

Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos

NEIL VALENTÍN VEGA, MD., MSc.¹, ÁLVARO SANABRIA, MD., MSc., Ph.D.¹, LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ, MD., MSc.¹, CAMILO OSORIO, MD.¹, CAMILO OJEDA, MD., MSc.¹, MÓNICA BEJARANO, MD., MSc.²

Palabras clave: agotamiento profesional; estrés; cirugía; Colombia.

Resumen

Introducción: El síndrome de desgaste profesional (burn-out syndrome) es una entidad bien definida y de creciente investigación en el mundo, consecuencia directa del estrés crónico propio de profesionales que prestan servicios de atención, intensa y prolongada, a personas que están en una situación de necesidad o dependencia. El objetivo primario del estudio fue medir su prevalencia entre los cirujanos generales colombianos y evaluar los factores asociados.

Materiales y métodos: Mediante un estudio observacional y analítico de corte transversal, se realizó una medición del síndrome mediante una encuesta autodilucidada y anónima a 259 cirujanos que asistieron al XXXIV Congreso Nacional de Cirugía en agosto de 2008.

Resultados: La frecuencia del síndrome fue de 20%, definido por un alto grado de cansancio emocional

asociado a un alto puntaje de despersonalización o a un bajo puntaje en realización personal. El único factor asociado a la presencia del síndrome fue el deseo de efectuar un cambio del sitio de trabajo (OR=2,95; IC_{95%}1,59-5,50). También se encontró una asociación entre el síndrome y la presencia de accidentes biológicos en los últimos seis 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.

Discusión: El presente estudio constituye una evaluación objetiva de las percepciones de los cirujanos colombianos con respecto a su actividad laboral. Se obtuvieron unos resultados no esperados respecto a la percepción sobre el tema en el medio quirúrgico. Esta investigación representa un gran esfuerzo de las instituciones participantes en la búsqueda de los factores que inciden positiva o negativamente en el ambiente laboral del cirujano en nuestro país, facilitando la comprensión de esta problemática en el marco del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

* Grupo de Investigación en Patología Quirúrgica, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

** Cirujana General, Magíster en Epidemiología. Editora asociada, Revista Colombiana de Cirugía, Bogotá, D.C., Colombia

Fecha de recibo: 1 de julio de 2009
Fecha de aprobación: 7 de julio de 2009

Introducción

El síndrome de desgaste profesional (*burn out syndrome*) ocasionado por el trabajo, es una entidad

reconocida universalmente como causa de trastornos personales, profesionales y familiares en aquellos oficios que se relacionan con la atención directa y con la resolución de conflictos a las personas ⁽¹⁾. Por consiguiente, produce efectos negativos relacionados con la responsabilidad en la toma de decisiones a partir de la exigencia superior de las capacidades físicas y mentales del individuo ⁽¹⁾.

En este caso, los médicos –al igual que los policías, las enfermeras, los bomberos y los maestros, entre otros– constituyen una población de alto riesgo de ser afectados por el síndrome de desgaste profesional y, dada su influencia directa en la vida de los pacientes y sus familias, merecen ser evaluados con el fin de identificar la presencia del mismo, así como de las características relacionadas y las posibles áreas de intervención y prevención.

Entre los médicos, los especialistas en Pediatría manifiestan altos niveles de satisfacción y son menos propensos a presentar el síndrome de desgaste profesional; por el contrario, los especialistas en Medicina Interna tienen altos niveles en las subescalas que evalúan el síndrome de desgaste profesional y los más bajos niveles de satisfacción con su ejercicio profesional ⁽²⁾.

Asimismo, debido a la naturaleza propia de su oficio, los cirujanos están expuestos de forma importante a tomar decisiones trascendentales, y la presencia del síndrome en este grupo de profesionales repercute de diferente manera en la sociedad, cuando se comparan con los otros grupos señalados previamente ^(3,4).

Se ha definido entre los médicos el perfil de la persona con riesgo de síndrome de desgaste profesional, como una mujer entre la cuarta y quinta décadas de la vida, con especialización, sin pareja estable (por separación, divorcio o viudez), con más de 10 años de antigüedad en la profesión y más de 10 en el mismo centro de trabajo, más de 20 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta, entre 36 y 40 horas semanales ⁽³⁾. Estas características, con excepción del sexo, podrían corresponder a una gran mayoría de los cirujanos del país.

La susceptibilidad del cirujano al síndrome de desgaste profesional está influenciada por su patrón de

personalidad (tipo A), con un alto nivel de competitividad, de esfuerzo por conseguir el éxito, de agresividad, prisa, impaciencia e inquietud, y gran responsabilidad, lo que representa un espacio propicio para el desarrollo de la entidad ⁽⁵⁾.

Además, en un país con condiciones laborales desfavorables, donde el ejercicio médico se lleva a cabo bajo las normas de un sistema de salud –cuestionado y basado en la asistencia de los profesionales de la salud–, el ejercicio de la cirugía debe estar hipotéticamente comprometido por las consecuencias del síndrome de desgaste profesional. Este último tiene una connotación particular, debido a que se realiza en un ambiente hospitalario algunas veces desagradable para el médico y el paciente, caracterizado, además, por inequidades en la información sobre la salud y la enfermedad en un paciente que amerita intervenciones, diagnósticas o terapéuticas, influenciadas por factores diversos ajenos al control de estos dos protagonistas (disponibilidad de recursos, autorizaciones e implicaciones médico-legales, entre otros).

Por lo tanto, consideramos que el síndrome de desgaste profesional entre los cirujanos del país, podría ser una entidad de alta prevalencia, que repercute de forma desfavorable sobre la actividad laboral y familiar de los profesionales.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional y los factores asociados, e identificar los aspectos susceptibles de intervención desde una perspectiva de salud pública cuyo protagonista principal es el médico.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de corte transversal, observacional y analítico, entre los cirujanos generales y subespecialistas que asistieron al XXXIV Congreso Nacional de Cirugía, efectuado en Bogotá en agosto de 2008, pertenecientes o no a la Asociación Colombiana de Cirugía, y que aceptaron participar de forma voluntaria.

Se excluyeron los médicos que vivían o trabajaban en el exterior y aquéllos que no habían tenido ejercicio profesional activo en los últimos seis meses.

La información se recolectó en una encuesta anónima, personal y autodiligenciada, mediante un cuestionario diseñado por los investigadores en el que se incluyeron las variables en estudio, y que se entregó a los participantes en el momento de su inscripción al congreso. Su aplicabilidad se ajustó en una prueba piloto con cirujanos generales en dos hospitales de la ciudad y se efectuaron las modificaciones pertinentes.

El síndrome de desgaste profesional se midió mediante el uso del *Malasch Burnout Inventory* (MBI), instrumento validado y aceptado universalmente para este propósito ⁽⁶⁾, así como las variables demográficas y de impacto profesional, todas incluidas en el cuestionario final.

El MBI evalúa tres dominios (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) relacionados con la presencia de la entidad en el ambiente laboral. Es una escala tipo Lickert, de 27 preguntas con puntajes entre 0 y 6 para cada una de ellas.

La condición del síndrome de desgaste profesional requiere un elevado cansancio emocional, asociado a una alta despersonalización, o bien, a una baja realización personal, de acuerdo con los puntos de corte obtenidos en el desarrollo y la aplicación del instrumento de medición del síndrome.

Se empleó la metodología de variable dicotómica (sí/no) de acuerdo con los avances recientes en el tema ⁽⁷⁾ y los resultados no se expresaron como parte de un continuo (alto-medio-bajo), en razón a que el objetivo primario del estudio consistía en evaluar la entidad integralmente y no cada uno de sus dominios ⁽⁸⁾.

En la encuesta no se mencionó el MBI y se denominó “Encuesta de satisfacción en Cirugía”, para evitar el sesgo de respuesta por parte de los entrevistados al sentirse evaluados (efecto Hawthorne).

El tamaño de la muestra fue de 260 personas y para su cálculo se consideró una prevalencia de 40% del síndrome de desgaste profesional y una precisión del 5% a dos colas.

El análisis de la información se hizo mediante la evaluación de la estadística descriptiva;

posteriormente, y de acuerdo con el MBI, se identificó la prevalencia del síndrome de desgaste profesional. Luego, mediante análisis bivariado se investigó la asociación de las variables de exposición con el síndrome y se establecieron las medidas de impacto potencial ⁽⁹⁾. Por medio del análisis de regresión logística con las variables mayormente asociadas a la presencia del síndrome de desgaste profesional, se buscó establecer un modelo que integrara los principales factores involucrados adaptados a nuestro país. Los cálculos estadísticos se efectuaron con el programa estadístico Stata 10.0.

El trabajo se presentó y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de La Sabana y por la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Cirugía.

Resultados

Se entrevistaron 309 participantes del congreso, de los cuales, 282 cirujanos cumplieron los criterios de inclusión y 259 fueron finalmente incluidos en el análisis (tasa de respuesta del 83%).

Las variables demográficas y familiares se presentan en la tabla 1.

Existió un predominio del sexo masculino y la edad promedio fue de 44 años; un tercio de los profesionales eran menores de 40 años y la gran mayoría (81%) refirieron tener una relación de pareja estable. El tiempo de ejercicio de la actividad quirúrgica osciló entre 1 y 40 años, y el 89% de los cirujanos tenía 20 o menos años de experiencia profesional, lo cual evidencia una población quirúrgica “adolescente”.

El 47% de los cirujanos poseía una subespecialización, con predominio de la cirugía mínimamente invasiva (27.6%?), cirugía gastrointestinal (10.5%) y oncología (10.5%), entre todas ellas. Asimismo, llama la atención que existía un entrenamiento formal en otros campos diferentes a la cirugía en 119 de los 282 cirujanos (42%) y, únicamente, 12% tenía formación de maestría en un área del conocimiento –aunque la especialización quirúrgica es homologable a una maestría–y, lastimosamente, no hubo individuos con formación doctoral en la muestra evaluada.

TABLA 1
Variables demográficas y familiares (*)

Edad y rango (años)	44,2±9,6 (27 a 75)				
Estado civil (%)	Soltero: 33 (11,7)	Casado: 202 (71,6)	Divorciado: 16 (5,67)	Viudo: 2 (0,7)	Unión libre: 29 (10,2)
Experiencia quirúrgica (promedio en años)	14,6				
Distribución por experiencia	<10 años: 43,5%	10 a 20 años: 46,1%	>20 años: 10,4%		
Subespecialidad (%)	Sí: 121 (43)		No: 161 (57)		
Tipo de subespecialidad (%)	Laparoscopia Gastrointestinal Oncología Coloproctología Cirugía de tórax Mastología Cirugía vascular Cirugía de cabeza y cuello Cuidados intensivos Cirugía pediátrica Cirugía cardiovascular Trauma Cirugía vascular Trasplantes Otra		34 (28) 16 (13,2) 11(9,09) 9 (7,44) 9 (7,44) 9 (7,44) 7 (5,79) 7 (5,79) 5 (4,13) 3 (2,48) 2 (1,65) 2 (1,65) 2 (1,65) 1 (0,83) 4 (3,27)		
Otro entrenamiento (%)	Sí: 119 (42)		No: 163 (58)		
Tipo de entrenamiento (%) (rango)	Formal (especialización - diplomado)		98 (82,35)		
	Maestría		15 (12,61)		
	Otro		6 (5,04)		
Ciudad de residencia (%)	Mayor de 1 millón de habitantes Menor de 1 millón de habitantes		196 (69,5) 86 (30,5)		
Tipo de vivienda¥ (%)	Propia:213 (75,1)	Crédito: 21 (7,35)	Arriendo: 42 (14,9)		
La pareja trabaja fuera del hogar (%)	Sí: 179 (77,4)		No: 52 (22,5)		
	Área de la salud: 129 (72)		Área diferente a la salud: 50 (28)		
Nivel de escolaridad de la pareja¥ (%)	Bachiller: 10 (4,3)	Universitario :84 (36,3)	Posgrado: 133 (57,8)		
Número promedio de hijos (rango)	1,8 (0 a 8)				
Distribución por número (%)	Sin hijos: 76 (26,9)	<2 hijos: 97 (40,2)	>2 hijos: 64 (22,5)		
Número de personas a cargo	2,17±1,4				

* Los datos se presentan en números (porcentajes), n=282.

¥ No hubo datos para el tipo de vivienda y la escolaridad de la pareja en cuatro individuos.

El ejercicio clínico se concentra en las tres principales ciudades del país; la mayor concentración correspondió a Bogotá (37% de los asistentes), lo que podría explicarse en parte por ser la ciudad sede del congreso, seguida de Medellín (10,9%) y Cali (7,09%), lo cual indica una mayor distribución en las grandes zonas urbanas del país.

Respecto a las variables familiares, se encontró que una proporción importante de los individuos (75%) tenía vivienda propia y que el 68% de los cirujanos en las ciudades de más de un millón de habitantes correspondían al estrato socioeconómico 5 y 6, lo cual evidencia una situación de “relativo bienestar” en la sociedad colombiana.

El 72% de las parejas de los médicos también trabajaba en el área de la salud y cerca del 60% tenía educación de posgrado, lo cual evidencia un alto nivel educativo en los hogares de los profesionales encuestados.

Las variables laborales mostraron una práctica clínica en hospitales públicos en 165/282 individuos (58%) y 16% de los encuestados manifestaron una práctica mixta (privada y pública). La mayoría de los profesionales trabajaba en el régimen contributivo (45%) y 7% practicaba únicamente medicina con pacientes “particulares”.

Según el nivel de complejidad hospitalaria, el 78% de la población encuestada trabajaba en hospitales públicos de nivel 3 y 4, frente al 77% de la población que lo hacía en hospitales privados de la misma complejidad. El promedio de horas laboradas por semana fue de $34,7 \pm 20,4$ en los cirujanos activos en los hospitales públicos, frente a $33,9 \pm 21,2$ en aquéllos que trabajan en centros privados.

En conclusión, tanto el nivel de complejidad hospitalaria como el número de horas laboradas por semana evidencian cifras similares entre los cirujanos del sector público y el privado; tampoco existe diferencia con la práctica mixta ($33,3 \pm 21,2$ horas por semana). Además, el tiempo promedio empleado por los encuestados para los desplazamientos de la casa al trabajo y entre los lugares de trabajo al día, fue de 1 hora 11 minutos \pm 1 hora 5 minutos.

El 84% de los cirujanos encuestados manifestó satisfacción personal con su trabajo, 72% no deseaba

cambiar su sitio de trabajo y 91,4% estaba conforme con el tipo de entidades quirúrgicas que manejan diariamente.

El 30% de los encuestados realizaba actividades docente-asistenciales, 10% ejercía actividad administrativa, y 60% de los participantes estaban dedicados exclusivamente a la práctica clínica. Con respecto a esta última, 37% del tiempo de las actividades asistenciales estaba dedicado a las salas de cirugía, 23% a la consulta externa y 26% a la atención de urgencias.

El número promedio de pacientes atendidos por hora en consulta externa fue de $3,97 \pm 2,90$; el número de pacientes atendidos en urgencias por jornada de seis horas fue de $7,13 \pm 6,21$; el número de procedimientos quirúrgicos efectuados en una jornada de seis horas fue de $3,2 \pm 1,47$, y el número de turnos nocturnos de doce horas por semana fue de $1,7 \pm 1,30$. Asimismo, los cirujanos encuestados trabajaban en promedio $1,74 \pm 1,06$ fines de semana por mes y realizaban un número máximo de horas continuas de actividad médica de $28,1 \pm 17,7$ horas.

El 18,6% no dedicaba tiempo a actividades culturales, deportivas ni recreativas, 25% había tenido accidentes biológicos durante el último año y 18% manifestaron problemas médico-legales en los dos últimos años.

La evaluación de las variables económicas se presenta en la tabla 2.

Para efectuar el análisis del síndrome de desgaste profesional mediante el MBI, se analizaron 259 cuestionarios completa y adecuadamente diligenciados.

El síndrome de desgaste profesional se presenta en 26,1% de los cirujanos encuestados y la evaluación global de los dominios de la escala evidencia que 24% de los cirujanos presenta gran cansancio emocional, 5,8%, una elevada despersonalización, y 10%, una baja realización personal. En la tabla 3 se presentan los resultados del análisis bivariado.

La presencia del síndrome de desgaste profesional se asoció significativamente con el deseo cambiar el sitio de trabajo (riesgo tres veces mayor de padecer la entidad) lo cual se constituye en un posible indicador del estrés laboral de la actividad de los cirujanos.

TABLA 2
Variables económicas de los profesionales

Forma de contratación	Indefinido: 41%	Prestación de servicios: 15%	Término definido: 38%	Otro: 5,6%
Forma de pago	Salario fijo: 46,5%	Salario más productividad: 17,9%	Por evento: 16,0%	Mixto: 16,4
Periodicidad de pago	Mensual: 78%	60 días: 12,7%	90 días: 5,7%	>90 días: 3,47%
Ingresos promedio por mes (SMLV*)	<4: 3,1%	4 a 10: 25,2%	11 a 20: 42,5%	21 a 40: 22,8% >40: 6,3%
Ingresos corresponden a expectativas	Sí: 29%		No: 71%	
Promedio del ingreso mensual destinado para ahorro (%)	20,3±15,1			
Ingresos adicionales a la medicina	Sí: 23,7%		No: 76,3%	

* SMLV: salarios mínimos legales vigentes

TABLA 3
Factores asociados al síndrome de desgaste profesional

	Con SDP (n=56) (%)	Sin SDP (n=203) (%)	OR (IC 95%)
Sexo (masculino)	51 (91,9)	181 (89,2)	1,23 (0,46-3,31)
Con pareja	9 (16,1)	39 (19,2)	0,80 (0,36-1,75)
Grado de médico (antes de 1990)	32 (59,2)	92 (45,8)	1,72 (0,94-3,15)
Grado de cirujano (antes o en 1990)	47 (87,0)	152 (75,6)	2,16 (0,93-4,98)
Subespecialidad	23 (42,6)	80 (39,8)	1,12 (0,61-2,05)
Otro entrenamiento	18 (33,3)	86 (42,8)	0,66 (0,35-1,24)
Zona rural	4 (7,4)	6 (3,0)	2,6 (0,75-8,94)
Vivienda propia	37 (68,5)	163 (81,1)	0,50 (0,26-0,98)
Estrato socioeconómico (I-VI)	20 (37,1)	59 (29,3)	1,41 (0,75-2,64)
Vehículo	51 (94,4)	198 (98,5)	0,25 (0,05-1,15)
Institución pública	31 (57,4)	125 (62,1)	0,81 (0,44-1,50)
Institución privada	37 (68,5)	141 (70,1)	0,92 (0,48-1,75)
Institución mixta	10 (18,5)	37 (18,4)	1,0 (0,47-2,15)
Satisfacción personal en el sitio de trabajo	40 (74,1)	184 (91,5)	0,26 (0,12-0,57)
Cambio de sitio de trabajo	26 (48,1)	48 (23,8)	2,95 (1,59-5,50)
Satisfacción con patologías quirúrgicas atendidas	45 (83,3)	194 (96,5)	0,18 (0,06-0,49)
Contrato (planta)	20 (37,0)	102 (50,7)	0,57 (0,31-1,05)
Pago (salario fijo)	30 (55,5)	100 (49,7)	1,26 (0,69-2,29)
Periodicidad de pago	43 (79,6)	162 (80,6)	0,94 (0,44-1,96)
Ingreso <10 SMLV**	43 (79,6)	147 (73,1)	1,43 (0,69-2,94)
Ingreso corresponde a las expectativas	11 (20,3)	68 (33,8)	0,50 (0,24-1,02)
Ingresos exclusivos del ejercicio profesional	45 (83,3)	151 (75,1)	1,65 (0,76-3,56)
Ingresos por otras actividades	34 (62,9)	201 (87,1)	0,25 (0,12-0,49)
Vacaciones	41 (79,5)	183 (91,0)	0,31 (0,14-0,67)
Accidentes biológicos	23 (42,6)	54 (26,9)	2,01 (1,08-3,74)
Demandas	14 (25,9)	43 (21,4)	1,28 (0,64-2,56)

SDP: síndrome de desgaste profesional

* Los datos se presentan en números (porcentajes).

** SMLV: salarios mínimos legales vigentes

Asimismo, al evaluar el número de años de práctica como cirujano, se encontró que los médicos con menos de 20 años de ejercicio clínico presentaban 2,16 veces más probabilidades de desarrollar la entidad y, aunque esta asociación no fue estadísticamente significativa ($IC_{95\%}$ 0,93-4,98), es posible que con un mayor tamaño de muestra se pudiera considerar como válida, dada la cercanía del valor inferior a la unidad. Este hallazgo concuerda con los hallazgos de otros autores sobre la elevada prevalencia de la entidad en los médicos jóvenes y en los años iniciales de su actividad ⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Como hallazgo interesante, se observó que existe una asociación significativa entre los accidentes biológicos y los cirujanos con estrés laboral, y su probabilidad de presentación fue dos veces mayor, que entre los no afectados.

No se encontraron asociaciones significativas con factores que inicialmente se consideraron relevantes en la aparición del síndrome de desgaste profesional, como la edad, el tener una pareja estable o no tenerla, la subespecialidad u otro entrenamiento formal, el área de práctica clínica (urbana o rural), el carácter público o privado de la actividad médica, el devengar menos de 10 salarios mínimos legales vigentes mensuales, el recibir un salario fijo, la periodicidad del pago al profesional, los ingresos exclusivos del ejercicio médico o el número de demandas médico-legales en los últimos dos años, todos ellos con el riesgo de padecer síndrome de desgaste profesional.

Por otra parte, hay una serie de factores “protectores” para el desarrollo del síndrome de desgaste profesional, que incide positivamente en los cirujanos y constituye un hallazgo valioso del presente trabajo.

Son ellos: el ser propietario de una vivienda y vehículo (menor deuda mensual), la satisfacción personal con el sitio de trabajo y con el tipo de enfermedades quirúrgicas manejadas diariamente (concepciones y actitudes quirúrgicas personales), el poseer un contrato laboral a término indefinido –mal llamado “de planta” (estabilidad laboral y prerrogativas)–, la adecuada correspondencia entre el ingreso y las expectativas económicas (ambiciones personales y profesionales), la captación de ingresos provenientes de actividades no relacionadas con la medicina (menor estrés económico mensual) y la presencia de vacaciones una vez al año (mecanismo compensador) ⁽¹⁴⁾.

La ausencia de estos “factores protectores” no implica que el cirujano sea afectado por el estrés laboral; no obstante, representan elementos de reflexión individual en el cirujano en torno a su bienestar personal y laboral, y un área importante de futuras investigaciones en este campo ⁽¹⁵⁾.

En relación con el análisis de las características numéricas de las personas afectadas por el síndrome de desgaste profesional respecto a los no afectados, enumeradas en la tabla 4, se encuentran diferencias significativas que tienen que ver con la edad (mayor en jóvenes), con la actividad administrativa dentro de su ejercicio clínico (sobrecarga laboral y, por ende, estrés), y con el número de turnos nocturnos por semana y de fines de semana trabajados al mes (disminución de mecanismos compensadores, sobrecarga laboral). Todos estos factores han sido encontrados por otros autores en poblaciones médicas similares ^(10,11,15,16).

Además, estas variables constituyen fuentes de análisis e intervención por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las asociaciones gremiales, los entes reguladores y el Estado, como parte de una política de mejoramiento del ambiente de la organización, de la búsqueda de la calidad y de la consecución de resultados seguros para el paciente quirúrgico.

No hubo diferencias significativas entre los grupos analizados en cuanto al número de hijos o personas a cargo, a la actividad docente asociada al ejercicio clínico (protección ante el estrés laboral médico), al tipo de régimen de salud (contributivo, subsidiado o vinculado), a la actividad asistencial exclusiva (factor de riesgo), al número de pacientes atendidos en consulta externa, en urgencias y en hospitalización, así como al número de procedimientos quirúrgicos realizados en una jornada laboral de seis horas (sobrecarga laboral).

Estos hallazgos repercuten y se relacionan con las cifras encontradas al evaluar globalmente los participantes (prevalencia del síndrome de desgaste profesional), que difieren de las encontradas en la literatura ⁽³⁾ y no corresponderían a una actividad laboral en condiciones desfavorables, como es el sentir generalizado en el medio quirúrgico nacional.

Se consideró importante evaluar el comportamiento de los cirujanos respecto a los tres dominios que constituyen el MBI, el cual efectúa el diagnóstico del

síndrome de desgaste profesional, dados los conceptos empleados ⁽¹⁷⁾ (síndrome de desgaste profesional = cansancio emocional elevado + despersonalización

elevado o también cansancio emocional elevado + satisfacción personal baja) y el papel de cada uno de ellos en la conformación del síndrome (tabla 5).

TABLA 4
Características de los cirujanos encuestados

Variables	Con SDP (n=56)	Sin SDP (n=203)	P<0,005
Edad (años) (promedio) (rango)	41,4±8,8 (27 a 75)	44,2±9,3 (28 a 70)	0,05
Número de hijos (promedio) (rango)	1,39±1,37 (0 a 8)	1,58±1,19 (0 a 4)	0,2
Personas a cargo (promedio) (rango)	2,3±1,3 (0 a 8)	2,1±1,4 (0 a 6)	0,4
Actividad docente (horas) (promedio) (rango)	26,5±27,9 (0 a 100)	31,5±30,3 (0 a 100)	0,2
Actividad administrativa (horas) (promedio) (rango)	14,7 ±21,3 (0 a 80)	9,2±15,8 (0 a 90)	0,03
Actividad asistencial (horas) (promedio) (rango)	46,2±41,7 (0 a 100)	44,4±41,2 (0 a 100)	0,7
Número de pacientes de consulta por hora (promedio) (rango)	4,3±3,5 (1 a 22)	3,9±2,84 (0 a 30)	0,3
Número de pacientes de urgencias en 6 horas	8,8±8,6 (0 a 50)	6,9±5,4 (0 a 24)	0,06
Número de pacientes hospitalizados a cargo en 6 horas (promedio) (rango)	9,4±8,2 (1 a 40)	11,3±10,4 (0 a 50)	0,2
Número de procedimientos en 6 horas (promedio) (rango)	3,4±1,4 (1 a 8)	3,2±1,5 (0 a 12)	0,6
Número de turnos nocturnos por semana (promedio) (rango)	2,1± 1,5 (0-7)	1,6±1,2 (0 a 7)	0,01
Número de fines de semana trabajados por mes (promedio) (rango)	2,1±1,0 (0 a 4)	1,6±1,1 (0 a 5)	<0,01
Número de horas continuas de trabajo (promedio) (rango)	29,3±16,1 (2 a 90)	27,9±18,1 (0 a 96)	0,6
Pacientes de prepagadas (% de actividad laboral) (promedio) (rango)	9,7±21,8 (0 a 100)	11,3±19,4 (0 a 100)	0,6
Pacientes particulares (% de actividad laboral) (promedio) (rango)	4,8±12,6 (0 a 90)	7,5±15,8 (0 a 100)	0,2
Pacientes de régimen contributivo (% de actividad laboral) (promedio) (rango)	34,7±36,1 (0 a 100)	34,2±33,0 (0 a 100)	0,9
Pacientes subsidiados (% de actividad laboral)	19,3±24,8 (0 a 80)	21,0±27,4 (0 a 100)	0,7
Pacientes vinculados (% de actividad laboral) (promedio) (rango)	7,8±16,4 (0 a 65)	12,1±21,9 (0 a 100)	0,2

SDP: síndrome de desgaste profesional

TABLA 5
*Características del síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos**

Dominios del MBI	Con SDP (n=56)	Sin SDP (n=203)	P<0,005
Cansancio emocional	36,1±7,4 (25-54)	12,6±6,5 (0-26)	<0,001
Despersonalización	9,6±7,8 (0-30)	3,1±3,44 (0-15)	<0,001
Satisfacción personal	39,5±9,9 (3-48)	42,3±10,1 (0-48)	0,06

MBI: *Malasch Burnout Inventory*

SDP: síndrome de desgaste profesional

* Categorización de puntajes del MBI

Se identificó, al igual que en otras series ^(11,18), que existe un predominio del cansancio emocional elevado y la alta despersonalización con respecto a la satisfacción personal, como los componentes principales del síndrome de desgaste profesional, y no hubo diferencias entre los afectados y los no afectados por el síndrome, en relación con los niveles de satisfacción personal en su trabajo.

Finalmente, se establecieron las medidas de impacto potencial por medio de estimadores que cuantificaron el porcentaje en que se disminuiría la enfermedad si se lograra controlar el factor de riesgo (riesgo atribuible de la población o fracción etiológica) teniendo en cuenta las asociaciones mayores a uno y con significancia estadística ⁽⁹⁾. El impacto de la entidad en la actividad profesional se documenta al existir una reducción de 66% del riesgo de presentar síndrome de desgaste profesional si se trabaja en un solo sitio. Asimismo, hay una reducción de 50% del riesgo de accidentes biológicos si no se padece la entidad.

El análisis multivariado de los datos evidenció únicamente como variable protectora del síndrome de desgaste profesional, la satisfacción con el sitio de trabajo (OR=0,27) (IC 95% 0,12-0,60); sin embargo, consideramos que ésta es una variable que mide simultáneamente los mismos elementos que mide el MBI.

Discusión

Los hallazgos del presente trabajo representan una oportunidad valiosa para evaluar el desempeño de los cirujanos colombianos y medir de manera adecuada las percepciones subjetivas de las condiciones de trabajo y su impacto en la actividad diaria.

La población de cirujanos generales del país es relativamente joven, con un desarrollo quirúrgico en evolución dado por una experiencia profesional inferior, en la actualidad, a 20 años (89% de la población) y, por lo tanto, según el conocimiento universal sobre el síndrome de desgaste profesional, muy susceptible de presentar el síndrome de desgaste profesional.

La elevada subespecialización (43%) y el entrenamiento en otras áreas diferentes de la cirugía, reflejarían una tendencia de los cirujanos colombianos a evolucionar dentro del ejercicio de la práctica médica

hacia un nivel diferente y con expectativas laborales superiores. En este sentido, llama la atención la formación académica formal con título de maestría en 12% de los encuestados y, a partir de allí, la expectativa creciente de una proyección sectorial en el campo de la investigación y la generación de conocimiento en un ambiente académico. Preocupa, sin embargo, el vacío en la formación doctoral y constituye un posible foco de futura intervención, dado su impacto en el progreso de la sociedad colombiana, lo cual es un paradigma que enfrentaría el esquema reduccionista de la cirugía en función de la intervención quirúrgica.

La comunidad de los cirujanos generales colombianos, según los resultados de este estudio, se encuentra bien posicionada socialmente, con una estratificación socioeconómica media-alta de la mayoría de sus miembros, un nivel educativo superior (hogares con título de posgrado en la pareja en el 60%), satisfechos personalmente, conformes en alta proporción con su actividad profesional y que no desearía cambiarse de su sitio de trabajo pese a que:

- i) la mayoría de los cirujanos trabajan en centros de alta complejidad (niveles 3 y 4) con altos niveles de estrés laboral;
- ii) la mayoría emplean tiempos diarios de desplazamiento mayores de una hora desde su hogar hasta su sitio de trabajo y entre sus sitios de trabajo;
- iii) solamente el 60% de los profesionales se benefician de las prerrogativas de un contrato laboral;
- iv) la mayoría efectúa, en promedio, más de un turno nocturno por semana y más de un fin de semana de trabajo al mes (situaciones inaceptables para casi todas las restantes profesiones no médicas y, tal vez, médicas);
- v) la mayoría de los cirujanos únicamente labora, en promedio, 150 horas al mes (33,3±21,2 horas por semana), y
- vi) el 70% de los evaluados perciben ingresos mensuales iguales o superiores a 11 salarios mínimos legales vigentes mensuales, cuando parecería que una alta proporción de los cirujanos perciben, con justa razón o sin ella, que sus ingresos no corresponden a sus expectativas.

Es decir, son aceptados de una forma normal, el volumen de pacientes atendidos e intervenidos quirúrgicamente por jornada de trabajo, el tipo de procedimientos realizados y la cantidad de trabajo diario y mensual efectuado. Esta dicotomía entre lo manifestado pública y privadamente en el medio y lo encontrado en el presente trabajo, desconcierta y preocupa, más aún, si nos comparamos con profesionales de la medicina que, sin ser cirujanos, trabajan en condiciones más favorables (o “más normales”) para ellos y, por consiguiente, son relativamente “más felices”.

La explicación para este fenómeno supondría que el «umbral de la normalidad» en relación con las condiciones de trabajo de los cirujanos generales y subespecialistas en nuestro país, es diferente al resto de los profesionales médicos y no médicos –aunque la información al respecto es insuficiente–, posiblemente como producto de unas condiciones laborales desfavorables crónicamente instauradas, aunadas a una tradición generacional de valores, principios y conductas propias del actuar quirúrgico, que nos hacen traspasar diariamente los límites del ejercicio médico y del compromiso con el paciente y las instituciones. Este importante aspecto representa una fuente de futuros trabajos y constituye una hipótesis interesante que valdría la pena comprobar.

Esta percepción ya ha sido planteada por otros autores, considerando a los cirujanos siempre algo más que buenos profesionales, por encima de su salario y de su satisfacción individual por los pacientes tratados:

“¿Cómo explicar que, después del sacrificio y el esfuerzo que representa conseguir el título profesional y un trabajo, seamos capaces de seguir evolucionando, adaptándonos a nuevas técnicas, de seguir innovando, enseñando y publicando con un esmero y cariño como posiblemente no lo haga ningún otro profesional?” (4).

En cuanto al objetivo primario de la presente investigación, encontramos una prevalencia global baja (26,1%) del síndrome de desgaste profesional, comparada con la literatura universal y nacional sobre el tema que varía entre 30% y 80%, según los diferentes estudios (3).

Un estudio efectuado de forma similar al actual, en diversas especialidades quirúrgicas en los Estados Unidos, encontró que el 32% de los sujetos, en promedio,

presentaban el síndrome de desgaste profesional y, de ellos, 30% correspondía a cirujanos generales (11). Además de esto, se cuestionó una subestimación de la prevalencia de la entidad.

En Colombia, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos que ejercen en un ambiente universitario, evaluada en médicos internos y residentes de Cali, reportó cifras verdaderamente preocupantes: el 85% de los participantes presentaban el síndrome de desgaste profesional en intensidad moderada o seria, el cual se asociaba significativamente con la realización de turnos nocturnos y la presencia de disfunción familiar (12).

La caracterización del síndrome en ambos estudios fue diferente y no se definió claramente, el mismo, y esas cifras, posiblemente, correspondían a la homologación del cansancio emocional como diagnóstico del síndrome de desgaste profesional dentro de un esquema de análisis diferente (síndrome de desgaste profesional bajo-medio-alto, haciendo parte de un continuo en el tiempo) y empleado frecuentemente (6). Este abordaje, corroborado por investigadores en el tema, altera las cifras de prevalencia y confunde la interpretación de los resultados (18).

La prevalencia global de un gran cansancio emocional y de una baja satisfacción personal entre los encuestados (24% y 10%, respectivamente) son cifras preocupantes si consideramos lo difícil y particular de la actividad quirúrgica, que requiere de un compromiso permanente con el trabajo por parte de los cirujanos, objetivo que se debe perseguir dentro de un modelo organizativo de intervención y prevención de la entidad que va en contravía de una baja satisfacción personal en el trabajo, tal y como se evidencia en este trabajo (1).

Es importante anotar que encontramos asociaciones no significativas con factores tradicionales y que universalmente se acepta que generan y predicen síndrome, como son el sexo, el sitio y las condiciones de trabajo, el nivel de ingresos bajos, el número de hijos y de personas a cargo, la ausencia de actividad docente y la carga laboral, entre otros, que pudieran ser incluidas como variables en un modelo explicativo del síndrome de desgaste profesional, al aumentar el tamaño de la muestra de la población.

Pensamos que la presencia de los factores “protectores”, y de las cifras discutidas previamente respecto a los aspectos demográficos, laborales y económicos evaluados adicionalmente al MBI, contribuyen en gran medida a explicar la baja prevalencia del síndrome de desgaste profesional en la población estudiada.

Esta entidad se considera como el resultado del desequilibrio entre los factores condicionantes y los mecanismos compensatorios empleados por el individuo en un ambiente laboral, en relación con la presencia y el manejo del estrés laboral.

Es posible que existan otros factores condicionantes o causas necesarias para la aparición del síndrome de desgaste profesional, que no fueron evaluados, como aspectos de la personalidad propia de los cirujanos (tipo A, altamente comprometida y descrita en la introducción del estudio), aspectos psicológicos individuales de la organización (percepciones sobre el trabajo, el bienestar con él y derivado del mismo, y las relaciones interpersonales), así como las conductas espirituales, religiosas y familiares de los individuos.

Otra de las limitaciones del presente estudio, que podrían afectar la validez externa de los resultados, es su ejecución entre los cirujanos asistentes al congreso, lo que genera un posible sesgo de selección, que debe tenerse en cuenta al comparar los resultados en poblaciones diferentes. Esto hace extrapolables los resultados, básicamente a los cirujanos pertenecientes a la Asociación Colombiana de Cirugía que, afortunadamente, reúne la mayoría de los cirujanos del país y, por ende, es un reflejo casi total de la situación actual de los mismos.

El análisis multivariado no logró demostrar factores independientes que lograran predecir el síndrome de desgaste profesional. Este hallazgo es contrario a lo reportado en la literatura. La única explicación puede relacionarse con factores intrínsecos del cirujano

(personalidad y otros anotados) que no fueron evaluados en este estudio y que pueden representar una manera de enfrentar la vida, que predisponen o protegen al individuo ante el síndrome de desgaste profesional.

Por último, se describe una serie de factores cuya presencia confiere una protección contra la entidad que, en nuestro caso, constituye una importante fortaleza en los hallazgos de este estudio; también, merecen ser incluidos en futuras investigaciones y divulgados ampliamente, fomentando su prevalencia en el quehacer diario de los cirujanos y, posiblemente, de los médicos en general.

Consideramos, igualmente, que el diseño del presente trabajo se considera un estudio inicial exploratorio que debe complementarse con estudios diseñados de forma acorde con un enfoque de causalidad en las variables relacionadas con la presencia del síndrome de desgaste profesional, que permitan una mejor comprensión e intervención de una entidad de reciente aparición en el panorama médico laboral.

Ésta es una investigación compleja, de por sí innovadora, y representa un gran esfuerzo de las entidades comprometidas en la búsqueda de los factores que inciden positiva o negativamente en el devenir del cirujano en nuestro país. Asimismo, genera una base de conocimientos sobre futuros estudios en aspectos relacionados al actual y motiva a los lectores a profundizar en el tema.

Agradecimientos

A los participantes en el XXXIV Congreso Nacional de Cirugía por su colaboración en el presente trabajo.

Todos los autores manifestamos no presentar conflictos de interés en la realización del mismo.

Professional burnout syndrome in Colombian surgeons

Abstract

Introduction. *The professional burnout syndrome is a well defined clinical entity that has attracted increasing volumes of research throughout the world, a direct consequence of chronic personal stress that appears in professionals that provide intensive and prolonged care to persons in conditions of necessity or dependence.*

The purpose of the study was to determine the prevalence of the syndrome in Colombian general surgeons and to evaluate associated factors.

Materials and methods. *By means of an observational and analytical cross sectional study we measured the investigated the syndrome in 259 Colombian general surgeons that attended the XXXIV National Congress of Surgery in August, 2008.*

Results. *The incidence of the syndrome, defined as a high degree of emotional fatigue associated with profound depersonalization and reduced index of personal accomplishment, was 20%. The only associated factor with the development of the syndrome was the desire to change the working place (OR=2.95, IC 99% 1.59-5.5). There appeared also an association with the occurrence of biological accidents within the past six months (OR=2.01, IC 93% 1.08-3.74).*

The impact of this entity on the professional activity was documented by the finding that 66% of surgeons were at risk of developing the syndrome if there were to work at a single site.

Discussion. *The present study is an objective evaluation of the perceptions by the general surgeons of Colombia regarding their labor activity. We found unexpected results in respect to the perception in the surgical environment. The study represents a major effort by the participating institutions towards the search of factors that may have positive or negative influence on the labor working conditions of the surgeons in our country, which should aid in a better comprehension of the problems inherent to the current General System of Social Security in Health.*

Key words: burnout, professional; stress; surgery; Colombia.

Referencias

- MASLACH C., SCHAUFELI WB., LEITER MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- FREEBORN DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001;174:13-8.
- ATANCE JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública.* 1997;71:203-303.
- MORENO-EGEA A., LATORRE-REVIRIEGO I., DE MIQUEL J., CAMPILLO-SOTO A., SÁEZ J., AGUAYO JL. Sociedad y cirugía. *Burnout* y cirujanos. *Cir Esp.* 2008;83:118-24.
- GARCÉS EJ. Tesis sobre el burnout. Bogotá: Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento, ABA Colombia; 2003. Fecha de consulta: 10 de marzo 10 de 2009. Disponible en: www.abacolombia.org.co.
- MASLACH C., JACKSON S. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1986.
- DYRBYE LN., WEST CP., SHANAFELT TD. Defining burnout as a dichotomous variable. *J Gen Intern Med.* 2009;24:440.
- BRENNINKMEIJER V., VAN YPEREN N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med.* 2003;60:16-20.
- GARCÍA DE LA TORRE G., HUERTA-ALVARADO S. Consideraciones metodológicas y análisis de estudios transversales. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 1998;55:348-56.
- MORENO-JIMÉNEZ B., PEÑACOBÁ C. Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simon MA, editor. *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Casa editorial Siglo XXI; 1999 p. 739-64.
- CAMPBELL DA JR., SONNAD SS., ECKHAUSER FE., CAMPBELL KK., GREENFIELD LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery.* 2001;130:696-705.
- GUEVARA C., HENAO DP., HERRERA J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colomb Med* 2004;35:173-8.
- THOMAS N. Resident burnout. *JAMA.* 2004;292:2880-9.
- WESTMAN M., ETZION D. The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism. *Psychol Health.* 2001;16:595-606.
- HAWES CL. A checklist for making good choices in trying -or tranquil- times. *West J Med.* 2001;174:41-3.
- MARINE A., RUOTSALAINEN JH., SERRA C., VERBEEK JH. Preventing occupational stress in *healthcare* workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, issue 4.
- MASLACH C., JACKSON S., LEITER M. Measuring Burnout. In: Cartwright Susan, Cooper C, editors. *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 86-108.
- LEGASSIE J., ZIBROWSKI E., GOLDSZMIDT M. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1090-4.

Correspondencia:

NEIL VALENTÍN VEGA, MD, MSc.

Correo electrónico: neilvalentin@yahoo.com
Bogotá, D.C., Colombia