

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS, SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

OLGA L. PAREDES G.^{1*} Y PABLO A. SANABRIA-FERRAND¹

¹ Grupo de Comportamiento y Salud, Facultad de Medicina, Centro de Investigaciones. Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

El Síndrome de Burnout es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para quienes los rodean. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo en el trabajo, de baja calidad en la atención y de demandas laborales. El objetivo del trabajo fue conocer la prevalencia del síndrome entre los residentes de las especialidades médico quirúrgica de hospitales universitarios, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. El estudio de prevalencia analítica contó con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó, el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), que evalúa tres dimensiones de sus condiciones de trabajo: causas del Burnout (CBO), síndrome (SBO) y consecuencias (CON). El 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, bienestar psicológico

PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME IN RESIDENTS OF MEDICAL AND SURGICAL SPECIALTIES AND ITS RELATION WITH PSYCHOLOGICAL WELLBEING AND SOCIODEMOGRAPHIC AND LABOR VARIABLES

Abstract

The Syndrome of Burnout is one of the manifestations that most affects the health professionals; with diverse consequences for them and their surroundings. It is one of the most recognized causes of job absenteeism, low quality care and labor lawsuits. The aim of this study was to find the prevalence of the Syndrome among the residents of the medical surgical specialties of university hospitals, as well as its relation with sociodemographic and labor variables and the Psychological wellbeing. The present study of analytical prevalence included a sample of 138 residents to whom the Brief Questionnaire of Burnout (CBB) was administered to measure the level of the Syndrome. This questionnaire consists of three dimensions in working conditions: causes of Burnout (CBO); Syndrome (SBO) and consequences (CON). 12,6% of the residents presented a high level of Burnout. The statistical analysis showed a negative association between the Burnout and the psychological wellbeing and between the latter and long working hours. Statistically significant associations with the sociodemographic and labor variables were not found.

Key words: Burnout's Syndrome, psychological wellbeing

* Correspondencia: olgaparedes@umng.edu.co. Dirección postal: Centro de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada. Trv. 3 #49-00, Bogotá, Colombia.
Recibido: Mayo 12 de 2007. Aceptado: Junio 7 de 2007

PREVALÊNCIA DO SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE ESPECIALIDADES MÉDICO CIRÚRGICAS, SUA RELAÇÃO COM O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E TRABALHISTAS

Resumo

A Síndrome de Burnout é uma das manifestações que mais afeta aos profissionais da saúde, com diversas conseqüências para eles e para quem os rodeiam. É também, uma das causas mais reconhecidas de falta de assistência no trabalho, de baixa qualidade no atendimento e de demandas trabalhistas. O objetivo do trabalho foi conhecer a prevalência desta síndrome entre os residentes das especialidades médico cirúrgicas de hospitais universitários, sua relação com o bem-estar psicológico e com variáveis sócio demográficas e trabalhistas. O estudo de prevalência analítica contou com uma mostra de 138 residentes a quem se lhes aplicou, o Questionário Breve de Burnout (CBB), que avalia três dimensões de suas condições de trabalho: causas do Burnout (CBO), síndrome (SBO) e conseqüências (COM). O 12,6% dos residentes apresentou um alto nível de Burnout e a análise estatística evidência uma associação negativa entre o Burnout e o bem-estar psicológico e entre este último e as longas horas de trabalho. Não se encontraram associações estatisticamente significativas com as variáveis sociodemográficas e trabalhistas.

Palavras-chave: Síndrome de Bournout, bem-estar psicológico

Introducción

En los años 70 apareció un nuevo concepto médico que se denominó Síndrome de Burnout o de desgaste profesional, aportado por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberg en 1974, quien describió los cambios surgidos en jóvenes que trabajaban como voluntarios en una clínica de adicciones. Estos cambios consistían en una pérdida de energía que llevaba al agotamiento, desinterés, depresión y agresividad. Maslach, analizando las respuestas emocionales de los profesionales asistenciales continuó con su estudio y en conjunto con Jackson, en 1986, planteó que el Burnout se caracteriza por tres dimensiones determinadas: agotamiento emocional (referido a sensaciones de esfuerzo físico y emocional exagerados), despersonalización (incremento de comportamientos y actitudes negativas como insensibilidad, cinismo, e incluso agresividad hacia los otros, etc.) y realización personal (valoración negativa de la labor que se realiza).

La definición del Síndrome de Burnout no es tan sencilla, como tampoco lo es la determinación de su nacimiento, bien porque los aspectos que evalúa y que son tomados en cuenta para su aparición son diversos, o bien porque a lo largo de su historia se ha equiparado con otros conceptos que lo vuelven impreciso. Freudengerger, su gestor, define el Síndrome como “un estado de fatiga o de frustración que se produce

por la dedicación a una causa, o a una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo” (1). En sus inicios esta definición se había limitado a un grupo de profesionales, en este caso asistenciales y no se generalizaba a todo aquel que desempeñara un trabajo. Actualmente y entendido como un síndrome por la multiplicidad de causas, el Burnout se desarrolla en contextos laborales que por sus características generan agotamiento y se manifiesta general y más evidentemente de forma física, aunque sus síntomas también se expresen de manera emocional y cognitiva. Progresa con diferente intensidad, en dimensiones de despersonalización, agotamiento y realización personal reducida, conduciendo a una extenuación general que afecta la vida propia y la de las personas del entorno y a su cargo. La sintomatología y sus consecuencias no sólo resultan en manifestaciones físicas y psicológicas, sino que además atraen dificultades interpersonales que interfieren con las situaciones profesionales y familiares, con la seguridad de los pacientes y con el declive de las instituciones prestadoras de salud.

Dentro de los síntomas físicos los más recurrentes son cefalea, fatiga, dolores musculares, molestias gastrointestinales, alteraciones en el peso, problemas de sueño, hipertensión arterial, sensaciones de ahogo, impotencia y alteraciones menstruales, entre otros. Las manifestaciones emocionales y psicológicas más frecuentes son sentimientos de culpabilidad, baja *tolerancia* a la

frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, melancolía, depresión, cinismo, aburrimiento, pérdida de idealismo, incompetencia y autovaloración negativa (2,3). También se ha mencionado deterioro de las interacciones personales con comportamientos agresivos, actitud defensiva y abuso de sustancias, entre otros. Los síntomas organizacionales y laborales descritos son violación de las *normas* de la *organización*, retrasos, descansos alargados, excesivo ausentismo, *comunicación* deficiente, disminución en rendimiento, falta de compromiso laboral, pobre atención y concentración, etc. (4-7). Estudios como el de Goetzel y cols. (2004) aseguran que en los Estados Unidos los costos del absentismo laboral debido al estrés en el trabajo pueden llegar a representar hasta el 60% de todos los costos de las enfermedades (8).

En los últimos años se ha fomentado el interés por el estudio del Síndrome de Burnout, probablemente porque se han hecho más evidentes las enfermedades generadas por el trabajo y porque la implementación de estrategias para la prevención de enfermedades y para la promoción de la salud han adquirido mucha importancia en los actuales estilos de vida. Incluso se puede pensar que los costos económicos, sociales y profesionales resultantes del síndrome han hecho necesaria su investigación y que persista el interés de continuar indagando acerca de esta patología. Cada vez más se conocen investigaciones realizadas en diferentes poblaciones, entre las que cabe mencionar un estudio reciente en oficiales de policía (9), otro en personal de hoteles (10) y otros tres en profesionales de la salud como odontólogos (11), anesthesiólogos (12) y psicólogos (13).

El abordaje del Síndrome de Burnout se ha enfocado generalmente en los factores patológicos que lo causan; sin embargo, es relevante también evidenciar los factores positivos que pueden proteger al personal de padecerlo, especialmente aquellas habilidades que permiten afrontar situaciones laborales, determinadas hasta el momento como contribuyentes al desgaste profesional. Interpretado desde la psicología positiva, el síndrome se centra en los factores protectores y de afrontamiento, los cuales han sido estudiados a nivel de compromiso constructo motivacional positivo (*Engagement*) que comprende tres dimensiones propuestas por Seligman (14): vigor (alto nivel de energía y de resistencia mental en el trabajo, aún cuando existan dificultades), dedicación (alta implicación laboral, el trabajo se ve como orgullo y como reto) y absorción

(concentración en las labores y disfrute de éstas). Por su parte y desde el paradigma salutogénico, Antonovsky (15) también revisa factores protectores como el sentido de coherencia, constituido por tres componentes: comprensión (haciendo referencia a la coherencia y la consistencia), controlabilidad (recursos suficientes para realizar un afrontamiento) y significancia (sentido en términos emocionales que se le da a la vida).

Se han propuesto gran número de intervenciones que logren prevenir las consecuencias del síndrome. Por ejemplo en los médicos, especialmente en aquellos en formación, son importantes los programas que identifiquen la susceptibilidad a la fatiga y la privación de sueño, debido a las prolongadas horas de trabajo, a los cambios de horario por el cumplimiento de turnos y al tiempo necesario para la formación académica. Morales (16) anota que existen problemas reales para la actual práctica médica en Colombia, agravados por la situación social y económica que vive el país y que ameritan, no sólo un estudio detallado, sino el planteamiento de alternativas de solución apoyadas por el Estado, quien debe promover y garantizar el equilibrio entre los diferentes actores del sector de la salud y en las políticas de riesgos profesionales, así como en las instituciones de salud y educación, que promueven la formación de los médicos y su desarrollo laboral y personal.

Teniendo en cuenta que los estudios de prevalencia analítica permiten estudiar o analizar asociaciones entre diferentes factores y la presencia del evento, planteando el estudio de hipótesis de asociación, en este trabajo se abordó y se evaluó la prevalencia del Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas y con el bienestar psicológico en un grupo de profesionales de la medicina, estudiantes de especialidades médico quirúrgicas de hospitales universitarios, a quienes se les realizó un estudio de prevalencia analítica, aplicándoles el Cuestionario Breve de Burnout de Moreno (3).

Método

Participantes

La muestra fue 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). Los médicos que se encontraban en rotaciones extramurales, en vacaciones, o en incapacidad en las fechas de recolección de los datos (n=32) se excluyeron y la aplicación del cuestionario duró aproximadamente tres meses. Si bien el número de residentes que conformó la muestra de la investigación fue suficiente para inferir propiedades de la totalidad de la población, es importante tener en cuenta que si la muestra resultara pequeña, es más probable obtener resultados falsamente negativos.

Instrumento

Cuestionario Breve de Burnout. Para la obtención de datos se utilizó el Cuestionario Breve del Burnout (CBB), cuya aplicación fue anónima y auto administrada. El cuestionario comprende 21 ítems, divididos en los tres componentes referidos a las dimensiones del síndrome:

1. Antecedentes del Burnout (CBO)
2. Factores del Síndrome de Burnout (SBO)
3. Consecuencias del Burnout (CON)

La dimensión de SBO evalúa el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización profesional (RP). El componente CBO, consta de proposiciones que valoran el tedio (TE) o monotonía y repetición del trabajo, las características de la tarea (CT), si producen o no motivación y la organización (OR) que se refiere a aspectos funcionales de la organización y del puesto. Las CON no contienen divisiones. Las respuestas se dan en una escala ordinal de cinco puntos posibles, manifestando la frecuencia de experimentar el enunciado establecido y puntuaciones iguales o superiores a 27 puntos consideran que la persona está afectada claramente por el síndrome. En el cuestionario también se recoge información sociodemográfica. El análisis factorial y de consistencia de las escalas muestra niveles satisfactorios. El autor propuso el valor mayor de 3 como "afectado" en la variable que se trate, y mayor de 4 como "altamente afectado". La fiabilidad que presenta el CBB en la escala global del Síndrome es de $\alpha = 0,7413$ (3,17).

Escala de bienestar psicológico (BIES-A)

El instrumento para la medición del bienestar psicológico en adultos consta de cuatro dimensiones: control de situaciones, aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales, autonomía y proyectos. Para establecer

los niveles de bienestar bajo, moderado, o alto, se obtuvieron las desviaciones típicas y se consideró que aquellas con puntuaciones menores a una desviación estaban en el nivel bajo de bienestar y que puntuaciones mayores a una desviación típica se consideraban en el nivel alto. La estructura factorial de la misma evidencia tres factores que explican el 43% de la varianza y el cuarto factor, aceptación/control, explica el 10%. La confiabilidad total (consistencia interna) alcanza un valor de 0,70 (Alpha total) (18).

Procedimiento

En el estudio, que se realizó en un periodo de seis meses, se hizo una prueba piloto con quince residentes para valorar la adecuación del cuestionario al contexto específico. La aplicación de los cuestionarios validados tomó aproximadamente tres meses. Los cuestionarios se dejaban en la jefatura de cada uno de los programas y se diligenciaban individualmente por los residentes (auto administración). A los participantes, a los jefes de los servicios y a los jefes de residentes de cada programa se les dio a conocer el objetivo del trabajo y de cada participante se obtuvo el consentimiento informado. La investigación no implicó ningún tipo de riesgo para los residentes, pues los datos fueron confidenciales y utilizados para fines exclusivos de la misma. 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.

Resultados

De los 138 médicos a los que se les aplicó el CBB para medir la prevalencia del síndrome el 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. El 43,9% de los residentes cursaba el primer año de especialidad y el 31,6% el segundo año. 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 por el CBB, se observó la siguiente distribución: el 43% presentó un nivel medio o alto y el 57% nivel bajo. El componente de despersona-

lización fue el más afectado en el síndrome y dentro de las causas, el tedio alcanzó la mayor prevalencia, superando claramente los demás componentes. En cuanto al bienestar psicológico el 7,3% reportó un nivel bajo, el 92,7% moderado y ninguno reportó niveles altos. Casullo (2003) afirma que se espera que la mayor parte de casos se ubiquen en la categoría de bienestar moderado (18). El componente de autonomía y de aceptación/control obtuvo las prevalencias más bajas de esta escala (Tabla 1).

No se encontró ninguna relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales como la especialidad, la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital.

Existió correlación negativa significativa entre SBO y la medida de bienestar psicológico ($r=-0,340$, $p=0$), excepto con el componente de vínculos y el componente de despersonalización, en los que no se evidenció relación alguna. Con respecto a las CBO se encontró una asociación negativa significativa con el bienestar y sus componentes, especialmente con autonomía y aceptación/control (Tabla 2).

De igual forma se observó una asociación inversa significativa entre las CON y la variable bienestar (Tabla 3). El componente de autonomía tuvo la asociación significativa más fuerte con el síndrome, sus causas y consecuencias.

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, especialmente entre los turnos de 18 a 24 horas con los componentes de aceptación/control ($r=-0,391$, $p=0,02$) y vínculos ($r=-0,410$, $p=0,03$).

Discusión

La prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de las especialidades médico quirúrgicas fue del 12,6%, similar a la de otros estudios con personal de la salud (19-21,25-27); sin embargo, este estudio discrepa de los demás en que no se encontró relación con las variables sociodemográficas (22-24). Tales resultados podrían indicar que el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome es inconsistente y que otras variables pueden estar ejer-

TABLA 1. Prevalencia del Síndrome de Burnout, causas, consecuencias y bienestar psicológico

Componentes	Nivel de prevalencia		
	Bajo	Medio / moderado	Alto
SÍNDROME DE BURNOUT	57	30,4	12,6
Despersonalización	55,9	24,3	19,9
Cansancio emocional	47,1	33,8	19,1
Realización profesional	68,1	26,7	5,2
CAUSAS DEL BURNOUT	69,9	28,7	1,5
Tedio	55,9	30,9	13,2
Características de la Tarea	91,2	8,1	0,7
Funcionalidad Organización	92,6	6,6	0,7
BIENESTAR PSICOLÓGICO	7,3	92,7	-
Aceptación/control	10,2	89,8	-
Vínculos	7,3	92,7	-
Proyectos	5,8	94,2	-
Autonomía	9,5	90,5	-
CONSECUENCIAS DEL BURNOUT	51,5	19,9	28,7

TABLA 2. Matriz de correlación de Spearman entre Síndrome de Burnout, causas y bienestar psicológico

Componentes		Síndrome de Burnout	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Causas de Burnout	Tedio	Caract. de la tarea	Organización
Aceptación/control	Coefficiente de correlación	-0,246(**)	-0,215(*)	-0,023	-0,292(**)	-0,220(**)	-0,2(*)	-0,238(**)	-0,043
	Sig. (bilateral)	0,004	0,012	0,787	0,001	0,010	0,019	0,005	0,622
Autonomía	Coefficiente de correlación	-0,341(**)	-0,285(**)	-0,152	-0,272(**)	-0,310(**)	-0,177(*)	-0,294(**)	-0,223(**)
	Sig. (bilateral)	0	0,001	0,077	0,001	0,000	0,040	0,001	0,009
Vínculos	Coefficiente de correlación	-0,102	-0,063	0,025	-0,209(*)	-0,184(*)	-0,054	-0,228(**)	-0,148
	Sig. (bilateral)	0,238	0,464	0,775	0,015	0,032	0,535	0,008	0,086
Proyectos	Coefficiente de correlación	-0,230(**)	-0,173(*)	-0,096	-0,244(**)	-0,188(*)	-0,164	-0,231(**)	-0,062
	Sig. (bilateral)	0,007	0,043	0,268	0,004	0,028	0,057	0,007	0,474
Bienestar	Coefficiente de correlación	-0,340(**)	-0,279(**)	-0,110	-0,344(**)	-0,316(**)	-0,182(*)	-0,333(**)	-0,206(*)
	Sig.(bilateral)	0	0,001	0,202	0,000	0,000	0,034	0	0,016

Correlación significativa al nivel 0,01 ** Correlación significativa al nivel 0,05 *

TABLA 3. Correlaciones ente las consecuencias del Burnout y el bienestar psicológico

		Aceptación/control	Autonomía	Vínculos	Proyectos	Bienestar
CONSECUENCIAS	Coefficiente de correlación	-0,222(**)	-0,402(**)	-0,193(*)	-0,251(**)	-0,397(**)
	Sig. (bilateral)	0,009	0	0,025	0,003	0

Correlación significativa al nivel 0,01 ** Correlación significativa al nivel 0,05 *

ciendo una influencia moduladora mucho más fuerte sobre el síndrome que las primeras. Estos resultados demostrarían también que las variables del ambiente laboral, pero sobre todo las de tipo motivacional y personal, como son las habilidades de afrontamiento, inciden de manera más directa sobre el síndrome que las características demográficas de los sujetos.

El bienestar psicológico se correlacionó con todas las subescalas del síndrome excepto con la despersonalización; este hallazgo se podría explicar porque se trata de un componente usado por los profesionales como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral. El componente que hace referencia al distanciamiento relacional entre los residentes y los pacientes es visto como una estrategia de afron-

tamiento ante las situaciones de la vida médica, e incluso como medio luchar contra la sintomatología del Burnout (28); esto, sin generar percepción de alteraciones de su bienestar psicológico, pero sí influyendo directamente en el bienestar de los demás. En cuanto al bienestar psicológico y su correlación negativa con el SBO, con el CBO y con las CON, los resultados son los esperados, en la medida que la manifestación del síndrome repercute directamente sobre la salud y la calidad de vida de las personas que lo padecen. El reflejo del síndrome en los profesionales de la salud se evidencia en insatisfacción y en deterioro del ambiente laboral, en disminución de la calidad del trabajo y del servicio prestado, así como en problemas legales como demandas, absentismo laboral, e incluso el abandono de la profesión.

El bienestar psicológico y el Burnout aluden entonces a dos dimensiones diferentes, la primera, referida a lo salutogénico y la segunda, completamente a lo patológico, influyendo notoriamente en la estabilidad emocional, en la toma de decisiones, en el significado y proyectos de vida y en la satisfacción de sí mismo, entre otros. Establecer la direccionalidad de asociaciones entre estas dos variables es un aspecto a desarrollar en futuras investigaciones, así como precisar si el deterioro en el bienestar psicológico de los residentes precede al síndrome, o si la manifestación del síndrome tiene como efecto el detrimento en este bienestar, lo cual ayudaría a posibilitar programas de intervención y de mejoras en las políticas de las facultades de medicina y de las instituciones hospitalarias.

El componente más afectado del bienestar fue el de autonomía y el de aceptación/control, lo que evidencia la posibilidad de que existan residentes que manifiesten inestabilidad emocional, poca asertividad y, más preocupante, falta de confianza en su propio juicio y dependencia para la toma de decisiones, aspectos lejanos de las competencias requeridas para un especialista médico. Este hecho concuerda con el estudio de Rubio (2004), quien asegura que los profesionales con mayores niveles de Burnout presentan insuficientes actitudes adaptativas de autonomía, excesiva necesidad de aprobación y menor realización de expectativas (29).

Se abre entonces un interrogante acerca de si dentro del proceso tradicional de formación de los médicos especialistas se están descuidando o no, competencias

indispensables como las habilidades de adaptar su entorno a las necesidades, las del ejercicio del criterio propio personal en entrenamiento no siempre puede y más aún, las habilidades de afrontamiento y las de promulgar su autocuidado; el hecho de que los profesionales médicos no tengan precaución sobre su propia salud, tal y como lo aconsejan a sus pacientes, es una paradoja (30). Sanabria (2007) plantea que debido a su estatus, se esperaría que los profesionales de la salud practicaran con mayor frecuencia comportamientos saludables, en virtud de ser modelos para los pacientes a quienes aconsejan adoptar estilos de vida saludables. Sin embargo, encontró en su estudio, que se trata de un planteamiento que dista de lo esperado y que es frecuente hallar profesionales fumadores, sedentarios, que consumen mucho alcohol y que no realizan actividad física. Pareciera que estos profesionales desconocieran el verdadero impacto que sus comportamientos sobre la conducta de sus pacientes y la de las personas que los rodean (31). La relevancia del tema del Burnout en profesionales de la medicina no recae únicamente en ellos mismos, sino también en el los pacientes a quienes atienden y en las personas con quienes conviven, al igual que se evidencia un notable deterioro en la calidad de vida general de las personas.

Es importante resaltar la relación que se encontró entre las horas de turno en el hospital (18-24 horas) y los componentes del bienestar psicológico, ya que el alto número de turnos semanales afectó directamente este aspecto en los residentes, probablemente por el poco espacio para las relaciones con los demás, por la incapacidad de comprometerse en ellas y por la percepción de dificultad en modificar y controlar su contexto. Este estudio confirma la necesidad expresada por los mismos residentes en cuanto a recibir ayuda para manejar el estrés, hecho percibido incluso por los delegados Consejo Nacional de Acreditación, quienes recomendaron replantear las horas de turno y el derecho a posturno de los estudiantes. De igual manera, autores como Maslach (32) y Schmoltdt (33) aseguran que los cambios administrativos que se dirigen a incrementar la autonomía profesional y la toma de decisiones sobre la estructura de las tareas, control de los recursos y el ambiente de práctica, tienen el potencial de mejorar el bienestar psicológico y el desempeño físico de los profesionales.

Aunque la prevalencia de nivel alto del Síndrome de Burnout se ha mencionado en otros estudios como la cifra de mayor relevancia, hecho que concuerda

con los resultados de esta investigación (19,22,24), el hallazgo del nivel moderado, también encontrado en los residentes en un porcentaje significativo, representa riesgo de que síndrome se manifieste a futuro. Estos resultados nos hacen pensar en la importancia de desarrollar otras investigaciones especialmente de carácter longitudinal con indicadores positivos en temas relacionados con salud mental, calidad y estilos de vida en los profesionales de la salud, así como en las relaciones recíprocas para prevenir la manifestación de Burnout, contrarrestar sus causas y solucionar las consecuencias de su aparición.

Agradecimientos

A todos los residentes que participaron en esta investigación y al doctor Bernardo Moreno, autor del instrumento, por su colaboración con la encuesta y productiva información.

Referencias

1. Freudenberg H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-165.
2. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Burnout inventory manual. 3rd edition. Palo Alto: California; 1996.
3. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas: validación del CBB. *Revista Psicológica del Trabajo Organizacional*. 1997;13(2):185-207.
4. Toppien-Tanner S, Ojajarvi A, Vaananen A, Kalimo R. Burnout as a predictor of medical certified sick leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine*. 2005;31(1):18-27.
5. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSalud del Cusco. *SITUA*. 2003;12(23):11-22.
6. Moreno B. Estudios transculturales del burnout: los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de psicología*. 2003;12:9-18.
7. Bianchini, M. El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*. 1997;2(1):13-14
8. Goetzel R, Long S, Ozminowski R, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Occupational Environmental Medicine*. 2004;46:398-412.
9. Martinussen M, Richardsen M, Burke R. Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*. 2001;2:87-92.
10. Kim H, Shin K, Umbreit T. Hotel job burnout: The role of personality characteristics. *International Journal of Hospitality Management*. 2007;26(2):421-34.
11. Ahola, K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*. 2007;18:102-110.
12. Petrovic S, Pejuskovic D, Tosevski L, Perunicic I. Burnout syndrome among general practitioners and anesthesiologists. *European Psychiatry*. 2007;22(1):285-286.
13. Rupert P, Scaletta J. Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007;38(1):88-96.
14. Seligman M. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York. 2002;24:12-18.
15. Antonovsky A. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
16. Morales L. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998. *Fundación Corona*. 2001;2:154-168.
17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
18. Casullo M. *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*. 3ra ed. Buenos Aires: Paidós; 2002.
19. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle*. Colombia Médica. 2004; 35(4):173-178.
20. TUESCA R, IGUARÁN M, SUARÉZ M, VARGAS G, VERGARA D. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud univorte*. 2006;22(2):14-20.
21. Cebria J, Segura J, Soso P, Garcia M, Rodriguez C, Pardo J. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Publicación oficial de la sociedad española de medicina y familia y comunitaria*. 2001;27(7):459-468.
22. Atance J. Epidemiological aspects of the Burnout syndrome in health workers. *Revista Española de Salud Pública*. 1997;71(3):293-303.
23. Agut S, Grau R, Beasm M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Psicología*. 1999;2:56-60.
24. Parada M, Moreno R, Mejías Z, Rivas A, Rivas F, Cerrada J. Satisfacción laboral y Síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2005;23(1):14-20.
25. Marrero M. Está presente el síndrome de burnout en los servicios de neonatología. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2005;5(2):60-2.
26. Aranda C, Pando M, Velásquez I, Acosta M, Reyes M. Síndrome de burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina*. 2003;30(4):193-199.
27. Aranda C, Pando M, Torres T. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de facultad de medicina*. 2006;66(3):225-231.
28. Kushnir T, Melamed S. The Gulf War and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychology Medicine*. 1992;22(4):987-995.
29. Rubio J. Fuentes de estrés, Síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Tesis doctoral. Madrid: Universidad de Extremadura; 2003.
30. Frank E. Correlates of Physicians' Prevention-Related Practices. *Archives of Family Medicine*. 2000;9:359-367.
31. Sanabria P. Estilos de vida saludable en profesionales colombianos de la salud. *Rev.Med*. 2006;15(2):32-40.
32. Maslach C. Burned out. *Human Behavior*. 1976;59:16-22.
33. Schmoltdt R, Freeborn D, Klevit H. Physician burnout: Recommendations for HMO managers. *HMO Practice*. 1994;8(2):58-63.