

**FACTORES EXPOSICIONALES ASOCIADOS A LA OCURRENCIA
DE BURNOUT EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y
OTRAS ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRÚRGICAS**

Adriana Lucia Blanco Cepeda

Ivonne Tatiana Pinto Ramos

Johanna Cecilia Steer Díaz

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
POST GRADO MEDICINA FAMILIAR**

IDENTIFICACIÓN

Universidad: El Bosque.

Facultad: Medicina.

Título de la Investigación: Factores exposicionales asociados a la ocurrencia de Burnout en los médicos familiares y otras especialidades médico-quirúrgicas.

Instituciones participantes: Universidad El Bosque, FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), Universidad Juan N. Corpas, Universidad Javeriana y Universidad San Martín.

Tipo de investigación: Post grado.

Investigadores:

Adriana Lucia Blanco, Ivonne Tatiana Pinto y Johanna Cecilia Steer Díaz.

Asesor Temático: Javier UrregoVarela.

Asesor Metodológico: Olga Victoria Gómez Gómez.

Asesor Estadístico: Ricardo Contento.

“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”

Agradecimientos generales

A los Doctores Javier Urrego, Olga Victoria Gómez y Ricardo Contento por su asesoría, tutoría y participación en la realización del estudio.

A los residentes y universidades en ellos representadas quienes autorizaron la utilización de sus datos para el alcance de nuestros objetivos.

A nuestros compañeros de estudio, quienes constantemente nos apoyaron y estuvieron al tanto de nuestro proceso.

A la Universidad El Bosque, por nuestra formación como especialistas en Medicina Familiar y apoyo permanente en nuestro proceso de formación.

Agradecimientos Especiales

A mis padres y hermanas por brindarme su apoyo y dedicación en este proyecto, y a mis docentes por sus enseñanzas.

Adriana

A mis padres por su apoyo incondicional. A mi abuela por su paciencia y dedicación.

A mis docentes por servir como ejemplo en este nuevo camino.

Ivonne

A Dios principalmente por guiar mis pasos y enseñarme con este proyecto encontrar la verdadera amistad. A mi esposo por sus consejos y compañía. A mi familia por confiar en mí hasta el final. A mis docentes por su enseñanza y dedicación.

Johanna

Contenido

	Página
Resumen.....	10
1. Introducción.....	12
2. Planteamiento del problema.....	14
3. Justificación.....	17
4. Revisión de la literatura.....	19
5. Preguntas de Investigación	25
6. Objetivos.....	25
6.1. Objetivo general.....	25
6.2. Objetivos Específicos.....	25
7. Metodología.....	26
7.1. Tipo y diseño general del estudio.....	26
7.2. Universo.....	26
7.3. Selección y tamaño de muestra.....	26
7.4. Unidad de análisis y observación.....	27
7.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
7.6. Procedimiento para la recolección de la información.....	28
7.7. Instrumentos a utilizar	29
7.8. Métodos y asignación a los grupos de estudio.....	30

	Página
7.9. Definiciones operacionales.....	32
7.10. Aspectos éticos.....	33
8. Resultados.....	34
9. Discusión.....	45
10. Conclusiones.....	51
11. Recomendaciones.....	52
12. Cronograma.....	56
13. Presupuesto.....	57
14. Referencias.....	58
15. Anexos.....	62

Lista de tablas y gráficas

Página

Grafica 1. Número de residentes con Burnout discriminado de acuerdo a especialidad.....	36
Grafica 2 Número de casos y controles de acuerdo a especialidades Médicas y quirúrgicas agrupadas.....	37
Grafica 3. Distribución de residentes con Burnout de acuerdo al año de residencia.....	38
Grafica 4. Áreas comprometidas según Maslach / Desgaste emocional para síndrome de Burnout en residentes.....	39
Grafica 5. Áreas comprometidas según Maslach / Despersonalización para síndrome de Burnout en residentes.....	39
Grafica 6. Áreas comprometidas según Maslach / Realización personal para síndrome de Burnout en residentes.....	40
Grafica 7. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al estado civil.....	41
Grafica 8. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al número de hijos.....	42
Grafica 9. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al APGAR familiar.....	42

Grafica 10. Relación de residentes con Burnout de acuerdo a la propiedad del vehículo.....	44
Grafica 11. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al número de salarios.....	44
Grafica 12. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al tiempo laborado.....	45
Tabla 1. Categorización de puntajes del MBI (Maslach Burnout Inventory).....	30
Tabla 2. Selección de Casos y Controles de acuerdo a las áreas comprometidas en el Síndrome de Burnout.....	31
Tabla 3. Definiciones operacionales.....	32
Tabla 4. Combinaciones de variables: sexo y especialidades frente a frecuencia de Burnout.....	37
Tabla 5. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al sexo.....	40
Tabla 6. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al estrato socioeconómico.....	43
Tabla 7. Variables estudiadas y OR estimados con intervalos de confianza.....	45
Tabla 8. Recomendaciones para síndrome de Burnout.....	55

RESUMEN

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Residentes, Medicina familiar, Desgaste, Maslach, Especialidades medico quirúrgicas.

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que afecta negativamente la funcionalidad familiar y social, la productividad, la salud y el desempeño de los residentes. En la actualidad se han dilucidado un sin número de factores predisponentes para su ocurrencia; existiendo contradicciones aun no esclarecidas por los diversos estudios planteados.

Para tal efecto, diseñamos un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se incluyeron 78 residentes de Medicina familiar y otras especialidades médico quirúrgicas, quienes diligenciaron mediante encuesta variables sociodemográficas, individuales, laborales, familiares y los test de Maslach y APGAR familiar. Posteriormente con el programa SPSS versión 15 realizamos análisis bivariado y obtención de OR mediante regresión logística; encontrando que factores como la función familiar y el número de horas laboradas tienden a favorecer la aparición de la entidad; no así, para las otras variables en las cuales no encontramos diferencias estadísticamente significativas, lo cual nos permite concluir que ser residente de medicina familiar es un factor al que no se le puede atribuir el desarrollo de la enfermedad.

ABSTRACT

Keywords: burnout syndrome, residents, family medicine, Wear, Maslach, medical surgical specialties.

The burnout syndrome is a public health problem that adversely affects social and family functioning, productivity, health and performance of residents. Currently have elucidated a myriad of predisposing factors for their occurrence; unsolved contradictions exist in the various studies raised.

To this end, we designed a descriptive cross-sectional study in which includes 78 family medicine residents and other medical surgical specialties, who through a survey to fill out sociodemographic, individual, family, labor and testing of Maslach and Family APGAR. Then using SPSS version 15 bivariate analysis and obtaining the OR using logistic regression, found that factors such as family function and the number of hours worked tend to favor the emergence of the institution, but not for the other variables in which we found no statistically significant differences, which allows us to conclude that a resident in family medicine is a factor that you can not attribute the development of the disease.

Introducción

La cada vez más creciente insatisfacción de los usuarios y prestadores de servicios de salud, la baja calidad en la atención, el incremento del ausentismo laboral y de demandas laborales, surgen como motivación para el estudio de entidades como el Síndrome de Burnout; entendiendo que desde su descripción inicial hasta nuestro tiempo es el responsable del desgaste laboral de los profesionales en salud y al cual se le han reconocido multiplicidad de causas.

Desde esta perspectiva, planteamos en las próximas líneas el desarrollo de una iniciativa que surge como respuesta a la incertidumbre que nos genera como médicos residentes de Medicina Familiar nuestro futuro asistencial; proponiéndonos así identificar si nuestra especialidad se constituye en un factor asociado al desarrollo de ésta entidad y su comportamiento en otras especialidades médico- quirúrgicas, evaluando aspectos socio demográficos, laborales y familiares.

En la actualidad, existen en nuestro país estudios recientes que destacan la ausencia de asociaciones estadísticamente significativas con las variables socio-demográficas y laborales con el síndrome, no así para el exceso de horas laboradas¹, y aunado a la asociación de éste con la presencia de disfunción familiar². Teniendo en cuenta la gran cantidad de variables asociadas por los diferentes estudios, pretendemos identificar los factores que inciden en nuestro ámbito para así plantear medidas que redunden en el mejoramiento de nuestra atención y calidad de vida.

En el desarrollo de nuestra investigación identificamos como limitante, la imposibilidad de calcular el tamaño de muestra, el cual es ceñido por el número de residentes de Medicina Familiar radicados en la ciudad de Bogotá, situación que se observa al revisar los estudios realizados hasta la fecha por otras instituciones. Sin embargo, consideramos no es ese motivo para desanimarnos a identificar factores exposicionales asociados a su ocurrencia y mucho menos a la formulación de estrategias de intervención eficaces que redunden en el bienestar médico, social y familiar.

2. Planteamiento del problema.

Aunque el Síndrome de Burnout fue descrito originalmente en la década de los setenta; en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud consideró que los trabajadores estaban expuestos a riesgos para su salud, debido a las condiciones inseguras con las que laboraban día a día, e identifica la presencia de estresores laborales y extra laborales (personales, sociales, etc.) que les afectan, reconocidos como: “factores psicosociales laborales”³ de los cuales parten numerosos estudios que en sus inicios arrojan estadísticas realmente alarmantes. De allí que según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales mostraban su aumento. Para el año 2002 habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante, aspecto que abre paso a considerar el síndrome de Burnout como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada⁴.

De otra parte esta descrito que el personal de salud presenta mayor susceptibilidad al desarrollo de este síndrome; así lo demuestra el Dr. Illera Rivera al analizar tres estudios realizados en Colombia con prevalencias que oscilan del 12 al 50%⁵, concordante con resultados obtenidos en México (41,8%) en Médicos familiares⁶. En otras palabras uno de cada dos médicos puede padecer esta entidad y sus consecuencias; deben considerarse no solo desde el punto de vista personal (depresión, trastorno de ansiedad, alcoholismo, entre

otras) sino también institucional con la aparición de ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, riesgo de conductas adictivas, alta movilidad laboral, y repercusiones en otras esferas incluyendo la dinámica familiar⁵.

Ahora bien, si como Médicos Familiares somos susceptibles a una mayor probabilidad de desarrollar Burnout, ¿cuáles son los factores de riesgo a los que estamos sometidos que favorecen su presentación? ¿puede comportarse nuestra especialidad teniendo en cuenta su integralidad como un factor de riesgo? ¿existiría alguna diferencia frente a esta entidad si perteneciéramos a otra especialidad médico - quirúrgica? ¿en nuestro postgrado se realiza algún tipo de prevención primaria, detección de la enfermedad o intervención?

Estudios realizados en pregrado y otras especialidades (Universidad del Valle; Cali, 2002) dan respuestas a algunos de estos interrogantes, de tal forma que se han postulado como factores de riesgo ser joven, sexo femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales, disfunción familiar y rasgos de personalidad como personas idealistas, altruistas, con deseo de prestigio y mayores ingresos económicos². En contraparte otros como el realizado en la universidad Militar Nueva Granada (Bogotá, 2008)⁷ apunta a que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables socio demográficas y laborales planteadas como factores de riesgo desde la descripción del síndrome.

De lo anterior concluimos: Aunque la literatura es consistente en afirmar que el síndrome de Burnout genera despersonalización y desgaste en los médicos familiares generando consecuentemente menor calidad en la atención medica; aun existen discrepancias en

cuanto a los factores exposicionales causales del mismo, razón que obedece a su estudio ya que una vez las causas pueden hallarse intervenciones eficaces para reducirlo.

En cuanto al diseño metodológico de los estudios revisados, encontramos son en su mayoría de carácter descriptivo, que aunque permite establecer algunas características de la población afectada no permiten establecer asociaciones causales, sumado al no estudio del comportamiento del síndrome en Médicos Familiares.

3. Justificación

El síndrome de Burnout es una entidad en aumento en la población médica, múltiples factores personales, laborales, familiares se han asociado a su ocurrencia, sin embargo algunos datos encontrados de la literatura revisada aún son contradictorios.⁸

Esta entidad es un problema de salud pública, es prevalente, en una publicación realizada en un hospital universitario en Colombia² encuentran una prevalencia de 85%. En médicos de familia la mayoría de publicaciones reporta prevalencias mayores al 40% de síndrome de Burnout. En Colombia no existen estudios que evalúen la presencia de Burnout en médicos familiares, a pesar de que existen estudios⁹ que plantean que ser médico de atención primaria tiene implícito tener gran nivel de estrés, debido a la gran carga laboral y al impacto que genera la relación médico paciente.

Dicho de otra forma, padecer de Burnout aumenta la morbimortalidad^{10, 11}, disfunción familiar, además del detrimento en la calidad asistencial; es decir, padecer este síndrome genera un impacto negativo en la salud física, mental, familiar, laboral y social del individuo y su entorno.

Puesto que el síndrome de Burnout es prevenible, es importante conocer los factores exposicionales asociados a su ocurrencia, prevalencia en la población de residentes de medicina familiar y de otras especialidades para así plantear posibles acciones encaminadas a su prevención. Además los resultados del estudio pueden servir como base para nuevos estudios sobre el tema por profesionales interesados en el Burnout.

Es fundamental que la población médica tenga un excelente estado de salud física y psicológica para que pueda desempeñar las labores de una forma óptima, para el bienestar propio, del paciente y la institución en donde trabaja.

4. Revisión de la literatura

En los años 70 apareció un nuevo concepto médico que se denominó Síndrome de Burnout o de desgaste profesional, aportado por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberg en 1974, quien describió los cambios surgidos en jóvenes que trabajaban como voluntarios en una clínica de adicciones. Estos cambios consistían en una pérdida de energía que llevaba al agotamiento, desinterés, depresión y agresividad.

Maslach, analizando las respuestas emocionales de los profesionales asistenciales continuó con su estudio y en conjunto con Jackson en 1986, planteó que el Burnout se caracteriza por tres dimensiones determinadas: agotamiento emocional (referido a sensaciones de esfuerzo físico y emocional exagerados), despersonalización (incremento de comportamientos y actitudes negativas como insensibilidad, cinismo, e incluso agresividad hacia los otros, etc.) y falta de realización personal (valoración negativa de la labor que se realiza). La definición del Síndrome de Burnout no es tan sencilla, como tampoco lo es la determinación de su nacimiento, bien porque los aspectos que evalúa y que son tomados en cuenta para su aparición son diversos, o bien porque a lo largo de su historia se ha equiparado con otros conceptos que lo vuelven impreciso.

Freudenberg, su gestor, define el Síndrome como “un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, o a una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”⁷. En sus inicios esta definición se había limitado a un grupo de profesionales, en este caso asistenciales y no se generalizaba a todo aquel que desempeñara un trabajo. Actualmente y entendido como un síndrome por la multiplicidad de causas, el Burnout se desarrolla en contextos laborales que por sus características

generan agotamiento y se manifiesta general y más evidentemente de forma física, aunque sus síntomas también se expresen de manera emocional y cognitiva.

Progresas con diferente intensidad, en dimensiones de despersonalización, agotamiento y realización personal reducida, conduciendo a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo. La sintomatología y sus consecuencias no sólo resultan en manifestaciones físicas y psicológicas, sino que además atraen dificultades interpersonales que interfieren con las situaciones profesionales y familiares, con la seguridad de los pacientes y con el declive de las instituciones prestadoras de salud.

Dentro de los síntomas físicos los más recurrentes son cefalea, fatiga, dolores musculares, molestias gastrointestinales, alteraciones en el peso, problemas de sueño, hipertensión arterial, sensaciones de ahogo, impotencia y alteraciones menstruales, entre otros. Las manifestaciones emocionales y psicológicas más frecuentes son sentimientos de culpabilidad, baja *tolerancia* a la frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, melancolía, depresión, cinismo, aburrimiento, pérdida de idealismo, incompetencia y autovaloración negativa^{12, 13}. También se ha mencionado deterioro de las interacciones personales con comportamientos agresivos, actitud defensiva y abuso de sustancias, entre otros.

Los síntomas organizacionales y laborales descritos son violación de las normas de la organización, retrasos, descansos alargados, excesivo ausentismo, comunicación deficiente, disminución en rendimiento, falta de compromiso laboral, pobre atención y concentración, etc.^{14, 15}

Existe un considerable listado de instrumentos de medida del Burnout; entre ellos se encuentran: Staff Burnout Scale, (1980), Indicadores del Burnout (1980), Maslach Burnout Inventory (1981), Burnout Scale (1985), Teacher Burnout Scale (1986), Energy Depletion Index (1987), Matthews Burnout Scale for Employees (1990), Escala de Variables Predictoras del Burnout (1992), Holland Burnout Assessment Survey (1993), Rome Burnout Inventory. El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un cuestionario de 22 preguntas, en los que se plantea una serie de enunciados sobre diversos aspectos de su trabajo y su desempeño habitual. Mide tres dimensiones: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y baja realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta. Numerosas investigaciones se han realizado con el instrumento y apoyan la fiabilidad y validez.²

En cuanto a los factores de riesgo asociados a su desarrollo son diversos y en ocasiones contradictorios, dependiendo del estudio en donde se evalúan. Son bastantes las variables descritas, algunas relacionadas con aspectos como tipo de personalidad, otras son características del ambiente laboral del individuo como horas laboradas y otras dependientes de la dinámica familiar.

La presencia de dichas variables en un individuo pueden hacer sospechar la presencia del síndrome, o mejor, la ocurrencia de dichas variables pueden anteceder al Burnout. Son más de 100 las variables asociadas al Burnout que se han descrito en la literatura, algunos estudios las dividen en variables dependientes de la persona, características socio demográficas y derivadas del entorno laboral.

Un estudio² encontró relación entre el número de turnos a la semana y la percepción de la dinámica familiar en quienes presentaban desgaste emocional en la escala de Maslach. En un estudio realizado en personal de enfermería¹⁶, el análisis de las medias de las variables permite afirmar que los varones experimentan significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que sus colegas femeninas y mayor inclinación al absentismo. Asimismo, sus niveles de despersonalización fueron significativamente mayores. Estudios¹⁷ han encontrado que existen diferencias significativas en los niveles de algunas de las dimensiones del síndrome de Burnout en función del género, como la despersonalización ya que los varones puntúan significativamente más alto que las mujeres en esta dimensión. Otros artículos, refieren que sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, según relatan por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar⁸. De acuerdo a esto la relación con el género aún es contradictoria.

En cuanto al estado civil, parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con pareja estable. Con respecto a la existencia o no de hijos al parecer quienes los tienen pueden ser más resistentes al síndrome⁸.

Con respecto a la edad parece no influir en la aparición del síndrome, ciertos autores plantean la posibilidad de la existencia de un periodo en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana⁸.

Los turnos someten al profesional a un desgaste continuo que impide unos hábitos saludables y facilita los problemas interpersonales y familiares¹⁸; se infiere que los cirujanos son profesionales con alto riesgo de desarrollo de Burnout. En cirujanos generales hay reporte de agotamiento emocional de 32%, despersonalización 13%, falta de realización personal 4%¹⁹; con respecto a traumatólogos²⁰ reportan prevalencias aún más altas de agotamiento emocional 50.7%, despersonalización 59.4% y baja realización personal 17%; con respecto a los urólogos en un estudio realizado en Alemania²¹, reporta agotamiento emocional en 38.2%, despersonalización en 52.9%, baja realización personal 23.5%. Por otro lado, en los anestesiólogos las cifras no dejan de ser altas, en una publicación en 2003²² reportan una prevalencia de agotamiento emocional del 40.4%.

En diversos estudios realizados en médicos de familia han encontrado prevalencias variables de síndrome de Burnout medido con la escala de Maslach, entre ellos se encuentra el estudio *EGPRN*²³ realizado en médicos familiares europeos, encontrando prevalencias de agotamiento emocional 43%, despersonalización 35% y realización personal baja 32%, el cual es el de mayor tamaño de muestra encontrado con 1393 individuos evaluados. Otro artículo realizado en España²⁴ evidencia una prevalencia de agotamiento emocional 53,3%, despersonalización 47,1% y realización personal baja en 33,3%. Un estudio²⁵ reporta prevalencias más pequeñas: se identificó a 25 médicos (50%) con algún grado de Burnout: 13 (26%) presentaban agotamiento emocional, 8 (16%) despersonalización y 18 (36%) falta de realización personal, sin embargo el tamaño de la muestra es más pequeño que los otros artículos.

Se planteó en una publicación²⁶ que ser médico de atención primaria podría generar mayor nivel de estrés dado la gran carga laboral y la relación médico paciente, otra publicación en la que comparaban residentes de psiquiatría y medicina familiar²⁷ encontró que los residentes de psiquiatría puntuaban menos en las escalas de despersonalización y agotamiento emocional en comparación con los residentes de medicina familiar.

En principio se infiere que las especialidades quirúrgicas presentan mayor riesgo de desarrollo del síndrome de Burnout como es descrito previamente, sin embargo algunas publicaciones apoyan la idea de que el médico familiar pueda presentar cierta predisposición al síndrome. La empatía que se genera con los pacientes y la implicación en ocasiones excesiva con el entorno familiar y las emociones de los pacientes puede en algunos casos llevar al desarrollo de Burnout, aunque dicha asociación no está del todo dilucidada es importante iniciar estudios sobre este tópico, lo cual se intenta hacer con este trabajo de grado.

5. Preguntas de Investigación

¿Es la residencia en Medicina Familiar un factor determinante para el desarrollo del Síndrome de Burnout?

¿Se presentan en los residentes de Medicina Familiar factores individuales y laborales para el desarrollo del Síndrome de Burnout?

6. Objetivos

6.1. General.

Determinar si la residencia en Medicina familiar se comporta como un factor de riesgo asociado al desarrollo del Síndrome de Burnout.

6.2. Específicos

Identificar los factores de riesgo a los que están expuestos los residentes de medicina familiar y de otras especialidades clínicas en Bogotá, para el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Establecer asociación entre los factores de riesgo y el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Plantear estrategias tendientes a disminuir la presencia del Síndrome, caracterizadas por su viabilidad y práctica aplicación.

7. Metodología

7.1. Tipo y diseño general del estudio

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal.

7.2. Universo

Residentes de Medicina Familiar y de otras especialidades médico - quirúrgicas en las universidades Bosque, FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), Universidad Javeriana, Universidad Juan N. Corpas y Universidad San Martín.

Residentes de otras especialidades Médico-quirúrgicas: Medicina Interna, Pediatría, Urología, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, cirugía, y ginecología de las universidades citadas sin discriminación del año cursado de residencia.

7.3. Selección y tamaño de muestra.

Debido al escaso número de residentes de Medicina Familiar radicados en la ciudad de Bogotá decidimos tomar el total de la población. Para tal efecto se seleccionaron las universidades que tuviesen el programa entre ellas: Universidad El Bosque, FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), Universidad Javeriana, Universidad Juan N. Corpas, Universidad San Martín; exceptuando la Universidad de la Sabana ya que no fueron autorizados para participar en nuestro estudio. Así mismo, se excluyeron los residentes que durante la recolección de datos se encontraron de vacaciones, actividades extramurales, fuera de la ciudad o país y aquellos que no deseaban participar.

Del número estimado de residentes de Medicina Familiar (100) se obtuvo un total de 50 encuestas, de las que se excluyeron 19 por su inadecuado diligenciamiento, obteniendo un

total de 31 fichas debidamente completadas. De las otras especialidades se tomaron al azar 70 residentes y se excluyeron 23, para un total de 47 formatos.

7.4. Unidad de análisis y observación

El estudio está plasmado desde dos aspectos fundamentales. En primera instancia realizamos una descripción y caracterización de la población, seguida del cruce de variables de los dos grupos asignados de acuerdo a la presencia o ausencia del Síndrome de Burnout para explorar los factores de riesgo asociados. Para tal efecto utilizamos el programa SPSS VERSION 15 y el procesamiento incluyo:

Análisis bivariado para describir los individuos con y sin Burnout asociado al género, estado civil, especialidad, etc. mediante el procedimiento de tablas de contingencias, en el cual se solicitaron además los porcentajes por fila y columna.

Los OR y sus correspondientes intervalos de confianza se lograron mediante regresión logística binaria. Para las variables explicativas con más de 2 categóricas se muestran los OR contra el grupo de referencia que se considero adecuado.

Cabe aclarar que de manera inicial nuestra investigación fue planteada como un estudio de casos y controles, pues pretendíamos identificar asociaciones causales entre los diferentes factores de riesgo descritos. Sin embargo, pudimos observar que la entidad en estudio no permite la aplicación de este modelo si tenemos en cuenta que debíamos partir de identificar los enfermos mediante el test de Maslach, aunado a que no hay claridad para establecer el diagnóstico, situación que no permite partir de la identificación del desenlace de interés (casos). En cuanto al tamaño de muestra para este tipo de estudio no era posible

calcularlo, debido a que los estudios realizados son de carácter descriptivo sin OR establecidos para estimarla y el número de residentes limitado; en consecuencia decidimos realizar un estudio descriptivo donde compararíamos además los grupos con y sin la entidad de acuerdo con los factores de riesgo explorados mediante el cálculo de OR indirectos.

7.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Médicos residentes de Medicina Familiar de las universidades con el programa en Bogotá: Bosque, FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), Universidad Javeriana y Universidad Juan N. Corpas.

- Médicos residentes de otras especialidades clínicas y quirúrgicas de las universidades mencionadas, dentro de las cuales seleccionamos Medicina Interna, Pediatría, Urología, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, cirugía, y ginecología.

- Residentes radicados en Bogotá.

Criterios de Exclusión:

- No deseo de participar en el estudio.

- Residentes de primer año de la Universidad el Bosque en la modalidad de internado.

7.6. Procedimiento para la recolección de la información.

Decidimos en primera instancia reunirnos con los jefes de residentes de cada Universidad para explicar el proyecto de investigación y estos a su vez transmitirían parte de la información omitiendo el propósito real de la misma, simplemente explicando que harían parte de un estudio que perseguía 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).

Cabe aclarar que este proceso no podría iniciarse si antes el residente no dejaba constancia escrita de su consentimiento informado, donde los investigadores nos comprometimos a someter sus datos a la debida reserva.

Posteriormente se acordaron fechas de reunión para recolección de las encuestas diligenciadas y digitación de las mismas en una hoja de EXCEL pre codificada con advertencias de error en caso de inserción errónea o por fuera del rango lógico establecido.

7.7. Instrumentos a utilizar.

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 dentro de las cuales se incluyeron: identificación, edad, estrato socioeconómico, especialización cursada y año de residencia, número de hijos, estado civil, presencia de vehículo propio o no, numero de turnos, procedencia y numero de salarios percibidos por el residente. El segundo 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 falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%)². Esta escala fue puntuada de la siguiente manera: *Ver tabla 1*

CATEGORIZACION DE PUNTAJES DEL MBI			
MASLAH BURNOUT INVENTORY			
COMPONENTE	BAJO	MODERADO	SEVERO
Desgaste emocional	≤ 16	17 – 26	≥ 27
Despersonalización	≤ 6	7 -12	≥ 13
Perdida de la realización personal	≥ 39	38 – 32	≤ 31

Tabla 1. Categorización de puntajes del MBI (Maslach Burnout Inventory)

Y por último la aplicación del APGAR familiar como instrumento útil para explorar la percepción que tienen los residentes acerca del funcionamiento de sus familias, como posible factor de riesgo asociado. Para tal efecto, se considero buena función familiar puntuaciones mayores a 17, disfunción leve entre 14 y 17, moderada entre 10 y 13; y severa con menos de 9 puntos.

7.8. Métodos y asignación a los grupos de estudio.

Teniendo en cuenta que la relación entre la puntuación y el grado de Burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no tal entidad; así como las puntuaciones de cada escala se computan por separado y no se combinan ni se obtiene una puntuación total, nos planteamos un problema metodológico serio. En primer lugar era fácil identificar el síndrome en aquellos cuyas áreas puntuaban simultáneamente como moderadas o severas, no así; para aquellos que tendrían combinaciones con una o más áreas levemente comprometidas. Para fines prácticos y teniendo en cuenta que no

existe consenso en la literatura planteamos las siguientes proposiciones para enfermos y sanos. Ver tabla 2.

Selección de Enfermos y sanos de acuerdo a las áreas comprometidas en el Síndrome de Burnout			
Áreas			Definición
Leve	Leve	Leve	SANO
Moderado	Moderado	Moderado	ENFERMO
Severo	Severo	Severo	ENFERMO
Leve	Leve	Moderado	SANO
Leve	Leve	Severo	ENFERMO
Severo	Severo	Leve	ENFERMO
Severo	Severo	Moderado	ENFERMO
Moderado	Moderado	Leve	ENFERMO
Moderado	Moderado	Moderado	ENFERMO
Moderado	Moderado	Severo	ENFERMO
Leve	Moderado	Severo	ENFERMO

Tabla 2. Selección de Enfermos y sanos de acuerdo a las áreas comprometidas en el Síndrome de Burnout

7.9. Tabla 3. Definiciones operacionales.

VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	CLASE DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Edad cumplida en años	Discreta	Cuantitativa	Años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Dicotómica	Cualitativa	Femenino / Masculino
Estrato	Nivel económico	Politómica	Cualitativa	1,2,3,4,5,6
Residencia	Programa de especialización a la que pertenece el residente	Politómica	Cualitativa	Medicina familiar, Urología, pediatría, ginecobstetricia, otorrinolaringología, etc.
Año de residencia	Año en curso de residencia	Politómica	Ordinal	I,II,III,IV o V
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, etc. de un individuo	Politómica	Cualitativa	Soltero, casado, separado, divorciado, unión libre
Número de hijos	Hijos concebidos a la fecha	Politómica	Cuantitativa	0 a 5
Procedencia	Lugar donde está radicado el residente	Dicotómica	Cualitativa	Urbano / Rural
Numero de salarios mínimos	Numero de salarios mínimos ganados recibidos por mes	Politómica	Cuantitativa	2-4 salarios, 5-6 salarios, 7-8 salarios y > 8 salarios
Horas laborales	Número de horas laboradas por semana	Politómica	Cuantitativa	24-48 horas, 49-72 horas y >72 horas
Carro propio	Bien adquirido y empleado como medio de transporte	Dicotómico	Cualitativa	SI / NO
MASLAH	Puntuación establecida	Dicotómico	Cualitativa	BURNOUT SI / BURNOUT NO
APGAR	Puntuación establecida	Politómica	Cualitativa	Buena función familiar, disfunción leve, moderada y severa

7. 10. Aspectos éticos

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”**.

Además, de acuerdo con las normas internacionales de CIOMS las investigaciones con seres humanos deben registrarse bajo tres aspectos éticos ineludibles bajo los cuales esta investigación se ampara en los principios de justicia, respeto, beneficencia y no maleficencia.

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. Los investigadores tomaron medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, por ejemplo, se omitió información que pudiese revelar la identidad de los individuos, se limitó el acceso a los datos teniéndolos anónimos o por otros medios.

8. Resultados

Se incluyeron en el estudio 78 residentes, de los cuales 31 eran residentes de medicina familiar y 47 pertenecían a otras especialidades médico quirúrgicas como: pediatría, urología, medicina interna, dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía y ginecología, excluyendo aquellos que se encontraban de vacaciones o en actividades extramurales fuera de la ciudad o país.

Al determinar las características socio demográficas se observó que 53,8% fueron hombres y 46,2% mujeres, procedentes de Bogotá. Se registraron como rangos de edad para el grupo femenino 23 y 37 años con media de 28; y rangos de 21 a 43 con media de 29 para el grupo de hombres.

Respecto al estado civil 69,7% eran solteros, 25% casados, 2,6% separados, 2,6% en unión libre y 2 residentes no responden a esta pregunta; de estos el 83% no tenían hijos, 11,5% tenían uno, 3,8% dos y 1,3% tres.

En el ámbito académico encontramos 31 residentes de medicina familiar, 6 de dermatología, 16 de pediatría, 9 de medicina interna, 4 de oftalmología, 2 de otorrinolaringología, 4 de ginecología, 5 de urología y 1 de cirugía; distribuidos según año de residencia así: 27 en primer año, 27 en segundo año, 17 en tercer año y 3 en cuarto año, este último aspecto solo considerado para las otras especialidades médico quirúrgicas descritas.

De otra parte el aspecto económico de nuestros residentes fue medido de forma directa al clasificarlos por estrato y salario recibido e indirectamente corroborado por la pertenencia o no de vehículo propio, como indicador además de bienestar percibido por algunos. En cuanto al estrato en su mayoría clasificados como cuatro perteneciendo a

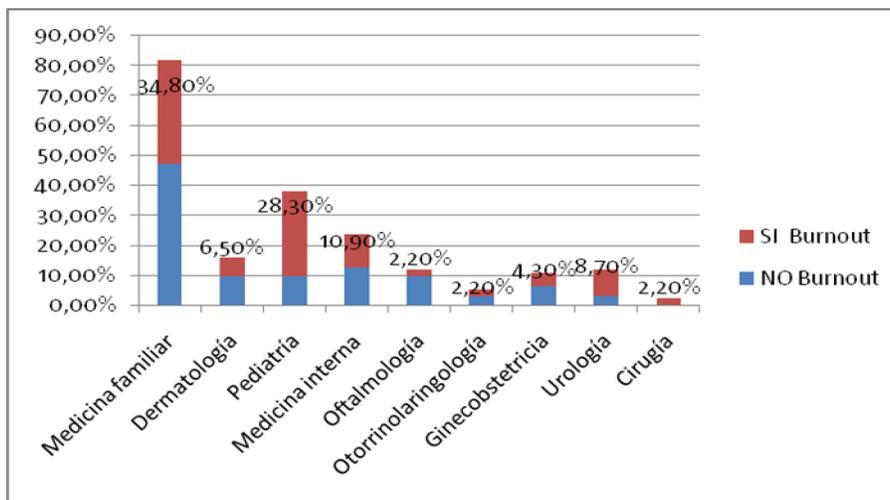
este el 48,6%, seguido del estrato tres con 20,3% de los residentes, estrato cinco 18,9%, estrato seis 10,8% y estrato uno con solo un residente representando el 1,4%. Observamos además que en su mayoría no laboran registrando un 51,2% de los encuestados sin salario mensual percibido, un 32,1% percibiendo entre 2 y 4 salarios mínimos mensuales, un 11,5 % percibiendo entre 5 y 6 salarios; un 1,3% percibiendo entre 7 y 8 salarios; y un 3,8% más de 8 salarios. De estos el 54,2% tienen vehículo propio.

Como aspecto laboral decidimos medir el número de horas trabajadas, entendiendo por este término el tiempo que un residente emplea en sus rotaciones, trabajo extra rotación y horas dedicadas a estudio. Bajo este concepto determinamos que el 73,1% laboran más de 72 horas, el 20,5% entre 49 a 72 horas y 6,4% de 24 a 48 horas semanales. Aunado a este aspecto determinado por la literatura como determinante para el desarrollo del Síndrome de Burnout medimos la percepción de la funcionalidad familiar de nuestros participantes que revelaron en un 57,7 % buena función familiar; 34,6% disfunción familiar leve; 7,7% moderada y no se registró disfunción severa.

Ahora bien, continuando con la descripción inicial de nuestra población abordaremos el diagnóstico de esta entidad de acuerdo con el test aplicado – Maslach Burnout Inventory – el cual ofrece inconvenientes de gran magnitud y significancia a la hora de ser empleado para establecer el diagnóstico; ya que como mencionábamos previamente algunos individuos tienen dos o más áreas afectadas de forma leve y aun no existe consenso para clasificarlo como enfermo. Para efecto de desarrollar una comparación de las variables según la presencia o no del síndrome decidimos clasificarlos, tal como se describe en la *tabla 2*. De acuerdo con esto encontramos 46 residentes con Burnout y 32 sin la entidad.

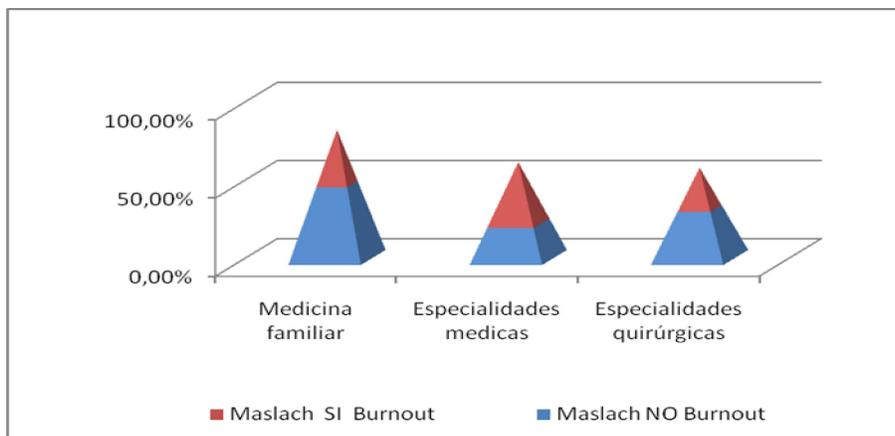
Desde esta primera descripción se desprende la realización de un análisis bivariado para describir los individuos con y sin Burnout asociado al género, estado civil, especialidad, etc. mediante el procedimiento de tablas de contingencias, en el cual se solicitaron además los porcentajes por fila y columna.

Encontramos que el número enfermos para el grupo de residentes en medicina familiar, dermatología, otorrinolaringología y ginecobstetricia es similar, contrario a lo observado en especialidades como pediatría, medicina interna, urología y cirugía quienes presentan mayor número de afectados. Resaltamos además, que en oftalmología es menor el número de residentes con la entidad. *Ver gráfica 1.*



Gráfica 1. Número de residentes con Burnout discriminado de acuerdo a especialidad

Desde otra perspectiva y agrupando especialidades medicas, quirúrgicas en comparación con médicos familiares encontramos que se afectan en proporciones similares los médicos familiares y los residentes de especialidades quirúrgicas. *Ver gráfica 2.* Y al buscar asociaciones entre el grupo de residentes de medicina familiar y otras especialidades médico – quirúrgicas encontramos un OR de 2,3 con IC del 95% 0,785 -7,402.



Gráfica 2. Prevalencia de Burnout de acuerdo a especialidades Médicas y quirúrgicas agrupadas

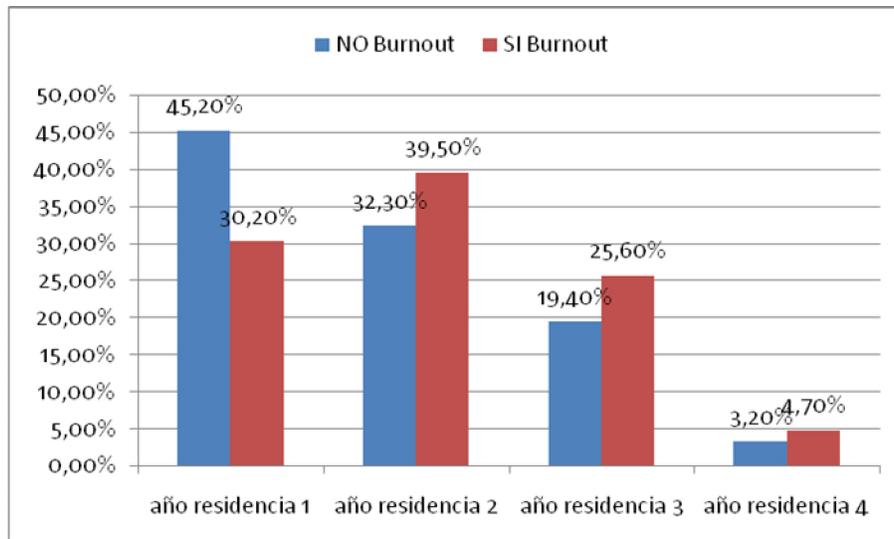
Al combinar las variables encontramos mayor riesgo de padecer el síndrome si se es soltero o de género femenino, y para el caso de otras especialidades ser hombre. Ver *tabla 4*.

Combinaciones de variables: sexo y especialidades frente a frecuencia de Burnout

		SI	NO	Total
Medicina familiar	Femenino	35,30%	64,70%	100,00%
	Masculino	64,30%	35,70%	100,00%
Especialidades medicas y quirúrgicas	Femenino	31,60%	68,40%	100,00%
	Masculino	39,30%	60,70%	100,00%

Tabla 4. Combinaciones de variables: sexo y especialidades frente a frecuencia de Burnout

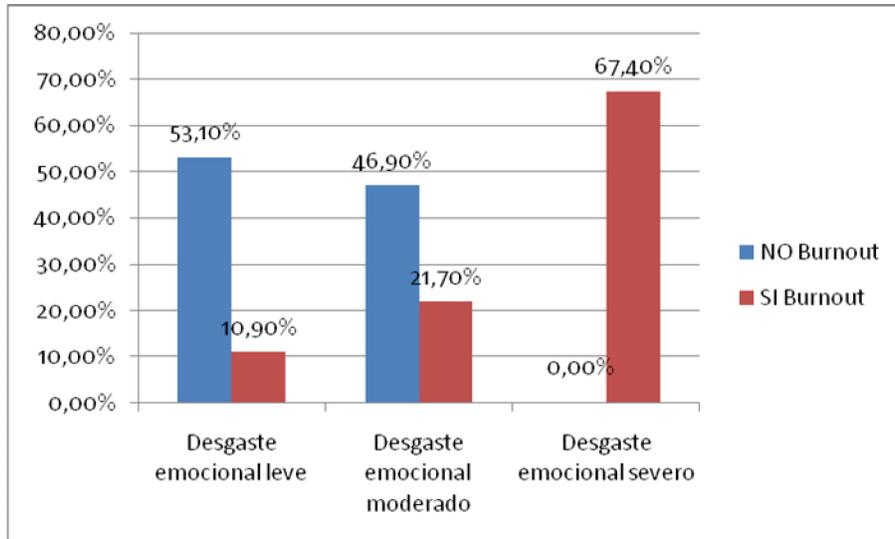
En cuanto al año de residencia podemos afirmar que para los residentes de primer año el síndrome de Burnout se presenta en un 30%, e incrementa para el segundo, tercer y cuarto año con respecto al número de residentes. Ver *gráfica 3*.



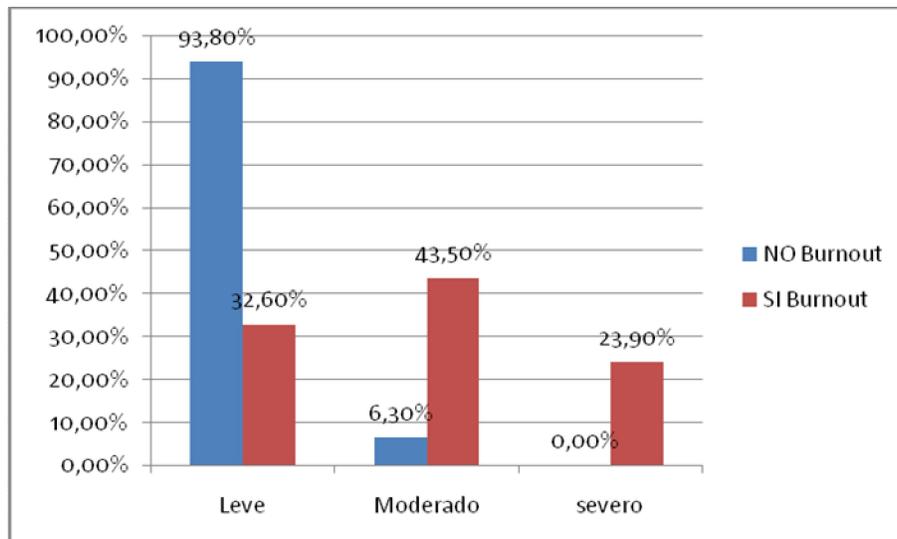
Grafica 3. Distribución de residentes con Burnout de acuerdo al año de residencia

Tal como lo hemos expresado el test de Maslach empleado para realizar una aproximación diagnóstica del síndrome evalúa tres esferas principales: el desgaste emocional, la despersonalización y la realización personal. Los datos arrojados en nuestra investigación muestran que aquellos residentes que cumplían con las características para ser determinados como enfermos presentaban en su mayoría un desgaste emocional severo, despersonalización moderada y realización personal leve; como se muestra en las *graficas 4,5 y 6*.

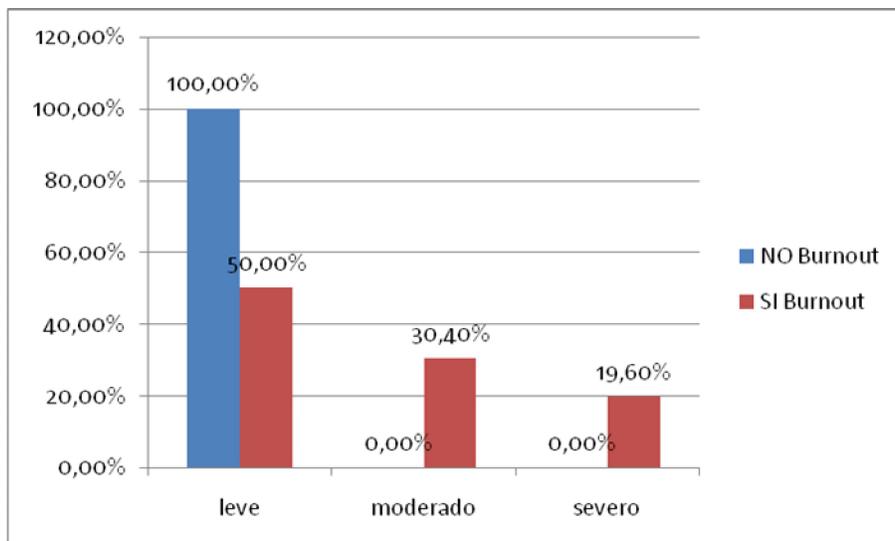
Por el contrario aquellos que no tienen el síndrome pueden cursar con un desgaste emocional y despersonalización leve o moderada y realización personal leve, sin ningún área comprometida de forma severa.



Grafica 4. Áreas comprometidas según Maslach / Desgaste emocional para síndrome de Burnout en residentes



Grafica 5. Áreas comprometidas según Maslach / Despersonalización para síndrome de Burnout en residentes



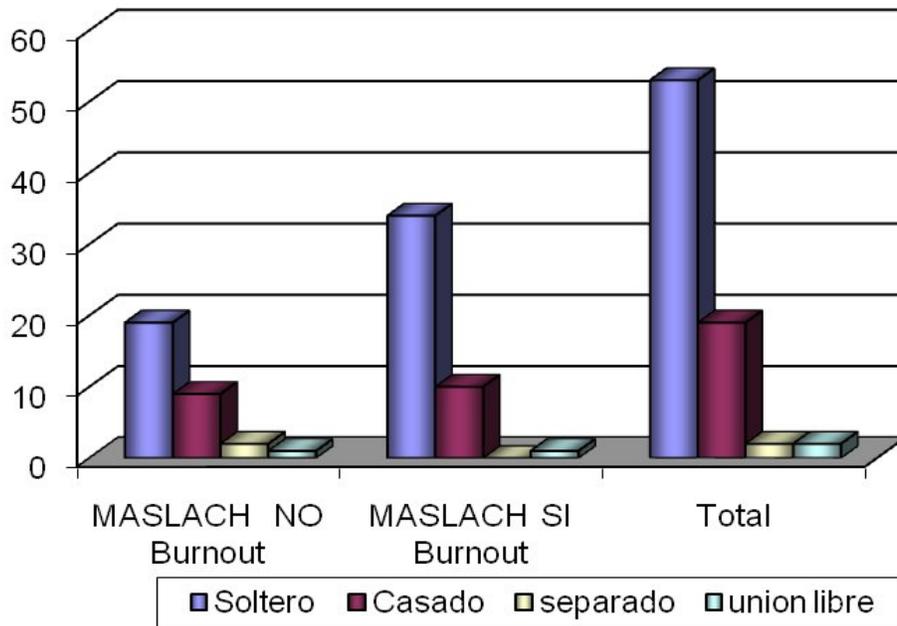
Grafica 6. Áreas comprometidas según Maslach / Realización personal para síndrome de Burnout en residentes

En cuanto a la proporción de enfermos de acuerdo al sexo encontramos que son discretamente afectadas en mayor frecuencia las mujeres en comparación con los hombres, sin embargo al cruzar las variables encontramos un OR 2,4 e IC del 95% 0,115 – 11,48. Ver tabla 5.

		Relación de residentes con Burnout de acuerdo al sexo		
		MASLAH		Total
Sexo		NO Burnout	SI Burnout	
Sexo	Femenino	12	24	36
	Masculino	20	22	42
Total		32	46	78

Tabla 5. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al sexo

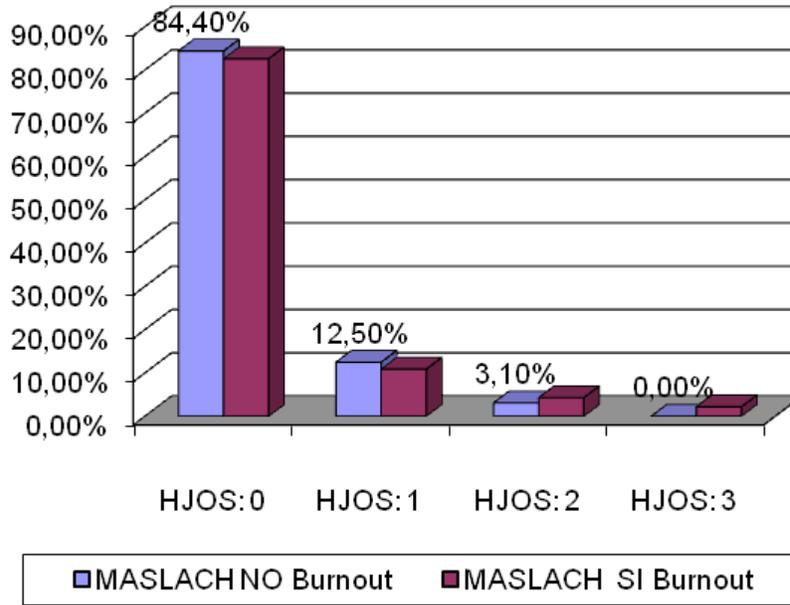
Así, y tal como se ha descrito se encuentra que los individuos con síndrome de Burnout son predominantemente solteros; 75%, seguidos de los casados en un 22,2% y los separados no registraron la entidad. Ver gráfica 7.



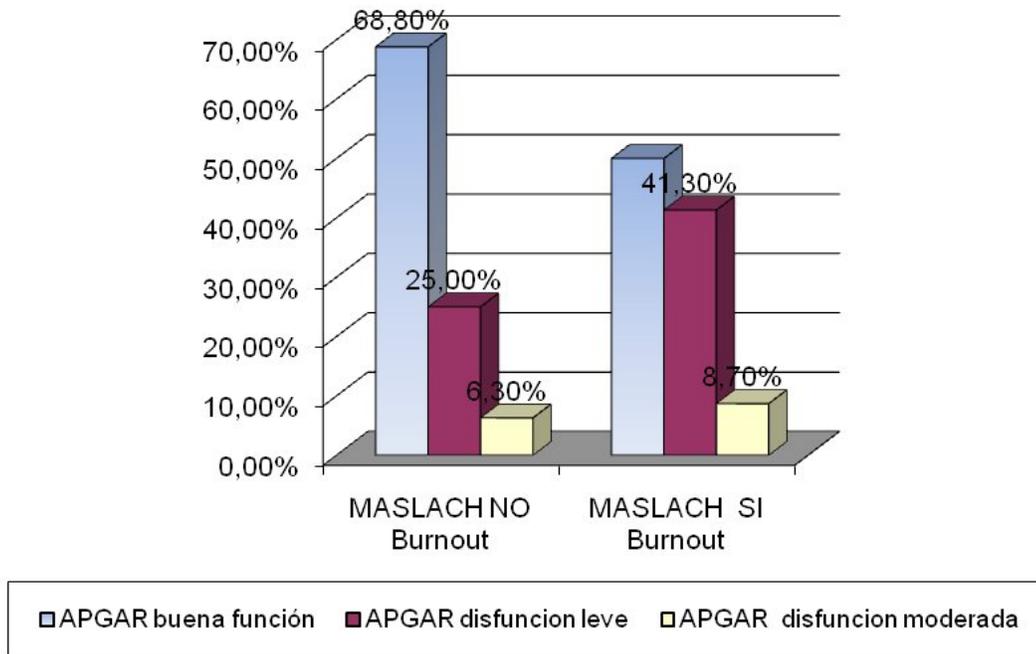
Grafica 7. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al estado civil

El número de hijos se encontró como un factor que sugiere aumentar discretamente la presencia del síndrome en los residentes, y aquellos sin hijos pueden presentar indistintamente la entidad. *Ver gráfica 8.*

El otro aspecto familiar explorado mediante el APGAR revela que un residente con buena función familiar puede o no presentar el síndrome, sin embargo en aquellos que presentaban disfunción se duplico la presencia del mismo. *Ver gráfica 9.*



Grafica 8. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al número de hijos



Grafica 9. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al APGAR familiar

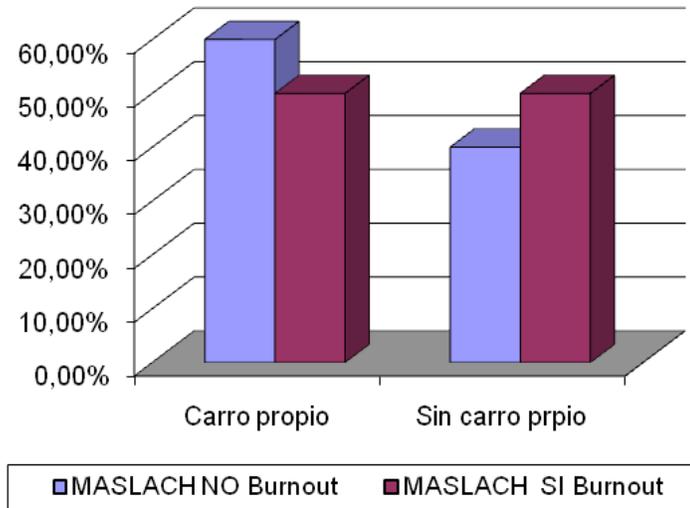
Laboralmente fueron exploradas tres variables: el número de salarios mínimos percibidos, las horas laboradas y la presencia bienestar medido en término de pertenencia o no de vehículo y del estrato. Por ejemplo, en cuanto al estrato observamos que aunque los residentes tuviesen un estrato muy alto presentaban igual tendencia a presentar el síndrome como aquellos clasificados en estrato 6, sin embargo para los estratos 4 y 6 los valores son equiparables. *Ver tabla 6.*

		Relación de residentes con Burnout de acuerdo al estrato socioeconómico		
		MASLACH		Total
Estrato		NO Burnout	SI Burnout	
			1	0
	3	4	11	15
	4	16	20	36
	5	6	8	14
	6	4	4	8
	Total	30	44	74

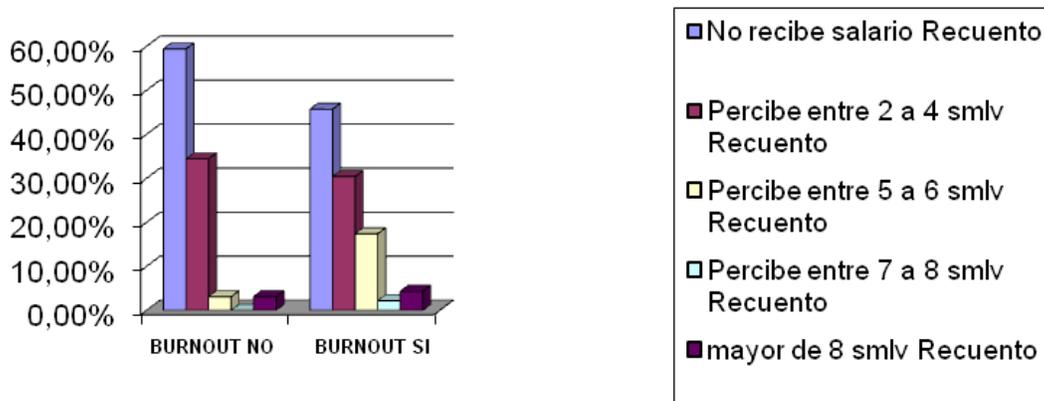
Tabla 6. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al estrato socioeconómico

Y tener o no vehículo, al igual que el número de salarios devengados por los residentes parece no afectar la presentación de la entidad en estudio. *Ver tablas 16 y 17.*

Gráficas 10 y 11.

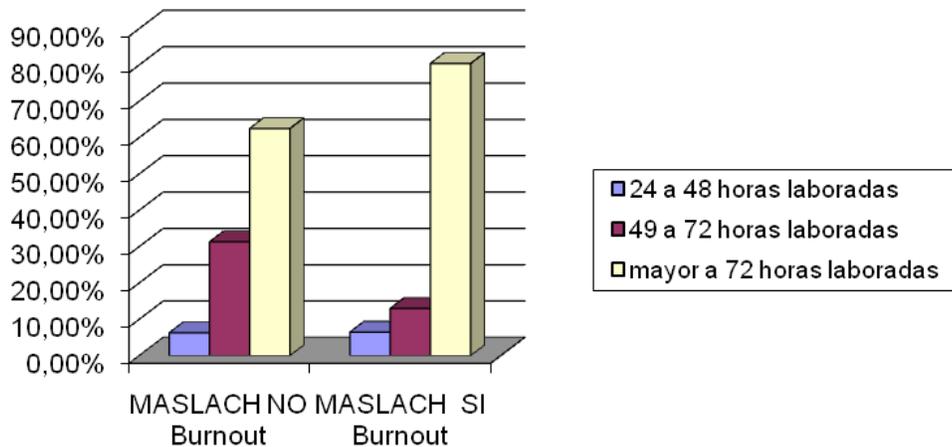


Grafica 10. Relación de residentes con Burnout de acuerdo a la propiedad del vehículo



Grafica 11. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al número de salarios

Las horas laboradas demuestran que a mayor número de horas aumenta el número de residentes con la entidad. Ver gráfica 12.



Grafica 12. Relación de residentes con Burnout de acuerdo al tiempo laborado

Los OR y sus correspondientes intervalos de confianza se lograron mediante regresión logística binaria, calculados de forma indirecta. Para las variables explicativas con más de 2 categóricas se muestran los OR contra el grupo de referencia que se considero adecuado. Se representaran en la tabla a continuación. *Ver tabla 7.*

Variables estudiadas y OR estimados con intervalos de confianza				
VARIABLES	Odds Ratio	Límite inferior	Límite superior	Significancia
Médico Familiar	2,3	0,785	7,40	NS
Sexo	2,4	0,115	11,48	NS
Año de residencia	1,7	0,37	5,74	NS
Estado civil	1,44	0,33	9,45	NS
Número de hijos	1,84	0,21	3,61	NS
APGAR	2,7	0,82	6,24	NS
Numero de salarios	3,32	0,046	6,5	NS

Tabla 7. Variables estudiadas y OR estimados con intervalos de confianza

9. Discusión

Como lo hemos expresado a lo largo del desarrollo de nuestra investigación el Síndrome de Burnout se constituye en una entidad prevalente, que genera un impacto negativo en las esferas social, laboral, familiar e individual; además de afectar el adecuado rendimiento de las instituciones prestadoras de los servicios de salud. De allí que el desarrollo y búsqueda de soluciones viables pueden mejorar de forma promisorio el desempeño de los que hoy nos formamos como profesionales.

Aunque investigar es una ardua tarea, cuando se plantea una hipótesis representada en preguntas de investigación, nos vemos avocados a generar el diseño metodológico y a explorar el conocimiento existente hasta hoy; y llama la atención que son escasos los estudios realizados acerca del síndrome, dentro de los realizados en nuestro país no se incluyen médicos de atención primaria.

Al recopilar los participantes para nuestra tesis se hizo evidente que la Medicina Familiar en nuestro país es una especialidad emergente, con un número reducido de residentes y un vasto camino por recorrer. Pese a estas limitantes como residentes intentamos demostrar con nuestro estudio que al igual que otras especialidades; somos susceptibles de desarrollar entidades como el Síndrome de Burnout y que existen factores que pueden o no favorecer la aparición del mismo.

En este sentido hay varios hechos que queremos destacar: en primer lugar, la prevalencia de la enfermedad obtenida en nuestro estudio es de 58%, cifra que supera los estimativos de estudios realizados en Cuba³¹ y México⁶ donde se encontró prevalencia del 43.8% y 41.8% respectivamente.

Por otro lado de acuerdo con la literatura revisada previamente sobre las variables sociodemográficas y laborales de la población, se evidencia que no existen diferencias con respecto a la población encuestada en nuestro estudio. Sin embargo, contemplamos otros aspectos, considerados relevantes en la población de residentes colombianos; como el factor económico, el cual no ha sido evaluado en la mayoría de estudios posiblemente por las políticas de educación superior de otros países.

Con respecto a las variables individuales como edad y sexo; podemos decir que no existen diferencias en la edad promedio para ambos sexos; no obstante al comparar la frecuencia del síndrome en ambos grupos, las mujeres residentes de medicina familiar y los hombres de otras especialidades médico quirúrgicas parecen mostrar mayor susceptibilidad. Dicha situación es acorde con la observación realizada por Atance (1997) en la cual encontró que las mujeres presentan mayor nivel de Burnout, resultado que concuerda con los hallazgos en las residentes de medicina familiar de nuestro estudio. En contraparte el estudio realizado en la Universidad del valle (2004)², apunta a afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género.

En relación a las variables socio familiares descritas: estado civil, número de hijos y percepción de la función familiar; lo observado es que los solteros tienen mayor riesgo, aspecto que según los datos epidemiológicos recopilados⁴, no puede afirmarse, puesto que aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

Por otro lado, en cuanto a la variable de la existencia o no de hijos, se evidencio que la presencia de los mismos sugiere aumentar la probabilidad de desarrollar el síndrome;

situación que puede obedecer, a la mayor necesidad de suplencia económica en el hogar. En un estudio realizado en médicos de familia europeos²³ encuentran que tener hijos es un factor de riesgo para presentar desgaste emocional, con valores estadísticamente significativos, asociación que no se encuentra para los otros dos ítems que evalúa el Burnout. En el estudio realizado en el Hospital Militar¹ (Bogotá, Colombia), no se encuentra diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la ocurrencia de síndrome de Burnout y el número de hijos. En otros estudios revisados no se evaluó la asociación de esta variable.

Con respecto a la percepción de la funcionalidad familiar, encontramos que aquellos con buena función familiar pueden o no desarrollar el síndrome, y que el padecer alteraciones en la dinámica familiar se traduce en la duplicidad de riesgo para adquirirlo. En el estudio de la universidad del Valle², encuentran asociación entre la percepción de la dinámica familiar y el desgaste emocional lo cual concuerda con nuestros hallazgos. De este enunciado cabría preguntar: ¿es la disfunción familiar una causa o consecuencia del síndrome?

Las características económicas exploradas como el estrato socioeconómico y el bienestar representado en la adquisición de vehículo propio y el número de salarios devengados parecen no influir sustancialmente en la aparición de la enfermedad, hecho que puede explicarse entendiendo que otros factores considerados individualmente más importantes pueden estar influenciando y condicionando en mayor proporción la aparición del evento. En contraste con los estudios revisados con anterioridad⁸ también el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría el desarrollo de Burnout, sin embargo esto no queda totalmente establecido como un factor asociado a su ocurrencia.

De otra parte el aspecto que parece generar mayor influencia del Síndrome de Burnout, fue el número de horas laboradas o estudiadas; ya que ejerce un efecto directamente proporcional en términos de que a mayor número de horas mayor probabilidad de estar afectado; variable que está altamente correlacionada con estudios similares^{1,2}, en los cuales se encontró una relación negativa significativa entre el bienestar psicológico y las horas que permanecen los residentes en el hospital a la semana, especialmente en los turnos de 18 a 24 horas; no obstante en el grupo evaluado por la universidad del valle no se observó asociación entre el número de actividades médicas y el desgaste profesional; a diferencia de lo encontrado con respecto al número de turnos. Lo anterior nos hace suponer que las actividades médicas ejercidas durante los turnos suponen mayor desgaste que las actividades académicas.

En cuanto a las dificultades diagnósticas que ofrece este síndrome, es claro que la clasificación implementada genera una primera aproximación para establecer posibles criterios diagnósticos futuros, ya que según lo encontrado el no tener la enfermedad puede asegurarse si el residente tiene un compromiso leve o moderado de las áreas de desgaste emocional y despersonalización con un compromiso leve de baja realización personal; sin desvirtuar que debe ser clasificado como de alto riesgo para el desarrollo del mismo. Ahora bien, en contraparte los asignados como enfermos tienen severa o moderadamente comprometidas las áreas de desgaste emocional y despersonalización; aun cuando su des realización personal sea leve.

Por último para dar respuesta a nuestra pregunta principal de investigación podemos aclarar que el grupo estudiado ser residente de medicina familiar puede o no asociarse con la presencia del síndrome, ya que observamos que no existe una asociación estadísticamente significativa para esta variable. Es decir, indistintamente seamos

residentes de medicina familiar o de cualquier especialidad médico quirúrgica, somos susceptibles a padecer el síndrome y expuestos al mismo riesgo. Así también, está implícito en nuestros datos que aunque las variables propuestas como generadoras de la enfermedad son muchas, no encontramos un sustento estadístico válido para aseverar estos conceptos; pero sí a incitar a la búsqueda de nuevas propuestas investigativas que permitan establecer asociaciones causales.

En resumen, según los hallazgos de nuestro estudio las variables que parecen aumentar la ocurrencia de esta entidad son ser soltero, alteraciones en la percepción de la dinámica familiar y el número de horas laboradas o estudiadas; y las que no parecen aumentar el riesgo son el estado económico y la presencia de hijos. Cabe anotar que con dichos resultados no es posible establecer asociaciones causales entre el síndrome y las variables descritas.

10. Conclusiones

De lo anteriormente expuesto queremos resaltar algunos tópicos a considerar para futuras investigaciones y cuestionamientos:

A nivel investigativo, la literatura disponible en nuestro país es escasa en términos del Síndrome de Burnout y nula en poblaciones como médicos de atención primaria.

A nivel aplicativo, es claro que no existen programas de detección precoz, intervención y tratamiento del síndrome en los diferentes ámbitos educativos y laborales.

A nivel laboral, consideramos parece no tenerse en cuenta el bienestar del trabajador; sin percatarse de la trascendencia y el impacto que ejerce el síndrome en la calidad de atención y la productividad de los individuos.

A nivel socio familiar, es inexistente la socialización y retroalimentación de entidades como esta; a tal punto de ser ignoradas o poco detectadas ante situaciones como disfunción familiar y manifestaciones somáticas.

11. Recomendaciones

Podemos decir, que resulta evidente la necesidad de diseñar y poner en funcionamiento programas de prevención y educación frente al síndrome de Burnout.

Actualmente, las estrategias de intervención del síndrome de Burnout están basadas en grupos de técnicas y conocimientos para manejar las situaciones que generan estrés. Sin embargo, estos programas se centran en aspectos específicos como afrontamiento, y reestructuración cognitiva, pero no como un afrontamiento integral al problema.

Nosotros como médicos residentes de medicina familiar, podemos señalar las siguientes estrategias enfocadas en 3 áreas; orientadas al individuo, a estrategias sociales y organizacionales, que considere todos los aspectos que afectan al personal de salud de manera directa o indirecta, buscando lograr un ajuste entre la persona y el ambiente, disminuyendo los niveles de síndrome Burnout, y previniéndolos para un futuro.²⁸

Estrategias Individuales

Las estrategias individuales se utilizan para mejorar las formas de afrontamiento del síndrome de Burnout. Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (ejercicios, relajación, actividades recreativas), tomar descansos-pausas en los lugares de rotación, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, y habilidades de comunicación²⁹

Para el desarrollo de estas, se mencionan las siguientes actividades:

1. Diseñar espacios dirigidos a fortalecer la comunicación, habilidades para solución de problemas, organización y manejo del tiempo, relaciones sociales, mediante talleres, que aplicados a nuestra especialidad se podrían emplear semestralmente.

2. Diseñar talleres dirigidos al manejo de emociones, desarrollo de habilidades para expresión de sentimientos, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, manejo de sentimientos de culpa. Se realizaran semestralmente³⁰

3. Adaptación de técnicas Cognitivas: El objetivo de estas técnicas es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.

4. Inoculación del estrés: Esta técnica prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés, mediante talleres colectivos, como grupos focales o grupos Balint.

5. Adaptación de actividades dirigidas a la desensibilización sistemática: su objetivo es que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas, por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad. A la vez se entrena a la persona con ejercicios de relajación.

Estrategias sociales.

El apoyo social es un factor muy importante como estrategia para prevenir o tratar el síndrome de Burnout, ya que se ha demostrado que éste, disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las conductas negativas hacia otros²⁸.

Por lo tanto, se propone las siguientes recomendaciones:

1. Realización de actividades enfocadas a estimular al residente, dar información sobre su rendimiento y sobre cómo afrontar mejor su estrés.

2. Desarrollar actividades grupales, en las cuales se fortalezca la comunicación asertiva, y la expresión de emociones, brindando un mejor clima organizacional de los residentes dentro de las universidades y los sitios de prácticas. Se realizarán semestralmente.

Estrategias Organizacionales

En el síndrome de Burnout, el punto de partida es a nivel organizacional, por lo tanto se debe lograr desarrollar talleres educativos donde se resalte la conformación de equipos de trabajo y que a su vez tengan un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales.

Se propone:

1. Asignación de tareas para una determinada unidad de tiempo, sobrecarga y plazos asignados a las tareas, mediante actividades que se realiza en los espacios académicos de acuerdo a cada programa educativo. Se realizaría mensualmente.

Finalmente, como última recomendación, desarrollar actividades dirigidas a sensibilizar a los estudiantes y trabajadores del área de la salud, sobre la prevalencia del síndrome, dando a conocer sus implicaciones labores y repercusiones en su salud.

De esta manera, todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad de que se desarrolle el síndrome del Burnout.

Así estas estrategias podrán ser aplicadas en los diferentes programas de especialidades médico-quirúrgicas de acuerdo a los tiempos determinados por cada universidad. *Ver tabla 8.*

RECOMENDACIONES	TIEMPO
Diseñar programas dirigidos a fortalecer la comunicación, habilidades para solución de problemas, organización y manejo del tiempo, relaciones sociales, estilo de vida.	Semestral
Diseñar un sistema de atención priorizado a los problemas de salud de los trabajadores, estudiantes mediante confección de historias clínicas, exámenes clínicos y diagnósticos con periodicidad anual que incluyan tamizaje de Burnout.	Anual
Realizar intervenciones educativas y terapéuticas (entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, entrenamiento en relajación, psicoterapia) mediante talleres, grupos Balint o grupos focales, evaluando posteriormente su efectividad	Semestral
Adaptación de técnicas Cognitivas: El objetivo de estas técnicas es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.	Semestral
Inoculación del estrés: Esta técnica prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés, mediante talleres colectivos, como grupos focales o grupos Balint.	Mensual.
Adaptación de actividades dirigidas a la desensibilización sistemática: su objetivo es que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas, por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad.	Semestral
Realización de actividades enfocadas a estimular al residente, dar información sobre su rendimiento y sobre cómo afrontar mejor su estrés.	Semestral
Desarrollar actividades grupales, en las cuales se fortalezca la comunicación asertiva, y la expresión de emociones, brindando un mejor clima organizacional de los residentes dentro de las universidades y los sitios de prácticas.	Semestral
Asignación de tareas para una determinada unidad de tiempo, sobrecarga y plazos asignados a las tareas, mediante actividades que se realizaran en los espacios académicos de acuerdo a cada programa educativo.	Mensual

Tabla 8 Recomendaciones para síndrome de Burnout

12. Cronograma

N°	Actividad	Responsable	Duración 12 meses: Inicio Diciembre de 2008 hasta Diciembre de 2009												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Elaboración protocolo	Investigadores	■												
2	Revisión de la literatura	Investigadores		■											
3	Definición metodológica	Investigadores			■										
4	Instrumentos	Investigadores				■									
5	Recolección	Investigadores					■	■	■						
6	Análisis estadístico	Investigadores								■	■				
7	Redacción y análisis	Investigadores										■	■		
8	Revisión y presentación	Investigadores													■

13. Presupuesto

1. PERSONAL	% TIEMPO DEDICADO	N. DE MESES	PRESUPUESTO REQUERIDO	JUSTIFICACION PRESUPUESTO
Investigadores principales				
Adriana L. Blanco	100	12	400.000	
Ivonne T. Pinto	100	12	400.000	
Johanna Steer	100	12	400.000	
TOTAL DEL PERSONAL			00.00	
2. SUMINISTROS			PRESUPUESTO REQUERIDO	JUSTIFICACION DEL PRESUPUESTO
Papeleria			20.000	Para la recolección de la información.
Boligrafos			10.000	
Fotocopias			50.000	
TOTAL DE SUMINISTROS			80.000	
3. EQUIPOS			PRESUPUESTO REQUERIDO	JUSTIFICACION DEL PRESUPUESTO
Computadores para ingreso y análisis de la información			00.00 00.00	Estos equipos serán suministrados por los investigadores del proyecto.
TOTAL EQUIPO			00.00	
4. VIAJES LOCALES			PRESUPUESTO REQUERIDO	JUSTIFICACION DEL PRESUPUESTO
Transporte dentro de la ciudad			100.000	Rubro de transporte para el desplazamiento de los investigadores
TOTAL VIAJES LOCALES			0.0	
5. IMPRESOS Y PUBLICACIONES			PRESUPUESTO REQUERIDO	JUSTIFICACION DEL PRESUPUESTO
Artículo de publicación			400.000	Traducción al idioma del artículo científico respectiva publicación
TOTAL IMPRESOS Y PUBLICACIONES			400.000	
6. OTROS GASTOS			120.000	Resultado de imprevistos
GRAN TOTAL			1.200.000	

14. Referencias

1. Paredes O, Sanabria P. Prevalencia del Síndrome de Burnout en las especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables socio demográficas y laborales. *Revista Med 2008; 16(1): 35-32.*
2. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle. *Colombia Médica 2004; 35(004): 137-138.*
3. Benavides G, Gimeneo D, Benach J, Martínez J, Jarque S, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria. 2002; 16(3):222-9.*
4. Organización Mundial de la Salud. Salud ocupacional: Éticamente correcta, económicamente adecuada. Ginebra: *Organización Mundial de la Salud (OMS); 2000.*
5. Illera Rivera D. Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultados de algunos estudios en Popayán. *Universidad del Cauca; 2006.*
6. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chávez S. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en médicos de familia. México. *An Fac Med Lima 2005; 66(3).*
7. Paredes O, Sanabria- Ferrandi PA Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med 2008; 16(1):25-32*
8. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública 1997; 7(3): 293-303*
9. Adám S, Torzsa P, Gyorffy Z, Vörös K, Kalabay L. Frequent high-level burnout among general practitioners and residents.

10. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S; Shapira I. Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths, and Promising Research Directions. *Psychological Bulletin* 2006;132(3):327-353
11. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosomatic Medicine* 2006;68:863-869.
12. Freudenberger H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-165.
13. Borda Perez M, Navarro E, Aun E, Berdejo H. Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud uninorte*. 2007; 23(1):43-51
14. Savio S. El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ* 2008: 1(8); 121-138
15. Niku K. Resident Burnout. *JAMA*. 2004: 292(23); 2913-5
16. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio* 2002; 7(1):3-10
17. Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 1996; 6 (2):43-63.
18. Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, Campillo-Soto A, Sáez J y Aguayo JL. Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cir Esp*. 2008;83(3):118-24
19. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130:696-705.

20. Sadat-Ali M, Al-Habdan IM, Al-Dakheel DA, Shiyan D. Are orthopedic surgeons prone to burnout? *Saudi Med J.* 2005;26:1180-2.
21. Böhle A, Baumgartel M, Götz ML, Müller EH, Jocham D. Burnout of urologists in the country of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol.* 2001;165:1158-61.
22. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anesthesia. *Br J Surg.* 2003;90:333-7.
23. Soler JK y col. Burnout in family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25(4):245-65
24. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp* 2006; 206 (2);76-83
25. Anaya Aceves JL, Ortiz García AC, Panduro Vargas DR, Ramírez Rodríguez G. Burnout syndrome in family doctors and physician assistants. *Aten primaria* 2006;38 (8) 467-8
26. Adám S, Torzsa P, Györffy Z, Vörös K, Kalabay L. Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. *Orv hetil* 2009;150(7); 317-23
27. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad psychiatry* 2008;32(1); 13-9
28. Gil-Monte Pedro. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997
29. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema, 1992.

30. Matteson MT, Ivancevich JM. Controlling work stress. Effective human resource and management strategies. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

31. Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública* 2003; 29(2):103-10