



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Aguirre Roldán, Adriana María; Quijano Barriga, Ana María
Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos
generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 44, núm. 4, 2015, pp. 198-205
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643083002>

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

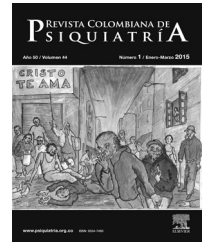
redalyc.org

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



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral



Adriana María Aguirre Roldán* y Ana María Quijano Barriga

Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de diciembre de 2014

Aceptado el 26 de mayo de 2015

On-line el 10 de julio de 2015

Palabras clave:

Burnout
Profesionales
Médicos generales
Urgencias
Prevalencia
Variables demográficas
Satisfacción laboral
Características familiares
Desgaste profesional
Estrés laboral

RESUMEN

Introducción: El síndrome por quemarse en el trabajo (SQT) es un conjunto de síntomas relacionados con desgaste laboral y agotamiento en respuesta al estrés emocional en el trabajo y sus respectivas consecuencias. El objetivo del estudio es medir la frecuencia del SQT entre los médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá y determinar los factores asociados según las variables consideradas.

Métodos: Es un estudio de corte transversal descriptivo, para el que se utilizó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). Constituyeron la población 106 médicos generales.

Resultados: Se encontró que el 6,6% de la población presenta un nivel crítico. Las variables muestran que tener pareja estable e hijos es un factor protector y, por lo contrario, trabajar en urgencias es un factor de riesgo.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Burnout Syndrome, Family and Work Related Variables on General Practitioners in Bogota. A Strategy of Work Quality

ABSTRACT

Background: The burnout syndrome is a set of work-related symptoms related to weariness and exhaustion, in response to the emotional stress at work and its consequences. The aim of the study was to measure the frequency of burnout in General Practitioners (GPs) from 3 private institutions in Bogotá, Colombia and to determine the associated factors according to the variables taken into account.

Methods: It is a descriptive cross-sectional study which was used to analyse the Questionnaire for Burnout Syndrome (CESQT). The population was 106 GPs.

Keywords:

Burnout
Professionals
Physician
Emergency medical services
Prevalence

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adriaguirre1222@gmail.com (A.M. Aguirre Roldán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.017>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Demographic variables
Job satisfaction
Family characteristics
Stress

Results: The level of burnout was at a critical level in 6.6% of the GP population. The variables showed that having a stable partner and children are a protective factor. By contrast, work in emergency rooms is a risk factor.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de *burnout*¹ o síndrome por quemarse en el trabajo (SQT) fue descrito por el psicoanalista Herbert Freudenberg (1974), quien observó en una clínica para toxicómanos en Nueva York que en la mayoría de los voluntarios había una pérdida de energía progresiva hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad hacia los pacientes al cabo de 1 año de estar laborando^{2,3}. En 1976 definió el SQT la psicóloga Cristina Maslach, quien lo caracteriza como altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal⁴.

El estrés de los profesionales de la salud es más alto que en otras profesiones, ya que están enfrentados al sufrimiento humano, además de condiciones laborales como jornadas prolongadas y bajos salarios⁵⁻⁸, entre otras, como el contexto socioeconómico y cultural asociado al fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones estresantes como consecuencia de la presentación del SQT^{6,9}. A largo plazo genera pérdida de energía, despersonalización y sentimiento de falta de realización personal, que pueden ocasionar trastornos en la salud, uso de sustancias psicoactivas y poca motivación para realizar el trabajo asignado, lo que genera errores médicos y deterioro de la calidad de los servicios⁸⁻¹¹. En cuanto a factores individuales relacionados con ausencia de SQT, se han estudiado rasgos de la personalidad como el optimismo, la afectividad y la autoestima⁶ (tablas 1 y 2).

El presente estudio pretende caracterizar la frecuencia y analizar algunas variables laborales y familiares del SQT entre los médicos generales que trabajan en urgencias, cirugía y hospitalización en tres instituciones privadas de prestación de servicios de salud de la ciudad de Bogotá. Se reconoce que los médicos generales son la base del sistema de salud con un alto potencial para realizar intervenciones preventivas que mejoren sus condiciones brindándoles herramientas para evitar el agotamiento emocional, físico y mental, y aumentar su productividad y su ilusión por el trabajo desde el inicio de su vida laboral.

En Colombia, en los últimos años se ha despertado el interés por la investigación del SQT, principalmente en el sector salud, enfocados en la necesidad constante de realizar más estudios que exploren la situación actual del personal de salud y proponer estrategias de prevención y manejo¹².

Síndrome por quemarse en el trabajo

El SQT se describe cronológicamente en fases. La primera, el agotamiento emocional, comienza con una ambición

Tabla 1 – Variables sociodemográficas de los médicos encuestados

Mujeres	62 (58,5)
Edad (años)	29,8 ± 5
Estado civil	
Soltero	76 (71,7)
Casado	23 (21,7)
Otros ^a	7 (6,6)
Hijos	
0	89 (84,6)
≥ 1	17 (16,4)
Estrato socioeconómico	
2-3	27 (25,5)
4	60 (56,6)
5-6	19 (17,9)
Tiempo de vinculación (meses)	14 [6-30]
≤ 15 meses	28 (26,4)
> 15 meses	78 (73,6)
Tiempo de ejercicio profesional (meses)	35 [13-72]
Último periodo de vacaciones (meses)	9 [4-12]
Número de empleos	
1	72 (67,9)
2	28 (26,4)
≥ 3	6 (5,7)
Tipo de empleo	
Clínico	97 (91,5)
Otro ^b	9 (8,5)
Área de trabajo	
Urgencias	71 (67,0)
Hospitalización	14 (13,2)
Cirugía	21 (19,8)
Salario	
< 2.000.000	6 (5,8)
2.000.000-4.000.000	80 (77,7)
> 4.000.000	17 (16,5)
Veces que se ha presentado a Residencia	
< 1	31 (29,2)
2	26 (24,5)
3	22 (20,7)
≥ 4	27 (25,5)
Universidad de titulación	
Universidad de la Sabana	17 (16,0)
Universidad Pontificia Javeriana	12 (11,3)
Universidad del Rosario	10 (9,4)
J.N. Corpas	10 (9,4)
Otras	57 (53,6)

Los valores expresan n (%), media ± desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico].

^a Divorciado, unión libre, separado o viudo.

^b Administrativo, docente, investigador.

Tabla 2 – Relación de los percentiles con el nivel de SQT

Nivel	Percentil
Crítico	> 89
Alto	67-89
Medio	34-66
Bajo	11-33
Muy bajo	< 11

Extraída del Manual de Interpretación CESQT³³.

excesiva, y la persona trabaja más duro, refiriéndose a fatiga, pérdida progresiva de energía y abandono de las necesidades propias, lo que da paso a la segunda fase: la despersonalización experimentada por el trabajador como una forma de afrontamiento que lo protege de la desilusión y el agotamiento; esto implica actitudes y sentimientos cínicos y/o negativos sobre las propias personas, que se manifiestan con irritabilidad y respuestas impersonales. La última fase, el cinismo, se relaciona con cambios en el comportamiento, como reacciones psicológicas de despersonalización, pérdida de contacto con necesidades personales, sensación de vacío, ansiedad y adicción, con lo que aumentan los sentimientos de desesperación y de no encontrarle sentido a la vida, lo cual lleva a los profesionales a un agotamiento que puede incluso amenazar la vida¹³.

Síntomas de alerta son: aumento de compromiso para obtener las metas, exhaustividad, disminución del compromiso con los pacientes, reacciones emocionales de culpabilidad con depresión y agresión, disminución del desempeño cognitivo, alteración de la vida emocional, social e intelectual, reacciones psicósomáticas y desesperación⁷⁻⁹.

El SQT es multifactorial, implica factores internos que dependen de la personalidad del individuo, como ocurre en personas ambiciosas, perfeccionistas, que constantemente necesitan ser reconocidas, que quieren complacer a los demás, acunando sentimientos de ser irremplazables considerando el trabajo como su prioridad, que llega a sustituir la vida social y familiar, y factores externos dados por las circunstancias a las que se expone la persona, como altas demandas en el trabajo, problemas de liderazgo o jerarquías, presión de tiempo, mal ambiente laboral, falta de libertad para tomar decisiones, alteración en la comunicación y aumento de la responsabilidad con pobre organización, donde la retroalimentación positiva es poca y el trabajo en equipo es nulo. Estos factores se ven exacerbados directamente por la ausencia de soporte social y familiar del profesional. Los efectos negativos del SQT pueden afectar a las personas del entorno; en el caso de los profesionales de la salud, se debe evaluar la repercusión del síndrome en su desempeño con los pacientes. Hay estudios que reportan que los médicos que padecen SQT evidencian más errores en su práctica profesional que los que no^{13,14}.

Con base en la estructura familiar, las personas que tienen hijos y pareja estable parecen ser más resistentes al SQT; la familia permite que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales¹⁵.

En resumen, el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés laboral crónico, con ineficaces estrategias de afrontamiento. Es decir, que en el ámbito individual los sujetos, en su esfuerzo

por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y a largo plazo, lo que lleva a esa sensación descrita como «estoy quemado»; mientras en el ámbito laboral el rendimiento es bajo y conduce al deterioro en la calidad del servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso abandono del puesto de trabajo¹⁴.

Desde el punto de vista médico-científico, se describe como un concepto vago que no se menciona en el DSM IV-R ni en el DSM-V. En el CIE-10 se nombra en las categorías residuales como problemas relacionados con dificultad para manejo de la vida: *burnout*. El estatus del síndrome aún se encuentra en discusión¹³⁻¹⁵.

El SQT se ha visto relacionado con enfermedades cardiovasculares, cutáneas y alérgicas, dislipemia y diabetes mellitus. La comorbilidad de estas afecciones aumenta con la gravedad del SQT. Puede haber cambios neuroendocrinos, homeostáticos e inflamatorios, lo cual se explica igual que cualquier otra condición de estrés crónico, postraumático o depresión¹³.

Medición del SQT

La escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI) es la más utilizada para el diagnóstico SQT en personas que realizan su trabajo en contacto directo con otras personas^{13,14}, y se considera que el grupo más vulnerable es el de los médicos y las enfermeras^{16,17}.

Maslach y Jackson definen el *burnout* como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y dificultad para la realización personal (RP). A partir de estos constructos se elaboró el MBI¹⁶. No obstante, se ha descrito que este instrumento presenta insuficiencias psicométricas, principalmente valores bajos de alfa de Cronbach de la escala de despersonalización, cuanto se usa en otros idiomas como el español, lo que cuestiona la fiabilidad del instrumento¹⁸⁻²⁰.

Para el presente estudio se utilizó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), el cual tiene mayores validez y fiabilidad en español, con $\alpha > 0,7^{18,19}$.

Los ítems del CESQT evalúan cuatro dimensiones, que a continuación se muestran en orden de presentación según el modelo teórico:

1. La ilusión por el trabajo es el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales, lo que supone una fuente de placer personal. Los ítems de esta dimensión están formulados positivamente, de tal manera que una baja puntuación significa un alto nivel del síndrome.
2. El desgaste psíquico hace referencia a la aparición del agotamiento emocional.
3. La indolencia es la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo, hacia los pacientes en el caso de los médicos. Las personas que tienen altas puntuaciones en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de las personas con las que trabajan.

4. Los sentimientos de culpa aparecen después del desgaste psíquico y la indolencia. No todos los sufren, por lo cual se describen dos perfiles característicos del síndrome. El primero es cuando hay estrés laboral que origina malestar, sin llegar a incapacitar para ejercer el trabajo; presentan poca ilusión por el trabajo con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero no hay sentimiento de culpa. El segundo perfil es similar al anterior, pero con sentimientos de culpa que dan paso a más gravedad del SQT¹⁹.

Incidencia y prevalencia del SQT

En el mundo hay gran número de estudios de prevalencia y factores asociados al SQT, realizados en diferentes especialidades medicoquirúrgicas. La prevalencia reportada varía del 3 al 60%²¹, con un incremento alarmante en los últimos años, lo que demuestra las crecientes insatisfacción, despersonalización y agotamiento emocional de los médicos. Las estadísticas globales estiman que entre un 10 y un 12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y conductas de adicción al alcohol u otros psicofármacos, de los cuales se detecta un 60% para su tratamiento posterior^{22,23}. Un porcentaje de estos síntomas probablemente estén asociados al estrés laboral y/o el SQT²⁴.

En 1987, en una encuesta a médicos mayores de 40 años publicada en JAMA, el 44% respondió que, si se les da la oportunidad para hacerlo todo de nuevo, no estudiarían Medicina²⁵. En 2002, una encuesta nacional realizada por la Fundación de la Familia Kaiser mostró que el 45% de los médicos no recomiendan que una persona joven estudie Medicina²⁶. En una encuesta a médicos de atención primaria de 2007, el 38,7% estaba insatisfecho con su profesión²⁷.

Otro estudio, realizado en residentes de Medicina Interna de la Universidad de Washington, encontró una prevalencia de desgaste profesional del 76%, con una autopercepción de menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes al compararla con la de los residentes no afectados (el 53 frente al 21%; $p = 0,004$), y el componente de despersonalización es el más significativo²⁸.

Un estudio publicado en JAMA (2012) aplicó la escala MBI a médicos de todas las especialidades; incluyó a 7.288 participantes y reporta una tasa de desgaste profesional entre los médicos del 45,4%, con un 37,8% de depresión; esto refleja que casi la mitad de los médicos de atención primaria que tratan a adultos parecen estar quemados, mientras que más de un tercio de los médicos pueden estar clínicamente con depresión. Las especialidades médicas con más altas tasas son medicina de urgencias, medicina interna, neurología y medicina familiar²⁹.

Otro estudio, que incluyó a 3.442 adultos en Estados Unidos, encontró que, en comparación con otras profesiones, los médicos son más propensos a tener síntomas de agotamiento profesional (el 37,9 frente al 27,8%) y la insatisfacción con el equilibrio trabajo-vida (el 40,2 frente al 23,2%) (ambos, $p < 0,001$). El nivel educativo más alto alcanzado también está relacionado con el agotamiento en un análisis agrupado multivariable ajustado por edad, sexo, estado civil y las horas trabajadas por semana²⁹.

En Colombia los estudios sobre el SQT son investigaciones recientes, y se puede citar, entre otros, los de Hernández (2002) con personal sanitario en el Hospital Militar en Bogotá, Guevara et al. (2004) con médicos internos y residentes del Hospital Universitario de Cali, y Castaño et al. (2006) con residentes de medicina interna de un hospital de la ciudad de Bogotá³⁰.

Uno de los estudios realizados por la Universidad del Rosario incluyó a 184 trabajadores de la salud —médicos, enfermeras y personal auxiliar—: 139 mujeres (75,5%) y 45 varones (24,5%); encontró una prevalencia de SQT del 2,2%. En modelo de regresión logística multinomial, se encontró asociación significativa ($p < 0,05$) para baja realización personal y despersonalización. La prevalencia de agotamiento emocional fue del 20,6%; la de despersonalización, el 16,8% y la de baja realización personal, el 7,6%. Se concluye que es preciso profundizar en el estudio del SQT, con inclusión de factores transculturales y características particulares relacionadas con el oficio del personal de salud, que puede afectarse con variables del entorno e influir en la presentación del síndrome¹².

En el estudio de Guevara et al., se evaluó a 150 médicos (63 internos y 87 residentes); 128 (85,3%) presentaban SDP entre moderado y grave, y el componente de desgaste emocional era el más afectado, sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar < 18), más frecuentemente entre los internos ($p = 0,01$); el 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. El número de turnos semanales se asoció con el desgaste profesional ($p = 0,002$) y disfunción familiar ($p = 0,01$)³⁶.

Cabe citar el estudio publicado en Colombia en 2012, realizado en médicos psiquiatras, del que destaca la utilización del instrumento CESQT por primera vez en el país. Se concluye que el 9,9% de los psiquiatras percibieron niveles suficientemente altos de *burnout*, y la edad, el trabajo como empleado y la dedicación exclusiva al área clínica eran los principales factores asociados a la presencia del síndrome en esta población¹⁸.

Métodos

Estudio de corte transversal descriptivo, con el objetivo de conocer la frecuencia de presentación del SQT entre los médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá y los factores asociados según las variables consideradas.

La unidad de muestreo y de observación fue cada médico general que labora en los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía de las tres instituciones, que no estuvieran en su año rural ni en formación académica y llevaran laborando más de 3 meses en la institución. Se contó con una muestra total de 197 médicos, de los que 106 cumplían los criterios de inclusión y participaron voluntariamente en el estudio y diligenciaron y completaron adecuadamente el cuestionario.

A partir de los resultados, los datos obtenidos del cuestionario sociodemográfico y del CESQT fueron digitados en el programa Microsoft Office Excel. Se obtuvieron resultados descriptivos de las características demográficas del grupo, se identificó el grupo de médicos con SQT mediante la medición

del instrumento basado en el manual correspondiente y se realizaron análisis de correlación para evaluar la relación entre las variables y el SQT, usando cuantificación de frecuencias para variables nominales y ordinales y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Se estimó la prevalencia del SQT con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Recolección de datos

Los médicos generales fueron invitados a participar, se les proporcionó la información sobre el estudio, y diligenciaron el consentimiento informado antes de la aplicación del CESQT y el formato de datos sociodemográficos.

El CESQT y su manual correspondiente fueron comprados a TEA ediciones, que tienen la representación del cuestionario; se compraron 150 cuestionarios originales.

El instrumento, autoaplicable, se aplicó en el lugar de trabajo durante la hora de descanso o en el cambio de turno. Se resolvieron las dudas de manera personal entre el investigador y el médico encuestado, y se verificó que estuvieran completamente diligenciados los documentos.

De acuerdo con el consentimiento informado, el cuestionario es confidencial y se usa un código de identificación, más no es anónimo; en algunos casos se mantuvo el anonimato por voluntad de los encuestados.

Instrumento CESQT

El CESQT está compuesto por 20 ítems que se distribuyen en cuatro dominios: ilusión por el trabajo (5 ítems), desgaste psíquico (4 ítems), indolencia (6 ítems) y culpa (6 ítems). Se evalúan mediante una escala Likert de cinco grados que van de 0 (nunca) a 4 (muy frecuente, todos los días). Se sospecha que la persona tiene *burnout* cuando tiene altas puntuaciones en el CESQT (puntuación > 2 o percentil > 90) excluido el dominio de culpa; se considera caso grave si la persona presenta bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo junto con altas puntuaciones en desgaste psíquico e indolencia, y muy grave si hay altas puntuaciones en la escala de culpa^{18,33}.

La consistencia interna para la escala de 15 ítems (excluida la subescala de culpa) ha reportado $\alpha = 0,87$ (Gil-Monte y Olivares). En el estudio de Tejada en psiquiatras realizado en Bogotá, los datos de confiabilidad fueron: ilusión por el trabajo, $\alpha = 0,83$; desgaste psíquico, $\alpha = 0,88$; indolencia, $\alpha = 0,77$, y culpa, $\alpha = 0,86$, lo cual da una validez significativa al CESQT^{18,19}.

Los resultados sobre validez factorial también han podido establecer un paralelo entre las escalas del CESQT y las de otros cuestionarios que evalúan el *burnout*¹⁹. La interpretación de los resultados del cuestionario CESQT fueron descritos por el autor en su validación; además, se calcularon los percentiles para cada subescala y para el total con base en los baremos del CESQT³³.

Resultados

La frecuencia de síndrome para el total de la escala fue del 6,6% (IC95%, 1%-11%) con puntuaciones > 2 (tabla 3). La tabla 4

Tabla 3 – SQT según los dominios del CESQT con punto de corte 2

Dominio	Niveles altos > 2 ^a	Niveles bajos < 2
Ilusión por el trabajo ^b	96 (90,6; 84-96)	10 (9,4; 3-15)
Desgaste psíquico	20 (18,9; 11-26)	86 (81,0; 73-88)
Indolencia	8 (7,6; 2-12)	98 (92,4; 87-97)
Culpa	2 (1,9; 0,7-4)	104 (98,1; 95-100)
CESQT y culpa		
CESQT (15 ítems)	7 (6,6; 1-11)	99 (93,4; 88-98)

CESQT: cuestionario de evaluación del síndrome de quemarse en el trabajo; SQT: síndrome de quemarse en el trabajo.

Los valores expresan n (%; intervalo de confianza del 95%).

^aPunto de corte propuesto para clasificación de SQT basado en el manual para la interpretación.

^bPuntuaciones bajas indican altos niveles de SQT y puntuaciones elevadas, bajos niveles.

muestra la categorización del SQT por dominios y por percentiles; hay alta frecuencia en los dominios desgaste psíquico (18,9%) e indolencia (45,6%) para niveles alto-crítico. En la dimensión ilusión por el trabajo, el 20,8% (IC95%, 12%-28%) presenta nivel alto, lo cual se correlaciona con bajos niveles del síndrome. El 9,4% (IC95%, 3%-15%) presenta puntuaciones muy bajas en ilusión por el trabajo, y el 12,3% (IC95%, 5%-18%), un nivel crítico en la dimensión culpa que identifica a los médicos con mayor gravedad del SQT (perfil 2).

De los profesionales que se encuentran en nivel alto en el total SQT, el 85,7% son mujeres, solteras y sin hijos, y el 100% trabaja en urgencias. Los profesionales con bajos niveles de SQT parecieran relacionarse con tener pareja estable e hijos (tabla 5).

Discusión

La frecuencia del SQT en la población de estudio fue del 6,6% para un nivel crítico-alto. El 1,9% presentó niveles críticos en la dimensión culpa; es importante resaltar que los sentimientos de culpa son un síntoma relevante en el SQT, se relaciona con un deterioro clínico más serio y algunas consecuencias, como absentismo laboral y depresión³⁴. Los hallazgos son equivalentes a los del estudio realizado por Lozada en un hospital de tercer nivel en México, en el que se incluyó a diferentes profesionales de la salud, entre ellos 82 médicos, y se reportó una prevalencia general del 6,3%³⁵, con 2 casos graves de SQT; en comparación, el presente estudio reporta 7 casos en niveles altos; la similitud de los resultados se entiende por tratarse de poblaciones similares y la aplicación de la escala CESQT¹⁹.

Respecto a otros trabajos, Guevara et al. reportan en su estudio, realizado con 150 médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle, un nivel de desgaste emocional de moderado a grave en el 76%, despersonalización en el 66% y alta realización personal en el 50%³⁶; en comparación, el presente estudio muestra niveles altos-críticos de desgaste psíquico (18,9%), indolencia (45,3%) y un nivel medio-alto de ilusión por el trabajo (73,6%). Es importante resaltar que la población objeto de estudio tiene diferentes estresores asociados a su actividad laboral, pero el estudio expresa que se han descrito factores de riesgo de SQT entre los que

Tabla 4 – Categorización del síndrome por quemarse en el trabajo según los dominios del CESQT

Dominio	Crítico	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo
Ilusión por el trabajo*	0	22 (20,8; 12-28)	56 (52,8; 43-62)	18 (17,0; 9-24)	10 (9,4; 3-15)
Desgaste psíquico	6 (5,7; 1-10)	14 (13,2; 6-19)	48 (45,3; 35-54)	19 (17,9; 10-25)	19 (17,9; 10-25)
Indolencia	23 (21,7; 13-29)	25 (23,6; 15-31)	40 (37,7; 28-47)	11 (10,4; 4-16)	7 (6,6; 1-11)
Culpa	13 (12,3; 5-18)	11 (10,4; 4-16)	38 (35,9; 26-45)	19 (17,9; 10-25)	25 (23,5; 15-31)
CESQT (15 ítems)	0	4 (3,9; 0-7)	33 (32,0; 22-40)	28 (27,2; 19-37)	38 (36,9; 27-46)

CESQT: cuestionario de evaluación del síndrome de quemarse en el trabajo.

Puntos de corte propuestos para interpretar las puntuaciones por percentiles: > p89, nivel crítico; p67-p89, alto; p34-p66, medio; p11-p33, bajo; < p11, muy bajo.

Los valores expresan n (%; intervalo de confianza del 95%).

* Puntuaciones bajas indican altos niveles de SQT y puntuaciones elevadas, bajos niveles.

Tabla 5 – Relación entre variables y total del SQT para niveles altos y medio

Total SQT	Alto	Medio
Sexo		
Femenino	6 (85,7; 25-124)	18 (54,5; 37-71)
Masculino	1 (14,3; 25-124)	15 (45,5; 28-62)
Estado civil		
Soltero	6 (85,7; 25-124)	24 (72,7; 57-88)
Casado	1 (14,3; -2 a 74)	6 (18,2; 4-31)
Otros ^a	0	3 (9,1; 0-19)
Número de hijos		
0	6 (85,7; 25-124)	27 (81,8; 68-95)
≥ 1	1 (14,3; -24 a 74)	6 (18,2; 4-31)
Área de trabajo		
Urgencias	7 (100)	28 (84,8; 74-93)
Hospitalización	0	3 (9,1; -8 a 27)
Cirugía	0	2 (6,1; -5 a 16)
Número de empleos		
1	4 (57,2; -7 a 100)	20 (60,6; 43-77)
2	2 (28,5; -24 a 74)	10 (30,3; 14-46)
≥ 3	1 (14,3; -24 a 74)	3 (9,1; 0-19)
Tipo de empleo		
Clínico	7 (100)	31 (93,9; 80-100)
Otros ^b	0	2 (6,1; 0-19)
Tiempo de ejercicio profesional		
< 15	2 (28,5; -24 a 74)	7 (21,2; 6-35)
≥ 15	5 (71,5; 25-124)	26 (78,8; 64-93)
Salario		
< 2 millones	0	2 (6,1; -2 a 14)
2-4 millones	6 (85,7; 25-124)	21 (63,6; 46-80)
≥ 4 millones	1 (14,3; -24 a 74)	10 (30,3; 14-46)

Puntos de corte propuestos para interpretar las puntuaciones por percentiles: > p89, nivel crítico; p67-p89, alto; p34-p66, medio; p11-p33, bajo; < p11, muy bajo.

Los valores expresan n (%; intervalo de confianza del 95%).

^a Otros: divorciado, unión libre, separado, viudo.

^b Otros: administrativo, docente, investigador.

se encuentran ser joven, mujer, soltero o sin pareja estable; mayores turnos laborales, y rasgos de personalidad tales como ser idealista, optimista, con expectativas altruistas elevadas y deseo de prestigio y mayores ingresos económicos³⁶. Lo anterior concuerda con el presente trabajo.

Agudelo et al. realizaron un estudio en 2011, en el que incluyeron a 227 médicos y aplicaron el MBI; encontraron

una frecuencia del 17,6% de SQT, con agotamiento (26,4%), despersonalización (26,1%) y realización personal baja (7,2%). Encontrando una relación significativa con la funcionalidad familiar, una disfunción familiar moderada presento SQT 37,5%³¹. La frecuencia global reportada en el presente estudio es más baja que la del estudio de la Universidad de Manizales, aunque las escalas de medición son diferentes.

Gutierrez et al., en su estudio de 2006 con 33 médicos sobre la prevalencia y los factores asociados al SQT en la Universidad Tecnológica de Pereira Colombia, encontraron que el 45,4% de los médicos tenía algún grado de SQT, y el agotamiento emocional es el componente que mejor lo refleja; en el presente estudio el desgaste psíquico y la indolencia son las que mejor lo reflejan, lo cual concuerda con los hallazgos, ya que el agotamiento emocional y el desgaste psíquico son constructos similares para las escalas empleadas (MBI y CESQT). Además, Gutierrez et al. hallaron una relación directa con la baja remuneración, estar soltero y no tener pareja estable, similar a lo reportado en el presente estudio. No obstante, la población incluida eran médicos especialistas docentes con un grado de estrés laboral distinto³⁷.

Kalemoglu y Keskin reportaron niveles de burnout en médicos pertenecientes al servicio de urgencias con una muestra de 40 médicos, y encontraron el 44,7% de agotamiento emocional, el 29,8% de despersonalización y el 23,8% de baja realización personal³⁸. El presente estudio reportó niveles más bajos en desgaste psíquico, pero similares de indolencia e ilusión por el trabajo, con una muestra poblacional mayor. Cabe anotar que en los dos estudios el mayor porcentaje de los médicos con altos niveles de SQT encuestados pertenecen al área de urgencias, lo que nos permite concluir que esa área necesita mayor intervención para mejorar la carga laboral, la remuneración y el ambiente de trabajo, así como las habilidades personales para afrontar las situaciones de estrés.

En el estudio realizado por la Universidad de la Sabana en una muestra de 259 cirujanos, se reporta SQT en el 26,1%, y en la evaluación global de los dominios del MBI hay un 24% de agotamiento emocional, el 5,8% de despersonalización y el 10% de realización personal baja³². La población objeto de estudio es diferente que la del presente estudio, ya que los cirujanos generales tienen entrenamiento y niveles educativo y socioeconómico diferentes; sin embargo, lo reportado es considerablemente significativo.

Eckleberry et al., en su estudio de 2006 en el Hospital de Michigan (Estados Unidos), incluyeron a 397 médicos especialistas. Encontraron que el apoyo social era la variable

sociodemográfica que se asociaba más con los niveles de *burnout*. Concluyen que la tendencia muestra que los médicos casados o con hijos parecieran evidenciar menores niveles de SQT, lo que podría considerar como factor protector a la familia. Por el contrario, los profesionales con niveles altos de SQT se caracterizaron por ser mujer, no tener pareja estable y desempeñarse en el área de urgencias³⁹.

En los últimos años, el SQT ha adquirido gran importancia en las organizaciones, principalmente aquellas donde los profesionales trabajan con clientes o pacientes. Los médicos generales en el país son relativamente jóvenes; el promedio de edad para el presente estudio fue de 29,8 años, etapa del ciclo vital individual que se caracteriza por el inicio de cambios psicosociales que requieren adaptación de su estructura profesional, fomentar el desarrollo de pensamiento crítico con miras a emprender con bases sólidas el proyecto de vida, además de la formación de una familia como elemento fundamental de la sociedad, que proporcione un soporte dinámico y fortalezca las habilidades interpersonales y sociales del médico, para influir de manera positiva en los comportamientos disfuncionales en torno a su trabajo. La difusión laboral lleva al profesional a la dificultad para la realización personal, el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de insuficiencia y desconfianza en sus habilidades como profesional y finalmente el fracaso personal.

Los resultados representan para las instituciones una oportunidad de evaluar el desempeño de los médicos generales en sus diferentes servicios asistenciales y medir adecuadamente la percepción de las condiciones de trabajo y su impacto en la actividad diaria tanto en el entorno laboral como en el personal y familiar, de tal forma que se planteen estrategias para mejorar la calidad, el sentido de pertenencia institucional y el clima laboral²⁴.

Los médicos con niveles críticos de SQT deben asistir a una entrevista clínica y psicológica para descartar otros problemas que puedan influir en los síntomas, así como analizar la intensidad de las consecuencias del síndrome en su calidad de vida y evaluar el grado de incapacidad para el ejercicio de su profesión. Los investigadores enviaron un correo a los médicos identificados con niveles altos de SQT en el presente estudio, manteniendo el anonimato de los encuestados.

El estudio reporta una frecuencia total de SQT baja en comparación con otros estudios, pero lo reportado es significativamente considerable, ya que la mayoría de los médicos se encuentran en niveles medios, altos o críticos en alguna de las dimensiones evaluadas. Se propone para futuros estudios incluir variables como el número de turnos realizados, actividades extralaborales recreativas o intelectuales y escalas de medición de la funcionalidad familiar, como APGAR, que ya han sido descritas en estudios previos y podrían ser enriquecedoras para las investigaciones y la discusión.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecimientos a los asesores tanto temático como metodológico, por el esfuerzo y la dedicación en cada detalle. Al Dr. Gil Monte, quien a través de diferentes correos nos asesoró en el proceso de la recolección de datos y el uso adecuado de la escala. A la Dra. Ana María Tamayo, quien nos ayudó en la adquisición de cada cuestionario. Y a la Universidad de la Sabana, que nos acogió durante estos 3 años y nos permitió desarrollar las habilidades necesarias para lograr este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mingote Adán JC. Síndrome Burnout. Síndrome de desgaste profesional. Monografías de psiquiatría. 1977;5:1-44.
2. Freudenberg H, Richelson G. Burn out: the high cost of high achievement. What it is and how to survive it. Norvell: Anchor Press; 1980.
3. Freudenberg HJ. Staff Burn-out. J Soc Issues. 1974;30:159-65.
4. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
5. Devi S. Doctors in distress. Lancet. 2011;377:454-5.
6. Connolly JJ, Viswesvaran C. The role of affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. Pers Individ Dif. 2000;29:265-81.
7. Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin. The burnout syndrome: a medical praxis (Bern 1994) Perspective. 2008;97:477-87.
8. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Universidad de Almería, España. Int J Clin Health Psychol. 2004;4:137-60.
9. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. Ann Rev Psychol. 2001;52:397-422.
10. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. J Applied Psychol. 1986;4:630-40.
11. Ninín L. Asociación entre la percepción de errores médicos, disminución de la calidad de vida y síntomas de depresión y desgaste profesional. Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria. 2008;1:1. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/errores%20medicos.pdf>.
12. Rodríguez Paipilla MG, Rodríguez Gómez R, Riveros Gutierrez AE, Pinzón Salamanca JY. Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Universidad del Rosario, facultad de Epidemiología; 2011. p. 1-75.
13. Kaschka WP, Koczek D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011;108:781-7.

14. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*. 2010;6:Doc09.
15. Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*; 2010. p. 112.
16. Hernández T, Terán O, Navarrete D, León A. El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. 2007;3:50-68. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4-No.5.pdf>
17. Carrillo-Esper R, Gomez-Hernandez K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*. 2012;28:579-84.
18. Tejada P, Gómez V. Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Niversitas Psychologica*. 2012;11:863-73.
19. Gil-Monte PR, García-Juesas JA, Núñez EM, Carretero N, Roldán MD, Caro M. Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT). *INTERPSIQUIS*. 2006;10(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/24872/>
20. Moreno Jimenes B, Rodriguez Carvajal R, Escobar Redonda E. La evaluación del BurnOut profesional Factorialización del MBI GS. Un análisis preliminar Ansiedad y Estrés. 2001;7:69-78.
21. Esquivel-Molina CG, Buendía-Cano F, Martínez-García O, Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Velasco-Rodríguez VM. Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45:427-36.
22. Conclusiones de las Primeras Jornadas Europeas PAIMM-2001 sobre Programas de Atención para profesionales de la sanidad con problemas mentales y conductas adictivas en Europa. Disponible en: <http://www.paimm.net>
23. Arteman A. Los médicos enfermos. Un problema de sanidad pública, 1999. Disponible en: <http://www.alass.org/es/epistula/epistula-31-2.htm>
24. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:265-70.
25. Schroeder SA. The troubled profession: is medicine's glass half full or half empty. *Ann Intern Med*. 1992;116:583-92.
26. National survey of physicians — part III: Doctors' opinions about their profession [citado 19 Oct 2012]. Kaiser Family Foundation; 2002. Disponible en: <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/Highlights-and-Chart-Pack-2.pdf>
27. Survey of primary care physicians [citado 19 Oct 2012]. Merritt Hawkins & Associates; 2007. Disponible en: http://www.merrithawkins.com/pdf/2007_survey_primarycare.pdf
28. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67.
29. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172:1377-85.
30. Quiceno JM, Cinaccia Alpi S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo. *Act Colomb Psicol*. 2007;10.
31. Agudelo Cardona CA, Castaño Castrillón JJ, Arango Posada CA, Durango Rodríguez LA, Muñoz Gallego V, Ospina González A, et al. Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011. *Arch Med Manizales*. 2011;11: 91-100.
32. Vega NV, Sanabria A, Dominguez LC, Osorio C, Ojeda C, Bejarano M. Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Rev Colomb Cir*. 2009;24:153-64.
33. Gil-Monte PR. CESQT. Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo. Manual. Madrid: TEA; 2011.
34. Gil-Monte PR. Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse en el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2007;34:44-7. Disponible en: http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01.SQT/2007_Gestion_Practica_Prevencion.RRLL.pdf
35. Lozada V. Síndrome de quemarse por el trabajo en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México [tesis de posgrado no publicada]. México: Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía; 2010.
36. Guevara C, Henao P, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle Cali* 2002. *Colombia Med*. 2004;35:173-8.
37. Gutierrez J, Peña J, Montenegro J, Osorio D, Caicedo C, Gallego Y. Prevalencia y factores asociados a Burnout en médicos especialistas docentes de la Universidad Tecnológica de Pereira 2006. *Rev Med Risaralda*. 2008;14:15-22.
38. Murat K, Ozcan K. Burnout syndrome at the emergency service. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2006;14: 37-40.
39. Eckleberry-Huny J, Lick D, Boura J, Hunt R, Balasubramaniam M, Mulhem E, et al. An exploratory study of resident burnout and wellness. *Acad Med*. 2009;84:269-70.