

**SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS RESIDENTES.  
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. BOGOTÁ- COLOMBIA 2016.**

**Clara Inés Barrios Anaya**

**Pedro Luis Rojas Granja**

**Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.  
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de Postgrado.  
Programa de Psiquiatría.**

**Bogotá. Colombia. Enero de 2017.**

**Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.**

**Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos residentes. Universidad Del Rosario.  
Bogotá- Colombia 2016.**

**Línea de investigación:** Psiquiatría.

**Instituciones Participantes:** Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

**Tipo de Investigación:** Institucional. Nivel Postgrado.

**Investigadores Principales:** Clara Inés Barrios Anaya, Pedro Luis Rojas Granja.

**Investigadores Asociados:** Pamela Verónica Noreña Vidal.

**Asesor Metodológico y temático:** Juan Fernando Cano.

### **Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional**

La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

## AGRADECIMIENTOS

*Tres años de esfuerzo y sacrificio me enseñaron que la vida no trae manual de instrucciones para salir airoso de todas las situaciones que se nos presentan, pero también me enseñaron que siempre podré contar con amigos maravillosos, con una familia comprensiva, con oídos que me escuchen, con uno (o varios) hombros para llorar o sin más preámbulos con alguien que nos ama y espera siempre que lo necesitemos, para bien o para mal.*

*Agradezco a mi familia y amigos por estar siempre a mi lado a pesar de la distancia y sin importar las circunstancias, han sido un apoyo único en este trasegar y créanme, no lo hubiese logrado sola.*

*A mi hija, Hannah, gracias siempre, por ser la luz, la fuerza y el motor de mi vida. Te amo.*

*Clara*

*A mis padres, a mi hermano, a Camila.*

*El motor en los momentos difíciles, la palabra justa que siempre llenó de ánimo, por la confianza y por darme la tranquilidad de tener un apoyo en los años de residencia. A mi familia y amigos, por hacer más fácil el paso por la residencia solo con su compañía, por lo que recuerdo y no tengo como agradecer, y por cada detalle del día a día que hoy hacen la diferencia, por eso y por mucho más, gracias.*

*Pedro Luis*

## CONTENIDO

1. Título	
2. Resumen	8
3. Introducción.	10
3.1 Justificación.	12
4. Marco teórico.	13
5. Objetivos:	25
5.1. General	
5.2. Específicos	
6. Pregunta de investigación y formulación de hipótesis	26
7. Metodología.	28
7.1. Tipo y diseño general del estudio	29
7.2. Muestreo	30
7.3. Definición operacional de las variables objeto de estudio	32
7.4. Materiales y métodos	34
7.5. Plan de análisis de los resultados	35
7.6. Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la investigación	35
8. Organigrama	36
9. Cronograma	37
10. Presupuesto	38
11. Resultados	39
12. Discusión	55
13. Conclusiones	64
14. Referencias bibliográficas.	65
15. Anexos.	69

## LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS

### Tablas

Tabla 1. Instrumentos de medición.

Tabla 2. Categorización de puntajes.

Tabla 3. Descripción estadística del estudio de acuerdo a sus características.

Tabla 4. Distribución de la población.

Tabla 5. Descripción operacional de las variables.

Tabla 6. Datos sociodemográficos y caracterización de la población.

Tabla 7. Distribución de residentes por programas.

Tabla 8. Síndrome de burnout en residentes encuestados.

Tabla 9. Asociación de características de los residentes y presencia de síndrome de burnout.

Tabla 10. Tipo de especialización clínico quirúrgica y presencia de síndrome de burnout.

Tabla 11. Factores asociados al cansancio emocional en residentes.

Tabla 12. Prevalencia de síndrome de burnout por residencia médico quirúrgica.

Tabla 13. Presupuesto

### Figuras

Figura 1. Organigrama

Figura 2. Cronograma

Figura 3. Histograma de distribución de edades.

Figura 4. Prevalencia de síndrome de burnout por especialidad (Año 2015)

## **Anexos**

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Instrumento de encuesta

Anexo 3. Formato de carta de invitación a los residentes a participar del proyecto.

Anexo 4. Carta de aceptación del comité de ética.

## SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MÉDICOS RESIDENTES. UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. BOGOTÁ- COLOMBIA 2016.

**Fundamento:** Hans Selye, expuso ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definición de estrés “Respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior”; una complicación derivada es el Síndrome de burnout, termino introducido en 1970 por Freudenberger. Numerosos estudios han encontrado este síndrome en el personal en áreas relacionadas con el cuidado de la salud, aún durante el proceso de formación. **Materiales y Métodos:** la población objeto de estudio corresponde a médicos – residentes de especializaciones médico quirúrgicas pertenecientes a los distintos programas ofertados por la Universidad del Rosario, mediante la aplicación del instrumento *Maslach Burnout Inventory* en su versión validada en español. **Resultados:** Se obtuvieron 236 sujetos, con una edad media de 28 años (DE 2.25), El síndrome de burnout fue identificado en el 43.6% de los sujetos, el riesgo de presentar dicho síndrome en el 24,6%, y no lo presentaron el 31.8% restante. El síndrome burnout se identificó en mayor proporción en menores de 25años (75%)  $P=0.001$ , género masculino 43.8%  $P=0.01$ , estado civil soltero 43.7%  $P=0.04$ , y especialidad quirúrgica 56.8%  $P=0.001$ . **Conclusiones:** Hay diferencias en la distribución del burnout entre los programas de residencia. Se requieren esquemas estructurados para abordar esta patología y prevenir su aparición. Existe una asociación clara entre el síndrome de burnout y factores de riesgo como el sexo masculino, estado civil soltero, especialidad quirúrgica y las horas de trabajo a la semana en la residencia, esta última, presentando la asociación más fuerte dentro del análisis estadístico.

**Palabras Claves:** Síndrome de burnout, Cansancio Emocional, Despersonalización, Baja realización personal, Residentes, Maslach Burnout Inventory (MBI).

**Background:** The definition of stress as “Nonspecific answer of the system against any exterior demand” was presented at the World Health Organization (WHO) by Hans Selye; burnout syndrome is considered a complication derived from stress, a term introduced in 1970 by Freudenberger. Many studies have found the syndrome in healthcare personnel, even during the training process. **Materials and methods:** Population in this study are residents of medical and surgical specialties from the programs offered at *Universidad del Rosario*, using the Maslach Burnout Inventory in its Spanish version. **Results:** 236 subjects completed the evaluation, with an average age of 28 years (DE 2.25),

burnout Syndrome was found in 43.6% of subjects, risk of developing the syndrome in 24,6%, and burnout was not present in the remaining 31.8%. Burnout syndrome was found in a higher proportion in subjects with: age less than 25 years 75% (p=0.001), male gender 43.8% (p=0.01), single marriage status 43.7% (p=0.04), surgical specialization 56.8% (p=0.001). **Conclusions:** There are differences in burnout distribution between residency programs, Structured strategies to approach this pathology and prevent its occurrence are required. There is a clear association between burnout syndrome and some risk factors as: male gender, single marriage status, surgical specialization and hours of work per week during the residence, the last one having the strongest association in the statistical analysis.

**Key words:** Burnout syndrome, Emotional Fatigue, Depersonalization, Low Personal Realization, Residents, Maslach Burnout Inventory (MBI).

## Introducción

En la actualidad existe un sinnúmero de estudios enfocados en torno al estudio de los factores presentes y/o que predisponen a la aparición de síndrome de burnout, muchos de estos estudios se han realizado en personal en formación en áreas relacionadas con el cuidado de la salud con hallazgos interesantes, teniendo en cuenta que se trata de personal que aún se encuentra en entrenamiento y que aún no se encuentra vinculado a un horario laboral estricto. Lo que se tiene en cuenta como relevante en relación con el desarrollo de este síndrome es mucho más que la labor desempeñada en el área de la salud, incluye además la interacción entre trabajadores y el medio laboral relacionándolo con la presencia o ausencia de estrés <sup>(1)</sup>.

El estrés en el trabajo o en el sitio de formación dentro de la residencia es el resultado de diversos factores tales como exigencias, tensiones y el nivel de apoyo, que en ocasiones puede llegar a ser nulo. Sin embargo, cada una de estas variables interactúa con las características de cada individuo, lo cual dependerá de factores sociales, familiares y primordialmente del desarrollo de ciertos rasgos de la personalidad, que se generan desde los primeros años de vida y que por tanto son únicos e individuales <sup>(2)</sup>.

Cabe resaltar la noción de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud) que la define como un “estado completo de bienestar físico, mental y social”; La salud no incorpora solo la ausencia de enfermedad, sino que reúne tanto la salud física como psicológica y la asocia con un entorno agradable ya sea en el plano social como familiar y laboral. El síndrome de burnout tiene muchas definiciones y en torno a él se han desarrollado múltiples trabajos y por consiguiente los resultados han contribuido al entendimiento del mismo. Sin embargo, aún es difícil tener un concepto único del síndrome de burnout teniendo en cuenta que va muy de la mano con el estrés laboral; es más, al realizar una aproximación más objetiva al síndrome podemos darnos cuenta de que en la mayoría de los casos puede estar asociado a patologías psiquiátricas instauradas ya sea antes o después del síndrome y de ésta manera es más compleja una definición exclusiva <sup>(3,4)</sup>.

Por todo lo anterior descrito, el síndrome de burnout ha adquirido mayor importancia con el pasar del tiempo, esto consecuencia de las dificultades que refleja en el ámbito laboral como en el individual. Un

profesional que posea una adecuada salud laboral responde con mayor eficacia ante las situaciones que puedan presentarse en su labor, al igual que aumenta la calidad en cuanto a la atención, su formación académica y los tratamientos instaurados. Es por esto que consideramos oportuno cuestionarnos acerca de la posibilidad existente de que el síndrome de burnout se presente en médicos residentes y si esto puede llegar a interferir en la práctica clínica y/o en la vida personal de los mismos. De aquí surge el interrogante:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario en el año 2016?

El propósito de esta investigación es determinar la prevalencia, los posibles factores asociados y la interferencia con la práctica clínica del síndrome de burnout, la relación con factores socio-demográficos y caracterización de acuerdo con los tres dominios de estudio de la escala de Maslach, en los residentes de la Universidad del Rosario de especializaciones médico quirúrgicas en el año 2016, teniendo en cuenta que la responsabilidad del cuidado de la salud se aloja en mayor parte en la práctica de los médicos que se encuentran en formación para especialidades, donde se verán sometidos a una atención continua y exigente en la mayoría de los casos bajo circunstancias de sobrecarga de turnos asociado con obligaciones académicas y poco tiempo de estudio con poco tiempo para actividades recreativas y de ocio, cabe la posibilidad de que se presente un cambio o un deterioro en la atención y en la relación médico-paciente, afectando así su desempeño e incluso sus expectativas frente a la carrera <sup>(6.7)</sup>.

Sumado a lo anterior, la ley 1616 del 21 de enero de 2013 o Ley de Salud Mental establece como prioridad en salud mental el cuidado de la salud mental del cuidador como responsabilidad del Estado, así como de las instituciones donde el médico labora y las instituciones universitarias y hospitalarias en donde el residente se forma, partiendo de la base de que todos los profesionales de la salud hacen parte del campo de la salud mental y sus intervenciones, tanto en promoción como en prevención.

## Justificación

Consideramos que el estudio del síndrome de burnout en médicos residentes de la Universidad del Rosario es adecuado y oportuno teniendo en cuenta que dicho síndrome cada día se presenta con mayor frecuencia, de aquí la importancia de su estudio a corto, mediano y largo plazo. Como se mencionó anteriormente el síndrome no sólo se presenta en el área de la salud sino en diversas áreas que requieran manejo y trato con personas, tales como docentes, trabajadores de oficinas, etc. De aquí que los estudios cada vez se hagan más numerosos y diversos, y que se enfoquen en la identificación de los factores que pueden llegar a predisponer para la aparición del síndrome de burnout con el fin de poder intervenirlos a tiempo y así mejorar la calidad y efectividad en las empresas u organizaciones. Es por esto que elegimos estudiar a profesionales en medicina que se encuentran en formación para las diversas especialidades, debido a que la atención en salud representa una exigencia mayor y generalmente está asociada a una sobrecarga laboral y a una interacción médico-paciente frecuente, esto también hace que el nivel de evidencia sea mucho mayor en medicina y en áreas relacionadas.

La relevancia que cada día va teniendo el síndrome de burnout entre los profesionales de las diversas áreas de conocimiento que existen, no siendo ajenos y no por nada, según estudios y bibliografía consultada, unos de los grupos de profesionales más afectados por dicho síndrome, los profesionales de la salud, va en aumento. Dentro de este grupo de trabajadores hay una tendencia a que los más afectados sean el personal médico y de enfermería, conociendo que las variables generadoras de dicho síndrome en ellos son diversas y de carácter crónico, sobre todo en grandes hospitales donde la demanda de atención generalmente va en aumento <sup>(8)</sup>.

Básicamente el presente estudio se centra en una población específica que ha ido cobrando relevancia como población con altos índices de estrés, lo que ha motivado el estudio de dicho síndrome en los médicos residentes de las especialidades médico-quirúrgicas en el Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, localizado en la ciudad de Bogotá-Colombia y en sus distintos centros de prácticas donde los médicos especialistas en formación, están constantemente expuestos a factores de diversa índole que pueden desembocar en desarrollar el síndrome de “quemarse por el trabajo” o burnout. Lo que se busca es exponer la problemática multifactorial a la hora de desarrollar el Síndrome de burnout en la población de residentes médicos y a la vez que este estudio sirva de guía para la elaboración de

estrategias para minimizar los factores desencadenantes de dicho síndrome, previniendo también patologías asociadas e incluso incapacidad laboral.

### **Marco Teórico**

El síndrome de burnout es un término que en nuestro idioma expresa “estar o sentirse quemado por el trabajo”. Fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973 a partir de observar cambios emocionales en él y en otros profesionales que laboraban en atención a otras personas, tales como psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros y odontólogos, entre otros, pudo observar que, después de cierto tiempo ejerciendo su labor, dichos profesionales podían llegar a perder su idealismo e incluso su empatía hacia los pacientes <sup>(10)</sup>. Sin embargo, este término aparece en la literatura alrededor de 1961 como una publicación con el nombre de “A burnout case” escrito por Graham Greens, que nos habla de un arquitecto desilusionado con su trabajo que decide renunciar y adentrarse en la jungla africana <sup>(7, 11,46)</sup>. Este síndrome se describe como un conjunto de síntomas médico biológicos y psicosociales inespecíficos que se pueden desarrollar como consecuencia de la actividad laboral o de una carga excesiva de ésta <sup>(12)</sup>.

Este síndrome obtuvo un período de gran interés a partir de los trabajos de Cristina Maslach en 1976, quien lo mostró en el *Congreso Anual de la Asociación de Psicología Americana (APA)* <sup>(8)</sup> refiriéndose a él como una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud. Hoy en día esta afirmación es cada vez más acertada debido a que hay un sinnúmero de casos asociados a múltiples especialidades médicas e incluso a estudiantes de pregrado de diferentes áreas de la salud <sup>(11)</sup>. Pero es solo hasta 1986 que se define el síndrome como un proceso de pérdida de interés y de responsabilidad en el campo de formación, precisado como: “*el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso*” <sup>(11)</sup>. Se define básicamente como una réplica a la carga laboral que causa estrés crónico y que en algunos casos puede estar asociado a sentimientos negativos y actitudes malsanas hacia las personas con las que se trabaja y en especial hacia el propio trabajo <sup>(7,8)</sup>.

La necesidad de estudiar el síndrome de burnout -o de quemarse por el trabajo- está ligada al requerimiento de analizar y aprender la mecánica del estrés laboral, así como la importancia de reconocer este síndrome en especial con los procesos laborales, debido a que cada vez más los empleados vienen presentando sintomatología sugestiva de la patología; más aún, cuando puede empezar a presentarse en profesionales en formación. Siempre será necesario evaluar la salud laboral y los aspectos de bienestar en las organizaciones, ya que dicha valoración permitirá determinar la funcionalidad en la misma <sup>(28)</sup>. Teniendo en cuenta que la incidencia más elevada del síndrome se presenta en profesionales que prestan funciones asistenciales o de carácter social, cualquier detrimento en lo laboral tendrá consecuencias incluso sobre la sociedad que es atendida <sup>(28)</sup>.

Según el artículo 3 de la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 la salud mental se define como: *“Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas”* <sup>(14)</sup>.

### **Descripción Clínica del burnout**

El síndrome de burnout tiene un inicio progresivo, no tiene una aparición súbita, sino que a través del tiempo se va desarrollando. Inclusive pudiendo aumentar la gravedad de los síntomas. Se expresa cíclicamente y puede aparecer en varias ocasiones a lo largo del tiempo, de esta manera el individuo puede padecer los componentes del síndrome en múltiples ocasiones a lo largo de su vida e incluso desempeñándose en otro rol <sup>(8,46)</sup>.

Los componentes del síndrome de burnout se enuncian a continuación:

- Cansancio o agotamiento emocional, generalmente como respuesta a los factores estresantes, se identifica como una pérdida de energía o de “ganas” que se instaura progresivamente y se asocia a desgaste físico y mental y agotamiento o fatiga <sup>(8,46)</sup>.
- Despersonalización, también conocido como el eje principal del burnout, que aparece como resultado de la frustración frente al agotamiento emocional y a los mecanismos defensivos del individuo para salvaguardar su yo frente a los sentimientos de impotencia, desesperanza y falta de determinación <sup>(8,46)</sup>.
- Abandono de la realización personal, que finalmente aflora cuando la labor que desarrollaba el sujeto pierde por completo su valía y significado <sup>(8,46)</sup>.

En un estudio realizado en internos y residentes del Hospital Universitario del Valle, Cali en el año 2002 se observó síndrome de burnout en intensidad moderada y severa en el 85.3% de médicos incluidos en el estudio. El 76% de éstos médicos presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, en un 60% despersonalización y un 50% alta realización personal sin diferencias estadísticas entre internos, residentes clínicos o quirúrgicos <sup>(12)</sup>. Por otro lado, en un estudio realizado en 55 estudiantes de último año de medicina que se encontraban en internado rotatorio I y II de la Universidad del Norte en el 2006 se halló una prevalencia global del síndrome de burnout del 9.1%, distribuido de la siguiente forma: un 41.8% presentaron agotamiento emocional, el 76.4% un alto grado de realización personal y un 54.5% baja despersonalización <sup>(11)</sup>. Esta diferencia nos muestra que incluso ante trabajos similares, con niveles de exigencia variables, el síndrome podría presentarse o no, también muestra que hubo mayor prevalencia en personal graduado y que se encontraba realizando estudios de especialización, donde los niveles de estrés y de responsabilidad ante las conductas con los pacientes son claramente mayores a los del internado rotatorio, entre otros factores que vale la pena resaltar, tales como la presencia o ausencia de pareja sentimental, de hijos, etc.

Como ya hemos mencionado anteriormente, el síndrome de burnout no solo se presenta en profesionales de la salud, el estudio realizado en el año 2010 que tenía como población objeto a un

grupo docente de la ciudad de Cali halló que un 15% de los docentes que laboraban en un colegio privado se encontraban en un nivel moderado de síndrome de burnout y el porcentaje restante se encontraba en un nivel normal, mientras que los que desempeñaban labores en colegios públicos el 22% de los docentes se encontraba en un nivel moderado frente al grupo restante hallado normal. Al comparar los resultados del nivel del síndrome de burnout total entre ambos tipos de colegio no se encontraron diferencias significativas entre éstos, lo cual nos hace pensar que la labor docente poco a poco se relaciona con la presencia del síndrome sin importar el tipo de vinculación del personal, ya sea en empresa privada o pública <sup>(21)</sup>.

En un estudio realizado por la Universidad de la Sabana en médicos generales en el año 2014, se encontró la frecuencia del 6.6% para el total de la escala, en cuanto a desgaste psíquico o emocional se encontró una alta frecuencia, el 18.9%; para despersonalización un nivel alto-crítico del 45.6% y para realización personal e ilusión por el trabajo el 20.8% presentó un nivel alto, lo cual se correlaciona con bajos niveles del síndrome e incluso se considera un factor de protección. El 9.4% presenta puntuaciones bajas en ilusión por el trabajo y el 12.3% un nivel crítico en la dimensión de la culpabilidad, que identifica a los médicos con una mayor gravedad del síndrome de quemarse por el trabajo. Es llamativo observar que, en este estudio, de los profesionales que se encuentran en nivel alto en total, el 85.7% son mujeres solteras y sin hijos y el 100% trabaja en urgencias. Los profesionales con bajo nivel de burnout se relacionan con tenencia de hijos y pareja estable <sup>(15)</sup>.

### **Niveles clínicos del burnout**

Existen cuatro estadios clínicos del síndrome que van desde *leve*, donde pueden aparecer sentimientos incómodos asociados a quejas, agotamiento, dificultad para realizar labores usuales, tales como levantarse en las mañanas; *moderado*, donde encontramos tendencia al aislamiento, cinismo, sentimientos de desesperanza y negativismo, desconfianza al medio; *grave*, que incluye automedicación con fármacos de uso en psiquiatría, tendencia a realizar labores más lento de lo normal, ausentismo laboral, abuso de sustancias psicoactivas; y *extremo*, con aislamiento marcado, trastornos psiquiátricos tales como episodios psicóticos o intentos suicidas <sup>(8,45)</sup>.

Los síntomas y signos físicos más frecuentes del síndrome de burnout son: fatiga, sensación de cansancio, insomnio, cefalea, alteraciones gastrointestinales, síntomas somáticos poco definidos. Los síntomas psíquicos van desde la falta de interés, problemas para concentración, estado de hipervigilancia, suspicacia, tendencia a la irritabilidad, sentimientos de desesperanza y negativismo con frustración ante las adversidades. Los síntomas laborales van de la mano del ausentismo, de la poca interacción con los otros, que no les permite delegar ningún tipo de función y mucho menos compartirla <sup>(8)</sup>.

Como se ha mencionado anteriormente, el burnout es una patología escalonada que puede ir de la mano de varias fases: la primera, o “*de entusiasmo*” es cuando el individuo percibe su vida laboral como algo bueno y alentador; al ir hacia la fase de “*estancamiento*” el individuo empieza a plantearse interrogantes acerca de qué tan valioso es esforzarse, de igual manera existe la sensación de que los intereses y perspectivas que al principio se forjaron ya no se ven tan interesantes sino más bien sombrías, no hay esperanzas a largo ni mediano plazo y afloran sentimientos negativos sobre cualquier tema expuesto dentro del trabajo. Surge la primera sintomatología tanto física como psicológica y emerge la tercera fase, llamada “*de frustración*” cuando los mecanismos personales trabajan de una forma que puede tener dos resultados: ya sea recobrando el interés por lo propio o por nuevas experiencias laborales o con un aumento de la sintomatología con tendencia a la cronicidad y se modifica la actitud hacia el negativismo, irritabilidad y poca funcionalidad <sup>(46)</sup>. La penúltima fase, denominada de “*apatía*” se representa cuando el individuo renuncia a modificar aquello que le disgusta y se adentra en un ciclo en el que no le interesa su vida laboral, deja de cumplir horarios, se torna cínico y descarado ante aquellos a quienes debe atender. Finalmente, la fase de “*quemado*” ocurre cuando se produce un trastorno físico y psíquico, de no tener energía para las labores diarias y es donde el síndrome se acentúa y se exhibe en su forma más plena <sup>(46)</sup>.

El síndrome de burnout no debe ser definido como estrés psíquico, sino que debe tomarse como una respuesta al estrés crónico generado por el trabajo, el cual es en la mayoría de veces asistencial. Para esto se hace necesario identificar los factores estresores en el individuo y cómo se organizan las relaciones de los profesionales asistenciales. Este síndrome es el resultado de la falla en los mecanismos de afrontamiento y autoprotección frente a los factores estresores, entre ellos las relaciones laborales, ya sea de la empresa con el individuo o del profesional con el cliente. Al fracasar estas

estrategias, el individuo asume dicha situación como fallo en el ámbito profesional y en las relaciones interpersonales con los pacientes <sup>(27)</sup>. Ante estas emociones negativas, el individuo genera comportamientos que sugieren despersonalización como un mecanismo de defensa ante la angustia y el estrés.

El síndrome es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, tendrá repercusiones nocivas para el individuo, como enfermedad con alteraciones psicosomáticas, insomnio, etc. Por su parte para la institución, se pueden presentar accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo sistemático, cambio de servicio no solicitado, abandono del cargo, etc. <sup>(17)</sup>. Generalmente se relaciona con profesiones que requieren mayor demanda de tiempo y entrega hacia los demás, con rasgos preferiblemente perfeccionistas y exigentes, en labores que demandan mucha responsabilidad <sup>39</sup>. Se presenta principalmente en profesionales asistenciales, relacionados con el campo de la salud y que trabajan en centros carcelarios, los docentes trabajadores sociales, entre otros, también se han visto afectados con el paso del tiempo al igual que aquellos funcionarios oficinistas, empresarios cuya labor sea aburrida. Entre los factores asociados más frecuentes se encuentran los problemas de pareja, malas relaciones interpersonales, laborales y familiares, insatisfacción sexual, poca dedicación a actividades de esparcimiento, ausencia de actividad física, sentimientos de poca satisfacción y exceso de trabajo y de exigencias hacia el mismo. En este orden de ideas, las personas que padecen el síndrome de burnout presentan dificultades marcadas para el disfrute, de otra parte, en la actualidad se considera que el síndrome de burnout debe ser reconocido como enfermedad laboral <sup>(37)</sup>.

### **Desencadenantes del síndrome en los profesionales de la salud**

El aumento progresivo de situaciones estresantes en el personal asistencial está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Se trata de una labor estresante per sé en la cual juegan un papel importante la falta de personal, que supone exceso de funciones y de tiempo laborado, aumento de turnos, lidiar con usuarios difíciles, convivencia con la enfermedad y la muerte, labores poco específicas, en especial llenando espacios donde otro profesional falta, falta de autoridad en la toma de conductas, cuestionamientos por parte de los superiores, etc. <sup>(27)</sup>. Una clasificación de lo

anotado permite identificar cuatro niveles: A nivel individual, la idealización y el altruismo lleva a que los profesionales se involucren demasiado con los usuarios o pacientes y con las dificultades ya sean económicas, físicas o morales que estos padecen. De esta forma, tienden a culparse de los errores ya sean propios o no y traerá consigo los sentimientos de baja realización personal y un elevado agotamiento emocional. En cuanto a relaciones interpersonales, las relaciones que el individuo sostiene con sus pares o con sus usuarios son más que importantes, ya que cuando éstas se tornan difíciles aumentan la sensación de estar quemado por las labores diarias. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores coadyuva a la génesis del síndrome <sup>(27)</sup>.

Desde las organizaciones, los profesionales asistenciales laboran en instituciones que responden a esquemas burocráticos que de una u otra manera pueden aumentar el estrés, trayendo consigo conflicto en el ámbito laboral <sup>(28)</sup>.

Para finalizar, las condiciones actuales de la sociedad se convierten en desencadenantes debido a que existe un cambio a nivel de decretos y leyes que de una u otra forma afectan el ejercicio de la profesión, ya sea por asignación de nuevas funciones o por aumento de la exigencia en las mismas <sup>(28)</sup>.

## **Etiología**

Si se considera que el Síndrome de burnout es un proceso que no posee solo una causa y es difícil de identificar, podemos acercarnos someramente a algunos de sus síntomas que de una u otra forma pueden fungir como desencadenantes, entre estos el estrés, la falta de motivación, pereza, tedio, crisis de identidad laboral, crisis económica, aumento de la carga laboral y ausencia de estímulos <sup>(8)</sup>. A todo lo anterior se ven sumados componentes de la personalidad antes de la presentación del síndrome que pueden aumentar la susceptibilidad personal al mismo, tales como el género, la edad, la presencia o no de pareja estable, tenencia de hijos, dificultades de comunicación en la familia, tipo de personalidad exigente y competitiva. La poca formación profesional también juega un papel importante debido a la poca experiencia que el individuo pueda llegar a tener respecto a un tema, aunque en los conocimientos técnicos y teóricos no presente dificultad. Así mismo, el escaso entrenamiento, sin importar las

actividades y la falta de control emocional también se consideran factores desencadenantes de gran relevancia <sup>(8)</sup>.

Deterioro laboral que se ve reflejado en malas instalaciones, organización laboral deficiente, abusos por parte de superiores, salarios precarios y principalmente la sobrecarga de trabajo, así como factores sociales traducidos en ambición elevada y expectativas de reconocimiento e ingresos superiores al del promedio y cambios o pérdidas significativas, nacimiento de hijos, aumento de las responsabilidades son los factores desencadenantes de mayor notabilidad clínica <sup>(8)</sup>.

Los patrones elaborados a partir de consideraciones psicosociales para explicar el Síndrome de burnout pueden ser encasillados en tres grupos. El primero habla de los modelos desarrollados en el marco de la teoría socio-cognitiva del yo. Otorga un papel central para explicar la formación del síndrome a partir de las variables del self. Un segundo grupo se enfoca en los modelos de las teorías de intercambio social, mencionan que el síndrome de burnout puede ser consecuencia de las percepciones de injusticia o de falta de igualdad que tiene el individuo respecto de la comparación social a la que él mismo se somete al establecer relaciones interpersonales. Finalmente, el tercer grupo tiene en cuenta a los modelos que se elaboraron desde la teoría organizacional, donde figuran las dificultades en la asignación de roles, los cambios o aumentos de carga laboral, la ausencia de salud desde la perspectiva organizacional e incluso la cultura <sup>(5)</sup>.

### **Diagnóstico diferencial**

Se debe realizar principalmente estableciendo diferencias en la funcionalidad y los diferentes efectos que presenta para el sujeto, entre los cuales encontramos síndrome de fatiga crónica, estrés general y laboral, insatisfacción por el trabajo, crisis personales y de la edad media de la vida, trastornos psiquiátricos tales como ansiedad y depresión, agotamiento habitual, etc. <sup>(46)</sup>. La sintomatología es diversa en cuanto a los aspectos cognitivos, mentales y emocionales, de hecho, pueden observarse dificultades en la concentración y demás funciones mentales superiores, sus capacidades cognitivas pueden ir en detrimento, lo cual se corrobora con las cifras en pruebas psicotécnicas y cuestionarios para medir cociente intelectual, los cuales llegan incluso a presentar diferencias significativas si se les compara con pruebas previas a la presentación de la enfermedad. A nivel emocional, los pacientes

logran exhibir sentimientos de angustia y depresión graves, lo cual asocian a la presencia de la enfermedad a manera de resultado de la misma <sup>(46)</sup>.

**Instrumentos de medición para el síndrome de burnout <sup>(43,46)</sup>**

Es importante tener en cuenta que el Síndrome de burnout es una entidad ampliamente reconocida y estudiada, por lo cual se han desarrollado múltiples instrumentos de medición de la misma, como se observa en la tabla a continuación:

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	AUTORES
Staff burnout Scale	Jones (1980)
Emener-Luck burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Tedium Measure (burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
<b>Maslach Burnout Inventory</b>	<b>Maslach y Jackson (1981)</b>
burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Mattews burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome burnout Inventory Venturi	Dell Rizzo (1994)
Escala de burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

Para el caso particular de nuestro estudio, se utilizará el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento en el cual el individuo señala las principales características de sus relaciones con otros y a nivel laboral, en nuestro país fue validado por la Universidad de Antioquia en un estudio que se realizó en docentes oficiales de Medellín, en el año 2005 <sup>(42)</sup>. Consta de 22 elementos que se valoran en una escala auto diligenciable en un rango de siete posibles respuestas que van desde nunca (0), pocas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), unas pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5) y todos los días (6) <sup>(43,46)</sup>. El cálculo de estos elementos nos muestra los tres componentes del síndrome ya mencionados previamente. Las puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización revelan síntomas de estar quemado, mientras que en la escala de realización personal se necesitan valores contrarios para poder tener dicha sintomatología, es por esto que las puntuaciones de cada escala deben consignarse por separado ya que luego se desconocerá en qué medida pesa cada una <sup>(43,46)</sup>.

**Maslach Burnout Inventory (MBI) <sup>(43)</sup>:**

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.

16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

### **Medidas preventivas y terapéuticas en el síndrome de burnout**

Se han identificado diferentes tipos de apoyo como mecanismos de prevención para la aparición del síndrome, entre los cuales figuran el apoyo emocional al que le atañe el afecto o cariño que el sujeto experimenta proveniente del exterior, soporte instrumental representado en el patrimonio y demás recursos económicos y materiales con los que el profesional puede laborar, el acceso a la información pertinente y veraz, en la cual el profesional puede conocer una situación y desarrollar estrategias para afrontarla en caso de que se requiera y el apoyo evaluativo, en donde se enumeran las conductas del profesional y se puede evaluar la efectividad del mismo <sup>(8)</sup>.

De otra parte, se enumeran unos puntos clave para la prevención del síndrome de burnout entre los cuales hallamos una adaptación de las expectativas a la cotidianidad, una formación adecuada en emociones con una adecuada proporción de la familia, relaciones interpersonales, descansos y vida laboral, un buen ambiente de trabajo, establecer límites en la agenda de atención, brindar un tiempo suficiente y respetuoso con los pacientes, con un mínimo de 10 minutos pero procurando siempre que el tiempo se pueda prolongar, disminuir la corrupción para que los recursos lleguen a los sitios donde se requieren, que las capacitaciones y la formación al personal se efectúe dentro de la jornada y el horario laboral establecido y un diálogo adecuado con los superiores en aras de que sea lo más accesible posible <sup>(8)</sup>.

## **Tratamiento**

Se centra en el control de los factores estresantes y el autocontrol, aunque en algunos casos se requiere de un tiempo determinado sin carga laboral. Dentro de las tácticas para el tratamiento e incluso para la prevención del síndrome de burnout podemos encontrar que el sujeto se inscriba en actividades distintas a su trabajo, tales como lecciones de danza o canto, propender por el mejoramiento de las relaciones familiares y personales, participar en actividades de esparcimiento más a menudo, dejando un espacio en la agenda para el esparcimiento y el ejercicio físico y la última pero no por eso menos importante: no dejar o “saltar” períodos de vacaciones <sup>(46)</sup>.

En cuanto al manejo psicológico del síndrome de burnout, se han observado intervenciones de grupo e interdisciplinarias, así como estrategias basadas en la consejería, programas de autorregulación. De igual manera, se hace fundamental el desarrollo de métodos para fomentar la comunicación y el autocuidado, actividades de liberación de tensión pueden ser efectivas en el tratamiento, sin contar con que es importante aclarar que el burnout puede existir en comorbilidad con enfermedades que requieran manejo con fármacos y debe indicarse bajo criterio médico<sup>46</sup>.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Establecer la prevalencia del Síndrome de burnout en los residentes de especialidades médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario.

### *Objetivos Específicos*

Caracterizar a la población de estudio

Establecer la relación entre los dominios evaluados en la escala de Maslach para burnout y el tipo de especialización

Analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables género y los dominios de la escala de Maslach (Cansancio emocional, despersonalización y realización profesional) en los residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario.

Describir las características sociodemográficas (Género, edad, estado civil, turno de trabajo, tiempo trabajado, especialidad médica) asociado al desarrollo del Síndrome de burnout en los residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario.

## **Pregunta de Investigación y Formulación de Hipótesis**

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de burnout en los residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario en el año 2016?

El propósito de esta investigación es determinar la prevalencia, los posibles factores asociados y la interferencia con la práctica clínica del síndrome de burnout, la relación con factores sociodemográficos y caracterización de acuerdo con los tres dominios de estudio de la escala de Maslach, en los residentes de la Universidad del Rosario de especializaciones médico quirúrgicas en el año 2016.

Teniendo en cuenta que la responsabilidad del cuidado de la salud recae en buena medida en los profesionales en formación como médicos especialistas, donde el personal en formación que interviene a estos pacientes está expuesto a que por la atención continua en jornadas en ocasiones prolongadas, tiempo de estudio limitado y cumplimiento de actividades académicas, además de las actividades sociales y de ocio; presente un cambio en la forma en la cual se relaciona con sus pacientes, y presentando cambios anímicos y en el desempeño de sus actividades laborales.

Adicionalmente la ley 1616 del 21 de enero de 2013 o Ley de Salud Mental establece como prioridad en salud mental el cuidado de la salud mental del cuidador como responsabilidad del Estado, así como de las instituciones donde el médico labora y las instituciones universitarias y hospitalarias en donde el residente se forma, partiendo de la base de que todos los profesionales de la salud hacen parte del campo de la salud mental y sus intervenciones, tanto en promoción como en prevención. La Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la

Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital <sup>(14)</sup>.

### **Formulación de Hipótesis**

Existen diferencias significativas entre los residentes de especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario, entre el género y el dominio cansancio emocional y entre la especialidad médica desarrollada y el mismo dominio de la escala de Maslach.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los residentes de especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario, entre la edad y el dominio despersonalización en la escala de Maslach.

### **Hipótesis Nula**

No existen diferencias entre los residentes de especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario, entre el género y el dominio de cansancio emocional, y entre la especialidad desarrollada y el mismo dominio de la escala de Maslach.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los residentes de las especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario, entre la edad y el dominio despersonalización en la escala de Maslach.

## **Metodología**

### **Tipo y diseño general del estudio**

El presente estudio se llevará a cabo en la ciudad de Bogotá - Colombia, durante los meses comprendidos entre septiembre y diciembre de 2016, teniendo como población de estudio a los residentes de las especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario.

A la fecha la universidad del Rosario cuenta con dieciocho especializaciones médico quirúrgicas: Medicina del dolor y cuidado paliativo, medicina de emergencias, medicina crítica y cuidados intensivos, medicina estética, medicina interna, neurología, psiquiatría, radiología, toxicología, anestesiología en Fundación Cardioinfantil y en Hospital Occidente de Kennedy, cirugía general, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología en la Fundación Santa Fe de Bogotá y Hospital Occidente de Kennedy, otorrinolaringología, ginecología y obstetricia, urología, psiquiatría y pediatría.

La forma en la cual se desarrollará el proyecto de investigación consiste en contactar a los residentes de las diferentes especialidades médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario, por medio del área en la oficina de postgrados, tal como se aconsejó por el comité de ética médica de la universidad del Rosario. Posteriormente se realizará la labor de contacto de los residentes interesados en participar en el proyecto, y diligenciamiento de la encuesta, en la cual están definidas las diferentes variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, número de años ejerciendo como médico incluyendo la residencia, y año que cursa de la misma, así como el uso de la Escala de Maslach para establecer la prevalencia de síndrome de burnout; las cuales serán aplicadas a los residentes y sometidas posteriormente a tabulación y análisis estadístico.

El estudio se define como un estudio de corte transversal, mediante el cual se definirá la prevalencia del síndrome de burnout, así como el estudio de la asociación de variables sociodemográficas que pudieran indicar diferencias significativas presentes dentro del grupo.

Es así como la delimitación del universo está dada por los residentes de las especialidades médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario que estén cursando cada programa dentro del segundo semestre del año 2016 y que acepten su participación dentro del estudio.

El estudio será llevado a cabo en la universidad del Rosario, por medio de la oficina de postgrados quienes permitieron el contacto de los residentes a través de los jefes de residentes, y posteriormente contactando a los sujetos interesados en participar, en los espacios en los cuales se concertaron citas para el diligenciamiento del instrumento. La duración del estudio será de aproximadamente cinco meses, que es la proyección que se tiene en torno a la duración de la recolección de datos, posterior a la aceptación por parte del comité de ética en investigaciones, y a la elaboración del informe final.

Se consideró como autorización para el uso de la información obtenida el diligenciamiento de los formatos y escalas diligenciados por los residentes de las especialidades médico quirúrgicas.

En el curso de la residencia, al igual que en ejercicio médico, bien sea desde la consulta general como el ejercicio como médico especialista, se genera una carga emocional y ciertos elementos que pueden interferir en el profesional en aspectos emocionales, de la relación con el paciente o de su vivencia como profesional en ejercicio; sin embargo, la aparición del síndrome de burnout reúne como características la aparición de varios síntomas en un mismo periodo de tiempo, que generan dificultad en el ejercicio, siendo entendido en cierta medida como un continuum, donde herramientas de medición como la escala de Maslach nos dan una buena sensibilidad en la detección del síndrome de burnout como diagnóstico.

La tabla 3 muestra la descripción estadística del presente estudio de acuerdo a sus características.

Por el control de la Maniobra	Observacional	Prácticos y factibles. Generalizables a poblaciones geográfica o demográficamente definidas.
Por la captación de la información	Prospectivo	Inicia con la exposición de una causa. Puede seguir a través del tiempo
Por la medición de las variables	Transversal	Medicación de variables en un único momento. Permite estimar la magnitud y distribución de una condición. Puede estudiar varias variables.

Por la dirección del análisis	Estudio transversal	Medición de variables en un único momento.
-------------------------------	---------------------	--

Tabla 3.

## Muestreo

### Población o universo

Residentes de Especializaciones médico – quirúrgicas del Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario de la Ciudad de Bogotá.

### Muestra

En el presente estudio se pretende tomar a la totalidad de los residentes de las especializaciones médico quirúrgicas que acepten participar en el estudio. Este tipo de estudio corresponde a un censo, por tanto, la muestra corresponde al universo o totalidad de la población estudiada.

La población objeto de estudio se encuentra distribuida de la siguiente forma:

ESPECIALIDAD	NÚMERO DE RESIDENTES
Anestesiología	30
Cirugía General	31
Ginecología y Obstetricia	24
Medicina Crítica y cuidados intensivos	27
Medicina de Emergencias	22
Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo	14
Medicina Estética	16
Medicina Interna	31
Neurocirugía	10
Neurología	11
Oftalmología	6

Ortopedia	29
Otorrinolaringología	6
Pediatría	33
Psiquiatría	15
Radiología	15
Toxicología	6
Urología	7
Total de la población	333

Tabla 4.

### **Criterios de Inclusión**

- Médicos residentes de especialidades médicas quirúrgicas adscritos a la universidad del rosario.
- Ambos sexos.
- Profesionales Médicos que accedieron participar en el estudio.

### **Criterios de Exclusión**

- Ninguno

### **Criterios de Eliminación**

- Médicos que no completaron la requisición del instrumento de evaluación.

## Definición Operacional de las Variables Objeto de Estudio

<i>Variable</i>	<i>Naturaleza</i>	<i>Definición</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Operacionalización</i>
Edad	Cuantitativa continua	Número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de recolección de datos	Razón	Número de años
Género	Cualitativa dicotómica	Género reportado en el documento de identificación	Nominal	Femenino (1) Masculino (2)
Estado Civil	Cualitativa politómica	Condición del sujeto en función de si tiene o no pareja y la situación legal al respecto	Nominal	Soltero/a (1) Casado/a (2) divorciado/a (3) Viudo/a (4) Tengo pareja, no convivimos juntos (5) Tengo pareja, convivimos juntos (6)
Tiempo ejerciendo como médico incluida la residencia				Menos de cinco años (1) Entre cinco y diez años (2) Entre diez y quince años (3) Más de quince años (4)
Especialidad			Nominal	

médico quirúrgica a la que pertenece				
Qué año de residencia está cursando	Cuantitativa ordinal		Razón	Primer año (1) Segundo año (2) Tercer año (3) Cuarto año (4) Quinto año (5)
Horas trabajadas a la semana en la especialización	Cuantitativa continua	Número de horas aproximadas de trabajo a la semana durante sus prácticas clínicas	Razón	Número de horas 40 horas o menos (1) Entre 40 y 60 horas (2) Entre 60 y 80 horas (3) Más de 80 horas a la semana (4)
Maslach Burnout Inventory – Agotamiento emocional	Cuantitativa politémica		Nominal	No (0) Riesgo (1) Sí (2)
Maslach Burnout Inventory – Despersonalizac ión	Cuantitativa politémica		Nominal	No (0) Riesgo (1) Sí (2)
Maslach Burnout Inventory – Realización	Cuantitativa politémica		Nominal	No (0) Riesgo (1) Sí (2)

personal				
Síndrome de burnout	Cuantitativa dicotómica		Nominal	No (0) Riesgo (1) Sí (2)

Tabla 5.

### **Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.**

Los instrumentos diligenciados serán tenidos en custodia por cada investigador que los aplique. Este se hará responsable de la tabulación de los mismos en medio electrónico.

Los instrumentos a utilizarse son el cuestionario de preguntas socio-demográficas y el documento en aplicación de la escala de Maslach. La aplicación del instrumento, el cual es auto-aplicable, se hará en presencia de al menos uno de los investigadores con el fin de garantizar que cualquier duda que surja pueda ser resuelta.

La información recolectada con el instrumento aplicado será tabulada y presentada de forma escrita, gráfica y tabulada en la presentación de resultados.

Se tiene planteado, ya que el estudio tiene cegamiento a los investigadores, que una vez analizados los datos, se realizará una socialización de los resultados obtenidos de forma general a cada grupo de residentes por especialidades, en un espacio en el cual se pueda realizar una exposición de las estrategias para el manejo del síndrome de burnout, además de la invitación para recibir ayuda profesional de ser necesario. Además, consideramos que estos resultados generarán un efecto de sensibilización y de búsqueda de estrategias desde el cuerpo docente para manejar situaciones que bien pudieran ser generadoras de ambientes que predispusieran a la aparición de síndrome de burnout.

## **Plan de Análisis**

Los resultados obtenidos serán transcritos mediante el programa Microsoft Office Excel versión 2010; Con el uso del programa con el uso del programa SPSS versión 22. Se realizarán los filtros pertinentes para evaluar la calidad de la información. Se realizará un análisis descriptivo univariado, para las variables cuantitativas, medias, con sus respectivas desviaciones estándar, y para variables cualitativas frecuencias relativas y absolutas. La prevalencia de Síndrome de burnout se calculará mediante prevalencia puntual e intervalo ya que tenemos el beneficio de tener la población total. El siguiente paso será el análisis bivariado para evaluar si existe asociación entre las variables medidas, para asociaciones entre variables cuantitativas y cualitativas se hará mediante el estadístico T de student y para asociación entre variables cualitativas por medio del estadístico chi cuadrado o test e Fisher, según el número de datos en la tabla de análisis. Para el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas se utilizó estadística no paramétrica por la distribución no normal de las variables cuantitativas.

Un último análisis será en multivariado, variable dependiente síndrome de burnout, asociando con variables sociodemográficas y variables clínicas de la escala. Se propuso un análisis multivariado, teniendo en cuenta el dominio de más frecuencia entre los residentes "*Cansancio Emocional*", se realizó la transformación de la variable dicotómica, mediante una regresión logística binaria, se determinó el efecto de las variables sociodemográficas en este dominio.

## **Aspectos Éticos de la Investigación.**

Partimos de la presentación de nuestro protocolo al grupo de residentes de las especialidades médico quirúrgicas, así como del consentimiento informado. Este documento explica de forma clara los aspectos relevantes en torno a su participación, tales como la naturaleza del estudio, los objetivos del mismo, el instrumento que será aplicado, los posibles riesgos y beneficios, manejo de la información y datos obtenidos, así como la información y contacto de los investigadores principales. El consentimiento se considerará válido tras haber sido leído en su totalidad por el participante del estudio, con oportunidad de resolución de dudas, y firma del mismo en presencia de dos testigos.

Con el fin de garantizar la confidencialidad se restringirá el acceso a la información al grupo de trabajo comprendido por los dos investigadores principales, así como el asesor temático y metodológico. De igual manera posterior a la recepción de la información se asignará un número de rótulo correspondiente a cada residente, el cual será manejado por los dos investigadores, con el fin de que garantizar la privacidad y confidencialidad de la información.

El envío de y recepción de información se realizará con el manejo de una cuenta de correo con apertura exclusiva para el manejo de la información correspondiente al estudio en cuestión.

El estudio se considera como un estudio de riesgo mínimo, por tanto dentro los parámetros establecidos por el ministerio de la protección social de acuerdo a las resoluciones 008430 de 1993 y 002378 de 2008 del ministerio de la protección social, en torno a trabajos de investigación es necesario la solemnidad del consentimiento informado por escrito, en el cual se explica la naturaleza del mismo, los riesgos derivados del mismo, uso de la información y demás que hacen referencia, indicando que mediante la resolución del cuestionario aceptan la participación y uso de los datos derivados del mismo.

### Organigrama



Figura 1.

## Cronograma

*Año 2016*

ACTIVIDAD	MAY O	JUNI O	JULI O	AGO STO	SEPT IEMB RE	OCT UBR E	NOVI EMB RE	DICIE MBR E	ENE RO 2017
Planeación, formulación de la pregunta de investigación y presentación a la universidad	X								
Aprobación de la propuesta, reuniones con asesor temático y metodológico		X							
Reuniones con asesor, estudio del protocolo para presentación en la universidad			X	X	X	X			
Presentación del protocolo a comité de ética de la universidad							X		
Recolección de datos y análisis de los mismos							X	X	
Presentación de tesis como trabajo de grado ante la universidad									X

Figura 2.

### Presupuesto

<i>Detalle</i>		<i>Cantidad/Valor unitario</i>	<i>Valor total (COP)</i>
<i>Materiales</i>	Papelería	1000 impresiones (APROX)	100.000
	Computador	Uno	1.200.000
	Software especializado	Programa estadístico	200.000
<i>Logística</i>	Traslados a sitios de práctica de los participantes	500.000	500.000
	Derivados de reuniones de investigadores y similares	150.000	150.000
<i>Personal</i>	Personal científico (Investigadores)	Valor por hora 40.000 Tiempo de trabajo 200 horas	8.000.000
	Servicio técnico profesional estadístico	Valor por hora 90.000 Tiempo de trabajo 26 horas	2.340.000
		SUBTOTAL	12.490.000
		IMPREVISTOS (3%)	374.700
	<i>TOTAL</i>		12.864.700

Tabla 12.

## Resultados

En el presente estudio se logró reclutar una población de 236 residentes, de un total de 333 matriculados para el segundo semestre del año 2016, correspondiente al 70.8%.

Hubo participación en todas las especializaciones médico quirúrgicas, excepto neurocirugía, a quienes se contactó sin que fuera posible aplicar el instrumento ya que no se logró concertar con los residentes un espacio disponible para el diligenciamiento de la encuesta.

Se resume en la tabla N° 6 los datos sociodemográficos y caracterización de la población

**Tabla 6. Características sociodemográficas de los residentes de la Universidad del Rosario**

<b>Variables</b>	<b>n (%)</b>
<b>Edad*</b>	(28.28±2.25)
<b>Sexo</b>	
Mujer	121(51.3%)
Hombre	115(48.7%)
<b>Estado civil</b>	
Soltero	106(44.9%)
Casado	29(12.3%)
Divorciado	7(3%)
Pareja no conviven	77(32.6%)
Pareja si conviven	17(7.2%)
<b>Tiempo ejerciendo como médico</b>	
Menos de 5 años	107(45.3%)
Entre 5 y 10 años	103(43.6%)
Entre 10 a 15 años	25(10.6%)
Más de 15 años	1(0.4%)
<b>Año de residencia cursado</b>	
Primer año	80(33.9%)
Segundo año	78(33.1%)
Tercer año	71(30.1%)
Cuarto año	7(3%)
<b>Horas a la semana trabajadas en la residencia</b>	
40 Horas o menos	7(3%)
Entre 40 a 60 horas	44(18.6%)

Entre 60 a 80 horas	123(52.1%)
Más de 80 horas	62(26.3%)

\* Representada en media y su respectiva desviación estándar

Tabla 6.

Existe una edad promedio en las especialidades médico quirúrgicas de 28 años (DE 2.25), con una distribución por sexos muy similar, en la cual hay un predominio de mujeres cursando los diferentes programas.

Al graficarse la edad por medio de un histograma (Figura 3) se encuentra una distribución en campana de los resultados

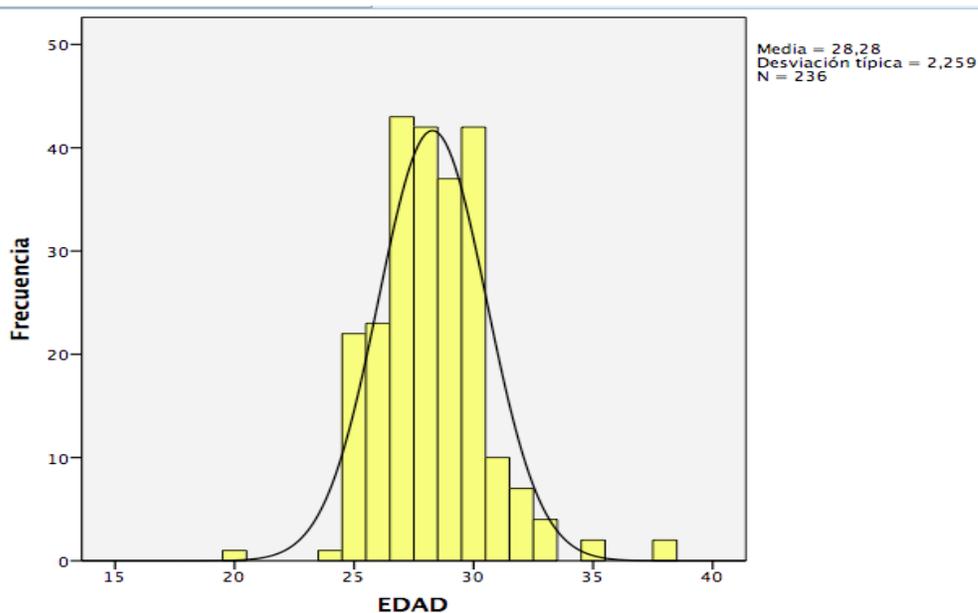


Figura 3.

El estado civil más frecuente entre los residentes es soltero (44.9%), siendo que al agrupar entre personas sin relación sentimental alguna y los que la tienen encontramos porcentajes similares, el primer grupo compuesto por el 47.9% y el segundo del 52.1%.

El tiempo de ejercicio como médico más prevalente es menor a 5 años, con un 45.3%, con un total de residentes con un tiempo de ejercicio menor a 10 años que abarca el 88.9% del total de sujetos.

La distribución por año de residencia es muy similar, cercana al 33% para cada año de residencia, con una disminución en el cuarto año, que es del 3% explicable porque la mayoría de programas son de 3 años.

Las horas por semana trabajadas en la residencia con mayor frecuencia se encuentra entre las 60 y 80 horas con un 52.1%, seguido de quienes trabajan más de 80 horas con un 26.3%, que abarcan más del 75% del total de residentes.

La tabla 7 resume los resultados en cuanto a la distribución de los residentes de acuerdo a cada uno de los programas en los cuales se encuentran.

**Tabla 7. Especialidades médico quirúrgicas de los residentes encuestados de la Universidad del Rosario**

<b>Variables</b>	<b>n (%)</b>
Anestesiología	21(8.9%)
Cirugía general	26(11%)
Emergencias	15(6.4%)
Ginecología y obstetricia	18(7.6%)
Medicina Estética	12(5.1)
Medicina Interna	21(8.9%)
Neurología	8(3.4%)
Oftalmología	6(2.5%)
Ortopedia	21(8.9%)
Otorrinolaringología	5(2.1%)
Medicina del dolor y cuidados paliativos	12(5.1%)
Pediatría	20(8.5%)
Psiquiatría	12(5.1%)
Radiología	12(5.1%)
Toxicología	5(2.1%)
Medicina Crítica y cuidado intensivo	17(7.2%)
Urología	5(2.1%)

La participación en cada programa fue significativa, logrando más del 70% de los residentes inscritos en cada una de las especialidades.

**Tabla 8. Síndrome de burnout y riesgo de presentarlo en los residentes encuestados**

	n (%)
Con Síndrome burnout	103(43.6%)
En Riesgo	58(24.6%)
Sin riesgo de Síndrome burnout	75(31.8%)

En la tabla 8 se resumen los resultados de la aplicación de la escala de Maslach, encontrando el número más elevado en la categoría de residentes con síndrome de burnout (43.6%), y un total del 68.2% al agrupar sujetos en riesgo y quienes de acuerdo al instrumento presentan síndrome de burnout.

**Tabla 9. Asociación de las características de los residentes y la presencia de Síndrome de burnout**

	Sin Síndrome burnout	En riesgo de Síndrome burnout	Síndrome burnout	<i>P</i>
<b>Edad</b>				0.001***
<25 años	1(4.2%)	5(20.8%)	18(75%)	
Entre 26 y 30 años	70(37.4%)	42(22.5%)	75(40.1%)	
> 30 años	4(16%)	11(44%)	10(40%)	
<b>Sexo</b>				0.010**
Mujer	28(24.3%)	37(32.2%)	50(43.5%)	
Hombre	47(38.8%)	21(17.4%)	53(43.8%)	
<b>Estado civil</b>				0.044*
Soltero	66(34.7%)	41(21.6%)	83(43.7%)	
Casado/Unión libre	9(19.6%)	17(37%)	20(43.5%)	
<b>Tiempo ejerciendo como médico</b>				0.365
Menos de 5 años	33(30.8%)	21(19.6%)	53(49.5%)	
Entre 5 y 10 años	36(35%)	30(29.1%)	37(35.9%)	
Entre 10 a 15 años	6(24%)	7(28%)	12(48%)	
Más de 15 años	0(0%)	0(0%)	1(100%)	
<b>Año de residencia cursado</b>				0.006**

Primer año	19(23.8%)	23(28.7%)	38(47.5%)	
Segundo año	33(42.3%)	8(10.3%)	37(47.4%)	
Tercer año	20(28.2%)	26(36.6%)	25(35.2%)	
Cuarto año	3(42.9%)	1(14.3%)	3(42.9%)	
<b>Horas a la semana trabajadas en la residencia</b>				0.000***
40 Horas o menos	4(57.1%)	3(42.9%)	0(0%)	
Entre 40 a 60 horas	23(52.3%)	9(20.5%)	12(27.3%)	
Entre 60 a 80 horas	45(36.6%)	27(22%)	51(41.5%)	
Más de 80 horas	3(4.8%)	19(30.6%)	40(64.5%)	
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$				

La tabla 9 muestra el análisis bivariado, en el cual se busca establecer la relación existente entre las diferentes características sociodemográficas y la aparición del síndrome de burnout, encontrando en la mayoría de ellas resultados estadísticamente significativos.

En relación con la edad las edades extremas en la distribución presentan un mayor riesgo y prevalencia de síndrome de burnout, en especial para el grupo de residentes menores de 25 años.

El sexo también presentó asociación con la aparición del síndrome, con una frecuencia mayor entre los hombres, y un riesgo elevado en las mujeres comparativamente.

El estado civil obtuvo resultados estadísticamente significativos al agruparse entre los residentes solteros o divorciados, y quienes tienen pareja ó están casados, encontrando una prevalencia mayor en el primer grupo con un 43.7%.

El tiempo de ejercicio como médico no tuvo resultados estadísticamente significativos en ninguna de las categorías.

El año de residencia presenta valores significativos, con una mayor prevalencia de síndrome de burnout durante el primer año, la cual va disminuyendo, con un segundo pico hacia el último año.

Las horas a la semana trabajadas en la residencia tuvo valores estadísticamente significativos, con una relación directamente proporcional entre el número de horas trabajadas y la aparición del síndrome de burnout.

**Tabla 10. Tipo de especialización clínico- quirúrgica y presencia de Síndrome burnout**

	Sin Síndrome burnout	En riesgo de Síndrome burnout	Síndrome burnout	<i>P</i>
<b>Especialidades clínicas</b>	61(39.4%)	37(23.9%)	57(36.8%)	0.001***
<b>Especialidades quirúrgicas</b>	14(17.3%)	21(25.9%)	46(56.8%)	

La tabla 10 resume los resultados al agrupar el tipo de especialidad, bien sea clínica ó quirúrgica, encontrando valores estadísticamente significativos, con una mayor frecuencia de riesgo y de aparición de síndrome de burnout en las especialidades quirúrgicas.

**Tabla 11. Factores asociados al cansancio emocional en los residentes de la Universidad del Rosario**

	OR	IC95%	<i>P</i>
<b>Variables</b>			
<b>Intercepto</b>	3.76	(3.51-9.45)	0.003**
<b>Edad</b>			
< 25 años	1.66	(0.41-6.72)	0.476
<b>Sexo</b>			
Mujer	3.15	(1.46-6.79)	0.003**
<b>Estado civil</b>			
Soltero	2.67	(1.01-7.03)	0.047*
<b>Tiempo ejerciendo como médico</b>			
Menos de 10 años	0.19	(0.46-0.81)	0.025**
<b>Tipo de especialidad</b>			
Especialidad Clínica	0.42	(0.18-0.96)	0.042*

**Año de residencia cursado**

Primer año	0.228	(0.11-1.49)	0.250
Segundo año	0.115	(0.05-0.69)	0.096
Tercer año	0.478	(0.23-2.88)	0.560
Cuarto año		Categoría de referencia	

**Horas a la semana trabajadas en la residencia**

Entre 60 y más 80 horas	1.74	(1.73-4.26)	0.002**
<b>Síndrome burnout</b>			
Si presentó el síndrome	31.3	(11.47-85.4)	0.000***

---

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

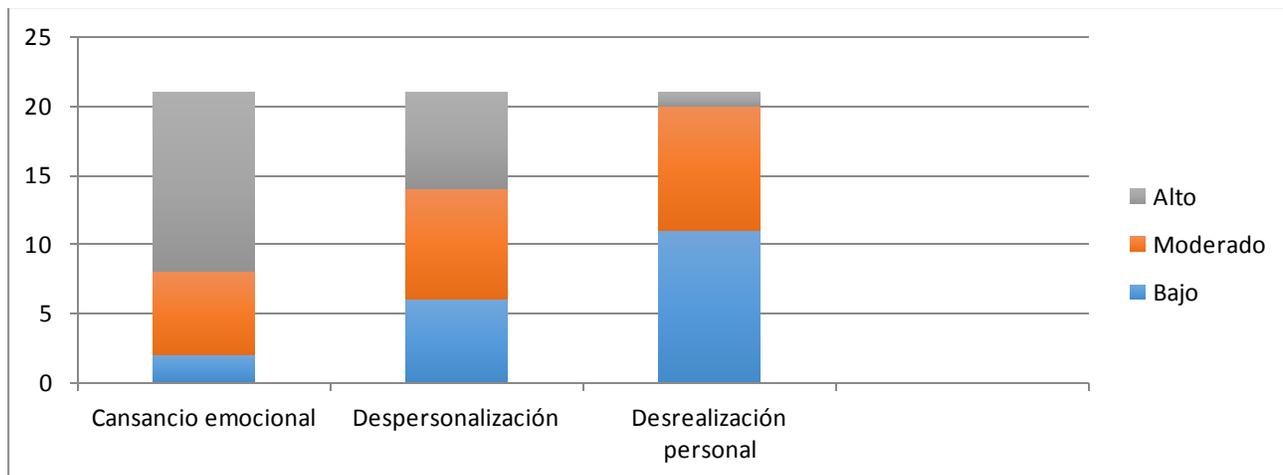
El dominio cansancio emocional presentó una prevalencia alta significativa en las diferentes especialidades médico quirúrgicas evaluadas. La edad no presentó una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.47$ ) con la aparición de valores de riesgo alto en este dominio. Ser soltero aumenta el riesgo de presentar cansancio emocional, con un OR de 2.67 comparado con las demás categorías de estado civil. Ser de sexo femenino incrementa el riesgo de presentar cansancio emocional en 3.15 veces comparado con el masculino. Finalmente, trabajar entre 60 y 80 horas a la semana incrementa el riesgo de cansancio emocional con un OR=1.74.

Como factores protectores se encontró el tiempo de ejercicio como médico, con un OR=0.19 para quienes llevan menos de 10 años ejerciendo como médicos. Pertenecer a una especialidad clínica respecto a las quirúrgicas, conlleva a un menor riesgo de síndrome de burnout con un OR=0.42. Teniendo como referencia el cuarto año de residencia, no se encontró significancia estadística en cuanto al año cursado y la aparición de cansancio emocional.

A continuación, se presentan los resultados discriminados por programa médico quirúrgico.

**Figura 4. Anestesiología n. 21**

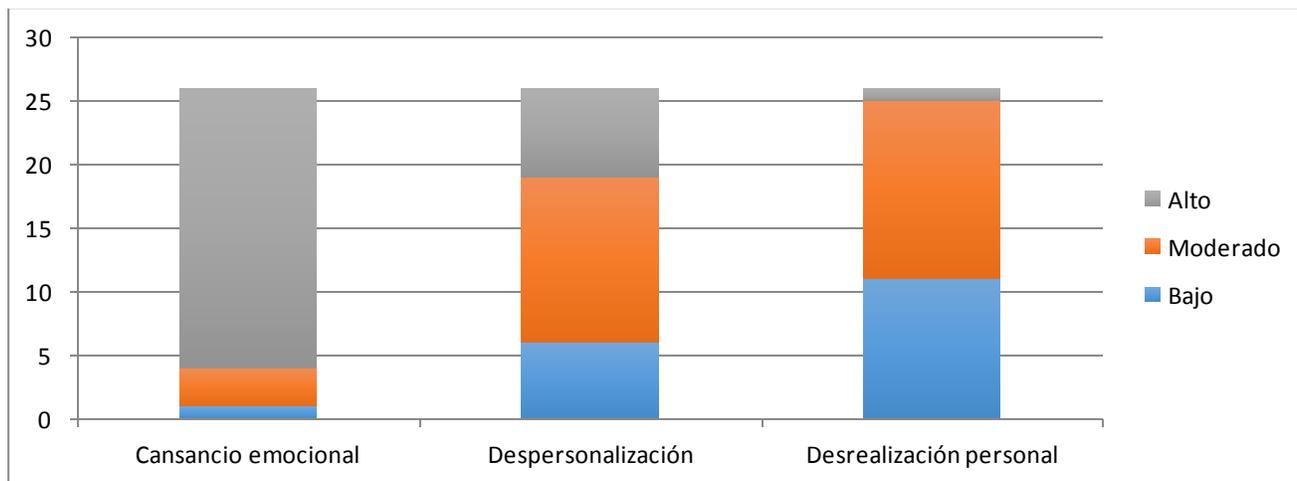
**Presencia de burnout n.10**



En el grupo de residentes de anestesiología se encontró una prevalencia de síndrome de burnout del 47.6%. En el gráfico se diferencia cada dominio de la escala de Maslach, encontrando los valores más altos en el cansancio emocional y la despersonalización.

**Figura 5. Cirugía general n. 26**

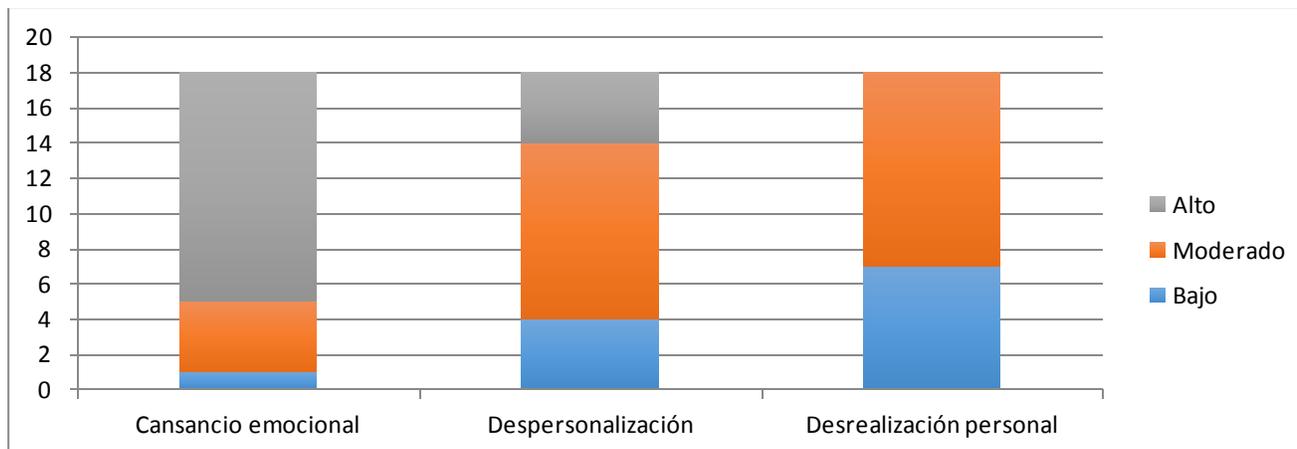
**Presencia de burnout n. 10**



La prevalencia de síndrome de burnout en residentes de cirugía general es del 38.46%. Se encuentran los valores más altos en cansancio emocional y despersonalización.

**Figura 6. Ginecología y Obstetricia n.18**

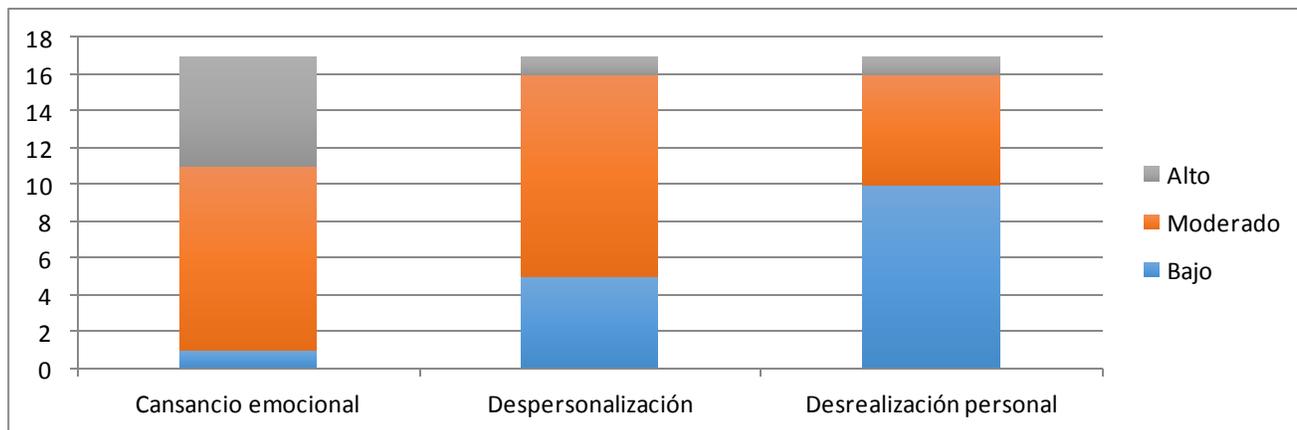
**Presencia de burnout n. 9**



La prevalencia de síndrome de burnout en los residentes de Ginecología y obstetricia es del 50%. Los valores más altos se encuentran en los dominios de cansancio emocional y despersonalización. No se encontraron sujetos con dominio elevados de desrealización personal.

**Figura 7. Medicina crítica y cuidados intensivos n.17**

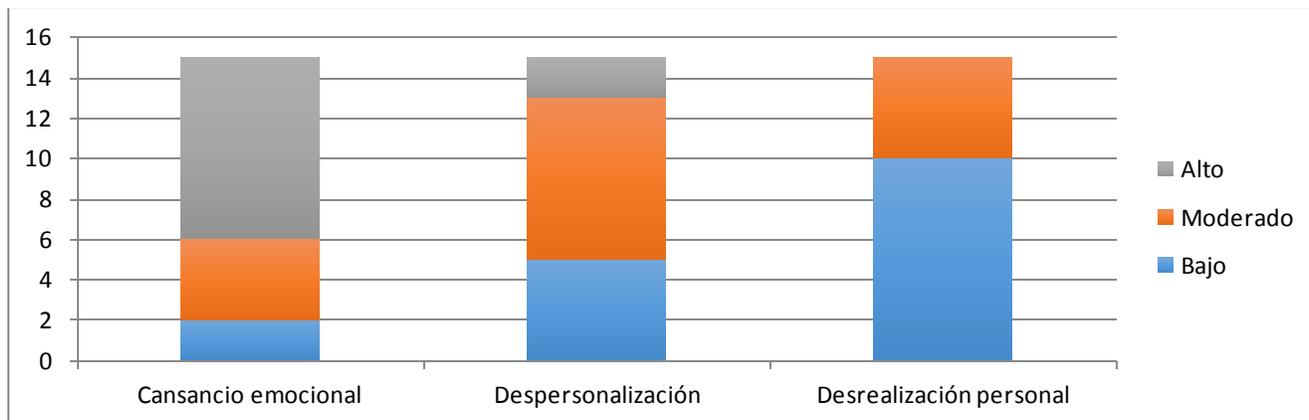
**Presencia de burnout n. 6**



La prevalencia de síndrome de burnout en este grupo de residentes es del 35.29%. La mayor distribución se encuentra en severidad moderada de los tres dominios.

**Figura 8. Medicina de Emergencias n.15**

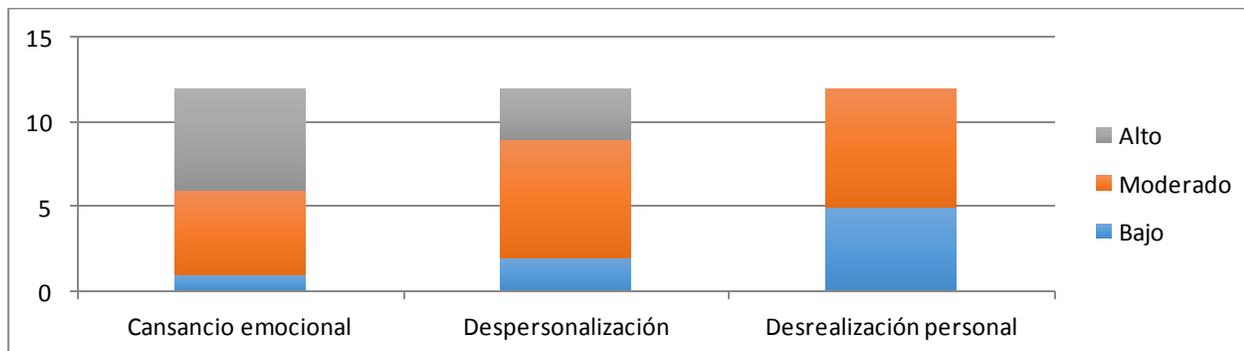
**Presencia de burnout n. 6**



En el grupo de medicina de emergencias la prevalencia de síndrome de burnout es del 40%. La mayor distribución se encuentra en severidad moderada en cada uno de los dominios, llamando la atención el riesgo bajo en desrealización personal.

**Figura 9. Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo n.12**

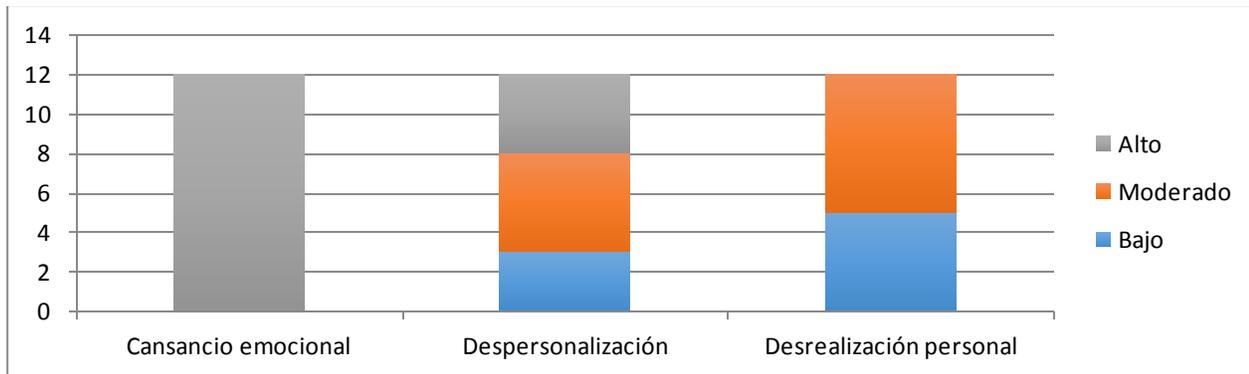
**Presencia de burnout n. 6**



La prevalencia de síndrome de burnout en el grupo de cuidado paliativo es del 50%. La mayoría de los sujetos se ubicó en riesgo moderado para cada uno de los dominios, llama la atención la ausencia de sujetos con riesgo alto para desrealización personal.

**Figura 10. Medicina Estética n.12**

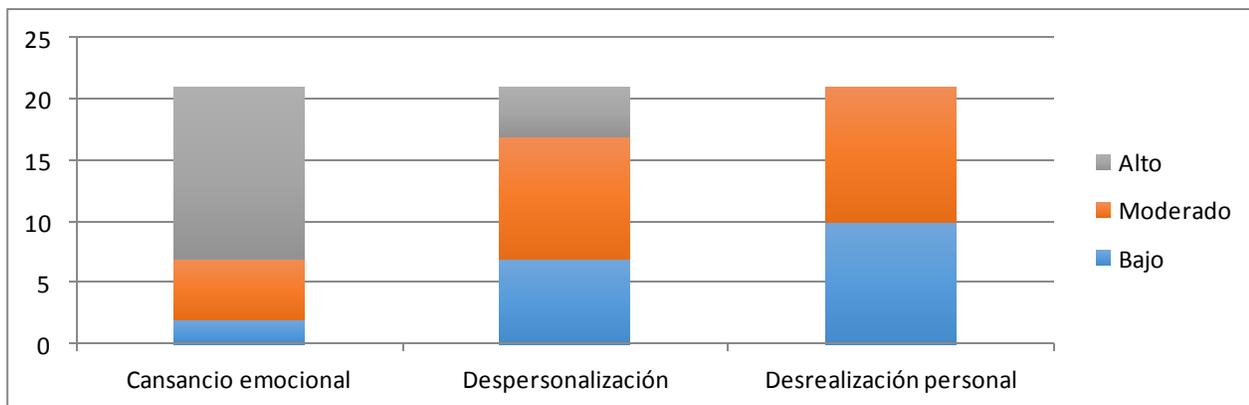
**Presencia de burnout n. 8**



La prevalencia de síndrome de burnout en el grupo de medicina estética es del 66.67%. La totalidad de los sujetos encuestados presentaron riesgo alto en el dominio de cansancio emocional, y ninguno de ellos presentó riesgo alto de desrealización personal.

**Figura 11. Medicina Interna n.21**

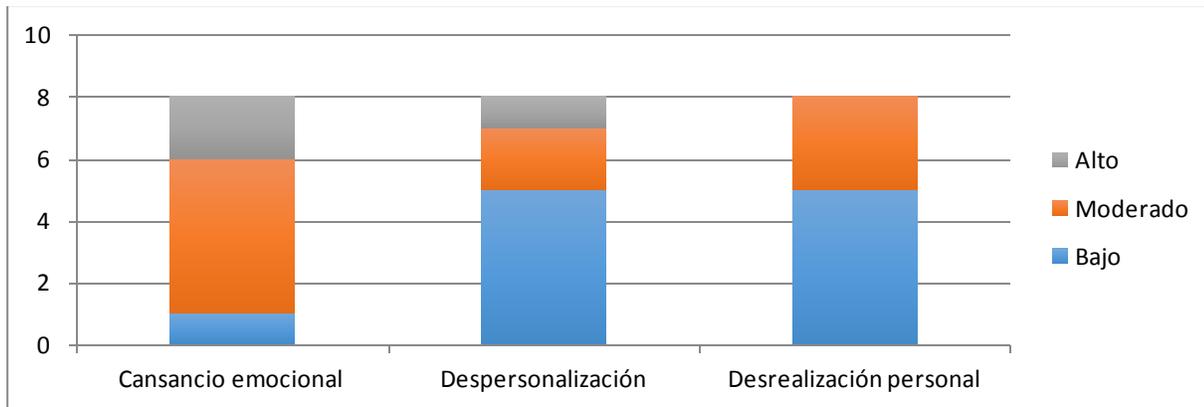
**Presencia de burnout n. 8**



La prevalencia de síndrome de burnout en el grupo de medicina interna es del 38.09%. El riesgo alto se ubica en el dominio de cansancio emocional y moderado en despersonalización y desrealización personal.

**Figura 12. Neurología n.8**

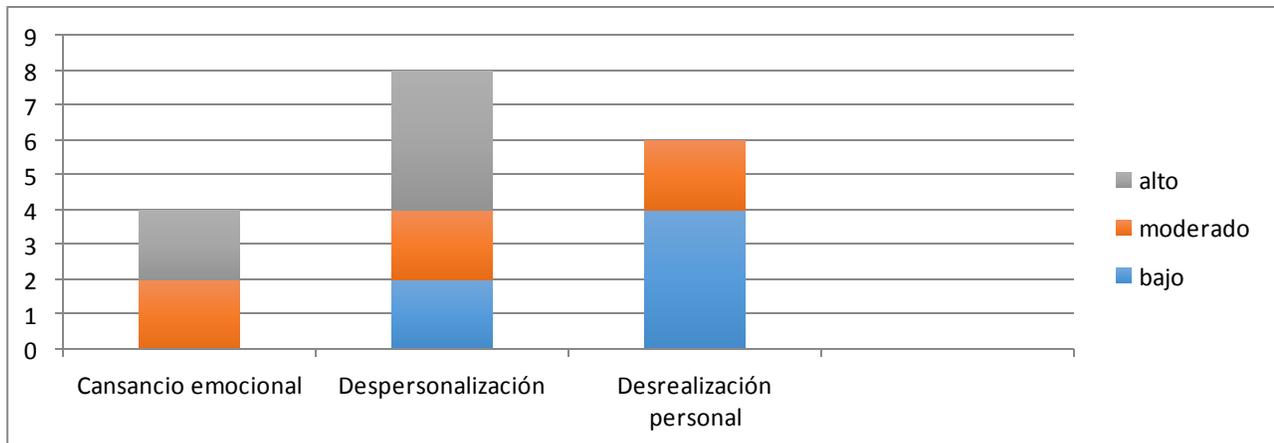
**Presencia de burnout n. 1**



La prevalencia de síndrome de burnout es del 12.5%. La mayoría de los sujetos se ubicaron en riesgo es moderado en el dominio de cansancio emocional, y bajo en despersonalización y desrealización personal.

**Figura 13. Oftalmología n.6**

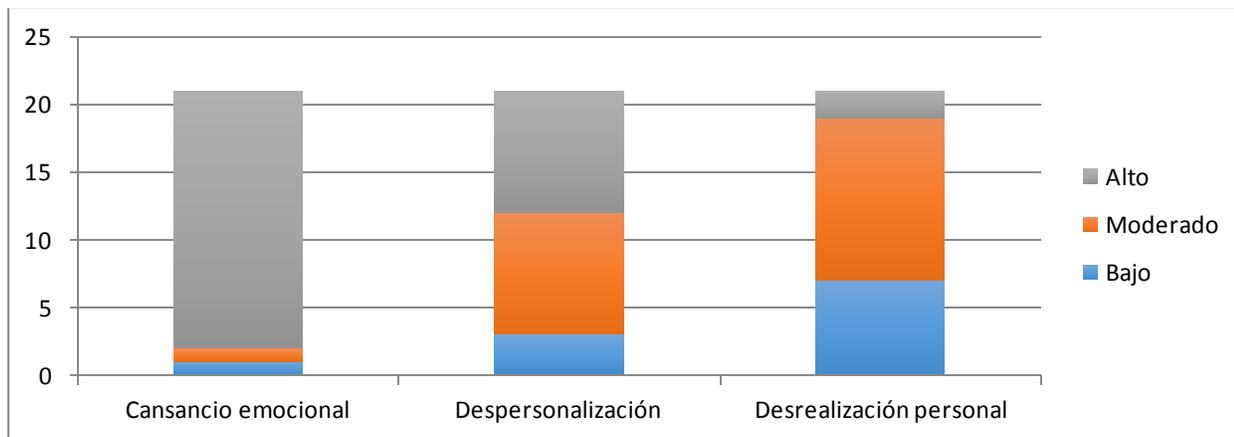
**Presencia de burnout n. 3**



El grupo de residentes de oftalmología presenta una prevalencia de síndrome de burnout del 50%, con un riesgo alto en el dominio de despersonalización y bajo en desrealización personal.

**Figura 14. Ortopedia n.21**

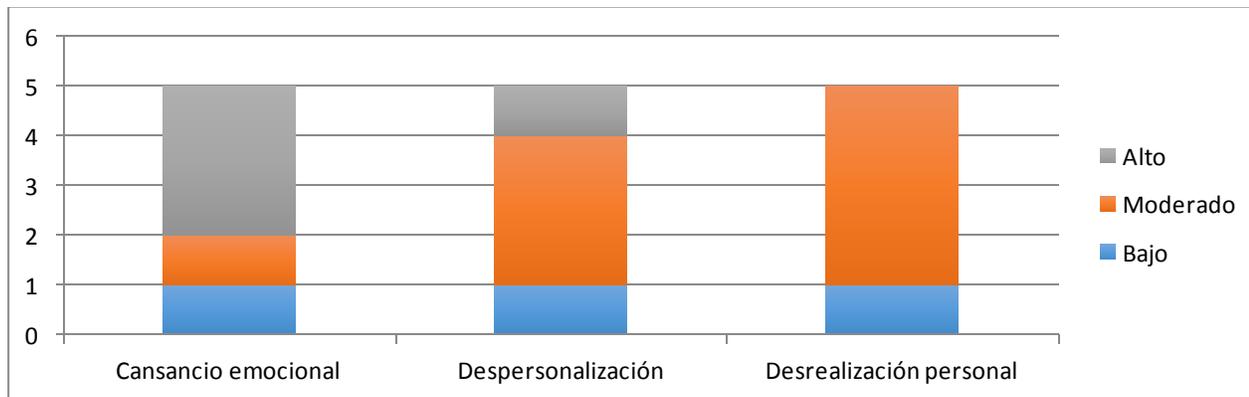
**Presencia de burnout n. 15**



En los residentes de ortopedia la prevalencia de síndrome de burnout es del 71.42%, con un riesgo marcadamente alto en el dominio de cansancio emocional, y moderado en las demás categorías.

**Figura 15. Otorrinolaringología n.5**

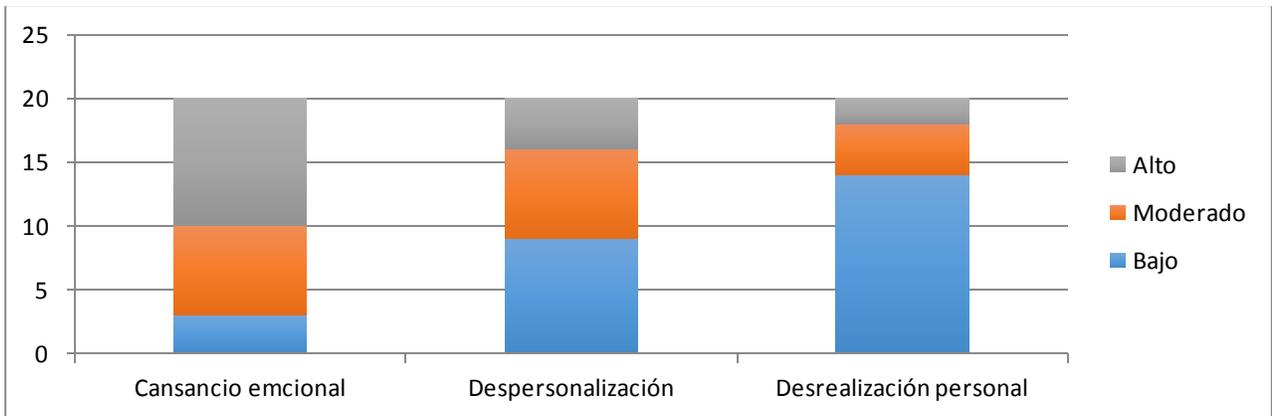
**Presencia de burnout n. 3**



La prevalencia de síndrome de burnout es del 60%, con predominio de riesgo alto en cansancio emocional y riesgo moderado en las demás categorías.

**Figura 16. Pediatría n.20**

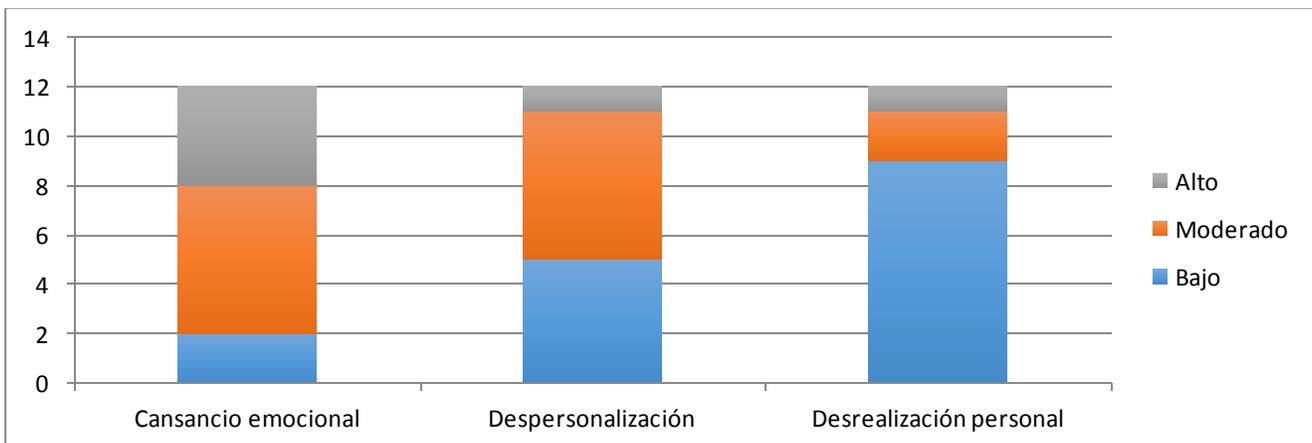
**Presencia de burnout n. 5**



En el grupo de pediatría la prevalencia del síndrome de burnout es del 25%. El riesgo alto se ubica en cansancio emocional, y bajo para los demás dominios.

**Figura 17. Psiquiatría n. 12**

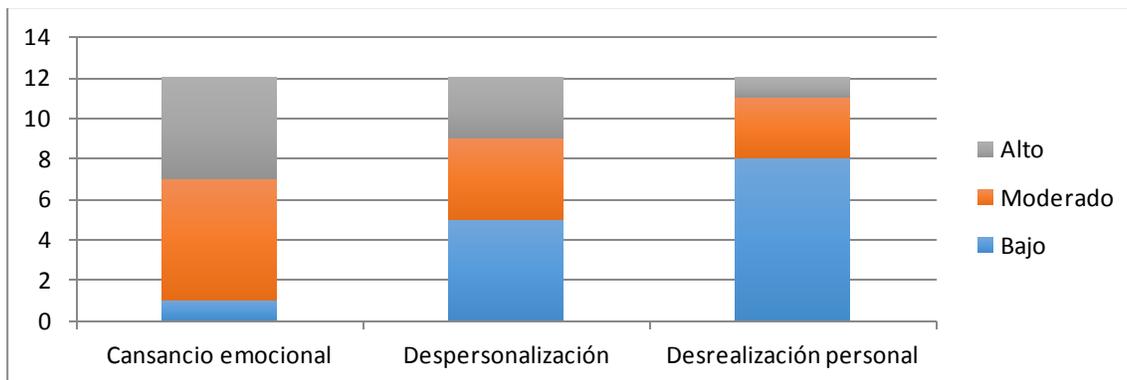
**Presencia de burnout n. 6**



La prevalencia de síndrome de burnout en residentes de psiquiatría es del 50%. El riesgo alto se ubica en cansancio emocional, y moderado en despersonalización.

**Figura 18. Radiología n. 12**

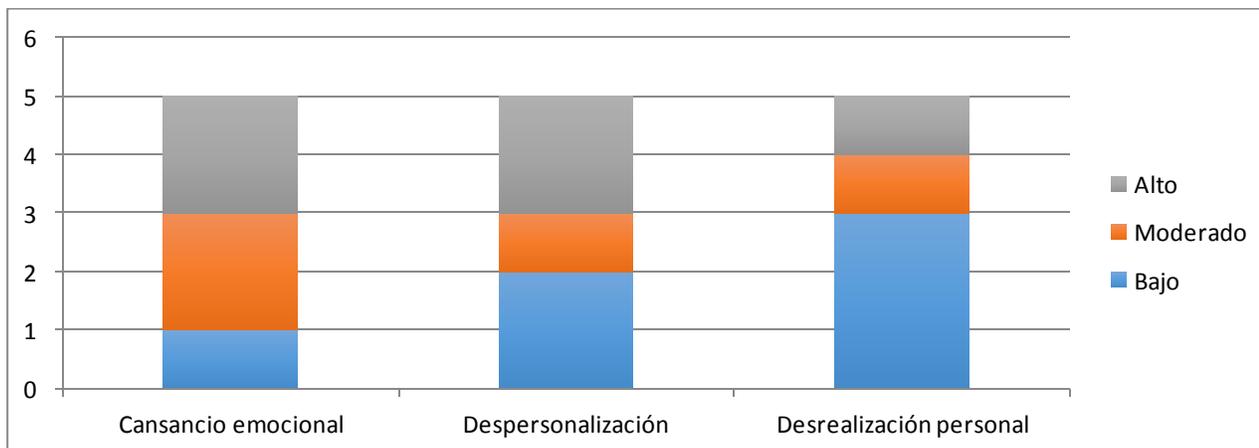
**Presencia de burnout n. 4**



La prevalencia de síndrome de burnout en el grupo de residentes de radiología es del 33.33%. Hubo una distribución simétrica del riesgo en el dominio cansancio emocional, y bajo en las demás categorías.

**Figura 19. Toxicología a n. 5**

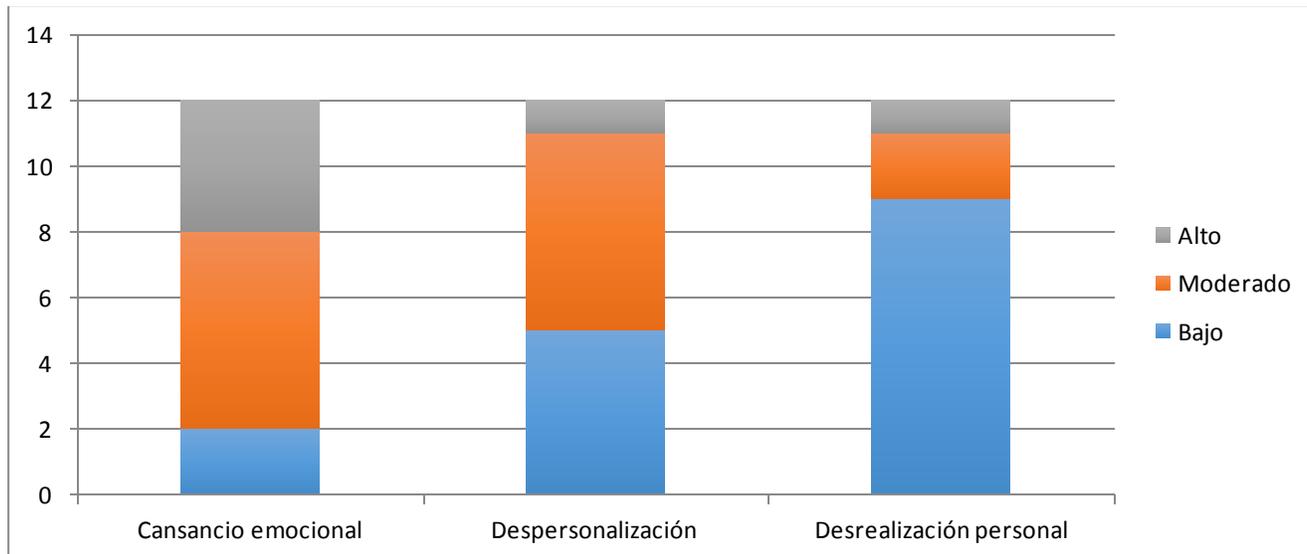
**Presencia de burnout n. 2**



Los residentes pertenecientes a la especialización de toxicología presentan una prevalencia del 40%, con una distribución del riesgo alto similar en los dominios cansancio emocional y despersonalización, y bajo en desrealización personal.

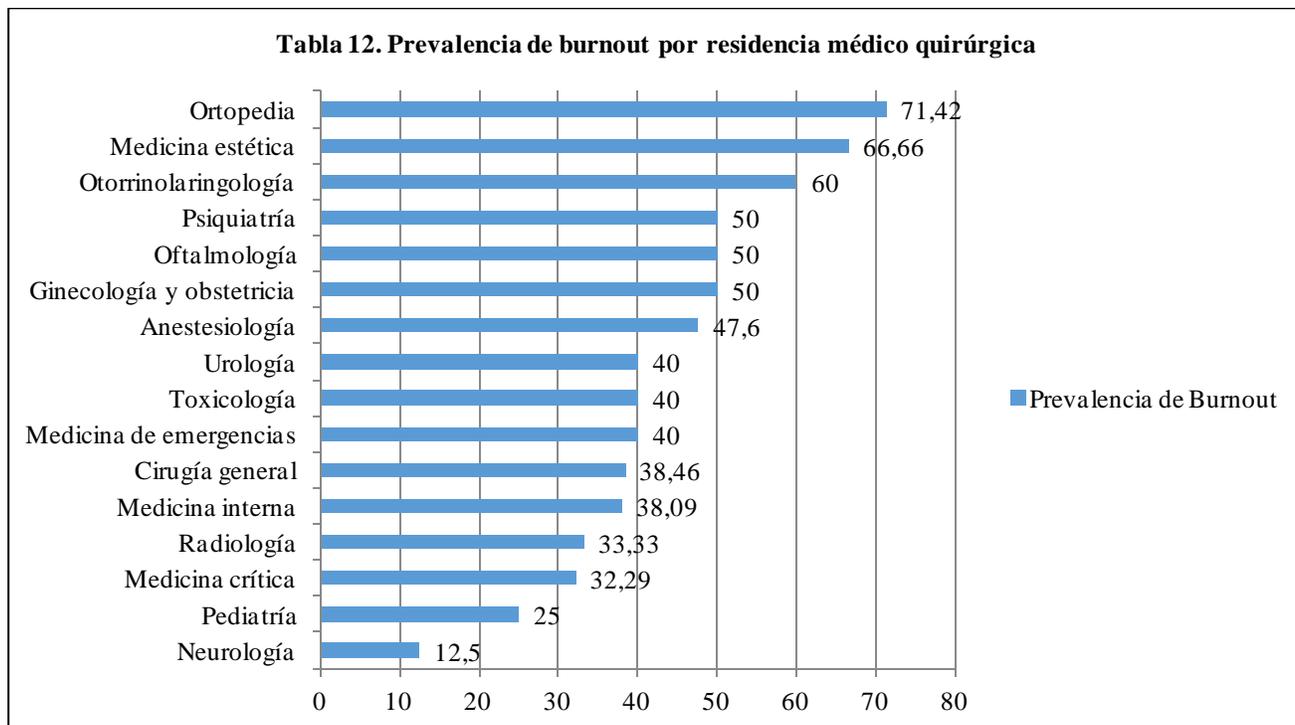
**Figura 20. Urología n. 5**

**Presencia de burnout n. 2**



La prevalencia de síndrome de burnout en el grupo de residentes de urología es del 40%, con riesgo moderado en los dominios cansancio emocional y despersonalización, y riesgo bajo en desrealización personal.

**Tabla 12. Prevalencia de burnout por residencia médico quirúrgica**



## *Discusión*

La prevalencia de síndrome de burnout ha sido ampliamente estudiada, sin embargo, en la literatura no se encontraron estudios en referencia a medición de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas de reciente publicación. Se encontró un estudio realizado en la Universidad del Rosario <sup>(46)</sup> en el año 2010, teniendo como sujetos de estudio a profesionales de la salud en tres instituciones diferentes, con un muestreo aleatorio reclutando un total de 184 sujetos, en el cual se utilizó una metodología similar, con el uso de la escala de Maslach como instrumento de medición, haciendo mediciones en profesionales de diferentes áreas y grados de formación, en medicina y enfermería.

Consideramos que el reclutamiento de los sujetos en cada especialización permite de forma adecuada la medición de variables al interior de cada programa, y un número total de participantes significativo, con 236 residentes, que representan el 70.8% del total de médicos incursos en los programas que oferta la universidad, además de características sociodemográficas en cada grupo encuestado que permite describir las características de presentación del síndrome de burnout en los residentes de la Universidad del Rosario.

La edad fue uno de los factores medidos en el estudio previo institucional, con una edad de 34.5 (DE 9.03), mayor al encontrado en el grupo de residentes, de 28.28 (DE 2.25), mostrando que el grupo que se encuentra laborando es de mayor edad, comparado con los residentes. Los factores determinantes de esta diferencia pueden estar dados por los años de ejercicio incluido la residencia, que reflejan un tiempo corto de ejercicio profesional antes de iniciar la formación como especialista.

Otros estudios como el realizado en el 2004 en Cali <sup>(47)</sup> en los cuales se aplicó la Escala de Maslach a médicos internos y residentes, además de variables sociodemográficas, en el análisis bivariado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad de los sujetos y aparición de síndrome de burnout. La diferencia con nuestro estudio puede estar dada por la inclusión de dos grupos poblacionales diversos (médicos internos y residentes) en el estudio del Dr. Guevara.

De igual forma, en el análisis bivariado se encontró mayor riesgo y presencia de síndrome de burnout en el grupo de residentes en edades extremas, medido en el grupo general de residentes, resultado que precisa de interpretación de forma individualizada, de acuerdo a las características propias de cada

programa como exigencia en turnos ó las horas de trabajo a la semana en cada programa y factores intrínsecos a cada programa.

La distribución por género en el estudio realizado mostró una distribución homogénea entre ambos sexos, de lo cual puede inferirse que los datos permiten analizar de forma adecuada la asociación de cada variable con respecto al género. En el análisis bivariado se encontró un riesgo mayor para los hombres de aparición del síndrome de burnout; y el análisis multivariado encontró que las mujeres tienen 3.15 veces más riesgo de desarrollar cansancio emocional, sin que este valor repercuta en la prevalencia del síndrome de burnout. De igual manera en el estudio publicado en el 2012 <sup>(37)</sup> no encontró una mayor prevalencia de síndrome de burnout en referencia al sexo respecto a los individuos control; así como en el estudio realizado en el Hospital del Valle <sup>(47)</sup> que tampoco encontró diferencia estadísticamente significativa en los análisis uni ó bivariados en presencia de síndrome de burnout y ser de uno u otro sexo. Es importante tener en cuenta en el caso de las mujeres que, a pesar de tener un riesgo aumentado de presentar el síndrome, puede inferirse que existen características inherentes al género que permiten un mejor manejo de situaciones interpersonales y laborales, resultando en una prevalencia más baja de burnout.

El estado civil más frecuente es soltero con un 44.9%, al igual que en el estudio comparativo <sup>(47)</sup> en el cual la frecuencia fue del 39.1%; evidenciando que tanto quienes están cursando la residencia como quienes laboran en un hospital con mayor frecuencia se encuentran solteros, lo cual incrementa el riesgo de presentar síndrome de burnout, de acuerdo con los resultados del estudio. En el análisis multivariado se encontró un riesgo 2.67 veces mayor de tener cansancio emocional, resultado en relación con la prevalencia más elevada del síndrome. En el estudio realizado en internos y residentes de la Universidad del Valle <sup>(47)</sup> el estado civil soltero no representó un riesgo aumentado para la aparición de síndrome de burnout. Los factores determinantes de la aparición de síndrome de burnout en cuanto al estado civil, aunque no son claros, permiten inferir de acuerdo con el análisis de datos realizado, agrupando por grupos de residentes entre quienes tienen algún tipo de relación y quienes no, que los residentes que cursan sus estudios de especialización solos presentan un riesgo aumentado de presentación de síndrome de burnout.

El tiempo de ejercicio como en ambos estudios tuvo como mayor frecuencia estar dentro de los 10 primeros años, concordando con la similitud previamente analizada en cuanto a la edad de los participantes. Los residentes ingresan a los programas de especialización médico quirúrgica a una edad

más temprana que quienes se encuentran ya en ejercicio de su profesión en instituciones de salud, independientemente del cargo dentro del proceso asistencial <sup>(47)</sup>. No hubo un riesgo aumentado de presentación de síndrome de burnout en ninguno de los grupos estratificados, lo cual muestra que el tiempo de ejercicio no es una variable que condicione la aparición de síndrome de burnout en el presente estudio ni los otros referenciados.

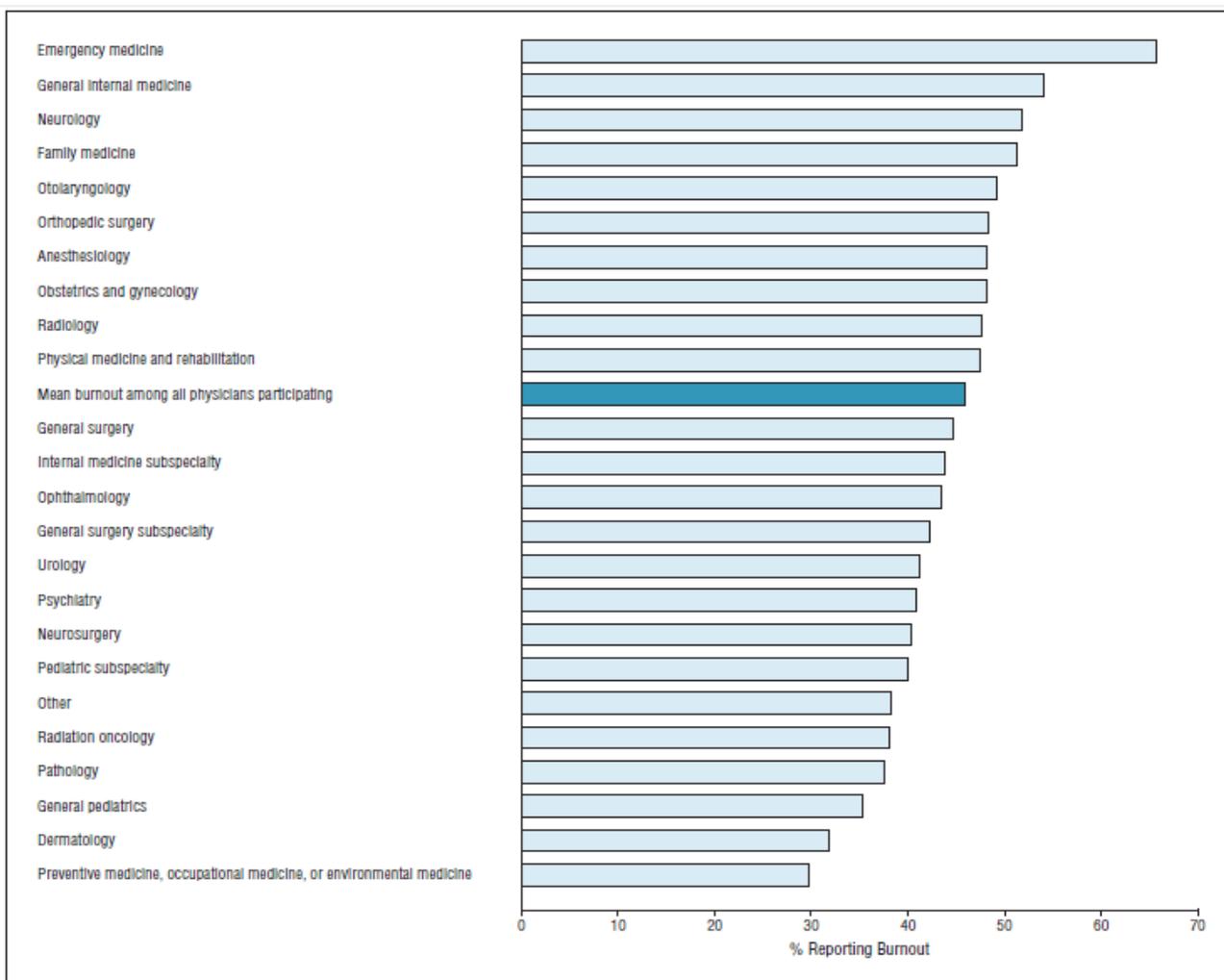
La distribución por año de residencia mostró valores muy similares dentro de los tres primeros años, con una disminución porcentual baja cada año, explicable por las personas que abandonan la residencia o que aplazan semestres dentro de su formación, por lo que la distribución permite realizar análisis de las demás variables estudiadas con respecto a esta. No hubo diferencia en cuanto al año de residencia y aparición de síndrome de burnout, lo cual guarda cierta relación con los resultados en cuanto al tiempo de ejercicio.

Las horas a la semana laboradas en la residencia resultaron en más del 75% superior a las 60 horas/semana, reflejando la carga asistencial requerida dentro de la formación como especialista, valor dentro del estudio que muestra una relación proporcional directa con la aparición de síndrome de burnout. En el estudio realizado en el hospital del Valle <sup>(47)</sup> se encontraron resultados similares, en los cuales el número de turnos a la semana se asoció con la aparición de síndrome de burnout. Es importante en este punto aclarar que la forma en la cual se midió el tiempo dedicado a la semana en horas de trabajo fue diferente, aunque las variables en cada estudio pueden guardar cierta proporción.

La prevalencia de síndrome de burnout en el presente estudio fue del 43.6%. En el estudio realizado en el 2012 se encontró una prevalencia del 46% de los especialistas, ligeramente mayor en ambos comparado con un estudio colombiano previamente realizado en el año 2010 en el cual el resultado fue cercano al 40%, acorde con las conclusiones puntualizadas por el autor, en las cuales hay un aumento en la prevalencia, sin que se encuentre claramente una asociación clara con algún factor susceptible de modificación <sup>(37)</sup>.

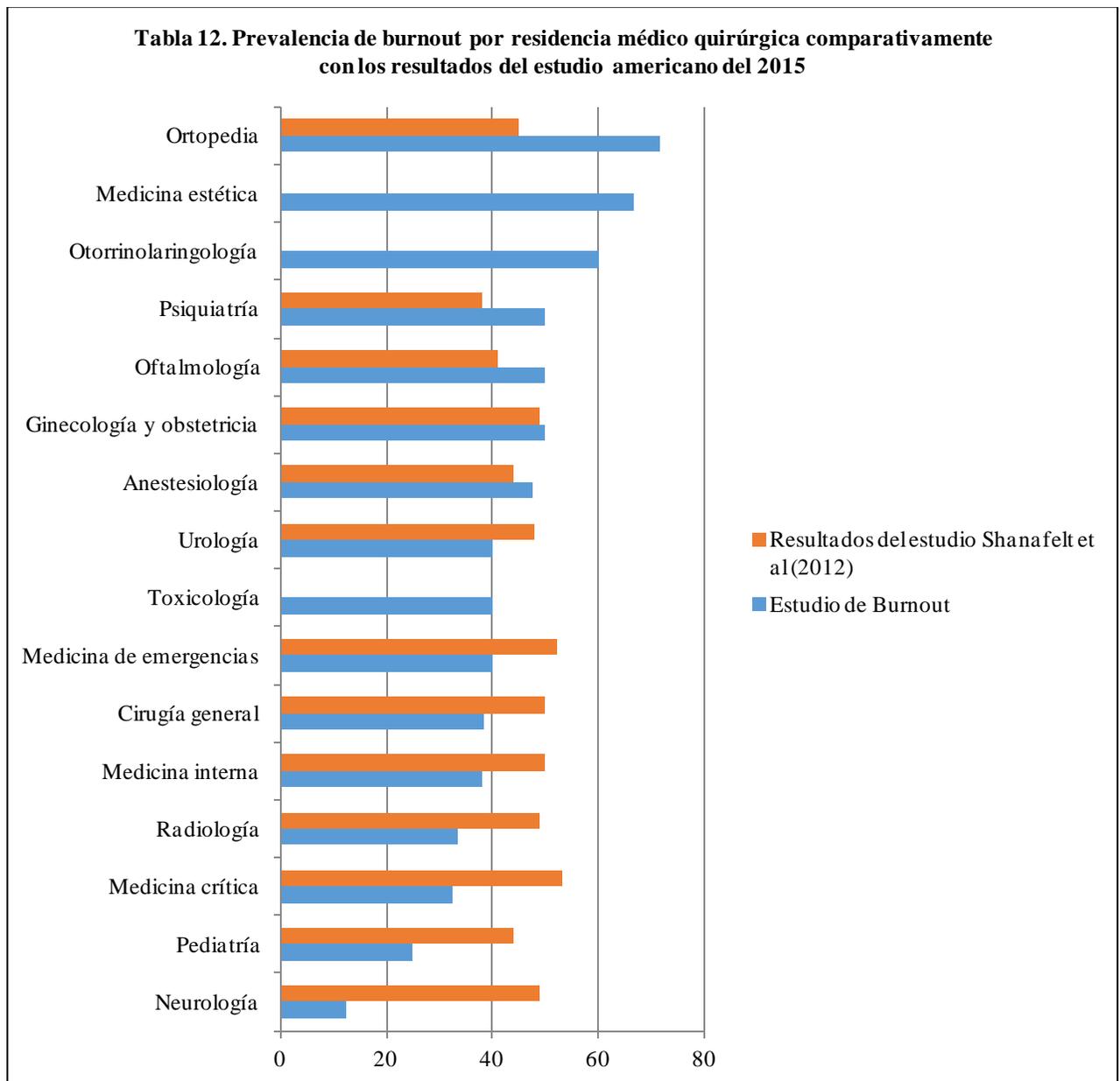
Nuestra hipótesis es que, a diferencia de los médicos con ejercicio como especialistas, o médicos internos, durante la residencia existen factores que en el estudio no se pueden determinar, que están presentes y condicionan la mayor aparición de síndrome de burnout en este grupo poblacional estudiado.

Al comparar cada una de las especialidades encontramos resultados interesantes respecto a la prevalencia del síndrome de burnout, donde las especialidades con mayor frecuencia de presentación del síndrome de burnout son disímiles a las nuestras. A continuación, se comparan los datos obtenidos en el estudio con los resultados del estudio publicado en el 2012. (Figura 4) donde aparecen encabezando la lista las especialidades relacionadas con la atención de pacientes en el área de urgencias y cuidado crítico, seguido por los especialistas en medicina familiar y medicina interna, los cuales son las especialidades puerta de entrada a los servicios de salud, todas pertenecientes al área clínica.



1. Figura 4. Tomado de Shanafelt, T., Boone S. et al. burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Arch Intern Med. Vol. 172; 18: 2012, 1377-1385.

Al graficar los resultados (Tabla 12) se obtuvo una tendencia entre ellos en relación inversa, donde el grupo de especialidades estudiado en el 2012 que aparece con mayor prevalencia de síndrome de burnout, corresponde proporcionalmente al conjunto de especialidades con valores más bajos del mismo.



Al igual que en los estudios previos, resulta difícil poder extrapolar un modelo claro que permita establecer los factores a intervenir en cada una de las especialidades, lo cual es concordante con la literatura, donde la complejidad y necesidad de manejo a diferentes niveles del síndrome de burnout conlleva a que las intervenciones tengan que ser paneadas, tanto en el abordaje individual como grupal.

Al graficar los valores correspondientes a cada especialidad se encuentran datos interesantes respecto a factores inherentes a cada especialidad. Es así como la categoría de cansancio emocional para la mayoría de especializaciones representa con mayor frecuencia la aparición de riesgo alto, tal como se reporta en estudios previos como el realizado en la Universidad del Rosario en el año 2010 <sup>(46)</sup>. En el grupo de medicina estética evaluado se encontró en la totalidad de residentes encuestados presencia de cansancio emocional, como factor de riesgo o determinante en algunos casos para la aparición del síndrome de burnout, y oftalmología con un riesgo alto de despersonalización. El comportamiento en cada categoría evaluada en la escala de Maslach no presentó comportamientos llamativos o por fuera de la tendencia del resto de las especialidades.

El análisis multivariado se tomó el cansancio emocional como categoría frente a la cual se analizan las demás variables, ya que corresponde a la que presenta una relación más directa entre el riesgo alto y la aparición del síndrome de burnout. Se encontraron en el estudio factores de riesgo y protectores para la aparición del cansancio emocional. Como factores de riesgo se encontraron el estado civil soltero, resultado de difícil interpretación, ya que no se encontró evidencia en la literatura con el planteamiento de un modelo concluyente, por lo que bien podría estar asociado con mayor posibilidad de realización de actividades recreativas, de ocio o deporte o la posibilidad de apoyo emocional, siendo estas hipótesis como modelo de entendimiento de los resultados obtenidos. Los demás factores de riesgo como el género o la intensidad horaria ya han sido discutidos.

Como factores protectores se encontró el tiempo de ejercicio como médico, cuando es menor a 10 años, además del pertenecer a una especialidad clínica. Las especialidades quirúrgicas tienen de forma inherente una mayor intensidad horaria, por los tiempos quirúrgicos en ocasiones prolongados o la necesidad de realizar turnos nocturnos con mayor frecuencia, entre otros, además de los patrones de enseñanza y el clima laboral propio de la convivencia en estas especialidades, lo cual se limita a plantear un modelo que explique tal diferencia.

De forma llamativa se encontró que, dentro de los cinco programas con menor prevalencia de síndrome de burnout, cuatro de ellos son pertenecientes a la Fundación Cardioinfantil como centro base de práctica, lo cual sugiere que existen factores extrínsecos al programa, tales como factores de bienestar universitario o políticas institucionales respecto a los residentes. También se mostró la misma tendencia, aunque de forma menos acentuada, en programas como medicina crítica y de emergencias, los cuales presentaron prevalencias menores en comparación con el estudio publicado en 2012 <sup>(37)</sup> infiriendo que quizás factores relacionados con los sitios de práctica pueden modificar la prevalencia del síndrome de burnout, haciendo la salvedad que esto es inferido tomando el estudio con respecto a valores correspondientes a médicos especialistas, pero que en el presente estudio muestran que los sitios de rotación podrían ser un diferenciador por lo menos en los de menor prevalencia, ya que en los de mayor aparición, los sitios de práctica son variados y no marcan una tendencia clara.

Otros estudios como el realizado por la Dra. Aguirre en el 2015 <sup>(15)</sup> utiliza como instrumento de medición el cuestionario de evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo aplicándolo a médicos generales, a pesar de que el instrumento de mayor difusión y conocimiento es el *Maslach Burnout Inventory*, sin embargo, la razón principal por la cual decidieron utilizar este instrumento es que en algunas fuentes bibliográficas <sup>(48)</sup> sin embargo, no hay referencia encontrada en cuanto a estudios comparativos con estos dos instrumentos en Colombia para esta población. Este estudio resulta interesante ya que evalúa aspectos como el número de hijos, el área de trabajo, número de empleos o el salario; Los resultados muestran presencia del síndrome en el 6.6% del total de la muestra (IC 95% 1-11%), aunque los resultados son elevados al tomar dicha evaluación por dominios. Este estudio permite en cierta medida evaluar como el ingreso a la residencia puede ser un factor que aumente la prevalencia de síndrome de burnout si comparamos los datos obtenidos con los de nuestro estudio, sin embargo, esto debe ser interpretado teniendo en cuenta que son dos instrumentos diferentes, además de otras variables sociodemográficas en las cuales difieren los estudios.

En un estudio realizado en trabajadores de la salud en un hospital de Mocoa-Colombia <sup>(36)</sup>, utilizando como instrumento la *Maslach Burnout Inventory* se encontraron valores menores a los del presente estudio, sin embargo, dentro de las variables medidas se encontraron resultados similares, siendo que en el dominio de cansancio emocional se presentaba con mayor frecuencia en el género femenino, personas solteras, y en quienes realizaban más turnos, lo cual concuerda con los resultados de nuestro estudio. En el estudio en mención <sup>(36)</sup> se obtienen resultados de profesionales en diferentes áreas y

grados de formación, sin embargo, existen resultados similares, que sugieren que estar soltero puede corresponder a un factor de riesgo para presentación de síndrome de burnout, al igual que el número de turnos, variable equiparable en cierto modo con la cantidad de horas a la semana dedicadas a la residencia medidas en nuestro estudio. Otros factores de riesgo no fueron medidos por la naturaleza de la población, en la cual hay dedicación exclusiva, por lo que las variables laborales no son equiparables.

Las Dras. Tejada y Gómez realizaron un estudio publicado en el 2012 <sup>(49)</sup> que corresponde al primero en Colombia en utilizar el CESQT (*cuestionario para la evaluación del síndrome e quemarse por el trabajo*), realizado en médicos psiquiatras, encontrando un 9.9% de prevalencia de niveles altos de síndrome de burnout. En este estudio se encontró que factores como la edad de los participantes o la dedicación exclusiva al área clínica aumentaron el riesgo de presentar el síndrome, mientras que en nuestro estudio, encontramos que la edad no corresponde a un factor de riesgo, y que de forma comparativa, el ejercicio en especialidades quirúrgicas es factor de riesgo respecto a las clínicas, mientras que en el estudio referenciado lo que se evaluó fue el ejercicio solo en el área clínica comparado con quienes hacían docencia o investigación, por ejemplo. Respecto a los residentes de psiquiatría, se encontró una prevalencia mayor, ubicada en el 50%, que con datos similares al artículo de Tejada y Gómez, obtuvo puntuaciones mayores en el cansancio emocional, probablemente por requerir constantemente en la relación con el paciente elementos empáticos, lo cual implica que resulte de naturaleza emocionalmente más demandante respecto a otros programas. Los valores difieren en relación con el instrumento de medición, el momento de ejercicio dentro de la vida profesional de los participantes, además de la tendencia previamente resaltada del aumento en la prevalencia de síndrome de burnout en profesionales del área de la salud.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra la delimitación del mismo a la aplicación del instrumento *Maslach Burnout Inventory*, sin que se hayan explorado de forma simultánea síntomas afectivos o aplicación de instrumentos que permitieran evaluar la prevalencia de trastornos del estado del ánimo y de esta manera poder compararlos con la aparición de síndrome de burnout.

De igual manera el presente estudio toma como población solo los médicos residentes de la Universidad del Rosario, por lo que la extrapolación de los resultados a otros grupos debe hacerse con prudencia, teniendo en cuenta las diferencias existentes en cuanto a las características propias de la población estudiada.

Sugerimos que el presente estudio sirva como punto de partida para futuras investigaciones en cuanto a los elementos intervinientes en la aparición de síndrome de burnout en médicos residentes. Resultados como la diferencia entre las especialidades clínicas respecto a las quirúrgicas son susceptibles de estudios cuya metodología permita explorar factores que pudieran intervenir, y que a mediano plazo permitan que los programas quirúrgicos pudieran ser adaptados en cierta manera para disminuir la aparición de desgaste profesional. De igual manera estos resultados, aunque no permiten establecer de forma clara los factores determinantes de la aparición del síndrome de burnout, sensibilizan en cuanto a la necesidad de formular estrategias claras, ajustadas a cada programa con el fin de disminuir los factores que pudieran determinar la aparición del desgaste profesional.

Dentro de los modelos de intervenciones aplicables y costo efectivos, planteamos la posibilidad de implementar los grupos Balint como alternativa, en la medida que corresponde a un proceso grupal, donde las dificultades con los pacientes y aspectos relacionados con problemas en el ejercicio como médico son expuestos en un ambiente previamente encaminado para que las intervenciones sean conducentes a la colaboración, permitiendo procesos como catarsis o la elaboración colectiva de las dificultades expuestas dentro de las sesiones.

## *Conclusiones*

La prevalencia del síndrome de burnout en los residentes de las especialidades médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario presenta diferencias en cuanto a la distribución en los diferentes programas comparado con estudios realizados con poblaciones similares como especialistas en ejercicio o con grupos de profesionales de las instituciones de salud.

El síndrome de burnout se presentó en el 43.6% del total de residentes encuestados, riesgo en el 24.6% y un 31.8% sin riesgo de desarrollar desgaste profesional.

Existe una asociación clara entre el síndrome de burnout y factores de riesgo como el sexo masculino, estado civil soltero, especialidad quirúrgica y las horas de trabajo a la semana en la residencia, esta última, presentando la asociación más fuerte dentro del análisis estadístico.

El cansancio emocional se asocia como categoría, de forma directa con la aparición de síndrome de burnout.

El tiempo ejerciendo como médico, la edad y el año de residencia no muestran una asociación con mayor riesgo de presentar síndrome de burnout.

Es necesario establecer para cada programa estrategias individuales y grupales con el fin de disminuir el riesgo de aparición de síndrome de burnout.

No es claro el modelo mediante el cual se pueda explicar los factores protectores y de riesgo encontrados en el presente estudio.

## Referencias Bibliográficas

1. Liselotte, N. et al. burnout among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine*, Vol. 89, N° 3/March 2014
2. YALE University. THE JOB DIAGNOSTIC SURVEY: An Instrument for the Diagnosis of Jobs and the Evaluation of Job Redesign Projects. Pags 1-17. National Technical Information Service U.S. Department of Commerce. 1974
3. Baumgardt J et al. Aspects of sustainability: cooperation, jobs satisfaction, and burnout among Swiss psychiatrists. *Frontiers in Public Health*, Vol. 3, N°25. Feb. 2015
4. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 51 Asamblea Mundial de la Salud. Octubre de 2006. WHO.
5. Gil-Monte P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, vol 15, N°2, pág 261-268. 1999
6. Maslach, C et al. Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001. 52:397–422
7. Stortti, M et al. Etiología y prevención del Síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006*
8. Swider, B et al. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 76 (2010) 487–506
9. Tait, S. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* n December 2015;90(12):1600-1613
10. Quiceno, J et al. burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de psicología.* 10 (2): 117-125, 2007.
11. Borda, Mariela et al, Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Revista Salud Uninorte.* Vol. 23, No. 1. 2007
12. Guevara, César et al. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Revista Colombia Médica*, Vol. 35, Num. 4, 2004, pp. 173-178

13. López, Franco et al. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico, Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España, 2002. Anales de Pediatría, Volumen 62 - Número 03 p. 248 – 251
14. Ley 1616 del Congreso de la República de Colombia; “Por Medio del Cual se Expide la ley de Salud Mental y se Dictan Otras Disposiciones”. 21 de Enero de 2013.
15. Aguirre A, Quijano A. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. Rev Col Psiquiatría. 2015;44:198-205
16. Salgado A, Sánchez P, et al. burnout Syndrome in the Faculty of Dentistry, Universidad Autónoma del Estado de México: a Comparative Study. Int. J. Odontostomat. Vol. 6(2):129-138, 2012.
17. Cruz K. Diagnóstico del Síndrome de burnout en los Trabajadores de la Empresa EDEC S.A. del Municipio de Chiquinquirá, Boyacá. UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA-UNAD. 2015
18. Mingote, A et al. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: Revisión y propuestas preventivas. 2004, *Medicina Clínica*, 123, 07, 265-270.
19. Grau A, Suner R, Garcia MM. burnout Syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. Gac Sanit. 2005; 6: 463-470.
20. Taris TW, Stoffelsen J, Bakker AB, et al. Job control and burnout across occupations. Psychol Rep. 2005; 3:955-961.
21. Díaz, F., López, A. & Varela, M. T. (2012). Factores asociados al síndrome de burnout en docentes de colegios de la ciudad de Cali, Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 217-227.
22. Jacob, A. La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. CONICET. Revista Argentina 2004; 3: 69-76.
23. Román, J. (2003). "Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile). Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. Rev Cubana Salud Pública 2003; 29(2). Cuba.

24. Pando, M et al. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory- General Survey en ocho países latinoamericanos. *Revista Ciencia & Trabajo*. Año 17, número 52. Enero – abril 2015 p28-31
25. Cordes, C. A review and an integration or research on job burnout. *Academy o/ Management Review* 1993. Vol. 18, No. A. 621-656.
26. Ramírez, G et al. Alcances del síndrome de burnout en estudiantes de medicina. *Revista Anacem*, vol 6 No. 2 (2012) p110-112
27. Gil-Monte, El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33*.
28. Zaldúa, G et al. La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2000, 19 (4)
29. Leiter, M. The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 1991, 32:4
30. Quiceno J, Vinaccia S. burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Col Psicología* 10 (2): 117-125, 2007.
31. Aranda, C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud pública*. Año 15 / N° 29 / Diciembre 2006.
32. Muñoz, Alba I., Velásquez, Mery S., Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016.
33. Hurd, C. et al. Medical Student Stress and burnout. Original Release Date: February 2000 • Review Dates: 5/04, 2/07, 1/10, 2/13
34. García-Castro LS, Espino-Cumpa LC. Prevalencia del síndrome de burnout en estudiantes de pregrado de la facultad de estomatología de la UCSUR, Lima 2013. *Revista Científica Odontológica*. 2014;2:92-101
35. Ayala MP, Giora K. Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences* 39 (2005) 625–635
36. Rivera D, Ortega J, et al. Estrés Laboral (Síndrome de burnout) en un Hospital no Acreditado en el Municipio de Mocoa año 2012. Universidad EAN. Tesis de Grado, 2013

37. Shanafelt, T., Boone S. et al. burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Arch Intern Med. Vol 172; 18: 2012, 1377-1385.
38. Relman A. The new medic complex and industrial. The New England Journal of Medicine 1999, 71:963
39. Morley, Christopher P. et al. Decline of medical student idealism in the first and second year of medical school: a survey of pre-clinical medical students at one institution. **Medical Education Online**, [S.l.], v. 18, aug. 2013. ISSN 1087-2981.
40. Leiter MP, Schaufeli WB. Consistency of the burnout construct across occupations. Anxiety Stress Coping 1996; 9: 229-243.
41. Fifth HW, McKeown P, Mcintee J y Britton P. 1986: —burnout and professional depression: related concepts? en Journal of advanced nursyng, N° 11 pp 633-641.
42. Restrepo N, Colorado G, Cabrera G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia. 2005. Revista de Salud Pública, 8, 63-73.
43. Maslach, C. et al. The Maslach Burnout Inventory Manual. Third edition, 1997.
44. Bronfenbrenner, U. Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. Developmental Psychology 1986, Vol. 22, No. 6,723-742
45. Guevara, M. Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el área de salud No. 4 – Hospital San Luis de Otavalo, provincia de Imbabura. Tesis de Titulación Universidad técnica particular de Loja. Ecuador, 2012.
46. Rodríguez, M. et al. Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Trabajo final de especialización en Epidemiología. Universidad del Rosario / Universidad CES. Bogotá, marzo de 2011.
47. Guevara C., Henao D, et al. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali 2002.Colomb Med 2004; 35:173-178
48. Gil-Monte PR, García-Juesas JA, et al. Validez factorial del “Cuestionario para laEvaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”(CESQT). INTERPSIQUIS. 2006;10(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/24872/>
49. Tejada P., Gómez V. Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al *burnout* de psiquiatras en Colombia. Univ. Psychol. 2012 Vol. 11; 3: 863-873

## Anexo 1.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Desgaste profesional (Burnout) en residentes de especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario en el año 2016

El objetivo de este estudio es determinar la presencia de desgaste profesional en residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario en el año 2016 y describir los aspectos relacionados con su aparición. Para participar, hay algunos aspectos a saber.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Puede que en principio decida ingresar al estudio y durante el transcurso del mismo cambie de opinión. En dado caso, puede suspender la encuesta sin ningún inconveniente.

No hacer parte del estudio no traerá ninguna penalidad posterior en ningún aspecto. Ante cualquier inquietud, no dude en comentársela a cualquiera de los investigadores.

Usted recibirá una copia del presente consentimiento informado al tiempo que le es entregado el instrumento de diligenciamiento.

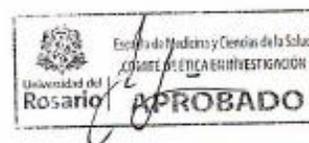
La duración estimada que te tomará llenar esta encuesta será de unos cinco minutos y consiste en resolver una serie de preguntas sobre varios datos personales y resolver el Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI).

Entre los eventuales riesgos relacionados con la participación en este estudio se incluyen tornarse molesto o ansioso respecto a las preguntas aquí formuladas, aspecto que puede hacerle ver a cualquiera de los investigadores o, simplemente, finalizar el diligenciamiento de este formulario.

Para minimizar el riesgo de romper la confidencialidad, todos los datos que serán recolectados en este estudio serán enteramente anónimos y en general no habrá manera en que los investigadores puedan relacionar las respuestas con alguna persona en particular. Tras ser recolectados, los datos serán tabulados y luego analizados por medio de varios programas estadísticos; nunca serán compartidos por ningún medio, serán almacenados en un único computador con doble clave de acceso y serán tratados únicamente por el equipo investigador.

El mayor beneficio que obtendrás de participar en este estudio será contribuir en el conocimiento de la aparición de desgaste profesional en profesionales de salud y, en particular, en residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario, aspecto que redundará en el desarrollo de estrategias que permitan minimizar su aparición.

Se tiene planteado, ya que el estudio tiene cegamiento a los investigadores, que una vez analizados los datos, se realizará una socialización de los resultados obtenidos de forma general a cada grupo de residentes por especialidades, en un espacio en el cual se pueda realizar una exposición de las estrategias para el manejo del síndrome de Burnout, además de la invitación para recibir ayuda profesional de ser necesario. Además, consideramos que estos resultados generarán un efecto de sensibilización y de búsqueda de estrategias desde el cuerpo docente para manejar situaciones que bien pudieran ser generadoras de ambientes que predispusieran a la aparición de síndrome de Burnout.



En caso de cualquier pregunta, puede contactar a los investigadores principales:  
- Clara Inés Barrios Anaya: E-mail: claireaba@gmail.com. Móvil: 300 765 9744. Bogotá - Pedro Luis Rojas Granja: E-mail: pedrodoctor10@gmail.com. Móvil: 314 439 9696. Bogotá

Al responder esta encuesta, aceptas los términos de este consentimiento y confirmas que todas tus dudas han sido resueltas.

Firma _____	Fecha _____
Testigo 1. _____	Relación _____
Testigo 2. _____	Relación _____

El Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud  
avala la ejecución del presente proyecto de investigación.  
Puede comunicarse con nosotros en caso de tener alguna inquietud  
o si desea hacernos algún comentario:  
**Dr. Ricardo Alvarado**, Presidente CEI: jose.alvarado@urosario.edu.co  
**Dr. Juan Guillermo Pérez**, Secretario Técnico CEI: juangu.perez@urosario.edu.co  
**Johanna Mayerly González**, Auxiliar Administrativa CEI: comite.etica@urosario.edu.co



Universidad del  
**Rosario**

Calle 12C No. 6-25. Bogotá D.C. Colombia  
Teléfono: (+57) (1) 2970200. Extensión:



Anexo 2.

**SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN RESIDENTES DE  
ESPECIALIZACIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS EN LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
EN EL AÑO 2016**

A. Datos socio-demográficos

**1. Edad**

---

**2. Género**

- Masculino             Femenino

**3. Estado civil \***

- Soltero/a             Casado/a             Divorciado/a             Viudo/a  
 Tengo pareja, no convivimos juntos             Tengo pareja, convivimos juntos

**4. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo como médico, incluida la residencia?**

- Menos de cinco años             Entre cinco y diez años  
 Entre diez y quince años             Más de quince años

B. Datos respecto a la residencia

**5. ¿A qué especialidad médico – quirúrgica pertenece?**

---

**6. ¿Qué año de residencia está cursando?**

- Primer año             Segundo año             Tercer año

- o Cuarto año
- o Quinto año

**7. ¿Cuántas horas trabaja a la semana en la residencia?**

- o 40 horas o menos
- o Entre 40 y 60 horas
- o Entre 60 y 80 horas
- o Más de 80 horas a la semana

**C. Respecto al síndrome de burnout**

<b>MASLACH BURNOUT INVENTORY</b>						
Frecuencia						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Marcar con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 3.

**Bogotá DC. 15 de noviembre de 2016**

REF: Invitación a participar en el proyecto de Investigación “Síndrome de desgaste profesional (burnout) en residentes de especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario en el año 2016”

Estimado(a) residente:

Por medio del presente documento queremos expresarle nuestro interés en que participe en el proyecto de investigación que lleva por título “**Síndrome de desgaste profesional (burnout) en residentes de especializaciones médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario en el año 2016**” el cual se está adelantando dentro de los requisitos necesarios para obtener el título de médico psiquiatra por parte de los Doctores Clara Inés Barrios Anaya y Pedro Luis Rojas Granja, residentes de tercer año de la Universidad del Rosario.

La participación en el presente estudio es voluntaria, No hacer parte del estudio no traerá ninguna penalidad posterior en ningún aspecto.

El mayor beneficio que obtendrás de participar en este estudio será contribuir en el conocimiento de la aparición de desgaste profesional en profesionales de salud y, en particular, en residentes de especializaciones médico quirúrgicas en la Universidad del Rosario, aspecto que redundará en el desarrollo de estrategias que permitan minimizar su aparición.

Agradecemos la atención prestada.

Cordialmente

---

Clara Inés Barrios Anaya

Investigador

---

Pedro Luis Rojas Granja

Investigador

## Anexo 4.



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Acreditación Institucional de alta calidad  
Ministerio de Educación Nacional  
Evaluación Internacional  
Asociación Europea de Universidades

### COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI) ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS) UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

#### MIEMBROS

RICARDO ALVARADO SÁNCHEZ  
Médico SALUDRISTA – PRESIDENTE (E)

JUAN GUILLERMO PÉREZ CARRERO  
Médico, SECRETARIO TÉCNICO

ANDRÉS FRANCISCO PINZÓN MANZANERA  
ABOGADO, ESPECIALISTA EN DERECHO  
ADMINISTRATIVO

ANDRÉS FELIPE PATIRO ALDANA  
ESTUDIANTE DE MEDICINA REPRESENTANTE  
DE LOS ESTUDIANTES

ÁNGELA MARÍA RUIZ STERNBERG  
Médica, GINECO-OBSTETRA, EPIDEMIOLOGA

EDITH MIREYA MORA  
GERENTE HOSPITALARIA, BIOÉTICISTA,  
EPIDEMIOLOGA, REPRESENTANTE DE LOS  
ESTUDIANTES

KATHERIN QUINTERO  
QUÍMICA FARMACÉUTICA

LEONARDO HELBERT CAMARGO PINTO  
ESTUDIANTE DE MEDICINA REPRESENTANTE  
DE LOS ESTUDIANTES

LUISA FERNANDA RAMÍREZ  
PSICÓLOGA

MARITZA ROCÍO TORRES NARVAEZ  
FISIOTERAPUTA, BIOÉTICISTA

PABLO ANDRÉS BERNÚEZ HERNÁNDEZ  
Médico, ESTUDIANTE EN ADMINISTRACIÓN EN  
EPIDEMIOLOGÍA

PABLO EMILIO MORENO MARTÍN  
TRABAJADOR SOCIAL Y MAESTRO EN  
ESTUDIOS DE LA FAMILIA

SERGIO ANDRÉS AMAYA PEÑA  
MÉDICO Y PSICÓLOGO

XIMENA PALACIOS ESPINOSA  
PSICÓLOGA

JERIMANA MAYERLY GONZÁLEZ  
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

CEI- ABN026- 000274

Bogotá, 19 de diciembre de 2016

Doctora

**Clara Inés Barrios**

Investigadora Principal

Estudio: "Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos residentes.

Universidad del Rosario, Bogotá-Colombia"

Bogotá, D. C.

Apreciada doctora:

El Comité de Ética en Investigación evaluó el protocolo titulado: "Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos residentes. Universidad del Rosario. Bogotá-Colombia con la siguiente documentación relacionada:

- Protocolo de investigación.
- Documento de Consentimiento Informado.

Luego de su revisión y discusión por parte de los miembros del Comité de Ética en Investigación, APRUEBA el protocolo junto con toda la información anexa.

Para el comité de ética es importante acompañarlo durante la ejecución del estudio. Por favor no dude en contactarnos en caso de tener alguna inquietud o de necesitar apoyo para el análisis de alguna situación específica.

En aras de documentar este proceso le agradecemos nos envíe un informe de avance a mitad de ejecución del proyecto y al finalizar el mismo.

Este Comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 008430 de 1993 y 002378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

Carrera 24 No. 63C-69 Quinta Mutis -  
Teléfono: 2970200 Ext. 3295



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Acreditación institucional de alta calidad  
Ministerio de Educación Nacional  
Evaluación Internacional  
Asociación Europea de Universidades

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS)  
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

MIEMBROS

RICARDO ALVARADO SÁNCHEZ  
MÉDICO SALUBRISTA – PRESIDENTE (E)

JUAN GUILLERMO PÉREZ CARRERO  
MÉDICO, SECRETARIO TÉCNICO

ANDRÉS FRANCISCO PINZÓN MANZANERA  
ABOGADO, ESPECIALISTA EN DERECHO  
ADMINISTRATIVO

ANDRÉS FELIPE PATIÑO ALDANA  
ESTUDIANTE DE MEDICINA REPRESENTANTE  
DE LOS ESTUDIANTES

ÁNGELA MARÍA RUIZ STERNBERG  
MÉDICA, GINECO-OBSTETRA, EPIDEMIOLOGA

EDITH MIREYA MORA  
GERENTE HOSPITALARIA, BIOTICISTA,  
EPIDEMIOLOGA, REPRESENTANTE DE LOS  
ESTUDIANTES

KATHERIN QUINTERO  
QUÍMICA FARMACÉUTICA

LEONARDO HELBERT CAMARGO PINTO  
ESTUDIANTE DE MEDICINA REPRESENTANTE  
DE LOS ESTUDIANTES

LUISA FERNANDA RAMÍREZ  
PSICÓLOGA

MARITHA ROCÍO TORRES NARVAEZ  
FISIOTERAPEUTA, BIOTICISTA

PABLO ANDRÉS BERMUDEZ HERNÁNDEZ  
MÉDICO, ESTUDIANTE MAESTRÍA EN  
EPIDEMIOLOGÍA

PABLO ENILIO MORENO MARTÍN  
TRABAJADOR SOCIAL Y MAGÍSTER EN  
ESTUDIOS DE LA FAMILIA

SERGIO ANDRÉS AMAYA PEÑA  
MÉDICO Y PSICÓLOGO

XIMENA PALACIOS ESPINOSA  
PSICÓLOGA

JOHANNA MAVERLY GONZÁLEZ  
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Igualmente, se siguen las normas contempladas en la declaración de Helsinki (Seúl, Corea 2008) y de la Conferencia Mundial de armonización para las Buenas Prácticas Clínicas.

Cordialmente,

Juan Guillermo Pérez MD, MSc  
Secretario Técnico del Comité de Ética

c.c. Archivo  
Proyectó: Johanna González

Carrera 24 No. 63C-69 Quinta Mutis -  
Teléfono: 2970200 Ext. 3295