

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS
ESPECIALISTAS DEL HUHMP DE NEIVA. AÑO 2009

ELKIN JOSE TRUJILLO SALAZAR
JESUS ENRIQUE NUÑEZ RENZA
MARIA DEL MAR ROBLES CUELLAR

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2009

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS
ESPECIALISTAS DEL HUHMP DE NEIVA. AÑO 2009

ELKIN JOSE TRUJILLO SALAZAR
JESUS ENRIQUE NUÑEZ RENZA
MARIA DEL MAR ROBLES CUELLAR

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico y
Cirujano

Asesor
DOLLY CASTRO BETANCOURT
Magister en epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA - HUILA
2009

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 18 de noviembre de 2009

DEDICATORIA

A nuestras familias, quienes han sido nuestro apoyo y vida, seres que a pesar de su ausencia nos brindaron su apoyo y compañía.

Al ente que nos permitió despertar en la realidad, aquellas personas con capacidades diferentes, por quienes aprendimos a ver más allá de su mirada.

A aquellas personas que tenemos en nuestra mente y corazón, como amigos y seres queridos que caminaron con nosotros y le dieron fortaleza a nuestros pasos cuando más lo necesitábamos, aunque ahora se hayan ido.

ELKIN

JESUS

MARIA

AGRADECIMIENTOS

Dios por ser la luz que nos dio la oportunidad de despertar cada día y darnos la fortaleza para continuar en el cumplimiento de este reto.

A los protagonistas de este reto investigativo, por ser la motivación y la razón para continuar descubriendo nuestros sueños.

A los sujetos de investigación, sin ellos esto no hubiera sido posible. A nuestras familias, pues siempre nos dieron lo necesario para que pudiéramos formarnos como profesionales. A todos, ¡gracias!

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1 ANTECEDENTES	17
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION	29
3 JUSTIFICACION	30
4 OBJETIVOS	35
4.1 OBJETIVO GENERAL	35
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5 MARCO TEORICO	36
5.1 ACERCAMIENTO TEÓRICO DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	36
5.1.1 Apoyo Directivo	38
5.1.2 Demanda de Trabajo	38
5.1.3 Motivación Intrínseca	38
5.2 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS	39
5.2.1 Dimensiones o Fases del Síndrome de Burnout	40
5.2.2 Agotamiento emocional	40
5.2.3 Despersonalización	41
5.2.4 Reducida Realización Personal	41
5.2.5 Delimitación y Diagnostico Diferencial del Síndrome de Burnout	41

	Pág.	
5.2.6	Diferencia Entre Depresión y Síndrome De Burnout	42
5.2.7	Diferencia entre estrés y síndrome de Burnout	42
5.2.8	Diferencia Entre Estrés Laboral y Síndrome De Burnout	43
5.2.9	Diferencia Entre Insatisfacción Laboral y Síndrome De Burnout	43
5.2.10	Factores Desencadenantes y Facilitadores Del Síndrome De Burnout	43
5.2.11	Diagnostico Del Síndrome De Burnout	45
5.3	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	45
6	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	48
7	DISEÑO METODOLOGICO	60
7.1	ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACION	60
7.2	UBICACIÓN DEL ESTUDIO	60
7.3	POBLACION MUESTRA Y MUESTREO	60
7.3.1	Criterios de Inclusión	62
7.3.2	Criterios De Exclusión	62
7.4	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	62
7.5	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS Y ANALISIS DE DATOS	64
7.6	ASPECTOS ETICOS	65
8	RESULTADOS	67
8.1	RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS	69
8.2	RESULTADOS CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	76
8.3	RESULTADOS MASLACH BURNOUT INVENTORY	85
8.4	ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY	98

	Pág.
9 COSTOS	102
10 CRONOGRAMA	103
11 DISCUSIÓN	104
11.1 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	104
11.2 SÍNDROME DE BURNOUT	106
12 CONCLUSIONES	108
13 RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXOS	119

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Muestra probabilística estratificada de los médicos especialistas del HUHMP de Neiva 2009-B	61
Tabla 2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	85
Tabla 3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	86
Tabla 4 Puntaje total por dimensiones del cuestionario MBI	95
Tabla 5 Puntaje Total Cansancio Emocional de Caso	99
Tabla 6 Puntaje Total Despersonalización de Caso	100
Tabla 7 Puntaje Total Realización Personal de Caso	101

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1 Médicos que voluntariamente respondieron y entregaron o no las encuestas	68
Gráfica 2 Distribución de la muestra según el género	70
Gráfica 3 Distribución de la muestra por rangos de edad	70
Gráfica 4 Distribución de la muestra por estado civil	71
Gráfica 5 Distribución de la muestra por estrato socioeconómico	71
Gráfica 6 Distribución de la muestra por vínculo laboral	72
Gráfica 7 Distribución de la muestra por horas diarias de trabajo	72
Gráfica 8 Distribución de la muestra por vínculos laborales	73
Gráfica 9 Distribución de la muestra por ingresos económicos	73
Gráfica 10 Distribución de la muestra por años de experiencia	74
Gráfica 11 Distribución de la muestra por turnos nocturnos	74
Gráfica 12 Distribución de la muestra según número de vacaciones por año	76
Gráfica 13 Distribución de la muestra según actividades económicas diferentes a la profesión	77
Gráfica 14 Dimensión “Apoyo directivo” del CVP-35	78
Gráfica 15 Dimensión “Cargas en el trabajo” del CVP-35	80
Gráfica 16 Dimensión “Motivación intrínseca” del CVP-35	82
Gráfica 17 Calidad de vida en el trabajo (CVP-35)	84
Gráfica 18 Siento que tratar todo el día con gente me cansa	85

	Pág.
Gráfica 19 Demasiada estancia en el trabajo	87
Gráfica 20 Cansancio al trabajar en contacto directo con la gente	88
Gráfica 21 Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales	79
Gráfica 22 Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	89
Gráfica 23 Siento indiferencia ante el resultado de mis subordinados o a quienes atiendo	90
Gráfica 24 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	91
Gráfica 25 Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo	92
Gráfica 26 Me siento frustrado por mi trabajo	93
Gráfica 27 Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente	94
Gráfica 28 Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo	94
Gráfica 29 Puntaje total cansancio emocional de caso	96
Gráfica 30 Puntaje total despersonalización de caso	96
Gráfica 31 Puntaje total realización personal de caso	97
Gráfica 32 Puntaje total cuestionario MBI	98

LISTA DE ANEXOS

	Pág.	
Anexo A	Consentimiento informado	119
Anexo B	Médicos estratificada según título profesional, integrantes que entregaron y que no entregaron la encuesta	122
Anexo C	Distribución de la muestra según el género	123
Anexo D	Distribución de la muestra por rangos de edad	124
Anexo E	Distribución de la muestra por estado civil	124
Anexo F	Distribución de la muestra por estrato socioeconómico	125
Anexo G	Distribución de la muestra por vínculo laboral HUHMP	125
Anexo H	Distribución de la muestra por horas diarias de trabajo	126
Anexo I	Distribución de la muestra por número de vínculos laborales	127
Anexo J	Distribución de la muestra por ingresos económicos	127
Anexo K	Distribución de la muestra por años de experiencia	128
Anexo L	Distribución de la muestra por turnos nocturnos	128
Anexo M	Distribución de la muestra según número de vacaciones por año	129
Anexo N	Desempeño de alguna otra actividad laboral	129
Anexo O	Distribución de la muestra según actividades económicas diferentes a la profesión	129
Anexo P	Calidad de vida en el trabajo (CVP-35)	130
Anexo Q	Siento que tratar todo el día con gente me cansa	131

	Pág.
Anexo R Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales	131
Anexo S Me preocupa, este trabajo me está endureciendo emocionalmente	132
Anexo T Siento indiferencia ante el resultado de mis subordinados o a quienes atiendo	132
Anexo U Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	133
Anexo V Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo	133
Anexo W Me siento frustrado por mi trabajo	134
Anexo X Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo	134
Anexo Y Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente	135
Anexo Z Puntaje total cansancio emocional de caso	135
Anexo A1 Puntaje total despersonalización de caso	136
Anexo B1 Puntaje total realización personal de caso	137
Anexo C1 Puntaje total cuestionario MBI	138
Anexo D1 Calidad de vida profesional cvp-35	140
Anexo E1 Formulario síndrome de Burnout IBM	142

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar el estado de la calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout de los médicos especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva en el año 2009.

La metodología del estudio es de enfoque cuantitativo no experimental, con diseño transversal descriptivo, que permite determinar la Calidad de Vida Profesional (CVP) y el Síndrome de Burnout (SB). Las personas que participaron en el estudio fueron los médicos especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva.

Se procedió en el estudio a la realización de una entrevista semiestructurada para la recolección de los datos sociodemográficos de la población, seguida del registro de los cuestionarios autoadministrados CVP-35 (Calidad de Vida Profesional global percibida) y el MBI (Maslach Burnout Inventory).

En los resultados se encontró de forma clara la existencia de médicos especialistas que no muestran un adecuado nivel de **Calidad de Vida Profesional** y predisponentes hacia el **Síndrome de Burnout** que puede generar desadaptación del profesional en su medio laboral, generando conductas que deterioran el trato a los pacientes con el consecutivo menoscabo de estos, tratos no asertivos hacia los subordinados y estudiantes a cargo y detrimento en su vida familiar y personal.

Palabras claves: Calidad de Vida Profesional, Síndrome de Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, apoyo directivo, demanda de trabajo y motivación intrínseca.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the qualities of work life (QWL) and the Burnout Syndrome by the general doctors and specialists of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo of Neiva (UHHMP) in 2009.

Transversal descriptive study. The sample consists of 102 doctors. The selection of respondents using stratified random sampling technique involves a complete list of UHHMP's doctors. Main measurements: self-administered anonymous questionnaires with personal and social variables, work data, suggestions, and the Professional Quality of Life – 35 (PQL-35).

The instrument consists of 35 items that evaluate three dimensions: perception of demands (pd), management support (ms), intrinsic motivation (im) and the perceived professional quality of life. The PQL each item was scored on a scale of 1 to 10. Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to measure burnout, this questionnaire has three subscales: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP) and personal achievement (PA). 47 valid questionnaires were returned (response rate 46%) mean age was 44 years old; 74% were men. Mean values in the PQL's dimensions were: pd: 79 ± 13 , ms: $75.06 \pm 11,5$, mi: 70 ± 9 . The perception of professional quality of life was higher. The average value for MBI was 24.62, and mean values in dimensions were: EE: 11.28 ± 5 , D: 7.43 ± 4 and PA: 6.13 ± 4 . In conclusions, doctors perceive a high quality of work life, but some professionals do not show a suitable level and are vulnerable to present Burnout's Syndrome that can generate maladjustment of the professional in their labour way.

KEY WORDS: qualities of work life, Burnout Syndrome, Maslach Burnout Inventory.

INTRODUCCION

El abordaje de la calidad en las organizaciones en instituciones sanitarias ha experimentado variaciones con el tiempo que han llevado a la evolución de diferentes constructos teóricos y se ha puesto de manifiesto la importancia de orientar el servicio hacia el concepto de calidad total. En la década de los veinte del siglo pasado, Elton Mayo demostró hasta qué punto los factores psicológicos y sociales influyen en el rendimiento de los individuos en los diferentes grupos de trabajo.

Hoy en día se sabe el grado de influencia que tiene la motivación emocional del trabajador sobre su desempeño laboral y a su vez las consecuencias que la carga laboral trae sobre la salud del individuo.

Estos fenómenos se han investigados a profundidad y son reconocidos como una entidad clínica. En la actualidad un grupo de sintomático caracterizado por cansancio emocional y despersonalización que afecta la realización personal, es conocido como el Síndrome de Burnout, y se sabe además que la causa principal de esta entidad patológica es la mala calidad de vida profesional.

A su vez, se ha descrito en la literatura que la calidad de vida profesional es dependiente de tres dimensiones a saber: apoyo directivo, motivación intrínseca y demanda de trabajo.

Son muchos los trabajos publicados sobre estos dos temas, aunque ninguno se ha realizado en nuestro entorno; es por ello que, a continuación se presenta un estudio realizado en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva, en el cual se muestra las características sociodemográficas, el análisis de la calidad de vida profesional mediante la utilización del cuestionario CVP 35 y del Síndrome de Burnout por medio del cuestionario MBI.

1. ANTECEDENTES

Debido a que la investigación en torno al tema de la calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout han despertado gran interés entre muchos investigadores, es variada la información que se puede encontrar, y como el fenómeno en sí mismo es dinámico y afecta en gran medida a la población de los profesionales en salud, son recientes las publicaciones de los trabajos que se han elaborado.

Así por ejemplo, en un artículo titulado "*Calidad de vida profesional de los médicos residentes*"¹, un trabajo llevado a cabo en el año 2007 por un equipo de residentes de medicina familiar del Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves en España, cuyo objetivo primordial era medir la calidad de vida profesional de los médicos residentes de un hospital general y los factores asociados que influyeran sobre ésta.

Para desarrollar la investigación, en este estudio de tipo descriptivo transversal, se incluyeron a 82 residentes que realizaban guardias médicas en las urgencias generales del Complejo Hospitalario, y mediante la utilización de una encuesta anónima autoadministrada entregada personalmente a todos los residentes durante los meses de Diciembre 2005 y Febrero de 2006 se recolectaron los datos.

La encuesta constaba de dos cuestionarios: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) validado para el medio donde se implementaría y se ubicaron unos buzones accesible a todos los residentes donde entregar los cuestionarios una vez diligenciados por ellos. Además se les indicó a los participantes que los cuestionarios debían ser resueltos cuando no estuvieran en turno ni en las 24 horas posteriores. Luego para el manejo de la información recolectada, los datos se introdujeron y analizaron en SPSS (v.12.0). Se calcularon las tablas de frecuencias para todas las variables de los 2 cuestionarios. Se realizó un análisis estadístico descriptivo calculando porcentajes, medias (con su correspondiente IC del 95%), desviación estándar y cuartiles. El nivel de significación elegido para todo el estudio fue el de $p < 0.05$.

En este trabajo se entregaron 82 cuestionarios, pero solo se recogieron un total de 58 cuestionarios válidos (tasa de respuesta del 70.73%), la cual alcanzaba a ser significativa para el estudio. De éstos se pudieron recoger los siguientes datos que fueron los que se tuvieron en cuenta: la edad de los residentes encuestados oscila

¹ FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Odile. MORENO SUÁREZ, Sara. HIDALGO CABRERA, Carmen. GARCÍA DEL RÍO GARCÍA, Beatriz. Y MARTÍN TAPIA, Alberto. Calidad de vida profesional de los médicos residentes. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves, Granada. 2007.

entre 25 y 28 años (media 26.43 años \pm 1.464). El 48.3% son residentes de primer años (R1), el 36.2% están en el segundo año de formación (R2), y el 15.5% en el tercer año. Los datos más importantes, objeto de estudio de este trabajo fueron que por ejemplo, el valor medio de la calidad de vida profesional percibida fue 3.57 (IC del 95%, 2.99-4.15). La percepción de la calidad de vida es significativamente mejor en los residentes de familia respecto al resto de especialidades y en los residentes que libran las guardias. Para la dimensión "Cargas en el trabajo" las puntuaciones medias obtenidas fueron (7.271; IC del 95%, 7.01-7.53). El Apoyo de los directivos (4.625; IC del 95%, 4.40-4.84) y la Motivación Intrínseca (5.82; IC del 95%, 5.60-6.04), y la capacidad para Desconectar (5.68; IC del 95% 5.03-6.62).

Se encontró que los residentes de medicina de familia se encuentran más motivados, expresan que tienen una menor repercusión de su labor asistencial sobre su salud, y están más satisfechos con el sueldo que el resto de sus compañeros. Los residentes que realizan menos de 3 guardias al mes se sienten más orgullosos de su trabajo y tienen menos conflictos.

Los residentes exclamaban que era necesario para realizar mejoras laborales, disminuir el número de guardias; guardias tuteladas; libranza obligatoria de las guardias; turnos obligatorios de descanso nocturno. Y así también lo hicieron respecto a facilitar la formación e investigación: fomentar la investigación; facilitar la asistencia a cursos de formación. Por otro lado, en cuanto a lo que tiene que ver con mejoras económicas: aumento del sueldo.

Es importante el reconocimiento que se le debe hacer a este tipo de trabajos, porque no solamente permiten observar el estado de una situación en particular, más exactamente, la calidad de vida profesional, sino que permite que el entrevistado pueda expresar soluciones o alternativas que ayuden a mejorar su desempeño laboral y personal, en última instancia, como se puede observar en los resultados descritos con anterioridad. Es por esta riqueza de resultados arrojados por este tipo de trabajos que profesionales de salud como enfermería también han desarrollado algunas investigaciones.

Así por ejemplo, en una publicación de la Biblioteca Las casas titulado: "*Calidad de Vida de los Profesionales de Enfermería de Atención Primaria en Soria*",² en donde se quería conocer la relación entre el apoyo directivo, la motivación intrínseca de los profesionales y la demanda de trabajo con la calidad de vida global percibida, como también conocer qué factores influyen en la variabilidad de la calidad de vida global, se utilizó básicamente la misma metodología llevada a cabo en el estudio anteriormente descrito.

² FERNÁNDEZ ARAQUE, A. SANTA JIMÉNEZ, E. CASADO DEL OLMO, MI. Calidad de vida Profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca las casas. 2007; 3 (1).

Entonces, de la misma forma se usó para la recogida de datos el cuestionario anónimo, autoadministrado CVP-35 (Calidad de Vida Profesional global percibida), con el que se pudo realizar una medida multidimensional de la Calidad de Vida Profesional percibida por los profesionales de enfermería, población de estudio en este caso. El cuestionario anónimo, adjunto con una carta de presentación del estudio se presentó en los 14 Centros de Salud del Área de AP de Soria, los cuales eran devueltos diligenciados después de 15 días, que era el plazo dado para el diligenciamiento, a los investigadores.

Para llevar a cabo el análisis de datos y pruebas estadísticas utilizadas, se realizó un estudio descriptivo de las variables cuantitativas obteniendo la Media, Desviación típica e Intervalo de Confianza (IC al 95%) y obteniendo porcentajes en variables cualitativas. Para la comparación de las medias utilizaros el test de Student y la prueba de correlación de Pearson para determinar la relación entre la variable la calidad de vida y el resto de variables. Luego de recogidos los cuestionarios, se procedió a registrar las respuestas en una base de datos, EXCEL, para su posterior estudio mediante el paquete estadístico SPSS-11.

Este estudio muestra unos resultados que valen la pena describir de una forma muy reducida de la siguiente forma. Se obtuvo una alta tasa de respuesta que demuestra el gran interés por la población objeto de estudio. Se entregaron personalmente 20 cuestionarios, de los cuales se recibieron el 100%. La valoración global medida sobre la Calidad de Vida Profesional (CVP) percibida es de 5,68, sobre una puntuación de 10, para las enfermeras de los dos Centros de Salud que entraron en este estudio piloto, un 5% puntuaba entre 1 y 2 (nada), otro 5% entre 9 y 10 (mucho) y un 45% entre 3, 4 y 5 (algo) y un 40% entre 6, 7 y 8 (bastante) y un 5% NC.

En relación con las tres dimensiones valoradas las medias más alta se encuentran en la “motivación intrínseca” con 7,82, la “demanda de trabajo” con una media de 5,71 siendo la dimensión con la media más baja el “apoyo directivo” con 4,90. Respecto a la pregunta “capacidad para desconectar del trabajo”, presenta una media de 7,85.

Este trabajo tiene además unas preguntas agregadas que ayudan a entender más la fenomenología en torno al tema de estudio, se introdujo las variables independientes expuestas sobre la “posibilidad de ser creativo”, “posibilidad de expresar lo que se piensa y necesita” y si el trabajo tiene consecuencias negativas para la salud, las cuales explican el 76.86 % de la Calidad de Vida Profesional percibida por los profesionales, las dos primeras con relación positiva y la tercera con relación negativa.

A continuación se muestra también los resultados de un estudio que representa uno de los principales antecedentes del presente trabajo ya que el objeto de estudio y la estructura y diseño del mismo es muy similar a la actual investigación.

En un artículo publicado en España en el año 2005 titulado “*Relación de la calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de atención primaria*”³, un estudio cuyo objetivo principal consistía en conocer la relación, si es que existía, entre la calidad de vida profesional (CVP) y *Burnout* de facultativos de atención primaria, el cual se basó en realizar un exploración de tipo transversal mediante la aplicación de cuestionario CVP-35 y MBI (Maslach Burnout Inventory), por correo postal y para el cual se utilizaron tres centros urbanos y 3 zonas de atención rural, en los que participaron un total de 131 profesionales.

Los Resultados obtenidos fueron los siguientes: contestaron a la encuesta el 71,7%. El valor medio de la CVP fue de 4,48 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 4,08-4,88). La percepción de la demanda tuvo una puntuación de 5,9 (IC del 95%, 5,6-6,1); la motivación intrínseca del profesional se situó en 6,5 (IC del 95%, 6,2-6,7) y el apoyo de los directivos en 3,8 (IC del 95%, 3,6-4,1). En cuanto al cuestionario MBI, se observó una despersonalización alta en el 54,3%, cansancio emocional alto en un 56,2% y realización personal alta en el 9,3%. La correlación mayor fue entre las demandas en el puesto y el cansancio emocional ($r = 0,6$; $p < 0,0001$), la motivación intrínseca y la realización personal ($r = 0,46$; $p < 0,0001$) y la calidad de vida profesional frente al cansancio emocional ($r = -0,4$; $p < 0,0005$).

En cuanto al síndrome de *Burnout* se trata, también se han realizado numerosos estudios, no solo para aclarar su etiología, forma de expresarse, sino también las consecuencias sobre la salud mental, física y emocional que acarrea a quien lo padece.

Así por ejemplo, en un artículo publicado en el año 2004⁴ en la revista Colombia Médica, titulado “*Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) en Médicos Internos y Residentes*”, el cual tenía como objetivo determinar la prevalencia e intensidad del SDP, sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali. Un estudio descriptivo transversal realizado mediante encuesta anónima autodiligenciada se evaluaron aspectos sociodemográficos, de funcionalidad familiar y la presencia e intensidad del SDP.

Aquí se evaluaron 150 médicos (63 internos y 87 residentes), entre los resultados relevantes los investigadores pudieron observar que 106 personas (70.6%) realizaban entre 2 y 3 turnos nocturnos y 120 (80%) realizaban más de 50 horas de actividades médicas, 101 (67%) con menos de 6 horas de recreación y 39 (26%) tuvieron menos de 2 horas de recreación.

³ RODRÍGUEZ Jorge, M. BLANCO RAMOS, S. PÉREZ, B. ROMERO GARCÍA, B. Relación de la calidad de vida profesional y el *Burnout* en médicos de atención primaria. Centro de Salud Valle-Inclán, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense, 2005; 36(8):442-7. España.

⁴ GUEVARA, Cesar, A. HENAO, Diana P. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica Vol. 35 N° 4, 2004.

De ellos 128 (85.3%) presentaban SDP entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos; 102 (68%) presentaban disfunción familiar (APGAR familiar <18) siendo más frecuente en los internos ($p=0.01$); 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 con la disfunción familiar ($p=0.01$).

Se observó que 76% de médicos incluidos en el estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, 60% despersonalización y 50% alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residentes clínicos o quirúrgicos.

En otras partes del país, se encuentran fácilmente trabajos muy bien sustentados como el realizado recientemente en la Facultad de Medicina de la Universidad Nueva Granada aquí en Colombia⁵, en el cual se utilizó una muestra de 138 residentes de las diferentes especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Militar Nueva Granada, que constituía el 63,8% de la población global ($n=216$). Se incluyeron los residentes matriculados desde el año 2001 que quisieron participar, con el fin de incluir los cinco años posibles de residencia ($n=138$). Se realizó en un plazo de seis meses, se hizo una prueba piloto con quince residentes para valorar la adecuación del cuestionario al contexto específico. Los cuestionarios se recogieron tres o cuatro días después de haberlos dejado en los servicios y el *software* utilizado para la ejecución de las distintas técnicas estadísticas fue el SPSS.

Lo más importante de este trabajo fueron estos resultados, los 138 médicos 53,7% fueron hombres y el 46,3 fueron mujeres. Dentro de los grupos etáreos el de 25 a 30 años constituyó el grupo más amplio (67,6%), seguido por el de 30 a 35 años (24,3%). El 56,6% pertenecía a especialidades quirúrgicas. La mayoría de ellos (67,6%) no tenía hijos y el 70% de la muestra era soltera. En cuanto a las horas de trabajo, el 78,6% laboraba más de 18 horas en el hospital y el 36,8% entre 6 a 14 horas. De acuerdo a la categorización de puntuaciones del síndrome definida, se observó que el 43% presentó un nivel medio o alto y el 57% nivel bajo. En cuanto a la despersonalización, fue el más afectado en el síndrome y dentro de las causas, el tedio alcanzó la mayor prevalencia, superando claramente los demás componentes.

A pesar de tomarse el bienestar psicológico como una variable más, asociada al Síndrome de Burnout, se encontró también una relación negativa significativa entre ésta y las horas que permanecen los residentes en el hospital a la semana,

⁵ PAREDES G, Olga L. SANABRIA-FERRAND, Pablo A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas y Su Relación con el Bienestar Psicológico y con Variables Sociodemográficas y Laborales. Grupo de Comportamiento y Salud, Facultad de Medicina, Centro de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia. REVISTA 16 (1): 25-32, Volumen 16 • No. 1 - Enero - Junio de 2008.

especialmente entre los turnos de 18 a 24 horas con los componentes de aceptación/control ($r=-.391$, $p=0,02$) y vínculos ($r=-.410$, $p=0,03$). Lo que conlleva a pensar que entre más horas de permanencia trabajando en el Hospital, se disminuye el grado de bienestar psicológico que fue lo que se observó en la población estudiada.

Otros trabajos como el desarrollado en la Universidad del Norte en Barranquilla⁶, también muestran ciertas particularidades ya que es de resaltar el hecho que su población de estudio fueron estudiantes de internado, población la cual es muy poco tenida en cuenta para ser objeto de estudio que incluya su bienestar. Aquí se tomaron los 55 estudiantes del nivel rotatorio 1 y 2 para establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en el 2006. Fue un estudio descriptivo. Se empleó encuesta autodilucidada anónima sobre características sociodemográficas, laborales y la escala de Maslach. Se procesaron y presentaron los datos utilizando SPSS. Se efectuó análisis univariado y bivariado para establecer tendencia a la asociación entre la variable dependiente SB y las independientes mediante Chi cuadrado y valor de $p < 0.05$.

En esta investigación se encontró una prevalencia global del SB es de 9.1%; la distribución según dimensiones del SB es: agotamiento emocional: 41.8%, despersonalización: 30.9%, realización personal baja: 12.7%. Se encontró significancia estadística entre SB y relaciones con el equipo de trabajo; asimismo, hubo relación de esta variable con el grado de agotamiento emocional y de realización personal y entre la presencia de hijos y el grado de agotamiento emocional.

En el plano internacional se encuentran estudios tales como el publicado en la revista Atención primaria en el año 2003 en España⁷, titulado “*Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina*” por la doctora A. Martínez de la Casa Muñoz y colaboradores, cuyo objetivo fue el de determinar el grado de *Burnout* o desgaste profesional, y los factores asociados en 63 médicos dedicados a la atención primaria y 81 especialistas de hospital y centros de salud urbanos y rurales de Talavera de la Reina (España). Este estudio de tipo descriptivo transversal en el cual se usaron 2 encuestas autoadministrables vía correo, un cuestionario general para datos demográficos y el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en la versión validada al español por Seisdedos. Los rangos en este caso se evalúan de la siguiente manera: con respecto al Cansancio Emocional (CE), puntuaciones ≥ 27 indicarían un nivel alto, 19 - 26 moderado y < 19 bajo. En la subescala

⁶ BORDA PÉREZ, Mariela. NAVARRO LECHUGA Edgar, AUN, Erick. BERDEJO PACHECO, Harold. RACEDO ROLÓN, Karen, y RUIZ SARÁ, Jennifer. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 43-51.

⁷ MARTÍNEZ DE LA CASA MUÑOZA, A. DEL CASTILLO COMASA C. MAGAÑA LOARTEB, I. ESPINO, A. MORENO, Franco y SEGURA FRAGOSO, A. Estudio sobre la prevalencia del *Burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Aten Primaria 2003; 32(6):343-8.

Despersonalización Personal (DP), > 10 indicarían un nivel alto, 6 - 9 moderado, y <6 bajo. En la subescala Realización Personal (RP), los valores > 40 indican una RP alta, 34 - 39 intermedia, y < 33 baja.

Se encontró *Burnout* en un 76,4% de los profesionales, siendo moderado en el 38,9% y alto en el 37,5%, destacaron diferencias entre la atención primaria y especializada CE en un 55.5% en atención primaria frente (AP) al 30% en atención especializada (AE) y baja RP en el 51% de los profesionales de AP frente a un 36% en AE.

Por otro lado, en una población muy diferente a la nuestra en cuanto a característica no solo geográficas, si no también condiciones de vida, laborales, culturales y políticas como lo es la italiana, se publicó en el British Journal of Cáncer en el año 2008⁸ un estudio titulado “***Haemato-oncology and burnout: an Italian survey***” por el profesor C Bressi, quien evaluó la prevalencia de Burnout y desordenes psiquiátricos en profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as) de solo el área de hemato-oncología, además de examinar los aspectos del trabajo que percibían los profesionales como estresantes y los que como satisfactorios. Se hizo mediante un estudio transversal usando el *cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)*, el *General Health Questionnaire (GHQ-12)* que evalúa 12 síntomas psiquiátricos frecuentes y un cuestionario específico del estudio previa realización de la prueba piloto, para evaluar variables demográficas y fuentes de estrés y satisfacción laboral en una población de 350 profesionales de nueve centros representativos de las principales áreas geográficas de Italia: 121 hematólogos y 229 profesionales de enfermería.

Los resultados mostraron, que el 35.6% de los médicos tiene un nivel de cansancio emocional bajo (≤ 14 puntos), el 44.6% un nivel de despersonalización bajo (≤ 3), y el 62% un nivel de realización personal alto (≥ 37), con resultados muy similares para el personal de enfermería. Se observó que el 64.5% de los médicos consideran el trabajo como estresante comparado con el 46.3% de enfermeros/as, en donde las situaciones generadoras de mayor estrés para los médicos las constituyeron: insuficiencias en la atención en salud, poco tiempo libre y problemas éticos y morales.

La prevalencia de morbilidad psiquiátrica estimada fue de 36.4% en médicos y de 28.8% en enfermeros/as, más alto que la población italiana general (22.3%).

En términos de resultados de MBI y GHQ no se observaron diferencias significantes entre médicos y enfermeras, a pesar de las diferencias entre los grupos en cuanto a responsabilidades en el trabajo, tiempo de permanencia con el paciente, variables demográficas: ambos grupos mostraron carga excesiva de trabajo como causa primaria de estrés, complicado particularmente en médicos

⁸ BRESSI, C. MANENTI, S. PORCELLANA, M. CEVALES, D. FARINA, L. FELICIONI, I. MELONI G. MICCOLIS, G. PAVANETTO, IR M. PESCADOR, L. Poddigue, M. SCOTTI, L. ZAMBON, A. CORRAO, G. LAMBERTENGGHI-DELILIERIS, G and INVERNIZZI G. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. British Journal of Cancer (2008) 98, 1046 – 1052 & 2008 Cancer Research UK All rights reserved 0007 – 0920/08.

por organización inadecuada y falta de tiempo libre, y en enfermeros/as por cansancio físico y bajo salario.

Este síndrome afecta de manera progresiva al profesional en salud desde su etapa formativa al punto de acarrear consecuencias tan preocupantes como la ideación suicida.

Un ejemplo de ello lo demuestra un reciente estudio del Colegio Americano de Medicina⁹ publicado en el año 2008 en la revista *Annals of Internal Medicine*, titulado "Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students", cuyos objetivos pretendieron evaluar la frecuencia de ideación suicida entre estudiantes de medicina y explorar su relación con el Burnout. Mediante un estudio transversal del 2007 y longitudinal de cohortes del 2006 al 2007, en siete escuelas médicas de los Estados Unidos que comprendieron 4287 participantes, a los cuales se les aplicaron el cuestionario de Maslach de Burnout, el Primary Care Evaluation of Mental Disorder para evaluar síntomas de depresión y el SF-8 (Medical Outcomes Study Short Form 8) para evaluar calidad de vida física y mental.

El Bournout fue reportado por el 49.6% de los estudiantes, y el 11.2.% reportaron ideación suicida durante el año pasado, en el análisis multivariable el Burnout y la baja calidad de vida mental fueron predictores independientes de la ideación suicida para el siguiente año. De los 370 estudiantes quienes tenían criterios de Burnout en 2006, 99 se recuperaron (26.8%), la recuperación del Burnout estuvo asociada marcadamente con una disminución de la ideación suicida, lo que sugiere que la recuperación del Burnout disminuye el riesgo suicida.

En última instancia citamos el último estudio llevado a cabo en Colombia titulado "SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN CIRUJANOS COLOMBIANOS"¹⁰, fue publicado en Julio del 2009 por el grupo de investigación en patología quirúrgica de la Universidad de la Sabana. Mediante este estudio se pretendía medir la frecuencia del Síndrome de Desgaste profesional en 259 cirujanos que participaron en el XXXIV Congreso Nacional de Cirugía en Agosto del 2008. A través de un estudio observacional y analítico de corte transversal, se realizó una medición del síndrome mediante una encuesta autodiligiada.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 26.1 % presentaron el síndrome, definido por un alto grado de cansancio emocional asociado a un alto puntaje de despersonalización o a un bajo puntaje de realización personal. El

⁹ LISELOTTE, N. DYRBYE, MD. MATTHEW. R. Thomas, MD; STANFORD MASSIE, F. POWER, David V. EACKER, Anne. HARPER, William. DURNING, Steven. MOUTIER, Christine. SZYDLO, Daniel W. NOVOTNY, Paul J. SLOAN, Jeff A. and SHANAFELT, Tait D. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. 2008 American College of Physicians Publicado en: *Annals of Internal Medicine*.

¹⁰ VEGA, Neil Valentin. Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de Cirugía*. Julio, 2009;24: 153-64.

único factor asociado a la presencia del síndrome fue el deseo de efectuar un cambio del sitio de trabajo (OR= 2.95 ; IC=95% 1.59-5.5). También se encontró una asociación entre el síndrome y la presencia de accidentes biológicos en los últimos 6 meses (OR= 2.01; IC=95% 1.08-3.74).

El impacto de la entidad en la actividad profesional se documenta al existir una reducción del 66 % en el riesgo de presentar el síndrome de desgaste profesional si se trabajara en un solo sitio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El bienestar físico, mental y emocional vivenciado a través de diferentes situaciones influye sobre el desempeño laboral de un individuo y, de igual manera la experiencia en el trabajo y el grado de satisfacción personal repercuten sobre la salud del trabajador¹¹.

En el campo laboral sanitario característicamente se presentan aspectos socio-laborales especialmente relevantes para la salud médica¹²: el empeoramiento de las condiciones laborales actuales se evidencia en nuestro país por los escasos ingresos que recibe un médico general, hace 15 años el salario bordeaba los 15 salarios mínimos para el médico general y los 18 a 20 para el especialista según el Dr. Gentil Gómez Mejía¹³. Según la Defensoría del Pueblo actualmente más de la mitad de los médicos generales gana menos de \$2'900.000 (sin descuentos) y el 10% gana más de \$6 millones¹⁴. Esto se traduce en que en la actualidad difícilmente alcanzan los 4 o 5 salarios mínimos. Aunado a esto la cantidad de horas que labora un médico sobrepasa las 8 horas diarias por ley exigidas, sobrepasando incluso 10 horas en promedio, y realizan turnos nocturnos en promedio de 8 por mes.

Junto a esto están las mayores exigencias macroeconómicas que implican un incremento de las exigencias de adaptación de los trabajadores en especial los sanitarios si tenemos en cuenta que la salud pasó a constituir grandes empresas: con la Ley 79 de 1988 surgen las cooperativas de trabajo asociado (CTA), con las cuales se crea una ruptura del vínculo contractual entre la empresa y el trabajador, mediante un contrato que se rige por las normas de la cooperativa y no por el Código Sustantivo del trabajo¹⁵. Estas cooperativas son una forma de subcontratación en la cual los trabajadores que son sus mismos socios deben someterse a deberes como pago de aportes, además de estrategias como el llamado "ahorro programado", con lo cual los ingresos en dinero del trabajador disminuyen y a largo plazo otros beneficios como la pensión se ven afectados.

¹¹ GUEVARA, César A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002.

¹² MINGOTE, C. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. 2004.

¹³ GÓMEZ MEJÍA, Gentil. Ponencia: "Situación laboral del médico desde la ley 100 y su impacto en la relación médico - paciente". Septiembre 26 de 2008, Senado de la República.

¹⁴ ARICAPA, Ricardo. La cadena del dolor. edición N° 74, Revista Cultura y Trabajo. Junio de 2008 (ENS: Escuela Nacional Sindical).

¹⁵ CONGRESO DE COLOMBIA, "Por la cual se actualiza la Legislación Cooperativa," Ley 79/88, art 59. Publicado en el Diario Oficial No. 38.648 de Enero 10 de 1989.

En cuanto al ejercicio médico propiamente dicho, la interacción con el paciente constituye el aspecto más importante para el 73% de los médicos¹⁶. El paciente es el fin último de todo el proceso de atención en salud, sin embargo el tiempo necesario para una correcta atención es cada vez menor: cerca del 57.5% de los médicos colombianos consideran que la atención que da a sus pacientes no satisface las necesidades de salud, aunado a que el 50.7% se siente culpable de los problemas de salud que puedan presentársele a sus pacientes manejados en la evolución de sus enfermedades¹⁷. Se ha demostrado que la insatisfacción con respecto a la relación mantenida con los pacientes influye en los altos niveles de estrés que puede llegar a presentar un médico y, más específicamente en las tres dimensiones del Burnout¹⁸.

Existen otras características estresantes de las condiciones de la labor médica: además de la relación con los pacientes, influyen el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, la presión social y el enfrentamiento a situaciones de emergencia, entre otros.

Sin embargo, la formación académica en salud no es suficiente para preparar al galeno ante estas situaciones y adicionalmente contribuye a la formación de un perfil característico de los médicos que empeora el proceso de adaptación: se habla actualmente de un fenómeno denominado la “Cultura Médica”, el cual se ha relacionado con la salud física y mental del médico y con el riesgo de desgaste profesional. Este concepto hace referencia a las pautas perfeccionistas y de adicción al trabajo rectoras de la actuación diaria de los galenos. Desde el proceso de aprendizaje el estudiante de medicina y el médico se impregnan de la necesidad de hacer todas las cosas no solo bien, sino perfectas, de no cometer errores reflejados por supuesto en la integridad de un paciente. Sin embargo el aprender a hacer frente a estresores extraordinarios como fracasos terapéuticos importantes o juicios por mala práctica, constituyen una actitud positiva, un mecanismo de defensa que les permite adaptarse más fácilmente a los resultados laborales obtenidos¹⁹.

Este concepto toma importancia al correlacionar las formas como se afrontan estas situaciones con marcadores biológicos de estrés: es así como se ha

¹⁶ PUDDSTER, Derek. The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being. *West J Med* 2001;174:5-7.

¹⁷ PRIETO ÁVILA, César A. *La contratación laboral y su impacto en la atención de los pacientes*. Ponencia de la Federación Médica Colombiana presentada en la Audiencia Salud Senado. Agosto 21 de 2008.

¹⁸ ESCRIBÀ-AGÜIR, Vicenta. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *Burnout* en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008; 22(4):300-8.

¹⁹ JIMÉNEZ. A. Doctors' strategies to cope with the crisis in medical profession. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 707-12.

encontrado una relación significativa entre el factor esfuerzo y el factor malestar, con incrementos relativos de noradrenalina y cortisol plasmático²⁰

Desafortunadamente, cuando el profesional no logra afrontar las diferentes situaciones estresantes y éstas se presentan de manera crónica, se asocian con estímulos repetitivos sobre el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal y el sistema medular-adreno-simpático, con la consiguiente elevación de los niveles de cortisol y adrenalina respectivamente. La persistente elevación de estos marcadores biológicos de estrés produce alteraciones fisiológicas como incremento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial y depresión del sistema inmunológico, con el consecuente aumento del riesgo para presentar enfermedades físicas, además de psiquiátricas²¹.

Adicionalmente, el personal médico que labora en el área asistencial y que presta turnos nocturnos, presenta privación del sueño. Esta situación de déficit en cantidad y calidad del sueño cuando es prolongada genera alteraciones fisiológicas patológicas, y en menor privación, fatiga, disminución de la capacidad de atención y concentración y mayor vulnerabilidad a los accidentes, mediado por la IL-6 (citocina proinflamatoria). que se asocia con la respuesta de estrés, entre otros mediadores asociados²².

En general, los trabajadores expuestos a estas cargas de estrés tienen mayor riesgo de presentar trastornos del sueño, enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, quejas psicológicas, conductas adictivas, función inmune reducida e infertilidad, viéndose reflejado en el desempeño en su vida diaria y laboral.

Consecuentemente, las características intrínsecas del trabajo y los factores asociados al ambiente laboral aunado a otros aspectos de la vida propia del individuo y su familia, pueden llegar a generar niveles del estrés suficientes como para alterar la calidad de vida del trabajador. Estas condiciones se traducen en una mala percepción de la calidad de vida de trabajo.

Cuando dichas características persisten en el tiempo y el trabajador se torna incapaz de llevar a cabo satisfactoriamente su labor, se debe considerar la aparición de un síndrome denominado Síndrome de Burnout o de "Quemarse" en el trabajo: esta patología disminuye la calidad asistencial y puede generar un

²⁰ MINGOTE ADÁN, José Carlos. Estrés laboral, alteraciones del sueño y trastornos cardiovasculares en médicos. Curso de Formación Continuada: trabajo y sueño: interdependencia y criterios de causalidad. 27 de Noviembre 2002.

²¹ ÖZEN ÖNEN, Sertöz. The neurobiology of burnout: the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis and other findings. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(3).

²² *Ibid*; p.33.

círculo vicioso de estrés, agotamiento mental y físico, y decepción laboral en el personal médico, haciendo relevante el oportuno diagnóstico y tratamiento.

Después de habernos planteado más a fondo nuestro problema de investigación, nos enfocaremos un poco más a nuestro contexto actual, en cuanto lo que tiene que ver con el ambiente laboral de nuestros médicos.

En el departamento del Huila y más específicamente en la ciudad de Neiva no se cuenta con estudios que evalúen la calidad de vida profesional de médicos generales y especialistas y su posible relación con el síndrome de Burnout, por ello creemos que es de vital importancia el desarrollo de nuestra investigación, aun más cuando encontramos altos índices de insatisfacción laboral en gran parte de los profesionales de la salud y todas las consecuencias que este trae tanto para la salud física, como mental y emocional.

Por todo lo anteriormente mencionado y ante la necesidad de estudios pioneros que busquen medir la calidad de vida profesional de médicos generales y especialistas y su posible relación con el síndrome de burnout en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Padecen los médicos especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva el Síndrome de Burnout y, cuál es su calidad de vida profesional?

3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha incrementado el interés de muchos investigadores por el estudio del Síndrome de Burnout (SB) y la Calidad de Vida Profesional (CVP) en todo el personal médico asistencial, especialmente en médicos generales y especialistas, ya que esta patología acarrea graves consecuencias²³ como depresión, ausentismo en el trabajo y malas relaciones interpersonales, entre otras; que afectan no solo la salud de estos profesionales sino que repercute directamente sobre el éxito del tratamiento implementado en los pacientes.

Muchos estudios hoy en día han comprobado la relación de una mala Calidad de Vida Profesional con una mayor vulnerabilidad para sufrir el Síndrome de Burnout. La calidad de vida profesional está determinada por una serie de variables como la carga y horario del trabajo, el tiempo libre, la dieta, los estilos de vida y la remuneración económica. De estas variables depende la satisfacción de la persona con su trabajo y CVP.

Cuando una persona no está conforme con estas variables²⁴, es decir, cuando estas no le brindan bienestar, se convierten en un factor de riesgo para desarrollar el síndrome. Por ejemplo, cuando el descanso no ha sido reparador, la persona desarrollará sus labores con un rendimiento sub óptimo para las exigencias propias de su trabajo.

Estudios recientes muestran como el médico colombiano debido a las condiciones del medio laboral, personal y familiar, en el que ejerce su profesión; está expuesto a diversos factores como los descritos anteriormente, que son un gran factor de riesgo para tener una deficiente CVP que puede estar relacionado a su vez en algún grado con el SB. Ejemplo de estos trabajos lo demuestra la última encuesta realizada para el año en curso bajo el auspicio de la Asociación de Médicos Generales de Colombia²⁵, en la cual se tomó una muestra de 2197 médicos generales de 42.000 del total del país.

El 86% de los encuestados no se sienten satisfechos con los ingresos derivados de su ejercicio laboral por los bajos sueldos devengados, por ejemplo: el 36%

²³ MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

²⁴ Paredes, OP. Cit.pag.34.

²⁵ HERNANDEZ PATIÑO, A. El médico laboral. Revista colombiana de médicos generales. Bogotá 2005.

ganan entre \$ 2 a 3 millones, 15% de \$3 a 3.5 millones, 12% de \$1.5 a 2 millones y el 5% más de \$5 millones; pero lo más preocupante para estos profesionales es que existen quienes ganan menos de 1 millón de pesos (6% de los encuestados).

Un médico general tiene ingresos en promedio de \$3 millones, pero cuando es asociado a una Cooperativa gana alrededor de \$2,5 millones, con jornadas de 48 horas semanales, o sea a \$13.000 la hora²⁶.

A este respecto, recientemente la Defensoría del Pueblo realizó un estudio con 1.544 galenos de 310 municipios del país, del cual se pueden extraer los siguientes datos:

En el 2001 el 56% de los médicos del país pertenecía a los estratos 4 y 5. Hoy, en esa misma proporción, pertenecen a los estratos 3 y 4. Con esto no se quiere decir que pertenecer a uno u otro estrato social, determine el grado de CVP o se exponga a padecer el SB, sino más bien, se quiere mostrar como las condiciones laborales, de vida y crecimiento económico de estos profesionales, se han visto seriamente afectadas siendo el reflejo de la situación socioeconómica del país.

Más de la mitad gana menos de \$2'900.000 (sin descuentos) y sólo el 10% gana más de \$6 millones.

El 50% recibe salario fijo, el 15% gana su salario por la cantidad de horas laboradas, el 11% por honorarios, y el 6% por paciente atendido. Demostrando las condiciones laborales impuestas por las empresas de salud.

El 12% no está afiliado a riesgos profesionales. Hecho alarmante ya que los galenos, debido a los procedimientos terapéuticos que realizan a diario se ven expuestos a contraer enfermedades y padecer accidentes profesionales en donde su integridad física y su vida misma pueden verse comprometida.

A la pregunta de cuándo ha tomado sus vacaciones remuneradas obligatorias por ley al año, el 49 % de los encuestados respondieron que nunca las habían tomado, precisamente para poder trabajar más y cubrir sus gastos.

La importancia de toda la información descrita anteriormente radica en que este decremento de las condiciones laborales y económicas al que se expone en la actualidad el médico general y los especialistas en nuestro país, hacen que la CVP no sea gratificante y se convierta en un factor altamente estresante llegando a alterar la concepción misma de toda la esfera humana, de la Calidad de Vida no solo profesional sino también personal, ya que hay pruebas a favor de una

²⁶ LA CADENA DEL DOLOR, Informe publicado en la edición N° 74 Revista *Cultura y Trabajo*, de la ENS. Junio de 2008.

estrecha relación entre satisfacción laboral y satisfacción general en la vida, estrés laboral, salud mental, bienestar personal y desempeño profesional médico²⁷.

Todas estas condiciones laborales a las cuales son sometidos los médicos generales y especialistas, lo predisponen a padecer el SB. Este fenómeno reconocido hoy como patología²⁸, se expresa como agotamiento emocional, sensación de “aburrimiento” o dicho en palabras técnicas: depresión. Paralelo a ello se evidencia una sensación de despersonalización y baja realización personal haciendo que la persona sienta que, a pesar de sus esfuerzos²⁹ no ha llegado a obtener sus metas, se siente cansado y sin ganas de seguir trabajando, lo que conlleva a pérdida de la eficiencia laboral, alteraciones emocionales y conductuales, alteraciones psicosomáticas y sociales tanto como en su vida familiar, síntomas propios del Síndrome Burnout.

Estas alteraciones en la salud física y mental en el individuo toman tanta trascendencia que llegan incluso a despertar en el individuo ideación suicida relacionada con el síndrome³⁰.

Los médicos generales y especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, no son ajenos a toda esta problemática. Ésta es una institución de referencia de III nivel de atención con una amplia cobertura en todo el territorio del sur colombiano. Cuenta con los diferentes servicios de medicina general y especializada para atender a toda esta población que requiere a diario de sus servicios. **Estadísticas de cuantos pacientes atiende en un momento determinado.**

Para la atención de este número de pacientes, cuenta con alrededor de **número de médicos generales y especialistas que hay...**los cuales realizan sus jornadas o turnos de trabajo en las diferentes áreas, para lograr el cuidado oportuno de sus pacientes.

Al ser el HUHMP un centro de referencia para otros centros hospitalarios, atiende no solamente a la población del departamento del Huila sino también a los departamentos circunvecinos, lo que hace que la demanda de atención sea alta,

²⁷ CLÚA ESPUNY, JL. AGUILAR MARTÍN, C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. Aten Primaria. 1998; 22: 308-13.

²⁸ MINGOTE ADAN, José Carlos. MORENO JIMÉNEZ, B.Y GALVEZ HERRER, M. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas 2004, *Medicina Clínica*, 123, 07, 265-270. Unidad de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre Madrid. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid. España.

²⁹ MARRAU, María Cristina. El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias. Fundamentos en humanidades, ISSN 1515-4467, N°. 10, 2004, pags. 53-68

³⁰ LISELOTTE N. Dyrbye. THOMAS, Matthew R. F. STANFORD, Massie. POWER, David V. EACKER, Anne. HARPER, William. DURNING, Steven. MOUTIER, Christine. SZYDLO, Daniel W. NOVOTNY, Paul J. Jeff A. SLOAN, and SHANAFELT, Tait D. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*. Academia and Clinic. 2008.

esto conlleva a que la institución deba disponer un mayor número de médicos en los diferentes servicios, ya que se observa un incremento en el número de usuarios en las áreas de urgencias, observación, hospitalización y cirugía, principalmente.

Lo anterior conlleva a que los profesionales que tienen otros compromisos como en el área de la docencia, disminuyan el tiempo disponible para estas actividades, viéndose comprometida la formación de los estudiantes. Por otro lado los turnos de trabajo son extenuantes conllevando a una disminución del tiempo libre que se ve reflejado en menor disposición para el descanso y para el disfrute de la vida personal y familiar.

También, debido a ese mismo incremento de la demanda se nota una disminución del tiempo disponible para la consulta externa, pasando de los 20 minutos normalizado en la ley³¹ a 15 minutos, lo que acarrea que la historia clínica, la anamnesis, el examen físico y un buen abordaje del paciente se vea limitado por el tiempo, lo que hace que el servicio y la relación médico paciente no sea óptimo.

Todo lo anterior puede posiblemente, como se describió, exponer a los médicos generales y especialistas del HUHMP de Neiva, a diferentes factores de riesgo que lo predisponen a sufrir el Síndrome de Bournot como consecuencia de las condiciones de calidad de vida profesional en las ejercen su profesión, hecho que es importante establecer y es el objetivo de este trabajo, ya que las consecuencias son muy graves no solamente para estos profesionales, quienes son los directamente perjudicados, sino también para los pacientes- usuarios de los servicios del Hospital, quienes son la razón de ser del mismo.

La importancia de nuestra investigación se centra principalmente en el hecho de que no existen antecedentes sobre el estado de calidad de vida profesional de los médicos generales y especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva y su posible relación con el Síndrome de Burnout, evento este ya establecido en otras partes del país, y que al haber arrojado datos sorprendentes sobre la mala calidad de vida profesional y la afectación tan importante que sobre la salud biosicosocial tiene, nos motiva a realizar este estudio.

Otro hecho que podemos resaltar sobre la importancia de nuestro trabajo radica en que es primordial que nosotros como estudiantes de medicina y futuros profesionales de la salud, conozcamos el ambiente laboral y la todo lo relacionado con la calidad de vida profesional de nuestro medio

Este trabajo además ayudara a que en un futuro próximo se desarrollen trabajos más extensos y de mayor magnitud incluso no solo en el ámbito de la salud, todo

³¹MINISTERIO DE SALUD. Resolución No. 5261 AGOSTO 5 DE 1994. Artículo 97: Consulta Médica General.

esto teniendo como finalidad el desarrollo, evolución y mejoramiento de las condiciones laborales actuales.

Los aportes más importantes de nuestra investigación están dirigidos a establecer la calidad de vida profesional de nuestros médicos generales y especialistas, dicha investigación al ser pionera en nuestro medio y campo de acción servirá como base para establecer nuevos parámetros de investigación en todo lo relacionado con la actividad laboral en la salud que se ha visto tan afectada por la gran cantidad de cambios en el sistema de salud.

Además en cierta medida establecerá cuales son aquellas especializaciones en salud que brindan un mayor estado de satisfacción en el campo laboral, económico, social y de la salud misma de los individuos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de la calidad de vida profesional y el síndrome de Burnout de los médicos especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva en el 2009.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico de la población a estudio.
- Establecer cuál es la calidad de vida profesional percibida por los médicos y especialistas que laboran en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
- Evaluar la percepción que los médicos tienen de cada uno de las dimensiones evaluadas del entorno laboral y personal que influyen en la calidad de vida profesional.
- Identificar la existencia del Síndrome de Burnout en la población a estudio.
- Describir la frecuencia de cada una de las dimensiones que se evalúan en el Síndrome de Burnout en el personal médico general y especializado del HUHMP.

5. MARCO TEORICO

Para hablar de conceptos tan amplios como Calidad de Vida Profesional, Síndrome de Burnout y la influencia de estos fenómenos sobre la vida de los trabajadores de la salud como los médicos generales y especialistas, población de interés para la presente investigación, es necesario que los conceptos en cuestión se desarrollen de manera breve y clara con el fin de lograr un entendimiento efectivo de ellos para el posterior análisis de los resultados.

Por lo tanto a continuación se realizará una breve descripción del concepto de *calidad de vida profesional*, así como su enfoque desde los médicos generales y especialistas. Posteriormente se describirá *Síndrome de Burnout* y su relación con la población de interés para la presente investigación.

5.1 ACERCAMIENTO TEÓRICO DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

La calidad de vida profesional es un constructo que nace desde la revolución de los trabajadores industriales en búsqueda de mejores condiciones laborales que les garantizara mayores oportunidades de desarrollo, tanto profesional como laboralmente. Desde ese entonces el término ha venido evolucionando hasta entenderse hoy por hoy como la suma de varias dimensiones teóricas.

Según Pelt³², la calidad de vida profesional es una teoría multidimensional³³, por lo que se utilizan definiciones descriptivas para referirse a él, existiendo múltiples y variadas según el enfoque y avance histórico en la literatura sobre el tema.

Para facilitar el abordaje de este concepto en el presente trabajo se afirma que, en general, la calidad de vida profesional se ha enfocado en el estudio de dos grandes dimensiones o lineamientos, los cuales son:

- los aspectos del trabajo que tienen relación con las experiencias humanas (aspectos más subjetivos), y

³² PELT. Tratado de Psicología del Trabajo. Voll II.

³³ Constructo: Según Hernández y Otros (1998) Es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico, ejemplo la inteligencia es un constructo, y tendrá una significación dentro de lo que es teoría de la inteligencia lógico matemática, pero otro dentro de lo que la inteligencia emocional. Multidimensional hace alusión a la multitud de dimensiones de la Calidad de Vida. La variable medida en constructo tiene subyacencia teórica, así con la inteligencia por ejemplo, podemos medirla y cuantificarla, pero su definición es una abstracción teórica, o sea un constructo.

- la realidad de la organización en la cual el individuo desarrolla su trabajo (aspectos más objetivos).

Lo anterior permite observar cómo los aspectos de la organización influyen en el trabajador y en su calidad de vida. Así términos como seguridad, higiene, salario, ambiente laboral, ruidos, confort, entre otros, dejan ver los aspectos objetivos; y términos como grado de satisfacción, bienestar, salud, motivación; los cuales miran la calidad de vida desde la óptica de la experiencia del trabajador; hacen referencia a los aspectos subjetivos. Pero anexo a las experiencias particulares de los sujetos como empleados, también es importante conocer la percepción que el empleador tiene de las personas con las cuales contrata, lo cual afecta de manera directa la calidad de vida profesional. Los Sistemas tradicionales de gestión de la organización científica del trabajo de Taylor o el enfoque burocrático de Weber consideraban al trabajador como un factor de producción más, cuyo rendimiento sería mayor cuanto mejor se definieran las tareas a realizar y al que había que supervisar de una forma estricta y motivar con recompensas y castigos de índole económicos.

En este planteamiento predomina un trabajo repetitivo y monótono, el cual anula cualquier iniciativa individual y desmotiva al trabajador.

El enfoque actual ha cambiado, como lo asegura autores como Herbst³⁴: El producto del trabajo son primordialmente personas felices y sólo secundariamente bienes y servicios. Lo anterior lleva a pensar que si en el trabajo se entorpece y se explota a las personas y no se les permite realizarse, se está produciendo frustración, irritación, resentimiento, molestias, desgaste, insatisfacción, lo cual se traduce en una sociedad de personas insatisfechas y alienadas.

Se entiende así la gran responsabilidad que este hecho conlleva en la sociedad, ya que la relación que se establece entre la empresa y el individuo que trabaja para ella pasa a convertirse en un elemento crucial que influye de manera directa en la Calidad de Vida del trabajador, tanto en su dimensión física, como psicológica y emocional, ya sea durante las horas de trabajo como fuera de la jornada laboral. Igualmente de manera indirecta afecta la calidad de vida de las personas con las cuales el trabajador se relaciona, enfatizando en este punto a su familia.

Puesto que la forma actual de la organización económica y laboral involucra presiones financieras y de carga laboral, inmersión en un mundo dinámico,

³⁴ PEIRÓ, José María y PRIETO, Fernando. Tratado de Psicología del Trabajo. España: Ed. Síntesis Psicología, Vol. II, 1996.

exigencias de los mercados laborales, mayor competitividad; genera una estrechez entre vida personal y trabajo. Así el trabajo se ha convertido en el organizador del tiempo del ser humano, decidiendo cuánto tiempo pasa el trabajador consigo mismo, con su familia, cuándo toma vacaciones, cuándo descansar, inclusive cuándo comer, tiempo que en cierta medida es controlado por los superiores de su Empresa.

Puede decirse entonces que la Calidad de Vida de una persona es afectada por su Calidad de Vida Profesional, verbigracia lo siguiente: suponga una jornada diaria de 8 horas de trabajo, es decir el trabajador del ejemplo pasa aproximadamente el 45 % de su tiempo en la empresa o con actividades relacionadas a su trabajo. Ahora bien, en el tiempo no laboral de trabajador, es decir cuando está fuera de la empresa para la cual trabaja, puede estar ocupando su mente en su situación laboral; en otras palabras, para del 55 % restante de su vida no laboral, el trabajador esté presente psicológicamente en su empresa (por decirlo de alguna manera) aún en su tiempo libre.

Por ello, teniendo en cuenta que aunque se destine un tiempo para el trabajo, el sujeto puede estar presente de manera virtual en su situación laboral, y que la percepción que tenga el empleado de su trabajo así como su relación con el mismo, y las particularidades de su desempeño laboral; resulta de vital importancia el bienestar del trabajador con su trabajo.

Para que el trabajador tenga un estado de bienestar en su desempeño laboral debe estar motivado con el mismo. Dicha motivación depende básicamente de tres dimensiones que hoy en día se estudian para evaluar la calidad de vida profesional, las cuales son: apoyo directivo, demanda de trabajo y motivación intrínseca³⁵.

5.1.1 Apoyo directivo. Esta variable hace referencia a todo el apoyo por parte de la empresa para el trabajador para que este pueda realizar todo su trabajo y logre las metas, sobrepasando las dificultades propias de su labor. Por otra parte tiene en cuenta el apoyo de subalternos y familiares del trabajador.

5.1.2 Demanda de Trabajo Son todas las actividades que desempeña el trabajador, la presión que recibe para que haga su trabajo y alcance metas y objetivos, la responsabilidad del cargo, las consecuencias de los actos y decisiones como también de los requerimientos de los usuarios de los servicios para los cuales la persona trabaja.

5.1.3 Motivación intrínseca Todas aquellas oportunidades que tiene el trabajador para resaltarse dentro de un grupo por su desempeño, las oportunidades de ascenso, el sueldo que devenga etc.

³⁵ RODRÍGUEZ, F. BLANCO RAMOS, B. S. Relación de la calidad de vida profesional y el *Burnout* en médicos de atención primaria. Revista chilena de salud pública. Vol II.

Como se explicó con anterioridad, el resultado de estas tres variables resultan en la motivación laboral del sujeto, la cual está directamente relacionada con su sentir o percepción que tenga él mismo de su calidad de vida profesional.

5.2 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS

La motivación laboral es el resultado de una serie de relaciones entre el esfuerzo individual, el rendimiento obtenido, las recompensas organizativas y los objetivos individuales. Aunque cualquier trabajador es susceptible al desánimo y a la pérdida de entusiasmo por su trabajo, quienes presentan mayor riesgo son los profesionales que mantienen un contacto directo con el público, especialmente en los ámbitos social, educativo y sanitario.

Teniendo en cuenta que para la presente investigación resulta de interés los profesionales de la salud, será a ello a quienes se mencione en adelante, salvando con esto el riesgo de los profesionales que se desenvuelven en espacios educativos y sociales. Puede iniciarse diciendo entonces que los profesionales sanitarios están sometidos a una gran sobrecarga asistencial por parte de unos pacientes cada vez más exigentes y críticos³⁶.

Lo anterior está en medio de una creciente burocracia que deja poco tiempo para desempeñar la labor asistencial reduciendo el tiempo para las consultas, lo cual no permite establecer una relación empática médico-paciente. Aunado a lo anterior existen múltiples factores sociales, tecnológicos y económicos que exigen mayor rendimiento a los profesionales sanitarios (mayor número de pacientes por jornada laboral, menor cantidad de exámenes, consultorios pequeños, entre otros); por lo general dejando de lado su calidad de vida profesional.

Desafortunadamente esto sucede a pesar de los estudios realizados por Maslach, los cuales popularizaron el término *Burnout*. Dichos estudios permitieron conocerla relación entre la insatisfacción laboral en los profesionales asistenciales y la disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas a éstos, tanto cualitativa como cuantitativamente; en otras palabras, los profesionales tienden a dar calidad al cliente en la misma medida en que perciben que son tratados por la organización en que trabajan. Lo anterior sugiere que, así como los profesionales son tratados así mismo tratan a quienes atienden.

³⁶ SÁNCHEZ, R. GONZÁLEZ, R. ÁLVAREZ, NIDO. BORDA: *Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. S. Médicos de Familia. EAP San Blas. Parla. ¹EAP Centro II. Getafe. Área 10. Madrid.*

Todo lo antedicho permite ahora definir el término de calidad de vida profesional, la cual resulta ser la experiencia de bienestar secundaria a la percepción de equilibrio entre las demandas de un trabajo profesional y los recursos disponibles para afrontarlas.

Los profesionales de la salud que laboran en el HUHMP no son ajenos a esta realidad, pues esta institución es centro de atención de III nivel de referencia, por ello el hospital recibe gran flujo de pacientes de la región sur del país. Esta particularidad hace que las demandas de atención de dichos pacientes por parte del personal sanitario sean altas y aumentando las demandas del servicio sanitario de la ESE en cuestión, generando un contexto donde los usuarios y profesionales giran alrededor de tensión e incomprensión, aspectos que influyen directamente sobre la calidad de vida profesional de los empleados y en la calidad de vida de los usuarios.

Por otra parte, cuando se ve afectado la calidad de vida profesional, por el aumento de las demandas del servicio, a su vez, aumentan los niveles de estrés, lo que puede llevar al desarrollo del Síndrome de Burnout.

Pero para establecer la dependencia de las demandas del trabajo y el Síndrome de Burnout, se debe esclarecer lo que significa esta enfermedad moderna y cuáles son sus manifestaciones, explicado en los siguientes puntos del presente apartado.

5.2.1 Dimensiones o fases del síndrome de Burnout Freudenberger describía el Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral³⁷. El autor afirmaba que el Burnout era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, la pérdida de la motivación.

Para entender en más integralmente el fenómeno, se aborda desde tres dimensiones las cuales se describen brevemente de la siguiente forma:

5.2.2. Agotamiento emocional Es el rasgo fundamental de la triada sintomática, y se caracteriza por presentar agotamiento físico y psíquico con pérdida del deseo o "energía" para realizar cualquier labor³⁸. En muchos casos este complejo de

³⁷ Síndrome de Burnout Pedagogía. Agotamiento emocional laboral. Implicación. Estrés trabajo. Prevención en docentes y maestros. Educación y Pedagogía.

³⁸ MASLACH, C. JACKSON, S. The measurement of experienced Burnout. Journal of Occupational Behavior. 1981;2:99-113.

síntomas puede llegar a ser tan grave que se torna difícil su diagnóstico, llegándose a confundir en muchos casos con un cuadro depresivo. El profesional que sufre dicho síndrome se vuelve irritable, manifiesta quejas por la cantidad de trabajo realizado y pierde la capacidad de disfrutar de su tarea. Se le percibe como permanentemente insatisfecho e irritable³⁹.

5.2.3 Despersonalización Se caracteriza por la presencia de una transformación de la actitud, llevándolo a tornarse negativo frente a los nuevos desafíos que le presenta su continuo y diario vivir y las tareas propias de su trabajo. El profesional se puede tornar agresivo e insensible con las personas que lo rodean, en especial el médico con sus pacientes, y este como mecanismo de defensa utiliza una hiperactividad compensatoria que resulta en aumento de la sensación de agotamiento.⁴⁰

5.2.4 Reducida realización personal Se caracteriza por la presencia de manifestaciones depresivas con tendencia a distanciarse del trabajo, una sensación de moral baja, lo que conduce a una clara caída en la productividad laboral, con escasa o nula realización profesional.

Las fases o dimensiones anteriormente descritas son un espectro clínico del síndrome de Burnout, y como tal no constituyen una cadena secuencial de sucesos.

Así mismo, y como suele suceder con otros fenómenos mentales, el SB por poseer un gran espectro de características clínicas puede ser fácilmente subdiagnosticado o confundido con otras patologías, por lo anterior se hace necesario describir los principales diagnósticos diferenciales.

5.2.5 Delimitación y diagnóstico diferencial del síndrome de Burnout En los últimos tiempos el síndrome de Burnout ha tomado gran importancia, esto debido fundamentalmente a dos factores, por un lado las graves afecciones que puede ocasionar sobre la salud de los trabajadores y por otro lado el deterioro en el ambiente laboral que puede traer consigo.

³⁹ GONÇALVES, Estella. AIZPURI DÍAZ, J. BARBADO, Alonso. P.J. CAÑONES GARZÓN, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, J.J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I. Síndrome de Burnout en el médico general. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. 2006.

⁴⁰ *Ibíd.*, p.39

En algunas revisiones se le ha denominado la “plaga del siglo XXI”⁴¹, por esto y por otras múltiples razones es de vital importancia describirlo, conocerlo y diferenciarlo de otras afecciones con características similares.

Del mismo modo y debido a las limitadas revisiones sobre el tema todavía no se tiene como una categoría clara diagnóstica en los manuales de psiquiatría y psicología, tanto así que en el CIE-10 (décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades), se encuentra dentro de un grupo titulado⁴²: “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida” Z 73.0.

A continuación, describiremos los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, dejando muy claro en primera instancia que no se pretende hacer un resumen de cada patología, ya que no es el objetivo del presente trabajo y no se quiere ahondar en temas que son propias de algunas especialidades, como la psicología y la psiquiatría, que pueden llevar a disgregar el tema, hacerlo extenso y poco entendible.

5.2.6 Diferencia entre depresión y síndrome de Burnout La principal diferencia entre el SB y la depresión radica en la disminución en el estado de ánimo es temporal y directamente relacionado al ámbito laboral en el SB⁴³. El SB y la depresión son dos enfermedades diferentes, que poseen en común algunas características clínicas, e incluso pueden llegar a coexistir. Esta relación no es simple, es compleja y multidireccional.

Se ha mencionado que el SB puede contribuir a la depresión o viceversa, y por tanto podríamos afirmar que un individuo con antecedentes de depresión personal y familiar tendría un riesgo aumentado de presentar el SB⁴⁴.

5.2.7 Diferencia entre estrés y síndrome de Burnout El SB se correlaciona con estrés crónico acumulado, causado por el esfuerzo y carga laboral. Este concepto especifica la causa del estrés que conlleva a la presencia del SB, ya que el estrés es producido en muchas otras patologías y circunstancias.

⁴¹ MADRIGAL SOLANO, Myleen. “Burnout” en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

⁴² FERRER, R. *Burnout o síndrome de desgaste profesional*. Medicina Clínica de Barcelona 2002;119 (13): 495-6.

⁴³ ORTEGA C. Y LÓPEZ, F. *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004; 4(1): 137- 160

⁴⁴ NYKLÍCEK, I. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout Journal affect disord. 2005; 88(1):63-68.

5.2.8 Diferencia entre estrés laboral y síndrome de Burnout El primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación, las tareas y retos propios de cada oficio y también del ambiente laboral.

El estrés laboral desempeña un papel importante en la etiopatogenia del SB, y se podría decir que este es un predisponente esencial para el SB pero no la causa.

5.2.9 Diferencia entre la insatisfacción laboral y síndrome de Burnout Aunque están profundamente correlacionados, Maslach y Jackson en su escala de evaluación del SB consideran la insatisfacción en el trabajo como un componente del síndrome, pero no necesariamente asociados con alto grado de insatisfacción laboral.

Gil-Montes⁴⁵ afirma; que aunque ambas son experiencias psicológicas internas y negativas, el estrés laboral incluye cambios tanto en la conducta como en la calidad y desarrollo del trabajo, de aquellos sujetos que están expuestos a una actividad laboral, además de agotamiento y/o disminución de la energía para dicha labor, mientras que el SB no se relaciona con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

5.2.10 Factores desencadenantes y facilitadores del síndrome de Burnout El SB es el resultado de múltiples factores, como: agentes laborales, características personales y sociales⁴⁶.

Modelos actuales que explican el SB aportan una perspectiva de interacción entre características situacionales (entorno laboral), que junto con variables personales podrían ser los desencadenantes del SB, y que cumplirían una función moduladora.

Para mencionar solamente los factores laborales, estos se pueden agrupar en 4 categorías:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, entre otros).

⁴⁵ GIL-MONTE Y P. PEIRÓ, J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología* 1999: 15(2): 261- 268.

⁴⁶ GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, Enrique J. Tesis sobre el Burnout. Junio de 2003.

- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional).
- Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión).
- Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia considerándose a esta última, más una variable facilitadora que desencadenante.

Entre los factores personales se mencionan los siguientes:

Perfil reactivo: es propio de personas que buscan obtener compensaciones de forma inmediata, ya sean de carácter afectivo, económico, profesional o de cualquier otro tipo. Estas personas que no tienen capacidad de espera, sufrirán mayores decepciones y frustraciones, al no obtener lo que esperan, en el momento que lo desean, de esta manera, este perfil podría ser un factor de predisposición para el SB⁴⁷.

Perfeccionismo: estas personas se caracterizan por su inseguridad y temor al fracaso, son demasiado entregadas a su labor y los detalles de las mismas, al no obtener los objetivos propuestos, su estabilidad psicológica se ve alterada y junto con otros factores podría causar el SB.

Vocación y altruismo: algunos profesionales de la salud, al iniciar sus estudios, tienen ideales humanistas, con grandes expectativas en torno a la labor que van a desempeñar en un futuro, a las vidas que van a salvar y a todos los pacientes que podrían ayudar, sin embargo, pueden verse defraudados cuando su trabajo no llena todas estas expectativas.

Las expectativas excesivas y los ideales sin fundamento real, suelen provocar una actitud compulsiva y agotadora que acabará bruscamente dejando a la persona agotada y expuesta al SB⁴⁸.

Otras variables asociadas al SB, como la edad, el género, el estado civil, la cantidad de hijos, la antigüedad en el trabajo e incluso la cantidad de personas que laboran en los centros de salud y los enfermos por atender son otros factores

⁴⁷ MADRIGAL M. Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense. Tesis final de graduación. Sistema Estudios de Posgrado en Psiquiatría- Universidad de Costa Rica. Abril, 2005.

⁴⁸ MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

a los cuales se le ha acuñado alguna relación con la aparición del SB, por ello los siguientes parámetros son considerados un “perfil de riesgo” para desarrollar SB⁴⁹: ser mujer, mayor de 44 años, separada, divorciada o viuda, con más de 20 años de ejercicio profesional y más de 11 años en la misma institución, que labore en un centro de > 1.000 trabajadores y dentro del ámbito de atención especializada, teniendo a su cargo > 20 enfermos y trabajando 36-40 horas a la semana.

5.2.11 Diagnóstico del síndrome de Burnout Al tener claro el concepto de SB, el diagnóstico diferencial y los factores desencadenantes del mismo, podemos establecer los parámetros que permitirían hacer un diagnóstico claro y preciso.

El diagnóstico del SB está basado en los parámetros establecidos por el Dr. Ernesto Gil Deza.

Según el Dr. Gil Deza⁵⁰, la primera manifestación del SB es el **cansancio**. El cual puede expresarse como depresión, trastornos del sueño y cambios del apetito. Esta corresponde a la primera etapa de las manifestaciones.

La segunda fase es **insatisfacción**, manifestada por la pérdida del grado de placer que se puede encontrar en lo que se está haciendo. Si antes algo parecía ser tan valioso y causar felicidad cuando se hacía, ahora ya no causa el mismo efecto. En este punto es donde aparece la **indiferencia**, (no importa el resultado de los actos). Según el autor, para este momento es donde en mayor grado se puede ver afectado el paciente, ya que esta indiferencia puede comprometer los resultados de un posible tratamiento.

Posteriormente se genera irritabilidad y falta de participación. Lo que hace que la persona se ausente de actividades grupales, reuniones y conferencias.

En la tercera fase aparecen los **hábitos tóxicos y el abandono laboral**. También se alteran las relaciones, tanto maritales como familiares. El Dr. Gil Deza explica que la tasa de divorcios médicos es notablemente más alta que la de la población general⁵¹.

5.3 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

Para realizar un abordaje más amplio y concreto de lo que este constructo teórico significa, y así mismo poder estudiarlo en un grupo poblacional en particular, se

⁴⁹ PERA, M Y SERRA, P. Prevalencia del síndrome del quemado (SQ) y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria. Barcelona. (Dic 2002).

⁵⁰ GIL DEZA, Ernesto. Síndrome de Burnout en médicos. Dpto. de Docencia e Investigación del Instituto Henry Moore, Buenos Aires, Argentina. Jornadas Intra Med 2005. Médicos en el Siglo XXI.

⁵¹ Ibid., p. 45

divide en tres dimensiones a saber: apoyo directivo, demanda de trabajo y motivación intrínseca⁵².

Las tres dimensiones anteriores reflejan el ambiente laboral en donde trabaja el individuo, el apoyo que recibe y la motivación que siente para hacer las actividades laborales. Sin embargo a estas tres variables, se ha agregado una cuarta que hace referencia a la calidad de vida profesional percibida por el mismo sujeto⁵³.

Con base en las anteriores dimensiones se han construido encuestas y entrevistas para poder determinar la calidad de vida profesional de un individuo en su lugar de trabajo, tal como lo hace el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35), utilizado en el presente trabajo.

La dimensión sobre el *apoyo directivo*, reúne una serie de características sobre la ayuda que dan los demás al individuo para permitirle desarrollar su trabajo de una forma adecuada y productiva⁵⁴, en lo cual necesita el apoyo de jefes, compañeros y subordinados, así como también de la familia⁵⁵. Pero no solamente se basa en el apoyo dado por este grupo de personas sino que convergen otros factores intrínsecos del trabajo.

Estos factores son, entre otros, las posibilidades de promoción, el reconocimiento del esfuerzo hecho⁵⁶, la posibilidad de que las propuestas sean escuchadas y la capacitación necesaria para hacer el trabajo⁵⁷.

Como se puede observar, el apoyo directivo brinda una serie de herramientas totalmente necesarias para llevar a cabo las actividades laborales acorde a los requerimientos que se presentan con el día a día.

La segunda dimensión, *demanda de trabajo*, recopila una serie de factores totalmente de las actividades que exige el desempeño del trabajo. Esta depende de la cantidad de trabajo que se tenga y conlleva a ejercer presión para realizar esa labor o para mantener un ritmo de trabajo constante, lo que resulta en una serie de prisas y agobios por la falta de tiempo para poder realizar las actividades.

En esa lucha constante contra el tiempo y las exigencias de directivos y pacientes se puede presentar ambigüedad de funciones cuando el trabajador se ve obligado

⁵² RODRÍGUEZA, M.A. Relación de la calidad de vida profesional y el *Burnout* en médicos de atención primaria

⁵³ *Ibíd.*, p 46

⁵⁴ *Ibíd.*, p. 46

⁵⁵ *Ibíd.*, p. 46

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 45

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 45

a realizar otras actividades que no son propias de la tarea para la cual fue contratado y también conflictos con otros compañeros, o a ocupar su tiempo libre en actividades propias de su trabajo, lo que le resta tiempo a la familia y amigos desmejorando su calidad de vida general.

La siguiente dimensión, *motivación intrínseca*, hace referencia a todos los aspectos que implican el grado de satisfacción de la persona con su trabajo⁵⁸, que lo hace sentirse bien con él mismo y querer desarrollar sus actividades de la mejor forma posible.

Esta dimensión, igual que las anteriores, recopila una serie de ítems a saber: satisfacción con el tipo de trabajo que implica el querer lo que se está haciendo, satisfacción con el sueldo, como recompensa económica por lo que se hace, la desconexión (facilidad que tiene la persona para aprovechar su tiempo libre en actividades diferentes a las de su trabajo⁵⁹). Éstas llevan a que el individuo se sienta con deseos de ser creativo en su trabajo, de realizar cosas diferentes que lleven a desempeñarse mejor, a tener autonomía al tomar decisiones y como última instancia a lograr metas más rápido⁶⁰.

Por último se ha agregado una variable sobre la percepción de la calidad de vida en el trabajo, en donde el trabajador expresa abiertamente lo que piensa de su labor. Ésta variable implica un ambiente laboral adecuado, una buena retribución tanto económica como social por lo que hace, una libertad sobre el manejo de su tiempo libre, las oportunidades que brinda el trabajo para lograr sus objetivos personales y familiares⁶¹.

Todos estos factores convergen en un punto para poder determinar si el trabajador tiene o no una buena calidad de vida profesional.

⁵⁸ MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

⁵⁹ *Ibíd.*, p.48

⁶⁰ *Ibíd.*, p.48

⁶¹ GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, Enrique J. Tesis sobre el Burnout. Junio de 2003.

6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	<u>VALOR</u>
SOCIO DEMO GRÁ FICA	Conjunto de características relacionadas con los antecedentes históricos, sociales, años de vida, género y educación que permiten describir la población de estudio.	Edad	Continua Cuantitativa continua	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el tiempo de referencia		Numérica De razón	Años	Se puede tomar como valor el número en años cumplidos al momento de realizar la encuesta como la edad del entrevistado.

		Género	Categórica Dicotómica	Componente sociocultural del ser hombre o mujer.	*Masculino y *Femenino	Nominal		Se tomara como valor válido el correspondiente al determinado por el indicador (Masculino o Femenino)
		Estado Civil	Categórica <u>politómica</u>	Situación en la que se encuentra una persona respecto a otra que compromete una relación afectiva y que es reconocida por la sociedad.	*Soltero(a) *Casado(a) *Viudo(a) *Separado(a) *Unión Libre	Nominal		Se toma como valor verdadero el que escoja el encuestado de las opciones dadas en el indicador.

		Tipo de Familia	Independiente <u>Categoría politómica</u>	Modo de constitución de la familia, entendida ésta como la unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos con o sin niños o un adulto con niños, tienen el compromiso de nutrirse o apoyarse emocional y físicamente y comparten recursos.	*Extensa *Nuclear *Unión de Hecho *Unión de Derecho *Superpuestas *Incompleta *Plurales *Reconstituida *Unión de Satisfacción Erótico-Afectiva	Nominal		Es el tipo de familia que el encuestado indique.
		Estrato Socioeconómico	Categoría o Discreta <u>Categoría politómica</u>		*0 *1 *2 *3 *4 *5 *6	Ordinal intervalo	Estrato	El valor será la estratificación socioeconómica de la

								residencia del entrevistado.
		Título Profesional	Nominal <u>¿categórica dicotómica?</u> Categórica dicotómica	Reconocimiento hecho por una Institución Educativa legalmente constituida a la persona que curso determinada profesión	*Médico general *Médico especialista	Nominal		Se tomará respecto al título profesional otorgado del encuestado.
VARIABLE LABORAL	Hace referencia a los aspectos laborales de la praxis profesional de la población objeto de estudio.	Tipo Vinculación Laboral	<u>¿categórica politómica?</u>	Forma legal como el profesional fue contratado para laborar en la empresa.	<u>¿cuáles son los tipos de vinculación laboral?</u>	Nominal		El escogido entre las opciones referidas en el indicador.
		Cantidad de Tiempo Laborado en el Día	Categórica o Discreta. <u>Categórica politómica</u>	Tiempo dedicado a laborar en el transcurso del día.	*1-4 *5-8 *9-12 *13-16 *17-20	Intervalo	Horas	El intervalo escogido de acuerdo a la cantidad

					*21-24			de horas laboradas al día.
		Promedio Ingresos Económicos Mensuales	Cuantitativa	Cantidad total de dinero recibido como remuneración por el trabajo desempeñado.	<p><2 millones</p> <p>2-4 millones</p> <p>4.1 – 6 millones</p> <p>> 6 millones</p> <p>Especifique cuánto:</p>	intervalo	Pesos colombianos	
		Número de vínculos laborales actualmente.	Categoría política	Número de vínculos laborales que tiene actualmente (con ESEs, consultorios particulares ...)	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>>3</p>	De razón		Se toma como valor la cantidad de vínculos laborales que el encuestado indique.

		Años de experiencia laboral	Cuantitativa continua	Número de años que lleva laborando como médico desde que se graduó de pregrado.	<1 año 1-10 años 10.1-20 años 20.1-30 años >30 años Especifique cuantos:	De razón	años	El intervalo escogido de acuerdo al numero de años de experiencia
		Número de turnos nocturnos al mes	Cuantitativa discreta	Cantidad de turnos nocturnos realizados por mes.		De razón		Cantidad de turnos indicados por el encuestado.
		Vacaciones pagas por año	Cuantitativa discreta	Numero de vacaciones remuneradas que el profesional tiene por año		De razon		Cantidad de vacaciones indicadas por el encuestado

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	Experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos,	Demanda del Puesto de Trabajo.	Independiente		*Cantidad de trabajo * Conflictos con otras personas del trabajo * Tiempo para la vida personal *Comodidad física en el trabajo. * Carga de responsabilidad. * Interrupciones *Estrés (esfuerzo emocional)	Intervalo	
	Organizacionales y relacionales de que dispone para afrontar esas demandas	Apoyo Moral de los Directivos.	Independiente		*Apoyo de jefes *Posibilidad de expresión. *Capacita	Intervalo	

					<p>ción. *Posibilidad de hacer propuestas.</p>		
		Motivación.	Independiente		<p>*Satisfacción con el tipo de trabajo *Satisfacción con el sueldo *Posibilidad de Promoción *Reconocimiento del esfuerzo. *Motivación (ganas de esforzarse). *Autonomía o libertad de decisión.</p>	Intervalo	
		Valoración Global de la Calidad de Vida en	Independiente		*La empresa trata de mejorar la	Intervalo	

		el Profesional.			<p>calidad de vida del puesto. *Importancia del trabajo para otras personas *Consecuencias negativas del trabajo para la salud *Calidad de vida del trabajo.</p>		
		Causas de Estrés Laboral.	Independiente		<p>* Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo *Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo</p>	Intervalo	

					*Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer el trabajo		
		Habilidades del Profesional para Enfrentar el Estrés Laboral.	Independiente		*Apoyo de compañeros *Apoyo familiar. *Creatividad * Tiempo libre. *Recibir información de los resultados del trabajo	Intervalo	
SIN DRO ME DE BURN-OUT	Respuesta inadecuada a un estrés crónico emocional cuyos rasgos principales son:	Cansancio Emocional.	Dependiente		*Sentimiento emocional de agotamiento por el trabajo.	Intervalo	

	<p>un agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de disconfort para realizar las tareas.</p>				<p>*Sentimiento de cansancio al final de la jornada de trabajo *Sentimiento de fatiga al enfrentar un nuevo día de trabajo. *Trabajo diario con personas es un esfuerzo. *Sentimiento de frustración con el trabajo.</p>		
		Despersonalización	Dependiente		<p>*Trato indiferente a otras personas *sentimiento de</p>	Intervalo	

					insensibilidad por la ejercer la profesión. *Sentimiento de ser receptorista de problemas ajenos		
		Realización Personal.	Dependiente		*Fácil comprensión de cómo se sienten los pacientes. * Tratamiento eficaz de los problemas de las personas. *Influencia positiva por el trabajo a otras personas.	Intervalo	

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo no experimental, con diseño transversal descriptivo, que permite determinar la CVP y el SB en los médicos generales y especialistas del HUHMP de la ciudad de Neiva en un momento determinado, a través del establecimiento previo de la existencia del síndrome y el estado de la CVP en la población objeto de estudio.

7.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

La Investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) de la Ciudad de Neiva.

7.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

En el presente estudio se trabajó con un total de 180 personas, de los cuales 23 eran médicos generales y 157 especialistas, dedicados al área asistencial que laboran en los diferentes servicios del HUHMP de la ciudad de Neiva durante el segundo período del año 2009.

De éstos se tomó como muestra mediante el uso del software estadístico: STATS TM v2.0, tomando como valor de error máximo aceptable: 5%, porcentaje estimado de la muestra: 85%, según incidencia del Síndrome de Burnout, encontrada en el estudio: Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes, realizado en el Hospital Universitario del Valle de la ciudad de Cali en el año 2002⁶², el cual tomamos como referencia. Y un nivel de confianza del 95%.

Estos parámetros arrojaron un total de la muestra de 102 personas. Para obtener una muestra significativa de cada especialidad y de los médicos generales, se utilizó la siguiente fórmula: $ksh = n/N$, el cual determino una constante de 0.52, el cual se tomó para determinar la muestra por estratos, multiplicando este valor por el número de individuos por estrato (especialización).

Los resultados de la muestra estratificada se muestran en la siguiente tabla:

⁶² GUEVARA. César A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002.

Tabla 1 Muestra probabilística estratificada de los médicos especialistas del HUHMP de Neiva 2009-B.

	Especialidad	Total población (fh)= 0.52 Nh (fh)= nh	Muestra
1	Anestesiólogos	8	4
2	Cirujanos pediatras	4	2
3	Cirujanos vasculares	1	1
4	Cirujanos gastroenterólogos	2	1
5	Cirujano de tórax	1	1
6	Cirujanos plásticos	4	2
7	Cirujanos generales	19	10
8	Cirujanos maxilofacial	1	1
9	Dermatólogos	1	1
10	Endocrinólogos	1	1
11	Fisiatras	1	1
12	Genetistas	1	1
13	Gastroenterólogos	2	1
14	Ginecólogos	15	8
15	Hematólogos	1	1
16	Internistas	6	3
17	Internistas cardiólogo	3	2
18	Inmunólogos	1	1
19	Intensivistas	1	1
20	Neumólogos	1	1
21	Neurólogos	3	2
22	Neurocirujanos	6	3
23	Ortopedistas	6	3
24	Oftalmólogos	5	3
25	Otorrinolaringólogos	3	2
26	Pediatras	38	20
27	Radiólogos	6	3
28	Reumatólogos	2	1
29	Psiquiatras	4	3
30	Traumatólogos	3	2
31	Toxicólogos	1	1
32	Urólogos	6	3
33	Médicos Generales	23	12
	Total población y muestra	180	102

Fuente: propia

Para la selección de la muestra se utilizó el listado de médicos generales y especialistas que laboran en el HUHMP, el cual fue proporcionado por el departamento de personal del Hospital, mediante el uso de la técnica de la tómbola, en la cual se escribió el nombre de cada participante en una ficha por estrato en un papel, se introdujo en una bolsa y se sacó la cantidad de papeles

según el valor de la muestra por estratos. De esta forma se conformaron los grupos.

Para esta selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios.

7.3.1. Criterios de Inclusión

- Ser profesional de la salud con título reconocido por una institución legalmente constituida como médico general o médico especializado en cualquier rama de la medicina.
- Estar dispuesto a participar en la actividad, de forma libre y espontánea sin estar sometido a alguna obligación por parte de directivos o de los investigadores.
- Estar laborando en la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva bajo la figura de algún tipo de contrato de trabajo legalmente constituido.
- Pertenecer al área asistencial.

7.3.2. Criterios de Exclusión

Para realizar una mejor selección de la población de estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Negativa a la participación del estudio.
- Personal que cumplan los criterios de inclusión relacionados anteriormente pero que estén en época de vacaciones, en permiso o comisión de estudios.
- Médicos generales y especialistas que cumplan labores diferentes a la asistencial.

7.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación, se utilizó en primera instancia una entrevista semiestructurada para recolectar la información sociodemográfica de los participantes⁶³.

⁶³ MATA MACHADO, Marília. Entrevista de Pesquisa. Una relación pesquisador/entrevistado, Editora Arte, Belo Horizonte-Brasil, 2002.

El instrumento utilizado para la recolección de datos ha sido el cuestionario autoadministrado CVP-35 (Calidad de Vida Profesional global percibida), con él realizamos una medida multidimensional de la Calidad de Vida Profesional percibida por los profesionales de la salud, (médicos generales y especialistas). Este cuestionario ha sido utilizado y validado en atención primaria por varios autores en diversos estudios previos,^{64 65} y su confiabilidad ha sido determinada⁶⁶. Consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que se superponen, como ayuda, las categorías «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10).

Las preguntas se agrupan en tres dimensiones: «apoyo directivo», «demandas de trabajo» y «motivación intrínseca», no todos los autores las agrupan en las mismas dimensiones, y posee una pregunta referente a “calidad de vida” que no se agrupa bajo ninguna dimensión.

La primera dimensión es valorada mediante 12 ítems haciendo referencia al apoyo emocional recibido de los directivos, la segunda dimensión que hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo son valoradas por 12 ítems y la tercera dimensión se valora mediante 10 ítems.

Para determinar la existencia del síndrome de Burnout, se implementó el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory). Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9⁶⁷.

Es un instrumento que ha sido validado⁶⁸ y es el más utilizado para evaluar y medir la presencia del síndrome de Burnout. El cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres categorías: 1) agotamiento emocional, formado por 9 ítems, (puntajes: alto > 27, medio 17 – 26, y bajo de 0 - 16); 2) despersonalización, constituido por 5 ítems, (puntajes: alto > 14, medio 9 - 13, y bajo de 0- 8); y 3) falta de realización personal y en el trabajo, que tiene 8 ítems (puntajes: alto < 30,

⁶⁴ MARTÍN, J. CORTÉS, JA. MORENTE, M. CABOBLANCO, M. GARIJO, J. RODRÍGUEZ, A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP-35).Gac Sanit. 2004; 18:129-36.

⁶⁵ CASAS, J. REPULLO, J.R. LORENZO, S. CAÑAS, JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Revista de Administración Sanitaria, 2002; VI (23):143-160

⁶⁶ CALDERÓN, G., E. BORRACCI, Raúl A. ANGEL, Adriana. SOKN, Fernando. Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos. Rev. Argent. cardiol. v.76 n.5. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sept. /oct. 2008.

⁶⁷ GONÇALVES, Estella. AIZPIRI DÍAZ, J. BARBADO, Alonso. P.J. CAÑONES GARZÓN, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, J.J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I. Síndrome de Burnout en el médico general. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. 2006.

⁶⁸ GIL-MONTE, PR. PEIRÓ, JM. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.

medio 36 - 31, y bajo de 38 - 47) se construyen de esta forma las tres subescalas del MBI⁶⁹ y en donde se suman los ítems de acuerdo con la dimensión, las dos primeras son positivas y la última se considera negativa. De esta forma un sujeto que se encuentra en la categoría "alto" en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y "bajo" para realización personal en el trabajo puede ser categorizado como un sujeto con altos sentimientos de estar "quemado" o con síndrome de Burnout.

7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANALISIS DE DATOS

Luego de tener claro la técnica y los instrumentos de recolección de datos que se implementarían, se estableció contacto por medio escrito con el Comité de Ética del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, a los cuales se les explicó el objetivo, la importancia y la metodología del estudio y se les pidió autorización para poder desarrollarlo dentro de las instalaciones de la institución.

Posteriormente se escogió la muestra de la población teniendo en cuenta los parámetros descritos en el apartado de población, muestra y muestreo, además de los criterios de inclusión y exclusión.

Se contactó dentro del Hospital a cada participante y se les explicó de qué se trataba la investigación, se les invitó a que participaran del mismo y se les pidió firmaran un consentimiento informado. Posteriormente se les entregó los cuestionarios de datos sociodemográficos, medición de CVP y SB con las instrucciones de registro.

Se explicó a los participantes la forma de responder los ítems de los cuestionarios y se les indicó un plazo de 8 días para llenar los cuestionarios y entregarlos. Adicionalmente al cuarto día de haber sido entregado, se les contactaría vía telefónica para estimular el oportuno diligenciamiento de los formatos. Se les indicó que se daba todo este tiempo para que tomaran una hora del día en la que no estuvieran bajo ningún tipo de presión para que pudieran llenar los formatos con tranquilidad, se les recomendó no hacerlo, después de una jornada de trabajo o luego de haber discutido con alguien ya que la predisposición al momento de contestar fuera positiva o negativa, alterarían los resultados.

⁶⁹ FERRANDO, J. PÉREZ, J. Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). Rev Psiquiatría Daf Med Barna 1996;23(1):11-8.

No se llevó a cabo este procedimiento en una sola reunión, bajo un mismo techo en donde estuvieran toda la población, ya que esto podría llevar a que se presentara el fenómeno de Hawthorn⁷⁰ por los siguientes motivos:

- El hecho de citar a los participantes requeriría la firma de algún directivo como autorización, lo que podría llevar a pensar que al momento de contestar las preguntas referentes al apoyo directivo del CVP 35 de pudieran tener algún tipo de sesgo al estar presente el jefe inmediato del entrevistado.
- El estar sometido a un horario de reunión, hace que la persona conteste de forma rápida para poder volver a la labor que estaba desarrollando y no perder tiempo, así también se puede interrumpir una tarea importante, como las consultas externas, la revista en piso o una cirugía, por ejemplo.
- Se podría presentar inasistencia por las mismas obligaciones de los médicos o en el caso en que la reunión no fuera de carácter obligatorio.

Se le recuerda al lector que uno de los criterios de inclusión, es la libertad de participación, por lo tanto una reunión con esta característica invalidaría de entrada la recolección de datos.

Luego de los 8 días, se recolectaron los formularios, se verificaron el número de cuestionarios y los registros en ellos realizados, se compararon con el número entregado y se procedió a corroborar que todos los cuestionarios estuvieran diligenciados y qué número de participantes contestaron.

Posteriormente se llevó a cabo la tabulación de los datos y sistematización de los mismos para consecutivo análisis. La recogida de datos se realizó con Excel y el análisis estadístico con SPSS 10.0. Se efectuó el análisis descriptivo de las variables Sociodemográficas, expresadas siempre como el intervalo de confianza (IC) del 95%.

En el cuestionario CVP-35 se llevó a cabo una descriptiva general de los resultados para la percepción del apoyo directivo, la motivación intrínseca, las demandas y la calidad de vida profesional. En cuanto al MBI, se realizó una descriptiva habitual con la determinación de cada una de las áreas de interés.

7.6 ASPECTOS ETICOS

Teniendo en cuenta la resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la

⁷⁰ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. FERNÁNDEZ COLLADO Carlos, Y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación, Mc Graw Gill Interamericana 2006.

investigación en salud”⁷¹, se siguieron los procesos planteados a continuación para investigar de forma ética en seres humanos.

El desarrollo de la investigación cobijo los criterios propuestos por el artículo 6 del título II de la resolución N 008430 de 1993, concerniente a la realización de investigaciones en seres humanos; donde se protege la integridad y privacidad⁷² de los sujetos de la investigación, siendo la misma catalogada como investigación sin riesgo⁷³.

El consentimiento firmado, documento que la totalidad de los participantes de la investigación conocieron y que tan solo 11 se negaron a firmar, contiene lo propuesto por el artículo 15, Título II de la resolución 008430; donde se propone al mismo como requisito para la investigación en seres humanos (ver anexo 1): así como lo planteado en la ley 1090 de 2006 según el artículo 2 del título II⁷⁴ donde se consigna lo referente al principio de confidencialidad.

⁷¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993) Normas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá. El ministerio, 1993. p. <http://www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/factades7medicina/investigaciones/resolucion/008430 1993 pdf>.

⁷² Artículo 5, título II, ibíd.

⁷³ Artículo 11, título II, ibíd.

⁷⁴ De los principios generales: principios de confidencialidad; bienestar del usuario e investigación con participantes humanos.

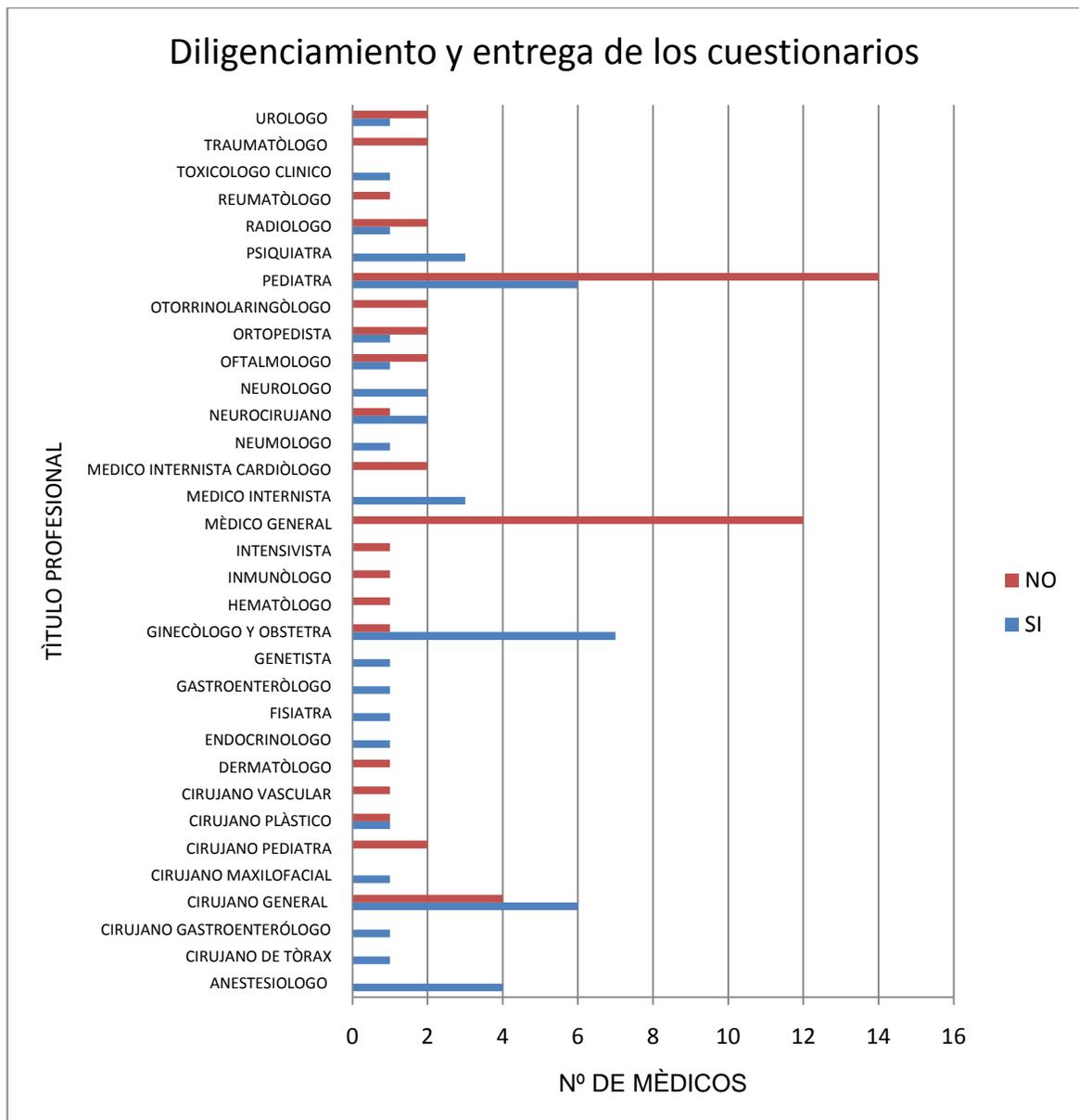
8. RESULTADOS

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos del análisis realizado a la información derivada de los cuestionarios en la investigación. La descripción se realizará primero sobre las variables sociodemográficas de los individuos participantes, posteriormente se describen los resultados de la muestra equivalente a 102 sujetos, un participante fue excluido por encontrarse en vacaciones. Por dificultades al momento de hacer el primer contacto otros 26 sujetos no hicieron parte del estudio; de los 75 sujetos restantes, 28 de ellos no aceptaron su inclusión en el estudio por falta de tiempo para ello. Todo lo anterior dejó un grupo de 47 sujetos en total.

El gráfico 1 evidencia el comportamiento de la muestra según su participación o ausencia de la misma en el presente estudio, teniendo en cuenta el campo profesional de los individuos en cuestión. En términos porcentuales puede decirse entonces que la mayoría de médicos, tanto especialistas como médicos generales, no participaron en el estudio (54%), dentro de los cuales se destaca la poca participación de los médicos pediatras y médicos generales. Con relación a quienes participaron, se observó gran aporte de los médicos gineco-obstetras, y en menor proporción, de los cirujanos generales, quienes tuvieron una tasa de respuesta del 88 y 60% respectivamente.

Los grupos que siguen a los anteriores en cuanto a participación en el estudio por número de sujetos son los médicos psiquiatras, anestesiólogos y médicos internistas, pues participó la totalidad de cada especialidad; resaltando con lo anterior que, según el porcentaje de participación por estrato, el aporte de los gineco-obstetras y los cirujanos generales no antecede al respectivo de los psiquiatras, anestesiólogos e internistas.

Gráfica 1 Médicos que voluntariamente respondieron y entregaron o no las encuestas por cada muestra representativa de las diferentes especializaciones.



Fuente: propia

8.1 RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS

Entre la muestra a estudio predominó el género masculino (74%, ver gráfico 2) en una población cuya edad promedio fue de 44 años, con la mayoría (54%) entre edades ≥ 40 pero < 69 y el resto (32%) < 40 años, teniendo en cuenta que el 13% de los médicos no respondieron este ítem (ver gráfico 3). La mayoría de los médicos (88%) están casados o solteros (75% y 13% respectivamente, ver gráfico 4), y casi en su totalidad (90%) residen en viviendas con estrato superior al 3, siendo el estrato 5 el de mayor frecuencia (47%, ver gráfico 5).

La mayoría de médicos (64%) no indicaron el tipo de vínculo laboral que estos tienen con el Hospital, sin embargo, entre los que lo hicieron, la mayoría (21% de toda la muestra) refirieron hacerlo mediante alguna cooperativa (ver gráfico 6).

Casi todos los profesionales encuestados (74%) refirieron laborar > 8 horas diarias (ver gráfico 7), teniendo en cuenta que la gran mayoría (91%) tiene 2 o más vínculos laborales (ver gráfico 8) y, que casi igual proporción de médicos (94%) devenga más de 4 millones de pesos al mes (ver gráfico 9).

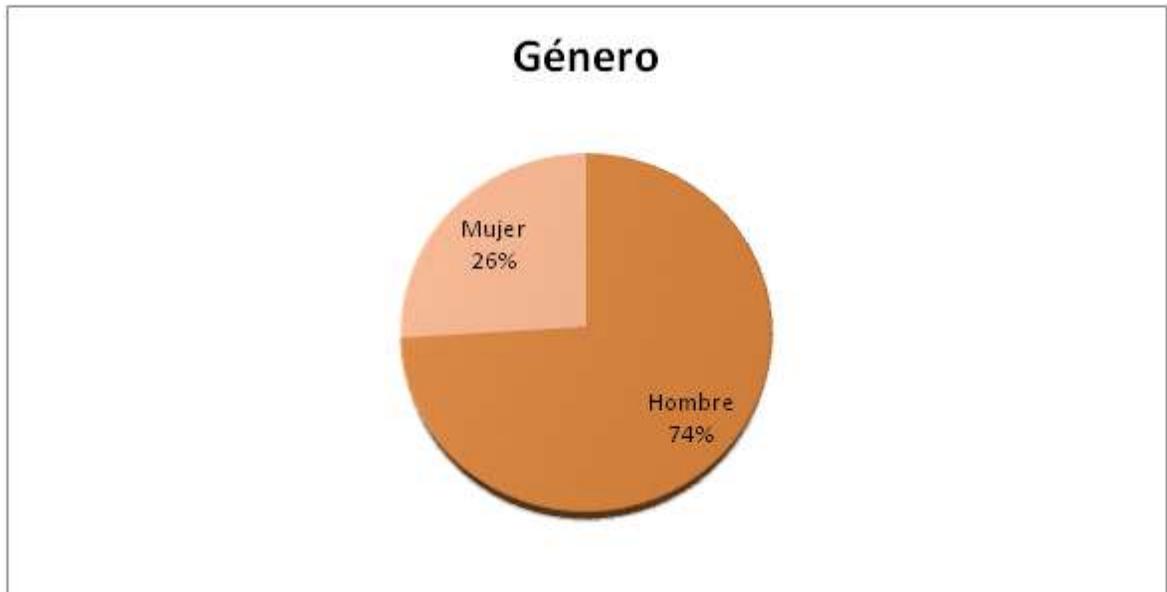
La experiencia laboral de la mayoría de los encuestados (72%) no sobrepasa los 20 años de experiencia, aunque se debe tener en cuenta que una minoría (6%) refirieron tener > 30 años y ninguno < 1 año de experiencia (ver gráfico 10).

El promedio de turnos nocturnos por médico fue de 7 al mes, sin embargo, 11 de las personas que participaron refirieron no realizar turnos, así como se observaron turnos de hasta 14 por mes en uno de los profesionales (ver gráfico 11).

Un importante porcentaje de médicos (32%) refirió no tener vacaciones pagas al año, mientras que la mayoría (64%) si las tienen en mayor frecuencia de 1/año (55%) y en menor frecuencia de 2/año (9%, ver gráfico 12).

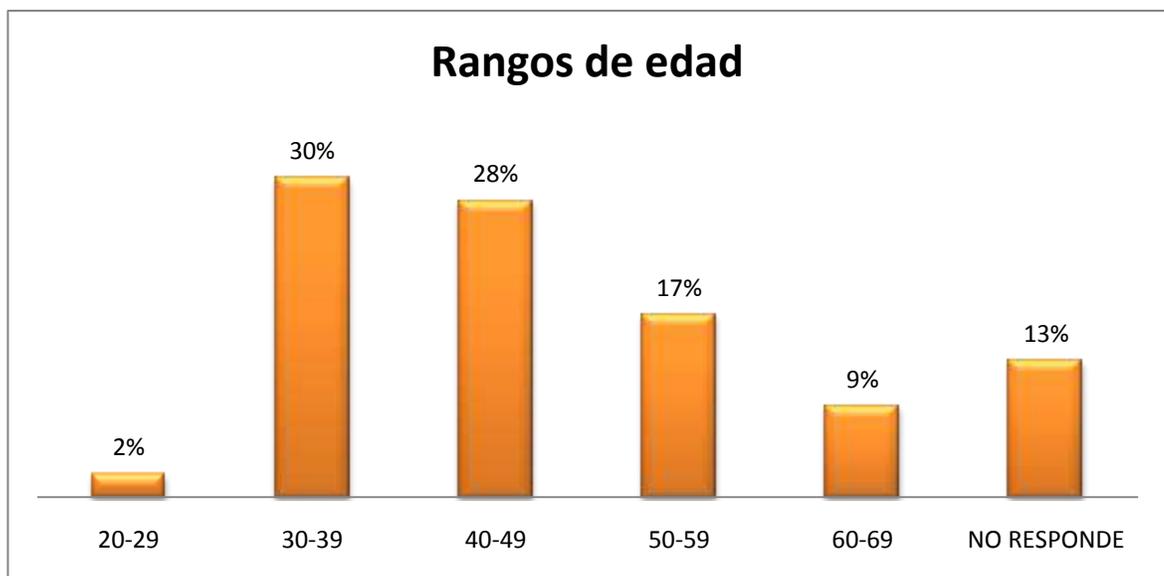
Finalmente, la mayoría de los médicos (66%) no realiza ninguna otra actividad económica diferente al ejercicio de la medicina, y dentro de los que si la realizan, la mayoría (61%) ejercen la docencia (ver gráfico 13,).

Grafica 2 Distribución de la muestra según el género



Fuente: propia.

Gráfico 3 Distribución de la muestra por rangos de edad



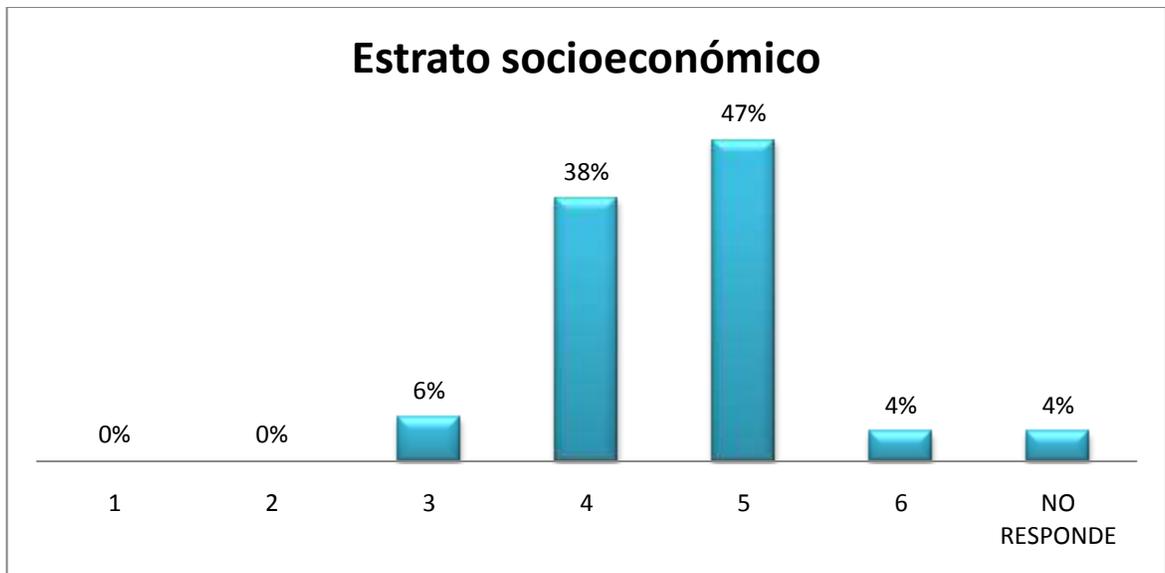
Fuente: propia.

Gráfico 4 Distribución de la muestra por estado civil



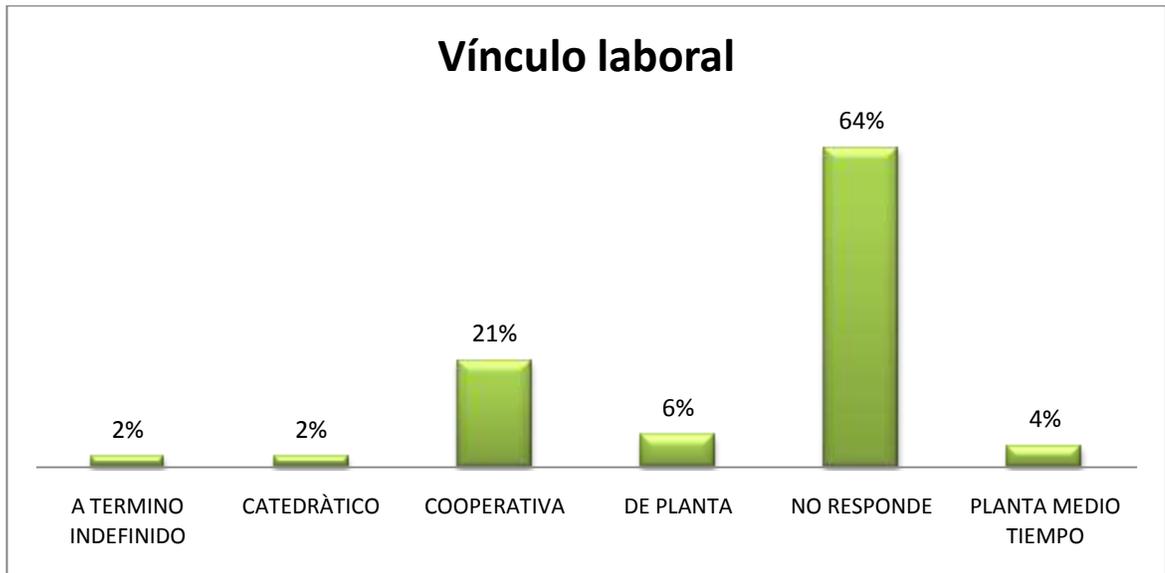
Fuente: propia.

Gráfico 5 Distribución de la muestra por estrato socioeconómico



Fuente: propia.

Gráfico 6 Distribución de la muestra por vínculo laboral



Fuente: propia.

Gráfico 7 Distribución de la muestra por horas diarias de trabajo



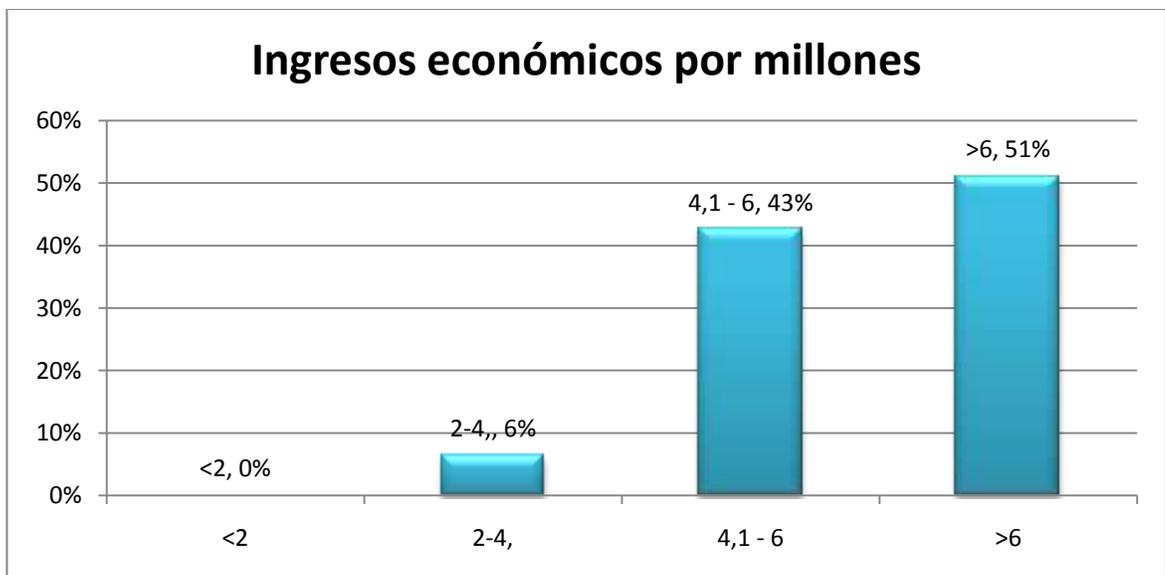
Fuente: propia.

Gráfico 8 Distribución de la muestra por vínculos laborales



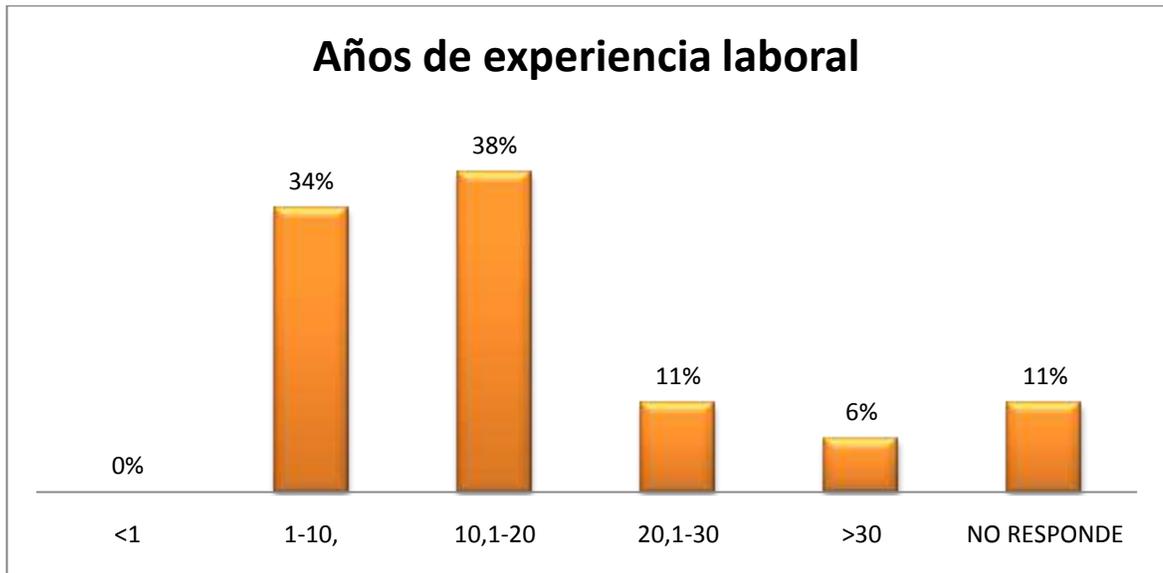
Fuente: propia.

Gráfico 9 Distribución de la muestra por ingresos económicos



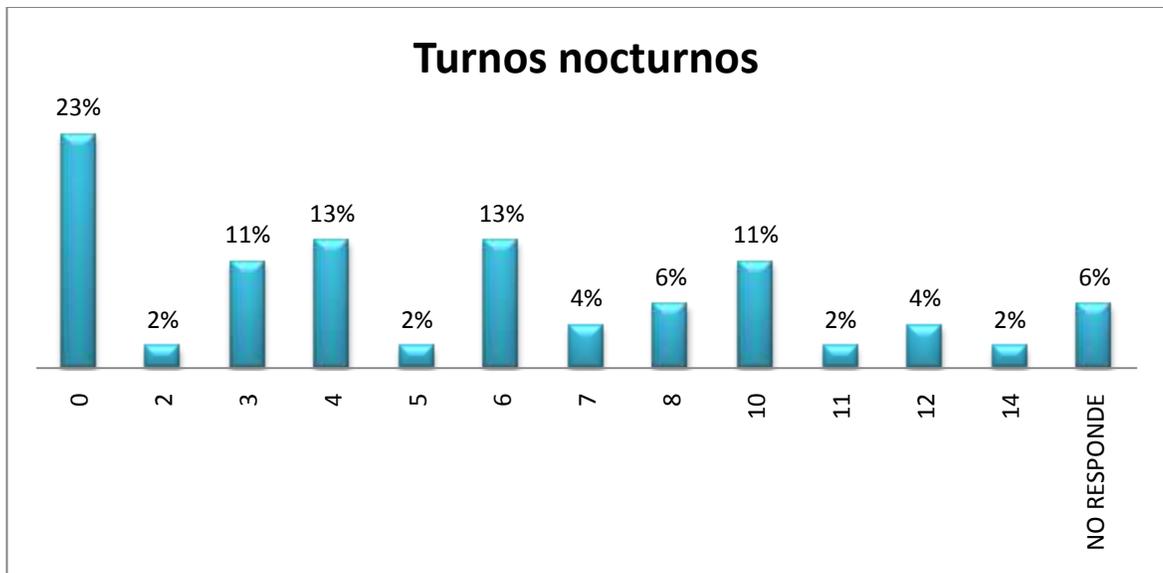
Fuente: propia.

Gráfico 10 Distribución de la muestra por años de experiencia



Fuente: propia.

Gráfico 11 Distribución de la muestra por turnos nocturnos



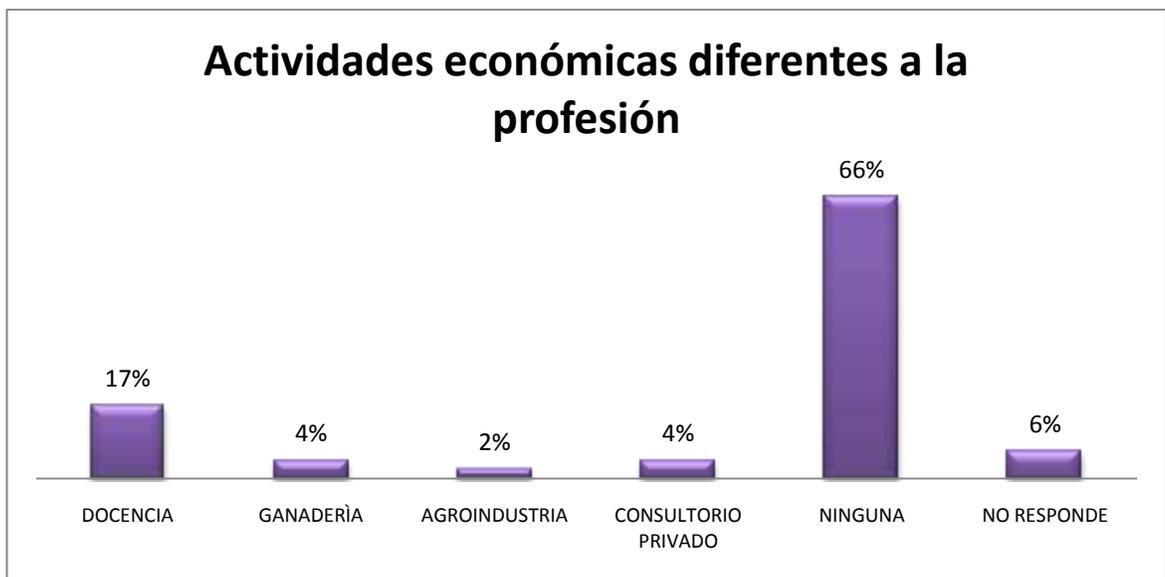
Fuente: propia.

Gráfico 12 Distribución de la muestra según número de vacaciones por año



Fuente: propia.

Gráfico 13 Distribución de la muestra según actividades económicas diferentes a la profesión



Fuente: propia.

8.2 RESULTADOS CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL (CVP-35)

Para describir la Calidad de Vida Profesional de los médicos evaluada mediante el cuestionario **CVP-35**, se analizaron cada una de las siguientes dimensiones: Apoyo directivo (AD), Cargas en el trabajo (CT) y Motivación Intrínseca (MI).

Para la dimensión “AD” las puntuaciones promedio obtenidas fueron de 75.06 con diferencias entre estas de más o menos 11.5 entre los médicos ($DE \pm 11,5$). La mitad de los médicos obtuvieron puntuaciones inferiores a 74 y la otra mitad superior a este (Mediana=74), pero se debe tener en cuenta que la puntuación mínima fue de 49 y la máxima de 97.

En la dimensión “CT” en donde la puntuación mínima es de 40 y la máxima de 104, la que con mayor frecuencia se obtuvo fue de 79, presentándose una diferencia de puntuación de cerca de 13 entre un médico y otro ($DE \pm 13$), para lo cual la mitad de ellos obtuvieron puntuaciones inferiores a 79 y la otra mitad superiores (Mediana=79).

Y la dimensión “Motivación intrínseca”, con una puntuación mínima y máxima de 53 y 87 respectivamente, obtuvo 70 como puntaje más frecuente (Media=70), con una variación de puntaje entre un médico y otro de 9 ($DE \pm 9$), en donde la mitad de ellos obtuvieron una puntuación para esta dimensión inferior a 71 y la otra mitad superior a esta (Mediana=71).

A continuación se encuentran tres gráficos con las preguntas evaluadas para cada una de las dimensiones. Se debe tener en cuenta que las preguntas no fueron respondidas por la totalidad de los médicos por lo cual se pueden encontrar valores que no completan en su adición el 100%.

Dimensión “Apoyo directivo”. En esta dimensión todos los médicos coincidieron con que la “*carga de responsabilidad*” es máxima calificándola como “mucho” en el 58% de los casos y como “bastante” en el 33% restante de quienes respondieron esa pregunta.

Aunado a esto, la gran mayoría (89%) consideraron que la influencia de su trabajo en la vida de otras personas es bastante alta (“*Cree que su trabajo tiene influencia en la vida de otras personas*”), con puntuaciones máximas (“mucho”) en el 64% de los médicos y, en la que ninguno consideró que ésta fuera nula (nada).

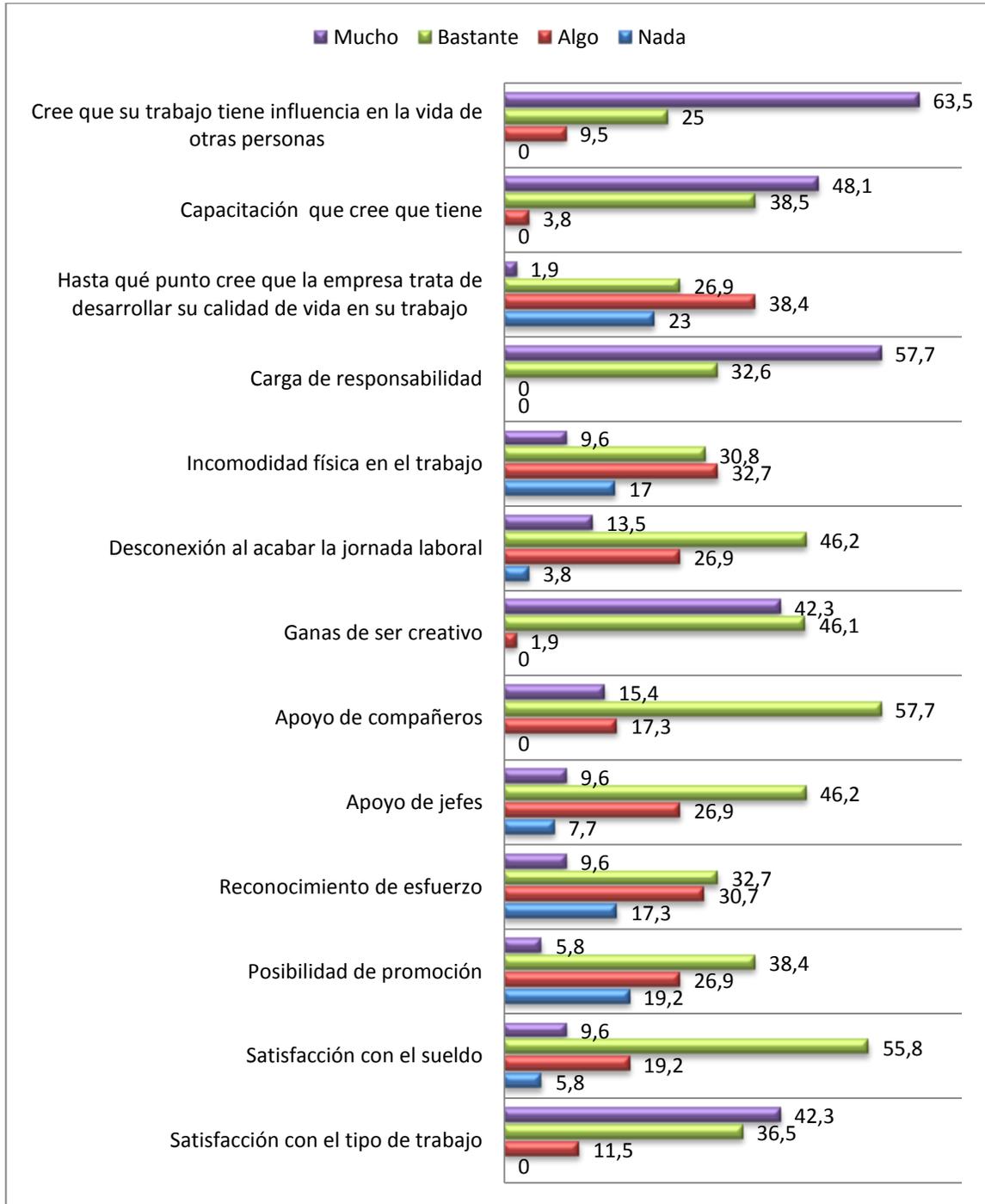
Sin embargo, la gran mayoría (87%), creen tener la capacitación suficiente (“mucho”=48%, “bastante”= 39%) para responder en su trabajo (“*capacitación que cree que tiene*”), una pequeña minoría (4%) consideró tener solo “algo” de capacitación, y ninguno percibió que la capacitación que tuviera fuera “nada”.

En cuanto a la labor médica específicamente, la mayoría de los médicos (79%) consideraron que tienen “mucho” (42.3%) o “bastante” (36.5%) “*satisfacción con el tipo de trabajo*” y ninguno consideró que esta fuera “nada”, sin embargo, en “*satisfacción con el sueldo*” aunque también se obtuvieron puntajes altos (“mucho”=10%, “bastante”= 56%), la proporción de médicos con estos puntaje fue menor comparado con la “*satisfacción con el tipo de trabajo*” (65% Vs 79%). Se debe resaltar en este caso la presencia de un grupo de médicos (6%) quienes sintieron que la satisfacción con el sueldo que ganan es “nada” y otro (19%) que creyó que ésta era de solo “algo” (19%).

Más de la mitad de los médicos percibieron que el apoyo de sus compañeros de trabajo y jefes es buena, prevaleciendo la de los compañeros sobre la de los jefes: la mayoría (73%) creyeron que el “*apoyo de compañeros*” es significativamente alto y ninguno consideró que este fuera nulo (nada), contrario al “*apoyo de jefes*” percibido por los mismos, quienes consideraron que era alto en el 56% de los casos, pero en una proporción significativa (35%) que era mínima, dentro de los cuales el 8% percibe el apoyo por parte de estos como “nada”.

El ítem “*hasta que punto cree que la empresa trata de desarrollar su calidad de vida en el trabajo*”, fue calificado por la mayoría de los médicos (61%) con las puntuaciones más bajas (“nada”= 23% y “algo”= 38%) y, dentro de la población que obtuvo puntuaciones altas (29%), solo una mínima parte (2%) consideró que la empresa trata “mucho” de desarrollar su calidad de vida en el trabajo.

Gráfica 14 Dimensión “Apoyo directivo” del CVP-35



Fuente: propia

Se observa que la totalidad de médicos consideraron que la Carga de responsabilidad que conlleva su trabajo es muy alta y que éste ejerce una influencia igualmente importante ya sea de manera negativa o positiva sobre la

vida de otras personas. Sin embargo una buena proporción de médicos considera tener una buena capacitación (87%), contar con un buen apoyo de compañeros (73%) y jefes (56%) y, estar lo suficientemente satisfechos con el tipo de trabajo que tienen (79%) y con el sueldo (65%).

Dimensión “Cargas en el trabajo”. En la dimensión “CT” la pregunta “*Su contribución queda reflejada en el producto o servicio final*” se calificó por todos los médicos que respondieron a ésta (90.4%) con puntuaciones altas, entre “bastante” (32.7%) y “mucho” (57.7%), y ninguno respondió “algo” o “Nada”.

De manera similar, la pregunta “*Cantidad de trabajo que tiene*” fue calificada con las puntuaciones más altas (“Bastante” o “mucho”) por la mayoría de los médicos (89%), con tan solo el 2% que consideraron lo contrario (algo).

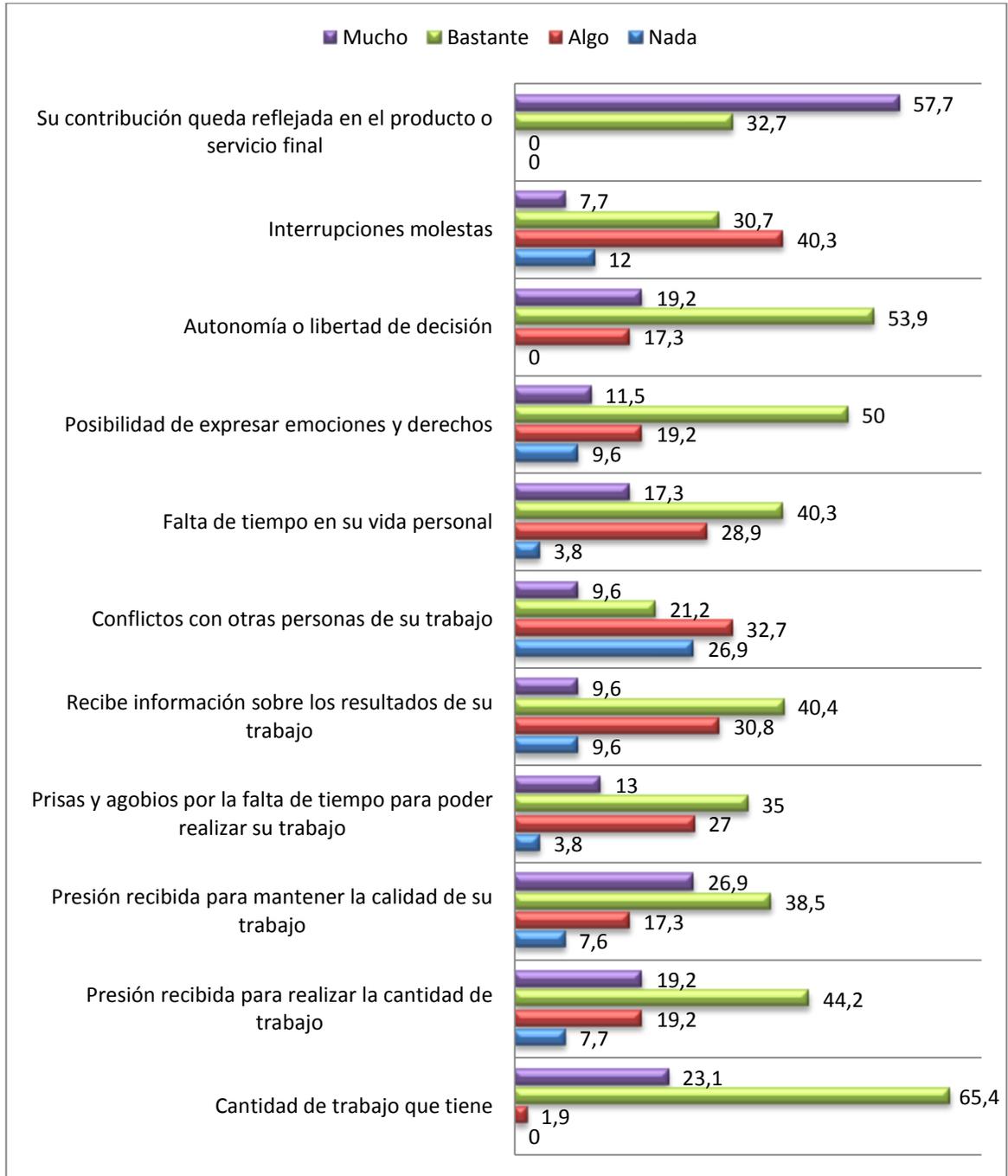
Sin embargo, La “*Autonomía o libertad de decisión*” y la “*posibilidad de expresar emociones y derechos*” fueron percibidas también como “bastante” o “mucho” por la mayoría de los médicos que participaron (73% y 62% respectivamente), una pequeña parte (17% y 29% respectivamente) consideró que tiene mínima (“algo” o “nada”) autonomía y posibilidad de expresarse, destacando que el 10% de ellos percibió la posibilidad de expresar sus emociones y derechos como nula (“nada”).

Un grupo importante de médicos (65 y 63% respectivamente) consideraron que la “*Presión recibida para mantener la calidad de su trabajo*” y la “*Presión recibida para realizar la cantidad de trabajo*” es muy alta (“mucho” y “bastante”), en comparado con el 25 y 27% respectivamente, que consideró que es mínima (“algo” o “nada”).

Es importante resaltar, que más de la mitad de los médicos (58%) consideraron que la “*falta de tiempo en su vida personal*” es significativamente alta (“mucho” o “bastante”), comparado con el 29% que consideró que solo le faltaba “algo” de tiempo y, una mínima parte (9%) que percibió no faltarle tiempo (“nada”) para su vida personal.

Por otra parte, uno de los ítems que con mayor frecuencia (60%) fue calificado con las mínimas puntuaciones (“algo” o “nada”), correspondió a “Conflictos con otras personas de su trabajo”, sin embargo, entre las calificaciones altas, el 10% consideró tener “muchos” conflictos.

Gráfica 15 Dimensión “Cargas en el trabajo” del CVP-35



Fuente: propia.

Todos los médicos que respondieron percibieron que su contribución queda reflejada en el servicio final en gran manera y, consideraron que la cantidad de trabajo que tienen es alta, al igual que la presión recibida para mantener la calidad y realizar la cantidad de trabajo asignada. Sin embargo consideraron en su mayoría que se les permite un buen grado de autonomía y posibilidad de expresión.

Dimensión “Motivación intrínseca”. Se destaca que la mayoría de los médicos (83%) percibieron que tienen gran “motivación (ganas de esforzarse)”, el resto (8%) solo “algo” y ninguno consideró tener “nada” de motivación.

Llama la atención el “apoyo de subordinados” con puntajes altos en mayor proporción comparado con la percepción del “apoyo familiar”: el “apoyo de subordinados” se consideró por la mayoría (75%) de la población como “mucho” (33%) o “bastante” (42%) y ninguno consideró que éste fuera de “nada”. Sin embargo, en cuanto a el “apoyo familiar”, solo cerca de la mitad de los encuestados (56%) consideró puntuaciones superiores (“mucho”= 33% y “bastante”= 23%) y, contrario al “apoyo de subordinados”, en este caso un grupo de médicos (4%), sí consideró que el apoyo por parte de la familia es nula (nada).

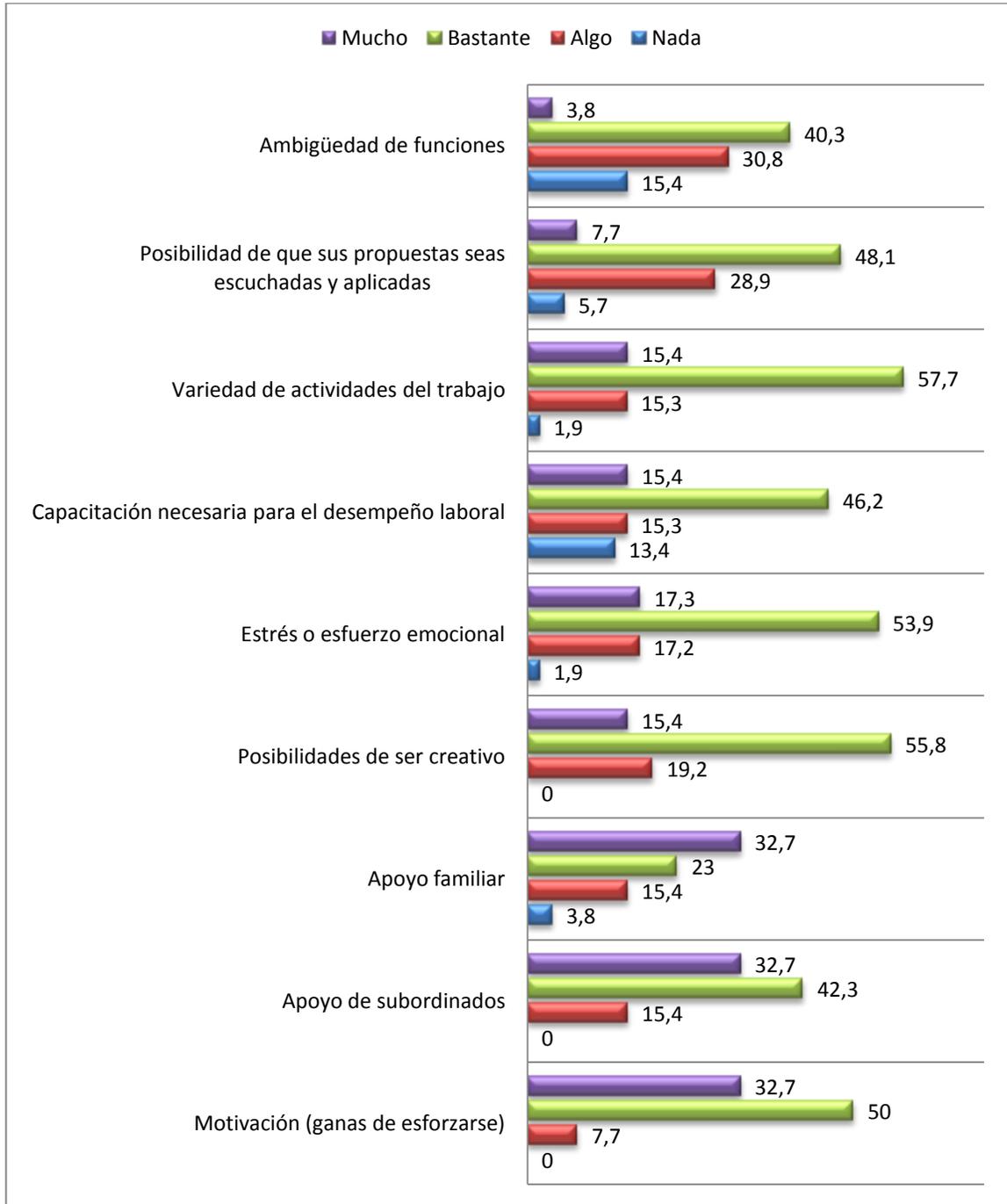
La mayoría (71%) consideró que el “*estrés o esfuerzo emocional*” es alto (“mucho”= 17%, “bastante”= 54%), sin embargo el 2% de los encuestados obtuvo puntuaciones tan bajas como “nada” en este ítem.

La “variedad de actividades en el trabajo” y la “posibilidad de ser creativos” fueron consideradas por más de la mitad de los médicos (73% y 71% respectivamente) con “mucho” o “bastante” oportunidades para ello y, solo un 2% consideró que su trabajo no tenía “nada” de variedad en el mismo.

La mayoría de los médicos (61%) percibieron que su “*capacitación necesaria para el desempeño laboral*” es mucha en el 15% de los casos y bastante en el 46% restantes de los de puntuaciones altas, sin embargo, un porcentaje relevante de participantes (13%) consideraron que no tienen “nada” de capacitación necesaria.

Como aspecto que mejora la motivación en los trabajadores, está la “posibilidad de que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas” para lo cual cerca de solo la mitad de los encuestados (56%) obtuvieron puntuaciones altas (“mucho”=8% y “bastante”=48%).

Gráfica 16 Dimensión “Motivación intrínseca” del CVP-35



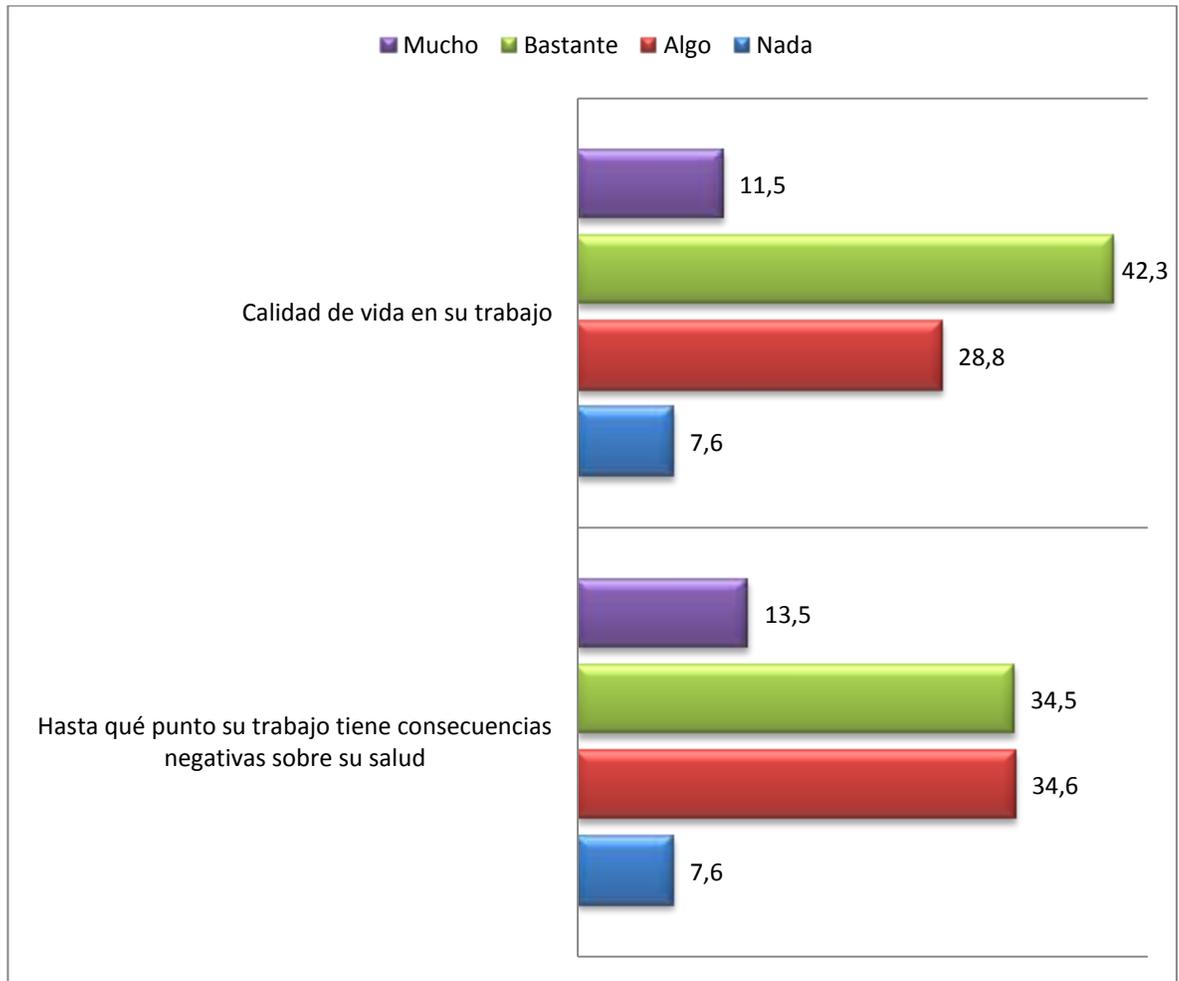
Fuente: propia

La gran mayoría de los médicos (83%) tiene gran motivación para esforzarse en su trabajo y el apoyo de sus subordinados más que el de su familia constituye un aspecto ampliamente valorado como alto (75% y 56% respectivamente) entre

ellos. La alta posibilidad de ser creativo (71%), la variedad en el trabajo (73%) y la posibilidad de que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas (56%) se deben tener en cuenta en conjunto con la alta percepción de estrés y esfuerzo emocional (71%) en esta población.

Dos de las preguntas realizadas mediante el CVP-35 evalúan la percepción de la calidad de vida en el trabajo en general: la "calidad de vida en el trabajo" en un poco más de la mitad de la población (54%) es considerada como alta (mucho=12% y bastante=42%), pero, de las personas con puntuaciones bajas para este ítem, el 8% consideraron que su calidad de vida en el trabajo es mínima ("nada"). Por otro lado, existen opiniones divididas, una pequeña parte de los médicos (14%) consideraron que los efectos negativos de este sobre su salud era "mucho", comparado con el 8% que consideró el otro extremo (nada), y una gran población (70%) que consideró una influencia intermedia (bastante y algo cada una con 35%).

Gráfica 17 Calidad de vida en el trabajo (CVP-35)



Fuente: propia

. Solo un poco más de la mitad de los médicos percibieron que su calidad de vida en el trabajo es considerablemente alta (54.3%), comparado con un poco menos de la población (49%) que consideraron que su trabajo tenía consecuencias negativas sobre su salud de manera significativa (“mucho”=14%, “bastante”=35%).

8.3 RESULTADOS DEL MBI

Para facilitar la descripción de los resultados obtenidos sobre el Síndrome de Burnout mediante el cuestionario implementado MBI (Maslach Burnout Inventory), se mostrará las respuestas de las preguntas que tienen mayor significancia o aporte informativo en cada una de las dimensiones que el cuestionario permite evidenciar.

Para ello se comenzará con la descripción de los hallazgos de los ítems que evalúan la dimensión del *cansancio emocional*, luego se tomarán las referentes a la dimensión de *despersonalización* para terminar posteriormente con *realización personal*.

El agotamiento al terminar la jornada laboral se ve reflejado solamente en un 38.3% de los casos algunas veces a la semana, en un 31.9% algunas veces al año, mientras que las personas que indicaron que cuando terminaban su trabajo se sentían cansadas todos los días solamente pertenecían a un 6.4% del total de encuestados como lo muestra la tabla número 4.

Tabla 2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ALGUNAS VECES AL AÑO	15	31,9	31,9	31,9
ALGUNAS VECES AL MES	11	23,4	23,4	55,3
ALGUNAS VECES A LA SEMANA	18	38,3	38,3	93,6
DIARIAMENTE	3	6,4	6,4	100,0
Total	47	100,0	100,0	

Fuente: propia

Otro componente importante para determinar el cansancio emocional de un trabajador, en este caso de un profesional de la salud, más específicamente de un médico general o especialista, es el comenzar la jornada laboral con buena predisposición, hecho que depende en parte del buen descanso nocturno. En la población estudiada se observó que el 31.9% de las personas comienzan la jornada laboral fatigados algunas veces al mes o al año y solo un porcentaje pequeño, el 6.4% de ellos lo hace diariamente, estas particularidades se observan en la tabla número 5 a continuación:

Tabla 3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NUNCA	8	17,0	17,0	17,0
ALGUNAS VECES AL AÑO	15	31,9	31,9	48,9
ALGUNAS VECES AL MES	15	31,9	31,9	80,9
ALGUNAS VECES A LA SEMANA	6	12,8	12,8	93,6
DIARIAMENTE	3	6,4	6,4	100,0
Total	47	100,0	100,0	

Fuente: propia

La siguiente variable componente de la dimensión del cansancio emocional es el trato diario con la gente. Un alto número de encuestados expresó sentiré cansado al tratar con la gente todo el día, como lo muestra el gráfico número 4 un 60% de los casos, repartido entre un 30% percibe esta sensación algunas veces al mes y el otro 30% algunas veces al año. Por otro lado hasta en un 10% de los casos afirmaron que lo sentían más frecuentemente, algunas veces a la semana, y un 27% de ellos nunca se sentía cansados al tener trato continuo diario con la gente.

Grafica 18 Siento que tratar todo el día con gente me cansa



Fuente: propia

En cuanto al tiempo que se debe dedicar para la realización de las labores diarias en el trabajo se obtuvieron los siguientes resultados que se pueden apreciar en el gráfico número 6, el 30 % de las personas sienten que están demasiado tiempo en el trabajo algunas veces al mes, otro 24% algunas veces al año y un relativamente alto porcentaje 23% algunas veces a la semana y un 15% de ellos lo percibe de forma diaria. Hay que tener en cuenta que este último porcentaje es de los más importantes puesto que es el de la sensación diaria de estas demasiado tiempo en el trabajo y que equivale a la mitad del máximo puntaje obtenido en esta variable.

Grafica 19 Demasiada estancia en el trabajo.



Fuente: propia

Finalizando la descripción de los hallazgos referentes al cansancio emocional, están los datos de las respuestas a la pregunta que indaga el cansancio que se siente al trabajar en contacto directo con la gente, una muy importante pregunta ya que la dedicación en ciencias de la salud implica el contacto diario con las personas. Al respecto un 40% de los profesionales encuestados respondió que algunas veces al año tenían esta sensación, un 15% algunas veces al mes, 9% algunas veces a la semana. A pesar de estos importantes porcentajes, ninguno de ellos respondió afirmativamente el sentir cansancio al trabajar en contacto directo con la gente diariamente, el porcentaje a esta opción de respuesta es del 0% como lo muestra la siguiente figura.

Grafica 20 Cansancio al trabajar en contacto directo con la gente



Fuente: propia

La siguiente dimensión evaluada por el cuestionario MBI es la *despersonalización*, en la cual se observaron los siguientes datos.

Aunque un alto número de participantes (63%) refirió nunca sentir que trata a sus subordinados como si fueran objetos impersonales, se observó un importante grupo de personas que si lo hacen algunas veces a la semana (12.8%) e incluso diariamente (2.1%) de los casos. Aunque estos porcentajes son relativamente bajos, son importantes en la medida de la implicación que tiene el maltrato a los subordinados compañeros de trabajo.

Gráfica 21 Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales.



Fuente: propia

El trabajo diario con pacientes requiere de gran sensibilidad emocional, al respecto la estadística descriptiva aplicada a los datos recolectados muestra como la mayoría de los profesionales médicos o especializados sienten que se están endureciendo emocionalmente por su trabajo, de ellos un 30% lo perciben algunas veces al año y un 27% algunas veces a la semana, dato que es más preocupante. Sin embargo un 30% de ellos nunca ha llegado a sentirlo.

Gráfica 22 Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente



Fuente: propia

Otro importante factor con respecto al trabajo diario con pacientes y con otros profesionales de la salud es la importancia que se le da al resultado del trabajo de los compañeros o de los pacientes mismos, esta variable también fue medida mediante el cuestionario MBI, en el cual se evidenció que en términos generales la gran mayoría de los casos estudiados (60%) nunca siente indiferencia por el resultado del trabajo de otros compañeros o de sus pacientes. Aunque un pequeño número de ellos, 25%, sienten algunas veces al año indiferencia por ello.

Grafica 23 Siento indiferencia ante el resultado de mis subordinados o a quienes atiendo



Fuente: propia

Así como es importante el resultado del trabajo de los otros y de los pacientes, lo es también la forma como en el sitio de trabajo se tratan los problemas emocionales, al respecto, en la gráfica número 11 se observa como alrededor del 22.5% de los casos aseguran que sus problemas emocionales son tratados de una forma adecuada en su trabajo, pero este mismo porcentaje refiere que nunca se hace este proceso, por otro lado, un 20% afirma que si se hace de forma diaria.

Grafica 24 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada



Fuente: propia

Para terminar la descripción de las tres dimensiones del Burnout, se explican a continuación los datos sobre la *realización personal*, que sin duda es una de las más importantes variables que se estudian al hablar de este síndrome.

Cuando la persona se siente emocionalmente correspondida en su trabajo, siente mayor motivación por éste, al respecto el análisis descriptivo realizado permitió observar que en un 46.8% de los casos nunca se ha sentido emocionalmente defraudado de su trabajo, pero un no muy alejado número de individuos lo ha sentido algunas veces al año (36.2%) y en un 6.4% algunas veces a la semana, lo que implica que si se presentan casos aunque el porcentaje en un frecuencia semanal sea bajo y ninguno diariamente, estos resultados no pueden ser pasados por alto.

Grafica 25 Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo



Fuente: propia

Así mismo, otro factor importante que determina el grado de motivación personal es la percepción de la retribución por lo que se hace por los pacientes y por las demás actividades laborales. En la población se resalta el hecho de que un alto porcentaje (38%) de las personas se sienten frustrados por su trabajo algunas veces al año, un 10% algunas veces al mes e incluso un 8% algunas veces a la semana, pero la mayoría nunca lo ha sentido (50%). Todos estos valores se muestran en la grafica número 14 a continuación.

Grafica 26 Me siento frustrado por mi trabajo



Fuente: propia

Otro hecho de gran valor que refleja de cierta forma la motivación laboral y personal es en qué medida precisamente la persona se siente estimulada después de haber trabajado una jornada laboral y también, si por medio del trabajo se consiguen cosas que para la persona son valiosas de una u otra forma.

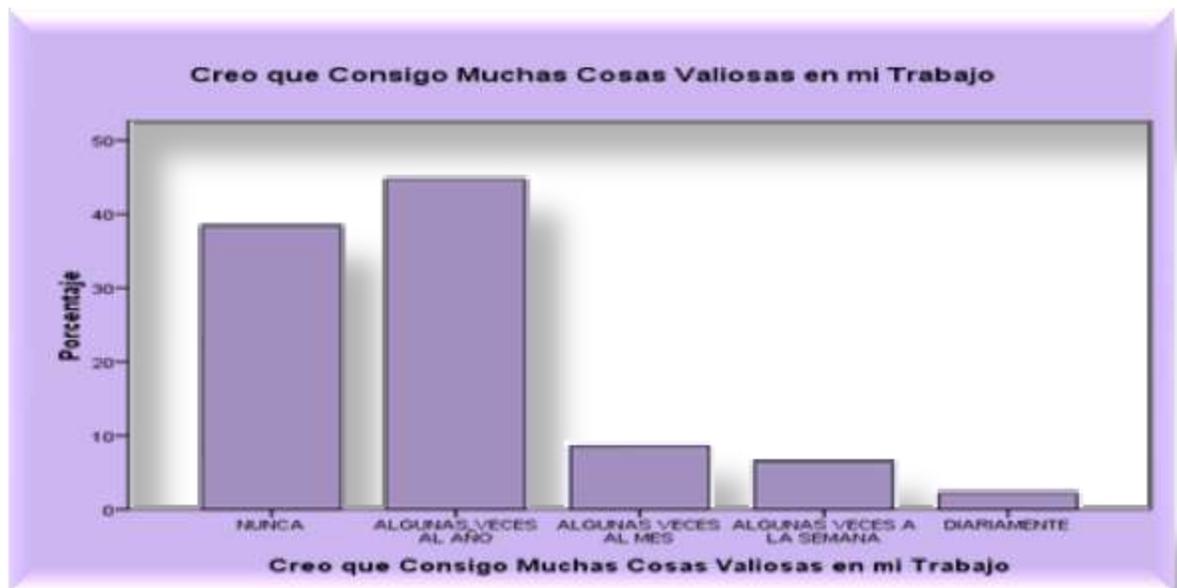
En este sentido, con relación al primero (gráfica número 13), un 23.3% de los casos nunca se sienten estimulados después de haber trabajado una jornada laboral, un 36.2% algunas veces al año y solo un 8.5% diariamente lo perciben. Por otro lado un 38% profesionales cree nunca consiguen muchas cosas valiosas en su trabajo, un 45% lo hacen solo algunas veces al año y el porcentaje que lo consigui diariamente es de tan solo 2.3% (gráfica número 14).

Grafica 27 Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente



Fuente: propia

Grafica 28 Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo.



Fuente: propia

La descripción de los hallazgos sobre las tres dimensiones relacionadas con anterioridad se puede resumir en las gráficas que se exponen a continuación.

Para comenzar se puede inferir que con respecto al puntaje total del cuestionario obtenido y que determina si algunos de los sujetos que participaron en el estudio tiene o no las características clínicas compatibles con el Síndrome de Burnout, la media del puntaje estuvo en 24.6, una mediana de 26 con moda de respuesta de 14 puntos, desviación típica de 10.9. Así mismo un puntaje máximo en las respuestas de 43, valor cercano a 50 (punto de corte para determinar presencia de Burnout). Estos datos se simplifican en la siguiente tabla:

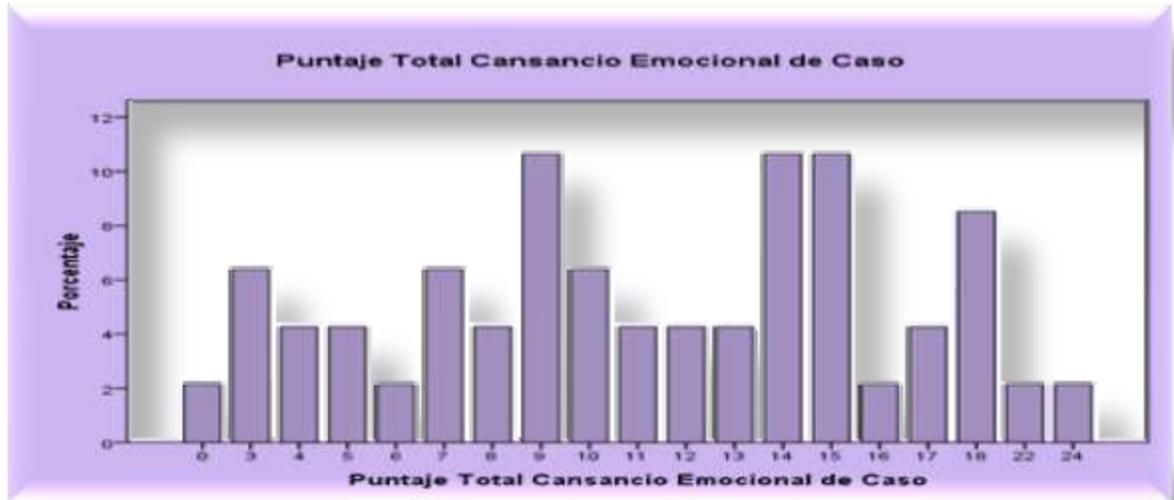
Tabla 4 Puntaje total por dimensiones del cuestionario MBI

		Puntaje Total Cansancio Emocional de Caso	Puntaje Total Despersonalización de Caso	Puntaje Total Realización Personal de Caso	Puntaje Total Cuestionario MBI
N	Válidos	47	47	47	47
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	11,28	7,43	6,13	24,62
	Mediana	11,00	7,00	5,00	26,00
	Moda	9 ^a	7	3 ^a	14 ^a
	Desv. típ.	5,339	4,368	4,116	10,954
	Mínimo	0	0	0	4
	Máximo	24	17	17	43
	Percentiles 25	7,00	4,00	3,00	14,00
	50	11,00	7,00	5,00	26,00
	75	15,00	11,00	9,00	33,00

Fuente: propia

Para la primera dimensión los puntajes totales del cuestionario arrojaron los siguientes resultados: el máximo valor alcanzado fue de 24 y 22 puntos en solamente un 2% de los sujetos, seguido de 18 puntos en un 8.5% de la población y puntajes bajos como 9 se presentó en más del 10% de los sujetos, vale la pena resaltar que el 2% de los participantes obtuvo 0 puntos en esta dimensión. En la siguiente gráfica se muestran estos datos.

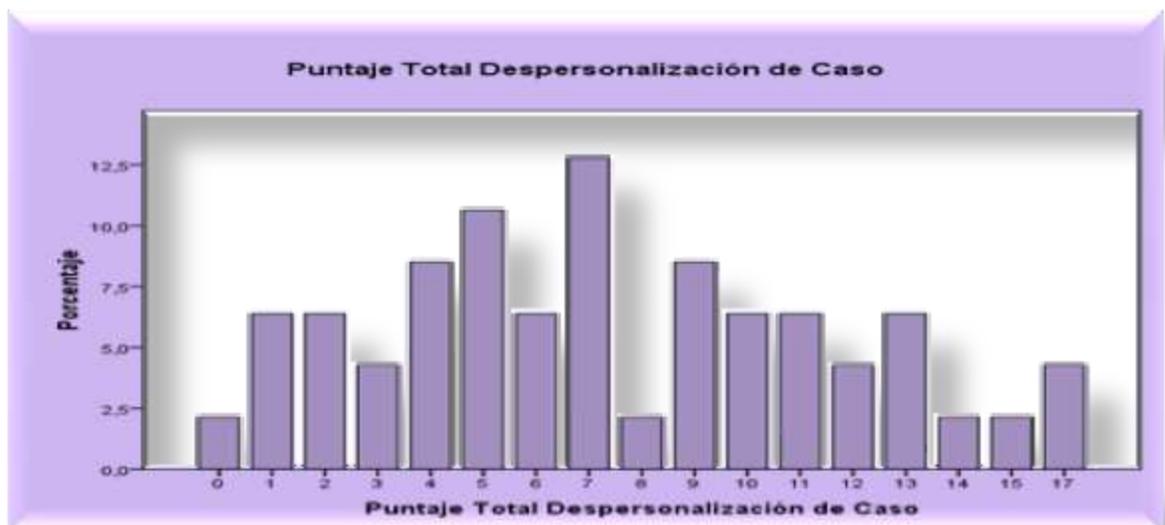
Grafica 29 Puntaje total cansancio emocional de caso



Fuente: propia

En cuanto a la dimensión sobre despersonalización, los puntajes totales son bajos, se denota un máximo de 17 puntos en tan solo un 5% de la población, el mínimo puntaje fue de 0 y se presentó en un 2.4% de casos. Otros valores a destacar son 7 puntos que alcanzó el máximo valor porcentual en la población, del 12.5%.

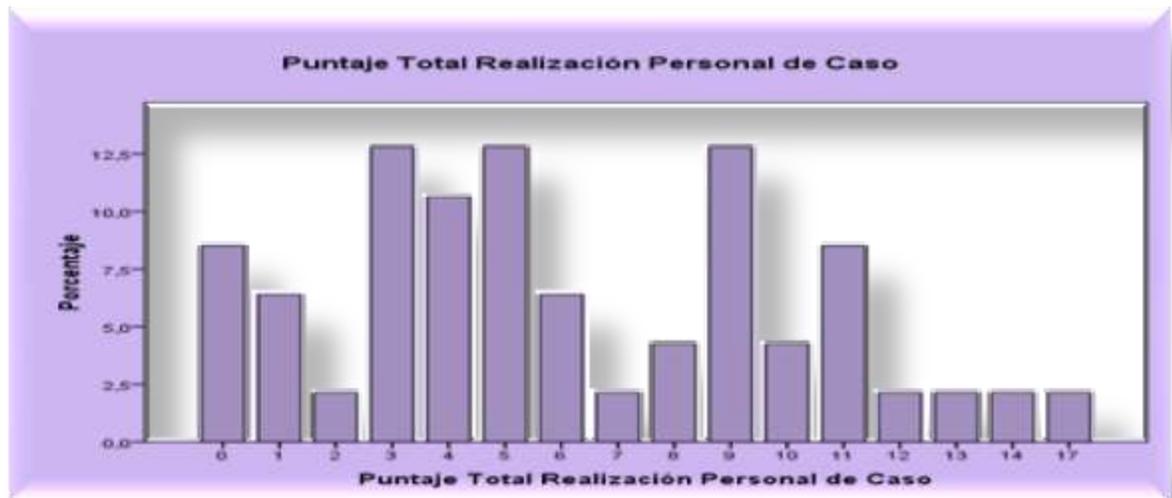
Grafica 30 Puntaje total despersonalización de caso.



Fuente: propia

La última dimensión medida por el cuestionario MBI, realización personal, los máximos puntajes obtenidos fueron: 17, 14,13 y 12 en un porcentaje poblacional del 2.3%. Es importante también destacar que en un 9% del total encuestado obtuvieron 0 puntos en esta dimensión, como se muestra en la figura 18.

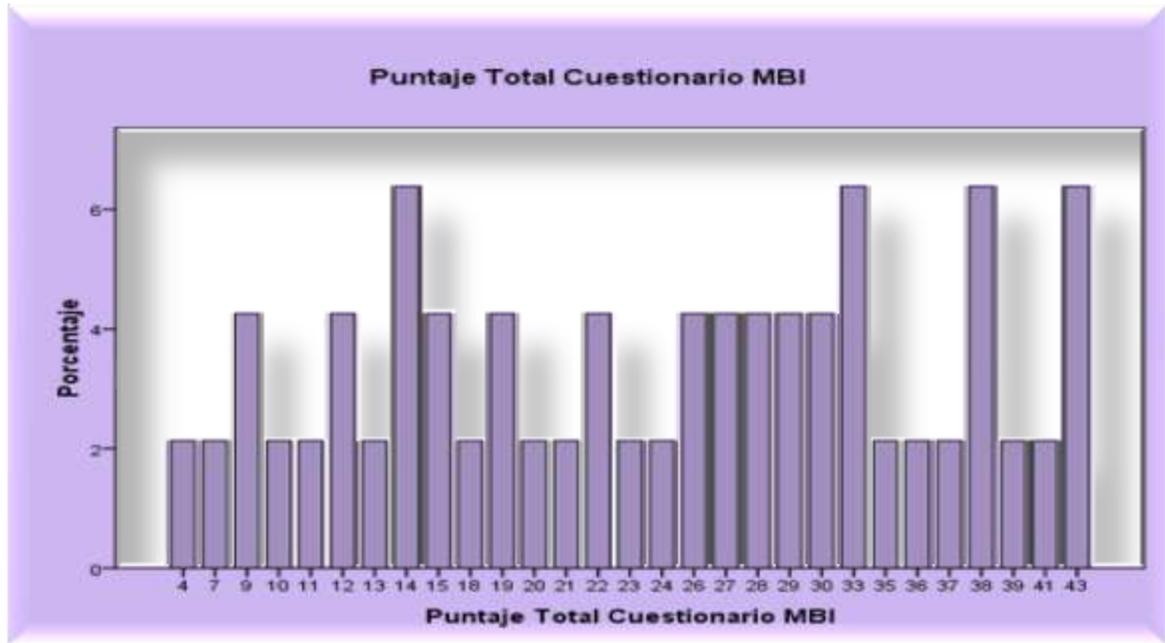
Gráfica 31 Puntaje total realización personal de caso



Fuente: propia

Para terminar la descripción estadística del cuestionario MBI para determinar la presencia del Síndrome de Burnout, se expone a continuación el puntaje total del cuestionario y porcentaje de sujetos que obtuvieron dichos puntajes. Se debe tener en cuenta que para que una persona se le diagnostique el Síndrome de Burnout, el puntaje obtenido en la encuesta MBI debe ser superior a 50 puntos. Teniendo en cuenta esta premisa se destacan los siguientes aspectos: el puntaje más alto alcanzado fue de 43 y se presentó en un 6.4% del total de personas participantes, un 4% de ellos alcanzaron puntajes entre 26 a 30 y los puntajes más bajos fueron de 4 y 7 obtenidos por tan solo un 2% poblacional. Esta información es registrada en la siguiente gráfica.

Grafica 32 Puntaje total cuestionario MBI



Fuente: propia

8.4 ANALISIS DE RESULTADOS DEL MBI

Cuando se abarca el estudio del Síndrome de Burnout como entidad clínica, no basta solo con determinar mediante el puntaje obtenido sobre el cuestionario MBI si la persona presenta o no dicha patología, se deben interpretar los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones que componen el síndrome para poder realizar una aproximación más amplia.

A continuación se presenta el análisis individualizado de cada una de estas dimensiones para finalizar con el abordaje de la puntuación total obtenida.

La primera dimensión a evaluar es el *cansancio emocional*. En términos generales se puede afirmar que la media es de 11.28, teniendo en cuenta que el máximo valor que se puede obtener en esta dimensión es de 32 puntos, esta cifra se ubica por debajo del percentil 50, lo que indica que el cansancio emocional tiene valores bajos en la población estudiada (figura número: 20).

Tabla 5 Puntaje Total Cansancio Emocional de Caso

N	Válidos	47
	Perdidos	0
Media		11,28
Mediana		11,00
Moda		9 ^a
Desv. típ.		5,339
Mínimo		0
Máximo		24
Percentiles	25	7,00
	50	11,00
	75	15,00

Fuente: propia

Sin embargo es importante tener en cuenta algunos aspectos que determinan el cansancio emocional de estos trabajadores de la salud. Las preguntas número 2 y 14 (ver figura número 17), obtuvieron puntajes por encima de la media esperada para esas preguntas, como se observa en la figura número 18 expuesta a continuación. Lo anterior implica que la mayoría de sujetos expresó sentirse agotado cuando terminan su jornada de trabajo, sienten también estar demasiado tiempo en su trabajo, además, teniendo en cuenta que las preguntas número 3 y 8 tienen puntajes altos aunque no pasan de la media que se esperaba, indican que los sujetos se sienten fatigados al iniciar una jornada laboral y definitivamente sienten que el trabajo los está desgastando.

Tabla 6 Puntaje Total Despersonalización de Caso

N	Válidos	47
	Perdidos	0
Media		7,43
Mediana		7,00
Moda		7
Desv. típ.		4,368
Mínimo		0
Máximo		17
Percentiles	25	4,00
	50	7,00
	75	11,00

Fuente: propia

Las preguntas que obtuvieron los mayores puntajes fueron la 21, 11 y 10, aunque se encuentran por debajo de la media esperada para esas preguntas, esto permite inferir que los sujetos sienten cómo en su trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada, sin embargo hay una gran preocupación porque sienten que el trabajo los está endureciendo emocionalmente. También expresan que el trato con la gente es cada vez más duro.

En cuanto a la *realización personal*, última dimensión valorada por el cuestionario MBI, los datos arrojados infieren lo siguiente:

La media es de 6.13, el 75% de las personas está por debajo de 9 como lo muestran los percentiles, este hecho no se espera encontrar en una población con una profesión de tanta trascendencia.

Tabla 7 Puntaje Total Realización Personal de Caso

	Válidos	47
N	Perdidos	0
Media		6,13
Mediana		5,00
Moda		3 ^a
Desv. típ.		4,116
Mínimo		0
Máximo		17
Percentiles	25	3,00
	50	5,00
	75	9,00

Fuente: propia

Por otro lado, las preguntas que obtuvieron los mayores puntajes son la pregunta 18, 17 y 42, los cuales al igual que en la dimensión anterior se encuentran por debajo de la media esperada para esas preguntas dentro de la dimensión, éstas hacen referencia al sentirse estimulado después de haber trabajado arduamente sin embargo la pregunta respecto a que ellos consideran que no consiguen cosas valiosas en su trabajo tiene un puntaje alto también.

9. COSTOS

RUBROS	FUENTES		TOTAL
	USCO	OTRAS FUENTES DE FINANCIACION	
PERSONAL	0	1800000	1800000
EQUIPOS	0	0	0
SOFTWARE	0	0	0
MATERIALES	0	300000	300000
SALIDAS DE CAMPO	0	250000	250000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO -	0	100000	100000
PUBLICACIONES Y PATENTES	No financiable	0	0
SERVICIOS TÉCNICOS		0	0
VIAJES	No financiable	0	0
CONSTRUCCIONES	No financiable	0	0
MANTENIMIENTO	No financiable	0	0
ADMINISTRACION	No financiable	0	0
TOTAL			2450000

Fuente: Guía-Formato para la presentación de Proyectos de Investigación Científica y Tecnológica Modalidad Contingente Actualizado en abril de 2005

10. CRONOGRAMA

Actividades Meses	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión de literatura							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Selección del tema de investigación										X	X													
Inicio del anteproyecto											X													
Elaboración del anteproyecto: Revisión de literatura, contacto con expertos internacionales, asesorías académicas, obtención de información sobre la población a estudiar, delimitación de la muestra.											X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Estimación de los recursos necesarios																		X	X					
Recolección de datos																				X				
Tabulación de la información																				X	X			
Análisis de la información																				X	X			
Publicación de resultados, conclusiones y recomendaciones																					X	X		
Elaboración y presentación del informe																						X	X	

11. DISCUSIÓN

11.1 CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

En apartados anteriores se realizó la descripción de los datos de la información recolectada sobre la población de estudio, a continuación se muestra el análisis que sobre esos datos se hizo triangulándolos con otros estudios para poder observar el comportamiento de este fenómeno en nuestro entorno y sus principales características.

Para poder orientar al lector en este apartado, se realizará primero el análisis de cada una de las dimensiones componentes del constructo calidad de vida profesional, en su orden: apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca, para posteriormente hacer referencia al ítem sobre calidad de vida profesional percibida.

En la primera dimensión, *apoyo directivo*, las puntuaciones promedio obtenidas fueron altas como se muestra en la sección resultados en donde se describen los hallazgos de esta dimensión (75.06 con diferencias entre éstas de más o menos 11.5 entre los médicos (DE $\pm 11,5$)).

Lo anterior lleva a concluir que en términos generales la población estudiada cuenta con apoyo directivo para poder realizar sus actividades laborales de una forma adecuada y productiva, reciben apoyo por parte de sus jefes, compañeros y subordinados, así como también de la familia.

En cuanto a la segunda dimensión *carga de trabajo*, se obtuvieron puntajes altos con respecto a la media del puntaje máximo esperado (puntuación media de 79, (DE ± 13), puntaje máximo esperado para la dimensión: 108), igual que la dimensión anterior.

En la población estudiada se presenta gran cantidad de trabajo, debido en gran medida, al gran flujo de pacientes que llegan al HUHMP de diferentes partes no solo del departamento del Huila sino también de departamentos circunvecinos, por otro lado, como se refiere en apartados anteriores, ésta es una institución de III nivel de atención lo que implica mayor carga de trabajo.

Este hecho hace que los profesionales que laboran en este lugar tengan mayor presión para realizar sus labores y para mantener un ritmo de trabajo constante, lo

que resulta en una serie de prisas y agobios por la falta de tiempo para poder realizar las actividades.

Las exigencias de directivos y pacientes se presentan ambigüedad de funciones que obligan a al trabajador a realizar otras actividades que no son propias de su oficio; también, estas personas están en mayor grado de exposición a establecer conflictos con sus compañeros, o a ocupar su tiempo libre en actividades propias de su trabajo, lo que le resta tiempo a la familia y amigos desmejorando su calidad de vida general.

El comportamiento de la dimensión *motivación intrínseca*, presentó el más alto puntaje con respecto a las anteriores (Media=70, DE \pm 9). Teniendo en cuenta que el máximo puntaje que se podía alcanzar en ésta era de 90 puntos, el valor medio de la población está muy por encima del valor medio del máximo esperado.

Según la teoría de la calidad de vida profesional, este dato tiene grandes implicaciones ya que representa en gran medida el grado de satisfacción de la persona con su trabajo. Un puntaje alto refleja el gran deseo de estos trabajadores por ser creativo en su trabajo, así como de realizar cosas diferentes que lleven a desempeñarse mejor, a tener autonomía al tomar decisiones y como última instancia a lograr metas más rápido.

La última variable estudiada sometida a análisis hace referencia a la percepción de la calidad de vida profesional de cada uno de los participantes de este trabajo. En términos generales para esta dimensión se obtuvieron los siguientes resultados: una media de 6 puntos (máximo puntaje esperado para la dimensión: 9, DE: 2.3), mínimo de 1 y máximo de 9.

Si se tiene en cuenta el valor de la media comparado con el valor medio del máximo valor esperado, se concluye que la población estudiada tiene buen puntaje de calidad de vida profesional, sin embargo por la importancia que tiene este complejo concepto, se debe ser muy cuidadoso al hacer esta afirmación, ya que se alcanzaron valores muy polarizados (el mínimo valor alcanzado fue de 1 y el máximo de 9), lo que implica que aunque la media se encuentra en un puntaje alto, existen personas en la población que afirman percibir una muy mala calidad de vida profesional (puntaje de 1) y otros que alcanzaron el máximo puntaje posible (puntaje de 9), como si consideraran tener una excelente calidad de vida profesional.

La importancia de este hallazgo radica en que ese grupo de personas que afirmaron tener una muy mala calidad de vida, obtuvieron los más bajos puntajes en las tres dimensiones anteriores, están expuestas a mayor estrés por su carga

laboral, no tienen el apoyo suficiente por parte de sus directivos, compañeros y familiares, están mal retribuidos.

Este hecho tiene implicaciones directas sobre la atención de los pacientes, ya que una persona con baja calidad de vida profesional, no va a atender eficientemente a sus pacientes ya que se siente desmotivado por la labor que desempeña. Todo esto conlleva a baja productividad y todos los riesgos que conllevan la mala atención de una persona en un consultorio.

11.2 SÍNDROME DE BURNOUT

En el estudio se obtuvieron resultados que variaron respecto a la presentación del Síndrome de Burnout observado por otros autores: la población analizada no manifestó la presencia de este Síndrome en ninguno de sus miembros pues obtuvieron puntuaciones promedio relativamente bajas (24.6). Resulta sin embargo importante rescatar el valor obtenido de un sujeto de la población, quien alcanzó una puntuación de 43 (>50 = Síndrome de Burnout).

Los resultados antes descritos difieren de los encontrados en el hospital universitario de Cali, en donde se presentó el Síndrome entre moderado y severo⁷⁵.

La investigación de Rodríguez⁷⁶ muestra, ya para cada dimensión de despersonalización, cansancio emocional y falta de realización personal un comportamiento hacia valores altos en la mayoría de la población, comparado con puntuaciones que en el presente estudio fueron bajas en la mayoría de los médicos para las dos primeras dimensiones y contrariamente altas para la dimensión de falta de realización personal y en el trabajo, que constituye la única dimensión afectada.

La reducida realización personal se relaciona con tendencias a distanciamiento laboral y disminución en la productividad laboral, factores que podrían estar influenciando directa y negativamente a los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

Los factores más relevantes que contribuyeron a la baja realización personal en la población a estudio se relacionan con el sentimiento de frustración por el trabajo que en algunos de los individuos se manifestó incluso semanalmente, la falta de

⁷⁵ GUEVARA, Cesar., HENAO, Diana P.. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica Vol. 35 Nº 4, 2004.

⁷⁶ RODRÍGUEZ F. Jorge, M. BLANCO RAMOS, S. PÉREZ A, B. ROMERO GARCÍA, B. Relación de la calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de atención primaria. Centro de Salud Valle-Inclán, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense, 2005; 36(8):442-7. España.

estimulación después de haber trabajado y la sensación de no conseguir cosas valiosas en el trabajo. Aspectos relevantes que afectan la percepción de cada individuo acerca de los logros alcanzados tanto personales como profesionales y por ende la satisfacción en el trabajo de las expectativas de cada médico.

Por otra parte, los resultados mostraron en las otras dimensiones aspectos que distancian al médico de presentar el síndrome de Burnout, dentro de los cuales se pueden destacar la baja percepción de agotamiento al terminar la jornada laboral y, el sentimiento poco frecuente de estar demasiado tiempo en el trabajo. Esto genera menor sensación de desgaste físico y mental para continuar en el ambiente familiar y a su vez responder positivamente en el nivel profesional.

En los oficios relacionados al sector salud el contacto diario con otras personas es imprescindible y enmarca la buena relación médico-paciente, afortunadamente, entre los aspectos a destacar, los médicos evaluados manifestaron sentir cansancio poco frecuentemente, como resultado del trato continuo con sus pacientes y compañeros de trabajo, fortaleciendo consecuentemente el trato con dignidad y calidez humana.

12. CONCLUSIONES

Todo el proceso metodológico llevado a cabo en la presente investigación y el análisis de los datos obtenidos mediante la implementación de los cuestionarios *Calidad de Vida Profesional CVP 35* y *Maslach Burnout Inventory MBI*, permitieron concluir que los médicos especialistas encuestados que laboran en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva, tienen una percepción global buena de su calidad de vida profesional y no padecen trastornos severos por exposición crónica al estrés como el síndrome de Burnout.

Los factores relacionados al trabajo en cuanto a relaciones interpersonales, remuneración y características intrínsecas de la labor del médico, y los aspectos propios al individuo principalmente de motivación personal, fueron los que contribuyeron en mayor medida a que los médicos tuvieran una buena percepción de su calidad de vida profesional, contrario a su alta cantidad de trabajo, responsabilidad y esfuerzo emocional.

No obstante, a pesar del óptimo resultado mostrado en las encuestas, la mayoría de sujetos expresaron sentirse agotados cuando terminan su jornada de trabajo, sienten también estar demasiado tiempo ejerciendo su labor en el hospital, además, se quejan de estar fatigados al iniciar una jornada laboral y definitivamente sienten que el trabajo los está desgastando y endureciendo emocionalmente.

Por otro lado, existe un grupo pequeño de sujetos que demostró tener factores de riesgo para desarrollar el Síndrome de Burnout al presentar cansancio emocional y alto riesgo de despersonalización con un gran sentimiento de falta de realización personal. Estos sujetos siguen estando expuestos a altos niveles de estrés como resultado de sus actividades diarias laborales lo que los hace más vulnerables a la patología.

Por último, este trabajo permitió observar la existencia de un importante número de médicos que pueden llegar a desarrollar conductas que deterioran tanto su vida familiar como también la relación médico paciente, ya que sienten que el mismo entorno laboral los está endureciendo emocionalmente, como se expresó con anterioridad, este hecho conlleva a deterioro de la relación con los médicos en formación, ya que la mayoría de éstos médicos desempeñan labores docente asistenciales, lo que hace que el proceso de aprendizaje no sea asertivo.

13. RECOMENDACIONES

- ✓ Teniendo en cuenta que la población estudiada hace parte de un grupo de profesionales que tienen muchas ocupaciones y compromisos, tanto a nivel asistencia con sus pacientes, como también docente asistencial en otros casos, y familiar, se deben buscar otras estrategias que permitan mayor accesibilidad a ellos y mejores espacios para que éstos se interesen y puedan participar de proyectos como el presente.
- ✓ Se debe incentivar a los trabajadores del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, y brindarle espacios y tiempo necesario para participar en trabajos de orden investigativo como el presente.
- ✓ El área de salud ocupacional debería contar con un profesional idóneo para recolectar información necesaria para diagnosticar el estado de salud de los trabajadores de esta institución, e identificar así a la población que se encuentre con mayor grado de exposición y factores de riesgo para desarrollar patologías como el Síndrome de Burnout, con el fin de realizar un proceso de tratamiento y seguimiento. Todas estas acciones deben estar estipuladas dentro de un programa de promoción de la salud y prevención de las enfermedades mentales dirigido por esta misma dependencia, la cual puede contar con el apoyo de los profesionales en salud mental que la misma institución tiene al servicio de los usuarios.
- ✓ Debido a que el Síndrome de Burnout es una entidad patológica que conlleva graves consecuencias no solo para la salud y bienestar del individuo, sino también en su desempeño laboral y productividad para la empresa en donde trabaja, es conveniente que los médicos especialistas del HUHMP sean evaluados periódicamente para detectar a tiempo posibles casos y factores de riesgo que puedan llevar al padecimiento de esta enfermedad.
- ✓ Esta investigación puede extenderse a otros grupos de profesionales de la salud de la misma institución como médicos internos, médicos residentes, enfermeras, los cuales están en mayor contacto con los usuarios y

determinan en gran medida los momentos de verdad en el proceso de atención.

- ✓ Se recomienda por último, realizar un estudio similar al presente de carácter correlacional- causal, que permita establecer la posible dependencia entre la Calidad de Vida Profesional y el Síndrome de Burnout que posteriormente pueda ser usado para buscar estrategias que controlen las variables de relación entre estos fenómenos y así evitar la aparición de la patología, en aras de mejorar la productividad de la institución y el bienestar de sus trabajadores.

BIBLIOGRAFIA

ARICAPA, Ricardo. La cadena del dolor. Edición N° 74, Revista Cultura y Trabajo. Junio de 2008 (ENS: Escuela Nacional Sindical).

BORDA PÉREZ, Mariela. NAVARRO LECHUGA Edgar, AUN, Erick. BERDEJO PACHECO, Harold. RACEDO ROLÓN, Karen, y RUIZ SARÁ, Jennifer. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 43-51.

BRESSI, C. MANENTI, S. PORCELLANA, M. CEVALES, D. FARINA, L. FELICIONI, I. MELONI G. MICCOLIS, G. PAVANETTO, IR M. PESCADOR, L. PODDIGUE, M. SCOTTI, L. ZAMBON, A. CORRAO, G. LAMBERTENGHI-DELILIERI, G and INVERNIZZI G. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. British Journal of Cancer (2008) 98, 1046 – 1052 & 2008 Cancer Research UK All rights reserved 0007 – 0920/08.

CALDERÓN, G., E. BORRACCI, Raúl A. ANGEL, Adriana. SOKN, Fernando. Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos. Rev. Argent. cardiol. v.76 n.5. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sept. /oct. 2008.

CASAS, J. REPULLO, J.R. LORENZO, S. CAÑAS, JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Revista de Administración Sanitaria, 2002; VI (23):143-160

CLÚA ESPUNY, JL. AGUILAR MARTÍN, C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. Aten Primaria. 1998; 22: 308-13.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución N 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993) Normas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá. El ministerio, 1993. p. <http://>

www.urosario.edu.co/FASE1/medicina/documentos/factades7medicina/investigaciones/resolucion/008430_1993.pdf

CONGRESO DE COLOMBIA, "Por la cual se actualiza la Legislación Cooperativa," Ley 79/88, art 59. Publicado en el Diario Oficial No. 38.648 de Enero 10 de 1989.

ESCRIBÀ-AGÜIR, Vicenta. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *Burnout* en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 2008; 22(4):300-8.

ESPINO, A. MORENO, Franco y SEGURA FRAGOSO, A. Estudio sobre la prevalencia del *Burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria* 2003; 32(6):343-8.

FERNÁNDEZ ARAQUE, A. SANTA JIMÉNEZ, E. CASADO DEL OLMO, MI. Calidad de vida Profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca las casas.* 2007; 3 (1).

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Odile. MORENO SUÁREZ, Sara. HIDALGO CABRERA, Carmen. GARCÍA DEL RÍO GARCÍA, Beatriz. Y MARTÍN TAPIA, Alberto. Calidad de vida profesional de los médicos residentes. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves, Granada. 2007.

FERRANDO, J. PÉREZ, J. Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI). *Rev Psiquiatría Daf Med Barna* 1996;23(1):11-8.

FERRER, R. *Burnout o síndrome de desgaste profesional.* *Medicina Clínica de Barcelona* 2002;119 (13): 495-6.

GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ, Enrique J. Tesis sobre el Burnout. Junio de 2003.

GIL-MONTE Y P. PEIRÓ, J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de psicología 1999: 15(2): 261- 268.

GIL DEZA, Ernesto. Síndrome de Burnout en médicos. Dpto. de Docencia e Investigación del Instituto Henry Moore, Buenos Aires, Argentina. Jornadas Intra Med 2005. Médicos en el Siglo XXI.

GIL-MONTE, PR. PEIRÓ, JM. Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.

GÓMEZ MEJÍA, Gentil. Ponencia: "Situación laboral del médico desde la ley 100 y su impacto en la relación médico - paciente". Septiembre 26 de 2008, Senado de la República.

GONÇALVES, Estella. AIZPIRI DÍAZ, J. BARBADO, Alonso. P.J. CAÑONES GARZÓN, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, J.J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I.

GONÇALVES, Estella. AIZPIRI DÍAZ, J. BARBADO, Alonso. P.J. CAÑONES GARZÓN, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, J.J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I. Síndrome de Burnout en el médico general. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. 2006.

GUEVARA, Cesar, A. HENAO, Diana P. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica Vol. 35 N° 4, 2004.

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

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

GUEVARA, Cesar., HENAO, Diana P.. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica Vol. 35 N° 4, 2004.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. FERNÁNDEZ COLLADO Carlos, Y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación, Mc Graw Gill Interamericana 2006.

HERNANDEZ PATIÑO, A. El médico laboral. Revista colombiana de médicos generales. Bogotá 2005.

JIMÉNEZ. A. Doctors' strategies to cope with the crisis in medical profession. Rev Méd Chile 2005; 133: 707-12.

LA CADENA DEL DOLOR, Informe publicado en la edición N° 74 Revista *Cultura y Trabajo*, de la ENS. Junio de 2008.

LISELOTTE, N. DYRBYE, MD. MATTHEW. R. Thomas, MD; STANFORD MASSIE, F. POWER, David V. EACKER, Anne. HARPER, William. DURNING, Steven. MOUTIER, Christine. SZYDLO, Daniel W. NOVOTNY, Paul J. SLOAN, Jeff A. and SHANAFELT, Tait D. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. 2008 American College of Physicians Publicado en: Annals of Internal Medicine.

LISELOTTE N. Dyrbye. THOMAS, Matthew R. F. STANFORD, Massie. POWER, David V. EACKER, Anne. HARPER, William. DURNING, Steven. MOUTIER, Christine. SZYDLO, Daniel W. NOVOTNY, Paul J. Jeff A. SLOAN, and SHANAFELT, Tait D. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. Annals of Internal Medicine. Academia and Clinic. 2008.

MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

MADRIGAL M. Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense. Tesis final de graduación. Sistema Estudios de Posgrado en Psiquiatría- Universidad de Costa Rica. Abril, 2005.

MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

MADRIGAL SOLANO, Myleen. "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Servicio Psiquiatría y Psicología. ASOCOMEFO: La Medicina Legal de Costa Rica. ISSN 1409-0015 REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA Volumen 23 Setiembre 2006.

MARRAU, María Cristina. El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias. Fundamentos en humanidades, ISSN 1515-4467, N°. 10, 2004, pags. 53-68

MARTÍN, J. CORTÉS, JA. MORENTE, M. CABOBLANCO, M. GARIJO, J. RODRÍGUEZ, A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004; 18:129-36.

MARTÍNEZ DE LA CASA MUÑOZA, A. DEL CASTILLO COMASA C. MAGAÑA LOARTEB, I. VEGA, Neil Valentin. Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. Revista Colombiana de Cirugía. Julio, 2009:24: 153-64.

MATA MACHADO, Marilia. Entrevista de Pesquisa. Una relación investigador/entrevistado, Editora Arte, Belo Horizonte-Brasil, 2002.

MINGOTE ADAN, José Carlos. MORENO JIMÉNEZ, B.Y GALVEZ HERRER, M. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas 2004, *Medicina Clínica*, 123, 07, 265-270. Unidad de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre Madrid. Centro Universitario de Salud Pública. Madrid. España.

MINGOTE ADÁN, José Carlos. Estrés laboral, alteraciones del sueño y trastornos cardiovasculares en médicos. Curso de Formación Continuada: trabajo y sueño: interdependencia y criterios de causalidad. 27 de Noviembre 2002.

MINGOTE, C. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. 2004.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución No. 5261 AGOSTO 5 DE 1994. Artículo 97: Consulta Médica General.

NYKLÍCEK, I. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout *Journal affect disord.* 2005: 88(1):63-68.

ORTEGA C. Y LÓPEZ, F. *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas.* *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004: 4(1): 137- 160

ÖZEN ÖNEN, Sertöz. The neurobiology of burnout: the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis and other findings. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(3).

PAREDES G, Olga L. SANABRIA-FERRAND, Pablo A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en Residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas y Su Relación con el Bienestar Psicológico y con Variables Sociodemográficas y Laborales. Grupo de Comportamiento y Salud, Facultad de Medicina, Centro de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia. *REVISTA 16 (1): 25-32, Volumen 16 • No. 1 - Enero - Junio de 2008.*

PEIRÓ, José María y PRIETO, Fernando. *Tratado de Psicología del Trabajo.* España: Ed. Síntesis Psicología, Vol. II, 1996.

RODRÍGUEZ, F. BLANCO RAMOS, B. S. Relación de la calidad de vida profesional y el *Burnout* en médicos de atención primaria. *Revista chilena de salud pública.* Vol II.

PERA, M Y SERRA, P. Prevalencia del síndrome del quemado (SQ) y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria.* Barcelona. (Dic 2002).

PRIETO ÁVILA, César A. La contratación laboral y su impacto en la atención de los pacientes. Ponencia de la Federación Médica Colombiana presentada en la Audiencia Salud Senado. Agosto 21 de 2008.

PUDDESTER, Derek. The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being. *West J Med* 2001;174:5-7.

RODRÍGUEZ Jorge, M. BLANCO RAMOS, S. PÉREZ, B. ROMERO GARCÍA, B. Relación de la calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de atención primaria. Centro de Salud Valle-Inclán, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense, 2005; 36(8):442-7. España.

RODRÍGUEZ F. Jorge, M. BLANCO RAMOS, S. PÉREZ A, B. ROMERO GARCÍA, B. Relación de la calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de atención primaria. Centro de Salud Valle-Inclán, Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense, 2005; 36(8):442-7. España.

SÁNCHEZ, R. GONZÁLEZ, R. ÁLVAREZ, NIDO. BORDA: Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. S. Médicos de Familia. EAP San Blas. Parla. ¹EAP Centro II. Getafe. Área 10. Madrid.

Síndrome de Burnout Pedagogía. Agotamiento emocional laboral. Implicación. Estrés trabajo. Prevención en docentes y maestros. Educación y Pedagogía. MASLACH, C. JACKSON, S. The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2:99-113.

ANEXOS

Anexo A Consentimiento informado.

Yo _____ identificad@ con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, estoy de acuerdo en participar de la investigación **“Calidad de Vida Profesional en Médicos Generales y Especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y su Relación con el Síndrome de Burnout en el Año 2009”**, realizada por los estudiantes Elkin José Trujillo Salazar identificado con código estudiantil número 2004201213, Jesús Enrique Núñez Renza identificado con código estudiantil número 2005 _____ y María del Mar Robles Cuellar identificada con código estudiantil número 2004201590; quienes cursan décimo semestre de Medicina, en la Universidad Surcolombiana.

Conozco la relevancia y pertinencia de la investigación, la cual incluye:

- Determinar cuál es la calidad de vida profesional percibida por los médicos generales y especialistas que laboran en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
- Conocer la percepción que los médicos tienen de cada uno de las dimensiones evaluadas del entorno laboral y personal que influyen en la calidad de vida profesional.
- Identificar la existencia del Síndrome de Burnout en la población a estudio.

Conozco también la meta de la investigación, la cual pretende determinar el estado de la calidad de vida profesional de los médicos generales y especialistas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva y su posible relación con el Síndrome de Burnout.

Sé que el primer instrumento recolectará información sobre los aspectos sociodemográficos, donde debo completar unos espacios en blanco acerca de mi información personal, familiar y económica. Posteriormente llenaré otro cuestionario llamado CVP-35 (Calidad de Vida Profesional-35), que consta de 35 preguntas en las cuales se hace una descriptiva general de la percepción del apoyo directivo, la motivación intrínseca, las demandas y la calidad de vida profesional. La respuesta será dada otorgándole un valor de 1 a 10 según lo previamente explicado en cada cuestionario.

Luego llenaré un cuestionario denominado MBI (Cuestionario de Burnout de Maslach), el cual evalúa tres áreas de interés: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En el cual debo marcar con una "X" la respuesta que considero según la explicación que se me haya dado. Cada cuestionario posee un encabezado en donde se explica claramente la forma de diligenciamiento y el tiempo necesario para completar y entregar la encuesta.

La investigación no generará molestias o riesgos diferentes a los que implican el uso de mi tiempo en actividades diferentes a las realizadas en mi cotidianidad. Como beneficio del presente estudio se tendrá el conocimiento más profundo del fenómeno de la Calidad de Vida Profesional en los médicos, desde nuestra perspectiva. Lo cual tendrá consecuencias a largo plazo en cuanto a referente para creación de nuevas políticas y subsecuentes investigaciones.

Se me garantiza que recibiré respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda que tenga acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación; en cualquier momento del desarrollo de la misma.

Tengo la posibilidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar mis actividades de la vida diaria.

No seré identificado, lo que garantiza la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad.

Se me proporcionará información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pueda afectar mi voluntad para continuar participando en la investigación.

Los gastos adicionales, serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Mediante el actual documento autorizo a los representantes de esta investigación, para consignar la información registrada por mí a través de cuestionarios

previamente acordados y analizados exclusivamente como parte de la investigación señalada anteriormente, siendo igualmente enterad@ que dicha participación en el estudio no representa ningún riesgo para mi integridad, y el cual se encuentra clasificado como investigación sin riesgo según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y atendiendo a lo planteado en su TÍTULO II DEL CAPÍTULO I relacionado con LA INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS EN LOS ASPECTOS ÉTICOS.

De igual manera ésta información deberá hacer parte del sigilo profesional, además contaré permanentemente y durante el desarrollo del estudio con la opción de retirar mi consentimiento en el momento de hacerme conocedor(a) de los resultados de la investigación en el momento que yo así lo solicite.

Firma: _____

Anexo B Población de médicos estratificada según título profesional, con su respectivo número de integrantes que entregaron y que no entregaron la encuesta.

TÍTULO PROFESIONAL	SI RESPONDIERON Y ENTREGARON LA ENCUESTA (n)	SI RESPONDIERON Y ENTREGARON LA ENCUESTA (%)	NO RESPONDIERON NI ENTREGARON LA ENCUESTA	NO RESPONDIERON NI ENTREGARON LA ENCUESTA (%)	POBLACIÓN TOTAL POR CADA ESPECIALIDAD
ANESTESIOLOGO	4	100	0	0	4
CIRUJANO DE TÒRAX	1	100	0	0	1
CIRUJANO GASTROENTERÓLOGO	1	100	0	0	1
CIRUJANO GENERAL	6	60	4	40	10
CIRUJANO MAXILOFACIAL	1	100	0	0	1
CIRUJANO PEDIATRA	0	0	2	100	2
CIRUJANO PLÀSTICO	1	50	1	50	2
CIRUJANO VASCULAR	0	0	1	100	1
DERMATÒLOGO	0	0	1	100	1
ENDOCRINOLOGO	1	100	0	0	1
FISIATRA	1	100	0	0	1
GASTROENTERÒLOGO	1	100	0	0	1
GENETISTA	1	100	0	0	1
GINECÒLOGO Y OBSTETRA	5	63	3	38	8
HEMATÒLOGO	0	0	1	100	1
INMUNÒLOGO	0	0	1	100	1
INTENSIVISTA	0	0	1	100	1
MÈDICO GENERAL	0	0	12	100	12
MEDICO INTERNISTA	3	100	0	0	3
MEDICO INTERNISTA CARDIÒLOGO	0	0	2	100	2
NEUMOLOGO	1	100	0	0	1
NEUROCIUJANO	2	67	1	33	3
NEUROLOGO	2	100	0	0	2
OFTALMOLOGO	1	33	2	67	3
ORTOPEDISTA	1	33	2	67	3
OTORRINOLARINGÒLOGO	0	0	2	100	2
PEDIATRA	6	30	14	70	20
PSIQUIATRA	3	100	0	0	3
RADIOLOGO	1	33	2	67	3

REUMATÓLOGO	0	0	1	100	1
TOXICOLOGO CLINICO	1	100	0	0	1
TRAUMATÓLOGO	0	0	2	100	2
UROLOGO	1	33	2	67	3
TOTAL	45	44	57	56	102

Fuente: propi

Anexo C Género de la población a estudio.

GÉNERO	X	%
FEMENINO	11	24
MASCULINO	35	76
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo D Edad de la población a estudio

EDAD	X	%
20-29	1	2,2
30-39	14	30,4
40-49	13	28,3
50-59	8	17,4
60-69	4	8,7
NO RESPONDE	6	13,0
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo E Estado civil

ESTADO CIVIL	X	%
SOLTERO	6	13
CASADO	35	76
VIUDO	0	0
SEPARADO	0	0
UNION LIBRE	3	7
NO RESPONDE	2	4
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo F Estrato socioeconómico de la población a estudio.

ESTRATO SOCIOECONÒMICO	X	%
1	0	0
2	0	0
3	3	7
4	18	39
5	22	48
6	2	4
NO RESPONDE	1	2
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo G Tipo de Vínculo laboral con el HUHMP

VINCULO LABORAL	X	%
A TERMINO INDEFINIDO	1	2
CATEDRÀTICO	1	2
COOPERATIVA	10	22
DE PLANTA	3	7
NO RESPONDE	29	63

PLANTA MEDIO TIEMPO	2	4
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo H Cantidad de horas laboradas en el día

HORAS	X	%
1 - 4	2	4
5 - 8	10	22
9 - 12	26	57
13 - 16	6	13
17 - 20	2	4
>21	0	0
NO RESPONDE	0	0
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo I Número de vínculos laborales actualmente.

Nº	X	%
1	2	4
2	27	59
3	13	28
>3	3	7
NO RESPONDE	1	2
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo J Promedio de ingresos económicos mensuales en millones de pesos.

MILLONES	X	%
<2	0	0
2 - 4	3	7
4,1 - 6	20	43
>6	23	50
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo K Años de experiencia laboral

AÑOS	X	%
<1	0	0
1-10	16	34,8
10,1-20	18	39,1
20,1-30	5	10,9
>30	3	6,5
NO RESPONDE	4	8,7
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo L Número de turnos nocturnos al mes

Nº TURNOS NOCTURNOS /m	X	%
0	11	24
2	1	2
3	5	11
4	6	13
5	1	2
6	6	13
7	2	4
8	3	7
10	5	11
11	1	2
12	2	4
14	1	2
NO RESPONDE	2	4
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo M Número de vacaciones pagas por año

NÚMERO	X	%
0	15	32,6
1	26	56,5
2	4	8,7
NO RESPONDE	1	2,2
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo N Desempeño de alguna otra actividad laboral

OTRA ACTIVIDAD	X	%
SI	15	33
NO	31	67
NO RESPONDE	0	0
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo O Actividades diferentes a la profesión.

ACTIVIDADES	X	%
DOCENCIA	8	17,39
GANADERIA	2	4,35
AGROINDUSTRIA	1	2,17
CONSULTORIO PRIVADO	2	4,35
NINGUNA	31	67,39
NO RESPONDE	2	4,35
TOTAL	46	100

Fuente: propia

Anexo P Calidad de vida en el trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
válidos	NADA	2	3,8	4,3	4,3
	NADA	2	3,8	4,3	8,5
	ALGO	4	7,7	8,5	17,0
	ALGO	5	9,6	10,6	27,7
	ALGO	6	11,5	12,8	40,4
	BASTANTE	3	5,8	6,4	46,8
	BASTANTE	10	19,2	21,3	68,1
	BASTANTE	9	17,3	19,1	87,2
	MUCHO	6	11,5	12,8	100,0
	Total	47	90,4	100,0	

Perdidos	Sistema	5	9,6		
	Total	52	100,0		

Fuente: propia

Anexo Q Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

untuación	número de población		
	n	%	% Acumulado
NUNCA	17	36,2	36,2
AVA	19	40,4	76,6
AVM	7	14,9	91,5
AVS	4	8,5	100,0
D	0	0,0	100,0
TOTAL	47	100,0	

Fuente: propia

Anexo R Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales

Puntuación	Número de población		
	n	%	% Acumulado
NUNCA	30	63,8	63,8
AVA	6	12,8	76,6
AVM	4	8,5	85,1
AVS	6	12,8	97,8
D	1	2,1	100,0
TOTAL	47	100,0	

Fuente: propia

Anexo S Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.

Puntuación	Número de población		
	n	%	% Acumulado
NUNCA	15	31,9	31,9
AVA	15	31,9	63,8
AVM	6	12,8	76,6
AVS	11	23,4	100,0
D	0	0,0	100,0
TOTAL	47	100,0	

Fuente: propia

Anexo T Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de mis subordinados o a quienes atiendo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NUNCA	29	61,7	61,7	61,7
	ALGUNAS VECES AL AÑO	12	25,5	25,5	87,2
	ALGUNAS VECES AL MES	4	8,5	8,5	95,7
	ALGUNAS VECES A LA SEMANA	2	4,3	4,3	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

Fuente: propia

Anexo U Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

Puntuación	Número de población		
	n	%	% Acumulado
D	26	55,3	55,3
AVS	16	34,0	89,3
AVM	2	4,3	93,6
AVA	2	4,3	97,9
NUNCA	1	2,1	100,0
TOTAL	47	100,0	

Fuente: propia

Anexo V Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo.

Puntuación	Número de población		
	n	%	% Acumulado
NUNCA	22	46,8	46,8
AVA	17	36,2	83,0
AVM	5	10,6	93,6
AVS	3	6,4	100,0
D	0	0,0	100,0
TOTAL	47	100,0	

Fuente: propia

Anexo W Me siento frustrado por mi trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	21	44,7	44,7	44,7
ALGUNAS VECES AL AÑO	18	38,3	38,3	83,0
ALGUNAS VECES AL MES	5	10,6	10,6	93,6
ALGUNAS VECES A LA SEMANA	3	6,4	6,4	100,0
Total	47	100,0	100,0	

Fuente: propia

Anexo X Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NUNCA	18	38,3	38,3	38,3
	ALGUNAS VECES AL AÑO	21	44,7	44,7	83,0
	ALGUNAS VECES AL MES	4	8,5	8,5	91,5
	ALGUNAS VECES A LA SEMANA	3	6,4	6,4	97,9
	DIARIAMENTE	1	2,1	2,1	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

Fuente: propia

Anexo Y Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente

Puntuación	Número de población		
	n	%	% Acumulado
D	11	23,4	23,4
AVS	17	36,2	59,6
AVM	10	21,3	80,8
AVA	5	10,6	91,5
NUNCA	4	8,5	100,0
TOTAL	47	100,0	

Fuente: propia

Anexo Z Puntaje total cansancio emocional de caso

		Puntaje Total Cansancio Emocional de Caso	Puntaje Total Despersonalización de Caso	Puntaje Total Realización Personal de Caso	Puntaje Total Cuestionario MBI
N	Válidos	47	47	47	47
	Perdidos	0	0	0	0
Media		11,28	7,43	6,13	24,62
Mediana		11,00	7,00	5,00	26,00
Moda		9 ^a	7	3 ^a	14 ^a
Desv. típ.		5,339	4,368	4,116	10,954
Mínimo		0	0	0	4
Máximo		24	17	17	43
Percentiles	25	7,00	4,00	3,00	14,00
	50	11,00	7,00	5,00	26,00
	75	15,00	11,00	9,00	33,00

Fuente: propia

Anexo A1 Puntaje total despersonalización de caso.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	2,1	2,1	2,1
	1	3	6,4	6,4	8,5
	2	3	6,4	6,4	14,9
	3	2	4,3	4,3	19,1
	4	4	8,5	8,5	27,7
	5	5	10,6	10,6	38,3
	6	3	6,4	6,4	44,7
	7	6	12,8	12,8	57,4
	8	1	2,1	2,1	59,6
	9	4	8,5	8,5	68,1
	10	3	6,4	6,4	74,5
	11	3	6,4	6,4	80,9
	12	2	4,3	4,3	85,1
	13	3	6,4	6,4	91,5
	14	1	2,1	2,1	93,6
	15	1	2,1	2,1	95,7
	17	2	4,3	4,3	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

Fuente: propia

Anexo B1 Puntaje total realización personal de caso.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	8,5	8,5	8,5
	1	3	6,4	6,4	14,9
	2	1	2,1	2,1	17,0
	3	6	12,8	12,8	29,8
	4	5	10,6	10,6	40,4
	5	6	12,8	12,8	53,2
	6	3	6,4	6,4	59,6
	7	1	2,1	2,1	61,7
	8	2	4,3	4,3	66,0
	9	6	12,8	12,8	78,7
	10	2	4,3	4,3	83,0
	11	4	8,5	8,5	91,5
	12	1	2,1	2,1	93,6
	13	1	2,1	2,1	95,7
	14	1	2,1	2,1	97,9
17	1	2,1	2,1	100,0	

Fuente: propia

Anexo C1 Puntaje total cuestionario MBI

N	Válidos	47
	Perdidos	0
Media		24,62
Mediana		26,00
Moda		14 ^a
Desviación típica.		10,954
Mínimo		4
Máximo		43

Fuente: propia

Anexo D1 Datos sociodemográficos

TITULO PROFESIONAL											
EDAD						GÉNERO			H M		
ESTADO CIVIL		Soltero (a)		Casado (a)		Viudo(a)		Separado(a)		Unión Libre	
ESTRATO SOCIOECONÓMICO											
VINCULO LABORAL											
CANTIDAD DE TIEMPO LABORADO EN EL DÍA		1-4 hs		5-8 hs		9-12 hs		13-16 hs		17-20 hs	>21 hs
PROMEDIO DE INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES (MILLONES)				<2		2-4		4.1 – 6		> 6	
				Especifique cuántos:							
NÚMERO DE VÍNCULOS LABORALES ACTUALMENTE				1		2		3		>3	Cuántos ?
				Especifique cuántos:							
AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL (años)				<1		1-10		10.1-20		20.1-30	>30
				Especifique cuántos:							
NÚMERO DE TURNOS NOCTURNOS AL MES						N° VACACIONES PAGAS POR AÑO					

Fuente: propia

Anexo E1 CVP-35

POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR INDIQUE EL NIVEL CON QUE OCURREN EN SU TRABAJO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES COSAS:

Por ejemplo, si opina que la cantidad de trabajo que tiene es “bastante”, marcará con el círculo uno de los números de la escala, que pueden ser el 6, el 7 o el 8:

nada» (valores 1 y 2)

«bastante» (valores 6, 7 y 8)

«algo» (valores 3, 4 y 5)

«mucho» (valores 9 y 10) NO DEJE SIN CONTESTAR NINGUNA DE LAS LÍNEAS DE NÚMEROS

	NADA		ALGO			BASTANTE			MUCHO	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cantidad de trabajo que tiene	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción con el tipo de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Satisfacción con el sueldo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posibilidad de promoción	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reconocimiento de su esfuerzo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presión recibida para realizar la cantidad de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presión recibida para mantener la calidad de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prisas y agobio por la falta de tiempo para poder realizar su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivación (ganes de esforzarse)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo de jefes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo de compañeros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Apoyo de subordinados (si tiene)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoyo de su familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ganas de ser creativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posibilidad de ser creativo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
“Desconexión” al acabar la jornada laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Recibe información sobre los resultados de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conflictos con otras personas en su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Falta de tiempo para su vida personal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incomodidad física en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posibilidad de expresar emociones y derechos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Carga de responsabilidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hasta que punto cree que la empresa trata de desarrollar su calidad de vida en su trabajo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autonomía o libertad de decisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Interrupciones molestas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estrés o esfuerzo emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacitación necesaria par desempeñarlo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Capacitación que cree que tiene	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Variedad de su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Cree que sus trabajo tiene influencia en la vida de otras personas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posibilidad de que sus propuestas sean escuchadas y aplicadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ambigüedad de funciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Su contribución queda reflejada en el producto o servicio final	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hasta que punto cree que su trabajo tiene consecuencias negativas sobre su salud?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad de vida en su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo F1 Formulario síndrome de Burnout

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como usted lo siente. Responda escribiendo una X en la columna que corresponda a la escala escogida.

N (Nunca)

AVS (Algunas veces a la semana)

AVA (Algunas veces al año)

D (Diariamente)

AVM (Algunas veces al mes)

N°	N	AVA	AVM	AVS	D
1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado	N	AVA	AVM	AVS	D
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	N	AVA	AVM	AVS	D
4. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas que tengo que relacionarme con el trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D

5. Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales	N	AVA	AVM	AVS	D
6. Siento que tratar todo el día con la gente me cansa	N	AVA	AVM	AVS	D
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender	N	AVA	AVM	AVS	D
8. Siento que mi trabajo me está desgastando	N	AVA	AVM	AVS	D
9. Siento que estoy influyendo en la vida de otras personas a través de mi trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
10. Siento que mi trato con la gente es más duro	N	AVA	AVM	AVS	D
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	N	AVA	AVM	AVS	D
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
13. Me siento frustrado por mi trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
15. Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de mis subordinados (o personas que atiendo profesionalmente)	N	AVA	AVM	AVS	D
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	N	AVA	AVM	AVS	D
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
18. Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente	N	AVA	AVM	AVS	D
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	N	AVA	AVM	AVS	D
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades	N	AVA	AVM	AVS	D
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	N	AVA	AVM	AVS	D
22. Me parece que mis subordinados me culpan de algunos de sus problemas	N	AVA	AVM	AVS	D

DISPONE DE 8 DÍAS HÁBILES PARA ENTREGAR LOS CUESTIONARIOS DEBIDA Y COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS A LOS ESTUDIANTES RESPONSABLES INDICADOS ANTERIORMENTE, QUIENES SE ACERCARAN A USTED AL TRANSCURRIR DICHO TIEMPO.