



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Guevara, César A.; Henao, Diana P.; Herrera, Julián A.
Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle,
Cali, 2002
Colombia Médica, vol. 35, núm. 4, 2004, pp. 173-178
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28335402>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

***Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes.
Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002***

César A. Guevara, M.D.¹, Diana P. Henao, M.D.¹, Julián A. Herrera, M.D.²

RESUMEN

Introducción: El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico que altera la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de servicios de salud.

Objetivos: Determinar la prevalencia e intensidad del SDP, sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia.

Metodología: Estudio descriptivo transversal; mediante encuesta anónima autodiligenciada se evaluaron aspectos sociodemográficos, de funcionalidad familiar y la presencia e intensidad del SDP.

Resultados: Se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos, residente clínicos y residentes quirúrgicos; 128 (85.3%) presentaban SDP entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar <18) siendo más frecuente la disfunción familiar sobre todo en los internos ($p=0.01$); 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos semanales se asociaron con el desgaste profesional ($p=0.002$) y con la disfunción familiar ($p=0.01$).

Conclusiones: El SDP en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle es bastante alto asociándolo con el número de turnos y con la disfunción familiar.

Palabras clave: Síndrome de desgaste profesional; Burnout; Disfunción familiar; Estrés; Internos; Residentes.

El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales^{1,2}. La prueba de desgaste profesional de Maslach (MBI)³ se describió para evaluar los diferentes componentes del síndrome:

1. Agotamiento emocional caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de in-

sensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.

3. Falta de realización personal caracterizado por la percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (Cuadro 1). En la actualidad se acepta que el SDP es un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con seres humanos¹.

Un estudio realizado en residentes de medicina interna de la Universidad de Washington⁴, encontró una preva-

lencia de 76% de desgaste profesional, con una autopercepción de una menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes al compararlo con los residentes no afectados (53% vs. 21% $p=0.004$), encontrándose que el componente de despersonalización era el más significativo. Otros estudios⁵⁻⁷ observaron 7.1% de desgaste emocional, 17.8% de despersonalización y 23.2% de baja realización personal. El ambiente laboral caracterizado por una pobre comunicación entre el personal del hospital, falta de recursos, pobre autopercepción de proficiencia técnica y de capacidad de cuidar a otros, son factores que se asocian con la presencia del SDP⁸⁻¹¹.

Se han descrito factores de riesgo para desarrollar el SDP, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, sexo femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales y rasgos de

1. Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali. e-mail: cesar.guevara01@usc.edu.co dianahenao4@hotmail.com

2. Profesor Titular, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali. e-mail: herreja@univalle.edu.co

Recibido para publicación mayo 6, 2004 Aprobado para publicación agosto 6, 2004

Cuadro 1
Instrumento de desgaste profesional de Maslach

CANSANCIO EMOCIONAL

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante
5. Me siento "quemado", cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido en mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más

DESPERSONALIZACIÓN

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas

REALIZACIÓN PERSONAL

1. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes
3 = Pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana
6 = Todos los días

Categorización de puntajes del MBI

Componente	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	≤16	17-26	≥27
Despersonalización	≤6	7-12	≥13
Realización personal	≥39	38-32	≤31

personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos^{1,2,12}.

Las consecuencias del SDP son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente y

disminución en el rendimiento laboral entre otras^{1-3,8}.

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia del SDP, sus componentes y su posible asociación con alteraciones en la dinámica familiar y aspectos relacionados con el ejercicio clínico en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo para cumplir los objetivos del estudio.

Se tomó como población los médicos internos y residentes del HUV, Cali, Colombia (N=240) durante los meses de agosto y septiembre de 2002. Como no se conoce la prevalencia del síndrome en Colombia, para el cálculo del tamaño de muestra se tomó una prevalencia de 50% de manera arbitraria con un margen de error de 8% y un grado de confianza de 95% con una sobreestimación de la muestra por no respuesta de 5% (n=150).

Se diseñó un formulario precodificado para determinar variables sociodemográficas, características del ejercicio de la actividad médica, y el SDP³. Las variables referentes al ejercicio de la actividad médica que se midieron fueron: nivel académico (interno, residente desde primero hasta quinto año), especialidad, número de turnos por semana, número de horas semanales dedicadas al ejercicio y estudio médico y número de horas semanales dedicadas a actividades recreativas.

El MBI es un cuestionario constituido por 22 preguntas en una escala tipo Likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, midiendo los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%)¹.

La variable dependiente fue la presencia de desgaste profesional evaluado por el MBI³. Las variables independientes fueron las sociodemográficas y la funcionalidad familiar caracterizada con el APGAR Familiar que evalúa la percepción que tiene la persona acerca del funcionamiento de su familia¹².

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, siendo necesaria para la participación el diligenciamiento

de un consentimiento informado. El formulario precodificado fue autodilucidado para evitar sesgos del entrevistado respetando la confidencialidad de la información al ser diligenciado mediante un código de asignación sin nombre.

El análisis estadístico fue univariable y bivariante para observar la distribución de las variables y determinar si existía asociación entre ellas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico Epistat v.3.0 (Richardson, Texas) y EpiInfo v. 6.0 (WHO, Geneva). Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 150 médicos de los cuales 63 (42%) eran internos, 45 (30%) residentes que pertenecían a especialidades clínicas y 42 (28%) eran residentes que pertenecían a especialidades quirúrgicas excluyendo a aquellos que se encontraban en vacaciones o estaban realizando prácticas en otras instituciones. Todo el grupo de residentes de un departamento manifestó expresamente su deseo de no participar en el estudio por lo cual no fueron incluidos. Normalmente 15% de médicos internos y residentes se encuentran en vacaciones o rotaciones extramurales. Como las vacaciones y rotaciones extramurales la cumplen por igual en todos los departamentos, esta situación no afectó la proporción de médicos internos y residentes incluidos por departamento y por tanto no afectó el análisis de los resultados.

Al determinar las características sociodemográficas se observó que 79 (52.7%) fueron hombres y 71 (47.3%) mujeres; 102 (68%) procedentes de Cali, 95 (63.3%) de raza blanca, 76 (50.7%) de nivel socioeconómico medio (estrato 3-4), y 108 (72%) solteros. No se observaron diferencias estadísticas en-

tre el grupo de médicos internos o residentes clínicos o quirúrgicos para el sexo, la procedencia y el estrato socioeconómico. Se observó mayor frecuencia de la etnia afrocolombiana y las parejas estables (casados, unión libre) en el grupo de médicos residentes ($p = 0.001$) (Cuadro 2).

Al determinar el número de horas de actividades médicas realizadas por semana y el número de horas de recreación realizada por semana, se observó que 106 (70.6%) realizaban entre 2 y 3 turnos nocturnos y 120 (80%) realizaban más de 50 horas de actividades médicas, 101 (67%) con menos de 6 horas de recreación y 39 (26%) tuvieron menos de 2 horas de recreación.

La disfunción familiar evaluada con el APGAR Familiar¹² se observó en 102 (68%) médicos incluidos en el estudio siendo más frecuente en los internos (85%) que en los residentes clínicos

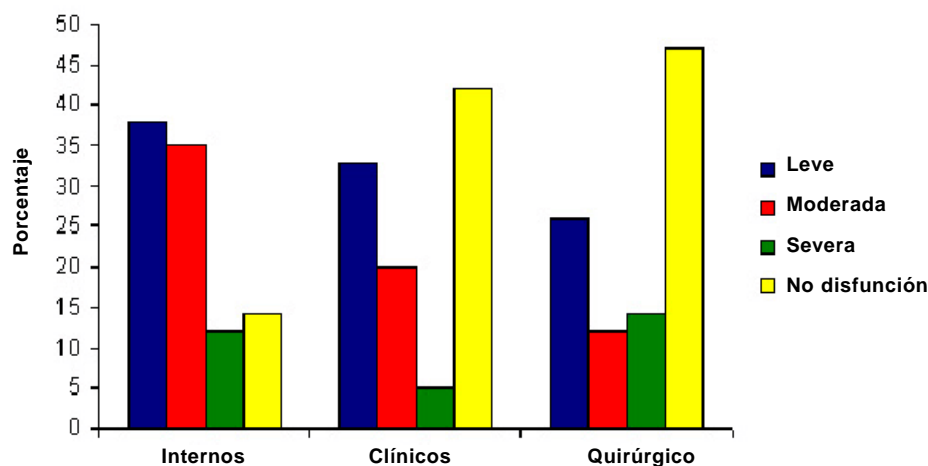
(58%) o residentes quirúrgicos (52%) ($p < 0.01$). La disfunción familiar leve se observó por igual en médicos internos, residentes clínicos o residentes quirúrgicos ($p = 0.26$) al igual que la disfunción familiar severa ($p = 0.52$). La disfunción familiar moderada fue más frecuente en internos (35%) que en residentes clínicos o quirúrgicos (20%, 12%) ($p = 0.01$) (Gráfica 1).

El SDP en intensidad entre moderada y severa se observó en 128 (85.3%) médicos incluidos en el estudio. No se observaron diferencias estadísticas entre la intensidad del síndrome entre internos, residente clínicos o quirúrgicos (leve $p = 0.32$; moderada $p = 0.26$; severa $p = 0.52$; respectivamente) (Gráfica 2).

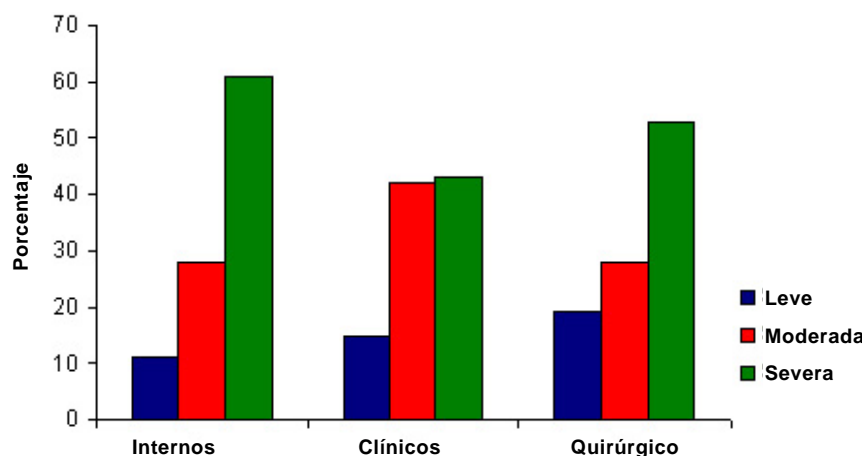
Se observó que 76% de médicos incluidos en el estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, 60% despersonalización y 50%

Cuadro 2
Variables sociodemográficas. Médicos Internos y Residentes.
HUV 2002, Cali

	Internos (%)	Residentes (%)		Total	p
		Clínicos	Quirúrgicos		
Sexo					
Hombres	33(52.4)	21(26.6)	25(31)	79	0.25
Mujeres	30(47.6)	24(33.3)	17(26.1)	71	0.74
Procedencia					
Cali	45(71.4)	31(68.8)	26(61.9)	102	0.58
Otros municipios	7(11.1)	4(8.8)	6(14.2)	17	0.72
Otros departamentos	8(12.6)	9(20)	8(19)	25	0.53
No dato	3(4.7)	1(2.2)	2(4.7)	6	0.76
Etnia					
Negra	0	2(4.4)	2(4.7)	4	0.001
Blanca	36(57.1)	27(60)	32(77.1)	95	0.11
Indio	0	1(2.2)	0	1	0
Otra	25(39.6)	14(31)	8(19)	47	0.08
No dato	2(3.1)	1(2.2)	0	3	0
Nivel socioeconómico					
Estrato 2	1(1.5)	0		1	
Estrato 3	10(15.8)	13(28.8)	5(11.9)	28	0.09
Estrato 4	17(26.9)	20(44.4)	11(26.1)	48	0.1
Estrato 5	28(44.4)	11(24.4)	14(33.3)	53	0.09
Estrato 6	5(7.9)	1(2.2)	6(14.2)	12	0.11
No dato	2(3.1)		6(14.2)	8	
Estado civil					
Soltero	60(95.2)	26(57.7)	22(52.3)	108	0.001
Casado/UL	1(1.5)	16(35.5)	17(40.4)	34	0.001
Separado	2(3.1)	3(6.6)	3(7.1)	8	0.6



Gráfica 1. Disfunción familiar en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002 $p=0.01$



Gráfica 2. Intensidad del síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002

alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residente clínicos o quirúrgicos.

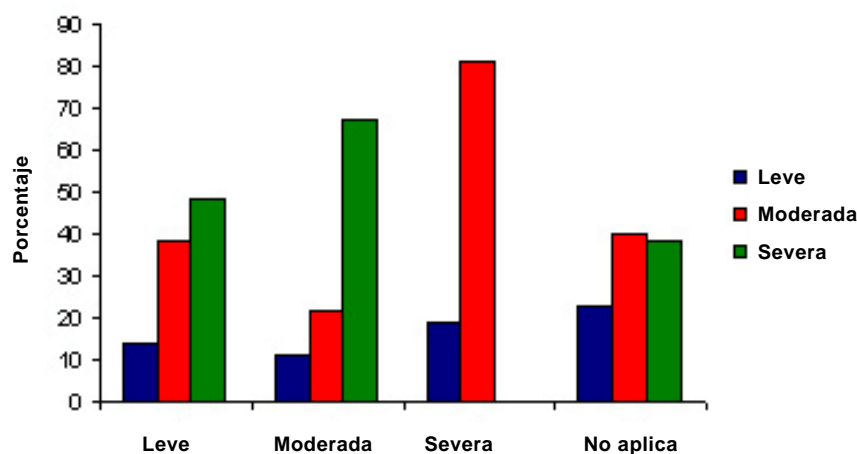
El análisis estadístico bivariable no mostró asociación significativa entre el SDP y las variables sociodemográficas y el número de horas recreativas o de trabajo médico (sexo $p=0.55$, edad $p=0.86$, procedencia $p=0.14$, el estado civil $p=0.59$, el nivel académico $p=0.22$, la etnia $p=0.48$, el tipo y nivel de entrenamiento $p=0.21$, el nivel socioeconómico $p=0.59$, el número de horas recreativas $p=0.22$, horas de trabajo médico $p=0.14$). En contraste, el tipo de desgaste profesional se asoció con el tipo de disfunción familiar ($p=0.02$) (Gráfica 3); el número de turnos semanales se asoció significativamente con el desgaste profesional ($p=0.02$) (Gráfica 4).

DISCUSIÓN

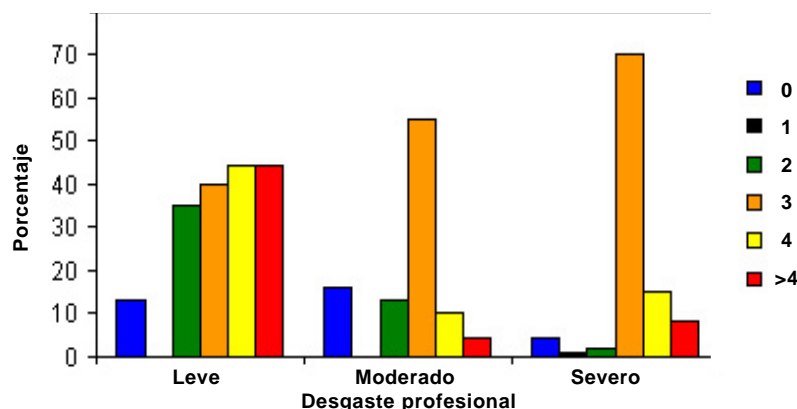
El tamaño de la muestra y la comparabilidad de los grupos en sus características

sociodemográficas permiten describir las características del SDP para los médicos en entrenamiento tanto de pregrado como de postgrado. En este estudio se observó una mayor intensidad de desgaste profesional con respecto a estudios previos en otras poblaciones^{1,5-7} siendo el desgaste emocional el componente observado con más frecuencia, similar a lo informado antes⁵⁻⁷. Estos resultados indican que el porcentaje de personas con algún criterio de desgaste profesional es notable en la actividad de médicos internos y residentes en Colombia. Es llamativo que más de 52% tenga criterios de severidad de este síndrome.

Llama la atención la asociación existente entre percepción de la dinámica familiar, el número de turnos semanales y la presencia de desgaste profesional. Los mayores requerimientos de tiempo necesarios para la formación académica limitan la vida de pareja, el desempeño frente al papel de padre o madre; aparecen problemas de coordinación y de organización tales como horarios de comida diferentes al de los demás miembros de la familia que lleva al médico no poder ser partícipe de aquellos momentos, dificultad para conseguir silencio durante el día mientras procura descanso. Existe menor oportunidad de vida social al disminuir la posibilidad de participar en actividades con amigos o familiares, lo cual se confirma en esta población con las pocas horas recreativas. Lo anterior puede ser favorecido por el hecho que



Gráfica 3. Asociación entre tipo de disfunción familiar y desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002 $p=0.02$



Gráfica 4. Asociación entre número de turnos y desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002 $p=0.024$

el poco tiempo dedicado a la familia se vea entorpecido por actividades académicas de estudio independiente que se realiza en el hogar.

También se observó que 60.7% de médicos que presentaban disfunción familiar también presentaban desgaste profesional de moderado a severo (Cuadro 2). Este resultado está de acuerdo con lo observado en otros estudios y lo descrito en la literatura en que el desgaste profesional puede generar problemas familiares, que a su vez generan más desgaste profesional^{1,12,14,15}.

Es importante señalar que en la po-

blación de estudio los médicos realizaban entre dos a tres turnos nocturnos semanales, lo cual se asocia con mayor frecuencia de desgaste profesional y percepción de un menor rendimiento y una menor calidad del trabajo realizado. Esto se puede deber a que en las horas que se desarrollan los turnos, la capacidad de atención y toma de decisiones, así como la rapidez y precisión de los movimientos es más reducida, lo cual contrasta con el tipo de pacientes que manejan, siendo pacientes clínicamente complejos.

No se observó asociación entre el

número de horas de actividades médicas y el desgaste profesional, a diferencia de lo encontrado con respecto al número de turnos. Esto se puede deber a que de todas las actividades médicas ejercidas por los internos y residentes en los turnos, suponen mayor desgaste que las actividades académicas. Lo anterior puede ser consecuencia de las condiciones de trabajo en los turnos, tales como toma de decisiones de alta responsabilidad en pacientes complejos, limitación importante de recursos por las características del centro de entrenamiento, la gran demanda de servicios que debe asumir (los médicos internos y residentes tienen aproximadamente 80% de la carga asistencial de la institución), la falta de descanso, la ausencia de remuneración por el trabajo realizado, la disminución gradual en beneficios económicos gubernamentales, la irregularidad en la alimentación, entre otros. Estas características en los programas de residencias podrían explicar la mayor prevalencia de desgaste profesional en los internos y residentes de la institución. Es necesaria más investigación que permita establecer relaciones de causalidad para proponer acciones que disminuyan el efecto negativo del mismo tanto en médicos en entrenamiento como en pacientes

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración prestada por los médicos internos y residentes del HUV y directivos de la Escuela de Medicina de la Facultad de Salud, Universidad del Valle, para la realización de este estudio.

SUMMARY

Introduction: The professional burn out syndrome is a chronic and adaptive disorder that affects professional lives and has become a threat to the health

service

Objective: To determine the prevalence of this professional burnout syndrome at moderate and severe levels, its characteristics and the association with family dysfunction in interns and residents of the Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Methods: Descriptive and sectional cross study, a self-completion survey was conducted with assessment of sociodemographic variables, family APGAR and Maslach Burnout Inventory.

Results: Were recruited 150 physicians (63 interns and 87 residents) without statistical sociodemographic differences; 128 (85.3%) showed moderate to severe burnout syndrome, the emotional burnout being the most important. 102 (68%) showed family dysfunction (family APGAR <18, range 0-20) more frequent in interns ($p=0.01$); 90% of physicians with family dysfunction had moderate to severe professional burnout syndrome. The number of night and weekend turns was associated with family dysfunction ($p=0.01$) and

burnout syndrome ($p=0.002$).

Conclusions: The burnout syndrome in interns and residents of Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia is very high associated to a number of night and weekend turns and family dysfunction.

Key words: Burnout syndrome; Family dysfunction; Stress; Interns; Residents.

REFERENCIAS

1. De Pablo R, Suberviola J. La prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
2. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal hospitalario. *Rev Esp Salud Publica* 1997; 71: 293-303.
3. Maslach C. Burned-out. *Can J Psych Nur* 1979; 6: 5-9.
4. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-367.
5. Clark S. Why do people become doctors and what can go wrong? *BMJ* 2000; 320: 7241-7246.
6. Adebamowo C, Ezeome E, Ajuwon A. Job stresses associated with surgical training in Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 1998; 27: 233-237.
7. Johnson J, Wagner R, Rueger R, Goepfert H. Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. *Head Neck* 1993; 15: 557-560.
8. Bohle A, Baumgartel M, Gotz M, Muller E, Jocham D. Burnout of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol* 2001; 165: 1158-1161.
9. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 329-334.
10. Van Servellen G, Topf M, Leake B. Personality hardiness, work-related stress, and health in hospital nurses. *Hosp Top* 1994; 72: 34-39.
11. Vermeulen M, Mustard C. Gender differences in job strain, social support at work, and psychological distress. *J Occup Health Psychol* 2000; 5: 428-440.
12. Thommasen H, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinion of physicians of rural British Columbia. *Can Fam Phys* 2001; 47: 737-744.
13. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario en salud. *Colomb Med* 1994; 25: 26-28.
14. Cebriá J, Segura S, Corbella P. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-468.
15. Grosch, W, Olsen, D. When helping starts to hurt. *BMJ* 1994; 309: 1172.