

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

Nuevos retos en la educación: el bienestar como una nueva competencia médica*

OLGA LUCÍA PAREDES GARAVITO¹

Resumen

En las últimas décadas, el personal médico ha enfrentado crecientes cambios que aumentan su vulnerabilidad a la fatiga, el estrés crónico y otras discapacidades. La investigación en el desempeño de los médicos se ha enfocado en estos deterioros y se ha obtenido mucha información sobre el malestar de los médicos pero escaso conocimiento acerca de su bienestar psicológico.

Los médicos desconocen el impacto de su bienestar en el cuidado de los pacientes, y de su vida profesional y personal diaria. El enfoque en una perspectiva más positiva de la salud puede ayudarlos a fomentar su propio bienestar, la salud de los pacientes y ganar control sobre su contexto laboral externo. Esto incluye cambios en las regulaciones institucionales, la seguridad social y, más importante, en las propuestas de educación médica.

Se necesita que se adelanten investigaciones de la eficacia de la formación médica y el bienestar psicológico para la prevención de la fatiga y la deshumanización de la práctica médica.

Palabras clave: Bienestar psicológico, *burn out*, fatiga, educación médica

* Basado en la investigación: "Prevalencia del síndrome de *burn out* en estudiantes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales (Paredes, O. Rev Med. En prensa, 2008).

1 Joven investigadora, grupo Comportamiento y Salud, Centro de Investigaciones Médicas, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C.

Recibido: 22/08/2007 - Revisado: 20/09/2007 - Aceptado: 11/10/2007

Title

New challenges in education:
the wellbeing as a new medical competence

Abstract

In the last decades, the medical staff has faced growing changes increasing their vulnerability to burn out, chronic stress and other impairments. Large numbers of population to attend, strict organizational policies, lack of autonomy, among others, are demands threatening the physician's own health.

Research on doctor's functioning has focused on these impairments, gaining much information about physicians' discomfort but scarce knowledge about their psychological wellbeing. Doctors are unaware of the impact of their wellbeing on patient care, daily professional and personal life.

Focusing on a more positive perspective of health may help doctors to foster their own wellbeing, patients' health and to gain control over their external work environment. This includes changes of institutional regulations, the social security system, and most important on medical education proposals.

Research is needed on the effectiveness of medical training and psychological wellbeing to prevent burn out, medical errors, patients' optimum care and dehumanization of medical practice.

Key words: psychological wellbeing, burn out, medical education

Tradicionalmente, el ejercicio de la medicina se ha considerado una profesión de sacrificios y demandas: largas horas de trabajo, pocas de sueño, grandes responsabilidades, entrega total a sus pacientes y enajenación de su familia y vida social. Pero, en la actualidad, la abnegada profesión médi-

ca se ha reevaluado debido al gran número de demandas por negligencia, quejas por la calidad de la atención, la relación deshumanizada médico-paciente e, incluso, las altas tasas de divorcios, psicopatologías y mortalidad de los mismos profesionales.

No son pocos los médicos que desconocen los efectos de su desgaste laboral sobre el desempeño de su ejercicio profesional, la salud de sus pacientes y la suya propia. Y son muchos menos aquéllos que reconociéndolo, dejan de buscar ayuda por conservar el estatus y la concepción del médico.

En la última década, desde las diversas instancias responsables de la salud y, también, desde la formación de los profesionales médicos, se ha venido tomando conciencia de este hecho y se han realizado avances que permiten el mejoramiento de la situación. El proceso de acreditación institucional, por ejemplo, es uno de los aspectos que promueven la mejora en este campo, dictaminando estándares para asegurar la calidad y mejoramiento de la educación referente a la formación de los profesionales y la oferta de programas de medicina en Colombia. De acuerdo con el Consejo Nacional de Acreditación, éste es un instrumento mediante el cual el Estado da fe pública de la calidad de las facultades; el cumplimiento de los criterios de calidad proporciona a la

institución con la obtención de la anhelada acreditación que redundará en grandes beneficios para la institución y los estudiantes.

En la Facultad de Medicina de la Universidad Militar, los componentes de mejora sugeridos por los pares académicos a la División de Posgrados Médicos, adicional a los comentarios de los residentes dirigidos al Programa de Humanidades de la División, proporcionaron las pautas para evidenciar la necesidad de los estudiantes y de los programas, y para realizar otro tipo de análisis que impulsó el interés por el estudio sobre la prevalencia del síndrome de fatiga en estudiantes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales[1].

Los resultados de este estudio evidencian algunos factores de importancia para ser trabajados a mediano y largo plazo por las diferentes instancias, como la división de posgrados, pregrado y de los hospitales que acogen a los estudiantes de la universidad. Se comenta a continuación la discusión de los elementos más relevantes que se encontraron.

El efecto del síndrome de fatiga en los profesionales

El reflejo del síndrome de fatiga (*burn out*) en los profesionales de la

salud se evidencia en la insatisfacción y el deterioro del ambiente laboral, y en la disminución de la calidad del trabajo y el servicio prestado; problemas legales como demandas, ausentismo laboral e, incluso, el abandono de la profesión.

Algunas investigaciones han resaltado el énfasis de la asociación entre la percepción de los residentes de estar insatisfechos, fatigados y sobrecargados, y sus opiniones sobre la calidad del cuidado que les brindan a sus pacientes. Firth-Cozens (2001), por ejemplo, encontró que el 76% de los residentes de su estudio (n=115) presentaban fatiga y, de éstos, más de la mitad juzgaron que disminuyeron el cuidado óptimo del paciente, por lo menos, una vez al mes, comparado con el 21% de los residentes que no presentaban mucha fatiga. La mitad de ellos (43%) se quejó de la relación negativa de su trabajo con su bienestar y de los aspectos más estresantes de la labor, como el sentirse agobiado por la carga laboral, el número de pacientes para atender, el tiempo limitado, la falta de control sobre estos factores y los pocos recursos, entre otros[2].

Diversos estudios han encontrado en su población de médicos residentes, que más de la mitad definen su labor como muy estresante[3-5]; asimismo, que tienen el doble de probabilidad, en comparación con la población general, de reportar pobre

salud mental y aseverar que por el estrés crónico han incrementado el riesgo de enfermedad afectiva, depresión y abuso de sustancias, entre otros[6].

Broquel (2004) llega incluso a sugerir que la fatiga puede ser el tipo de incapacidad de los residentes más prevalente aun que otras enfermedades[7]. La satisfacción del profesional también se ha asociado directamente con la satisfacción del paciente[8, 9] y con el cumplimiento del tratamiento médico[10]. Puede contribuir a deshumanizar los efectos de la educación médica, como lo anota Hafferty (1994). Para él, la socialización de los estudiantes médicos ha sido descrita como un “currículo oculto”, en el cual los estudiantes adquieren actitudes y hábitos de otros médicos. Las altas tasas del síndrome entre los residentes que pasan más tiempo con estudiantes de pregrado, por ejemplo, generan la posibilidad de que la fatiga de estos residentes influya lo que los estudiantes médicos y residentes más jóvenes interpretan como apropiado del comportamiento de su profesión[11] .

Mientras muchos estudios examinan el malestar físico, la enfermedad y la depresión, pocos se han interesado en conocer sobre el bienestar de los médicos o la manera en que afrontan las demandas de su trabajo. Mucha de la literatura del bienestar físico

está basada en opiniones, más que en datos empíricos[12]. Algunos estudios han evaluado a los estudiantes médicos y su percepción de estilos de vida en relación con la escogencia de especialidad, pero pocos han discutido el verdadero impacto del entrenamiento de la residencia en la salud y el bienestar de los profesionales[13].

El bienestar de los médicos

Los aspectos mencionados en el apartado anterior pueden resumirse en lo estipulado por el trabajo de Wallace *et al.* (2007): las demandas de trabajo se relacionan negativamente con el sentido de satisfacción laboral, bienestar y calidad de vida de los residentes; no obstante, pueden existir diferentes grupos de personas y estrategias que proveen recursos relacionados con el trabajo y el apoyo con efectos más positivos en lo que para ellos significa calidad de vida[14].

La práctica médica ha venido sufriendo grandes cambios en las últimas décadas, por ejemplo, ha visto el aumento del número de usuarios para la atención, se ha debido acoplar al uso de tecnología especializada para el registro de la consulta y ha disminuido su autonomía por las necesidades de las organizaciones, entre otros, que se han tornado en una amenaza directa para el bienestar de los médicos[15-18].

En el estudio de prevalencia de fatiga[19], se retomó la definición del síndrome planteada por Moreno (1997). De acuerdo con el autor, la fatiga consta de tres dimensiones:

1. Antecedentes de fatiga. Los componentes de esta dimensión son: características de la tarea y de la organización, referido éste último a aspectos funcionales de la organización y del puesto; tedio o monotonía referido a la repetición del trabajo.

2. Factores del síndrome de fatiga. Se divide en los componentes de:

- a) Cansancio emocional, pérdida progresiva de energía, sensación de desgaste, fatiga física o psicológica, o ambas.
- b) Despersonalización, actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, irritabilidad, pérdida de motivación e incompetencia, trato frío en el trabajo, hacia la vida y los demás[20].
- c) Realización profesional, percepción de falla profesional con actitudes negativas hacia el rol profesional y hacia sí mismo, incompetencia e incapacidad para soportar la presión; carencia de expectativas e insuficiencia generalizada[21].

3. Consecuentes de la fatiga. No tiene ningún componente.

El bienestar psicológico, por su parte, fue evaluado con los parámetros establecidos por la escala de bienestar psicológico para adultos (BIEPS-A) de Casullo (2002).

Consta de cinco dimensiones:

- 1) Control de situaciones (sensación de control, autocompetencia, capacidad de moldear contextos a sus necesidades, manejo asuntos cotidianos).
- 2) Aceptación de sí mismo (aprobación de aspectos personales, buenos y malos).
- 3) Vínculos psicosociales (enlaces psicosociales estables, empáticos y afectivos).
- 4) Autonomía (toma de decisiones independientes, asertividad, confianza en el propio juicio).
- 5) Proyectos (sentido de la vida, tener metas y proyectos)[22].

El estudio de prevalencia evidenció cómo el bienestar psicológico se correlacionaba inversamente con todas las subescalas del síndrome de fatiga, excepto con la despersonalización[23]. El hallazgo podría explicar

este componente como un mecanismo de los profesionales para adaptarse a las demandas y el contexto laboral. Dado que la despersonalización hace referencia al distanciamiento relacional entre los residentes y los pacientes, es visto como una estrategia de afrontamiento ante las situaciones de la vida médica e, incluso, para lograr luchar con la sintomatología de la fatiga[24]; esto, sin generar percepción de alteraciones de su bienestar psicológico pero sí influyendo directamente en el bienestar de los pacientes.

El establecimiento de la direccionalidad de las asociaciones entre estas dos variables es un aspecto por desarrollar en futuras investigaciones; el precisar si el deterioro en el bienestar psicológico de los residentes precede a la fatiga o si la manifestación del síndrome tiene como efecto el deterioro en este bienestar, ayudaría a posibilitar programas de intervención y a mejorar las políticas de las facultades de medicina y de las instituciones hospitalarias.

Por otra parte, el componente más afectado del bienestar psicológico fue el de autonomía y aceptación/control, lo que pone en evidencia la posibilidad de que haya residentes que manifiesten cierta inestabilidad emocional, poca asertividad y dependencia para tomar decisiones, aspectos que están lejos de las competencias requeridas para un es-

pecialista médico. Este hecho concuerda con lo reportado por Rubio, quien asegura en su estudio que los profesionales con mayor nivel de fatiga presentan insuficientes actitudes adaptativas de autonomía, excesiva necesidad de aprobación y menor realización de expectativa[25]. De igual manera, otros autores (26,27) 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.

Es importante, también, resaltar la relación que se encontró entre horas de turno en el hospital (más de 18 a 24 horas) y componentes del bienestar psicológico (vínculos y aceptación/control), ya que el alto número de horas en los turnos semanales afecta directamente el bienestar de los residentes; probablemente esto se deba a que las relaciones interpersonales se ven limitadas, existe incapacidad para poder comprometerse en ellas y puede existir una percepción de dificultad en modificar y controlar su contexto. El estudio confirmó las necesidades expresadas por los mismos residentes, de recibir ayuda por el estrés, hecho que fue percibido por los delegados del Consejo Nacional de Acreditación, quienes recomendaron

replantear las horas de turno y el derecho a descanso posterior al turno de los estudiantes; esto, en la mayoría de facultades médicas.

Sin embargo, las demandas laborales, las horas de trabajo y el conflicto trabajo-familia, entre otros, no se han encontrado siempre relacionados con el bienestar de los médicos en éstos u otros trabajos[28, 29]; en cambio, al parecer, el sentido subjetivo de sentirse agobiado por el trabajo y las demandas emocionales son más detrimentos para el bienestar de los médicos.

Dos variables que tienen la relación más fuerte con el bienestar en algunos estudios, por ejemplo, el de Wallace (2007), son las demandas emocionales y las interacciones positivas con los pacientes. Esto apoya la creencia de que la interacción del paciente es una clave para el estrés emocional y una fuente esencial de satisfacción en su vida laboral cotidiana[30]. Estos resultados podrían indicar también que el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome de fatiga son inconsistentes y que otras variables pueden estar ejerciendo una influencia moduladora mucho más fuerte sobre la fatiga que las primeras.

Entonces, las variables del ambiente laboral pero, sobre todo las de tipo de motivación y personal, como las ha-

bilidades de afrontamiento, inciden de manera más directa sobre el síndrome de fatiga que las características demográficas de los sujetos.

Los profesionales y su salud

En relación con las anteriores anotaciones de la fatiga y las habilidades y competencias de los profesionales, se considera que una de las razones por las cuales este síndrome y el estrés suelen ser tan altos en los médicos, es, entre otras, porque ellos no son muy buenos cuidando su propia salud o pidiendo ayuda, incluso se apoyan en estrategias de negación o evitación que no son particularmente efectivas[31].

La profesión médica tiene una pobre reputación para proveer apoyo mutuo o dar y recibir retroalimentación[32], aun cuando se ha encontrado que el apoyo social de los colegas es de suprema importancia para contribuir a la satisfacción laboral y bienestar, así como para reducir el estrés laboral[33, 34]. Además de las dificultades de los médicos para realizarse valoraciones físicas, buscar tratamiento médico y psicológico, entre otros, se encuentran los valores culturales y las normas asociados con hospitales y algunas especialidades que no ayudan con la comunicación de apoyo necesaria para aprender y afrontar el sistema de cuidado de la salud[35].

Retomando los resultados del estudio de prevalencia, queda abierto un interrogante sobre la formación tradicional de los médicos que descuida en la enseñanza, otro tipo de competencias necesarias como las habilidades de adaptar su entorno a las necesidades, el ejercicio del criterio propio y, aún más, la promulgación del autocuidado y de habilidades de afrontamiento.

El hecho de que los profesionales médicos no tengan precaución sobre su propia salud como lo aconsejan a sus pacientes, es una paradoja[36]. Sanabria *et al.* (2007) plantean que, por su estatus, se esperaría que los profesionales de la salud practicaran con mayor frecuencia comportamientos saludables en virtud de ser modelos de los pacientes a quienes aconsejan adoptar estilos de vida saludables. Sin embargo, encontraron que este planteamiento dista de lo habitual al encontrar profesionales fumadores, sedentarios, que consumen mucho alcohol y que no realizan actividad física[37].

Los profesionales desconocen el verdadero impacto que estos comportamientos tienen sobre la conducta de sus pacientes y las personas que los rodean[38]. La relevancia del tema de la fatiga en profesionales de la medicina no recae, como se ha visto, únicamente en ellos mismos como receptores del síndrome, sino también,

en los pacientes a quienes atienden y en las personas con quienes conviven; de igual forma, se evidencia notablemente en el deterioro de la calidad de vida general de las personas y en los estilos de vida inadecuados que manejan los profesionales. Estos aspectos son de gran trascendencia para posteriores investigaciones referentes a la salud mental, calidad y estilos de vida en los profesionales encargados de la salud.

Qué hay en el futuro

En el pasado, el sistema educativo ha asumido que el entrenamiento profesional intensivo es suficiente para asegurar a corto y a largo plazo una gratificación personal. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que este énfasis en el entrenamiento sólo genera más estrés personal y fatiga[39-41] y la experiencia cotidiana ha dejado evidenciar que nada más errado que considerar que los aspectos teóricos son bagaje suficiente para educar.

Afortunadamente, las nuevas regulaciones empujan a desarrollar programas de entrenamiento que simultáneamente optimicen la formación empírica, el cuidado de los estudiantes y el público al cual sirven[42]. Bajo esta orientación, durante los últimos años, los programas de entrenamiento médico han sido devotos en incre-

mentar la atención para mejorar las condiciones laborales de los residentes. Los programas también trabajan más duro para identificar la discapacidad originada por depresión, abuso de sustancias, estrés, etc. Hay, entonces, esfuerzos para incrementar la seguridad de los pacientes y la participación de los profesionales en su propia salud, además de mejorar la calidad del cuidado.

Todavía se necesita humanizar la enseñanza, adecuar el personal y los programas, para estar en las mejores condiciones educativas y de bienestar personal. Antes que por los resultados de los estudios, sabemos por lógica que nuestros profesionales deben estar saludables para que nosotros y nuestros pacientes, familias y comunidades lo sean también. El establecer y evaluar formas de mantener relaciones en el programa y fuera de él, es esencial para detectar y tratar los problemas emocionales y físicos de los residentes.

Los cambios se están suscitando con gran atención al funcionamiento del sistema de seguridad social, evaluación de la atención y compromisos por mejorar. Sin embargo, no puede centrarse únicamente en la restricción de horas de turno de los residentes. Las regulaciones también deberían permitir brindarles a los pacientes profesionales más descansados y el sistema

debe proveer a los pacientes con un sistema mejorado[43].

Las transformaciones para los usuarios y los profesionales no tomarán poco tiempo y los beneficios más importantes son aquéllos que pueden permanentemente influenciar nuestro sistema de educación médica y, a su vez, el campo de la medicina. Éstos incluyen los cambios continuos, los cambios en áreas de currículo y el mejoramiento de las dinámicas de las instituciones. La participación de los propios médicos en el mejoramiento del sistema será trascendental para los nuevos profesionales y para todo el sistema de seguridad social. La integración de este campo al currículo de estudios médicos, facilitará las medidas, además de un acercamiento a las instituciones hospitalarias y a los médicos profesionales ya especializados.

Programas en las facultades de medicina

Existen diversos programas implantados en facultades de medicina, extranjeras generalmente, que han involucrado en su currículo los planteamientos del bienestar en los pacientes y las mejoras para la calidad de los profesionales y los usuarios.

Broquet (1984) estableció que el 82% de las técnicas para mejorar el estrés ha recibido comentarios muy

positivos y son sólo pocos aquellos residentes que refutan la idea. Menciona, para ilustrar el caso, un apartado redactado por uno de los estudiantes médicos:

“Sé como desestresarme a mí mismo, no me permiten el tiempo para hacerlo y honestamente siento que los residentes y los superiores no les interesa por lo que yo puedo estar pasando..., en vez de poner la responsabilidad en nosotros para aprender cómo manejar las demandas poco razonables del trabajo, deberían originar algo para resolverlo..., sugerir cómo manejar el estrés es tratar los síntomas y no el problema” [44].

La Facultad de Medicina de la Universidad de Dalhousie (Canadá) cuenta con un programa de habilidades de comunicación aplicadas a todo nivel de la educación médica, especialmente, para la interacción médico-paciente que se extiende a través del currículo de pregrado, posgrado y educación continua de la facultad. Para la inclusión en el currículo se basa en la guía Calgary Cambridge de entrevista médica[45], que mezcla el método clínico tradicional con las habilidades de comunicación en un modelo médico centrado en el paciente.

La Universidad de Boston, por su parte, realiza talleres para el manejo

del estrés que permiten mejorar las habilidades de afrontamiento de los residentes. Llevaron a cabo una investigación para evaluar el impacto de esta técnica, aplicando los instrumentos del sistema de estrés y de fatiga de Maslach, antes y después de los talleres. Comprendían media jornada donde se enseñaban técnicas en: 1) aprender y practicar habilidades interpersonales incrementando habilidades de apoyo social; 2) priorizar demandas personales, de trabajo y educativas; 3) técnicas para concientizar y atender las necesidades de autocuidado; 4) reconocer y evitar respuestas de mala adaptación, y 5) potenciar habilidades positivas. La investigación evidenció buenos resultados con impacto a corto plazo. Se intenta que los estudiantes logren desarrollar hábitos de vida saludables que puedan utilizar cuando sean médicos, que mantengan el equilibrio y mecanismos de afrontamiento positivos durante la formación médica[46].

La Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown estudió la influencia de las emociones en los residentes para ayudarles a mantener éstas independientes del cuidado de calidad de los pacientes y el suyo. La propuesta del programa asegura que se enseña a aprender sin que las emociones negativas se entremezclen con la atención al paciente y contribuyan a la fatiga y enfermedades de los doctores[47].

La Facultad de Medicina de la Universidad Militar creó el programa de Humanidades de posgrados médicos en el año 2005. Su propósito es apoyar la continua formación y actualización de los profesionales que adelantan sus estudios de posgrado, mediante la programación de diversos cursos de apoyo docente. Hasta la fecha, se han puesto a disposición de los residentes documentos de soporte, cine foros y algunos talleres, dirigiéndose hasta ahora a los residentes de primer y segundo año de las especialidades y subespecialidades médico-quirúrgicas (se desarrolla de forma transcurricular en los dos primeros años de cualquier especialidad). Los estudiantes reciben y sugieren lecturas y charlas sobre temas relacionados con su profesión, y otros de interés e importancia para la práctica médica y su vida personal: bioética, procesos grupales, medicinas alternativas y complementarias, salud familiar, contexto nacional y ciencias sociales y salud[48].

Sin embargo, los programas desarrollados para los residentes, que en su mayoría provienen del área de bienestar universitario, se encuentran aislados de las necesidades de los estudiantes, de su disponibilidad de tiempo y del plan de estudios de la carrera. Hacen referencia, entonces, a programas extracurriculares, con actividades adicionales, pero no complementarias o poco pertinentes a la formación médica.

Este tipo de proyectos debe dirigirse a potenciar las competencias de los estudiantes, no únicamente sobre conocimientos teóricos y prácticos, sino también sobre nociones éticas, personales y sociales. El propósito de las facultades de medicina con sus residentes recae en la integración de las dimensiones biomédicas con las dimensiones sociales y humanísticas que le deben concierne a la práctica médica. En el país, por ejemplo, el programa de la Universidad de la Sabana plantea que las competencias de atención al paciente, conocimientos médicos y aprendizaje basado en la práctica, se desarrollan por el mismo residente; las demás competencias (herramientas interpersonales y comunicativas, profesionalismo, prácticas basadas en los sistemas de salud, investigación y docencia) las desarrolla la escuela de posgrados de la facultad, escenario de formación de actitud y de consolidación de competencias para los residentes[49].

Los resultados sugieren una agenda importante en relación con la formación médica, tanto en estudios de pregrado como de posgrado; de igual forma, en relación con las políticas veladas y visibles de las instituciones hospitalarias universitarias que apoyan la enseñanza de los profesionales en su contexto, de los profesionales ya egresados en la transmisión de la “cultura médica” y del mismo sistema de

seguridad social con la reglamentación de la práctica profesional.

Bibliografía

1. Paredes O. Prevalencia del síndrome de burnout en estudiantes de especialidades médico-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Rev Med.* En prensa 2008.
2. Firth-Cozens J. *Interventions to improve physicians' well-being and patient care.* *Soc Sci Med.* 2001; 52: 215-22.
3. Henry J. *OMA membership survey results confirm overwhelming level of frustration among Ontario physicians.* *OMR.* 2004; 71: 1-6.
4. Robertson R. Alberta physician stress and burnout research study. Report prepared for the Alberta Physician and Family Support Program, 2002. Disponible en: [www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/87256DB000705C3F87256E0500552925/\\$File/Executive_summary_burnout_study_2002.pdf](http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/87256DB000705C3F87256E0500552925/$File/Executive_summary_burnout_study_2002.pdf)
5. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. *The well-being of physicians.* *Am J Med.* 2003; 114: 513-8.
6. Cohen S, Patten S. *Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta.* *BMC Med Educ.* 2005; 5: 21.
7. Broquet K, Rockey P. *Teaching residents and program directors about physician impairment.* *Acad Psychiatry.* 2004; 28: 221-5.
8. Barr D. *The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care.* *Ann Intern Med.* 1995; 122: 353-9.
9. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. *Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?* *J Intern Med.* 2000; 15: 122-8.
10. DiMatteo M, Sherbourne C, Hays R, Ordway L, Kravitz R. *Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study.* *Health Psychol.* 1993; 12: 93-102.
11. Hafferty FW, Franks R. *The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education.* *Acad Med.* 1994; 69: 861-71.
12. Shanafelt T, Bradley KA, Wipf J, Back A. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program.* *Ann Intern Med.* 2002; 136: 358-67.
13. Azizzadeh A, McCollum C, Miller C, Holliday K, Lucci A. *Factors influencing career choice among medical students interested in surgery.* *Curr Surg.* 2003; 60: 210-3.
14. Wallace J, Lemaire J. *On physician well being-You'll get by with a little help from your friends.* *Soc Sci Med.* 2007; 64: 2565-77.
15. Bartell JM, Smith MA. *Physician professionalism and organizational efforts to improve quality: a systems perspective.* *WJM.* 2004; 103: 66-70.
16. Frank E, Borgan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. *Health related behaviors of women physicians vs. other women in the*

- United States. Arch Intern Med. 1998; 158: 342-8.
17. Goitein L, Shanafelt T, Wipf J, Slatore C y Back, A.. *The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program.* Arch Intern Med. 2005; 165: 2601-6.
 18. Visser M, Smets E, Oort F, Haes H. *Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists.* CMAJ. 2003; 168: 271.
 19. Paredes, O. *Op. cit.*
 20. Moreno-Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del burnout: problemas y alternativas, validación del CBB. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones.* 1997; 13: 185-207.
 21. Gil-Monte P, Peiró J, Valcárcel P. *A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress.* Comport Organ Gestao. 1998; 4: 165-79.
 22. Casullo M, Breñilla ME, Castro A, Cruz MS. *Evaluación del bienestar psicológico en iberoamérica.* Buenos Aires: Ed. Paidós; 2002.
 23. Paredes O. *Op. cit.*
 24. Kushnir T, Melamed S. The gulf ward and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. Psychol Med. 1992; 22: 987-95.
 25. Rubio J. *Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria obligatoria* (tesis). Extremadura: Universidad de Extremadura; 2003.
 26. Schmoldt R, Freeborn D, Klevit H. *Physician burnout: Recommendations for HMO managers.* HMO Practice. 1994; 8: 58-63.
 27. Maslach C. *Burned out.* J Human Behavior. 1976; 59: 16-22.
 28. Atance J. *Epidemiological aspects of the burnout syndrome in health workers.* Rev Esp Salud Pública. 1997; 71: 293-303.
 29. 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. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2005; 23: 33-45.
 30. Wallace. *Op. cit., 2574.*
 31. Firth-Cozens. *Op. cit.* 217.
 32. Edwards N, Kornacki M, Silversin J. *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* BMJ. 2002; 324: 835-8.
 33. Ford D, Klag M, Mead L, Cooper-Patrick L. *Evaluation of the Bayer physician-patient communication program in a staff model HMO: the patient's perspective.* 1996.
 34. Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review.* Lancet. 2001; 357: 757-62.
 35. Wallace. *Op. cit., 2566.*
 36. Frank E. *Correlates of physicians' prevention-related practices.* Arch Fam Med. 2000; 9: 359-67.
 37. Sanabria P, Gonzáles L, Urrego D. Estilos de vida saludable en profesionales colombianos de la salud. Rev Med. 2007; 12 (2), en prensa.
 38. Frank *Op. cit., 366.*
 39. Shanafelt T, Bradley KA, Wipf J, Back A. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency*

- program*. Ann Intern Med. 2002; 136: 358-67.
40. Clever LH. *Who is sicker: patients - or residents?* Residents' distress and the care of patients. Ann Intern Med. 2002; 136: 391-3.
 41. Baldwin DC, Daugherty SR, Tsai R, Scotti MJ. *A national survey of residents' self-reported work hours: thinking beyond specialty*. Acad Med. 2003; 78: 1154-63.
 42. Skeff KM, Ezeji-Okoye S, Pompei P, Rockson S. *Benefits of resident work hours regulation*. Ann Intern Med. 2004; 140: 816-7.
 43. *Ibíd.*, 816.
 44. Broquet. *Op. cit.*, 223.
 45. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
 46. McCue JD, Sachs CL. *A stress management workshop improves residents' coping skills*. Arch Intern Med. 1991; 151: 2273-7.
 47. Kasman D, Fryer-Edwards K, Braddock C. *Educating for professionalism: trainees' emotional experiences on inpatient wards*. Acad Med. 2003; 78: 730-41.
 48. Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Medicina. Posgrados. Programa de Humanidades. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/www/section-3244.jsp>
 49. Universidad de la Sabana. *Competencias*. Disponible en: [//sabanet.unisabana.edu.co/medicina/especializaciones/radiologia/competencias.htm](http://sabanet.unisabana.edu.co/medicina/especializaciones/radiologia/competencias.htm).