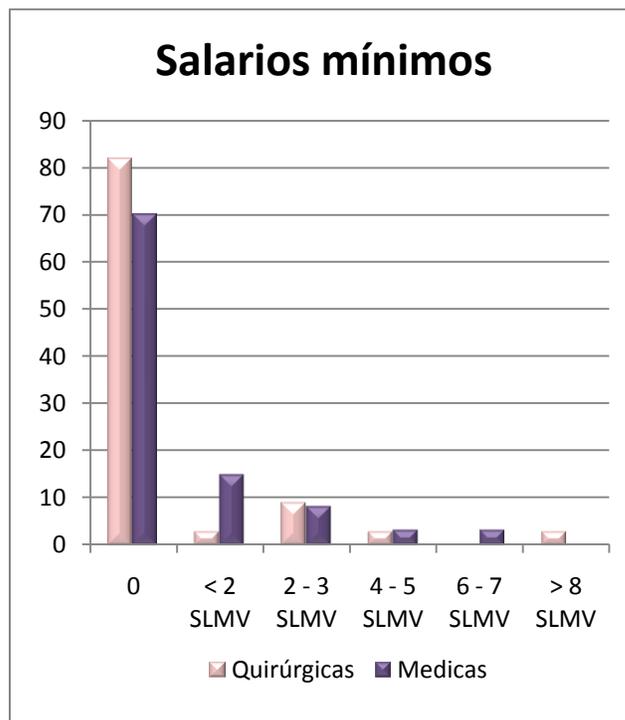


Grafica 7

En cuanto a los salarios mínimos devengados mensualmente hay una correlación importante con el gran porcentaje de residentes que no tienen trabajo remunerado (Ver tabla 4 y grafica 8).

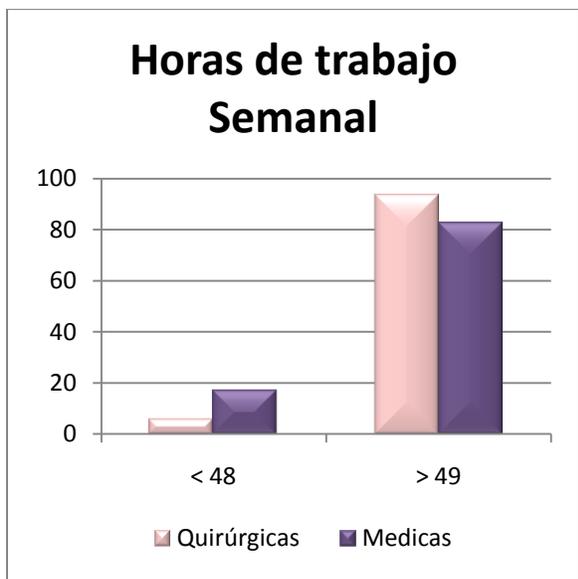
SALARIOS MINIMOS			
Tipo	Variable	Frecuencia	%
Medicas	0	42	70
	< 2 SLMV	9	15
	2 - 3 SLMV	5	8.3
	4 - 5 SLMV	2	3.3
	6 - 7 SLMV	2	3.3
	> 8 SLMV	0	0
	Total	60	100
Quirúrgicas	0	27	81.8
	< 2 SLMV	1	3
	2 - 3 SLMV	3	9.1
	4 - 5 SLMV	1	3
	6 - 7 SLMV	0	0
	> 8 SLMV	1	3
	Total	33	100

Tabla 4

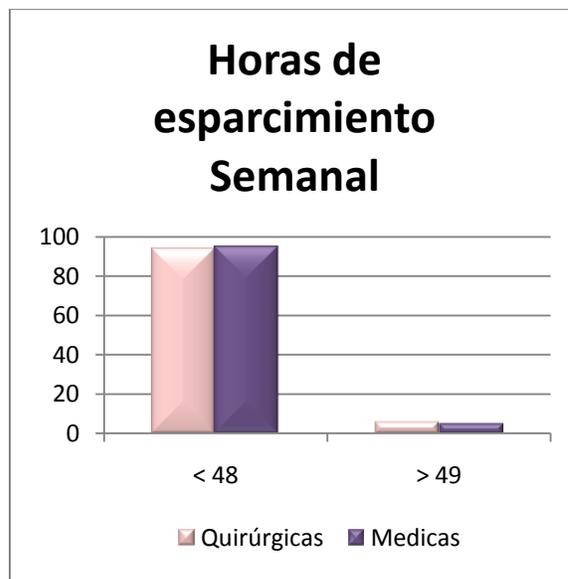


Grafica 8

La mayor parte de la población cumple con 49 o más horas de trabajo semanales, 82,5% para las especiales medicas y 93,8% para las especialidades quirúrgicas (Ver grafica 9); en cuanto a el tiempo destinado al esparcimiento es de 48 horas o menos para el 94,74% de las especialidades medicas y el 93.9% de las especialidades quirúrgicas (Ver grafica 10)

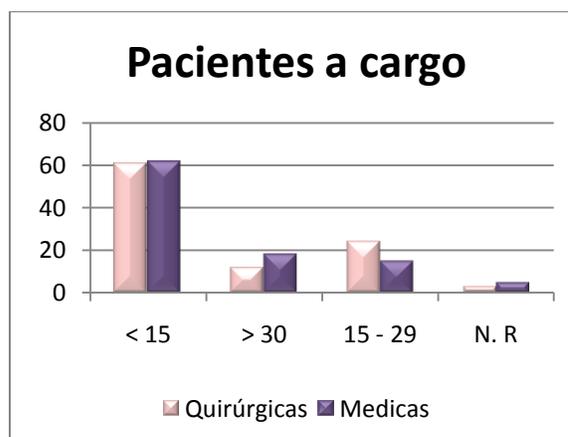


Grafica 9



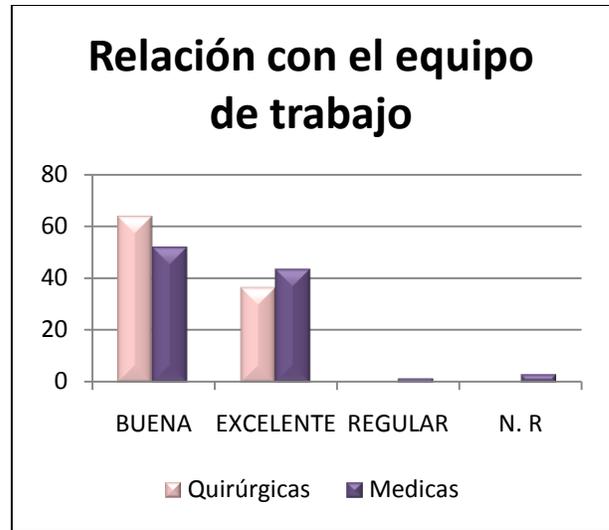
Grafica 10

En cuanto al número de pacientes a cargo, durante una jornada laboral diaria, coincidió para los dos tipos de especialidades medicas y quirúrgicas en ser menor a quince pacientes 61.7% y 60.6% respectivamente. (Ver grafica 11).



Grafica 11

En términos generales los residentes de las especialidades médicas (51,7%) y quirúrgicas (63,6%) manifestaron mantener buenas relaciones con el equipo de trabajo, seguidas de relaciones calificadas como excelentes (Ver grafica 12).

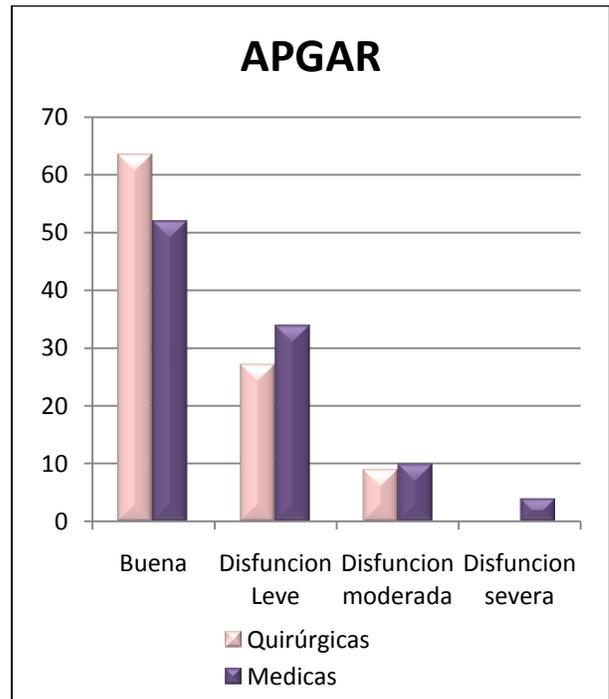


Grafica 12

APGAR FAMILIAR

La evaluación de la funcionalidad familiar por medio de este instrumento fue calificada por la mayoría de los residentes como buena en un 52% para las especialidades medicas y 63,6% para las quirúrgicas, seguida de valores correlacionados con una disfunción familiar leve, esta última con porcentaje ligeramente más elevado en las residencias medicas, llamando la atención que en las especialidades medicas se presento disfunción familiar

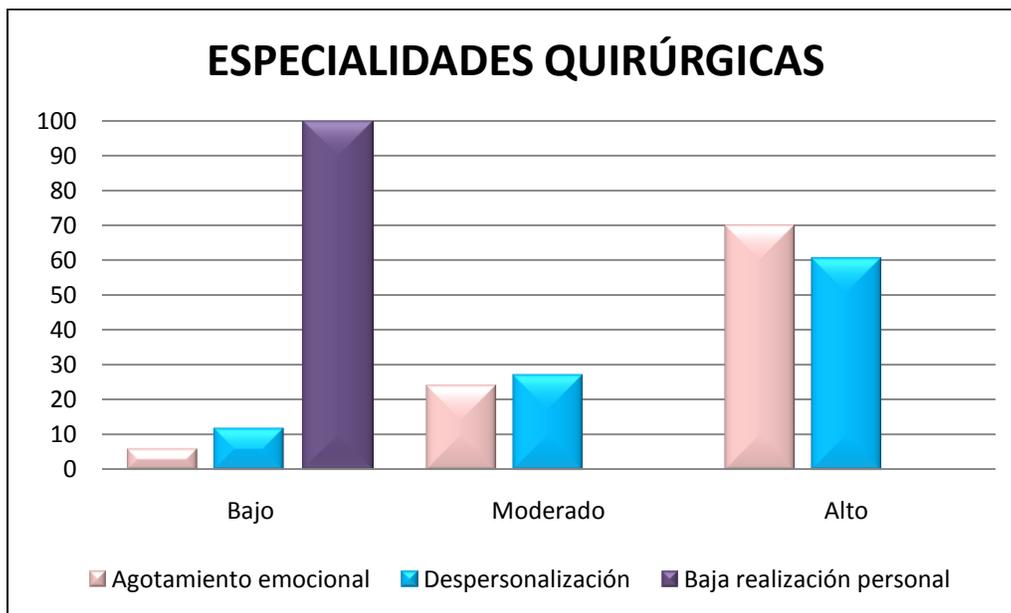
severa en un 4% (Ver grafica 13).



Grafica 13

TIPOS DE ESPECIALIDADES Y COMPONENTES DEL SINDROME DE BURNOUT

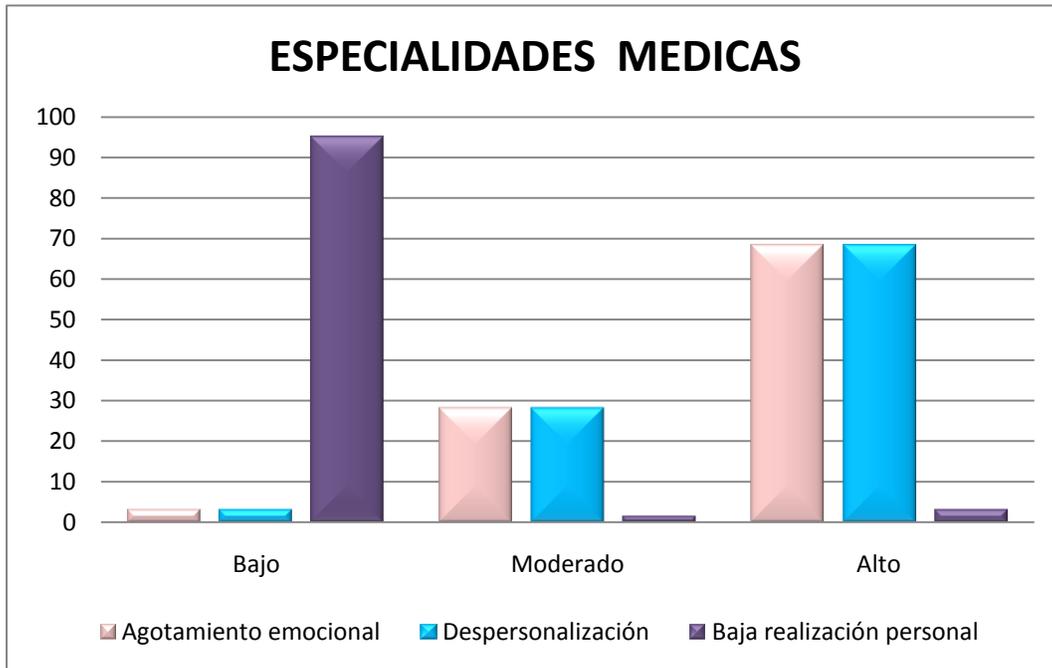
Los residentes de especialidades quirúrgicas en su mayoría (69.7%) tuvieron un puntaje alto para el componente de agotamiento emocional el componente de despersonalización (60.6%), en contraposición a lo observado en el componente de baja realización personal en el cual el 100% tuvo un puntaje bajo (Ver grafica14)



Grafica 14

De forma similar en las especialidades médicas, encontramos que el mayor porcentaje de los encuestados tienen puntajes altos en el área de agotamiento emocional (68.3%), en cuanto al área de despersonalización se observa un cambio con una división más homogénea de la población encontrando que en un 16.7% puntuaron como bajo, el 38.2% puntuó como intermedio y el 45% puntuó

como alto y en cuanto a el componente de baja realización personal el 95% puntuó como bajo (Ver grafica 15).



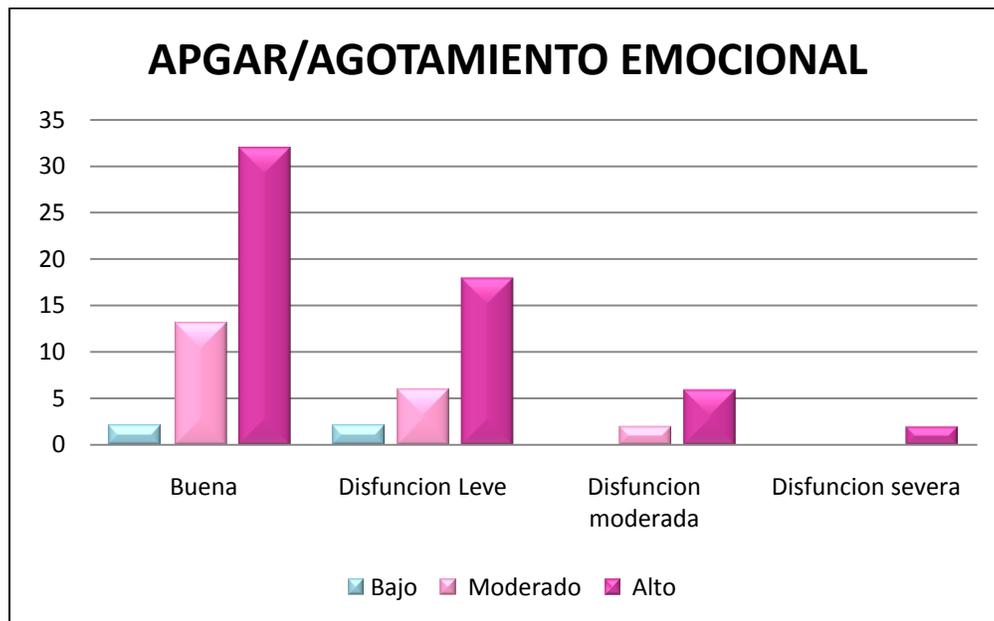
Grafica 15

RESULTADOS DEL ANALISIS BIVARIADO

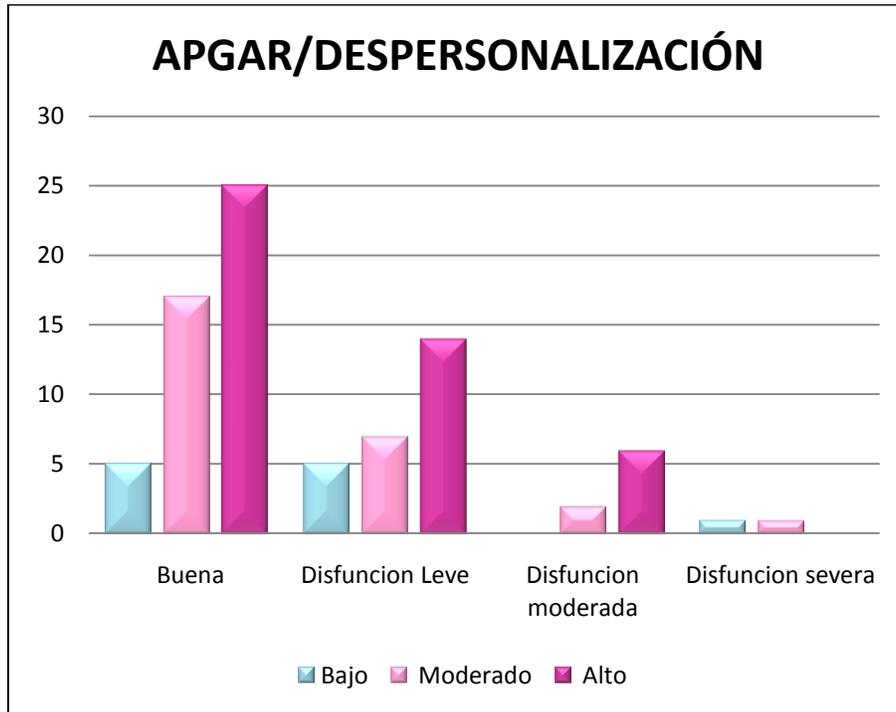
Es importante mencionar que los resultados contenidos en este aparte, corresponden a la correlación de los datos obtenidos de las diferentes variables evaluadas en el instrumento de recolección, con cada uno de los componentes del síndrome de Burnout.

APGAR FAMILIAR Y COMPONENTES DEL MBI

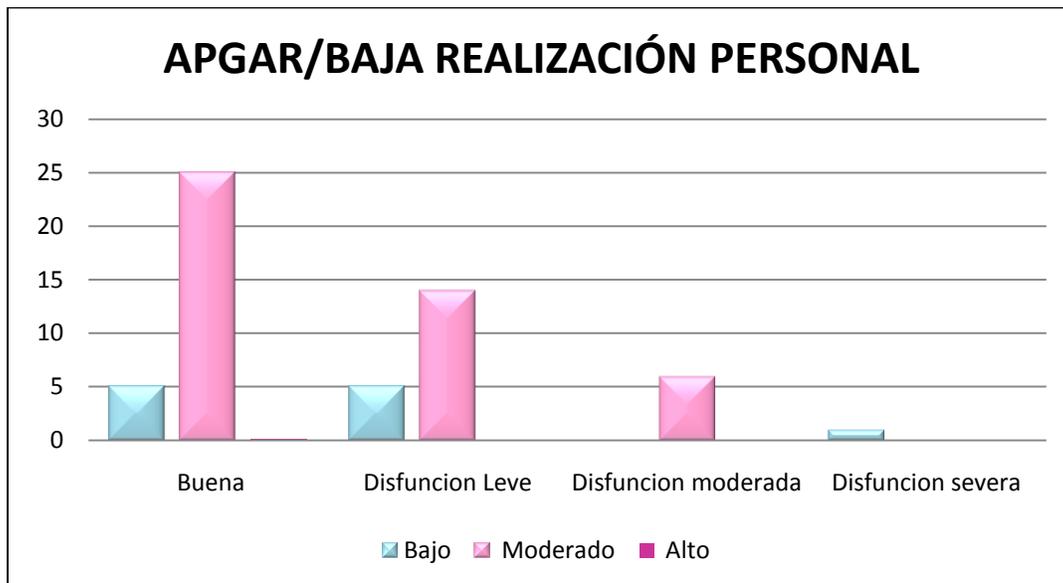
En cuanto al componente de agotamiento emocional, para los residentes con una buena funcionalidad familiar, que corresponden a la mayoría, un porcentaje superior al 30%, calificaron como alto en el MBI para esta área mientras que aquellos con una disfunción familiar leve lo calificaron alto en un porcentaje mayor al 15% (Ver detalles en grafica 16). Hallazgos similares se encontraron para el área de despersonalización (Ver grafica 17). Para el componente de baja realización personal, ningún residente fue calificado como con compromiso alto (Ver grafica18).



Grafica 16



Grafica 17



Grafica 18

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, CARACTERISTICAS LABORALES Y COMPONENTES DEL MBI

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Agotamiento emocional

Encontramos la existencia de significancia estadística para el desarrollo de agotamiento emocional en la población que tiene una cantidad igual o menor a 48 horas de esparcimiento semanales (p 0.032). En cuanto a las demás variables no se obtuvieron datos estadísticamente significativos (Ver tabla 5).

VARIABLES	BAJO	MODERADO	ALTO	P
EDAD				
<30	1	14	32	0.577
>30	1	3	9	
GENERO				
MASCULINO	2	7	17	0.337
FEMENINO	0	10	24	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	1	11	30	0.607
CASADO	1	5	10	
UNION LIBRE	0	1	1	
NUMERO DE HIJOS				
0	2	15	37	0.576
1	0	2	4	
AÑOS DE EJERCICIO				
< 5	1	15	28	0.202
> 5	1	2	13	
TRABAJO REMUNERADO				
NO	0	13	32	0.102
SI	2	4	9	

CARRO PROPIO				
NO	0	13	23	0.069
SI	2	4	18	
SALARIOS MINIMOS				
0	0	14	28	0.177
<2	1	1	7	
2 - 3 SLMV	1	1	3	
4 - 5 SLMV	0	0	2	
6 - 7 SLMV	0	1	1	
HORAS LABORALES SEMANA				
< 48	0	4	6	0.545
> 48	1	12	34	
HORAS ESPARCIMIENTO				
< 48	2	17	38	0.032
> 48	0	0	0	
PACIENTES A CARGO				
< 15	1	11	25	0.888
15 - 20	0	2	7	
> 30	1	3	7	
N. R	0	1	2	
RELACION CON EQUIPO				
BUENA	1	5	25	0.146
EXCELENTE	1	10	15	

Tabla 5

Despersonalización

Para este componente del síndrome de Burnout encontramos una relación significativamente estadística con respecto a las horas de esparcimiento semanales menores de 48 (p 0.011), que se correlaciona con los hallazgos obtenidos en el área de agotamiento emocional, tampoco encontramos otras relaciones significativas entre las diferentes variables y el desarrollo de compromiso en este componente (Ver tabla 6).

VARIABLES	BAJO	MODERADO	ALTO	P
EDAD				
<30	8	19	20	0.842
>30	2	4	7	
GENERO				
MASCULINO	3	9	14	0.422
FEMENINO	7	14	13	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	8	16	18	0.81
CASADO	2	7	7	
UNION LIBRE	0	0	2	
NUMERO DE HIJOS				
0	10	19	25	0.375
1	0	4	2	
AÑOS DE EJERCICIO				
< 5	8	17	19	0.928
> 5	2	6	8	
CARRO PROPIO				
NO	7	17	12	0.083
SI	3	6	15	
HORAS LABORALES SEMANA				
< 48	2	5	3	0.576
> 48	7	18	22	
HORAS ESPARCIMIENTO				
< 48	10	22	25	0.011
> 48	10	22	25	
PACIENTES A CARGO				
< 15	6	13	18	0.26
15 - 29	3	3	3	
> 30	1	7	3	
N. R	0	0	3	
RELACION CON EQUIPO				
BUENA	5	10	16	0.506
EXCELENTE	4	12	10	
N. R	1	0	1	
REGULAR	0	1	0	

Tabla 6

Baja realización personal

La mayoría de los residentes tuvieron en las diferentes variables evaluadas una puntuación baja para este componente del síndrome. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas (Ver tabla 7).

VARIABLES	BAJO	MODERADO	ALTO	P
EDAD				
<30	45	1	1	0.526
>30	12	0	1	
GENERO				
MASCULINO	25	0	1	1
FEMENINO	32	1	1	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	39	1	2	1
CASADO	16	0	0	
UNION LIBRE	2	0	0	
NÚMERO DE HIJOS				
0	51	1	2	1
1	6	0	0	
AÑOS DE EJERCICIO				
< 5	42	1	1	0.613
> 5	15	0	1	
TRABAJO REMUNERADO				
NO	42	1	2	1
SI	15	0	0	
CARRO PROPIO				
NO	34	1	1	1
SI	23	0	1	
SALARIOS MINIMOS				
0	39	1	2	1
<2	9	0	0	
2 - 3 SLMV	5	0	0	
4 - 5 SLMV	2	0	0	
6 - 7 SLMV	2	0	0	
HORAS LABORALES SEMANA				
< 48	9	0	1	0.446
> 48	45	1	1	
HORAS ESPARCIMIENTO				
< 48	54	1	2	1
> 48	0	0	0	
PACIENTES A CARGO				
< 15	34	1	2	1
15 - 20	9	0	0	
> 30	11	0	0	
N. R	3	0	0	
RELACION CON EQUIPO				
BUENA	29	1	1	0.067
EXCELENTE	26	0	0	
N. R	2	0	0	
REGULAR	0	0	1	

Tabla 7

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

Agotamiento emocional

En las especialidades quirúrgicas con respecto al componente de agotamiento emocional, no se encontró asociación estadísticamente significativa en la mayoría de las variables, en contraposición al hallazgo obtenido para el mismo componente en cuanto las especialidades medicas con respecto a las horas de esparcimiento, sin embargo, encontramos la presencia de asociación estadísticamente significativa con respecto a la relación de la población con su equipo de trabajo ($p 0.02$), aunque no pareciese tener importancia debido a que solo podemos comparar buena relación vs excelente relación (debido a que solo fue calificada de acuerdo con estos 2 ítems por los residentes), podemos inferir que podrían estar sobreestimando la relación que pudiesen tener con su equipo, por lo que el tener buena relación con el equipo de trabajo y no una excelente relación, es un factor de riesgo en las especialidades quirúrgicas para desarrollar compromiso en el área de agotamiento emocional (Ver tabla 8).

VARIABLES	BAJO	MODERADO	ALTO	P
EDAD				
<30	2	5	16	1
>30	0	3	7	
GENERO				
MASCULINO	2	5	15	1
FEMENINO	0	3	8	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	2	7	18	1
CASADO	0	1	4	

DIVORCIADO	0	0	1	
NÚMERO HIJOS				
0	1	8	21	0.226
1	1	0	1	
2	0	0	1	
AÑOS DE EJERCICIO				
< 5	2	5	18	0.655
> 5	0	3	5	
TRABAJO REMUNERADO				
NO	2	7	19	1
SI	0	1	4	
CARRO PROPIO				
NO	1	5	7	0.331
SI	1	3	16	
# SLMV				
0	2	7	18	0.608
<2	0	0	1	
2 - 3 SLMV	0	0	3	
4 - 5 SLMV	0	1	0	
> 8 SLMV	0	0	1	
HORAS LABORALES SEM				
< 48	0	0	2	1
> 48	2	8	20	
HORAS ESPARCIMIENTO				
< 48	1	7	23	0.32
> 48	1	1	0	
PACIENTES A CARGO				
< 15	2	7	11	0.888
15 - 29	0	0	8	
> 30	0	1	3	
N. R	0	0	1	
RELACION CON EQUIPO				
BUENA	0	3	18	0.02
EXCELENTE	2	5	5	
N. R	0	0	0	
REGULAR	0	0	0	
SEMESTRE				
1	1	2	5	0.308
2	1	0	6	
3	0	4	2	
4	0	1	5	
5	0	0	2	
7	0	1	3	

Tabla 8

Despersonalización

En este componente al ser evaluado en las especialidades quirúrgicas encontramos la presencia de una relación significativamente estadística con respecto a las horas de esparcimiento semanales, encontrando que tener menos de 48 horas de esparcimiento es un riesgo para desarrollarlo (p 0.011), (Ver tabla 9).

Hallazgo que se relaciona con lo obtenido para el mismo componente en las especialidades medicas, por lo que podríamos inferir que el tiempo esparcimiento es muy importante para evitar sufrir de despersonalización.

VARIABLES	BAJO	MODERADO	ALTO	P
EDAD				
<30	3	7	13	0.859
>30	1	2	7	
GENERO				
MASCULINO	3	5	14	0.865
FEMENINO	1	4	6	
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	4	7	16	1
CASADO	0	2	3	
DIVORCIADO	0	0	1	
# HIJOS				
0	3	9	18	0.478
1	1	0	1	
2	0	0	1	
AÑOS DE EJERCICIO				
< 5	3	7	15	1
> 5	1	2	5	
TRABAJO REMUNERADO				
NO	4	9	15	0.206
SI	0	0	5	
CARRO PROPIO				
NO	2	5	6	0.446
SI	2	4	14	

SALARIOS MINIMOS				
0	4	9	14	0.937
<2	0	0	1	
2 - 3 SLMV	0	0	3	
4 - 5 SLMV	0	0	1	
> 8 SLMV	0	0	1	
HORAS LABORALES SEMANALES				
< 48	0	0	2	1
> 48	4	8	18	
HORAS ESPARCIMIENTO				
< 48	2	9	20	0.011
> 48	2	0	0	
PACIENTES A CARGO				
< 15	3	5	12	0.617
15 - 20	0	2	6	
> 30	1	2	1	
N. R	0	0	1	
RELACION CON EQUIPO				
BUENA	1	6	14	0.293
EXCELENTE	3	3	6	
SEMESTRE				
1	2	5	1	0.142
2	1	2	4	
3	0	1	5	
4	1	1	4	
5	0	0	2	
6	0	0	4	

Tabla 9

Baja realización personal

Los residentes evaluados, en todas las variables incluidas en el instrumento, puntuaron como bajo en cuanto al componente de baja realización personal, por lo que no es posible encontrar asociaciones, entre las diferentes variables y el compromiso de esta área, debido a que no existe un punto de comparación de los valores (Ver tablas 10 y 11).

BAJA REALIZACION PROFESIONAL	
VARIABLES	BAJO
EDAD	
<30	23
>30	10
GENERO	
MASCULINO	22
FEMENINO	11
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	27
CASADO	5
DIVORCIADO	1
NÚMERO HIJOS	
0	30
1	2
2	1
AÑOS DE EJERCICIO	
< 5	25
> 5	8
TRABAJO REMUNERADO	
NO	28
SI	5
SALARIOS MINIMOS	
0	27
<2	1
2 - 3 SLMV	3
4 - 5 SLMV	1
> 8 SLMV	1

Tabla 10

BAJA REALIZACION PROFESIONAL	
VARIABLES	BAJO
CARRO PROPIO	
NO	13
SI	20
HORAS LABORALES	
< 48	2
> 48	30
HORAS ESPARCIMIENTO	
< 48	31
> 48	2
PACIENTES A CARGO	
< 15	20
15 - 29	8
> 30	4
N. R	1
RELACION CON EQUIPO	
BUENA	21
EXCELENTE	12
SEMESTRE	
1	8
2	7
3	6
4	6
5	2
6	4

Tabla 11

DISCUSIÓN

El síndrome de Burnout no es una entidad de reciente aparición en la literatura puesto que su primera descripción se remonta a 1974; aunque corresponde a una entidad prevalente con desenlaces negativos en las diferentes esferas (biológica, psicológica, emocional, familiar, social y laboral)¹, son pocas las investigaciones que se encuentran en la literatura científica mundial y aun más escasas las que se encuentran en nuestro país.

Ante este escenario, fue importante para nosotros la realización de una aproximación hacia el conocimiento del compromiso de las áreas que componen el síndrome de Burnout en los residentes de las especializaciones médicas y quirúrgicas de la Universidad El Bosque, con el fin de aportar en nuestra universidad la posibilidad de retroalimentación continua a sus residentes y de esta forma implementar a futuro intervenciones tendientes a mejorar la calidad de los programas, el bienestar biopsicosocial, el desempeño laboral y la calidad de la atención de los pacientes.

Adicionalmente encontramos como un reto, el diagnóstico del síndrome en los residentes puesto que fue evidente el compromiso de las áreas que la componen de forma aislada, sin cumplir con los criterios en su totalidad, razón por la cual los

resultados pueden demostrar mejor la presencia de factores de riesgo con una relación causal para el desarrollo del mismo.

Es necesario por lo anterior aclarar que nuestra investigación no corresponde a un estudio de prevalencia de la patología, por la dificultad diagnóstica presentada.

A cerca de los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, encontramos porcentajes altos de compromiso de las áreas de agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización en variables socio demográficas de los residentes de especialidades médicas como los son el género femenino correspondiente 56.7%, estado civil soltero encontrado en 70% de los residentes, ausencia de carro propio en 60%, los cuales se encuentra correlacionados con la literatura revisada ¹, aunque cabe anotar que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas.

A diferencia de lo encontrado en la literatura, donde se encuentran prevalencias altas de síndrome en mayores de 45 años, hallamos porcentajes aumentados en calificaciones altas de áreas de despersonalización y agotamiento emocional para residentes de especialidades médicas y quirúrgicas con edades menores de 30 años, correspondiendo al 78.3% de los residentes, lo que posiblemente se encuentre relacionado con la edad promedio de los participantes del presente estudio, que como máxima tiene 38 años, en contraparte a lo encontrado en la literatura dentro de la cual se describe como edad máxima lejana los 45 años.¹

Contemplando otros aspectos socio demográficos relevantes, en las residencias médicas, incluimos el factor económico, bajo la premisa que relaciona el trabajo no remunerado, que es realizado por los residentes de nuestra nación, bajos o nulos ingresos económicos y ausencia de carro propio con la vulnerabilidad para el desarrollo de estrés laboral crónico, observamos entonces, en el área de agotamiento emocional calificaciones altas para estas dos variables y para la despersonalización puntuaciones altas por la ausencia de trabajo remunerado aunque sin correlación estadística significativa; lo anterior probablemente porque la mayoría de los participantes se encontraban sin trabajo remunerado (75%), y sin posibilidades de adquisición de un vehículo propio (60%).

Al evaluar las características laborales asociadas también encontramos porcentajes elevados en los componentes del síndrome para el exceso de horas laborales semanales en 82.5% de los residentes y falta de tiempo de esparcimiento (94.7%), factores de riesgo descritos en la literatura con asociaciones causales¹⁰, encontramos en nuestro estudio asociación estadísticamente significativa con las horas de esparcimiento laborales menores de 48 horas semanales en áreas de agotamiento emocional (p 0.032) y despersonalización (p 0.011). La mayoría de los residentes de especialidades médicas tienen a su cargo menos de 15 pacientes a diario (61.7%) y 51.7% mantienen buenas relaciones con el equipo de salud que podrían ser vistos como elementos preventivos del desarrollo de la patología.

Para las especialidades quirúrgicas, encontramos que el género predominante fue el masculino (66.7%), con puntuaciones altas para las áreas de agotamiento emocional y despersonalización, lo cual dista de lo revisado en la literatura.

También, encontramos asociación estadísticamente significativa en las áreas de despersonalización ante la presencia de menos de 48 horas de esparcimiento semanal, en 93.7% de los residentes de especialidades quirúrgicas ($p = 0.011$).

Adicionalmente, observamos bajas calificaciones de todas las variables estudiadas en el área de baja realización personal.

Con respecto a la relación con el equipo de trabajo, observamos que existe una relación estadísticamente significativa para el desarrollo del síndrome en aquellos residentes que la calificaron como Buena su relación con el equipo, en un 63.6% ($p = 0.02$) con relación a los que puntuaron como excelente un 36.4%, para el área de agotamiento emocional, hecho que podría estar en relación a una sobrevaloración y sobrestimación de las relaciones entre los profesionales de la salud en el ambiente hospitalario.

Globalmente, la adquisición de carro propio, el ejercicio profesional menor de 5 años y el número de salarios devengados parecen no tener una influencia en la aparición del síndrome.

En cuanto a la evaluación de la funcionalidad familiar, la mayoría de los residentes de especialidades médicas y quirúrgicas tenían una adecuada funcionalidad

siendo de 52% en especialidades medicas y 63.6% en especialidades quirúrgicas, aunque alrededor de 30% de los residentes en términos generales puntuaron alto en las áreas de despersonalización y de agotamiento emocional, es decir que no podríamos considerar esta evaluación como dato contundente y/o excluyente de la probabilidad para el desarrollo del síndrome solo por que el grueso de la población presenta una Buena dinámica familiar.

En el presente estudio la mayoría de los residentes no tenían hijos 90% en especialidades médicas y 90.9% en especialidades quirúrgicas, por lo que hizo difícil el establecimiento de asociaciones significativas con el desarrollo del síndrome.

En resumen, podemos afirmar que con nuestra investigación encontramos como factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de Burnout la presencia de menos de 48 horas de esparcimiento laboral semanal para el componente de agotamiento emocional en los 2 tipos de especialidades y en el área de despersonalización para las especialidades quirúrgicas. Otro factor de riesgo hallado fue la Buena relación con el equipo de salud en las especialidades quirúrgicas.

Como fue descrito anteriormente frente a las dificultades diagnósticas de este síndrome y con los hallazgos encontrados a lo largo de esta investigación, resta por decir que se convierte en necesaria la aproximación y desarrollo de criterios

diagnósticos complementarios más amplios que nos permitan catalogar a los residentes en grupos con diagnóstico probable y posible de acuerdo a las combinaciones de compromiso en las diferentes áreas que componen al síndrome.

Es claro que, aunque son muchas las variables evaluadas en nuestra investigación, al relacionarlas con lo encontrado en la literatura a cerca de esta patología, podemos inferir que se requieren estudios futuros tendientes a buscar asociaciones causales con muestras poblacionales más amplias y homogéneas.

CONCLUSIONES

- Existe significancia estadística con respecto a las horas de esparcimiento semanal de 48 horas o menos, para las especialidades medicas con respecto a los componente de agotamiento emocional y despersonalización, lo que podría corresponder a la necesidad de brindar espacios de esparcimiento para estos residentes, con la finalidad de procurar un mayor bienestar estudiantil y de esta forma evitar la aparición de compromiso de estos componentes y posible desarrollo del síndrome de burnout.
- El componente de despersonalización tanto para especialidades medicas como especialidades quirúrgicas, se compromete con respecto a la dificultad para lograr un tiempo de esparcimiento mayor o igual a 49 horas.
- El componente de agotamiento emocional en las especialidades quirúrgicas se ve afectado por la relación con el quipo de trabajo, sin embargo en el presente estudio encontramos como limitante, que a pesar de la existencia de varias posibilidades de respuesta en el instrumento, los residentes de las especialidades quirúrgicas solo la calificaron como excelente o buena, lo que podría sugerirnos que, una buena relación con el equipo de trabajo vs

una excelente relación influye en el compromiso del componente de agotamiento emocional para las especialidades quirúrgicas.

- Podría existir una sobre valoración o sobrestimación de las relaciones entre los profesionales de la salud en el ambiente hospitalario, o por el contrario la dificultad por parte de los residentes para reconocer los problemas de relación con el equipo de trabajo.
- No es posible realizar diagnóstico de Síndrome de burnout puesto que no se cumplían los criterios diagnósticos; sin embargo, las puntuaciones altas en las diferentes áreas, pueden indicar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo del síndrome.

RECOMENDACIONES

- Es necesario evaluar por parte de las directivas de los diferentes postgrados de la Universidad el Bosque la necesidad de brindar espacios de esparcimiento para sus residentes, con la finalidad de procurar un mayor bienestar estudiantil y de esta forma evitar la aparición de compromiso de los componentes del síndrome de burnout, debido a la relación existente encontrada en el presente estudio.
- Se requieren estudios futuros que involucren tamaños muestrales homogéneos y más amplios de tal forma, que pueda existir una retroalimentación a cada especialidad de manera individual y específica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Quiroz R, Saco S. factores asociados al síndrome Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de salud del cusco. *SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC 2000*
2. Quiceno, M. Alpi, s. *Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)”* universidad de san buenaventura, Medellín, Colombia. *acta colombiana de psicología* 10 (2): 117-125, 2007
3. Weber, A. Jaekel-Reinhard, A. Burnout syndrome: a disease of modern societies?. Institute and Outpatient Clinic for Occupational, Social and Environmental Medicine of the University of Erlangen-Nuremberg, Germany. *Occup. Med.* Vol. 50, No. 7, pp. 512-517, 2000
4. Borda, M. Navarro, E. Síndrome de Burnout en estudiantes del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2007; 23 (1): 43-51
5. Paredes, O. Sanabria, P. prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *REVISTA FAC MED* 16 (1): 25-32, 2008.
6. Legassie, J. Zibrowski, E. Measuring Resident Well-Being: Impostorism and Burnout Syndrome in Residency. 2008. *J Gen Intern Med* 23(7):1090–4.

7. Mommersteeg, P. Heijnen, C. Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosomatic Medicine* 68:879–886 (2006)
8. Alarcon, J. Vaz, F. Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II). *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002;29(1):8-17
9. Kalemoglu, N. Keskin, O. burnout syndrome at emergency service. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2006;14; 37-40.
10. Ortega C., López F., El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas *Universidad de Almería, España*. 7 julio 2003.
11. Graue Wiechers E., Alvarez R., Sánchez M., El Síndrome de “Burnout”: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional.
12. Diez M., Dolan S., *Burnout vs. vigor profesional: Análisis configuracional de las características sociolaborales e individuales protectoras en médicos catalanes*. *Rev Psiquiatr Urug* 2008;72(2):169-185.
13. Gil-Monte P., Unda S., Sandoval J., Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental* 2009;31:205-214.

14. Ogresta J., Rusac S., Zorec L., Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. *Croat Med J.* 2008;49:364-74.
15. Bartocha V. I., Síndrome de Burnout en médicos generales e internos en cuatro centros de atención en salud en Sincelejo. Tesis (Especialista en Epidemiología Clínica). Universidad El Bosque, Bogotá, 2009.
16. Fjellman-wiklund, A. Stenlund, T. Take charge: patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. *J Rehabil Med* 2010; 42: 475–481
17. Leiter, M. Frank, E. Demands, values, and burnout. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* Vol 55: december • décembre 2009.
18. Stenlund, T, Slunga, L. EFFECTS OF QIGONG IN PATIENTS WITH Burnout : A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *J Rehabil Med* 2009; 41: 761–767.
19. Kitaoka-higashiguchi. K. burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *J occup health* 2009; 51:123-131.
20. Wahlberg, K. Ghatan, P. Suppressed neuroendocrine stress response in depressed women on job-stress related long-term sick-leave: A stable marker potentially suggestive of pre-existing vulnerability. *Biol Psychiatry.* 2009 May 1; 65(9): 742–747. doi:10.1016/j.biopsych.2008.10.035.
21. Sertöz, O. Binbay I, The Neurobiology of Burnout: The Hypothalamus-

- Pituitary-Adrenal Gland Axis and Other Findings. Turk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(3) Turkish Journal of Psychiatry.
22. Leone, S. Huibers, H. Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population. Q J Med 2007; 100:617–627.
23. Ydwine J. Zanstra, J. Vagal and Sympathetic Activity in Burnouts During a Mentally Demanding Workday. Psychosomatic Medicine 68:583–590 (2006).
24. Redondo, M. Errores frecuentes en la comparación de resultados de estudios sobre *burn-out* o desgaste profesional. An Pediatr (Barc) 2005;63(4):373-82
25. Quilici, A. Pogetti, R. Is the advanced trauma life support simulation exam more stressful for the surgeon than emergency department trauma care. clinics 2005;60(4):287-92.
26. Benson, J. Magraith, K. Compassion fatigue and burnout *The role of Balint groups*. Australian Family Physician Vol. 34, No. 6, June 2005
27. Morgan, C. Cho, T. The Impact of Burnout on Human Physiology and on Operational Performance: A Prospective Study of Soldiers Enrolled in the Combat Diver Qualification Course. yale journal of biology and medicine 75 (2002), pp. 199-205.