

**SINDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN  
BARRANQUILLA EN EL AÑO 2018.**

**PRESENTADO POR:  
JORGE ANTONIO BLANCO DURAN  
LUIS RODRIGO TABOADA GONZALEZ**

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
INTERNA**

**ASESOR DE INVESTIGACIÓN  
JOSÈ VARGAS  
GUSTAVO DE LA HOZ**

**ASESOR METODOLÓGICO  
JESUS IGLESIAS**

**UNIVERSIDAD LIBRE  
SECCIONAL BARRANQUILLA 2018**

## **TABLA DE CONTENIDO**

1. PROBLEMA

2. JUSTIFICACIÓN

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4. MARCO TEORICO

5. DISEÑO METODOLOGÍCO

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

5.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

5.4 PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION

5.5 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

6. RESULTADO

7. BIBLIOGRAFIAS

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

9. PRESUPUESTO

## **LISTA DE TABLAS Y FIGURAS**

Tabla 1.

Consideración de la dimensión física en los cuestionarios de evaluación del síndrome de Burnout.

Tabla 2.

Etapas del proceso

Tabla 3.

Operacionalización de variables.

Tabla 4.

Cálculo de Puntuaciones

Tabla 5.

Valores de Referencia

## 1. PROBLEMA

La Medicina Interna es una especialidad clínica que atiende de forma holística los problemas de salud en pacientes adultos, ingresados a un centro hospitalario o a consultas externa con el propósito de conservar la homeostasis del medio interno; por tanto por las características que el SB presenta en su dimensión física, puede ser tanto objeto de estudio como de intervención de esta especialidad. Al respecto Juan López Felices en 2006 señala, que las consecuencias últimas del padecimiento de dicho síndrome son las secuelas físicas o problemas psicosomáticos, como insomnio, dolor de espalda, taquicardia, úlceras gástricas, cefaleas repetitivas, etc..., todo esto describe a un individuo con un índice de salud deteriorado y propenso a trastornos frecuentes de su salud (1). En éste aspecto cabe destacar que el individuo en el trabajo estará sometido a una situación de alarma que le generará algunos de estos síntomas, que al principio el organismo suele solventar reaccionando con mecanismos compensadores, pero va a ser la constancia de esa situación generada en el individuo, la que lleve a un debilitamiento por parte del organismo del individuo y posteriormente la aparición de dicho síndrome.

Coincidiendo con lo anteriormente planteado, en el volumen 4 del año 2012 la revista mexicana de salud del trabajo los autores evaluaron a 1368 trabajadores del sector salud, servicios legales y bomberos en busca del síndrome y a los mismos les calcularon el riesgo cardiovascular utilizando la ecuación de Framingham; el resultado: la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular en 10 años fue 65% mayor en el grupo de pacientes con síndrome de Burnout patológico en comparación con aquellos del grupo nivel bajo. (2)

No obstante a las evidencias que muestra la importancia de la evaluación física para diagnosticar y tratar el síndrome de Burnout , por una parte en los diversos test que se han diseñado, no se ha considerado, o se ha considerado poco la evaluación de los trastornos físicos que acompañan la condición psicológica y actitudinal hacia el trabajo del paciente, tal como lo muestra el cuadro que a continuación se muestra, producto de la revisión de una serie de cuestionarios diseñados más que todos por profesionales de la psicología.

**Tabla 1 Consideración de la dimensión física en los cuestionarios de evaluación del síndrome de Burnout**

Nombre del test	Año	Autores	Dimensión Física		
			Se considera	Se considera poco	No se considera
Staff Burnout Scale for Health Professional	1980	Maslach y Jackson		X	
Cuestionario de Maslach Burnout Inventory	1986	Jones J.W			X
El Burnout Measure (BM)	1988	Pines y Aronson		X	
Burnout Scale for Employees (MBSE)	1990	Matthews			X
Escala de Variables Predictoras del Burnout (EVPB)	1992	Aveni y Albani			
Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB)	1990	García Izquierdo			X
Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP),	1993	Moreno y Oliver			X
Holland Burnout Assessment Survey (HBAS)	1993	Holland y Michael			X
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS)	2005	Pedro Gil Monte		X	

Fuente: Elaborada por los investigadores con base en la revisión bibliográfica. 2018

Por otra parte como consecuencia de lo anterior los tratamientos se orientan básicamente solo hacia lo psicológico, dejando un tanto de lado la intervención del médico internista, a no ser porque la afectación física haya sido relevante.

En este sentido se hace necesario plantearse una investigación desde medicina interna que responda al siguiente interrogante:

**¿Cuál es el impacto del síndrome de Burnout en residentes de medicina interna en Barranquilla?**

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El Síndrome de Burnout se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y poca satisfacción con el trabajo.

En estudios internacionales recientes se ha determinado una alta prevalencia en la comunidad de internistas, más en residentes y en jefes de servicio y podría ser incluso mayor que en otras especialidades médicas.

No hay en la actualidad estudios nacionales que evalúen la prevalencia de este padecimiento en la comunidad de residentes de medicina interna, ni en internistas, por lo que la realización de este trabajo nos permitiría un primer acercamiento al problema, evaluando la prevalencia del síndrome, explorando los factores asociados a la presencia del síndrome y proponiendo acciones preventivas y de manejo.

### **En el caso de la prestación del servicio de salud y los profesionales de la salud**

- El síndrome de Burnout, al afectar a los profesionales de la salud, disminuye la calidad asistencial, pues perturba la relación de estos con los pacientes.
- Muchos estudios han concluido la alta prevalencia de este síndrome en el personal de salud, tanto en nuestro medio como en otros países, lo cual tiene consecuencias negativas no solo para el trabajador y el paciente como tales, sino también para la institución en la que el profesional se desempeña, esto repercute en el cumplimiento de los objetivos institucionales y en su equilibrio económico.
- Los médicos que cursan una especialidad médica no son ajenos a este riesgo laboral teniendo en cuenta las obligaciones medico asistenciales que le asignan combinados con la carga académica propia de cada especialidad, por lo tanto vemos de suma importancia el estudio de este síndrome en este grupo humano (3)

### **Con relación a la producción académica y la intervención profesional**

- El médico internista en el cumplimiento de sus funciones debe ampliar los aportes que esta especialidad puede hacer al tratamiento del síndrome desde la dimensión física, aspecto muy poco considerado tanto en los test como en los tratamientos al momento de diagnóstico.

- Teniendo en cuenta que este síndrome se caracteriza por una mala adaptación al estrés laboral es de vital importancia establecer las repercusiones físicas en el individuo la activación y segregación hormonal del eje hipotálamo – hipófisis-glándulas suprarrenales y las consecuencias de la persistencia de los niveles elevados de estas hormonas de una forma sostenida y crónica
- También el Internista debe velar por la educación de los pacientes con el fin fundamental de favorecer el autocuidado de las enfermedades ya diagnosticadas y ese aporte se derivará de los resultados que arroje este estudio

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción personal en los residentes de medicina interna en Barranquilla durante el año 2018.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Caracterizar los factores consultados en la encuesta que puedan estar asociados a la presencia de Síndrome de Burnout en la población participante en el estudio.
- Determinar la contribución de cada uno de los tres componentes del síndrome (Agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción personal) en la población a estudio.
- Categorizar a la población según las variables socio demográficas y calcular la prevalencia de SB con base en el MBI.



## **4. MARCO TEORICO**

### **SINDROME DE BURNOUT.**

#### **4.1 Epidemiologia**

Descrito desde 1970 el síndrome de Burnout, se describe en sus inicios como estrés emocional en el comportamiento laboral y se reportaba desde ese entonces mayor incidencia en los trabajadores de la salud (4). La denominación en español del Síndrome de Burnout no está definida y existen por lo menos 19 denominaciones (5) diferentes que hacen referencia al síndrome, por lo que en las publicaciones en el idioma español se utiliza la denominación original anglosajona para evitar sesgos. Hay muchos estudios enfocados en Síndrome de Burnout realizados en población médica, tanto en especialidades quirúrgicas (6) (7). Como en especialidades clínicas (8). Golub et al (9) muestran que el Síndrome de Burnout es más prevalente en médicos con un 37.9% de prevalencia y en la población general con un 27.8%; y en la población medica los que no cumplían con los criterios para el diagnóstico de Síndrome de Burnout el 45,8% presentaba por lo menos un síntoma de Burnout. Shanafelt et al reportan en su estudio que el 50% de los médicos estudiados presentan síntomas, algo mayor en los especialistas de urgencias, medicina familiar y medicina interna; Arora et al (10) y Saleh et al (11) en sus estudios concuerdan con estos resultados, con presencia de síntomas en 40 al 60% de los profesionales estudiados. Saleh et al reporta en su estudio una alta incidencia en los jefe de especialidad con 38% siendo el cansancio emocional el síntoma más común, en otro estudio se reporta una incidencia del 52% en los jefes de especialidad (12). Sargent et al (13) reporta mayor incidencia en ortopedistas jóvenes y en Australia (14) en 2014 se realizó estudio en residentes de ortopedia en 51 residentes se encontraron 26% de los estudiados con cansancio emocional, 10% con despersonalización y 37% con falta de satisfacción en sus labores. En Estados Unidos después de la restricción horaria de no más de doce horas seguidas de trabajo se estudió por Barrack et al (15) los efectos de esta restricción horaria con mejoría de los síntomas de cansancio emocional y de satisfacción laboral pero la despersonalización permanecía igual, sin embargo en otros trabajos realizados en Europa y Australia se encontró que también mejora la despersonalización, lo que hace pensar que factores culturales influyen en este síntoma.

## **4.2. Expresión clínica**

La sintomatología y los efectos negativos en la salud emocional y el desempeño laboral son evidentes y llevan a una disminución de la calidad de vida en general. El cansancio emocional deriva en cansancio físico y falta de criterio; la despersonalización en cinismo y falta de empatía en la relación médico paciente y con los colegas; y la insatisfacción personal en menor efectividad y menor productividad. Síntomas y síndromes asociados en los especialistas estudiados y con Síndrome de Burnout son la depresión, el alcoholismo, el abuso de drogas, infertilidad masculina, diabetes mellitus 2, enfermedad cardíaca, síndrome metabólico, desbalance del sistema simpático, alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal e infarto de miocardio. A nivel institucional se evidencia una actitud negativa, un pobre desempeño laboral, ausentismo, errores médicos, pérdida de compasión por el paciente, conversaciones tensas con colegas, subalternos y pacientes, experiencias negativas.

### **Aspectos Clínicos Asociados.**

Teniendo en cuenta la definición de síndrome de Burnout y entendiéndolo como un proceso crónico de estrés es pertinente conocer la fisiología del estrés y las implicaciones en el humano. El estrés psicológico aumenta la secreción cortico suprarrenal y de ACTH, casi cualquier tipo de estrés físico o mental aumenta de modo considerable la secreción de ACTH en breves minutos y, en consecuencia, también la de cortisol, que llega a multiplicarse hasta 20 veces. Con la respuesta secretora rápida y potente de la corteza suprarrenal después de un traumatismo estresante. Los estímulos dolorosos inducidos por cualquier tipo de estrés físico o daño tisular se transmiten primero en sentido proximal al tronco del encéfalo y luego a la eminencia media del hipotálamo. Desde esta, se secreta Corticotropina (CRF) al sistema porta de la hipófisis. Pocos minutos después, toda la secuencia reguladora provoca la aparición de grandes cantidades de cortisol en la sangre. El estrés mental puede inducir un aumento, igualmente rápido, de la secreción de ACTH, que se cree debido a la estimulación del sistema límbico, sobre todo de la región de la amígdala y del hipocampo, que transmiten señales a la región postero medial del hipotálamo.

El cortisol tiene dentro de sus funciones principales incrementar el nivel de glucosa a través de la gluconeogénesis, suprimir el sistema inmunológico y ayudar al metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos.

La Adrenalina Incrementa la frecuencia cardíaca, vasodilatación, produce bronco dilatación, y participa en la reacción de lucha o huida del sistema nervioso simpático. Y la Noradrenalina incrementa las contracciones cardiacas. Como hormona del estrés, la Norepinefrina afecta partes del cerebro tales como la amígdala cerebral, donde la atención y respuestas son controladas. Desencadena la liberación de glucosa de las reservas de energía, e incrementando el flujo sanguíneo hacia el músculo esquelético. Incrementa el suministro de oxígeno del cerebro (16).

En relación a los procesos de intercambio social con los usuarios, los profesionales identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales no buscan apoyo social en situaciones de estrés.

Un estudio que trata de sustentar el efecto del cortisol en los trabajadores expuesto a estrés crónico y la relación con el sistema autónomo y el eje hipotálamo Hipofisario es el que se publicó en 2013 por la asociación española de psicología clínica y psicopatología donde establecen que el Burnout es un estado de estrés donde el sistema nervioso autónomo y el eje Hipotalamo Hipofisario Suprarrenal están implicados. El estrés crónico se relaciona con la activación de este eje, lo cual puede observarse en los niveles de cortisol salival y por la depresión del sistema inmune (IgA y lisozima salivales). Por otro lado, el estrés agudo se asocia con la activación del eje Simpatico Medulo Suprarrenal, a través de la  $\alpha$ -amilasa y la cromogranina A (CgA) salivales.

La vida media del cortisol salival es de alrededor de una hora y la de la cromogranina A (CgA) salival de 15-20 minutos. La vida media de  $\alpha$ -amilasa en plasma sanguíneo es de 12-24 horas, pero en saliva se desconoce. Es por ello que las tomas de muestras de  $\alpha$ -amilasa y cromograninas salivales deben ser realizadas al final de la tarde, al presentar niveles óptimos. El nivel del cortisol salival es más bajo que el sanguíneo, pero es utilizado con mayor frecuencia por su fácil acceso. Los niveles mayores de cortisol salival se obtienen por la mañana al despertar, por lo que se recomienda la toma de muestras en

ese intervalo. Este aspecto es importante, porque algunas de las inconsistencias observadas entre los estudios que se han publicado para establecer la relación entre cortisol y Burnout podrían deberse al hecho de no tener en cuenta las diferencias existentes entre las concentraciones de cortisol salivar y sanguíneo, por los diferentes estadios en el desarrollo del síndrome de Burnout, o por la variación circadiana a la que se hace referencia. No hay diferencias en los niveles de cortisol salivar entre los periodos dentro de la jornada de trabajo y fuera de ella, y sólo en mujeres se han visto diferencias en testosterona salivar, siendo menores durante el trabajo. Los empleados con estrés crónico muestran niveles más altos de cortisol durante la jornada laboral, por lo que cabe pensar que el Burnout podría incrementar los valores de cortisol. Las mujeres con Burnout muestran una desregulación en la actividad del eje Hipotalo Hipofisiario Suprarrenal, caracterizada por niveles de cortisol salival elevado al despertar. Entre los hombres, se han observado crecientes niveles de cortisol sólo en participantes con niveles altos de Burnout. También se han encontrado niveles de cortisol más altos en personal de la salud en el servicio de urgencia, y mayores incrementos de cortisol salival tras manejar pacientes en situaciones que implican riesgo. Por otro lado, existe una correlación positiva entre cortisol salival y síntomas depresivos, ansiedad y estrés postraumático entre personal de servicios expuesto a situaciones de urgencia. Aunque en el meta análisis de Danhof-Pont no se observaron asociaciones entre el Burnout y los niveles de cortisol, este resultado se atribuyó a que la toma de cortisol no había sido realizada en el momento adecuado, es decir, al despertar. Los individuos con Burnout parecen mostrar menores niveles de cortisol, mayores niveles de dihidroepiandrosterona y mayor supresión del cortisol tras el test de supresión de cortisol con dexametasona. Esto apoyaría la visión de que la gravedad del Burnout se encuentra asociada al funcionamiento del eje Hipotalamo-Hipofisis suprarrenal. Sin embargo, en el meta-análisis de Danhof-Pont, solamente un estudio (Pruessner, Hellhammer y Kirschbaum, 1999), de los cinco utilizados (Langelaan, Bakker, Schaufeli, van Rhenen y van Doormen, 2006; Mommersteeg, Heijnen, Kavelaars y van Doormen, 2006), encontró supresión del cortisol tras la dexametasona, lo cual señala de nuevo la importancia de unificar la hora de la toma de muestras.  $\alpha$ -amilasa y cromogranina A (CgA) salivales. Ambos marcadores se han estudiado, más que en el Burnout, en estrés psicosocial. Así, se sabe que la inmunoreactividad de la CgA salival se ve aumentada en varones que realizan una exposición oral en público, así como en mujeres estudiantes que realizan procesamiento de textos. También se ha observado que el nivel de estrés antes de los exámenes en estudiantes universitarios, no se ve

relacionado con los niveles de CgA salival (Ng, Koh, Mok et al., 2003). Igualmente, en participantes expuestos a tareas aritméticas con altos niveles de ansiedad, no se vieron elevados los niveles de CgA, pero si los de  $\alpha$ -amilasa salival (Noto, Sato, Kudo, Kurata, y Hirota, 2005). Por último, durante la realización de una prueba de estrés social mediante una tarea aritmética y un discurso libre ante público, se encontró que los niveles de  $\alpha$ -amilasa se incrementaron significativamente. Parece ser que la  $\alpha$ -amilasa salival podría ser un parámetro útil para la medida del estrés psicosocial, pero está por ver si de igual modo podría serlo para evaluar el estrés laboral crónico (Nater et al., 2006). La relación entre los biomarcadores de los ejes Hipotalamo Hipofisiario Suprarrenal y Simpático Medulo Suprarrenal con la Tensión arterial y la Frecuencia cardiaca resulta evidente, puesto que un signo de desregulación del eje Simpático Medulo Suprarrenal es la hipertensión, mientras que la hiper/hiposecreción de cortisol es indicativo de la desregulación del eje Hipotalamo Hipofisiario Suprarrenal. En el Burnout, se han encontrado desequilibrios del eje SAM respecto a los valores cardiovasculares basales, observando una Frecuencia cardiaca elevada (De Vente et al., 2003). Asimismo, parece haber desregulación del eje hipotálamo Hipófisis Suprarrenal por la hipercortisolemia presente al despertar. Niveles elevados de cortisol durante la mañana y alta tensión arterial pueden ser indicativos de un exceso de activación. Los resultados de pacientes con Burnout son más similares a los observados en estrés laboral, que a lo encontrado en fatiga crónica o en trastorno por estrés postraumático. El estudio del grupo de Juster, cuyos problemas metodológicos (ej. utilización de un escaso tamaño muestral que no permite un control adecuado de las variables, desigual distribución de los participantes por sexos, entre otros) ponen en jaque los resultados, indica relaciones inversas entre el estrés crónico y los niveles de cortisol, sugiriendo que la hipocortisolemia podría ser una característica del Burnout que haría difícil la cura de pacientes con alta carga alostática Juster et al (17).

### **4.3. Factores de riesgo**

La exigencia laboral es una clave para el éxito del internista, sin embargo esta misma rigurosidad se convierte en un factor estresante que puede llevar a la aparición del Síndrome de Burnout, la clave en el diagnóstico y la prevención del Síndrome de Burnout está en la identificación temprana de los factores de riesgo y su ataque frontal antes del desarrollo del síndrome como tal. Sargent et al (18) realizaron un estudio con 110 personas en el que aplicaron el "Maslach Burnout Inventory adaptado para los servicios humano",

MBI- HSS (por sus siglas en ingles) y encontraron asociado al cansancio emocional situaciones como estrés en el hogar, desequilibrio entre las expectativas profesionales y familiares y que entre signos tempranos para la despersonalización están la irritabilidad y el estrés social. Sin embargo en estos estudios en lo que el componente subjetivo de la experiencia es muy difícil definir si toda esta constelación de síntomas son factores de riesgo que llevan al Burnout o en realidad son consecuencias del mismo.

#### **4.4. Diagnostico**

El diagnostico se realiza implementando un cuestionario el MBI- HSS, es el “Maslach Burnout Inventory” adaptado para los servicios humanos, o para implementar en los trabajadores de la salud (Ver Anexo 1), es un cuestionario de 22 preguntas, ya validado en los que son evaluados los tres campos que hacen el diagnostico, el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de satisfacción personal con la labor desempeñada. 10 Gabbe et al<sup>18</sup> han hecho modificación al MBI- HSS y también se ha implementado el cuestionario de salud general de 12 apartados 10, sin embargo en los estudios más recientes de Síndrome de Burnout los autores han estado usando el MBI – HSS. Estrategias como tamizaje en masa o la identificación de factores de riesgo han sido propuestas y tratadas de poner en marcha sin obtener mucho éxito.

#### **4.5. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory**

El cuestionario Maslach de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo para el diagnóstico de Síndrome de Burnout, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach <sup>(19) (20)</sup> se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y satisfacción personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran diagnosticas las altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y las bajas en la tercera. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Subescala

de satisfacción personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos: 0 = Nunca. 1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos. 3 = Unas pocas veces al mes o menos. 4 = Una vez a la semana. 5 = Pocas veces a la semana. 6 = Todos los días.

#### **4.6. Tratamiento.**

El manejo del Síndrome de Burnout es un desafío ya que no existen trabajos con un nivel de evidencia tipo I o guías de manejo que indiquen la terapéutica en esta entidad. Ver Tabla 1. Goodman y Schorling (21) en 2012 tomaron 93 trabajadores de la salud, 51 de ellos especialistas médicos con diagnóstico de Síndrome de Burnout y se propuso el manejo con acciones para tomar conciencia emocional y física, estas incluían sesiones didácticas, con técnicas de respiración y ejercicios tipo Yoga. Al comparar la media en 11 el estrés emocional de los especialistas médicos con los otros trabajadores de la salud se halló en los especialistas una media 55% en estos síntomas mientras que en los otros trabajadores fue de 35,9%, así mismo la despersonalización con 21.3% en los especialistas médicos y un 7.7% en los otros trabajadores de la salud. En cuanto al tratamiento se encontró que estas técnicas mejoran los tres aspectos del Síndrome de manera estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), con disminución del cansancio emocional al inicio de 28.1 a un puntaje de 21.3 al final de las sesiones, la despersonalización al inicio de 9.2 y al final en 6.7 y la satisfacción con el desempeño laboral inicial de 37.7 y al final con aumento a 41 puntos.

#### **4.7. Prevención**

Es crucial minimizar los efectos del Burnout tanto para los pacientes como para la institución y el profesional. Una de las medidas más importantes es la optimización del bienestar institucional para el residente y el profesional en medicina interna. Sargent et al<sup>10</sup> en un estudio con 264 docentes y 384 residentes evaluaron los posibles factores protectores en la aparición del Síndrome de Burnout y encontraron en los docentes el bienestar institucional, el apoyo por el equipo de trabajo, la presencia de un mentor, la

pertenencia a la sociedad nacional, la separación de asuntos personales de los laborales, la meditación, el ejercicio, la limitación en el consumo de alcohol y tiempo de calidad con la pareja fueron todos factores protectores. En los residentes por su parte se encontraron como factores protectores el trabajar con un docente o mentor, la separación de asuntos personales de los laborales, el tiempo personal enfocado en el ejercicio y pasatiempos, las vacaciones, la limitación en el consumo de alcohol y tener intereses religiosos o en la fe. Saleh et al encontró como factores protectores las relaciones personales fuertes con el conyugue, hijos o amigos y hace la semejanza a los grupos de apoyo de los atletas de elite. Maslach et al enfocan todos estos factores protectores a nivel institucional e indica que la creación de grupos especializados en el manejo de patologías indicadas, el respeto de la autonomía del médico y una adecuada infraestructura para llevar a cabo las labores de medicina interna son factores protectores en el Síndrome de Burnout.

- **ESTADOS SUCESIVOS DEL BURNOUT**



Fuente: Tomado de ALVAREZ GALLEGO\*, L. FERNANDEZ RIOS El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional .revisión de estudios.

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACION

Corresponde a un estudio observacional, descriptivo, transversal. El cual es estadístico, demográfico y epidemiológico; su función es medir la prevalencia de la exposición y del



efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado.

## **5.2 DISEÑO DE INVESTIGACION**

La presente investigación corresponde a una investigación de tipo cuantitativo teniendo en cuenta que es un procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que puedan ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística. Por eso la investigación cuantitativa se produce por efecto y causa de las cosas.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Inicialmente la población estará conformada por los residentes de medicina interna de la cual se escogerán los estudiantes de 1er y 2do año de las universidades Libre, Metropolitana y Simón Bolívar de Barranquilla.

Posteriormente en la segunda etapa del proceso, los integrantes de la muestra la constituirá los encuestados que presenten grados de la presencia del síndrome.

## **5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Tipo de Muestreo: muestreo no probabilístico por conveniencia con un total de 82 participantes.

## **5.4 PROCEDIMIENTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION**

Para la ejecución de la siguiente investigación se aplicó a los residentes de primer y segundo año de 3 programas de medicina interna en Barranquilla, la encuesta "MBI" en su versión para los profesionales de la salud (MBI-HSS por sus siglas en ingles), herramienta validada y usada para el diagnóstico y seguimiento de esta entidad.

La encuesta se hizo de manera personalizada en cada una de las facultades y con consentimiento informado de los participantes.

Los resultados se tabularon con ayuda de la herramienta de Microsoft Office conocida como Excel (versión 2016).

Los análisis estadísticos se realizaron con ayuda del software Statgraphics versión 16. En el análisis descriptivo se aplicaron tablas de frecuencia, gráficos de sector e intervalos de confianza del 95%.

En el análisis de relación se aplicó un modelo de regresión logística para evaluar la influencia de las preguntas y de las variables sociodemográficas en la presencia o no del síndrome de burnout y cada una de sus dimensiones.

## Proceso

Tabla 2. Etapas del proceso

Primera Etapa	Segunda Etapa
1- Diseño del proyecto	1- Organización del grupo que se intervendrá clínicamente
2- Aplicación del Cuestionario Maslach	2- Intervención desde medicina interna
3- Procesamiento de la información	3- Resultados finales
4- Organización de resultados en figuras	
5- Análisis de la información	

Fuente: Elaborado por los autores del proyecto Luis Rodrigo Taboada González y Jorge Antonio Blanco Duran, Residentes de Tercer año de Medicina Interna de la Universidad Libre Seccional Barranquilla 2018

## 5.5 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para efecto de esta investigación se aplicará inicialmente el cuestionario de el Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) está dirigida a los profesionales de

la salud y está considerada la versión clásica del MBI Es una herramienta que se ha validado y aplicado a nivel mundial.

Se escogió además porque esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal (22).

Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las ubicadas por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera. (Observe anexo 1y 2)

**Tabla 3. Operacionalización de variables.**

<b>NOMBRE</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>
<b>GENERO</b>	Cualitativa	Nominal	Femenino / Masculino
<b>ESTADO CIVIL</b>	Cualitativa	Nominal	Sotero / Casado / Unión Libre / Separado
<b>ESTRATO SOCIAL</b>	Cuantitativa	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6
<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Intervalo	24 – 28 28 – 32 32 – 35 35 – 39 39 - 43

**Definición de variables:**

**Género:** Clasificación de los seres humanos como hombres y mujeres, dependiendo de sus características morfológicas.

**Estado Civil:** Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, sin que sea su pariente.

**Estrato Social:** Grupo de personas diferenciado de otro en una sociedad por su nivel socioeconómico.

**Edad:** Espacio de años que han corrido desde el nacimiento hasta la fecha.

## **DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU MEDICIÓN**

### **Subescalas**

#### **1. SUBESCALA DE AGOTAMIENTO O CANSANCIO EMOCIONAL**

Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.

#### **2. SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN.**

Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

#### **3. SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL**

Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

**RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA** 0 = Nunca. 1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos. 3 = Unas pocas veces al mes. 4 = Una vez a la semana. 5 = Unas pocas veces a la semana. 6 = Todos los días.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

**Tabla 4. Cálculo de Puntuaciones**

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total Obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

Fuente: Con base en Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach

## VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su quehacer profesional (23)

**Tabla 5. Valores de Referencia**

DIMENSIONES	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0.18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización Personal	0-33	34-39	40-56

Fuente: Con base en Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach

## 5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

**Resolución 8430 de 1993:** Según el art 11 de esta resolución podemos clasificar a este trabajo de investigación en investigación sin riesgo. Esta investigación no generará amenaza sobre la integridad física de los participantes incluidos en el estudio, de la misma manera se guarda confidencialidad y privacidad de las encuestas.

## 6. RESULTADOS.

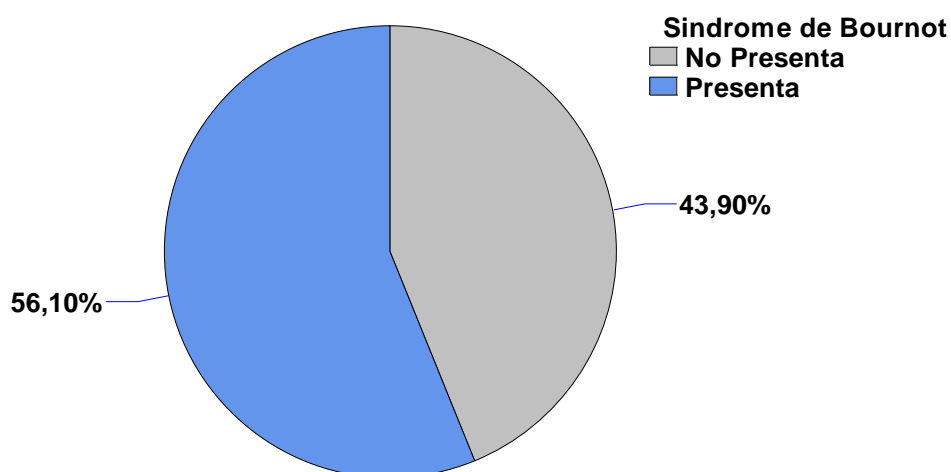
## Análisis Descriptivo Inicial

Análisis para presencia de síndrome de Burnout de manera global, es decir que presenten alguna de las tres dimensiones que conforman el síndrome de Burnout:

**Tabla de Frecuencia para Total de Casos de Síndrome de Burnout**

			Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa
1	No Presenta	36	0,4390
2	Presenta	46	0,5610

**Diagrama de Sectores de Síndrome de Burnout**



Intervalo aproximado de confianza del 95,0% para la proporción de residentes que presentan alguna de las dimensiones del síndrome de Burnout: 44,7% - 67,05%

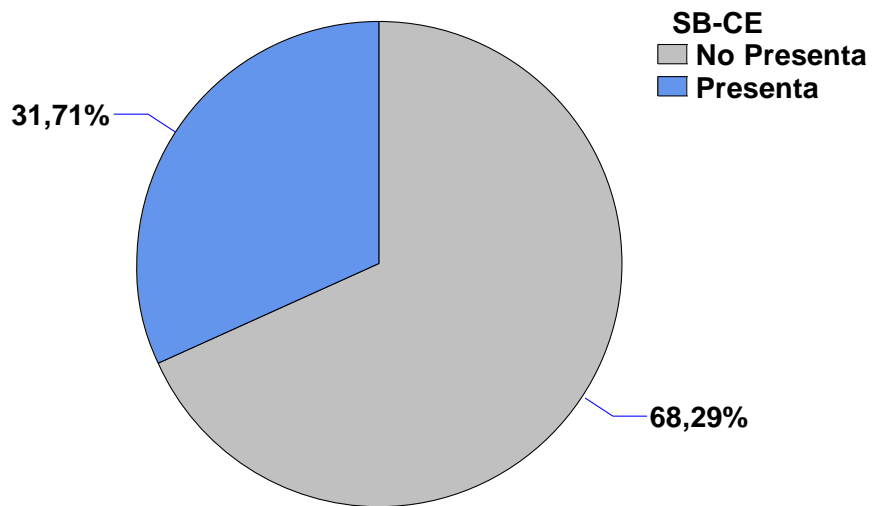
Análisis para el síndrome de Burnout asociado al cansancio emocional:

**Tabla de Frecuencia para SB-CE**

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>

1	No Presenta	56	0,6829
2	Presenta	26	0,3171

**Diagrama de Sectores de SB-CE**



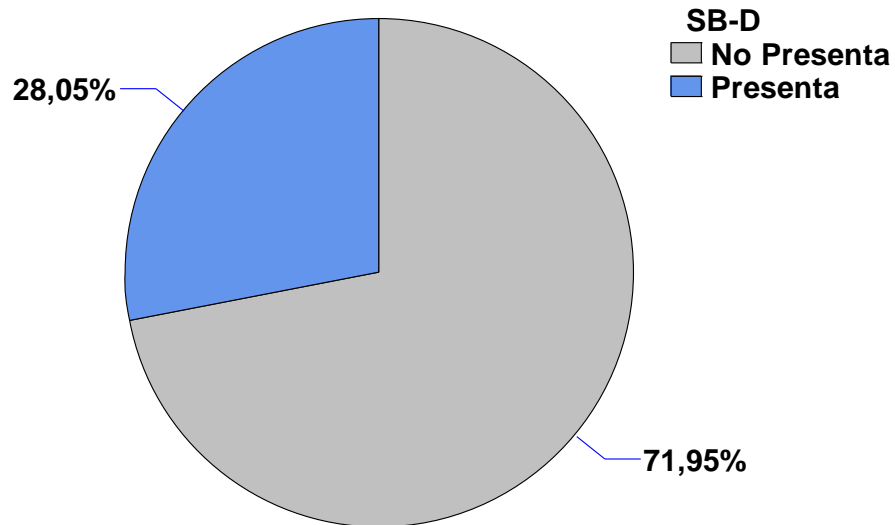
Intervalo aproximado de confianza del 95,0% para la proporción de residentes que presentan el síndrome de Burnout debido a cansancio emocional: 21,86% - 42,91%

Análisis para el síndrome de Burnout asociado a la despersonalización:

**Tabla de Frecuencia para SB-D**

			<b><i>Frecuencia</i></b>
<b><i>Clase</i></b>	<b><i>Valor</i></b>	<b><i>Frecuencia</i></b>	<b><i>Relativa</i></b>
1	No Presenta	59	0,7195
2	Presenta	23	0,2805

**Diagrama de Sectores de SB-D**



Intervalo aproximado de confianza del 95,0% para la proporción de residentes que presentan el síndrome de Burnout debido a la despersonalización: 18,68% - 39,05%

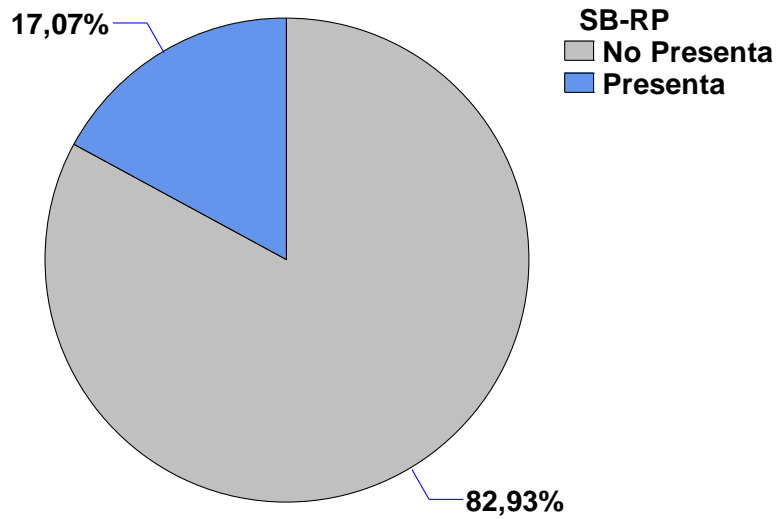
Análisis para el síndrome de Burnout asociado a la realización personal:

**Tabla de Frecuencia para SB-RP**

			<b><i>Frecuencia</i></b>
<b><i>Clase</i></b>	<b><i>Valor</i></b>	<b><i>Frecuencia</i></b>	<b><i>Relativa</i></b>
1	No Presenta	68	0,8293
2	Presenta	14	0,1707



**Diagrama de Sectores de SB-RP**



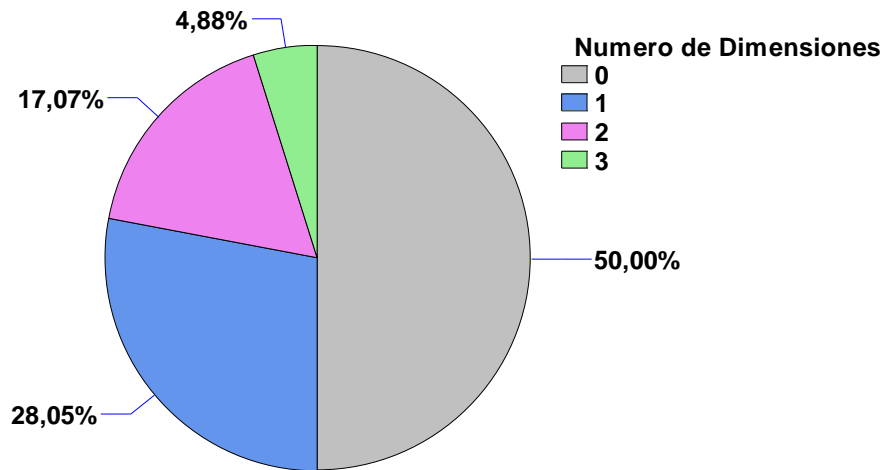
Intervalo aproximado de confianza del 95,0% para la proporción de residentes que presentan el síndrome de Burnout debido a la realización personal: 9,65% - 26,98%

Análisis para el número de dimensiones del síndrome de Burnout presentes en los estudiantes analizados:

**Tabla de Frecuencia para Total de Dimensiones Encontradas**

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	0	41	0,5000	41	0,5000
2	1	23	0,2805	64	0,7805
3	2	14	0,1707	78	0,9512
4	3	4	0,0488	82	1,0000

**Diagrama de Sectores de Dimensiones Encontradas**



### **Preguntas Con Mayor Asociación A La Presencia De La Dimensión De Cansancio Emocional**

Se aplicó un modelo de regresión logística para determinar cuáles de las variables sociodemográficas y cuáles de las preguntas están asociadas a la presencia de síndrome de Burnout debido a la dimensión de cansancio emocional:

#### **Análisis de Desviación**

<i>Fuente</i>	<i>Desviación</i>	<i>GI</i>	<i>Valor-P</i>
Modelo	102,423	5	0,0000
Residuo	0,0188013	76	1,0000
Total (corr.)	102,442	81	

#### **Pruebas de Razón de Verosimilitud**

<i>Factor</i>	<i>Chi-Cuadrada</i>	<i>GI</i>	<i>Valor-P</i>
2	15,5974	1	0,0001
13	17,6897	1	0,0000
14	16,3709	1	0,0001

<b>Factor</b>	<b>Chi-Cuadrada</b>	<b>GI</b>	<b>Valor-P</b>
6	34,0773	1	0,0000
20	41,5308	1	0,0000

En la tabla de análisis de desviación el valor p del modelo de regresión logística arroja un resultado menor de 0,05 (0,000) por tanto al menos una de las variables estudiadas tiene relación con la presencia de síndrome de Burnout asociado al cansancio emocional. Posteriormente se generaron las pruebas de razón de verosimilitud, donde al final resultaron significativas las preguntas 2, 13, 14, 6 y 20.

$$SB - CE = e^{eta/(1+e^{eta})}$$

En donde

$$eta = -217,79 + 9,29*2 + 22,99*13 + 10,87*14 + 22,98*6 + 22,35*20$$

A partir de los coeficientes del modelo de regresión logística podemos evidenciar que las preguntas 13 (coeficiente: 22,99 pregunta: “Me siento frustrado en mi trabajo”), 6 (coeficiente: 22,98 pregunta: “Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo”) y 20 (coeficiente: 22,35 pregunta: “Me siento acabado”) tienen una mayor influencia sobre el hecho de que un estudiante presente Cansancio Emocional.

### **Preguntas Con Mayor Asociación A La Presencia De La Dimensión Despersonalización**

Se aplicó un modelo de regresión logística para determinar cuáles de las variables sociodemográficas y cuáles de las preguntas están asociadas a la presencia de síndrome de Burnout debido a la dimensión de despersonalización:

#### **Análisis de Desviación**

<b>Fuente</b>	<b>Desviación</b>	<b>GI</b>	<b>Valor-P</b>
Modelo	97,3168	4	0,0000
Residuo	0,00300575	77	1,0000
Total (corr.)	97,3198	81	

### Pruebas de Razón de Verosimilitud

<b>Factor</b>	<b>Chi-Cuadrada</b>	<b>Gl</b>	<b>Valor-P</b>
5	8,76297	1	0,0031
10	30,9831	1	0,0000
11	42,979	1	0,0000
Genero	8,41048	1	0,0037

En la tabla de análisis de desviación el valor p del modelo de regresión logística arroja un resultado menor de 0,05 (0,000) por tanto al menos una de las variables estudiadas tiene relación con la presencia de síndrome de Burnout asociado a la dimensión de despersonalización. Posteriormente se generaron las pruebas de razón de verosimilitud, donde al final resultaron significativas las preguntas 5, 10, 11 y el sexo del estudiante.

$$SB - CE = e^{\eta/(1+e^{\eta})}$$

En donde:

$$\eta = -107,415 + 7,15893*5 + 16,3134*10 + 16,5313*11 - 31,7657*Genero=Femenino$$

A partir de los coeficientes del modelo de regresión logística podemos evidenciar que las preguntas 10 (coeficiente: 16,31 pregunta: “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión”), 16 (coeficiente: 16,53 pregunta: “Trabajar directamente con las personas me produce estrés”) y sexo del estudiante (coeficiente: - 31,76 para femenino, lo que significa que el ser de sexo femenino ayuda a disminuir el riesgo del síndrome de Burnout para la dimensión de despersonalización) tienen una mayor influencia sobre el hecho de que un estudiante presente Cansancio Emocional.

### Preguntas Con Mayor Asociación A La Presencia De La Dimensión Realización Personal

Se aplicó un modelo de regresión logística para determinar cuáles de las variables sociodemográficas y cuáles de las preguntas están asociadas a la presencia de síndrome de Burnout debido a la dimensión de realización personal:

### Análisis de Desviación

<b>Fuente</b>	<b>Desviación</b>	<b>GI</b>	<b>Valor-P</b>
Modelo	74,9519	4	0,0000
Residuo	0,00341909	77	1,0000
Total (corr.)	74,9553	81	

### Pruebas de Razón de Verosimilitud

<b>Factor</b>	<b>Chi-Cuadrada</b>	<b>GI</b>	<b>Valor-P</b>
4	7,00642	1	0,0081
7	28,1034	1	0,0000
17	20,952	1	0,0000
19	25,025	1	0,0000

En la tabla de análisis de desviación el valor p del modelo de regresión logística arroja un resultado menor de 0,05 (0,000) por tanto al menos una de las variables estudiadas tiene relación con la presencia de síndrome de Burnout asociado a la realización personal. Posteriormente se generaron las pruebas de razón de verosimilitud, donde al final resultaron significativas las preguntas 4, 7, 17, y 19.

$$SB - CE = e^{eta/(1+e^{eta})}$$

En donde

$$eta = 324,176 - 5,42511*4 - 21,6623*7 - 25,3088*17 - 18,2391*19$$

A partir de los coeficientes del modelo de regresión logística podemos evidenciar que las preguntas 7 (coeficiente: -21,66 pregunta: "Trato muy eficazmente los problemas personales"), 17 (coeficiente: -25,30 pregunta: "Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes") y 19 (coeficiente: -18,23 pregunta: "He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión") actúan como factores de protección (debido a los valores negativos de los coeficientes) ante el riesgo de padecer el síndrome de Burnout debido a la dimensión de realización personal.

## Preguntas Con Mayor Asociación A La Presencia Del Síndrome de Burnout en Cualquiera de sus Tres Dimensiones

Se aplicó un modelo de regresión logística para determinar cuáles de las variables sociodemográficas y cuáles de las preguntas están asociadas a la presencia de síndrome de Burnout:

### Análisis de Desviación

<i>Fuente</i>	<i>Desviación</i>	<i>GI</i>	<i>Valor-P</i>
Modelo	29,8017	2	0,0000
Residuo	82,6519	79	0,3673
Total (corr.)	112,454	81	

### Pruebas de Razón de Verosimilitud

<i>Factor</i>	<i>Chi-Cuadrada</i>	<i>GI</i>	<i>Valor-P</i>
20	18,3865	1	0,0000
21	10,6889	1	0,0011

En la tabla de análisis de desviación el valor p del modelo de regresión logística arroja un resultado menor de 0,05 (0,000) por tanto al menos una de las variables estudiadas tiene relación con la presencia de síndrome de Burnout en los estudiantes analizados. Posteriormente se generaron las pruebas de razón de verosimilitud, donde al final resultaron significativas las preguntas 20 y 21.

$$SB - CE = e^{eta/(1+e^{eta})}$$

En donde:

$$\eta = 0,493565 + 0,611048*20 - 0,397837*21$$

A partir de los coeficientes del modelo de regresión logística podemos evidenciar que las preguntas 20 (coeficiente: 0,611 pregunta: “Me siento acabado”) mide un factor de riesgo muy relacionado con el síndrome de Burnout, en cambio la pregunta 21 (coeficiente: - 0,397 pregunta: “En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma”) actúa como un factor de protección debido a que el coeficiente presenta un signo negativo, es decir entre más actué la persona de esa manera, es menos propenso de padecer del síndrome de Burnout.

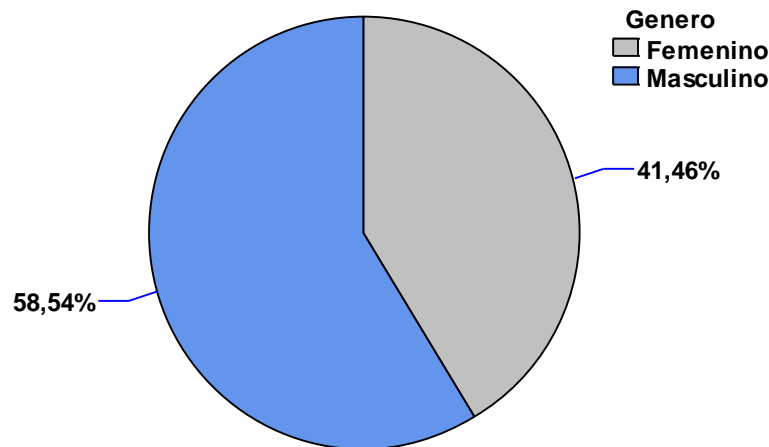
## ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS

### VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS

Tabla de Frecuencia para Género

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	Femenino	34	0,4146
2	Masculino	48	0,5854

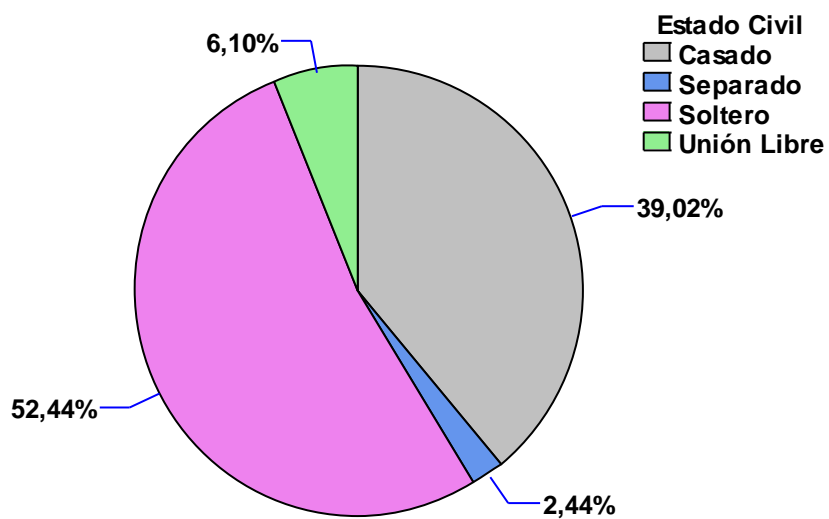
Diagrama de Sectores de Genero



**Tabla de Frecuencia para Estado Civil**

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	Casado	32	0,3902
2	Separado	2	0,0244
3	Soltero	43	0,5244
4	Unión Libre	5	0,0610

**Diagrama de Sectores de Estado Civil**

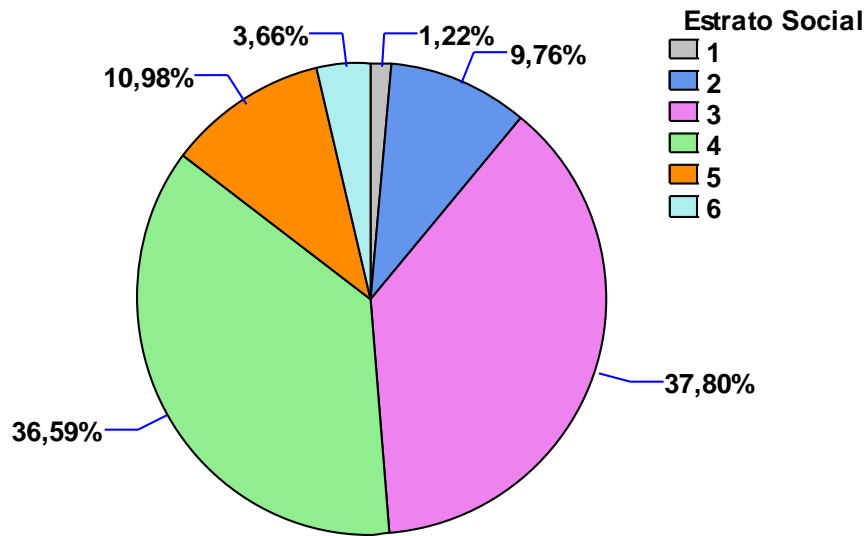


**Tabla de Frecuencia para Estrato Social**

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	1	1	0,0122
2	2	8	0,0976
3	3	31	0,3780
4	4	30	0,3659
5	5	9	0,1098
6	6	3	0,0366



**Diagrama de Sectores de Estrato Social**



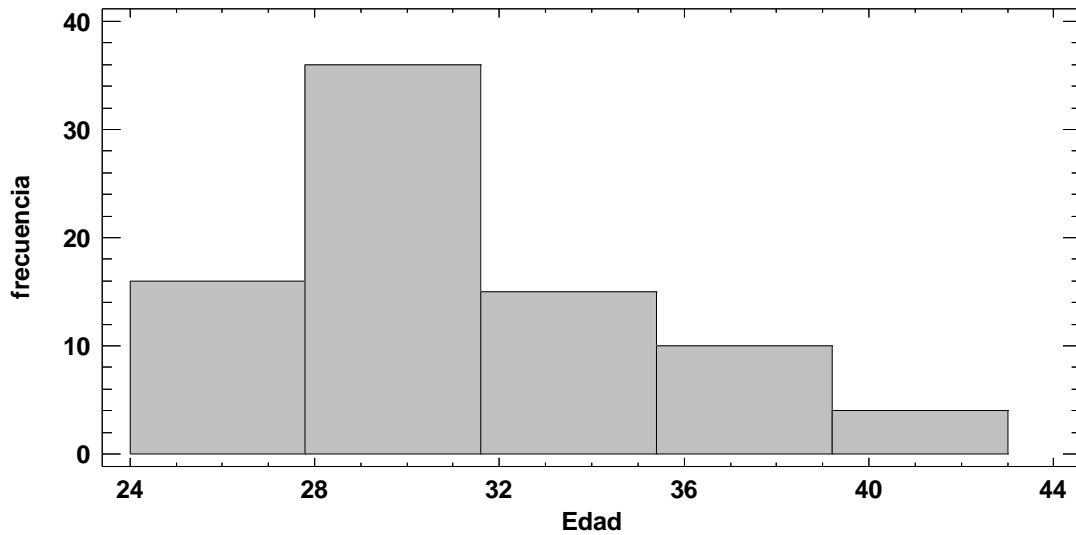
**Resumen Estadístico para Edad**

Recuento	82
Promedio	30,9634
Mediana	30,0
Desviación Estándar	4,46508
Coeficiente de Variación	14,4205%
Mínimo	24,0
Máximo	43,0
Rango	19,0

**Tabla de Frecuencias para Edad**

<i>Clase</i>	<i>Límite Inferior</i>	<i>Límite Superior</i>	<i>Punto Medio</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>	<i>Frecuencia Acumulada</i>	<i>Frecuencia Rel. Acum.</i>
	menor o igual	24,0		1	0,0122	1	0,0122
1	24,0	27,8	25,9	16	0,1951	17	0,2073
2	27,8	31,6	29,7	36	0,4390	53	0,6463
3	31,6	35,4	33,5	15	0,1829	68	0,8293
4	35,4	39,2	37,3	10	0,1220	78	0,9512
5	39,2	43,0	41,1	4	0,0488	82	1,0000

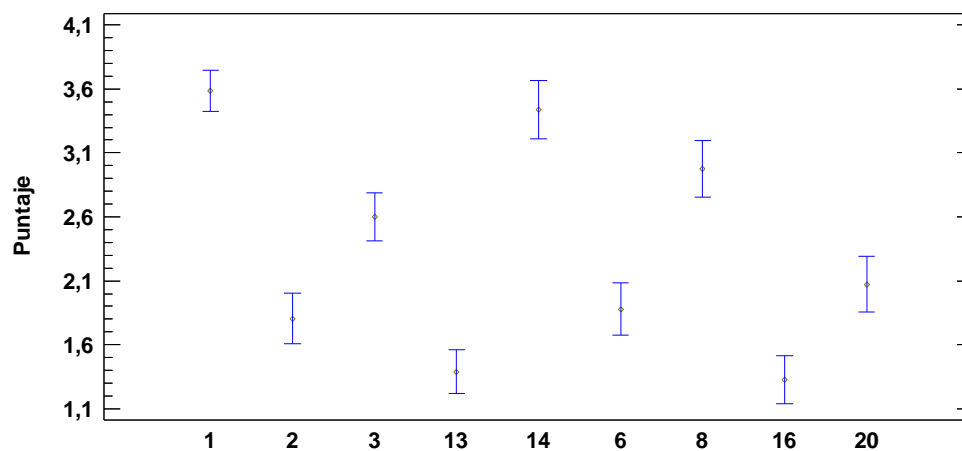
Histograma



Resumen Estadístico para la dimensión Cansancio Emocional

Pregunta	Promedio	Mediana	Desviación Estándar	Coefficiente de Variación
1	3,58537	4,0	1,47365	41,1017%
2	1,80488	1,0	1,80834	100,192%
3	2,59756	2,0	1,69137	65,1138%
13	1,39024	1,0	1,54565	111,178%
14	3,43902	4,0	2,06139	59,9411%
6	1,87805	1,5	1,84852	98,4279%
8	2,97561	3,0	1,98124	66,5828%
16	1,32927	1,0	1,70732	128,44%
20	2,07317	1,0	1,97378	95,2059%
Total	2,34146	2,0	1,95816	83,6298%

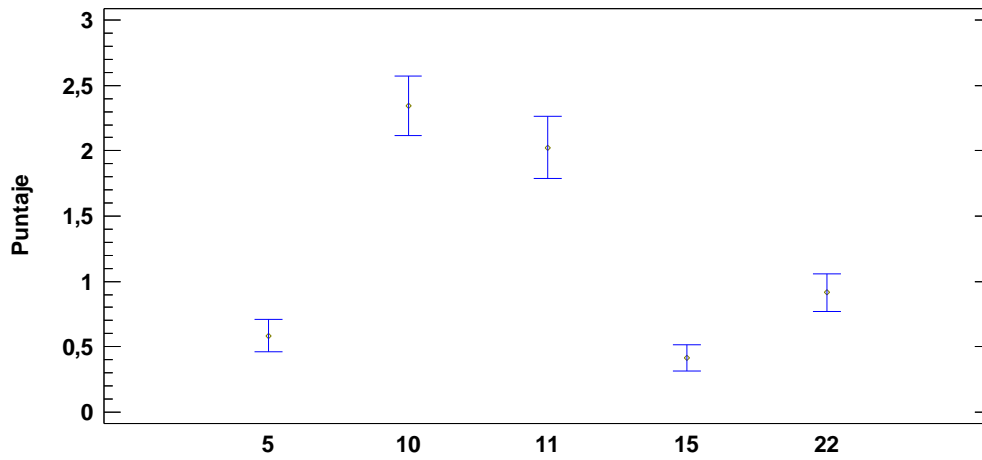
Media +/- Desviacion - Cansancio Emocional -



Resumen Estadístico para la dimensión de Despersonalización:

	<b>Promedio</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Coefficiente de Variación</b>
5	0,585366	0	1,12163	191,612%
10	2,34146	2,0	2,0681	88,325%
11	2,02439	1,0	2,14289	105,854%
15	0,414634	0	0,902004	217,542%
22	0,914634	0	1,31657	143,945%
Total	1,2561	0	1,76637	140,624%

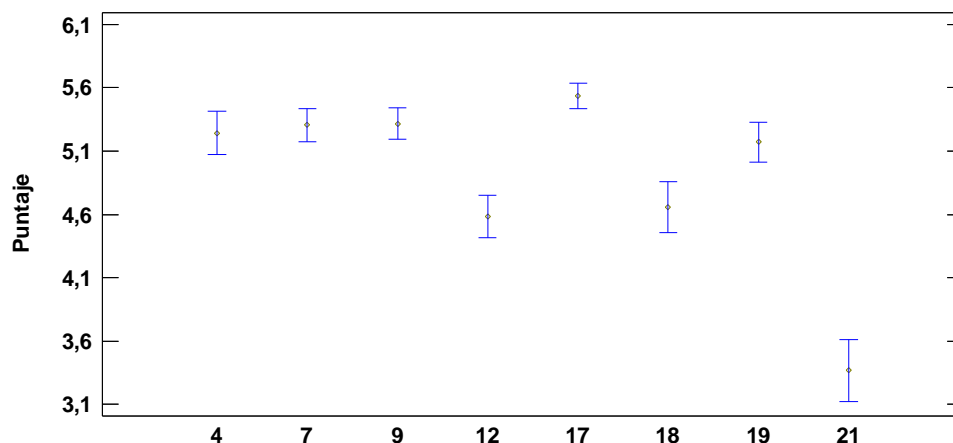
Media +/- Desviacion - Despersonalizacion -



**Resumen Estadístico para la dimensión de Realización Personal**

	<i>Promedio</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desviación Estándar</i>	<i>Coefficiente de Variación</i>
4	5,2439	6,0	1,55207	29,5976%
7	5,30488	6,0	1,17262	22,1046%
9	5,31707	6,0	1,13179	21,2859%
12	4,58537	5,0	1,51496	33,0389%
17	5,53659	6,0	0,905336	16,3519%
18	4,65854	5,0	1,82046	39,0779%
19	5,17073	6,0	1,44705	27,9854%
21	3,36585	3,0	2,22507	66,107%
Total	4,89787	6,0	1,65043	33,6968%

Media +/- Desviacion - Realizacion Personal -



## DISCUSION

Los residentes de la especialidad de Medicina Interna en Barranquilla están sometidos a factores estresantes a diario, el mismo sistema de salud tan desorganizado de nuestro país es el medio ideal para generar factores estresantes, pobre acceso a los servicios para los pacientes, citas ambulatorias retrasadas hacen que el tratamiento o la efectividad de este tratamiento no sea el ideal, esto no afecta solo al paciente sino también genera stress y frustración en el personal de salud que atiende a esta población. Sumado a esta realidad están también los factores socio demográficos que rodean al residente, tales como su edad, estado civil y estrato social y la clara imposibilidad para trabajar o generar ingresos en tres años que dura en este caso su formación como especialista dado a la dedicación exclusiva, agregándole a esto las responsabilidades asistenciales y académicas propias del proceso.

Se encontró para el SB en residentes de Medicina Interna en Barranquilla con un intervalo de confianza del 95% para la proporción de residentes que presentan alguna de las dimensiones del SB 44.7% - 67.05%. Shanafelt et al encontraron que cerca del 50% de la población de Ortopedistas presentan SB, en este estudio se encontró que en los residentes de Medicina Interna en Barranquilla se presenta al menos en el 56.1% un síntoma asociado al SB.

Los síntomas más prevalentes fueron los relacionados con el cansancio emocional con 31.71%. Por su parte la despersonalización estuvo presente en el 28.05% y la falta de

realización profesional en 17.07% de la población evaluada. Sargent et al reporta mayor incidencia de SB en especialistas jóvenes y en Australia Arora en 2014 en un estudio en residentes encontró que hubo 26% con cansancio emocional, 10% con despersonalización y 37% con falta de realización profesional.

Es evidente la mayor prevalencia de cansancio emocional en residentes de Barranquilla comparado con los australianos, la mayor satisfacción con la labor realizada y el menor porcentaje de despersonalización en los residentes de la ciudad de Barranquilla. La mayor prevalencia de cansancio emocional se ha planteado en varios estudios debido a la mayor carga asistencial y se ha demostrado en estos estudios como el de Barrack et al que la disminución en la carga asistencial se correlaciona con una menor prevalencia en los síntomas relacionados con el cansancio emocional y que por el contrario la despersonalización y la insatisfacción no disminuían, por lo que también se plantea que estos síntomas están relacionados con factores culturales independientes y que hace parte de como en la cultura local es planteado el éxito, la satisfacción laboral y la despersonalización.

En este estudio también se evaluaron variables socio demográficas (edad, género, estado civil y estrato social), encontrándose que la única variable que mostró relación estadísticamente significativa (valor  $p= 0,0037$ ) fue el género con respecto al SB asociado a la despersonalización, dado que el coeficiente obtenido por el género femenino presentó valores negativos (-31.7657) se puede concluir que el mismo se convierte en un factor de protección a la presencia de SB asociado a la despersonalización.

## **RECOMENDACIONES**

Lo primordial para evitar el desarrollo del SB en los residentes de Medicina Interna en formación, lo constituye la optimización de las condiciones de trabajo, que propicien un desempeño profesional eficiente con disminución de las horas continuas de trabajo, creando un ambiente laboral agradable y con motivaciones plenas, lo que evidentemente repercute en una forma integral en cada profesional, con un mejoramiento en los ámbitos psicosomáticos, de conducta, emocionales, laborales y familiares.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- (1) López Felices Eduardo Juan. Variables predictoras del síndrome de burnout en profesores y alumnos. Aldadis.net La revista de educación Mayo de 2006. Número 9 Depósito Legal: AL-61\_2004 ISSN: 1697-8005. Pág. 61. 2006
- (2) Horacio Tobalin Ahumada, monte pedro Gil y otros. Riesgo Cardiovascular y Síndrome de Burnout en Trabajadores Mexicanos. Revista Mexicana de Salud en el Trabajo. Vol. 4 N°10. 2012
- (3) Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. Gac Sanit; 16 (6):487-496. 2002
- (4) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job Burnout. Annu Rev Psychol 2001;52: 397-422
- (5) Gil monte PR. Síndrome de Burnout ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. 2003; 19 (2): 181-197.
- (6) Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, et al: Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg 2009; 250(3):463-471
- (7) Vijendren A, Yung M, Sanchez J: The ill surgeon: A review of common work-related health problems amongst UK surgeons. Langenbecks Arch Surg 2014;399(8): 967-979.
- (8) Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al: Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med 2012 ;172(18):1377-1385
- (9) Golub JS, Johns MM III, Weiss PS, Ramesh AK, Ossoff RH: Burnout in academic faculty of otolaryngology-head and neck surgery. Laryngoscope 2008;118 (11):1951-1956.
- (10) Arora M, Diwan AD, Harris IA: Burnout in orthopaedic surgeons: A review. ANZ J Surg 2013;83(7-8):512-515.
- (11) Saleh KJ, Quick JC, Sime WE, Novicoff WM, Einhorn TA: Recognizing and preventing Burnout among orthopaedic leaders. Clin Orthop Relat Res 2009;467(2):558-565.
- (12) Saleh KJ, Quick JC, Conaway M, et al: The prevalence and severity of Burnout among academic orthopaedic departmental leaders. J Bone Joint Surg Am 2007;89(4): 896-903

- (13) Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL: Quality of life during orthopaedic training and academic practice: Part 1. Orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg A* 2009;91(10):2395-2405.
- (14) Arora M, Diwan AD, Harris IA: Prevalence and factors of Burnout among Australian orthopaedic trainees: A cross-sectional study. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2014;22 (3):374- 377.
- (15) Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile MO, Rubash HE: Effect of duty hour standards on Burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop Relat Res* 2006;449:134-137. 31.
- (16) Guyton, A.C.& Hall, J.E.. "Tratado de Fisiología médica". 12va Edición. Madrid. Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 2012.
- (17) Gómez Alcaina Beatriz y col, Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout, universidad de Valencia – España. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 18, N.º 3, pp. 245-253, 2013.
- (18) Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL: Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86(7): 1579-1586.
- (19) Maslach C, Jackson SE, Leiter M: *Maslach Burnout Inventory Manual*, ed 3. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1996.
- (20) Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186 (4):601 612.
- (21) Goodman MJ, Schorling JB: A mindfulness course decreases Burnout and improves wellbeing among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med* 2012;43(2):119-128.
- (22) Miravalles Javier. *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory*. Gabinete Psicológico - San Juan de la Cruz 11, 2 Izq, Zaragoza
- (23) Tejero González, C. M., Fernández Díaz, M. J. y Carballo Santaolalla, R. medición y Prevalencia del síndrome de quemarse Por el trabajo (bUrnoUt) en la dirección escolar.



### 8. Cronograma de actividades 2017-2018

N°	Mes Actividades	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
		semanas				Semana				semana				semana				semanas				semanas							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Escogencia del tema y revisión bibliográfica	■	■																										
2	Elaboración del proyecto		■	■	■	■	■	■																					
3	Revisión por parte del tutor								■	■																			
4	Proceso de corrección del proyecto									■	■	■																	
5	Recolección e interpretación de información													■	■	■	■	■	■	■	■								
6	Análisis e interpretación de resultados																			■	■								
7	Elaboración del informe final																				■	■							
8	Revisión y corrección del documento																							■	■				
9	Presentación del trabajo																										■	■	

## 9. PRESUPUESTO

Egresos	Concepto	Cantidad	Valor	Responsable	Total
	Honorarios investigadores	2	800.000	Investigadores	1,600.000
	Pago a encuestadores	3	300.000	Investigadores	900.000
	Pago por digitación de encuestas	1	200.000	Investigadores	200.000
	Papelería	1	100.000	Investigadores	100.000
	Refrigerio	3	30.000	Investigadores	90.000
	Transporte	3	50.000	Investigadores	150.000
	Imprevisto	1	300.000	Investigadores	300.000
<b>Total</b>					<b>3,340.000</b>
Ingresos	Ingresos propios	1	3,340.000	Investigadores	3,340.000
<b>Total</b>					<b>3,340.000</b>

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### CUESTIONARIO BURNOUT

EL propósito de esta encuesta es conocer cómo distintos profesionales pertenecientes a los Servicios de Salud consideran su trabajo y a las personas a quienes ofrecen servicio (pacientes, alumnos, clientes,...)

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

**0= NUNCA.**

**1= POCAS VECES AL AÑO.**

**2= UNA VEZ AL MES O MENOS.**

**3= UNAS POCAS VECES AL MES.**

**4= UNA VEZ A LA SEMANA.**

**5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.**

**6= TODOS LOS DÍAS**

N°	FRASES	0	1	2	3	4	5	6
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 enfrentarme con otro día de trabajo							
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas personales							
8	Me siento quemado por mi trabajo							
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente							
12	Me siento muy activo							

<b>13</b>	Me siento frustrado en mi trabajo								
<b>14</b>	Creo que estoy trabajando demasiado								
<b>15</b>	Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes								
<b>16</b>	Trabajar directamente con las personas me produce estrés								
<b>17</b>	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes								
<b>18</b>	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes								
<b>19</b>	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión								
<b>20</b>	Me siento acabado								
<b>21</b>	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma								
<b>22</b>	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas								

## Anexo 2.



**UNIVERSIDAD LIBRE®**



NIT: 860.013.798-5

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**Título del Proyecto:** Síndrome de Burnout en Residentes de Medicina Interna en la ciudad de Barranquilla

---

**PROPÓSITO:** el grupo de investigación de los residentes de medicina interna encabezado por los doctores Luis Taboada González y Jorge Blanco Duran van a realizar un estudio con el propósito de plantear estrategias que ayuden a mitigar los efectos de la contaminación del aire a partir de correlacionar las fuentes fijas y móviles con la salud de las personas.

**PROCEDIMIENTO:** Si usted decide participar en el estudio, le solicitaremos que nos responda una encuesta sobre datos personales acerca de estado civil, genero, edad y estrato social. Los investigadores que realizan el estudio guardarán discreción y absoluta reserva sobre sus datos personales. La encuesta se realizará en su lugar de residencia o trabajo, por un personal debidamente preparado para esta labor

**RIESGO PARA EL PARTICIPANTE:** Este estudio es sin riesgo porque en el no habrá manipulación biológica, psicológica, social ni económica (investigación sin riesgo). La encuesta será realizada por personas entrenadas en este tipo de trabajo.

**RESPONSABILIDAD POR DAÑOS:** Las instituciones involucradas en el presente estudio proporcionarán atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con el estudio, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

**CONFIDENCIALIDAD DEL INDIVIDUO:** Toda información obtenida de usted será confidencial, es decir, los datos obtenidos no serán de conocimiento público y se archivarán en las oficinas del centro de investigaciones de la Universidad Libre Seccional Barranquilla. Para su identificación se utilizará un código que evitará acceso a su nombre. Los investigadores nos comprometemos a no utilizar los datos obtenidos para ningún otro fin, ni proyecto, sin previa autorización de los sujetos de investigación.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** La participación en el estudio es totalmente voluntaria y puede no participar en él, o puede abandonarlo en el momento que usted decida, sin consecuencias negativas.

**PUNTO DE CONTACTO:** Si usted quiere conversar con alguien sobre este estudio, por favor contacte a los Drs: Luis Taboada cel: 3015024714 y Jorge Blanco cel 3103649608, investigadores del proyecto.

**CONSENTIMIENTO:** Su firma en este formulario indica que se le ha explicado el estudio y que ha decidido participar sin costo alguno para usted. Adicionalmente su firma indica que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Usted debe saber que cualquier pregunta que pueda formular en el futuro le será respondida por el Dr. Luis Taboada o el Dr. Jorge Blanco, investigadores del estudio.

A usted se le proporcionara una copia de este consentimiento para que disponga de esta información.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el participante es analfabeta, el proceso de consentimiento debe tener un testigo adulto

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_ Edad:  
\_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ investigador:  
\_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_

Nota: copias firmadas de este formulario de consentimiento tienen que ser: a) guardadas en un archivo del investigador principal, b) entregadas al participante.