
Síndrome de burnout y calidad de la atención en el área de Emergencia del hospital regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del IESS, Guayaquil – Ecuador, 2006.

Burnout Syndrome and the quality in the medical attention in the emergency room of the “Dr Teodoro Maldonado Carbo” Regional Hospital of IESS, Guayaquil – Ecuador, 2006

MEJOR TESIS DOCTORAL XXXVII PROMOCIÓN DE DOCTORES EN MEDICINA Y CIRUGÍA 2006-2007
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Inti – Kory Quevedo Bastidas *

RESUMEN

Tipo de Estudio: Prospectivo, cohorte, cuali-cuantitativo que investiga la prevalencia del síndrome de Burnout en relación directa con el régimen de los médicos residentes del área de emergencia y su impacto en la relación médico – paciente incidiendo en la calidad del servicio que presta. **Objetivo:** Reflexionar sobre la importancia de la relación médico paciente y su incidencia en la salud individual y la calidad de los procesos de atención hospitalaria. **Materiales y métodos:** Estudio realizado en 36 médicos residentes que rotan en el área de emergencia, como parte de su posgrado, y 60 pacientes que requirieron atención durante el tiempo de la investigación. El método específico que se utilizó fue la observación y investigación multimodal a través de la aplicación de entrevistas, encuestas y el test con la finalidad de estudiar cuantitativa y cualitativamente la relación del síndrome burnout con la calidad en la atención de los servicios de emergencia. **Resultados y conclusión:** Al medir los tres ejes del síndrome de burnout tenemos que se manifiesta en el 52.2% de los residentes. Se distribuyó casi igual para los dos géneros; la edad media de los residentes fue de 31.4 años y siendo los traumatólogos quienes presentaban con un mayor porcentaje (69%). Las manifestaciones clínicas que presentaron fueron 40% cefalea, 27% trastornos del sueño, 23% irritabilidad, 20% epigastralgia, 17% ansiedad y un 10% trastornos del ritmo evacuatorio. En cuanto a los indicadores de calidad tenemos que el 75% de los pacientes no recibieron la explicación adecuada para el entendimiento de su enfermedad y el 80% perciben al médico como cansado, con sueño, irritable o con mal humor. Se demostro que la existencia del síndrome esta relacionado con la disminución de la calidad en la atención.

Palabras clave: Síndrome de Burnout. Calida del servicio. Salud. Centro laboral.

SUMMARY

Type of study: prospective cohort, quali-quantitative study that investigates the prevalence of the Burnout Syndrome, the relationship that exists with the workload of residents in the emergency room and the impact it has on the doctor - patient relationship. **Objective:** Reflect on the importance of doctor-patient relationship and how it affects the quality in medical attention. **Materials and Methods:** A study of 36 residents on their emergency room rotation and 60 patients that needed medical attention. The method used was observation and investigation using interviews, polls and a test to study the quantitative and qualitative relationship between burnout syndrome and medical attention in the emergency room. **Results and Conclusions:** This study shows that 52.2% of the residents had burnout syndrome. It was the same for both sex and mean age was 31.4 years. It was more common in trauma residents with 69%. The symptoms were 40% cephalgia, 27% sleep disorder, 23% irritability, 20% epigastric pain, 17% anxiety, and 10% bowel disorder. I found that 75% of patients did not get a good explanation of their illness and 80% said they felt that doctor was tired and irritable. In conclusion the existence of this syndrome is related with the quality of medical attention.

Key words: Burnout syndrome. Health. quality of medical service. Workplace.

Introducción

El deterioro de la calidad de la atención, la insatisfacción de los usuarios, y las inadecuadas relaciones médico – pacientes, motivaron la investigación de estos hechos que se encontraba en relación al proceso de atención en el área de emergencia, con la finalidad de contribuir a la solución de esta problemática que afecta esta organización social de la salud como es el hospital "Teodoro Maldonado Carbo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Los conflictos con pacientes que expresan inconformidad por el deficiente servicio y del que esperan buen trato, las equivocaciones, muchas veces involuntarias del personal médico, el gasto exagerado de insumos (poca eficiencia), la utilización innecesaria de equipos, son hechos observables en el desempeño de los distintos equipos de guardia, afectándose el presupuesto hospitalario que no solo incide en costos, equipos, aparatos o insumos, sino en lo más importante, la salud humana.

El alcance del estudio es la investigación de la multicausalidad de la calidad en la relación médico-paciente desde enfoques contextuales-hospitalarios, clínicos y personológicos en el proceso de atención en el área de emergencia¹⁹.

Contexto institucional

El servicio de emergencias en el año 1998 atendió 74.145 consultas en el área de emergencia, siendo el año con mayor afluencia de este servicio lo que nos da una idea de la capacidad de atención y demanda de los afiliados; este volumen disminuyó para los años posteriores manteniéndose en un rango de 20.000 a 43.000 consultas al año aproximadamente, según el reporte de la revista "Cieras y Servicios". Actualmente el promedio de atención está entre 40 y 50000 consultas al año, lo que se traduce en un promedio de consultas diarias de 111 a 138 pacientes en dicha área.

El área de urgencias tiene su actuación principal en la identificación, diagnóstico y tratamiento inicial de todo cuadro clínico agudo o crónico reagudizado, que ponga en peligro la vida del paciente. Además se responsabiliza de la derivación de los pacientes a los especialistas que se requieran.

Los médicos residentes deben cumplir un horario de ocho horas denominado "horario asistencial" de lunes a viernes, al que se suma un horario de guardias de 24 horas, cada 48 horas el cual incluye fines de semana y días feriados. Esto es, el día que le corresponde cumplir con la guardia programada, el médico residente inicia sus actividades con el horario asistencial de 8h00 a 16h00 y luego de manera continua inicia horario de guardia de 16h00 a 8h00 del siguiente día; terminando su jornada en forma consecutiva con su segundo horario de asistencial de 8h00 a 16h00 de este nuevo día. En resumen un médico residente de cualquier especialidad permanece en el hospital un día de guardia 32 horas de las cuales 28 son de trabajo efectivo ya que 4 horas se asignan de manera rotativa para el descanso y recuperación física.

Salud

El concepto de salud de la OMS es "estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades". La salud, sin embargo, es un complejo proceso cualitativo que define el funcionamiento integral del organismo, integrándose de forma sistémica lo somático y lo psíquico, formando una unidad, donde la afectación de uno actúa necesariamente sobre el otro. Pienso que el concepto de salud debe considerarse más como proceso (calidad, dignidad de vida), que como producto. En la salud humana, la optimización en el funcionamiento de los distintos sistemas del organismo, somáticos y mentales, garantiza tres aspectos básicos que deben integrar su comprensión de la salud, estos son⁷:

- a) Experimentar bienestar, sentirse bien, motivado hacia la vida, con intereses definidos hacia actividades y personas concretas³¹.
- b) Ser capaz de autorregularse a partir de una cultura sanitaria efectiva. Expresar un modo de vida sano, donde las actividades concretas que se realicen, ayuden el proceso de optimización de las funciones somáticas y psíquicas, sintiéndose el sujeto implicado en ellas.
- c) Que el estado actual del organismo represente un momento esencial de la optimización

futura de los mecanismos y procesos implicados en la salud humana.

- d) En sentido general, es necesario conceptualizar la salud a nivel individual atendiendo a los siguientes aspectos:
- 1) La salud no se puede identificar con un estado de normalidad, pues a nivel individual es un proceso único e irrepetible con manifestaciones propias. La salud no es una media, es una integración funcional que a nivel individual se alcanza por múltiples alternativas diversas.
 - 2) La salud no es un estado estático del organismo, es un proceso que constantemente se desarrolla, donde participa de forma activa y consciente el individuo en calidad de sujeto del proceso.
 - 3) En la salud se combinan estrechamente factores genéticos, congénitos, somato-funcionales, sociales y psicológicos. La salud es una expresión plurideterminada y su curso no se decide por la participación activa de hombres y mujeres, este es uno de los elementos que intervienen en el desarrollo del proceso, pues muchos de los factores son ajenos al esfuerzo volitivo del ser humano.
 - 4) La expresión sintomatológica de la enfermedad es resultante de un funcionamiento no estable de las funciones y mecanismos que manifiestan el estado de salud³¹.

Afrontamiento personal

La validez que poseen los modelos de afrontamiento en sus diferentes versiones (Lazarus y colaboradores, Bandura), justifica su integración en análisis de situaciones que pretende alejarse de la medicina y la psicología de la salud. Son modelos que parten de la relación de los sujetos con su medio, básicamente social. Valorando la patología como un resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas, de su entorno, y que poseen las cualidades a las que se otorgan un alto grado de utilidad para hacer frente a los retos antes descritos¹².

Son modelos que tienen tras de sí una amplia y bien fundada argumentación teórica, asentada en toda una tradición definida de trabajo en Psicología somática y constituyen a su vez, una de las líneas de desarrollo más relevantes de investigación en salud y personalidad²⁴.

El modelo, señalado, se centra en la interacción del sujeto con su medio. En cómo este hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Esta interacción no es una mera relación física, sino que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, que básicamente es social, el modo en que se siente comprometido por ella, compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee; es demanda desde su biografía, de su rol médico, sus relaciones institucionales y su posición social, y a la que hará, o no frente, de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos^{12,13}.

Estrés

Es una reacción desagradable que altera el equilibrio homeostático del sujeto ante una amenaza por una fuerte descarga de adrenalina que nos prepara para la acción y modifica las respuestas del sujeto.

Las manifestaciones clínicas del estrés se deben como resultado de la activación de dos sistemas: .activación del eje hipofisiario suprarrenal y activación del sistema neurovegetativo, que desencadenan procesos que culminan con la secreción de cortisol y andrógenos en el primer eje y con la secreción de catocolaminas, en el segundo. Los que de forma muy general generan: irritabilidad, disminución de la capacidad para autorregularse, disminución cognitiva, alteración del estado de ánimo, agresividad / hostilidad^{3,10}.

Síndrome de Burnout

La palabra *BURNOUT* significa estar desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Esta presencia de estresores laborales que para el sujeto son negativos como los relacionados al inadecuado ambiente físico de trabajo, a la

dificultad en las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, el propio puesto de trabajo, el excesivo horario, el tipo de profesión, al desarrollo de la carrera, a la tecnología moderna, a la falta o al inadecuado apoyo social, entre otros. No se puede ni se debe dejar pasar por alto los factores extra laborales y las variables individuales como la edad, el sexo, el estado civil, el tener o no hijos, etcétera²³.

Descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad, de depresión, desmotivación y agresividad²⁰.

En la misma década, las doctoras Maslach y Jackson en sus trabajos sobre el síndrome de burnout, consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: el **cansancio emocional**, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; **la despersonalización**, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, y considerando a las personas con las que trata como verdaderos objetos; y **la falta de realización profesional**, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudo depresivas y con tendencia a la huida, una moral baja, un descenso de la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional²⁰.

Calidad de los servicios de salud

La calidad es un binomio con dos aspectos básicos que deben estar estrechamente relacionados: calidad intrínseca y calidad percibida¹¹.

Los desafíos en la búsqueda de la calidad no son nuevos pero que en los últimos años, se ha acrecentado el interés en el tema. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación; en primer término, la convergencia de intereses entre los administradores y los profesionales del campo de la salud, no siempre coincidentes; los primeros están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población. Actualmente, como

consecuencia de la corriente eficientista y empresarial, los administradores están empeñados en buscar la satisfacción del paciente, usuario o cliente^{25,26}.

Centro laboral

El centro laboral es la institución social donde el adulto va a desarrollar su actividad productivo-profesional a lo largo de su vida⁴. El interés y la satisfacción en el desempeño de esta actividad tendrán un papel esencial en el bienestar emocional adulto, el cual es un elemento esencial de la salud humana. Con la actividad productiva-profesional se desarrollan los más importantes proyectos de la vida adulta⁶. En ella el individuo canaliza sus intereses profesionales y, a su vez, mediante ella va expresando otro conjunto importante de aspiraciones personales, relacionadas con su nivel de vida, su status, etc^{5,7}.

Materiales y métodos

La investigación se realizó desde un enfoque multi-modal¹⁸, es decir, con la convergencia o fusión de enfoques cuantitativos y cualitativos^{1,2,15}.

La visión del objeto de estudio es longitudinal y diacrónica¹⁴ ya que permite revelar las influencias y relaciones causales, tanto históricas como psicológicas y permite estudiar el fenómeno en movimiento e intentar descubrir su propia dinámica interna, el síndrome de burnout y el déficit en la calidad del servicio se someten a la visión propuesta; el método me permitió visualizar las diferentes formas de manifestación y cambios del fenómeno. Los métodos generales utilizados son los: inductivo – deductivo, histórico – lógico, hipotético – deductivo. El método específico utilizado fue la observación participante⁹.

La investigación se ejecutó en dos momentos: en el primero, se realizó la observación de la dinámica de la relación médico-paciente de la muestra; luego se aplicó a la muestra denominada "grupo médic@s" el Maslach Burnout Inventory (MBI) junto con la entrevista diseñada previamente^{16,17}.

En el segundo momento se aplicó la denominada "encuesta pacientes" a sesenta usuarios de los

servicios que ofrece la emergencia del hospital del IESS, que fueron seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión ya señalados. Esta encuesta la apliqué en diversos horarios: mañana (06h00 – 16h00), tarde (18h00 – 20h00), noche (20h00 – 00h00) y madrugada (00h00 – 06h00).

Las técnicas utilizadas son: la entrevista que se diseñó dirigida a la muestra denominada “grupo médico”, para recabar información completa en forma verbal e individual a través de preguntas secuenciales e intencionales que la denominé “encuesta médic@s”. La encuesta dirigida a usuarios, denominada “encuesta pacientes” en la que se indaga sobre la percepción de éstos, de la calidad en la atención en el área de emergencia. El instrumento usado fue la escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI) que es un instrumento validado para medir el síndrome de burnout, desde que fuera presentado por Maslach y Jackson en 1981.

Grupo médicos; la muestra estuvo compuesta de 30 médicos residentes que como parte de su posgrado rotan en el área de emergencia que representa el 83.3% de los residentes de medicina interna, cirugía y traumatología que conforman las guardias roja, azul y amarilla; los criterios de inclusión fueron: *Informante clave*: médicos posgradistas del hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, que roten en el área de emergencia como parte de dicho posgrado, en los meses de enero a junio de 2006. Grupo pacientes; la muestra es de sesenta pacientes que requirieron atención en el área de emergencia durante los meses de enero a junio de 2006. Los criterios de inclusión fueron, ser afiliados al seguro social, que consulten el servicio de emergencia durante los meses de enero a junio de 2006

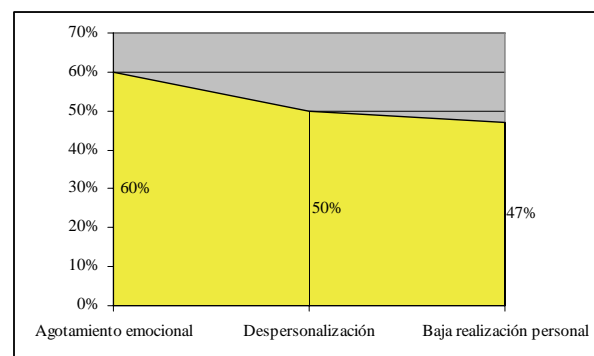
Resultados

Análisis general de resultados

Al aplicar MBI a los médicos residentes del área de emergencia se observó que el síndrome burnout se encuentra presente en la población estudiada con un promedio de 52% distribuido en las tres esferas de la siguiente forma: 60% (18 casos) de la población presenta agotamiento emocional niveles alto y medio, traduciéndose en una prevalencia del 60% (considerados niveles clínicos y que por ende debieran tener impacto en los pacientes

estudiados); el 50% (15 casos) presentaron despersonalización y que constituye una prevalencia del 50%; en la esfera de baja realización personal, el 47% (14 casos), mostraron niveles alto y medio, lo que constituye una prevalencia del 46.6%, evidenciándose una prevalencia promedio del 52.2% del síndrome entre los médicos residentes en el área de emergencia. Gráfico 1.

Gráfico 1



Prevalencia del síndrome de Burnout.

Fuente: Escala de Maslach Burnout Inventory aplicada a los residentes del estudio.

Al análisis de la distribución de este síndrome según el género se puede visualizar que no existe una diferencia substancial en los porcentajes de expresión lo que demuestra que el síndrome se distribuye casi por igual en la población estudiada, en el que el 58% de hombres están afectados por el síndrome versus 56% alcanzado por la población femenina, con insignificante diferencia del 2%.

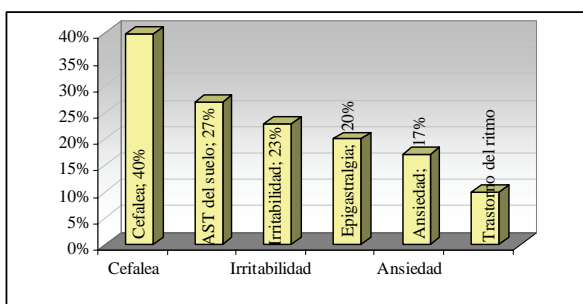
En el análisis de los edades de la población estudiada encontramos que el promedio de los límites inferiores es de 30 años mientras que el superior se ubica en 32.5, con una media de 31.4 años.

En el análisis del síndrome por especialidad nos muestra que este se presenta casi por igual entre las tres especialidades estudiadas ya que presenta pequeñas diferencias como lo son traumatología con un 69%, cirugía con un 66.6% y medicina interna con el porcentaje más bajo de 63%. Resultados que se obtienen al promediar los porcentajes directos que representan el número de médicos que se ubicaron en los niveles alto y medio de las tres dimensiones medidas en el MBI.

Análisis de las manifestaciones clínicas del síndrome

El análisis de las manifestaciones clínicas relacionadas al síndrome en la investigación establecidas a través del instrumento denominado encuesta 3, demuestra que el 40% de los médicos entrevistados señalaron la opción "siempre", al referirse al síntoma cefalea; con la misma frecuencia señalaron un 27%, presentar trastornos del sueño; un 23% irritabilidad; un 20% epigastralgia; 17% ansiedad y por último un 10% trastornos del ritmo evacuatorio. Gráfico 2.

Gráfico 2

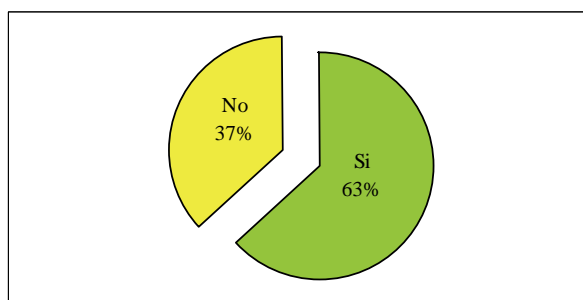


Manifestaciones clínicas que *siempre* se presentan en los residentes del área de emergencia

Fuente: entrevista médic@s, realizada a los residentes del estudio, pregunta 1.

En cuanto a la presentación de estos síntomas, el 63.3% de los medic@s lo atribuyeron a su ingreso y permanencia en los posgrados respectivos, de los cuales el 42.1%, explica la presencia de estos síntomas debido al descanso insuficiente que experimentan en la residencia; el 31%, señala a las actividades médico-académicas, como causantes de estos síntomas; y el 26.3% al exceso de pacientes. Lo que corrobora los resultados obtenidos por medio del MBI, validando la prevalencia señalada. Gráfico 2,3,4.

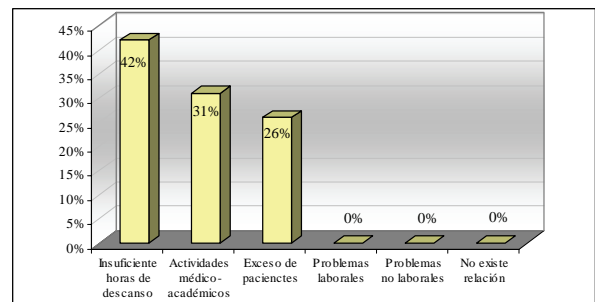
Gráfico 3



Possible causalidad del síndrome.

Fuente: entrevista médic@s realizada a los residentes del estudio, pregunta 2.

Gráfico 4



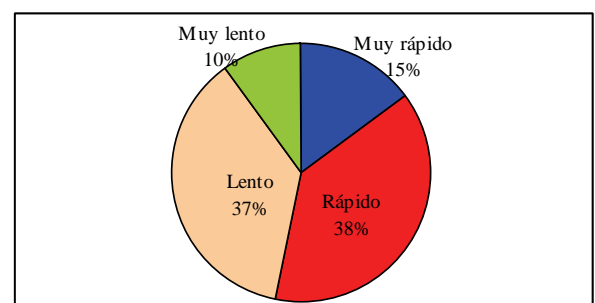
Posibles Agentes causales del síndrome

Fuente: entrevista médic@s realizada a los residentes del estudio, pregunta 3.

Análisis de los resultados en cuanto a la calidad del servicio

En la primera pregunta del instrumento denominado "encuesta 2" dirigido a los pacientes usuarios del servicio de emergencia, expresan que en las opciones rápido y lento las puntuaciones se ubican en el 38.3% y 36.7% respectivamente; mientras que las opciones muy rápido y muy lenta obtienen el 15% y el 10% respectivamente. Observándose que en los términos medidos no existe una afectación evidente de la calidad del servicio. Gráfico 5.

Gráfico 5



Encuesta a pacientes

Fuente: encuesta aplicada a pacientes del estudio, pregunta 1.

En la segunda pregunta relacionado con medir la percepción del paciente con respecto a la suficiente cantidad de médicos en el área, el 51.7% de la población refiere que existen suficiente cantidad de médicos mientras que el 48.3% refiere que existe insuficiente numero de médicos; resultados que no muestran una tendencia de la afectación de la calidad del servicio. Sin embargo hay que señalar que en los grupos de pacientes entrevistados en los horarios denominados mañana y tarde señalan en un 60% (9 casos) cada uno que el número de médicos es

insuficiente. Fenómeno que contrasta con los resultados globales debido a que la afluencia de pacientes aumenta en dichos horarios (8h00 – 19h00).

Pudiéramos inferir que las razones de este aumento en el volumen de pacientes puede deberse al déficit del servicio de consulta externa tanto de dispensarios y del hospital mismo, así como también la facilidad que obtiene el afiliado al recibir atención médica obviando trámites legales exigidos por la entidad.

Demanda que desciende en los horarios denominados como noche y madrugada (19h00 – 06h00), donde la mayoría de pacientes señala la suficiencia de médicos contrastando dos realidades diferentes. Tabla 1.

Tabla 1

	Mañana	Tarde	Noche	Madrugada
Suficiente	40%	40%	60%	67%
Insuficiente	60%	60%	40%	33%

(Fenómeno que contrasta con los resultados globales debido a que la afluencia de pacientes aumenta en dichos horarios 8h00 – 19h00).

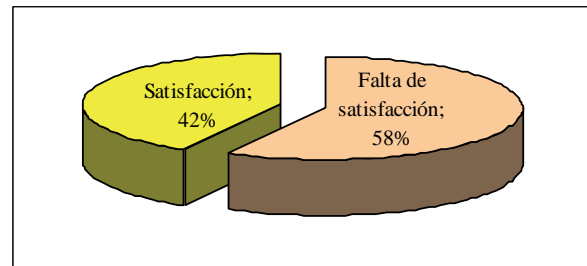
Fuente: encuesta aplicada a pacientes del estudio, pregunta 2.

En la tercera pregunta que explora el servicio más usado por los afiliados encontramos que el 48.33% (29 casos), son atendidos en el servicio de medicina interna, lo que quiere decir que es el área donde más se concentra la demanda, seguida de traumatología con el 30% (18 casos), y cirugía, con el 21.66% (13 pacientes).

Es de anotar que estas dos últimas especialidades que son quirúrgicas, son las menos demandadas por los pacientes y las más afectadas en los niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización, atribuyéndole como hecho causal a esta afectación la toma de decisión y la rapidez con que deben resolver las emergencias.

En la cuarta pregunta donde se indaga sobre la satisfacción del usuario acerca de la interacción con el médico, encontramos que el 58% (41 casos) responde que no se encuentra satisfecho con la atención médica recibida, lo que es un claro indicador del deterioro de la calidad en la atención. Gráfico 7.

Gráfico 7

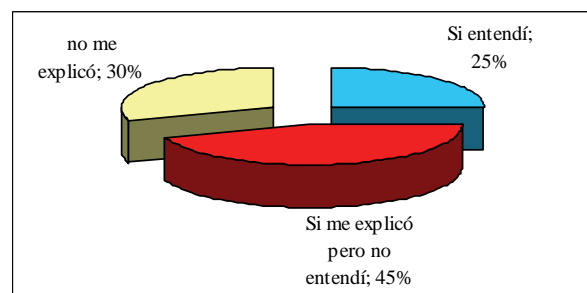


Indicadores de calidad

Fuente: encuesta aplicada a pacientes del estudio, pregunta 4.

En la quinta pregunta donde se sondea acerca de la percepción del paciente sobre la suficiente o no información concedida por el médico encontramos que el porcentaje más alto es 45% (27 casos), que corresponde a la opción “si me explicó pero no entendí”; seguida del 30% (18 casos), que corresponde a la opción “no me explicó”; y por último el 25% (15 casos), que expresan en la opción “si entendí”. Este indicador se vuelve determinante debido a que el 75% de pacientes percibe una explicación deficiente o nula, lo que se considera como una afectación directa a la calidad de la atención y que obedece a los resultados de agotamiento emocional y despersonalización declarados por los médicos. Gráfico 8.

Gráfico 8



Indicadores de calidad

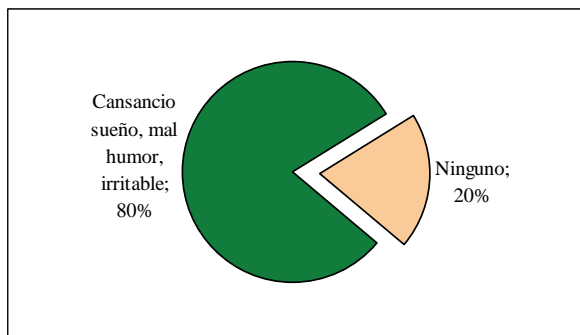
Fuente: encuesta a pacientes, aplicada a pacientes del estudio, pregunta 5.

En la sexta pregunta donde se pide calificar el trato recibido encontramos que el 40% (24 casos), lo califica como **cordial**; el 27% (16 casos) lo califica como **distante**; el 23.3% (14 casos) lo califica como **amigable** y tan solo el 6.7% (4 casos) lo califica como **grosero**; lo que nos lleva a inferir que la relación médico – paciente se establece desde la cordialidad, a pesar de la

prevalencia del síndrome de burnout que podría ser la expresión de ese 33%.

En la pregunta siete donde se pregunta acerca del estado de ánimo con que es percibido el médico, hallamos que el 42% (25 casos), percibe al médico como cansado; el 20% (12 casos), lo percibe con sueño; el 18% (11 casos), responde que ninguno de ellos; el 13% (8 casos), mal humor; y el 7%, irritable (4 casos). Finalmente se demostrará que la tendencia estructurada como cansancio, sueño, mal humor e irritable, estructuran un 82% que es muy representativa de la percepción medida en el paciente y que por lo tanto es categórica para señalar el claro deterioro en la calidad de la atención que se relaciona con el síndrome de burnout establecido en el MBI por los médicos. Gráfico 9.

Gráfico 9



Percepción del estado de ánimo del médico por el paciente.
Fuente: encuesta aplicada a pacientes del estudio, pregunta 7

Hallazgos

En términos generales el síndrome indicado se distribuya igual por género. En los niveles altos de agotamiento emocional corresponden al 20% de la población femenina y al 35% de la población masculina, por lo que la población masculina es más susceptible de presentar este síndrome. En niveles altos de despersonalización que correspondían al 27% de la población, se encontraban 10% de la población femenina y el 35%, masculina. Siendo la población masculina más susceptible para sufrir el síndrome al igual que la dimensión: agotamiento emocional.

Discusión

Las cifras de prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes del área de emergencia del hospital estudiado obtenidas en el estudio

(52%), son preocupantes si las comparamos con las reportadas en otros estudios, como el realizado en Guadalajara los médicos familiares de base pertenecientes a las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS que presentaron un 42%, Venezuela, que reportó haber encontrado prevalencias de 16.8% en 78 trabajadores del hospital ambulatorio de Guayana, o el de Cebría, con prevalencias de 12.4, pero no como el estudio de Molina con prevalencias hasta de 69.2 en los médicos de atención primaria en Madrid^{21,27}.

Los síntomas neurológicos son los que se encuentran con mayor frecuencia y en más médicos (cefalea, depresión, trastornos del sueño) en contraste con otros estudios que están en primer orden los síntomas respiratorios y luego los gastrointestinales (trastornos del ritmo evacuatorio, acidez) coincidiendo con este último²⁰.

Al igual que en otros estudios^{30,20}, encontramos mayor nivel de *burnout* en los profesionales de mayor edad (por encima de los 31 años); sin embargo, la relación entre edad y la presentación de *burnout* no está clara y hay estudios en los que dicha relación es inversa³¹, o bien no se detectan diferencias. Maslach propone que con el devenir de los años el sujeto adquiere mayor seguridad y experiencia en su trabajo, haciéndose menos vulnerable a la tensión laboral, mientras que la mayor vulnerabilidad de los primeros años de ejercicio profesional se debería a que éste es un período de transición desde las expectativas idealistas hacia la realidad de la práctica cotidiana²².

La relación de mayor nivel de burnout con un determinado sexo es controvertida; mientras que algunos autores describen un mayor desgaste en varones³⁰, otros lo encuentran en mujeres³¹, mientras que otros más no detectan diferencias. En nuestro estudio, los varones presentan mayores niveles de *burnout*, circunstancias que se asocian a un mayor agotamiento emocional, las mujeres son menos, pues los indicadores a este respecto se ubican en el 20 y 35% respectivamente lo que contrasta con ciertos estudios que refieren que el sexo, *per sé*, probablemente no implica mayor *burnout*.³⁰ Maslach y Jackson proponen que las mujeres soportan mejor que los varones las situaciones problemáticas del trabajo; sin embargo, Freudemberger concluye que las

primeras acaban «quemadas» con gran frecuencia al añadir las tareas laborales a las domésticas. De modo que no es posible, con el presente trabajo, especificar ampliamente variables sociodemográficas pero sí de riesgo.

El principal aporte de este estudio es poner de manifiesto una realidad en salud hasta ahora poco conocida pero muy importante en sus implicancias, por lo que debería ser considerada en las estrategias de prevención y promoción²⁹. Al tratarse de una enfermedad tan multifactorial en sus orígenes, necesariamente la intervención debería ser multidisciplinaria y con la participación activa de otros sectores, aparte del de Salud. Pero también pone de manifiesto la estrecha relación de la calidad en atención en salud sobretodo cuando esta es medida por la percepción de los pacientes y satisfacción, que es uno de los parámetros para cuantificar calidad en términos de salud^{28,25}.

Conclusiones

Es una evidencia que existe Burnout en el personal médico de residentes del servicio de emergencia del hospital del IESS; siendo su prevalencia promedio el 52.2%, de acuerdo con el análisis de resultados realizado.

La prevalencia del síndrome en la población descrita, estableció determinar que la situación de “quemados” en médicas y médicos *no difiere por género notablemente*; ubicándose en el 58% para hombres y 56% para mujeres.

Una tercera conclusión constituye la *edad de riesgo* direccionada a los sujetos cuyo promedio con mayor frecuencia se posiciona alrededor de los 31.4 años en *edad de riesgo*.

Los médicos especialistas en *traumatología*, son quienes experimentan mayor *nivel de burnout*, siendo su marcador el 69%. Otra conclusión que planteo luego del análisis de los resultados, es el comportamiento del cuadro de “quemados” por especialidad, que se diferencia apenas con el 3% para los cirujanos y el 6% para medicina interna, facultándose a afirmar que *todas las especialidades en estudio son susceptibles al burnout*.

El análisis del MBI en la presente investigación, demuestra como los médicos y médicas más jóvenes, se encuentran un poco más distantes de la manifestación del cuadro de burnout, proporcionalmente *al descender las edades en los grupos investigados, descendieron también los indicadores del cuadro de “quemados”*.

Las opiniones relacionadas con los síntomas por parte de los *médic@s señalan que tod@s han presentado síntomas clínicos del “síndrome de quemados”*, en algún momento; ese marcador alcanza el 100%. De ellos solo el 63% lo *asocia a la situación laboral en ejercicio*, manifestando signos como cefalea, trastornos del sueño, irritabilidad, epigastralgias, ansiedad y trastornos del ritmo evacuatorio.

Los pacientes encuestados niegan que exista mala calidad, medida como rapidez en la atención recibida por lo médicos y médicas del servicio de emergencia así como tampoco parece afectar el número de profesionales que prestan ese servicio; sin embargo el 60% de los pacientes encuestados y usuarios del horario matutino y vespertino lo señala al horario de la tarde como el más lento, por la insuficiencia en el número de médicos.

Es evidente que la calidad de la atención del servicio, desde la *interacción médico paciente, es declarada “insatisfactoria” por el 58% de los pacientes investigados*, que indican una claro deterioro de la calidad.

Es importante como los grupos encuestados señalan el déficit en la calidad de la atención, al afirmar que *en la atención recibida, no fue informado suficientemente de su situación médica*, marcador que alcanza el 75% sumado a quienes declaran la opción “no me explicó”.

Se puede concluir que la atención médica de los residentes del servicio de emergencia se basa en la cordialidad, así lo declaran mayoritariamente los pacientes encuestados, alcanzando el 51% de ellos; dato que contrasta significativamente con las opiniones de atención grosera que solo se expresa con el 6.7%.

Finalmente consultados los usuarios sobre como *ell@s perciben al médico durante la atención prestada y valorando los criterios vertidos*,

concluyo que el personal de médicos y médicas residentes del servicio de emergencia del hospital del IESS se muestran: cansados, con sueño, de mal humor e irritables, configurando el 82% de la opinión solicitada.

Recomendaciones

- Diseñar programas de salud laboral para mejorar la psico-higiene del personal, fomentándose un trabajo saludable.
- Estudiar el clima laboral en el servicio de emergencia del hospital "Teodoro Maldonado Carbo", para mejorar la atención al usuario y las relaciones interpersonales e institucionales.
- Planificar actividades preventivas en salud ocupacional dirigidas a médic@s residentes de las especialidades en situación de vulnerabilidad en relación al cuadro sintomático de quemados hallados en la presente investigación.
- Investigar la resiliencia encontrada en médic@s del servicio de emergencias de hospital del I.E.E.S, a fin de conocer los procesos de la salud somática y mental, para protegerse de los posibles agentes causales del síndrome de burnout.

Referencias bibliográficas

1. Ander egg, E: "introducción a las técnicas de investigación social".14° ed, editorial Humanitas, Buenos Aires – Argentina, 37-50, 1974.
2. Ander egg, El: "técnicas de investigación social",15° ed, ed el cid, Buenos Aires – Argentina ,40-63, 1978.
3. Arce, e. A.: "el hombre del siglo XXI": ansiedad o plenitud ?,5° ed, ed Argenta Sarlep; Buenos Aires - Argentina, 63 – 65, 2000.
4. Bobes j.: "trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria". 11° ed, editorial Masson, Barcelona – España, 43 – 55, 2001.
5. Buendía j. & ramos, f.: "empleo, estrés y salud". 5° ed, ed Pirámide, Madrid - España, 31-42, 2001.
6. Cáceres V.: "evaluación del estrés laboral en los profesionales sanitarios de la provincia de A Coruña". 3° ed, ed diputación provincial da coruña, La Curuña – España, 2000.
7. González F.: "personalidad, salud y modo de vida", ed fondo editorial de humanidades y educación, Caracas – Venezuela, 9 -54, 1992.
8. Florez J. A: "síndrome de "estar quemado",ed Edika Med., Barcelona- España, 5 -20, 1994.
9. Hernandez R, Fernández C., Baptista P.: "metodología de la investigación". , 3ª edición, ed. Macgraw Hill, México DF – México, 1 – 73, 2005.
10. Ivancevich j. M., & matteson, m. T: "estrés y trabajo: una perspectiva gerencial", 2° ed, ed Trillas, México, 11 – 22, 1989.
11. James P.: gestión de la calidad total, , 2ª ed, ed Prentice Hall, España, 2000.
12. Lazaruz R; "estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud, Ed Desclée de Brouwer, Bilbao – España, 55 – 60, 2000.
13. Lazaruz R., Folkman: "estrés y procesos cognitivos". ed Martínez Roca, Barcelona-España, 1986.
14. Lomeña J: "técnicas cualitativas de investigación", ed Nueva Semilla; Barcelona – España, 2002.
15. Morales V.: "guía para la elaboración y presentación de proyectos de investigación". ed Universidad Católica de venezuela, Caracas - Venezuela, 1980.
16. Pardinás F.: "metodología y técnica de investigación en ciencias sociales". Ed. Siglo XXI, Ciudad de México -México, 30 – 43, 1972.
17. Pérez F: "teoría y metodología de la investigación., ed. ediciones populares, La Habana - Cuba, 15 – 25, 2002.

18. Pineda E, de Alvarado E., de Canales F. "metodología de la investigación.- manual para el desarrollo de personal de salud". 2ª edición, ed Limusa, organización panamericana de la salud, Washington – EE.UU., 1994.
19. Popper K: "la lógica de la investigación científica", ed circulo de lectores, Barcelona - España ,1995.
20. Beltrán A.,Pando M.: "síndrome de burnout en médicos familiares del instituto mexicano del seguro social, guadalajara, méxico". http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp05205.htm ,05/07/2006
21. Alvarez A.: "síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de corrientes" http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm, 03/01/2006
22. Atance J.: "aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario". www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es&nrm=iso, 03/02/2006.
23. Cano G, Martín A: "burnout en estudiantes universitarios". <http://www.monografias.com/trabajos31/burnout-universitarios/burnout-universitarios.shtml>, 05/04/2006.
24. Casado F: ".modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas". http://www.cop.es/delegaci/andocci/vol.%2020_3_5.pdf, 06/07/2006.
25. Fernández N: "calidad de la atención médica". <http://72.14.209.104/search?q=cache:bASwCMZ0mk4J:www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf+25.+Fern%C3%A1ndez+busso,+n%C3%A9lida%3B+%E2%80%9Ccalidad+de+la+atenci%C3%B3n+médica%E2%80%9D&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ec>. 02/11/2006.
26. Medrano F: "plan de calidad del servicio de medicina interna del hospital general de albacete" 1999. <http://club.telepolis.com/fmedrano/documentos/calidad.htm>, 28/02/2006.
27. Ponce C: el síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v08_n2/pdf/a07.pdf, 27/12/2005.
28. Ramírez T.: "percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, perspectiva de los usuarios". <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/y0400102.pdf>, 17/01/2006.
29. Vicuña M: "nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos" http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/63_n1/nivel_satisfaccion.htm, 22/03/2006.
30. Prieto L, Robles E, Salazar L, Daniel E: Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=29&num=5&pag=294. 13/02/06.
31. Varela-Centelles P, Ferreira A., Fontao L, Martínez A.: Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272004000300009&script=sci_arttext. 15/01/2006.
32. Aldereguia J: "*Temas de higiene social*". Ministerio de salud pública, La Habana – Cuba, 1982.

Dra. Inti Kory Quevedo Bastidas

Teléfono: 593-04-2239791

Correo electrónico: intikory@yahoo.com

Fecha de presentación: 13 de marzo de 2007

Fecha de publicación: 26 de marzo de 2007

Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL