

**CALIDAD DE VIDA Y PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EN RESIDENTES DE
DERMATOLOGÍA DE COLOMBIA: UN ESTUDIO NACIONAL**

**QUALITY OF LIFE AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE IN
DERMATOLOGY RESIDENTS FROM COLOMBIA: A NATIONAL STUDY**

Presentado por:

Daniel Mauricio Cuestas Rodríguez

John Alexander Velandia Siabato

Asesores

Asesor Clínico: Adriana Motta Beltrán M.D

Asesor Temático: Lili Rueda M. D

Asesor Metodológico: José de La Hoz M.D

Asesor Estadístico: Carlos Gómez Zúñiga

Directores

Directora Posgrado de Dermatología: Adriana Motta Beltran M.D

Director de trabajo de grado: José de La Hoz M.D

Co-directora de trabajo de grado: Lili Rueda M. D

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN DE DERMATOLOGÍA

2020

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Agradecimientos

Queremos agradecer y reconocer a todos los residentes de Dermatología de Colombia quienes contribuyeron con su información para la construcción de este nuevo conocimiento.

A la Doctora Adriana Motta, directora de nuestro programa de residencia de dermatología quien siempre procura por el bienestar de sus residentes.

A nuestras familias y pareja con su incesante apoyo

Título

Resumen

Abstract

1. Introducción.....	26-28
2. Planteamiento del problema.....	29-30
3. Pregunta de investigación	31
4. Justificación del estudio.....	32-35
5. Objetivos	
5.1 Objetivo general.....	36
5.2 Objetivo específico.....	36-37
6. Propósitos y trascendencia de la investigación.....	38-39
7. Marco Teórico	
7.1 Definición e historia	40
7.2 Factores que interactúan con la calidad de vida del residente.....	40
7.2.1 Factores extrínsecos.....	41
7.2.2 Factores intrínsecos.....	41-42
7.2.3 Escenarios emergentes.....	42
7.2.3.1 Estrés: definición y neurobiología.....	42-45
7.2.3.1.1 Estrés crónico y sus efectos clínicos.....	45
7.2.3.1.1.1 Implicaciones neuropsicológicas.....	45-46
7.2.3.1.1.2 Implicaciones cardiovasculares.....	46

7.2.3.1.1.3 Implicaciones respiratorias.....	47
7.2.3.1.1.4 Implicaciones del tracto gastrointestinal.....	47-48
7.2.3.2 Síndrome de desgaste profesional: definición, características asociadas y factores de riesgo.....	49-50
7.2.3.2.1 Síndrome de desgaste profesional y calidad de vida en estudiantes de medicina.....	50-54
7.2.3.2.2 Síndrome de desgaste profesional y calidad de vida en médicos en ejercicio.....	53-54
7.2.3.2.3 Síndrome de desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes.....	55-59
7.2.3.2.4 Modelos pedagógicos asociados al Burnout.....	59-60
7.2.3.2.5 Respuestas de los médicos y las organizaciones frente al desgaste profesional-burnout y su implicación en la calidad de vida.....	60-61
7.2.3.1 Implicaciones de la calidad de vida con el riesgo suicida.....	62
7.3 Responsabilidad ética y financiamiento de instituciones para mejorar la calidad de vida y reducir el desgaste profesional.....	62-64
7.4 Estrategias de las sociedades científicas y académicas frente a la calidad de vida de los médicos residentes.....	64-68
7.5 Estudios nacionales en residentes de dermatología y/o dermatólogos.....	68-69
7.6. Instrumentos de medición	
7.6.1 Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35).....	69
7.6.2 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS).....	70

7.6.3 General Health Questionnaire (GHQ-12).....	70-71
--	-------

8. Metodología

8.1. Tipo de estudio.....	72
8.2. Población a estudio.....	72
8.3. Muestra a estudio.....	72-76
8.3.1. Criterios de inclusión.....	75
8.3.2 Criterios de exclusión.....	75
8.4 Aplicación de instrumentos de medición.....	75-76
8.5 Matriz de variables.....	77-87

8.5.1 Escalas de evaluación de calidad de vida

8.5.1 .1 Evaluación de calidad de vida profesional por cuestionario CVP-35.....	88-90
8.5.1.1 Evaluación de salud mental- El Cuestionario de Salud General (GHQ-12).....	90-91
8.5.1.2 Evaluación del “Burnout” Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS).....	91-93
8.5.2 Métodos de análisis estadístico.....	94-95

9. Factibilidad

9.1 Consideraciones éticas.....	96
9.2 Cronograma.....	97-98

9.3 Funciones de los investigadores y auxiliares de investigación dentro del proyecto.....	99
9.4 Problemas o riesgos de la investigación.....	100-101
10. Presupuesto.....	102
11. Resultados	
11.1 Muestra de análisis.....	103
11.2. Datos sociodemográficos.....	103-112
11.2.1 Edad y sexo	104
11.2.2 Tipo de centro	104
11.2.3 Año de residencia	104
11.2.4 Universidad de procedencia.....	105
11.2.5 Lugar de origen.....	105
11.2.6 Estratificación social.....	106
11.2.7 Pareja e hijos.....	106
11.2.8 Inversión económica y percepción de dificultad económica durante la residencia.....	107
11.2.9 Autocuidado físico y mental.....	108-109
11.2.10 Acceso a salud mental y riesgo suicida.....	110
11.2.11 Contribución al sistema de salud y la asistencia clínica.....	110-111
11.2.12 Participación en investigación y producción de material científico	111-112

Calidad de vida profesional

11.3. Calidad de vida profesional medido por CVP-35.....	113
11.3.1 Calidad de vida profesional medida por CVP-35 y factores sociodemográfico.....	113-114

Apoyo directivo

11.3.2 Dimensión de apoyo directivo medido por CVP-35	115
11.3.2.1 Apoyo directivo medido por CVP-35 y asociaciones sociodemográficas ..	116-118
11.3.2.1.1 Apoyo directivo y valoración psicológica.....	116
11.3.2.1.2 Apoyo directivo y trabajo por fuera de residencia.....	116-117
11.3.2.1.3 Apoyo directivo y actividades de intermediación administrativa.....	117
11.3.2.1.4 Apoyo directivo y universidad de procedencia.....	117
11.3.2.1.5 Apoyo directivo y costo del semestre	118
11.3.2.1.6 Declaraciones finales sociodemográficas.....	118
11.3.2.2 Apoyo directivo y asociación con otros ítems de CVP-35	119-120
11.3.2.3 Apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca por CVP-35.....	120-121
11.3.2.4 Apoyo directivo y percepción de calidad de vida profesional medido en ítem D34 por CVP-35.....	121
11.3.2.5 Apoyo directivo de CVP-35 y Burnout por MBI-HSS.....	121
11.3.2.5.1 Apoyo directivo de CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS.....	122
11.3.2.5.2 Apoyo directivo de CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS.....	122-123

11.3.2.5.3 Apoyo directivo de CVP-35 y realización personal por MBI-HSS.....	123
11.3.2.5.4 Apoyo directivo por CVP-35 y presencia de Burnout por MBI-HSS.....	124
11.3.2.6 Apoyo directivo de CVP-35 y salud mental por GHQ-12 124-125.....	124
11.3.2.6.1 Apoyo directivo de CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12.....	124
11.3.2.6.2 Apoyo directivo de CVP-35 y función social por GHQ-12.....	125

Carga de trabajo

11.3.3 Carga de trabajo medido por CVP-35.....	126
11.3.3.1 Carga de trabajo medido por CVP-35 y asociaciones sociodemográficas.....	126
11.3.3.1.1 Carga de trabajo y conductas de automedicación.....	127
11.3.3.1.2 Carga de trabajo, acceso a salud mental y riesgo suicida.....	127
11.3.3.1.3 Carga de trabajo y universidad de procedencia.....	127-128
11.3.3.2 Carga de trabajo y asociación con otros ítems de CVP-35	128-129
11.3.3.3 Carga de trabajo y su influencia sobre el apoyo directivo y la motivación intrínseca medidos por CVP-35.....	129
11.3.3.4 Carga de trabajo y percepción de calidad de vida profesional medido en ítem 34 de CVP-35	130
11.3.3.5 Carga de trabajo de CVP-35 y Burnout medido por MBI-HSS.....	130
11.3.3.5.1 Carga de trabajo de CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS....	130-131
11.3.3.5.2 Carga de trabajo de CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS.....	131
11.3.3.5.3 Carga de trabajo de CVP-35 y realización personal por MBI-HSS.....	132

11.3.3.5.4 Carga de trabajo por CVP-35 y presencia de desgaste profesional por MBI-HSS.....	132
11.3.3.6 Carga de trabajo de CVP-35 y salud mental por GHQ-12	133
11.3.3.6.1 Carga de trabajo por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12.....	133
11.3.3.6.2 Carga de trabajo de CVP-35 y función social por GHQ-12.....	133

Motivación intrínseca

11.3.4 Motivación intrínseca medido por CVP 35.....	134
11.3.4.1 Motivación intrínseca por CVP-35 y asociaciones sociodemográficas.....	135
11.3.4.1.1 Motivación intrínseca y universidad de procedencia.....	135
11.3.4.1.2 Motivación intrínseca y requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica.....	135-136
11.3.4.1.3 Motivación intrínseca y actividades de intermediación administrativa.....	136
11.3.4.1.4 Motivación intrínseca y actividades de investigación	136
11.3.4.2 Motivación intrínseca y asociación con otros ítems de CVP-35	137
11.3.4.3 Motivación intrínseca y su influencia sobre apoyo directivo y carga de trabajo medidos por CVP-35	138
11.3.4.4 Motivación intrínseca y percepción de calidad de vida profesional medido en ítem 34 por CVP-35	138
11.3.4.5 Motivación intrínseca por CVP-35 y Burnout medido por MBI-HSS	139
11.3.4.5.1 Motivación intrínseca por CVP-35 y agotamiento emocional (EE) por MBI-HSS.....	139

11.3.4.5.2 Motivación intrínseca por CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS.....	140
11.3.4.5.3 Motivación intrínseca por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS....	140
11.3.4.5.4 Motivación intrínseca por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS.....	141
11.3.4.6 Motivación intrínseca por CVP-35 y salud mental por GHQ-12	142
11.3.4.6.1 Motivación intrínseca por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12.....	142
11.3.4.6.2 Motivación intrínseca por CVP-35 y función social por GHQ-12.....	143

Percepción de la calidad de vida

11.3.5 Percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP35	144
11.3.5.1 Percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y variables sociodemográficas	144-145
11.3.5.1.1 Percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y Universidad de procedencia.....	144-145
11.3.5.2 Percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y asociación con otros ítems de CVP-35	145-146
11.3.5.3 Percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP-35 e influencia en el apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca	147-148
11.3.5.4 Percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS.....	147
11.3.5.4.1 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS.....	147-148
11.3.5.4.2 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS.....	148-149

11.3.5.4.3 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS.....	149
11.3.5.4.4 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS.....	149-150
11.3.5.5 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y salud mental por GHQ-12.....	150-151
11.3.5.5.1 Percepción de calidad de vida por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12.....	151-152
11.3.5.5.2 Percepción de calidad de vida por CVP-35 y función social por GHQ-12.....	152

Nivel de calidad de vida

11.3.6 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y dimensiones de MBI-HSS.....	153
11.3.6.1 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y agotamiento emocional por MBI-HSS.....	153
11.3.6.2 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y despersonalización por MBI-HSS.....	153
11.3.6.3 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y realización personal por MBI-HSS.....	154
11.3.6.4 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y Burnout por MBI-HSS.....	155

Burnout o desgaste profesional

11.4 Burnout por MBI-HSS.....	156
11.4.1 Burnout y asociaciones sociodemográficas.....	156-162
11.4.1.1 Burnout global según universidad de procedencia	158

11.4.1.2 Burnout al interior de cada universidad de procedencia	159
11.4.1.3 Burnout medido por MBI-HSS y semestre de residencia.....	159-160
11.4.1.4 Burnout por MBI-HSS, inversión económica y percepción de dificultad económica durante la residencia	160-161
11.4.1.5 Burnout por MBI-HSS y presencia de ideación suicida.....	161
11.4.1.6 Burnout por MBI-HSS y requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica.....	161
11.4.1.7 Declaraciones finales sociodemográficas.....	162
11.4.2 Burnout por MBI-HSS y nivel de calidad de vida por CVP 35	162
11.4.3 Burnout por MBI-HSS y salud mental por GHQ-12 global.....	163

Agotamiento emocional

11.4.4 Agotamiento emocional por MBI HSS.....	164
11.4.4.1 Agotamiento emocional por MBI HSS y variables sociodemográficas.....	165-169
11.4.4.1.1 Agotamiento emocional por MBI HSS y procedencia de universidad.....	166
11.4.4.1.2 Agotamiento emocional por MBI HSS y trabajo fuera de la residencia.....	166
11.4.4.1.3 Agotamiento emocional por MBI y requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica	166-167
11.4.4.1.4 Agotamiento emocional por MBI-HSS e ideación suicida.....	168
11.4.4.1.5 Agotamiento emocional por MBI-HSS y actividades administrativas	168
11.4.4.1.6 Declaraciones finales	169

11.4.4.2 Agotamiento emocional y su influencia sobre la despersonalización y realización personal	169
11.4.4.3 Agotamiento emocional y su influencia sobre el Burnout por MBI-HSS.....	169
11.4.4.4 Agotamiento emocional y salud mental GHQ-12.....	171
11.4.4.4.1 Agotamiento emocional y bienestar psicológico por GHQ-12.....	172
11.4.4.4.2 Agotamiento emocional y función social y afrontamiento por GHQ-12.....	172

Despersonalización

11.4.5 Dimensión de despersonalización medida por MBI HSS.....	173
11.4.5.1 Despersonalización medida por MBI HSS y variables sociodemográficas...174-176	
11.4.5.1.1 Despersonalización medida por MBI HSS y procedencia de universidad.....	174
11.4.5.1.2 Despersonalización por MBI-HSS y crédito posgrado.....	175
11.4.5.1.3 Despersonalización por MBI-HSS y crédito pregrado.....	175-176
11.4.5.1.4 Despersonalización por MBI-HSS y requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica.....	176
11.4.5.2 Despersonalización por MBI-HSS y su influencia sobre la realización personal.....	177
11.4.5.3 Despersonalización por MBI-HSS y su influencia sobre el Burnout.....	177
11.4.5.4 Despersonalización por MBI-HSS y salud mental por GHQ-12.....	178

Realización personal

11.4.6 Dimensión de realización personal por MBI-HSS.....	179
11.4.6.1 Realización personal por MBI-HSS y variables sociodemográficas	180-182
11.4.6.1.1 Realización personal por MBI-HSS y universidad de procedencia.....	180
11.4.6.1.2 Realización personal por MBI-HSS y consulta psicológica.....	181
11.4.6.1.3 Realización personal y costo de sostenimiento	181
11.4.6.1.4 Realización personal y riesgo suicida.....	182
11.4.6.1.5 Declaraciones finales.....	182
11.4.6.2 Realización personal y su influencia sobre el Burnout por MBI-HSS.....	183
11.4.6.3 Realización personal y salud mental por GHQ-12.....	183-184
11.4.7 Resumen del comportamiento de Burnout vs. Calidad de vida profesional por CVP35 y GHQ-12.....	185

Salud mental

11.5 Evaluación de la salud mental por GHQ-12.....	186
11.5.1 Evaluación de la salud mental por GHQ-12 y asociaciones sociodemográfica.....	186-187
11.5.1.1 Salud mental por GHQ-12 y universidad de procedencia	188
11.5.1.2 Bienestar social y afrontamiento por GHQ-12 y universidad de procedencia ...	188
11.5.1.3 Bienestar psicologico por GHQ-12 y universidad de procedencia.....	189

11.5.1.4 Salud mental por GHQ-12 y demanda de consulta psicológica y/o psiquiátrica.....	189-190
11.5.1.5 Salud mental por GHQ-12 y otras variables sociodemográficas no estadísticamente significativas.....	190-192

Clúster o agrupación final

11.6 Agrupación jerárquica y análisis de componentes principales.....	193-200
11.6.1 Análisis de agrupamiento por método de Ward.....	196
11.6.2 Clúster o agrupación final.....	197-201
11.6.2.1 Distribución de los medias de puntaje de CVP-35, MBI-HSS y GHQ-12 según la agrupación final.....	201
11.6.3 Agrupaciones finales y características sociodemográficas.....	202
11.6.3.1 Distribución de procedencia al interior de cada agrupación final.....	202-204
11.6.3.2 Distribución de clúster al interior de cada región de procedencia.....	202-204
11.6.3.3 Distribución de las universidades en el interior de cada agrupación final...	205-206
11.6.3.4 Distribución de la agrupación final al interior de cada universidad.....	207
11.6.3.5 Agrupaciones finales y sexo	208
11.6.3.6 Agrupaciones finales y estado civil.....	208
11.6.3.7 Agrupaciones finales y apoyo familiar.....	209
11.6.3.8 Agrupaciones finales y requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica.....	209
11.6.3.9 Agrupaciones finales e idea suicida.....	209

11.6.3.10 Agrupaciones finales y comunicación con familiares.....	210
11.6.3.11 Agrupaciones finales y actividades administrativas.....	210

Discusión

Apoyo directivo

12. 1 Apoyo directivo en la calidad de vida profesional medido por CVP-35.....	211
12. 1.1 Características sociodemográficas específicas para apoyo directivo y común por agrupación final.....	211
12. 1.2 Influencia del apoyo directivo en las en las relaciones de pareja y la disfunción familiar.....	212-213
12. 1.3 Influencia del apoyo directivo en la aparición de depresión, riesgo suicida y demanda de consulta en salud mental.....	214-218
12.1.4 Apoyo directivo y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI y GHQ-12	218-219
12.1.5 Estrategias de mejora y prevención efectiva para el apoyo directivo.....	219-221

Carga de trabajo

12.2 Carga de trabajo en la calidad de vida profesional medido por CVP-35.....	222
12. 2. 1 Características sociodemográficas específicas para carga de trabajo y comunes por agrupación final.....	223-224

12.2.2 Influencia de la carga de trabajo en las relaciones de pareja y la disfunción familiar.....	223-224
12. 2. 3 Influencia de la carga de trabajo en la aparición de depresión, riesgo suicida y demanda de consulta en salud mental.....	225-227
12. 2. 4 Carga de trabajo y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI-HSS y GHQ-12	227-228
12. 2. 5 Estrategias de mejora y prevención efectiva para la carga de trabajo.....	228-230

Motivación intrínseca

12. 3 Motivación intrínseca directivo en la calidad de vida profesional medido por CVP-35.....	231
12. 3. 1 Características sociodemográficas específicas para motivación intrínseca y común por agrupación final.....	231-232
12. 3. 2 Influencia de la motivación intrínseca en las relaciones de pareja y la disfunción familiar.....	232
12. 3. 3 Influencia de la motivación intrínseca en la depresión, riesgo suicida y demanda de consulta en salud mental.....	233-235
12. 3. 4 Influencia de la motivación intrínseca en las actividades administrativas...	235-236

12. 3. 4. 5 Motivación intrínseca y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI y GHQ-12.....	237
12. 3. 4. 6 Estrategias de mejora y prevención efectiva para la motivación intrínseca	237

Percepción de la calidad de vida

12. 4 Percepción de calidad de vida.....	239
12. 4. 1 Características sociodemográficas específicas para la percepción de la calidad de vida y comunes por agrupación final.....	239-240
12. 4. 2 Influencia de la percepción de la calidad de vida en las relaciones de pareja y la disfunción familiar.....	240-241
12. 4. 3 Percepción de la calidad de vida y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI y GHQ-12.....	241
12. 4. 4. Estrategias de mejora para la percepción de la calidad de vida.....	242-244

Burnout o desgaste profesional

12. 5 Burnout en médicos residentes de dermatología en Colombia medido por MBI-HSS	
12. 5. 1 Contraste nacional e internacional de Burnout.....	245-248

12. 5. 2 Burnout: influencia de la remuneración, inversión económica y capacidad de endeudamiento	248-250
12. 5. 3 Burnout: idea suicida y respuesta inter e intrapersonal.....	251-252
12. 5. 4 Burnout: Características sociodemográficas específicas y comunes por agrupación final.....	253-256

Agotamiento emocional

12. 5. 5 Agotamiento emocional en el desgaste profesional medido por MBI-HSS.....	257
12. 5 .5 .1 Estrategias de mejoramiento y prevención efectiva para el agotamiento emocional.....	257
12. 5 .5 .1. 1 Estrategias organizacionales de mitigación para el agotamiento emocional.....	257-258
12. 5 .5 .1. 2 Estrategias individuales de mitigación para el agotamiento emocional.....	258-259
12. 5 .5 .1. 3 Estrategias de mitigación y prevención para agotamiento emocional y psicopatologías asociadas.....	259-260
12. 5. 5. 1. 4. Estrategias basadas en el uso de recursos emocionales.....	260-261

12. 5. 6 Despersonalización en el desgaste profesional medido por MBI-HSS.....	262
12. 5. 6. 1 Estrategias individuales de mitigación para la despersonalización.....	262-263
12. 5. 6. 2 Estrategias organizacionales de mitigación para la despersonalización...	263-266

Realización personal

12. 5. 7 Realización personal en el desgaste profesional medido por MBI-HSS.....	266
12. 5. 7.1 Estrategias individuales para el mejoramiento de la realización personal.....	266
12. 5. 7.2 Estrategias organizacionales para el mejoramiento de la realización personal.....	267
12. 5. 7. 3. Realización personal y autonomía.....	267-268

Salud mental

12. 6 Salud mental por GHQ-12.....	269
12. 6. 1 Características sociodemográficas específicas para salud mental y comunes por agrupación final.....	269
12. 6. 1. 1 La influencia de la salud mental en las carga laboral.....	269-271

12. 6. 1. 2 La salud mental y su influencia en las relaciones inter e intrapersonales e ideación suicida.....	271-273
12. 6. 1. 3 La salud mental y su influencia en la búsqueda de ayuda psicológica o psiquiátrica.....	273-274
12. 6. 1. 4 Estrategias globales de mejoramiento de la salud mental.....	275
12. 6. 1. 5 Estrategias de mejoramiento de la salud mental por resiliencia	276-277
12. 6. 1. 6 Estrategias de prevención de riesgo suicida	278-280
13. Conclusiones.....	281-282
14 Bibliografía.....	283-312
15. Anexos.....	313-326
16. Material Suplementario	

TÍTULO

Calidad de vida y perfil sociodemográfico en residentes de dermatología de Colombia: Un estudio nacional

RESUMEN

Introducción: La residencia en dermatología implica un reto académico, psicológico, económico y familiar. El médico residente contribuye como fuerza investigativa y laboral al sistema de salud y simultáneamente adquiere responsabilidades profesionales complejas con alta capacidad de impacto en su calidad de vida y actuar médico. Hasta la fecha no existen estudios de su calidad de vida y la evidencia es limitada.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal con médicos residentes de todos los programas de dermatología del país. Se administró cuestionario sociodemográfico, CVP-35, MBI-HSS y GHQ-12. Evaluación de los diferentes constructos por Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman. Evaluación de asociaciones multivariadas por análisis en componentes principales, número óptimo de grupos por agrupamiento jerárquico de Ward y consolidación por método de agrupamiento K-means.

Resultados: Se distinguen tres grupos de residentes según las siguientes dimensiones: apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca por CVP-35, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal por MBI-HSS, bienestar psicológico y social por GHQ-12. El primer grupo “estándar” con medias de puntaje en el rango promedio para cada dimensión. El segundo grupo “no destacable” con medias por debajo del promedio en todas dimensiones excepto altas para carga de trabajo, agotamiento emocional y despersonalización asociados a Burnout. El tercer grupo “destacable” con medias por encima del promedio y bajas para carga de trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Se describen sus principales asociaciones sociodemográficas y estrategias de intervención.

Conclusiones: El reconocimiento y protección de la calidad de vida del residente de dermatología permite ante escenarios complejos enriquecer sus dimensiones profesionales, mentales y sociales que consecuentemente mejoran su actuar médico y sirven de guía para los procesos de re acreditación institucional

Palabras claves: Calidad de vida; residencia; dermatología; Colombia

ABSTRACT

Introduction: The residence involves an academic, psychological, familiar and economic challenge. The medical residency is contributed as a researcher and force labor to the health system which simultaneously acquires a complex professional responsibility with a high capacity to impact their quality of life and act as a doctor. There are no studies to date based on their quality of life and the international evidence is limited.

Methods: Descriptive cross-sectional study with medical residents from all dermatology residency programs in the country. A sociodemographic questionnaire, CVP-35, MBI-HSS and GHQ-12 were administered. Evaluation of the different constructs by Chi-square, Kruskal-Wallis and Spearman's correlation. Evaluation of multivariate associations by principal component analysis, optimal number of groups by Ward hierarchical grouping and consolidation by K-means grouping method.

Results: Three groups of residents are distributed according to the following dimensions: managerial support, workload and intrinsic motivation for CVP-35, emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment for MBI-HSS, psychological and social well-being for GHQ-12. The first “standard” group with mean scores in the average range for each dimension. The second group was known as “not remarkable” with averages below established in all dimensions except high for workload, emotional exhaustion and depersonalization associated with Burnout. The third “remarkable” group with above-average means and falls for workload, emotional exhaustion, and depersonalization. Their main sociodemographic associations and intervention strategies are described.

Conclusions: The recognition and protection of the quality of life of a dermatology resident allows complex scenarios to enrich as a professional, mental and social dimensions, which consequently improve their medical actions and serve as a guide for institutional re-accreditation processes.

Keywords: Quality of life; medical residency; dermatology; Colombia

1. Introducción

La residencia médica es un sistema de formación profesional en calidad de postgrado para optar por una especialidad médica. Está dirigido a médicos generales a través de un proceso de formación teórico y práctica, durante el cual se alcanzan las destrezas y competencias medicas integrales, científicas, técnicas, sociales y éticas en un área específica del saber médico como base esencial para una adecuada praxis médica.^{1,2}

La realización de una residencia médica implica un reto académico, psicológico, físico, social, económico y familiar para el estudiante. Es así que durante el proceso de aprendizaje, el médico residente adquiere responsabilidades profesionales concretas en entornos laborales complejos caracterizados por cumplimiento de horarios variables, presión asistencial, turnos hospitalarios, falta de sueño, convergencia con dilemas éticos y morales (eutanasia, dolor, muerte), interacción con pacientes y familiares y vivencia de eventos emocionales impactantes. Todos estos elementos contextuales, sin duda alguna están estrechamente vinculados como factores de impacto sobre su calidad de vida y consecuentemente sobre la atención médica en la población.³

Por otro lado, los médicos residentes están mundialmente reconocidos como una indispensable fuerza investigativa y laboral para las instituciones públicas y privadas relacionadas con la prestación de servicios en salud y para los mismos programas de educación médica.⁴

Adicionalmente, existe evidencia de que el deterioro en la calidad de vida en los médicos residentes tiene profundos y amplios efectos a corto, mediano y largo plazo implicados en el individuo hasta en el sistema de salud entre los cuales incluye incrementos en el desarrollo de síndrome de desgaste profesional (SDP), depresión, ansiedad, ideación suicida, suicidio consumado, ruptura familiar o de pareja, estilos de vida no saludable, pérdida de oportunidad de atención médica para los pacientes, reducción en la adecuada calidad de atención para sus pacientes, deterioro en el rendimiento, la productividad y la eficiencia, sobrecarga laboral a demás compañeros de trabajo, aumento en la tasa del error médico con la subsecuente implicación económica y legal, además cada uno de estos escenarios está implicado dentro las estrategias que debe mitigar las instituciones educativas – académicas y organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, lo que en síntesis no solo deteriora el bienestar universitario sino también la propia imagen institucional sino su dirección para la re acreditación institucional y de sus programas académicos.¹⁻¹²

Es por lo anterior que, estas mismas instituciones, el ministerio de educación y las asociaciones científicas y médicas están reorientando su mirada hacia todos los factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con la calidad de vida de los médicos residentes. Así mismo, el ministerio de educación está evocando un gran esfuerzo para ser garante y supervisor de educación de alta calidad en instituciones de educación superior, aspecto que en definitiva acoge una gran relevancia en objetivos de acreditación institucional.¹⁻¹²

Por lo anterior, resulta de gran importancia determinar la calidad de vida de nuestros residentes de dermatología en Colombia que en definitiva juegan un rol esencial dentro de nuestra sociedad.

2. Planteamiento del problema

La calidad de vida es una percepción subjetiva, multidimensional, dinámica, de construcción multicultural respecto a la posición que guarda el individuo frente a un contexto espiritual, moral, físico y social de su propia vida. Es un concepto complejo que varía ampliamente por la salud física, el estado psicológico y las creencias personales del individuo.⁷⁻¹⁰

Históricamente, las instituciones de salud, de educación superior y asociaciones médicas han dirigido sus esfuerzos para implementar modelos educativos y asistenciales que mejoren la calidad de vida, los servicios de salud y la atención en la población. Sin embargo, escasa atención se la ha prestado a la valoración de la calidad de vida de los médicos residentes en dermatología, quienes representan una fuerza laboral e investigativa en la atención de la población general.⁷⁻¹⁰

En la literatura internacional, reposan escasos pero novedosos hallazgos sobre como las evaluaciones de la calidad de vida de los médico residentes constituyen una fuente esencial de retroalimentación sobre la calidad del programa de residencia y como a través de las mejoras del mismo pueden impactar positivamente en la atención de la población. Este modelo de investigación, reconfigura el esquema tradicional de atención en salud dirigida esencialmente a la población general, en el cual se destinaban recursos específicos para la prestación de servicios de salud. Por otro lado, este estudio adquiere mayor interés para la

evaluación de alta calidad en educación y aspectos de re acreditación de programas en educación superior.⁷⁻¹⁰

3. Pregunta de investigación

1. ¿Cuál es la calidad de vida de los médicos residentes de Dermatología de las escuelas de Medicina en Colombia?
2. ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los médicos residentes de Dermatología de las escuelas de Medicina en Colombia?

4. Justificación del estudio

Los médicos residentes de dermatología son médicos generales que se encuentran en el curso de una formación médica de postgrado en la modalidad de especialidad clínico-quirúrgica en el campo dermatológico. Es una especialidad de tiempo completo, dedicación exclusiva dirigida al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento tanto médico como quirúrgico de las diversas enfermedades de la piel, sus anexos y su correlación con enfermedades sistémicas. Durante su formación, el médico residente cumple responsabilidades asistenciales e investigativas en instituciones de carácter público y privado en alianza con instituciones de educación superior; como resultado, representan una importante fuerza laboral y generadora de conocimiento con repercusiones directas sobre la población en general e impacto en ámbitos de salud pública.^{1-3,5-7}

Se ha reconocido que durante el desarrollo de la residencia médica, no solo se debe coincidir en espacio y tiempo para los variables horarios de carga académica, investigativa, asistencial y laboral, sino también conseguir un óptimo nivel de rendimiento frente a un cambiante escenario personal, social, familiar y multicultural.¹¹

No obstante, la interacción entre los aspectos de calidad de vida del médico residente no siempre se ajusta en armonía con el escenario de su ejercer diario. De hecho, existe una creciente evidencia en la literatura que implica directamente la sobrecarga académica y asistencial sobre factores desencadenantes de depresión, ansiedad, angustia, bullying, agotamiento, disfunción familiar, desgaste e insatisfacción laboral y académica que generan

baja calidad de vida y consecuentemente efectos negativos sobre su rendimiento global y la atención del paciente.¹² De hecho, un residente que se forma en un buen ambiente laboral, compañerismo con competitividad sana y bien formada, exigencia académica recompensada y/o valorada, adecuada formación y espacios de esparcimiento, permite que pueda potenciar sus aptitudes no solo en torno a sus conocimientos, sino sus aptitudes sociales que en definitiva pueden afectar positivamente en la atención del paciente y sus allegados (familia, compañeros, amigos;¹⁻¹² **mismos aspectos que detallarán en dimensiones estadísticas a través de su marco teórico.**

Por otra parte, Colombia es de los pocos países en el mundo en los cuales el residente trabaja sin recibir remuneración, lo que implica un esfuerzo económico personal y familiar mucho mayor para su sostenimiento, por lo tanto no existen variables de recompensa económica en este sentido, lo cual devalúa psicológicamente el trabajo implicado.⁵ Lo anterior se torna más prominente cuando la deuda generada por costos en educación persiste luego de terminar su periodo de estudios lo que se traduce en una gran medida en términos de insatisfacción durante la época de aprendizaje y su posterior ingreso a la vida laboral, generando repercusiones profundas en su actuar profesional que recaen sobre la atención de la población Colombiana.¹²

Adicionalmente, la formación de un residente médico, exige procesos no solo formativos de alta calidad que garanticen una preparación integral de todas las competencias profesionales que se ajuste al perfil del egresado del programa; sino que también requieren de la adquisición de competencias humanísticas articuladas en las habilidades y destrezas

interpersonales y de comunicación. En este sentido, el Consejo para la Acreditación de Educación para los Médicos Graduados (ACGME) y Junta Estadounidense de Especialidades Médicas (ABMS) en Estados Unidos, ha descrito estas destrezas como una de las seis competencias nucleares para el desarrollo de internos, residentes de especialidades y subespecialidades.¹³⁻¹⁵ En el caso de Colombia, los lineamientos para la acreditación de especialidades médicas están claramente definidos de acuerdo a los factores, características e indicadores adoptados por el Consejo Nacional de Educación Superior (CNEU), el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) y el Ministerio de Educación Nacional (MEN). Sin embargo, ninguno de esos lineamientos se ha logrado estructurar ni implementar adecuadamente dado que no existen estudios nacionales que evalúen el estado actual de la calidad de vida de todos los residentes médicos en Colombia ni de las variables intrínsecas o extrínsecas que puedan interaccionar con la misma. De igual manera no existen estudios enfocados en las variables que estén asociados a la calidad de vida en médicos residentes de Dermatología en nuestro país.

Por lo anterior, este estudio emerge con intenciones puntuales de conocer el estado real de la calidad de vida de los residentes de Dermatología de las diferentes escuelas de formación a lo largo del territorio colombiano. Estos objetivos cimientan las bases para reestructurar la visión no solo académica sino humanística que persiguen toda alma mater universitaria en busca de una reacreditación universitaria y un mejoramiento continuo de su programa de residencia.

Este es el primer estudio nacional de médicos residentes en especialidad de Dermatología de todas las escuelas de Colombia y el primer estudio en el mundo con la evaluación de calidad de vida más amplia realizada. Su desarrollo permitirá generar sólidos datos de información para el mejoramiento de la educación médica.

5. Objetivos

5.1 objetivos generales

Determinar la calidad de vida de los residentes de Dermatología de las escuelas de Medicina de Colombia través de la escala CVP 35, GHQ-12 y MBI y caracterizar socio demográficamente a los residentes de Dermatología.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar y caracterizar socio demográficamente a los residentes de Dermatología.
- Identificar las variables asociadas al deterioro de la calidad de vida de los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar factores individuales asociados al síndrome de desgaste profesional/burnout o agotamiento laboral, estrés, idea suicida, ansiedad y depresión como factores negativos que llevan al deterioro de la calidad de vida de los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar factores entornos/escenarios asociados al síndrome de desgaste profesional/burnout, estrés, idea suicida, ansiedad y depresión que pueden interaccionar negativamente con la calidad de vida de los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar los factores protectores individuales y sociales asociados a una buena calidad de vida en los residentes de Dermatología de Colombia

- Conocer la calidad de vida estratificada por año de residencia, ingreso familiar, ciudad de residencia en los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar las variables directamente e inversamente proporcional que puedan afectar el apoyo directivo medido, la carga de trabajo y la motivación intrínseca medidos por CVP-35 en los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar las variables directamente e inversamente proporcional que puedan afectar el agotamiento emocional, despersonalización y motivación intrínseca medidos por MBI-HSS en los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar las variables directamente e inversamente proporcional que puedan afectar el bienestar psicológico y social medidos por GHQ-12 en los residentes de dermatología de Colombia
- Identificar el comportamiento de las dimensiones de CVP-35 sobre el desgaste profesional medido por MBI-HSS y su impacto en la calidad de salud mental por GHQ-12
- Identificar las características de calidad de vida profesional, en salud general y desgaste profesional de cada claustro universitario del país, medidos por CVP-35, GHQ-12 y MBI-HSS, respectivamente.

6. Propósitos y trascendencia

El abordar el estudio sobre la calidad de vida en los residentes de Dermatología de Colombia incluye varios beneficios entre los cuales se describen:

- i) Generar conocimiento de vacíos existentes en cuanto a calidad de vida en residentes de Dermatología en Colombia
- ii) Crear estrategias contra los factores asociados en el desarrollo de síndrome de desgaste profesional, suicidio, depresión, ansiedad y riesgo suicida que puedan afectar a los médicos residentes de Dermatología.
- iii) Fortalecer la calidad de vida de los médicos residentes de dermatología durante su programa académico y asistencial a través de estrategias implementadas en su programa académico, así evitando deserción, depresión, ansiedad, ideas suicidas y consumo de suicidio.
- iv) Mejorar la satisfacción de los médicos residentes de Dermatología
- v) Mejorar los ambientes laborales y asistenciales de los médicos residentes
- vi) Promover una mejor productividad, eficiencia y mejor atención a los pacientes
- vii) Mejorar la oportunidad de atención para los pacientes
- viii) Mejorar la satisfacción de atención para los pacientes
- ix) Evitar complicaciones médicas indeseables en los pacientes con subsecuentes repercusiones económicas y legales.

- x) Reducir el margen de error médico a través de estrategias que mejoren su entorno laboral, asistencial y académico.
- xi) Optimizar los programas curriculares de postgrado dirigido para los residentes de Dermatología respecto a los requerimientos exigidos para la reacreditación institucional y de programas académicos de posgrado relacionados.
- xii) Fortalecer la relación médico residente – paciente, médico residente-tutor, médico residente -estudiante de medicina de pregrado y médico residente – con demás personal de salud y administrativo
- xiii) Incentivar programas de investigación relacionadas con el bienestar universitario, requisito indispensable para adecuado desarrollo institucional y estudiantil.
- xiv) Promover una verdadera y adecuada imagen nacional e internacional de nuestro Universidad y su programa de posgrado en dermatología como referente de nacional e internacional.
- xv) Permitir el uso de esta información para generar nuevos estudios que permitan aplicarse a otros posgrados médicos en Colombia.

7. Marco teórico

7.1 Definición e historia

La calidad de vida es un concepto multidimensional, que representa la auto-percepción que tiene cada uno sobre su propia existencia. Esta percepción se construye a partir de la integración de una serie de características intrínsecas y extrínsecas a la persona, como la salud física, la salud mental y todos los aspectos psicosociales y culturales que interaccionan con el individuo; a su vez, estas características se suman a sus expectativas y proyecto de vida en las que se desenvuelve el individuo.¹⁶⁻¹⁹

Históricamente el concepto de calidad de vida ha sido usado casi con exclusividad en el escenario de la salud relacionado con el paciente afectado con patología oncológica o enfermedades transmisibles y no transmisibles crónicas degenerativas, pero escasamente se ha extrapolado en otros escenarios o profesionales de la salud que participan activamente en el cuidado de los propios pacientes tales como la familia, los amigos y los médicos residentes; siendo estos últimos, los más expuestos a diferentes factores intrínsecos y extrínsecos que pueden impactar variablemente en su calidad de vida y subsecuentemente su rendimiento académico y laboral.¹⁶⁻¹⁹

7.2 Factores que interactúan con la calidad de vida del residente

La calidad de vida del médico residente inherentemente interactúa de forma bidireccional entre distintos factores que rodean su psique y su entorno y a su vez estos exponen una

diversidad y complejidad variable. Sin embargo, es posible agruparlos en factores extrínsecos (externos) e intrínsecos (internos).¹⁶⁻¹⁹

7.2.1 Factores extrínsecos

Se definen como factores extrínsecos a todas aquellas variables del entorno del médico residente que interactúan bidireccionalmente con su calidad de vida y que no son propios del individuo, entre los cuales incluyen red de apoyo familiar o social, zona de residencia, zona de procedencia, capacidad económica y de endeudamiento, carga laboral, horarios académicos y asistenciales, horarios de descanso, estándares en cumplimiento de metas y responsabilidades laborales y académicas simultáneas, sistemas de retroalimentación académica y psicológica, sistemas de reconocimiento - gratificación psicológica y económica, asesoramiento de tutores, compañerismo, grado de competitividad, grado y tipo de interacción con pacientes y familiares de los mismos, infraestructura en la que se labora y naturaleza de los ambientes de aprendizaje. A su vez aquellos escenarios que emerjan como secundarios a estos factores como hostigamiento académico y/o psicológico “***acoso escolar***”.¹⁶⁻¹⁹

7.2.2 Factores intrínsecos

Estos factores corresponden a todas aquellas creencias y percepciones propias del individuo capaces de interaccionar bidireccionalmente con su entorno y tener efectos sobre su calidad de vida entre los cuales incluyen la percepción de sus propios conocimientos

médicos, expectativa-creencias sobre su propia eficacia, expectativa de control y atribuciones, grado de satisfacción y dimensiones de realización (laboral, económica, académica, convivencial y extracurricular), dilemas éticos y morales (eutanasia, dolor y muerte), expectativas de su presente y futuro profesional.

7.2.3 Escenarios emergentes

Corresponde a aquellos escenarios que emerjan secundarios a los mismos factores extrínsecos e intrínsecos tales como el estrés y sus efectos psíquicos y físicos, síndrome de desgaste profesional o ***“Burnout”***, errores en la atención del paciente, alteraciones del sueño, construcción de componentes afectivos como la ansiedad, depresión, vergüenza, y moldeamiento sobre el concepto de sí mismo, entre otros. A su vez se resalta el riesgo mayor de intento suicida y suicidio consumado.¹⁶⁻¹⁹

7.2.3.1 Estrés: definición y neurobiología

En cuanto al estrés, definido como amenazas agudas para la homeostasis de un organismo sea físico o percibidas (psicológicas), por factores extrínsecos o intrínsecos, generan respuestas adaptativas que sirven para proteger su propia estabilidad y asegurar la supervivencia del organismo.²⁰ Estos mecanismos biológicos se desarrollan a través de la participación del sistema nervioso central (SNC), el sistema nervioso autónomo (SNA) el

eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), sistema simpático adreno-medular (SAM) y el sistema inmune.

Respecto al SNC, este proceso de estrés se desarrolla a través de unas intrincadas estructuras cerebrales integradoras en la subregión del hipotálamo (núcleo paraventricular, NPV) amígdala y sustancia gris periacueductal, las cuales reciben información de vías aferentes viscerales, somáticos y de estructuras corticales.²⁰⁻²⁴ En cuanto a las entradas corticales estas incluyen la corteza prefrontal medial (CPM) , las subregiones del cíngulo anterior y las cortezas insulares mientras que las redes integradoras proporcionan eferencias a los núcleos pituitario y pontomedular, los cuales están involucrados en respuestas neuroendocrinas y autonómicas, respectivamente.²⁰⁻²⁵ Este sistema motor emocional o circuito central de estrés (SME) está bajo el control de múltiples proyecciones monoaminérgicas ascendentes provenientes del núcleo del rafe (serotoninérgicos), núcleo locus coeruleus (serotoninérgico) y glucocorticoides endógenos (GCE), los cuales ejercen un control inhibitorio a través de receptores localizados en la corteza prefrontal medial y el hipocampo.²⁰⁻²⁶ Por otro lado, las vías paralelas al SME incluyen respuestas del sistema nervioso autónomo (SNA), el eje HHA y el sistema de modulación del dolor.²⁰⁻²⁶ Finalmente las neuronas localizadas en NPV, la amígdala y el complejo locus coeruleus permiten la secreción de hormona liberadora de corticotropina (CRH o factor de corticotropina, CFR), las cuales están controladas positivamente por vías noradrenérgicas centrales (incluido el locus coeruleus), lo cual complementa una retroalimentación positiva entre los sistemas CRH-noradrenérgicos.²⁰⁻²⁶

Las respuestas del SNA a través de una mayor actividad del sistema nervioso simpático (SNS) permiten la secreción de interleuquina 6 (IL-6), la inhibición de factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la producción de IL-1 β y activación del eje HHS, lo cual permite la supresión de las reacciones inmuno inflamatorias y la mayor predisposición a enfermedades infecciosas. Por otra parte, los incrementos de la adrenalina y GCE están implicados en el desarrollo del miedo condicionado a través de la facilitación de circuitos de la amígdala – hipocampo y activación de circuitos de modulación del dolor.²⁰⁻²⁶

Respecto a la participación del eje HHA y el sistema SAM, están implicados en respuestas inmediatas coordinadas para la supervivencia, sin embargo, su hiperactividad de forma crónica se escapa a los mecanismos centrales de contra regulación, conllevando a hipercortisolismo, como ha visto en ciertas formas de *depresión*,²⁷ anorexia nerviosa,²⁸ trastorno de pánico,²⁹ y abuso sexual,³⁰ estrés postraumático,³¹ síndrome de fatiga crónica,³² fibromialgia,³³ y desórdenes gastrointestinales.^{20-26,34}

Respecto al estrés en la señalización inmune, presenta tres escenarios; el primero de ellos, el estrés activa el sistema inmunológico, que activa citoquinas contra las lesiones físicas y los patógenos, sin embargo, esta actividad inflamatoria se desarrolla en ausencia de este último, lo cual conlleva a una actividad pro inflamatoria y oxidativa elevada con subsecuente daño endotelial y mayor predisposición a enfermedad cardiovascular ²¹. El segundo escenario, los GCE con el paso del tiempo llevan a la desensibilización del sistema inmune con características antiinflamatorias ²¹; esto se debe fundamentalmente a una desregulación en el cambio de los perfiles de citoquinas dependientes de Th1 y Th2

provocando una inmunidad celular y humoral suprimida, respectivamente. Todo ello conlleva a un retardo en la curación de heridas, recuperación quirúrgica y mayor susceptibilidad aparente a las infecciones.³⁵ El tercer escenario, corresponde con la participación del sistema inmune sobre el SNC, modulando así el eje HHA. Si la retroalimentación inhibitoria del eje HHA no funciona adecuadamente puede llevar estrés crónico y los trastornos neuropsiquiátricos.²¹

7.2.3.1.1 Estrés crónico y sus efectos clínicos

En general los factores estresantes crónicos en la vida temprana dan lugar a cambios epigenéticos, endocrinos, neurales, inmunes e inflamatorios permanentes, que constituyen un factor de riesgo relevante para múltiples enfermedades²⁰⁻³⁵

7.2.3.1.1.1 Implicaciones neuropsicológicas

La posibilidad de desarrollar estrés crónico depende particularmente del momento de la vida en que se experimente el estrés, dado que si, en una etapa temprana de la vida, sus efectos en el cerebro duran más tiempo que cuando se produce durante la edad adulta, conlleva a la interrupción del desarrollo y función adecuada de las estructuras límbicas: esto genera una susceptibilidad de por vida al estrés, respuestas inadecuadas relacionadas con el miedo, deterioro en el sistema de recompensa y déficit en el aprendizaje emocional y asociativo; lo cual contrasta molecularmente con una disminución en la complejidad

detrítica en áreas prefrontales, hipocampo y limbo-corticales y una redistribución en la densidad detrítica en el área amigdalina.³⁶⁻³⁹

Por otra parte, se ha visto que los factores de estrés social aumentan la expresión de interleucinas proinflamatorias y microglía activada en CPM, amígdala e hipocampo; teniendo en cuenta que CPM es fundamental para desarrollar respuestas apropiadas a los cambios del entorno, permitiendo la plasticidad del comportamiento.⁴⁰⁻⁴² A su vez CPM presenta comunicaciones hacia la amígdala y el hipocampo, las cuales están implicadas en el procesamiento emocional/resiliencia y en procesos de memorización/búsqueda de recompensa, respectivamente.⁴⁰⁻⁴² En nuestra población médica, no existen estudios al respecto.

7.2.3.1.1.2 Implicaciones cardiovasculares, estrés crónico y sus efectos clínicos

Respecto a la participación del estrés crónico en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, diversos estudios implican una progresión de aterosclerosis mediada por una respuesta inflamatoria de bajo grado; esto se ha planteado por la expresión elevada de reactantes de fase aguda (IL-6, proteína C reactiva, TNF- α) presentes en escenarios de estrés psicosocial crónico, en cuidadores de pacientes con demencia^{43,44}, pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT)⁴⁵, *burnout*⁴⁶⁻⁶⁵ y depresión.⁴⁹ Otros estudios se orientan a favor de una activación persistente de sistema SAM, asociado a niveles de catecolaminas circulantes elevados durante períodos prolongados lo cual puede conducir a

diferentes patologías cardiovasculares y pulmonares como arritmias cardíacas, infarto agudo de miocardio, congestión cardíaca, insuficiencia cardíaca, hipertensión y/o hipertrofia cardíaca y alteraciones respiratorias centrales.⁵⁰⁻⁵² En nuestra población médica, no existen estudios al respecto.

7.2.3.1.1.3 Implicaciones respiratorias

Respecto a enfermedades respiratorias no hay evidencia sólida, la mayoría de la hipótesis orientan que el estrés pueda aumentar la susceptibilidad a enfermedades respiratorias mediada por una desregulación inmune entre Th1 y Th2 como previamente se mencionó, sin embargo, estos estudios no han tenido controles exposicionales.³⁵ En nuestra población médica, no existen estudios al respecto.

7.2.3.1.1.4 Implicaciones del tracto gastrointestinal

En cuanto al compromiso del tracto gastrointestinal (TGI), es bien conocido que los estudiantes de medicina en calidad de pregrado y posgrado experimentan mayor estrés que otros grupos poblacionales dado el ambiente académico. Así mismo el estilo de vida, los hábitos alimentarios y la privación del sueño podrían aumentar el riesgo de trastornos del TGI tales como enfermedad ulcero péptica, reflujo gastroesofágico y síndrome de intestino irritable (SII), siendo este último el más estudiado tanto en la población general como en el personal médico.²³

En una interesante revisión de la literatura por Qureshi y col.⁵³ (2016) con estudiantes de medicina de pregrado alrededor del mundo, encontraron que la prevalencia de SII está por encima de población general (14-24%). Sin embargo, se encontró variabilidad significativa en los datos teniendo en cuenta que los estudiantes de medicina estaban en el rango de edad diagnóstico. Por otro lado, esta variabilidad se encontró en diferentes países dado que no es preciso igualar las mismas oportunidades de acceso a los sistemas de salud y de atención médica; esto resalta con los hallazgos descritos en comunidades africanas. El SII fue más prevalente en mujeres y en años académicos superiores, esto puede explicarse dado que las mujeres tienen más comportamientos de búsqueda de atención médica y la carga clínica es mayor en años académicos superiores. Así mismo se encontró mayor prevalencia en hábitos alimentarios inadecuados, escasa actividad física, ansiedad mórbida y límite, depresión mórbida, privación del sueño (deterioro en calidad o fragmentación del sueño). En nuestra población médica, no existen estudios al respecto.

Biomolecularmente, en individuos sanos se ha encontrado que las aferencias mediadas por GCE y las catecolaminas, influyen en la producción de citoquinas claves en la mucosa intestinal, particularmente por inmunidad celular y humoral. Sin embargo, bajo estrés parece haber una desregulación entre la inmunidad Th1/Th2 y sus citoquinas correspondientes.²³

7.2.3.2 Síndrome de desgaste profesional: definición, características asociadas y factores de riesgo

En relación al síndrome de desgaste profesional, agotamiento o “***Burnout***”, se considera una respuesta inadecuada del individuo frente al estrés crónico relacionado con el trabajo, en un intento de adaptarse o protegerse de él.⁵⁴⁻⁶⁵ Esta respuesta se produce por un desbalance entre los recursos de afrontamiento disponibles por el individuo y el exceso de demandas de una situación o entorno que se valora como potencialmente importante para el sujeto.^{53,54} En este sentido, el afrontamiento puede corresponder a todo esfuerzo cognitivo y conductual para gestionar una determinada demanda interna o externa que excede más allá de los recursos disponibles para su solución.⁵⁴⁻⁶⁵ Este fenómeno se introduce en la calidad de vida del individuo que lo experimenta, produciendo un efecto negativo en la misma y subsecuentemente en la disposición de la prestación de los servicios médicos asistenciales.⁵⁴⁻⁶⁵

Los estudiantes de medicina de pregrado y aquellos que cursan estudios de especialización quirúrgicos y no quirúrgicos con prácticas asistenciales hospitalarias, están clásicamente descritos dentro de este fenómeno de ***burnout***, el cual ha sido ampliamente reconocido en los últimos 10 años, demostrando que no solo afecta de manera adversa el profesionalismo, el altruismo y la vocación de servicio, sino también tiene consecuencias personales potencialmente profundas.⁵⁴⁻⁶⁵ Al respecto, múltiples estudios han demostrado su asociación con un mayor riesgo de depresión, consumo de alcohol, rupturas de pareja,

ideación suicida y suicidio consumado, incluso mayores a la población general, como se mencionara más adelante.⁵⁴⁻⁶⁷

Por otro lado, es preciso encontrar distintos escenarios y etapas durante el desarrollo del personal médico que son generadores de desgaste profesional, los cuales inician desde su formación como estudiantes de medicina, su paso hacia el ejercicio profesional, su reingreso a un ambiente académico de mayor complejidad y exigencia asistencial como la residencia médica y finalmente su retorno a la vida laboral como especialistas o supra-especialistas.

7.2.3.2.1 Síndrome de desgaste profesional y calidad de vida en estudiantes de medicina

En un estudio realizado por Boni RA⁶⁸ (2018) en Barretos School of Health Sciences, São Paulo, Brazil con 265 estudiantes de primer y segundo año de medicina, revelaron que la mala auto percepción de la salud ($p < 0,001$), no ser optimista ($p = 0,04$) no sentirse satisfecho como estudiante de medicina ($p = 0,002$), un largo tiempo en la universidad ($p < 0,001$), sentirse agotado e insatisfecho como estudiante ($p = 0,03$), y una desmotivación para estudiar ($p < 0,001$) se asociaron con un aumento significativo de los niveles de agotamiento tanto dentro dominio personal como dentro del ámbito universitario. Los escenarios extrainstitucionales más asociados con agotamiento fueron una baja frecuencia de encuentros familiares ($p < 0,001$), la falta de tiempo de ocio ($p = 0,005$) y una actividad física baja ($p = 0,03$).⁶⁸ Los niveles de agotamiento en este estudio (70%) comparten

características de aproximada prevalencia con otros estudios previamente publicados Dyrbye⁶⁵ (2006), Santen SA⁶⁹ (2010) Ishak W⁷⁰ (2013) entre el 14.9 a 65.1%; en este último estudio, una revisión sistemática con un rango de búsqueda entre 1974 a 2011 reveló una prevalencia acumulada de desgaste profesional entre (45-71%), el agotamiento estaba asociado a experiencias con enfermedades graves, bajos tiempos de descanso, dificultades organizativas y falta de sueño⁷⁰, este último aspecto que trataremos más adelante.

En un estudio por Hojat y col⁷¹ (2015) con 265 estudiantes de tercer año en la Facultad de Medicina Sidney Kimmel Filadelfia, EE. UU reveló que la asociación entre una personalidad optimista y la empatía (atributo cognitivo que implica comprender el sufrimiento y las preocupaciones de un paciente combinados con la capacidad de comunicar esta comprensión y la intención de ayudar)⁷² pueden favorecer la construcción de atributos positivos para mitigar el agotamiento. De igual manera, este estudio reveló que los estudiantes de medicina con buenas características personales relacionadas con la realización personal experimentan efectos de protección contra el desarrollo del agotamiento.

Una subsecuente revisión sistemática por Wang y col⁷³ (2017) realizada exclusivamente en estudiantes de medicina en población China reveló que ser hombre, experimentar un funcionamiento psicológico más deficiente, ser un estudiante de medicina superior, falta de apoyo social, se correlacionaron con mayor riesgo de agotamiento. Estos datos a pesar de ser de poblaciones distantes y diferentes se asemejan con los de Hojat y col⁷¹(2015).

Finalmente, una revisión sistemática y metaanálisis por Frajermañ A y col⁷⁴ (2019) entre el 2010 a 2017 encontraron 24 estudios que incluyeron 17,431 estudiantes de medicina de los cuales, 8060 sufrieron agotamiento con una prevalencia global de 44.2%. La prevalencia de "agotamiento emocional", "despersonalización" y "realización personal" se estimó en 40.8%, 35.1% y 27.4%, respectivamente. Este rango de prevalencia en los diferentes estudios se debe por las diferentes versiones utilizadas de The Maslach Burnout Inventory (MBI), como también por las diferencias entre los programas de medicina y sus escenarios de práctica clínica de cada país.

En esta misma revisión se encontró que el agotamiento podía variar epidemiológicamente según su localización geográfica; siendo Oceanía y, en menor medida, Oriente Medio, los de mayores niveles de agotamiento mientras que América del Sur y Central y Europa los de menor nivel.

Los principales factores asociados con agotamiento incluyen la carga académica el estrés subsecuente por el mismo, la competencia, la carga laboral y asistencial durante sus prácticas, humillaciones e intimidación en los escenarios de práctica, exposición al sufrimiento y muerte de los pacientes y el costo de los estudios. Mientras que los factores protectores encontrados fueron el apoyo de los compañeros y la familia.

7.2.3.2.2 Síndrome de desgaste profesional y calidad de vida en médicos en ejercicio

El siguiente escenario luego de haber culminado los estudios de pregrado médico incluye el paso a la vida laboral, esto implica cambios en los factores desencadenantes de desgaste profesional en alguna medida mientras que otro se conserva por el permanente contacto asistencial. En este sentido, existen múltiples estudios que han evaluado la creciente notificación de desgaste profesional en este escenario; sin embargo, se resaltan los principales al respecto:

En el último informe nacional sobre el agotamiento, depresión y suicidio médico informado por Medscape - National Physician Burnout, Depression & Suicide Report⁷⁵ (2019) (NPBDS) en más de 15.060 médicos y en 29 especialidades; el 44% de los médicos reportaron burnout, el 11% manifestaron estar coloquialmente deprimidos (sentimiento de decaído, deprimido o triste) y el 4% manifestaron estar clínicamente deprimidos (depresión prolongada severa que no es causada por un evento asociado). En este último año, las especialidades con mayor desgaste fueron urología (54%), neurología (53%), medicina interna (49%) y medicina de urgencias (48%), médico familiar (48%) mientras que dermatología reportó el (38%). Las mujeres (48%) presentaron un mayor reporte respecto a los hombres (38%), sin embargo, es posible que esta diferencia se explique por la tendencia de las mujeres a buscar más ayuda como se mencionó en el apartado de implicaciones físicas por el estrés.⁷⁵

En este mismo estudio, los factores que más contribuyeron al agotamiento fueron las tareas administrativas, largas horas laborales, altos tiempos en el diligenciamiento de historia

clínica electrónica, falta de respeto y compensación insuficiente; al respecto, algunas descripciones de esta categoría; *médico familiar*: “*todo este papeleo absorbe todo el placer de ser un médico*”, *endocrinólogo*: “*hay mucho trabajo redundante debido a la recopilación de datos de terceros incompetentes*”, *nefrólogo*: “*Está empeorando cada año. “La recopilación de datos es más importante que la atención del paciente para todos, excepto para los médicos que realmente practican”, Cirujano general: “He perdido el entusiasmo por la atención al paciente”*”.⁷⁵ Estas descripciones reflejan y hacen un llamado para tomar acción en estos escenarios que empobrecen la calidad de vida profesional en el gremio médico.⁷⁵

Según el informe de NEJM y los miembros de Catalyst Insights Council⁷⁶ (2017), el agotamiento es un problema creciente y difícil de resolver. A través de una encuesta en línea diligencia por 570 individuos relacionados con la asistencia médica; médicos clínicos (49%), líderes clínicos (28%), ejecutivos de atención médica (23%), la mayoría de encuestados (62%) coinciden en que el principal detonante del desgaste profesional viene dado por el aumento de la carga administrativa, seguido por incrementos en los metas y expectativas de productividad (51%), modelos de pago / reembolso insostenibles (21%), erosión del profesionalismo (21%), métricas excesivas (18%) y excesivas horas de trabajo (11%).⁷⁶ Estos resultados coinciden fuertemente con los publicados recientemente por NPBDS⁷⁵ (2019).

7.2.3.2.3 Síndrome de desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes

Una vez el médico general ha adquirido la experiencia laboral incluye la aspiración y el ingreso a una especialidad médica. Se resalta no solo las responsabilidades como un nuevo estudiante de medicina en calidad de postgrado, sino también las responsabilidades académicas y asistenciales que son de mucho mayor vigor.⁵⁴⁻⁸⁴ Así mismo, se destaca un entorno que no está remunerado económicamente ni está cubierto por el sistema de seguridad social en salud, este aspecto profundiza aún más las fisuras de recompensa académica, psicológica y financiera del médico residente, el cual depende enteramente de un apoyo externo (familiar o bancario) sumado a una visión de proyección económica de alto endeudamiento con un periodo de duración que oscila entre los 3 a 4 años.⁵⁴⁻⁸⁴

Adicionalmente la relevancia del desgaste profesional no recae únicamente en ellos mismos, sino también en los pacientes a quienes atienden y en las personas con quienes conviven, al igual que se evidencia un notable deterioro en su calidad de vida.⁵⁴⁻⁸⁴

Para los médicos residentes, varios estudios han demostrado elementos de desgaste profesional, ansiedad, depresión, riesgo de suicidio y suicidio consumado, cuyas variables o factores de riesgo comparte con los estudiantes de medicina de pregrado, no obstante de mayor profundidad.⁵⁴⁻⁸⁴ Adicionalmente comparten todos los factores de riesgo de desgaste profesional de los médicos ya graduados en el entorno laboral que previamente se comentaron, Catalyst Insights Council⁷⁶ (2017) y National Physician Burnout, Depression & Suicide Report⁷⁵ (2019).

Por otro lado, cada especialidad médica cuenta con elementos específicos disparadores de desgaste profesional.⁸⁵⁻⁹³ En Colombia, quizá es uno de los países en todo el mundo con menos estudios al respecto, siendo la mayoría de estos limitados a su propia población universitaria y con variables de estudio limitadas al desgaste profesional, lo que representa un gran vacío en este expansivo y alarmante problemática que requiere de una pronta intervención.

En Colombia está descrito estudios de desgaste profesional en internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali (Guevara C y col. 2002),⁸⁵ residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Militar Nueva Granda (Paredes G. 2008),⁸⁶ residentes de medicina interna de la Universidad Javeriana (Castaño I y col. 2006),⁸⁷ residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional (Berdejo H. 2014),⁸⁸ residentes de cirugía general de diversas escuelas en Colombia (Domínguez L y col 2017)⁸⁹ dirigido por la Universidad de La Sabana, residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad del Rosario (Barrios C y rojas G. 2017),⁹⁰ residentes de medicina familiar de la Universidad Javeriana (Garcíandia J, Mendoza C y Pérez J 2017),⁹¹ residentes de ortopedia de diversas escuelas en Colombia (Arboleda O 2017)⁹² dirigido por la Universidad Nacional de Colombia, residentes de clínicos y médico quirúrgicos de la Universidad de Caldas (Jacome S y Col 2019).⁹³

Respecto a estudios de calidad de vida en médicos residentes en Colombia solo existe 1 estudio en residentes de neurología y neuropediatría y solo fue realizado a través de cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35) omitiendo evaluaciones en el

desgaste profesional y la calidad de vida en salud, dos dimensiones que carecen de este cuestionario.⁹⁴

En síntesis, el interés de todas estas universidades coinciden la identificación de todas las variables posibles que participen en el desarrollo de burnout con el subsecuente desarrollo de estrategias que la prevengan, esto repercute positivamente en la calidad de vida de sus estudiantes y en parámetros de educación de alta calidad, re-acreditación de sus programas de posgrado e incluso re acreditación institucional como se comentará más adelante.

Por otro lado, la Universidad El Bosque no cuenta con ningún estudio de calidad de vida en sus médicos residentes como tampoco estudios que evalúen la variable de desgaste profesional. Sin embargo, en la literatura internacional la mayoría de estudios están orientados en médicos especialistas dermatólogos y no médicos residentes. Aclarando que en estos primeros, aunque no tengan disponibilidades o urgencias de atención nocturnas, si hay variables que incrementan el riesgo de desgaste profesional y consecuentemente la calidad de vida, y de hecho, muchas de estas variables se comparten con cualquier otra especialidad tales como frustraciones diarias con registros médicos electrónicos, aumento del volumen de pacientes, demandas y litigios.⁹⁵

Respecto a los médicos residentes en dermatología se mencionan tres estudios extranjeros, el primero de ellos llevado a cabo por Martini y Col⁹⁶ (2004) en diferentes especialidades médico-quirúrgicas de Escuela de Medicina de Wayne State, este estudio reveló que el 50% (3/6) de los residentes de dermatología presentaron desgaste profesional a través de MBI. Por otro lado, se encontró una alta tasa de desgaste profesional en el primer año de

residencia independientemente de la especialidad, por lo que los autores proponen cambios de política enfocados en este periodo bajo entornos de promoción de entornos académicos y clínicos más saludables. La segunda publicación por Shoimer⁹⁷ (2018) corresponde con un estudio nacional -canadiense de residentes de dermatología; el 72% (116) de los encuestados fueron incluidos al completar la encuesta MBI.

Los principales factores estresantes encontrados fueron los exámenes, (61%) y el trabajo (27%), con una cantidad significativa de tiempo invertido en estas actividades (92-100%). Otros factores estresantes incluyeron la familia, relaciones de pareja, finanzas, presión del grupo laboral, escaso sueño, obligaciones de investigación y mudanzas. En general se encontró que el agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP) presentaron altas puntuaciones mientras que el logro personal reducido (PA) mostraron puntuaciones más bajas. Adicionalmente se promedió medidas de calidad de vida y niveles de energía como moderados. Otros hallazgos en este estudio fueron altos niveles de ansiedad (25%), depresión (52%) ambas con resultados significativamente estadísticos, contrario a los hallazgos al abuso de alcohol (0.213) y la ideación suicida (0.043). Por otra parte, los factores protectores incluyeron buenos apoyos sociales (75%), buenas relaciones con mentores personales (58%) y retroalimentaciones mensuales (42%). Las limitaciones de este estudio incluyen ausencia de escalas reales para evaluar la calidad de vida y pobre evaluación de ideación. El tercer estudio corresponde a un metaanálisis por Zhi Xuan Low y Col⁹⁸ (2019) sobre la prevalencia de desgaste profesional en residentes médicos clínicos y quirúrgicos, en el que incluye datos del primer estudio y segundo ya comentados,

concluyendo que la prevalencia de desgaste profesional en médicos residentes de dermatología está alrededor del 51.89%, 95% [CI: 42.42–61.21].

Los demás estudios descritos en la literatura se concentran en médicos especializados, teniendo en cuenta que manejan variables en proporciones variables y diferentes respecto a los médicos residentes. Incluso el estudio más grande realizado en la literatura sobre desgaste profesional publicado por NPBDS⁷⁵ (2019) presentó limitación por variabilidad de la muestra representativa de cada especialidad, siendo medicina familiar (13%), pediatría (10%), medicina interna (9%), anestesiología (8%) y medicina de urgencias (7%) las más implicadas, mientras que dermatología (1%), cuidado crítico (1%), urología (1%) y nefrología (1%), fueron las menos participantes.

7.2.3.2.4 Modelos pedagógicos asociados al desgaste profesional -burnout

Durante varios siglos se ha implementado métodos tradicionales pedagógicos centrados en el docente, sin embargo, existe una tendencia en actualizar este formato por uno más activo [aprendizaje basado en problemas (PBL)], donde el estudiante participe de su propia formación basado en la resolución de problemas e introspección de sus vacíos mientras que el docente cumple funciones como facilitador y orientador del proceso de aprendizaje.⁹⁹

No obstante, aunque el PBL esté asociado a una mejor adaptación y la comprensión del aprendizaje (basado en casos clínicos reales) respecto a los métodos tradicionales, ambos escenarios están implicados con altos niveles de estrés y ansiedad; en el primer caso, los

estudiantes presentan dudas sobre la falta de su preparación por inconsistencia en la capacitación y aprehensión debido al proceso de evaluación, mientras que los métodos tradicionales están asociados a un parámetro establecido de carga asistencial y académica y no cuentan con la igual facilidad de explorar temas académicos de interés.⁹⁹ Adicionalmente, ninguno de estos modelos contempla las expectativas sociales y familiares, las dificultades financieras, la falta de sueño y el contacto con escenarios de sufrimiento y muerte, los cuales pueden predisponen al deterioro de su salud mental.⁹⁹

7.2.3.2.5 Respuestas de los médicos y las organizaciones frente al desgaste profesional-burnout y su implicación en la calidad de vida

En el informe NPBD⁷⁵ (2019), la mayoría de los médicos (48%) usaban habilidades de afrontamiento positivas tales como hacer ejercicio y hablar con miembros de la familia y amigos cercanos mientras que otros preferían usar técnicas de afrontamiento negativas tales como dormir, escuchar música, comer comida no saludable, aislarse, tomar alcohol, fumar o incluso tomar drogas con prescripción especial.

En el mismo informe NPBD⁷⁵ (2019), el 50% de los encuestados prefirieron no buscar ayuda profesional dado que no reportaron síntomas severos de agotamiento, mientras que el 47% manifestaron que pueden lidiarlo sin ayuda, 39% se encuentran muy ocupados, 20% evitan no desean la divulgación y el 7% no creen en los profesionales de salud mental. Otros (12%) por su parte coinciden en que la asesoría no cambiará el resultado del

panorama laboral, dado que la raíz del problema no radica en la psique del profesional sino en la conformación administrativa del sistema de salud. Con anterioridad, una comunicación personal publicada en **NEJM** por Gupta R⁶⁶ (2018) de la escuela de Medicina de la Universidad de Michigan, resalta la imperiosa necesidad de re-enfocar esta creencia de que los profesionales médicos necesitan menos ayuda para hacer frente a la enfermedad psiquiátrica, respecto a sus pacientes.

Por otra parte, otros optaron por modificar su entorno laboral al reducir las horas trabajadas (31%), cambiar de escenario laboral (24%), cambiar su flujo de trabajo (21%), hablar con los encargados de la productividad para que esta misma presión sea reducida o contratar personal clínico adicional (8%). Estos resultados son similares a los encontrados en el informe de NEJM⁷⁶ y los miembros de Catalyst Insights Council (2017).⁷⁶ Adicionalmente ambos estudios coinciden en que algunos profesionales médicos optan por una salida estratégica como la jubilación o el retiro temprano, trabajos de tiempo parcial o el abandono laboral por completo a cambio de trabajos con industrias farmacéuticas o seguros médicos, lo que en definitiva se traduce en una reducción de la demanda médico-asistencial.^{75, 76}

En este sentido, existe una tendencia creciente por la responsabilidad ética y financiamiento de las instituciones académicas y no académicas para dirigir sus esfuerzos en la prevención de agotamiento.

7.2.3.1 Implicaciones de la calidad de vida con el riesgo suicida

Respecto al riesgo suicida, los médicos con desgaste profesional pueden experimentar síntomas de depresión, exasperación o mostrar frustración con sus compañeros, en otros casos, pueden revelar ideas suicidas y consumir el suicidio en una proporción mucho mayor que la población general. De hecho, los médicos presentan la tasa de suicidio más alta (28 y 40 por 100.000) que cualquier otra profesión y supera el doble de la población general 12,3 por 100.000.¹⁰⁰ En NPBDS⁷⁵ (2019) el 14% de la población de estudio presentó ideas suicidas sin algún tipo de intento, sin embargo, solo el 13% buscó una ayuda profesional, cifra que es realmente alarmante debido a la tendencia o creencia de normalizar los síntomas de depresión.^{66, 75}

7.3 Responsabilidad ética y financiamiento de instituciones para mejorar la calidad de vida y reducir el desgaste profesional

Existe evidencia de que los costos asociados con el cambio de personal médico, la disminución de la productividad y la disminución de la satisfacción del paciente debido a los síntomas autoinformados y compatibles con agotamiento no son menores a los cambios en el sistema, (incluida la cultura institucional) que aborda los disparadores del agotamiento y estos son a su vez ética y financieramente responsable con un enorme retorno medible de la inversión.¹⁰¹⁻¹⁰⁴

Múltiples estudios indican como el agotamiento es uno de los principales factores para que un médico abandone su puesto de trabajo en los próximos 24 meses.¹⁰¹⁻¹⁰⁴ Por lo tanto, la búsqueda de nuevos médicos implica mayores costos en nueva contratación, incorporación y tiempo en el que un médico alcanza una óptima eficiencia.¹⁰¹⁻¹⁰⁴ Por otro lado, aunque las organizaciones académicas (hospitales universitarios y convenios clínicos universitarios), tengan una inversión económica reducida en cuanto a contratación de personal médico dado que cuentan con estudiantes de medicina y médicos residentes, éstas sí presentan pérdidas económicas relacionadas con diferentes puntos de atención, entre ellas se destaca la pérdida de oportunidad de atención de los pacientes, el deterioro de la calidad de atención, mayor concentración de trabajo para un grupo menor de médicos con la subsecuente reducción de la productividad y la eficiencia y menor oportunidad para diseñar y liderar proyectos de investigación que requieren de personal médico.¹⁰¹⁻¹⁰⁴

Adicionalmente, a medida que el agotamiento se incrementa, la probabilidad de error aumenta en un 3 al 10%, generando conductas de cuidado subóptimas en los pacientes, las cuales incluyen inadecuada formulación, seguimientos clínicos deficientes y fallas para discutir completamente las opciones de tratamiento.^{61, 101} Lo anterior implica una amplia gama de escenarios desde la disminución en la seguridad del paciente tanto directa como indirectamente, mayores tiempos de recuperación, disminución de la adherencia en las recomendaciones médicas hasta mayores costos para compensar y atender a pacientes lesionados y litigio.¹⁰¹ Por lo tanto, se requieren de medidas estratégicas que permitan

prevenir y actuar sobre las dimensiones que se puedan afectar en la calidad de vida y que llevan al agotamiento.

7.4 Estrategias de las sociedades científicas y académicas frente a la calidad de vida de los médicos residentes

La Asociación Americana de Colegios Médicos (**AAMC**) se ha comportado como uno de los pioneros en sugerir las recomendaciones relacionadas con los servicios de salud y bienestar universitario enfocadas para esta comunidad y de estas mismas recomendaciones se han derivado otras estrategias para identificar, evaluar, proporcionar tratamiento y mitigar complicaciones relacionadas con la aparición de burnout, escenario que frecuentemente afecta la calidad de vida de los residentes médicos.^{14, 15, 62-66, 96-101} Karp JF y Col⁶² (2018) de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh en un estudio publicado en **NEJM** muestra cómo abordando desafíos de acceso, privacidad y estigma con profesionales de la salud mental puede brindar atención integral a sus estudiantes de medicina y estudiantes graduados. En su estudio con 850 estudiantes de medicina demuestra que el 8.5% de su población terminó en consulta psiquiátrica y el 3.64% alcanzaron psicoterapia a largo plazo, en contraste, el resto de la población recibió psicoterapia a corto plazo o al menos una consulta psicológica, generando un impacto sustancial en procesos de resiliencia académica o extracurricular.⁶²

En una revisión sistemática y metaanálisis publicada en Journal of the American Medical Association (JAMA) –de Medicina Interna por Panagioti y Col⁶³ (2018) reveló como el desgaste profesional puede afectar los dominios centrales de la prestación de atención médica, incluida la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la satisfacción de este. En este estudio, se evaluaron 5234 registros, 47 estudios con 42.473 médicos 25.059 (59,0%) hombres con una edad media de 38 años.⁶³ El desgaste profesional se asoció con un mayor riesgo de incidentes de seguridad del paciente (OR, 1.96; 95% CI, 1.59-2.40), peor calidad de la atención por baja profesionalismo (OR, 2.31; 95% CI, 1.87-2.85) y reducción subsecuente y significativa en la satisfacción del paciente (OR, 2,28; IC 95%, 1,42-3,68); cada una de las variables se presentó en mayor proporción en médicos residentes y especialistas graduados recientemente (0-5 años) posteriores a la residencia.⁶³ Adicionalmente, se resalta que la mayoría de los estudios incluidos en el metaanálisis presentaron evaluación de *burnout* a través de Cuestionario **MBI** y solo unos pocos incluían el Cuestionario General de Salud de Goldberg (**GHQ-12**). En ninguno de los estudios incluidos se usó cuestionarios de calidad de vida profesional dejando por fuera variables como apoyo directivo, cargas de trabajo, y motivación intrínseca sin analizar, mismas que en definitiva marcan sustancialmente la calidad de vida profesional.

Un reciente informe por Dra. Donata Marra¹⁰⁵, psiquiatra de Assistance publique - Hôpitaux de Paris (APHP) y presidenta de la oficina de interfaz de la facultad de estudiantes de University Pierre and Marie CURIE (UPMC) ha propuesto 12 sugerencias las cuales se pueden sintetizar en tres consejos: El primer consejo habla sobre la

importancia de garantizar la confidencialidad para cada estudiante en todas las facultades así se toman en consideración sus emociones y sufrimiento y subsecuentemente se otorga apoyo psicológico y orientación.^{74,105} El segundo consejo habla sobre la reducción de la carga laboral y la adaptación de formas de evaluación más allá de la importancia de una concreta calificación; al respecto varios estudios han mostrado una relación inversamente proporcional respecto a las horas trabajadas y el síndrome de desgaste profesional.^{74,105} El tercer consejo comenta sobre la importancia de la capacitación de los docentes en el reconocimiento de los síntomas de angustia de los estudiantes.^{74,105} Estos tres consejos deben estar acompañados de: formación de centros funcionales y transdisciplinarios que incluyan representantes de estudiantes, pacientes y profesionales de la salud; prevención de riesgos psicosociales a través de habilidades de empoderamiento; creación de centros regionales de apoyo que no necesariamente estén conectados con su centro académico principal (protección de confidencialidad; incentivar la lectura crítica de lo digital en las enseñanzas para sensibilizar a los estudiantes sobre el uso y la legislación de los medios de comunicación; implementar el trabajo colectivo a través del apoyo pedagógico y la tutoría del alumno; promover el acompañamiento psicológico y legal contra las víctimas del acoso; direccionar adecuadamente posterior al monitoreo psiquiátrico y psicológico teniendo en cuenta las limitaciones financieras de los estudiantes; construcción de estrategias para la prevención de suicidio; imparcialidad del tratamiento de los estudiantes en capacitación de salud.¹⁰⁵

Finalmente, teniendo en cuenta los factores tanto extrínsecos como intrínsecos previamente descritos el Consejo para la Acreditación de Educación para los Médicos Graduados (ACGME) y Junta Estadounidense de Especialidades Médicas (ABMS) en Estados Unidos, se han pronunciado enfáticamente al respecto e indican que el cuidado personal es un eje fundamental en el profesionalismo de los médicos residentes; de hecho, es considerado como una habilidad que debe ser aprendida y enriquecida en contextos de entrenamiento de residencia médica, es así, que las instituciones con convenio de entrenamiento de residentes debe abordar el bienestar de los mismos como parte de sus responsabilidades para evitar el agotamiento, depresión, intento suicida, abuso de drogas y potenciales eventos de violencia, y a su vez promover el bienestar psicológico, emocional y físico adecuado. Estos preceptos descritos en el 2017 por ACGME, están enmarcados en la sección VI de los requisitos comunes del programa para todos los programas de residencia médica y becarios acreditados independientemente de la especialidad.^{6,11,106}

Adicionalmente, se ha incentivado por la participación de los residentes en el comité del ACGME con el fin de diseñar iniciativas tales como “*Back to Bedside*” y empoderar así a los mismos y otros becarios al desarrollo de estrategias que combatan el burnout en los entornos de aprendizaje, de hecho se ha alcanzado una cifra de 223 propuestas en tan solo el otoño del 2017, lo que refleja la preocupación por un cambio en las condiciones actuales de los médicos residentes.²⁸⁻³¹ De igual manera la Asociación Estadounidense de Facultades de Medicina (AAMC) y la Academia Nacional de Medicina (NAM) se encuentran trabajando en conjunto para encaminar acciones sobre el bienestar y resiliencia; esta

colaboración, incluye más de 150 organizaciones para desarrollar una comunidad de médicos residentes más segura y saludable.^{6,11, 106} En contraste, proyectos de similares características en nuestro país aún no están implementados, a pesar de que el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013, planteó una propuesta de regularización sobre el sistema de residencias médicas.^{6,11, 106, 107}

7.5 Estudios nacionales en residentes de dermatología y/o dermatólogos

Una exhaustiva revisión de la literatura, a través de los principales bases de datos: Pubmed, EMBASE, Ovid MEDLINE, Google Scholar, Scielo, Scopus, Springer, ERIC, BASE, Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica no arrojó resultados de estudios colombianos. Incluso se revisó en otras bases de datos y motores de búsqueda como Virtual Learning Resources Center LRC y literatura gris como manuscritos en Journals/revistas con o sin indexación en los principales motores de búsqueda con o sin alto factor de impacto, documentos impresos no digitalizados, libros sin distribución comercial, tesis doctorales, posters, actas y/o resúmenes de congresos), al respecto no se encontraron estudios nacionales publicados en esta especialidad médica.

Por otra parte el Ministerio de Trabajo de Colombia ha reconocido el Síndrome de Agotamiento Profesional/burnout/desgaste profesional en su grupo de enfermedades desde el año 2017, sin embargo desde 2014 ya se reconocían sus factores de riesgo y su implicación en la calidad de vida del personal relacionado con la salud, aún así hasta la

fecha no se han implementado estrategias para abordarlo. De igual manera, son pocas las organizaciones académicas nacionales que están iniciando estudios respecto a su propia población para desarrollar estrategias efectivas contra esta variable que afecta la calidad de vida de sus estudiantes en cualquier grado de su formación académica.^{85, 89-94}

7.6 Instrumentos de medición

Para el análisis de la calidad de vida en el residente de Dermatología de Colombia, se consideró el uso de tres instrumentos (CVP-35, MBI y GHQ-12) dado que cada uno de ellos evalúa diferentes dimensiones relacionadas con la calidad de vida tales como: calidad de vida profesional, desgaste profesional y calidad de vida relacionada con la salud, respectivamente; todos ellos se complementan y se correlacionan adecuadamente.

7.6.1 Cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35)

El cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35), está diseñado para proporcionar información sobre la calidad de vida profesional. Este cuestionario se encuentra adaptado y validado al castellano,^{108, 109} validado en su constructo, fiabilidad intrasujeto y clinimetría con una buena relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional.¹¹⁰⁻¹¹² Así mismo, ha sido aplicado en varios estudios colombianos e internacionales.¹¹³⁻¹¹⁶ El cuestionario mide 3 dimensiones: Apoyo directivo, las demandas del puesto y motivación intrínseca.

7.6.2 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS):

Es el instrumento más utilizado en todo el mundo para evaluar el síndrome de agotamiento profesional. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Ha sido validado en múltiples escenarios sociales, como también ha sido usado en múltiples estudios nacionales internacionales, revisiones sistemáticas y meta-análisis.^{63, 70, 73, 117-122} Evalúa los tres aspectos centrales que caracterizan el SB: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal.¹²³⁻¹²⁵

7.6.3 General Health Questionnaire (GHQ-12)

El Cuestionario general de salud de 12 ítems o por sus siglas en inglés GHQ-12, es uno de los instrumentos más utilizados en el mundo para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos (Hewitt et al., 2010). El GHQ-12 ha sido traducido a más de 11 idiomas y originalmente constaba de 60 preguntas, sin embargo en la actualidad se cuenta con versiones más cortas de 36, 30, 28, 20 y 12 puntos traducidas y validadas incluso al castellano. La versión de doce puntos es corta y de fácil comprensión ha sido validada en población hispanohablante, puesta a prueba en población Colombiana con resultados de alta consistencia interna, constructo y factores teóricos que muestran que sus propiedades psicométricas pueden ser utilizadas en nuestra población. De hecho, ya ha sido usada en varios estudios nacionales y se ha probado como una herramienta efectiva para valorar la salud mental general.¹²⁶⁻¹³⁰

Vale la pena aclarar que CVP35 realiza una evaluación de la situación actual y sus determinantes mientras que MBI-HSS está enfocado en la detección del estado patológico del desgaste profesional.

La importancia de determinar la calidad de vida de los residentes permitirá crear iniciativas que prevengan el agotamiento profesional durante el período de formación de los futuros especialistas y consecuentemente mejorar la calidad de su práctica médica que en definitiva repercutirá positivamente en la atención de sus pacientes.

8. Metodología

8.1. Diseño o tipo de estudio

Estudio descriptivo de tipo corte transversal

8.2. Población

Población de estudio: Estudiantes en etapa de Postgrado (residencia) de Dermatología de las facultades de Medicina de las Universidades de Colombia

8.3 Muestra

La muestra se obtiene a través de un muestreo por conveniencia incluyendo todos los residentes de dermatología de todas las escuelas de Colombia.

Para la realización del estudio aplicaremos un cuestionario en línea a todos los residentes de posgrado en Dermatología de cada facultad del país. Esta cifra está disponible por la Sociedad Colombiana de Dermatología – ASOCOLDERMA como también confirmada por los directores de posgrado de cada programa en Dermatología del país. Por lo tanto los residentes de Dermatología incluidos corresponden con las siguientes escuelas:

Universidad El Bosque, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Fundación. Universitaria Sanitas, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad de Caldas, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Bolivariana, Instituto Colombiano de Estudios Superiores de Incolda (ICESI), Universidad

Nacional de Colombia, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad Libre y Universidad de Cartagena, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana.

A la fecha actual contamos con 105 residentes inscritos y cursando la especialidad desde primer semestre hasta sexto semestre, ninguno de ellos aplazado o retirado del programa. Estimamos que el 90% de los residentes tomaran la encuesta ($p=0.9$ y $q=0.1$) buscamos un nivel de confianza del 95,5% que determina $K=2$ y estamos dispuestos asumir un error muestral del 3% (e), por lo tanto necesitaríamos una muestra de 83 residentes de Dermatología de Colombia

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados); en nuestro caso corresponde 105 individuos, información que proviene de la Sociedad Colombiana de dermatología actualizada para el año 2019.

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%

La puntuación Z (k) y sus niveles de confianza se establecen de acuerdo con:

Nivel de confianza deseado	Puntuación z (k)
75%	1,15
80 %	1.28
85 %	1.44
90 %	1.65
95 %	1.96
95,5%	2
99 %	2.58

Tabla 1. Puntuación Z (k) y sus niveles de confianza

p: Corresponde a la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio, en este caso, la información es conocida directamente de la sociedad colombiana de dermatología quien tiene actualizado el número total de residentes de dermatología cursando desde primer hasta 6 sexto semestre de la especialidad en dermatología; información que proviene de cada división de posgrado en dermatología de cada universidad del país.

d: corresponde al error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la

población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella. En nuestro caso corresponde al 3%

q: Corresponde a la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

n: Corresponde al tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

8.3.1 criterios de inclusión:

- Residentes de Dermatología de las escuelas de medicina del territorio colombiano.

8.3.2 criterios de exclusión

- Médicos residentes que no autoricen participar (no firmen consentimiento) en el trabajo de investigación
- Médicos residentes que diligencien de forma incompleta el cuestionario
- Médicos residentes que se encuentren de vacaciones o en aplazamiento temporal durante el rango de tiempo que dure la encuesta disponible.

8.4 Aplicación de instrumentos:

Se realizara la aplicación de los cuestionario CVP 35, cuestionario de Goldberg (General Health Questionnaire-GHQ-12) y Maslach Burnout Inventory Human service por medio de una plataforma digital auto-diligenciable plataforma <https://data2.lica.cloud/82968526250666> que se allegara a través de cada coordinador

académico por correo electrónico y/o redes sociales. Previo al diligenciamiento de los cuestionarios, el participante podrá leer el consentimiento informado que está incorporado en la misma plataforma <https://data2.lica.cloud/92885377010966> y una vez firmada su aceptación, se allegará de forma automática una copia al correo electrónico del mismo.

Una vez diligenciado este formulario, los datos se incorporarán automáticamente a un sistema de recolección de datos por Excel Microsoft el cual posteriormente se podrá importar a la aplicación para análisis estadístico SPSS v25.

8.5 Variables

Tabla 2. Matriz de variables de acuerdo con su naturaleza, escala de medición y definición

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Naturaleza y escala de medición
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la actualidad	Edad en años cumplidos referido por el paciente	Cuantitativa Razón
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Natural	Lugar donde el individuo vive	Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del, cauca, vaupes, vichada.	Cualitativa Nominal
Universidad de Procedencia	Escuela de formación en la especialización	Universidad El Bosque Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Pontificia Universidad Javeriana	Cualitativa Nominal

	de Dermatología	Fundación Universitaria Sanitas Universidad Militar Nueva Granada. Universidad de Caldas Universidad del Valle Pontificia Universidad Bolivariana ICESI Universidad Nacional de Colombia Universidad Autónoma de Bucaramanga Universidad Libre Universidad de Cartagena Universidad de Antioquia	
Nivel socio económico	Estratificación socioeconómica de acuerdo a su capacidad económica.	1,2,3,4,5,6	Cuantitativa Ordinal
Semestre que cursa	Periodo comprendido por 6 meses de duración sobre el total de semestres de toda la carrera	Primer semestre-Segundo semestre-Tercer semestre- Cuarto semestre-Quinto semestre-Sexto semestre	Cuantitativa Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil o en función de si tiene o no pareja	Novio(a)- soltero- viudo- casado- unión libre- separado	Cualitativa Nominal
Hijos o personas a cargo	Presencia o ausencia de personas a cargo	-Si -No	Cualitativa Nominal
Recibe apoyo familiar	El individuo cuenta con alguien de su círculo social	-Si -No	Cualitativa Nominal

económico	(familiar, amigo, conocido), apoyándolo en la vivencia del día a día		
Crédito estudiantil de matrícula	Presencia o ausencia de créditos relacionados para el pago de su matrícula	-Si -No	Cualitativa Nominal
Crédito estudiantil de manutención	Presencia o ausencia de créditos relacionados para su transporte y comidas	-Si -No	Cualitativa Nominal
Crédito de pregrado	Presencia o ausencia de créditos relacionados con el pregrado de Medicina	-Si -No	Cualitativa Nominal
Gastos en Arrendamiento	Presencia o ausencia de obligaciones por concepto de arrendamientos	-Si -No	Cualitativa Nominal
Gastos en alimentación	Asumidos por el mismo estudiante	-Si -No	Cualitativa Nominal
Recreación	Asumidos por el mismo estudiante	-Si -No	Cualitativa Nominal
Gastos en transporte	Gastos relacionados con la movilidad o transporte que son asumidos por el mismo estudiante	-Si -No	Cualitativa Nominal
Percepción de dificultades	Valoración subjetiva sobre la presencia de	Constantemente, nunca, casi nunca, ocasionalmente	Cualitativa politómica

económica	dificultades económicas relacionadas con su postgrado		Ordinal
Uso de sustancias recreativas o psicoestimulantes	Presencia de sustancias recreativas durante la residencia	Café, cigarrillo alcohol, marihuana, otros, ninguna	Cualitativa politémica Ordinal
Uso de sustancias	Requerimiento de medicamentos usados durante la residencia	Analgesicos (AINES, acetaminofén, opioides), antihistamínicos, Antidepresivos, multivitamínicos, ninguno	Cualitativa politémica Ordinal
Actividad física semanal	Cantidad de ejercicio realizado por semana y hora	Tres veces por semana (Aprox 5- 6 horas) Dos veces por semana (Aprox 3- 4 horas) Una vez a la semana (Aprox. 1- 2 horas) Nunca	Cualitativa politémica Ordinal
Acceso a salud mental universitaria	Instalaciones o atención medica relacionada con la salud mental en el campus universitario	-Si -No	Cualitativa Nominal
Asesoría psicológica o psiquiátrica	Requerimientos de asesoría en psicología o psiquiatría	-Si -No	Cualitativa Nominal
Ideas suicidas	Presencia de ideas que atenten contra su propia vida y que sean autoinfligidas	-Si -No	Cualitativa Nominal
Consejería académica	Instalaciones o servicios relacionados	-Si	Cualitativa Nominal

universitaria	con asesoría académica	-No	
Percepción de participación y contribución al sistema de salud	Valoración subjetiva sobre la participación del médico residente de Dermatología en actividades asistenciales y administrativas durante su formación académica		
Admisiones hospitalarias de pacientes	Ingresos digitales o formatos en físico para formalizar la atención del paciente	-Si -No	Cualitativa Nominal
Entrevistas y exámenes físicos a pacientes hospitalizados	Acto mediante el cual se aplica la estructura de historia clínica médica y se examina al paciente hospitalizado	-Si -No	Cualitativa Nominal
Entrevistas y exámenes físicos a pacientes en consulta externa	Acto mediante el cual se aplica la estructura de historia clínica médica y se examina al paciente proveniente de consulta externa	-Si -No	Cualitativa Nominal
Entrevistas y exámenes físicos a pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos dermatológicos	Acto mediante el cual se aplica la estructura de historia clínica médica y se examina al paciente con indicación de manejo quirúrgico dermatológico	-Si -No	Cualitativa Nominal
Seguimiento clínico a los pacientes	Acto mediante el cual se aplica la estructura de historia clínica médica y se examina	-Si -No	Cualitativa Nominal

	al paciente de frecuencia regular para evaluar su estado evolutivo		
Información a los pacientes	Acto mediante el cual se establecen canales de comunicación con los pacientes para informar su estado medico	-Si	Cualitativa Nominal
		-No	
Información familiares de pacientes	Acto mediante el cual se establecen canales de comunicación con los familiares de los pacientes para informar su estado medico	-Si	Cualitativa Nominal
		-No	
Trabajo multidisciplinario	Acto mediante el cual se establecen canales de comunicación con demás profesionales de la salud encargados del cuidado del paciente	-Si	Cualitativa Nominal
		-No	
Juntas medicas	Acto mediante el cual se exponen casos de interés clínico, académico o investigativo a través de una reunión concertada por varios especialistas relacionados con la atención del paciente	-Si	Cualitativa Nominal
		-No	
Interacción con farmacia	Acto mediante el cual se establecen canales de comunicación con	Reclamación de medicamentos	Cualitativa politómica
		Verificar disponibilidad de	

	el departamento de farmacia para la obtención de suministros, dispositivos o medicamentos para la atención del paciente	medicamentos y/o dispositivos médicos (sistemas de presión negativa, compresas, insumos quirúrgicos e instrumentos de cirugía menor) Otras actividades Ninguna actividad	Ordinal
Formulación de pacientes	Acto mediante el cual se diligencia y relaciona los medicamentos que requiere el paciente	-Si -No	Cualitativa Nominal
Participación de procedimientos quirúrgicos	Acto mediante el cual el médico residente participa en eventos quirúrgicos indicados al paciente	-Si -No	Cualitativa Nominal
Procesamiento de patologías	Acto mediante el cual el médico residente participa en el procesamiento de muestras patológicas necesarios para el estudio histopatológico.	-Si -No	Cualitativa Nominal
Actividades administrativas	Acto mediante el cual el médico residente participa en actividades administrativas relacionadas con el diligenciamiento de formatos hospitalarios y/o de consulta externa para la atención del paciente	-Si -No	Cualitativa Nominal

Actividades epidemiológicas	Acto mediante el cual el médico residente participa en la notificación de enfermedades al sistema de SIVIGILA	-Si -No	Cualitativa Nominal
Actividades epidémio-farmacológicas	Acto mediante el cual el médico residente participa en la notificación de eventos adversos farmacológicos al sistema de SIVIGILA	-Si -No	Cualitativa Nominal
Comunicación con superiores	Acto mediante el cual el médico residente establece canales de comunicación con sus superiores clínicos y/o académicos relacionados con la atención del paciente	-Si -No	Cualitativa Nominal
Percepción de participación y contribución a la investigación médica			
Valoración subjetiva sobre la participación del médico residente de Dermatología en actividades de investigación clínica y universitaria			
Búsqueda de información	Acto mediante el cual el médico residente busca información relacionada con la investigación médica	-Si -No	Cualitativa Nominal
Transcripción de datos	Acto mediante el cual el médico residente transcribe datos relacionados con la investigación médica	-Si -No	Cualitativa Nominal

Análisis e interpretación de datos	Acto mediante el cual el médico residente analiza e interpreta datos para llegar a conclusiones relacionadas con la investigación o atención clínica	-Si -No	Cualitativa Nominal
Publicación de posters académicos	Acto mediante el cual el médico residente participa en la construcción de posters académicos en eventos nacionales y/o internacionales	-Nacionales -Internacionales -Internacionales y nacionales Ninguna publicación	Cualitativa politómica Ordinal
Publicación de manuscritos artículos de interés médico	Acto mediante el cual el médico residente participa en la publicación de manuscritos académicos en revistas nacionales y/o internacionales	-Nacionales -Internacionales -Internacionales y nacionales Ninguna publicación	Cualitativa politómica Ordinal
Participación en congresos médicos	Acto mediante el cual el médico residente participa en congresos médicos nacionales y/o internacionales	-Nacionales -Internacionales -Internacionales y nacionales Ninguna participación	Cualitativa politómica Ordinal
Intención de continuar con investigación médica	Percepción o intención del médico residente de continuar en el campo investigativo al culminar su especialidad	-Si -No	Cualitativa Nominal

Actualización medica	Acto mediante el cual el médico residente busca bibliografía actualizada relacionada con la investigación médica o la atención clínica	-Si -No	Cualitativa Nominal
Variables relacionadas con el cuestionario CVP 35	Variables relacionadas con la calidad de vida en el profesional Cada ítem será evaluado en una escala de 1 a 10	NADA: valores 1 y 2; ALGO: valores 3, 4 y 5; BASTANTE: valores 6, 7 y 8; MUCHO: valores 9 y 10.	Cuantitativa Ordinal
Variables relacionadas con el cuestionario de Goldberg (General Health Questionnaire- GHQ-12)	Variables relacionadas con los aspectos más importantes en la salud general.	Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos de lo habitual	Cualitativa politómica Ordinal
Variables del cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Service	Variables implicadas en evaluación del burnout	Nunca. 1= Pocas veces al año o menos. 2= Una vez al mes o menos. 3= Unas pocas veces al mes. 4= Una vez a la semana. 5= pocas veces a la semana. 6= todos los días.	Cuantitativa Ordinal

Análisis Univariado:

Se presentará la mención de las variables, en este caso las ya enunciadas anteriormente:

1. Edad: Frecuencia, tablas y graficas de barras.
2. Sexo: Porcentaje, tablas y graficas de barras.
3. Nivel Socioeconómico: Frecuencia, tablas y graficas de barras.
4. Uso de drogas o alcohol: Porcentaje, tablas y graficas de barras.
5. Pareja estable: Porcentaje, tablas y graficas de barras.
6. Apoyo (Familiar, amigos, pareja u otro) en cuanto al tema de su patología: Porcentaje, tablas y graficas de barras.
7. Universidad de Procedencia: Porcentaje, tablas y graficas de barras.
8. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central: promedio, mediana y medidas de dispersión: desviación estándar o rango intercuartílico según la distribución de los datos.
10. Para las variables cualitativas frecuencias absolutas o relativas.

8.5.1 Escalas de evaluación de calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida profesional involucra la aplicación de tres cuestionarios entre los cuales se incluyen la evaluación de calidad de vida profesional incluida la percepción de la calidad de vida, la calidad de vida relacionada con el estado de salud mental evaluada por GHQ-12 y finalmente el desgaste profesional evaluado a través de MBI-HSS. A continuación se describen los detalles técnicos de estos mismos.

8.5.1.1 Evaluación de calidad de vida profesional

Cuestionario CVP 35: Elaborado por García Sánchez, con alfa de Cronbach de 0.94, consta de 35 preguntas agrupadas en 3 indicadores: apoyo directivo, cargas de trabajo y motivación intrínseca, evaluados con escala tipo Likert, se establecen niveles de malo, regular y bueno para la calificación de la calidad de vida laboral. Este instrumento fue construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control), ha sido validado en entornos diferentes en el sistema de salud español y usado en múltiples estudios nacionales e internacionales, es de uso libre y su versión en el idioma español también ha sido patrocinada directamente a los investigadores por la subdirección general de promoción de la salud del departamento de salud de Cataluña. Se han evaluado su validez de constructo y su fiabilidad intra-sujeto, así como su aceptable relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional

Puntuación de 35 a 350

Nivel bueno de CVP: 246 a 350

Nivel regular de CVP: 140 a 245

Nivel malo de CVP: 35 a 139

Corrección de la prueba: está dividida en tres dimensiones y la pregunta referente a calidad de vida percibida, la cual se agrupa por fuera.

La primera dimensión (D1), compuesta por los ítems 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23 y 28, evalúa el componente apoyo directivo, que hace referencia al apoyo emocional recibido por parte de los directivos.

La segunda dimensión (D2), compuesta por los ítems 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25 y 33, evalúa el componente carga de trabajo, el cual hace referencia a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo.

La tercera dimensión (D3), compuesta por los ítems 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32 y 35, evalúa la motivación intrínseca. Esta se orienta a establecer los factores de este tipo de motivación. Por último, la CVP percibida es evaluada bajo el ítem 34.

Procesamiento de la información: se utilizarán medidas para el nivel descriptivo como frecuencias absolutas, mínima, máxima, media y desviación estándar (DE).

8.5.1.2 Evaluación de salud mental

El Cuestionario de Salud General (GHQ-12): Evalúa la dimensión general de la salud auto percibida por el paciente. Ha demostrado ser una herramienta efectiva para la valoración de la salud mental en población general y en población clínica, siendo uno de los instrumentos de tamizaje validado más utilizado en todo el mundo y uno de los más recomendados para ser empleado en encuestas de salud y evaluación de la depresión. Este se encuentra para su uso libre y fue proporcionado a los investigadores de este estudio directamente por la doctora Virginia Dresch, co-autora del cuestionario.

Para la calificación del GHQ se utilizará el método original de Goldberg y consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera se obtiene un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor.

En esta forma de calificación se establece un punto de corte o "cut-off-score" por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos (sospecha o indicativo de presencia de psicopatología, puntaje entre 5 a 12 puntos) , y por debajo del

cual se consideran "no casos", personas sanas o con ausencia de psicopatología (0 a 4 puntos).

Adicionalmente, el GHQ -12 evalúa la dimensión general de la salud autopercebida por el paciente, pero además, permite distinguir dos subdimensiones: bienestar psicológico, en sus ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12, expresada como el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. La segunda subdimensión corresponde con el funcionamiento social y afrontamiento, evaluada en los ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11.

8.5.1.3 Evaluación del “Burnout”

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS): El cuestionario Maslach de 1986 y posteriormente modificado en 1993 es el instrumento más utilizado en todo el mundo para evaluar el Síndrome de Burnout en servidores de la salud. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el SDP. El cuestionario ha sido publicado en múltiples estudios nacionales e internacionales así como su cuestionario también ha sido objeto de difusión masiva. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran

bajas si están por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. **Subescalas de agotamiento emocional:** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. **Subescalas de despersonalización:** Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. **Subescalas de realización personal:** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Valores de referencia

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Tabla 3. Subescalas, ítems y puntajes de cada dimensión por MBI-HSS

Se consideran que las puntuaciones del MBI –HSS son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Esta prueba pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización persona.

Las sub-escalas ítems y puntajes de cada dimensión por MBI-HSS siguen la estructura recomendada por el Manual en su cuarta edición, el cual fue obtenido por compra directa a través de Maslach Burnout Inventory TM marca registrada de Mind Garden, Inc.

8.5.2 Métodos de análisis estadísticos

Estadísticas descriptivas univariada son presentadas para describir las variables del estudio. Para las variables cualitativas se reportan las frecuencias absolutas y relativas mientras que para las variables cuantitativas se reportan los cuartiles, el promedio y la desviación estándar.

Con el fin de evaluar asociaciones entre los diferentes constructos del cuestionario (bien sea por sus preguntas originales o por indicadores de resumen contruidos a partir de estas) se usaran las pruebas de independecia de Chi-cuadrado (para evaluar la relación entre pares de variables cualitativas), la prueba de Kruskal-Wallis (para evaluar la relación entre una variable cuantitativa y una cualitativa) y la correlación de Spearman (para evaluar la relación entre variables cuantitativas). La prueba de Kruskal-Wallis se prefiere sobre las pruebas T de student o el ANOVA ya que es una prueba no paramétrica que no asume supuestos paramétricos sobre la distribución de los datos evaluados. La correlación de spearman se prefiere en lugar de la correlación de Pearson ya que la correlación de spearman evalúa no solo relaciones lineales entre las variables estudiadas si no también relaciones no lineales monotónicas (Wasserman 2007).¹³⁵

Para la evaluación de asociaciones multivariadas entre los diferentes constructos del cuestionario, representados por índices de resumen de cada constructo, se usarán dos enfoques: 1) Análisis en componentes principales (ACP) para estudiar la estructura de correlación de estos índices usando los dos primeros componentes principales para proyectar las variables en el círculo de correlación. Cabe destacar que las correlaciones

analizadas en este análisis son las de Pearson. 2) La técnica de agrupamiento mixto propuesta por Lebart et al¹³⁴ (1985). Esta técnica de agrupamiento consiste en usar los componentes principales derivados del ACP y usarlos para realizar un agrupamiento jerárquico usando el método de Ward. En este paso se determina el número de grupos óptimo usando los índices de nivel producidos por el método de agrupación jerárquica y obteniendo una primera agrupación de los residentes. Posteriormente se realiza un paso de consolidación de los grupos obtenidos usando los centroides de los mismos en el método de agrupamiento K-means consolidando así los grupos obtenidos. El propósito de este análisis es encontrar y describir los grupos de residentes con scores similares en los diferentes constructos de la encuesta, con el objetivo de segmentar y perfilarlos. El análisis de la información y los datos será realizado en SPSS v.25.

Se considerará significancia estadística valores $p < 0,05$. Se complementará la asociación con los dominios de las preguntas por medio de análisis de correspondencia múltiple.

9. Factibilidad

9.1 Consideraciones éticas

De acuerdo con la resolución 8430 de 4 octubre de 1993 este estudio se clasifica como una investigación de mínimo riesgo la cual se define como *“Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución”*

Dado que se obtienen datos de aspectos sensitivos de la conducta, se optimiza la protección y manejo de datos, reserva de identidades y toma de consentimientos informados. Este estudio contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad El Bosque resuelto con **Número de acta 018-2019, fecha de acta 07-11-2019 y Código NUR-2019-97.**

9.2 Cronograma

Tabla 4. Cronograma de actividades

[illegible]

9.3 Funciones de los investigadores y auxiliares de investigación dentro del proyecto

Investigadores principales

1. Formulación del proyecto de investigación
2. Liderar y coordinar el componente técnico/científico (cumplimiento de objetivos y logro de resultados y productos) y financiero del proyecto
3. Organizar y administrar los recursos asignados al proyecto (humanos, técnicos, presupuestales, entre otros) y se responsabiliza por la obtención de los resultados.
4. Asegurar el cumplimiento en la entrega de los informes técnicos y financieros previstos para el proyecto.
5. Presentar el proyecto de investigación.
6. Recolección y análisis de información.
7. Gestionar las publicaciones que se deriven del proyecto.

Auxiliares de investigación

1. Elaborar informes de avance periódicos al investigador principal del proyecto.
2. Participar en las reuniones evaluativas con el investigador principal
3. Apoyar la preparación de los resultados parciales y/o finales de investigación y los somete al proceso de evaluación al investigador principal del proyecto.

9.4 Problemas o riesgos de la investigación

El estudio no implica riesgos o problemas durante la investigación. Es un estudio observacional descriptivo de tipo corte transversal, en el que se realizará la recolección de la información a través de una plataforma virtual auto-diligenciable a través de la plataforma <https://data2.lica.cloud/82968526250666> , el cual contara con el consentimiento informado y la respectiva encuesta.

El consentimiento informado podrá ser firmado digitalmente y una vez finalizado este, automáticamente se enviará una copia al correo del que disponga el entrevistado como de quienes están a cargo la investigación. Subsecuentemente, podrá diligenciar la encuesta respectiva, la cual no contiene información de identificación para conservar y proteger la identidad de quien lo realiza. Una vez finalizado este formulario, los datos se incorporarán automáticamente a través del siguiente vínculo: <https://data2.lica.cloud/92885377010966>

Ambos procesos están en consonancia con la globalización de uso de tecnologías limpias para el ambiente y mejorara el rendimiento y la eficacia de recolección de datos. Procesos que así mismo evitara errores de transcripción y/o digitación de información evitando así la alternación de los resultados, duplicidad o información insuficiente que puedan limitar la evaluación de las variables correspondientes.

En cuanto a la distribución y la comunicación para el diligenciamiento del cuestionario se realizarán a través de varios canales y escenarios de comunicación entre los cuales incluyen:

1. Comunicación directa con coordinadores del programa de Dermatología de las diferentes Universidad del país durante el evento “Congreso Nacional de Dermatología” programado para el 31 de octubre hasta el 3 de noviembre de 2019, patrocinado por la misma Asociación Colombiana de Dermatología, con la cual se cuenta el permiso respectivo.
2. Intermediación a través de la coordinación directa de nuestro programa de Dermatología de la Universidad El Bosque, Dra. Adriana Motta Beltrán con los demás coordinadores académicos o directores del programa de dermatología de Universidad El Bosque, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Fundación Universitaria Sanitas, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad de Caldas, Universidad del Valle, Pontificia Universidad Bolivariana, ICESI, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad Libre, Universidad de Cartagena, Universidad de Antioquia.

En cuanto al análisis de los datos obtenidos estos una vez almacenados automáticamente en una plataforma integrada por Excel Microsoft para ser importada a SPSS v.25 para su respectivo estudio.

10. Presupuesto

Tabla 5. Presupuesto del personal

Investigador	Formación académica	Dedicación (hrs./sem)
Daniel Cuestas	Residente de dermatología	15
Alexander Velandia	Residente de dermatología	15

Tabla 6. Presupuesto de los materiales

<i>PRESUPUESTO GLOBAL Y FINANCIAMIENTO</i>			
RUBRO	FUENTE DE FINANCIACION		TOTAL
	Universidad	Contrapartida	
Personal	0	400	400.000
Software SPSSv.25	0	1700	1700000
Transporte	0	100	100.000
Papelería	0	100	100.000
Refrigerios	0	40	40.000
Construcciones	0	0	0
Material Bibliográfico	0	50	50.000
Impresiones	0	250	250.000
			2'640.000

El presupuesto fue obtenido por recursos propios de los investigadores, el cual proviene del sustento laboral familiar.

11. Resultados

11.1 Muestra de análisis

Se compartieron a través de la plataforma <https://data2.lica.cloud/82968526250666> todas las encuestas a cada uno de los residentes de dermatología de las diferentes escuelas de posgrado en el territorio colombiano para una disponibilidad de 105 residentes como muestra total. De estas, el total de encuestas contestadas fue del 87% (92). A pesar de que todos los residentes comunicaron que se contestaría la encuesta finalmente en el momento de cerrar el periodo de recogida de datos entre el 20 diciembre de 2019 y 30 de abril de 2020, los residentes faltantes no habían dado ninguna respuesta. Los residentes en vísperas de graduarse en el corte final de 2019 también participaron en la encuesta como residentes de último año.

11.2. Datos sociodemográficos

Se describen los resultados de los datos sociodemográficos correspondientes a los residentes de dermatología en Colombia entre los cuales incluyen la edad, el género, la procedencia, estrato socioeconómico, Universidad de procedencia, semestre actual durante la evaluación del instrumento, estado civil, presencia o no de trabajo remunerado y personas a cargo (**Material suplementario Tabla 1.**)

11.2.1 Edad y sexo

Del total de 92 encuestados el 71,7% (66) fueron mujeres y el 28,2% (26) hombres. La media de edad se situó entre los 29,3 años ($DE = 3$) y fue similar entre hombres y mujeres. La distribución de sexo por universidad no se encontró estadísticamente significativa. ($p=0,616$).

11.2.2 Tipo de centro

El 77,1% de los residentes encuestados pertenecían a una institución de carácter privado. En todas las universidades predominó el sexo femenino a excepción de la universidad El Bosque y la Universidad Libre donde la proporción fue aproximadamente similar entre hombres y mujeres (1.2/1).

11.2.3 Año de residencia

La distribución de los residentes encuestados según su año de residencia fue el siguiente: 39,1% en tercer año, 28,2% en segundo año y 33% de primer año.

11.2.4 Universidad de procedencia

La distribución de los residentes de dermatología encuestados según su universidad de procedencia fue de la siguiente manera: Universidad El Bosque 14% (13), Universidad Libre 13% (12), FUCS 12% (11), Universidad CES 8,6% (8), Pontificia Universidad Javeriana 8,7% (8), Fundación Universitaria Sanitas 7,6% (7), Universidad de Antioquia 6,5% (6), Universidad Autónoma de Bucaramanga 5,4% (5), Universidad Militar Nueva Granada 5,4% (5), Universidad Nacional de Colombia 5,4% (5), Universidad del Valle 4,3% (4), Universidad Pontificia Bolivariana 4,3% (4), Universidad de Cartagena 2,1% (2), Universidad de Caldas 1,08% (1), Universidad ICESI 1,08% (1).

11.2.5 Lugar de origen

El principal origen de los residentes encuestados correspondió al departamento de Cundinamarca con un 23,9% seguido del departamento de Antioquia 21,7% y Valle del Cauca 11,9%; otras regiones menos informadas fueron Santander, Boyacá, Norte de Santander Tolima, Cauca, Cesar, Chocó, Huila, Nariño, Arauca, Atlántico, Caldas, Córdoba, Magdalena y Quindío. Solo un residente se registró de origen venezolano en representación de los extranjeros

11.2.6 Estratificación social

El 35,8% de los residentes pertenecen a quinto estrato social, seguidos del cuarto (29,3%), sexto (20,6%), tercero (10,8%) y segundo (3,2%). En cuanto a la distribución de estratos según procedencia se encontró en términos globales que los estratos 4, 5 y 6 se concentran principalmente en los departamentos de Cundinamarca, Valle del Cauca y Antioquia, mientras que otra proporción considerable de residentes en estrato 4 se encuentra en los departamentos de Boyacá y Santander. Los estratos 2 y 3 se concentraron en los departamentos de Cundinamarca y Nariño ($p < 0.05$).

11.2.7 Pareja e hijos

La mayoría de residentes afirmó no tener pareja (60%), seguido de aquellos con una relación establecida como novio(a) (23,9%), casado (10,8%), unión libre (3,2%) o por lo contrario una relación concluida como separados (1,08%). Los hijos y/o personas a cargo se observó en el (8,6%).

11.2.8 Inversión económica y percepción de dificultad económica durante la residencia

La media del costo de sostenimiento mensual encontrada fue de 2,175.200 (DE= 1,0948.000) sin diferencia entre sexos, semestre y estrato socioeconómico. La media de costo del semestre es de 14,0347.000 (DE= 5,9732.000) con una diferencia sustancial entre el sector público y privado, siendo el p0 global = 1,2237.000 y en otro extremo el P1= 22,3728.000.

Se encontró que el 9,78% de los residentes aún continúan pagando un crédito de pregrado mientras que 1/3 de los residentes cuentan con créditos para financiamiento de su posgrado (34,78%). El 14,1% afirmaron necesidad de trabajar en horas diferentes a su horario curricular para suplir sus gastos en sostenimiento, mientras que el 22,82% se encuentran con un crédito bancario que ayuda en su sostenimiento para su subsistencia; lo cual suma una realidad del 37% de los residentes que requieren un apoyo económico adicional y diferente al apoyo económico familiar.

Lo anterior se suma a gastos de arrendamiento (42,3%), alimentación (64,13%), transporte y movilidad (93,4%). En general, la percepción de dificultad económica durante el sostenimiento de posgrado fue del 57,6% y en una pregunta de control subsecuente se reconoció una dificultad económica en el 55% de los encuestados. El 86,9% de los residentes manifestaron contar con apoyo económico familiar.

Tabla 7. Inversión económica y percepción de dificultad económica durante la residencia de dermatología en Colombia

Inversión económica y percepción de dificultad económica	Residentes de dermatología n = 92 (%) [desviación estándar]
Apoyo familiar	80 (86.95)
Costo del sostenimiento (Promedio en millones)	2.17 [1.09]
Costo del semestre (Promedio en millones)	14.03 [5.97]
Crédito de posgrado	32 (34.78)
Crédito de pregrado	9 (9.78)
Crédito de sostenimiento posgrado	21 (22.82)
Arrendamiento	39 (42.39)
Alimentación	59 (64.13)
Recreación n	72 (78.26)
Transporte	86 (93.47)
Percepción sobre sostenimiento en posgrado	
Ocasionalmente	35 (38.04)
Nunca	23 (25)
Constantemente	18 (19.56)
Casi nunca	16 (17.39)
Antecedente de dificultad económica	
Ocasionalmente	42 (45.65)
Nunca	29 (31.52)
Constantemente	10 (10.86)
Casi nunca	11 (11.95)

11.2.9 Autocuidado físico y mental

Respecto al uso de psicoestimulantes, la mayoría de residentes afirmó uso de café (66%) seguido de alcohol (5,43%). En menor proporción se describió el consumo de cigarrillo (1%), marihuana (1%), energetizantes(1%), metilfenidato (1%), te(1%), vigia (1%) y psicofármacos como modafinilo (1%). El resto de encuestados negaron el consumo de algún psicoestimulante (22%). Al evaluar el consumo de psicoestimulantes según el sexo no se encontraron hallazgos estadísticamente significativos.

Las principales fuentes de automedicación fueron los analgésicos tales como AINES, acetaminofén y opioides en un 53%, en un grupo más pequeño afirmaron el uso de antidepresivos (9.7%). Se encontró que los residentes de último semestre fueron los más propensos al consumo de estas dos últimas automedicaciones, sin embargo, no fueron estadísticamente significativas ($p=0,7510$). Otros menos frecuentes fueron los multivitamínicos y antihistamínicos.

La mayoría de residentes encuestados afirmaron no realizar actividad física (35%) seguido de otros en los cuales solo se realizaba actividad física 1 vez por semana (26%), tres veces por semana (20,6%) y dos veces por semana (17,3%) (Figura 2).

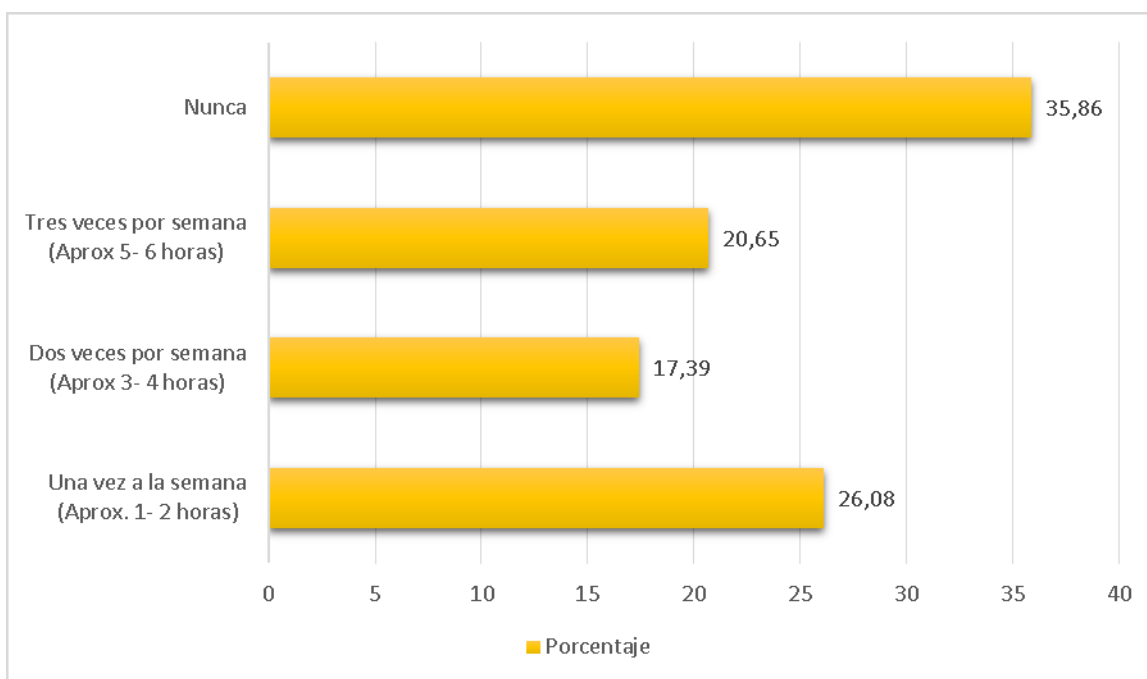


Figura 2. Frecuencia de actividad física en residentes de dermatología en Colombia

11.2.10 Acceso a salud mental y riesgo suicida

Se indagó si la universidad a la cual pertenecía el residente de dermatología contaba con la infraestructura o la logística de atención para la consulta psicológica o psiquiátrica de sus estudiantes, en los cuales, un 88% de los residentes afirmaron tenerla. Así mismo se registró que el 33,6% de los residentes habían requerido en algún momento valoración en este aspecto.

Los semestres que más reportaron consulta psicológica y/o psiquiátrica fueron residentes de último año de residencia con resultados estadísticamente significativos ($p < 0.005$). La idea suicida se reportó en el 5,4% con una proporción mujer - hombre de (4:1), sin embargo, estos se encontraban globalmente distribuidos de forma equitativa en cada semestre de residencia. Finalmente se indagó si se contaba con algún programa de asesoría académica para estudiantes de posgrado, al respecto, el 75% de los encuestados afirmaron tenerlo.

11.2.11 Contribución al sistema de salud y la asistencia clínica

Se indagó por el grado de participación de los residentes de dermatología en distintos escenarios clínicos y administrativos dentro de su área de práctica, en los cuales se encontraron los siguientes hallazgos:

El 93.4% de los residentes de dermatología colaboró en algún grado en actividades administrativas para el ingreso de los pacientes a la institución y su consecuente atención

médica. El 100% de los residentes afirmaron participar eminentemente actividades de carácter medico asistencial, mientras que entre un 71%- 92% participan en variables tipos de actividades administrativas que derivan así mismo de las actividades asistenciales.

Tabla 8. Actividades de asistencia durante la residencia de dermatología en Colombia

Tipo de contribución al sistema de salud	Residentes de dermatología n = 92 (%)
Ingresos digitales o físicos para la atención del paciente	86 (93.47)
Atención de pacientes hospitalizados	92 (100)
Atención de pacientes en consulta externa	92 (100)
Procedimientos quirúrgicos dermatológicos	92 (100)
Seguimiento clínico de los pacientes	92 (100)
Información a los pacientes	86 (93.47)
Comunicación con otros especialistas	86 (93.47)
Participación en juntas médicas	91 (98.91)
Comunicación con farmacia	72 (78.26)
Formulación de medicamentos	92 (100)
Ayudantías quirúrgicas	91 (98.91)
Procesamiento de muestras de histopatología para piel	76 (82.60)
Notificación al SIVIGILA por enfermedad	79 (85.86)
Procesos administrativos	85 (92.39)
Notificación al SIVIGILA por evento adverso	66 (71.73)
Comunicación con sus superiores académicos y clínicos	89 (96.73)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al cruzar estas actividades asistenciales o administrativas según el sexo.

11.2.12 Participación en investigación y producción de material científico

Las actividades relacionadas con la investigación y producción de material científico conciernen con la búsqueda de información (96,7%), actividades de transcripción (91,3%) y análisis (93,4%). Así mismo de estas actividades derivan productos como póster (98,9%),

manuscritos para publicaciones nacionales e internacionales (94,5%) y participación de congresos (98,9%). Los residentes que más resaltaron en su participación en las actividades mencionadas fueron los de último semestre, sin embargo, la diferencia respecto a otros semestres no fue estadísticamente significativa ($p= 0,5712$).

Finalmente, el 98,9% estuvo interesado en la educación médica continua posterior a la residencia médica, sin embargo, solo el 76% tuvo una verdadera intención de continuar en alguna línea de investigación dermatológica.

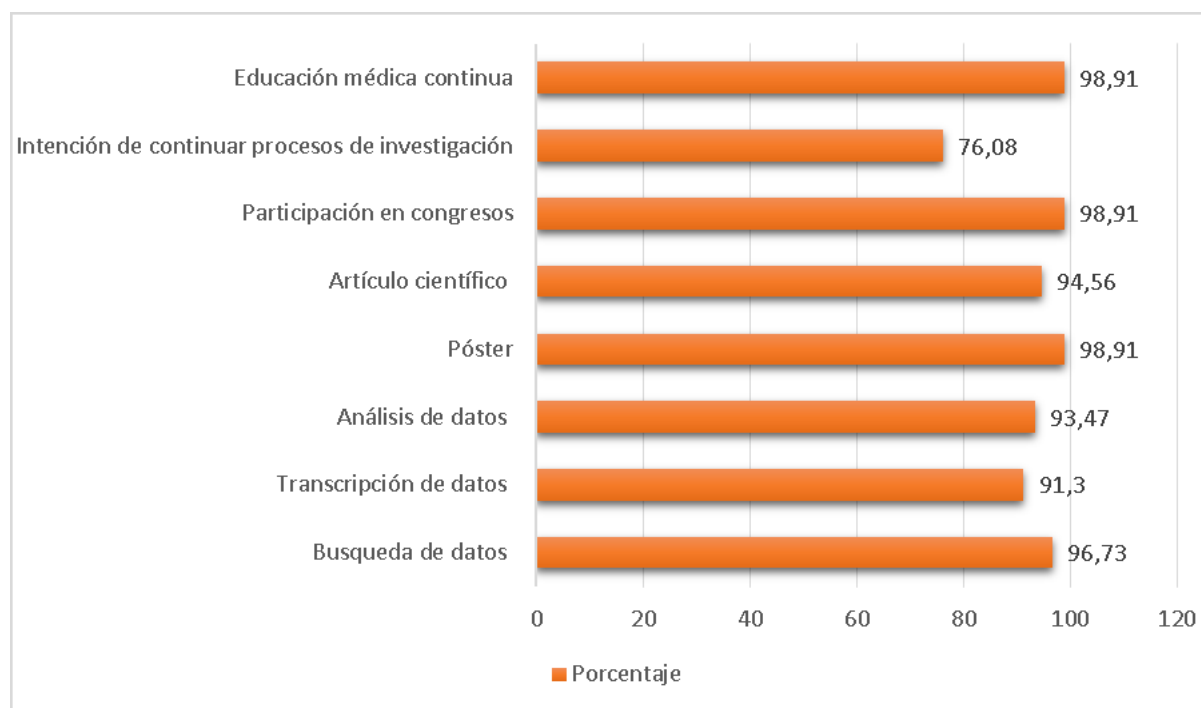


Figura 3. Tipos de contribución en procesos de investigación y producción de material científico. La encuesta fue contestada por 92 residentes de Dermatología de Colombia

11.3. Calidad de vida profesional medido por CVP-35

La calidad de vida profesional medida por CVP-35 esta medida de acuerdo a 3 dimensiones, el apoyo directivo (D1), carga de trabajo (D2), realización personal (D3) y percepción de calidad de vida (D34). Aunque es posible obtener un puntaje a través de la sumatoria de sus dimensiones cobra mayor valor de análisis sus puntajes por dimensión.

La media de puntuación global de calidad de vida profesional en residentes de dermatología medida por CVP-35 fue de 223 puntos, lo cual correspondió a una calidad mediana o estándar. De acuerdo a sus escalas, se distribuyó de la siguiente manera: buena calidad de vida en el 24% de los encuestados, mediana calidad de vida en el 75% y mala calidad 1%.

11.3.1 Calidad de vida profesional medida por CVP-35 y factores sociodemográficos

Al evaluar el puntaje total obtenido en la valoración de la calidad de vida profesional con las características sociodemográficas de los encuestados no se encontraron hallazgos estadísticamente significativos a excepción de la presencia de trabajo actual, los cuales obtuvieron puntajes más bajos para CVP-35 mientras que aquellos que no tenían un trabajo actual por fuera de los horarios habituales de residencia “Moonlighting” presentaron puntajes más elevados ($P < 0.05$), no obstante al valorar el componente de inversión y percepción de dificultad económica durante la residencia no se encontraron hallazgos significativos. Adicionalmente, no se encontraron hallazgos estadísticamente significativos con componentes del acceso a salud mental y riesgo suicida. La Tabla 9 resume la relación entre cada dimensión de CVP-35 con las variables sociodemográficas.

Características sociodemográficas	Apoyo directivo promedio [DE]	p	Carga de trabajo promedio [DE]	p	Motivación intrínseca promedio [DE]	p	Percepción calidad de vida promedio [DE]	p	Nivel bueno n (%)	Nivel regular n (%)	Nivel malo n (%)	p
Sexo												
Mujer	75.22 [20.79]	0.605	65.31 [14.54]	0.085	76.89 [12.80]	0.686	6.59 [2.30]	0.073	15 (23)	51 (77)	0	0.242
Hombre	77.65 [19.07]		58.38 [19.60]		77.92 [12.21]		7.53 [2.06]		7 (26)	18 (70)	1 (4)	
Estrato socioeconómico												
2	69.66 [8.38]	0.680	65.33 [7.09]	0.610	75 [11.26]	0.167	7.667 [0.57]	0.640	0	3 (100)	0	0.740
3	71.7 [9.71]		66.4 [13.04]		72.2 [7.54]		6.9 [1.66]		1 (10)	9 (90)	0	
4	79.92 [21.40]		60.48 [12.72]		79.25 [13.44]		7.11 [2.08]		8 (30)	18 (67)	1 (3)	
5	76.12 [23.29]		62.18 [20.85]		78.60 [13.62]		6.93 [2.70]		8 (25)	25 (75)	0	
6	73.05 [18.51]		67.57 [14.49]		74.73 [11.66]		6.21 [2.17]		5 (26)	14 (74)	0	
Universidad												
Universidad Autónoma de Bucaramanga	97.6 [14.74]	0.0008	55.8 [12.37]	0.036	85.4 [13.35]	0.001	8.6 [2.19]	0.053	4 (80)	1 (20)	0	0.118
Universidad CES	59.62 [12.13]		75.62 [16.72]		68.87 [14.55]		5.25 [2.25]		1 (12)	7 (88)	0	
FUCS	88.63 [18.57]		56.81 [20.93]		85.54 [5.57]		7.36 [2.37]		2 (18)	9 (82)	0	
Universidad de Antioquia	71.33 [16.41]		64.33 [14.59]		68 [13.25]		7.66 [1.21]		1 (16)	5 (84)	0	
Universidad de Caldas	63		83		64		4		0	1 (100)	0	
Universidad de Cartagena	108.5 [3.53]		57 [5.65]		93 [1.41]		8.5 [0.70]		2 (100)	0	0	
Universidad del Valle	83 [9.62]		51 [16.43]		80.25 [4.42]		8.5 [1.29]		0	4 (100)	0	
Universidad El Bosque	84.46 [18.14]		59.07 [17.39]		84.53 [11.12]		7.15 [1.90]		5 (38)	8 (62)	0	
Universidad ICESI	65		68		77		8		0	1 (100)	0	
Pontificia Universidad Javeriana	79 [19.27]		64.62 [13.52]		78.12 [11.12]		6.125 [2.03]		1 (12)	7 (87)	0	
Universidad Libre	72.41 [16.64]		56.33 [11.17]		75.41 [13.20]		7.33 [2.10]		3 (25)	9 (75)	0	
Universidad Militar Nueva Granada	57 [19.72]		76 [7.58]		68.2 [3.96]		4 [1.87]		0	5 (100)	0	
Universidad Nacional de Colombia	73.4 [12.11]		68 [9.46]		72.2 [10.98]		7.2 [1.92]		1 (20)	4 (80)	0	
Universidad Pontificia Bolivariana	77.5 [17.91]		84 [12.32]		82.25 [10.24]		5.5 [2.51]		2 (50)	2 (50)	0	
Fundación Universitaria Sanitas	54 [19.47]		64 [16.06]		66.57 [11.51]		6.85 [2.91]		0	6 (85)	1 (15)	
Semestre												
1	84.42 [17.26]	0.083	55.5 [15.47]	0.126	79.85 [15.10]	0.071	7.14 [2.03]	0.413	2 (15)	12 (85)	0	0.520
2	78.06 [24.11]		61.93 [17.48]		76.81 [12.49]		7.31 [2.18]		5 (32)	10 (62)	1 (6)	
3	75.53 [16.81]		62.38 [18.33]		78.07 [13.04]		5.84 [2.34]		2 (15)	11 (85)	0	
4	84.30 [16.52]		59.84 [16.81]		84.38 [8.48]		7.46 [1.85]		5 (38)	8 (62)	0	
5	67.77 [21.07]		71.33 [11.25]		74.33 [11.19]		7.33 [1.87]		1 (11)	8 (89)	0	
6	69.07 [20.22]		67.77 [15.12]		73.07 [12.22]		6.48 [2.63]		7 (25)	20 (75)	0	

Apoyo directivo (D1), carga de trabajo (D2), motivación intrínseca (D3), Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS)

Tabla 9. Calidad de vida profesional medido por CVP-35 según variables sociodemográficas. Apoyo directivo (D1), carga de trabajo (D2), motivación intrínseca (D3) , Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS)

11.3.2 Dimensión de apoyo directivo medido por CVP-35

En la dimensión de apoyo directivo (D1), compuesta por los ítems 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 20, 22, 23, 28, 30, la puntuación media fue de 76 puntos. De esta dimensión, el ítem con menor puntuación fue el ítem 3 “*Satisfacción con el sueldo*” calificado como “*nada*” (valores 1 y 2), seguidas de los ítems 20, 22 y 23 las cuales corresponden con: “*Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito*”, “*¿La empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto?*”, “*¿Tengo autonomía o libertad de decisión?*”, respectivamente y calificados como “*Algo*” (valor 5).

Las medias de las puntuaciones más elevadas por ítem en este instrumento de evaluación fueron los ítem 2 y 11, las cuales corresponden con: “*Satisfacción con el tipo de trabajo*” y “*Apoyo de mis compañeros*”, respectivamente, y calificados como “*bastante*” (valores 8), seguidas de los ítems 10, 28, 30, las cuales corresponden con: “*Apoyo de mis jefes*”, “*Variedad en mi trabajo*” y “*¿Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas?*” calificadas como “*bastante*” (valor 7). Finalmente, los ítems 4, 5, 14, y 16, las cuales corresponden con: “*Posibilidad de promoción, Reconocimiento de mi esfuerzo*”, “*Posibilidad de ser creativo*” y “*¿Recibo información de los resultados de mi trabajo?*”, respectivamente obtuvieron calificaciones como “*bastante*” (valor 6).

Todas las preguntas en la dimensión de apoyo directivo fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$) para este instrumento de evaluación, excepto para el ítem 3, en el cual el 100% de los residentes manifestaron “*ninguna satisfacción con el sueldo*”.

Se estudiaron las correlaciones de la puntuación del apoyo directivo con el desenlace del puntaje global de CVP-35 encontrando una correlación positiva de Spearman = 0.811 ($p < 0,001$). La

distribución de resultados en la encuesta CVP-35 en residentes de dermatología en Colombia corresponde con la **Tabla 2 del material suplementario**.

11.3.2.1 Apoyo directivo medido por CVP-35 y asociaciones sociodemográficas

Se describen únicamente las asociaciones estadísticamente significativas entre las cuales resultaron con el requerimiento de valoración psicológica y/o psiquiátrica, trabajar por fuera de los horarios habituales de residencia, participar en actividades administrativas, la universidad de procedencia y el costo del semestre.

11.3.2.1.1 Apoyo directivo y valoración psicológica

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el apoyo directivo por CVP-35 y el requerimiento de valoración psicológica y/o psiquiátrica. La distribución por grupos que contestaron haber requerido una consulta presentaron menores puntajes en apoyo directivo 64 ± 18 , respecto aquellos que no requirieron dicha valoración $81,5 \pm 18$. Lo anterior resulta en una tendencia de agruparse más residentes con requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica quienes no presentaron apoyo directivo (**Material suplementario: Figura 1**).

11.3.2.1.2 Apoyo directivo y trabajo por fuera de residencia

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo directivo y el trabajo por fuera del horario habitual de la residencia. Así se encontraron medias de puntaje menores de apoyo directivo en aquellos residentes que se encontraban laborando por fuera de sus horarios habituales

de residencia 60 ± 20 en contraste con quienes no lo hacían 78 ± 19 ($p<0.05$) (**Material suplementario: Figura 2**).

11.3.2.1.3 Apoyo directivo y actividades de intermediación administrativa

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre el apoyo directivo y residentes quienes eran asignados para realizar actividades o tareas de intermediación administrativa, encontrándose así una asociación inversa sujeta a medias de puntaje de apoyo directivo menores en el grupo de residentes que realizaban dichas labores 73 ± 21 en contraste con quienes no las hacían 84 ± 13 (**Material suplementario: Figura 3**).

11.3.2.1.4 Apoyo directivo y universidad de procedencia

La distribución del apoyo directivo al interior de cada universidad de dermatología se encontró de la siguiente manera: Universidad de Cartagena ($108\pm 3,5$), Autónoma de Bucaramanga ($97,6\pm 14$), FUCS (88 ± 18), Universidad El Bosque (84 ± 18), Universidad del Valle ($83\pm 9,6$), Pontificia Universidad Javeriana (79 ± 19), Universidad Pontificia Bolivariana ($77,5\pm 17$), Universidad Nacional de Colombia ($73,4\pm 12$), Universidad Libre ($72,4\pm 16$), Universidad de Antioquia (71 ± 16), Universidad de ICESI (65), Universidad de Caldas (63), Universidad CES (59 ± 12), Universidad Militar Nueva Granada (57 ± 19) y Fundación Universitaria Sanitas (54 ± 19).

11.3.2.1.5 Apoyo directivo y costo del semestre

Respecto al apoyo directivo según el costo del semestre no se encontró una correlación monotónicamente en aumento ni en descenso (Spearman=0.253), sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) en la que se pueden visualizar dos grupos de encuestados. El primero es en aquellos en los cuales la media de puntaje de apoyo directivo (78) tiende a ser menor y corresponden con los residentes con un costo menor de semestre ($< 5.000.000$). El segundo grupo corresponde a aquellos que tienen una media de puntaje de apoyo directivo superior (92) y corresponden con los residentes con un costo de semestre $> 10.000.000$. Es importante aclarar que aunque los resultados fueron estadísticamente significativos la correlación de Spearman fue débil, lo anterior resulta en un posible sesgo dado que la mayoría de residentes se encontraban dispersos en aquellos que pagaban costos de matrícula superiores a los 10 millones y estos mismos presentaron una percepción superior de apoyo directivo (**Material suplementario: Figura 4**).

11.3.2.1.6 Declaraciones finales sociodemográficas

No se encontró otras asociaciones estadísticamente significativas con las demás variables sociodemográficas, inversión económica y percepción de dificultad económica, autocuidado físico y mental, acceso a salud mental y riesgo suicida, contribución al sistema de salud y la asistencia clínica ni participación en investigación y producción de material científico.

11.3.2.2 Apoyo directivo y asociación con otros ítems de CVP-35

Las puntuaciones medias en:

- Ítem 8: *"Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo"*
- Ítem 18: *"Falta de tiempo para mi vida personal"*
- Ítem 24: *"Interrupciones molestas"*
- Ítem 33: *"¿Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud?"*

Presentaron una tendencia inversamente proporcional a los puntajes del apoyo directivo; así las medias de puntaje para estos ítems tienen puntajes altos en las agrupaciones de respuesta como *"nada"* y *"algo"* y puntajes bajos en *"bastante"* y *"mucho"*.

Las puntuaciones medias en:

- Ítem 1: *"Cantidad de trabajo que tengo"*.
- Ítem 9: *"Motivación" (ganas de esforzarme)"*.
- Ítem 12: *"Apoyo de mi familia"*.
- Ítem 13: *"Ganas de ser creativo"*.
- Ítem 26: *"Capacitación necesaria para hacer mi trabajo"*.
- Ítem 27: *"¿Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual?"*.
- Ítem 29: *"¿Mi trabajo es importante para la vida de otras personas?"*.
- Ítem 31: *"¿Lo que tengo que hacer queda claro?"*.
- Ítem 32: *"¿Me siento orgulloso de mi trabajo?"*.
- Ítem 35: *"Apoyo a los compañeros"*.

Presentan una tendencia directamente proporcional a los puntajes de apoyo directivo; así las medias de puntaje para estos ítems tienen puntajes altos en las agrupaciones de respuesta como "*bastante*" y "*mucho*" y bajos en las agrupaciones de respuesta como "*nada*" o "*algo*". Los detalles globales pueden ser consultados en Tabla 2 del material suplementario.

11.3.2.3 Apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca por CVP-35

La carga de trabajo, también llamada la segunda dimensión (D2), está compuesta por los ítems 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25 y 33. La correlación de spearman del apoyo directivo (D1) y carga de trabajo (D2) (Spearman=-0.421) mostró un comportamiento monótonicamente en descenso; es decir, la media de los puntajes en el apoyo directivo son mayores en cuanto a la carga de trabajo es menor y entre menos apoyo directivo, la carga de trabajo se incrementó considerablemente ($p<0.001$). Lo anterior se traduce en que entre menor apoyo directivo exista mayor será la carga de trabajo que perciba el residente de dermatología en Colombia.

Respecto a la motivación intrínseca también llamada la tercera dimensión (D3), está compuesta por los ítems 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32 y 35. La correlación de spearman del apoyo directivo y D3 (spearman=0.778) mostró un comportamiento monótonicamente ascendente y directamente proporcional, así entre mayor apoyo directivo exista mayor será

la motivación intrínseca ($p < 0.001$) del residente de dermatología (**Material suplementario: Figura 5**).

11.3.2.4 Apoyo directivo y percepción de calidad de vida profesional medido en ítem 34 de CVP-35

La percepción de calidad de vida profesional también llamada D34 es evaluado por el ítem 34 del cuestionario CVP-35, también denominado D34. Los resultados muestran medias de puntajes elevadas en la percepción de calidad de vida profesional en relación al apoyo directivo; estos puntajes se agrupan en quienes respondieron “*mucho*” (84,3) “*bastante*” (79,1) y “*algo*” (67,24), mientras que aquellos que contestaron como “*nada*” (50,7) presentaron medias de puntaje bajos para apoyo directivo ($p = 0,00215$). En la correlación de Spearman=0.451 ($p < 0.001$) se observa una tendencia directamente proporcional entre el apoyo directivo y D34., lo cual resulta en una percepción de calidad de vida profesional buena entre mayor apoyo directivo reciba el residente de dermatología (**Material suplementario: Figura 6**).

11.3.2.5 Apoyo directivo por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS

Se exponen los principales resultados estadísticamente significativos entre el apoyo directivo por CVP35 y el síndrome de desgaste profesional, el cual incluye tres dimensiones: agotamiento

emocional, despersonalización y realización personal. Al final de esta sección y de acuerdo a los criterios cumplidos por el mismo instrumento se detallaran los resultados del Burnout.

11.3.2.5.1 Apoyo directivo por CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS

El agotamiento emocional conocido Emotional Exhaustion (EE) está compuesto por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del instrumento de evaluación de desgaste profesional MBI-HSS. La descripción de los resultados en esta dimensión y sus asociaciones con otras variables será comentada más adelante. Nuestro estudio encontró que aquellos residentes agrupados con puntajes altos y medios en EE presento medias de apoyo directivo bajos (64); aquellos residentes con con puntajes bajos en EE presentaron medias de apoyo directivo altos (82,8) ($p<0.001$). En la correlación de spearman $=-0.466$ ($p<0.001$) mostró un comportamiento monótonico descendente siendo la relación entre estas dos variables inversamente proporcionales. Así entre mayor apoyo directivo menor agotamiento emocional es percibido por parte del residente de dermatología (**Material suplementario: Figura 7**).

11.3.2.5.2 Apoyo directivo por CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS

La despersonalización abreviada como DP está compuesta por los ítems 5, 10, 11, 15, 22 del instrumento de evaluación de desgaste profesional MBI-HSS. En nuestro estudio se identifican tres grupos. El primero de ellos con puntajes altos en DP y puntuaciones medias bajas en D1 (67,2). El

segundo de ellos con puntajes bajos en DP y puntuaciones medias altas en D1 (83). El tercer grupo con puntuaciones medias de DP y puntuaciones medias de D1 (70,5) ($p<0.05$). La correlación de Spearman= -0.405 ($p<0.001$) reveló un comportamiento monotónico descendente siendo la relación entre estas dos variables inversamente proporcionales, así entre menor apoyo directivo exista, mayor despersonalización y cinismo presenta el residente de dermatología (**Material suplementario: Figura 8**).

11.3.2.5.3 Apoyo directivo por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS

La realización personal o personal accomplishment (PA) está compuesto por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 del instrumento de evaluación de desgaste profesional MBI-HSS. Nuestro estudio identifica tres grupos. El primero de ellos quienes obtuvieron puntajes altos en PA y cuentan con medias de puntajes en D1 elevados (83,4). El segundo de ellos obtuvo puntajes bajos en PA y cuentan con medias de puntajes en D1 bajos (64,1). El tercer grupo quienes obtuvieron puntajes promedio en PA y cuentan con medias de puntajes en D1 dentro del promedio (73.2) ($p<0.05$). La correlación de Spearman $=0.457$ ($p<0.001$) reveló un comportamiento directamente proporcional, en el cual el residente de dermatología que perciba mayor apoyo directo, afirma mayor realización personal por MIB-HSS (**Material suplementario: Figura 9**).

11.3.2.5.4 Apoyo directivo por CVP-35 y presencia de Burnout por MBI-HSS

Se encontró que aquellos residentes de dermatología con menores puntajes de apoyo directivo ($67,3 \pm 17$) presentaron más desgaste profesional y viceversa ($83,4 \pm 19$). Estos hallazgos fueron estadísticamente significativos en nuestro estudio ($p < 0.001$) (**Material suplementario: Figura 10**).

11.3.2.6 Apoyo directivo por CVP-35 y salud mental por GHQ-12

El puntaje de GHQ-12 evalúa el estado global de salud mental: así, esta se encuentra deteriorada a medida que asciende su puntaje. Los puntajes por encima de 5 son sospechosos de deterioro de la salud mental y puntajes por encima de 12 son francamente sugestivos de presencia de psicopatología. Al respecto, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la presencia de deterioro de la salud mental agrupado como “*sospecha de psicopatología*” (78,4) y “*psicopatología presente*” (64,8) y puntajes bajos de apoyo directivo. En contraste, se encontró que los puntajes de apoyo directivo elevados (94,8) están relacionados con la presencia de buena salud mental. En la correlación de Spearman $= -0.558$ ($p < 0.001$) se encontró un comportamiento monotónicamente en descenso; lo que se traduce en una correlación inversa entre el apoyo directivo y el puntaje global de GHQ-12, así entre menor apoyo directivo tienen los residentes de dermatología mayor es el deterioro en su salud mental. (**Material suplementario: Figura 11**).

11.3.2.6.1 Apoyo directivo por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12

La dimensión de bienestar psicológico de GHQ-12 está compuesto por los ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12, expresada como el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. En la correlación de Spearman= -0.559 ($p < 0.001$) se halló un comportamiento monotónicamente descendente y mas pronunciado cuando las puntuaciones de GHQ-12 se acercan a 5 lo que coincide para “sospecha de psicopatología”. Lo anterior resulta que entre menor apoyo directivo exista, el bienestar psicológico del residente será progresivamente peor. (Material suplementario: Figura 12).

11.3.2.6.2 Apoyo directivo por CVP-35 y función social por GHQ-12

La segunda dimensión de GHQ-12 corresponde con el funcionamiento social y afrontamiento, evaluada en los ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11. En la correlación de Spearman= -0.417 ($p < 0.001$) se observó una curva monotónicamente en descenso que posteriormente se estabiliza superior a los 5 puntos por GHQ-12. La mayoría de dispersión se concentra antes del cut off para este instrumento. Lo anterior muestra una relación inversa entre el apoyo directivo y la dimensión de bienestar social y de afrontamiento por GHQ-12 (Material suplementario: Figura 13).

11.3.3 Carga de trabajo medido por CVP-35

En la dimensión de apoyo directivo (D2), compuesta por los ítems 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21, 24, 25 y 33, la puntuación media fue de 63,3 puntos. De esta dimensión, las medias de las puntuaciones más bajas correspondieron a: ítem 17, *“Conflictos con otras personas de mi trabajo”* (valor 2), ítem 19, *“incomodidad física con el trabajo”* (valor 3), ítem 24, *“Interrupciones molestas”* (valor 4) e ítem 33, *“¿Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud?”* (Valor 4).

Las medias de las puntuaciones más elevadas por ítem en este instrumento de evaluación correspondieron a: ítem 1 *“Cantidad de trabajo que tengo”* (valor 8), ítem 6 *“Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo”* (valor 7), ítem 7 *“Presión que recibo para mantener la calidad de mi trabajo”* (valor 7), ítem 8 *“Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo”* (valor 7), ítem 18 *“Falta de tiempo para mi vida personal”* (valor 8), ítem 21 *“Carga de responsabilidad”* (valor 8), ítem 25 *“Estrés (esfuerzo emocional)”* (valor 7). La distribución de resultados en la encuesta CVP-35 en residentes de dermatología en Colombia corresponde con la **Tabla 2 del material suplementario**.

11.3.3.1 Carga de trabajo medido por CVP-35 y asociaciones sociodemográficas

En este apartado se describen las asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de Carga de trabajo por CVP-35 y las variables sociodemográficas

11.3.3.1.1 Carga de trabajo y conductas de automedicación

Se encontró un mayor consumo de antidepresivos en residentes que presentaron media de puntajes elevados en carga de trabajo (78 ± 21). En contraste, aquellos que calificaron media de puntajes más bajos en carga de trabajo, estuvieron agrupados para el consumo de analgésicos convencionales (AINES, acetaminofén y opioides) (63 ± 14) y multivitamínicos (72 ± 5), antihistamínicos (72 ± 5). Aquellos residentes quienes no consumían ningún medicamento presentaron la media de puntaje más bajo ($58,4 \pm 16$) en carga de trabajo ($p < 0.05$) (**Material suplementario: Figura 14**).

11.3.3.1.2 Carga de trabajo, acceso a salud mental y riesgo suicida

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la media de los puntajes más elevados en D2 para el grupo de residentes que afirmaron recibir consulta psiquiátrica (72 ± 15), respecto a los que no la requirieron ($58,5 \pm 14$), lo que se tradujo en mayor consulta psiquiátrica y/o psicológica en quienes tienen más carga de trabajo. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la idea suicida y la carga de trabajo ($p < 0.001$) (**Material suplementario: Figura 15**).

11.3.3.1.3 Carga de trabajo y universidad de procedencias

La distribución de la carga de trabajo según la universidad de procedencia del residente de dermatología se encontró de la siguiente manera: Universidad Pontificia Bolivariana ($84,5 \pm 12$), Universidad de Caldas (83), Universidad Militar Nueva Granada ($76 \pm 7,5$),

Universidad CES (75 ± 16), Universidad Nacional de Colombia ($68 \pm 9,4$), Universidad ICESI (68), Universidad Javeriana ($64,6 \pm 13$), Universidad de Antioquia (64 ± 14), Fundación Universitaria Sanitas (64 ± 16), Universidad El Bosque (59 ± 17), Universidad de Cartagena (57 ± 5), Universidad Libre (56 ± 11), Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (56 ± 20), Universidad Autónoma de Bucaramanga (55 ± 12), Universidad del Valle (51 ± 16) ($p < 0.05$).

11.3.3.2 Carga de trabajo y asociación con otros ítems de CVP-35

Las puntuaciones medias en:

Ítem 5: “*Reconocimiento de mi esfuerzo*”.

Ítem 10: “*Apoyo de mis jefes*”.

Ítem 11: “*Apoyo de mis compañeros*”.

Ítem 14: “*Posibilidad de ser creativo*”.

Ítem 16: “*¿Recibo información de los resultados de mi trabajo?*”.

Ítem 20: “*Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito*”.

Ítem 22: “*La empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto*”.

Ítem 23: “*¿Tengo autonomía o libertad de decisión?*”.

Ítem 30: “*¿Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas?*”.

Ítem 31: “*¿Lo que tengo que hacer queda claro?*”.

Presentaron una tendencia inversamente proporcional a los puntajes de carga de trabajo; así las medias de puntaje para estos ítems tuvieron puntajes altos en la mayoría de veces para las agrupaciones de respuesta como “*algo*” y puntajes bajos en “*bastante*” y “*mucho*”.

Las puntuaciones medias en:

- Ítem 35: "*Apoyo a los compañeros*".

Se observó cómo los residentes que afirmaron "*apoyo a los compañeros*" se agruparon principalmente en las opciones de respuesta como "*bastante*" y "*mucho*" y estos tenían percepción de cargas de trabajo mayores mientras que aquellos que afirmaron "*algo*" o "*nada*" percibían menos carga de trabajo. Los detalles globales pueden ser consultados en la Tabla 2 del **material suplementario**.

11.3.3.3 Carga de trabajo y su influencia sobre el apoyo directivo y la motivación intrínseca medidos por CVP-35

En este apartado no se describirán los resultados entre el apoyo directivo y la carga de trabajo puesto que ya se relacionaron previamente. Respecto a la carga de trabajo y la motivación intrínseca, se encontró una correlación de Spearman= -0.224 ($p<0.05$) con una curva monotónicamente descendente, sin embargo, con una fase de aplanamiento o meseta para la motivación intrínseca (D3) para una media de 77 ± 12 . Lo anterior resulta en una relación inversa entre la carga de trabajo y la motivación intrínseca, así entre mayores cargas de trabajo presentaron los residentes de dermatología menor puntaje de motivación intrínseca alcanzaron (**Material suplementario: Figura 16**).

11.3.3.4 Carga de trabajo y percepción de calidad de vida profesional medido en ítem D34 por CVP-35

La percepción de calidad de vida profesional también llamada D34 está compuesta únicamente por el ítem 34 de cuestionario CVP-35. En la correlación de Spearman $= -0.298$ ($p < 0.001$) se observó una curva monotónicamente descendiente mostrando una mejora de la percepción de la calidad de vida a medida que desciende la carga de trabajo. Adicionalmente la dispersión tiende a localizarse en puntajes superiores en esta dimensión por encima de los 5 puntos, lo cual corresponde a las agrupaciones categóricas como “bastante”: valores 6, 7 y 8; “mucho”: valores 9 y 10. **(Material suplementario: Figura 17).**

11.3.3.5 Carga de trabajo por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS

Se expone los principales resultados estadísticamente significativos entre la calidad de vida profesional medida por CVP35 y el síndrome de desgaste profesional, el cual incluye tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal

11.3.3.5.1 Carga de trabajo por CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS

El agotamiento emocional conocido Emotional Exhaustion (EE) está compuesto por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 del instrumento de evaluación de desgaste profesional MBI-HSS. En la diagrama de cajas se observó la agrupación de los puntajes para MBI-HSS en su dimensión de agotamiento emocional: el primero, corresponde al grupo de puntajes altos en

agotamiento emocional con una media de carga de trabajo alto por CVP-35 (74 ± 12); el segundo, corresponde al grupo de puntajes “bajos” en agotamiento emocional con una media de carga de trabajo bajo para CVP-35 (54 ± 15) y el último grupo, corresponde con aquellos que obtuvieron puntajes medios en agotamiento emocional y presentan cargas de trabajo estándar o medias para CVP35 (70 ± 10) ($p < 0.001$) (**Material suplementario: Figura 18**).

11.3.3.5.2 Carga de trabajo por CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS

La despersonalización abreviada como DP está compuesta por los ítems 5, 10, 11, 15, 22 del instrumento de evaluación de desgaste profesional MBI-HSS. En la diagrama de cajas se observó la agrupación de los puntajes para MBI-HSS en su despersonalización: el primero, corresponde al grupo de puntajes altos en despersonalización con una media de carga de trabajo alto por CVP-35 (72 ± 13); el segundo, corresponde al grupo de puntajes “bajos” en despersonalización con una media de carga de trabajo bajo para CVP-35 (55 ± 16) y el último grupo, corresponde con aquellos que obtuvieron puntajes medios en despersonalización y presentan cargas de trabajo estándar o medias para CVP35 (70 ± 11) ($p < 0.001$) (**Material suplementario: Figura 19**).

11.3.3.5.3 Carga de trabajo de CVP-35 y realización personal por MBI-HSS

La realización personal o personal accomplishment (PA) está compuesto por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 del instrumento de evaluación de desgaste profesional MBI-HSS. No se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la carga de trabajo y la realización personal por MBI-HSS en los residentes de dermatología del país, por lo que no se amplía su descripción en este estudio.

11.3.3.5.4 Carga de trabajo por CVP-35 y presencia de desgaste profesional por MBI-HSS

El presente estudio reveló 2 grupos. El primero de ellos corresponde a los que cumplieron el algoritmo y el puntaje para desgaste profesional (burnout) propuesto por MBI-HSS encontrando una media de 68 ± 14 ($n=43$) y aquellos que no presentaron burnout con una media para Carga de trabajo por 58 ± 16 ($n=49$), encontrando así desgaste profesional en aquellos con cargas de trabajo más altas ($p<0.05$) (**Material suplementario: Figura 20**).

11.3.3.6 Carga de trabajo por CVP-35 y salud mental por GHQ-12

En el presente estudio, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p<0.001$) entre la presencia de deterioro de la salud mental y la carga de trabajo. La puntuación media de la carga de trabajo según la agrupación de salud mental por GHQ-12 para “*Presencia de psicopatología o deterioro de la salud mental*”, “*ausencia de deterioro de la salud mental*”, “*sospecha de deterioro de la salud mental*” fue de 74 ± 13 ($n=27$), 46 ± 15 ($n=8$) y 60 ± 14 ($n=57$), respectivamente ($p<0.001$). En la correlación de Spearman $=0.601$ ($p<0.001$) se encontró una curva

monotónicamente ascendente y con una relación directamente proporcional entre la carga de trabajo y el deterioro de la salud mental (**Material suplementario: Figura 21**).

11.3.3.6.1 Carga de trabajo por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12

GHQ-12 distingue la dimensión de bienestar psicológico, en sus ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12, expresada como el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo. En la correlación de Spearman= 0.648 ($p<0.001$) se observó un comportamiento monotónicamente ascendente y directamente proporcional entre los puntajes de la subdimensión de bienestar psicológico y la carga laboral. Así, a medida que se incrementa la carga laboral la presencia de deterioro del bienestar psicológico se incrementa (**Material suplementario: Figura 22**).

11.3.3.6.2 Carga de trabajo por CVP-35 y función social por GHQ-12

La segunda dimensión corresponde con el funcionamiento social y afrontamiento, evaluada en los ítems 3, 4, 6, 8, 10 y 11. En la correlación de Spearman= 0.346 ($p<0.05$) se observó un comportamiento monotónicamente ascendente y directamente proporcional entre los puntajes de la dimensión de función social y la carga laboral. Así, a medida que se incrementa la carga laboral la presencia de deterioro de la función social y enfrentamiento se incrementan (**Material suplementario: Figura 23**).

11.3.4 Motivación intrínseca medido por CVP 35

En la dimensión de motivación intrínseca (D3) compuesta por los ítems 9, 12, 13, 15, 26, 27, 29, 31, 32 y 35, la puntuación media fue de 73 ± 12 . De esta dimensión, la media de la puntuación más baja correspondió con el ítem 15, “*¿Me desconecto al terminar la jornada laboral?*”.

Las medias de las puntuaciones más elevadas por ítem en este instrumento de evaluación, corresponden a ítem 12 “*Apoyo de mi familia*” (valor 9), ítem 29 “*¿Mi trabajo es importante para la vida de otras personas?*” (Valor 9), ítem 32 “*¿Me siento orgulloso de mi trabajo?*” (Valor 9); ítem 9 “*Motivación (ganas de esforzarme)*” (valor 8), ítem 27 “*¿Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual?*”, ítem 31 “*¿Lo que tengo que hacer queda claro?*” (Valor 8), ítem 35 “*Apoyo a los compañeros*” (valor 8); por último, ítem 13 “*Ganas de ser creativo*” (valor 7) e ítem 26 “*Capacitación necesaria para hacer mi trabajo*” (valor 7).

Todas las preguntas de la dimensión de motivación intrínseca fueron estadísticamente significativas para este instrumento ($p < 0.05$). Se estudiaron correlaciones de la puntuación de la motivación intrínseca con el desenlace del puntaje global de CVP 35 encontrando una correlación positiva de Spearman= 0.847 ($p < 0.001$).

La distribución de resultados en la encuesta CVP-35 en residentes de dermatología en Colombia corresponde con la **Tabla 2 del material suplementario**.

11.3.4.1 Motivación intrínseca por CVP-35 y asociaciones sociodemográficas

En este apartado se describen los resultados de las asociaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de motivación intrínseca por CVP-35 y las variables sociodemográficas tales como universidad de procedencia, requerimiento de consulta psicológica, actividades de intermediación administrativa y actividades de investigación.

11.3.4.1.1 Motivación intrínseca y universidad de procedencia

Las medias de puntaje de la motivación intrínseca según la universidad de procedencia del residente de dermatología se encontró de la siguiente manera: Universidad de Cartagena ($93 \pm 1,4$), FUCS ($85,5 \pm 5,5$), Universidad autónoma de Bucaramanga ($85,4 \pm 13,3$), Universidad El Bosque ($84,5 \pm 11$), Universidad Pontificia Bolivariana ($82,2 \pm 10,2$), Universidad del Valle ($80,2 \pm 4,4$), Pontificia Universidad Javeriana (78 ± 11), Universidad ICESI (77 ± 0), Universidad Libre ($75,4 \pm 13,2$), Universidad Nacional de Colombia ($72,2 \pm 11$), Universidad CES ($68,8 \pm 14,5$), Universidad Militar Nueva Granada ($68,2 \pm 4$), Universidad de Antioquia ($68 \pm 13,2$), Fundación Universitaria Sanitas ($66,5 \pm 11,5$), Universidad de Caldas (64 ± 0).

11.3.4.1.2 Motivación intrínseca y requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica

La media de Motivación intrínseca por residentes quienes recibieron consulta psiquiátrica y/o psicológica durante su residencia fue del 73 ± 13 ($n=31$) respecto aquellos con media de Motivación intrínseca por 79 ± 12 ($n=61$) quienes manifiestan no recibir consulta relacionada con la salud

mental. Estos resultados mostraron tendencia inversamente proporcional entre la motivación intrínseca y los requerimientos de consulta en salud mental ($p<0.05$) (**Material suplementario: Figura 24**).

11.3.4.1.3 Motivación intrínseca y actividades de intermediación administrativa

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre la motivación intrínseca y las actividades de intermediación para la obtención de insumos y medicamentos en farmacia, encontrándose así, una asociación inversa sujeta a medias de puntaje de motivación intrínseca menores (75 ± 12) en el grupo de residentes que realizaban dichas labores ($n=72$) respecto a quienes no realizaban ($84\pm7/n=20$) dichas actividades (**Material suplementario: Figura 25**).

11.3.4.1.4 Motivación intrínseca y actividades de investigación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre la motivación intrínseca y las actividades de análisis e interpretación de datos para llegar a conclusiones relacionadas con la investigación o atención clínica, encontrándose así una asociación directamente proporcional a medias de puntaje de motivación intrínseca mayores (77 ± 12) en el grupo de residentes quienes afirmaron participar en dichas actividades ($n=86$) respecto a quienes no realizan dichas actividades ($66\pm13/n=6$).

No se encontró otras asociaciones estadísticamente significativas con las demás variables sociodemográficas como inversión económica y percepción de dificultad económica, autocuidado físico y mental, acceso a salud mental y riesgo suicida, contribución al sistema de salud y la asistencia clínica ni participación en investigación y producción de material científico, respecto a las previamente mencionadas (**Material suplementario: Figura 26**).

11.3.4.2 Motivación intrínseca y asociación con otros ítems de CVP-35

Los siguientes ítems presentaron una tendencia directamente proporcional a los puntajes de motivación intrínseca; así los residentes quienes sus respuestas se agrupan en “*bastante: valores 6, 7 y 8*” y “*mucho: valores 9 y 10*” presentan medias de motivación intrínseca altos, mientras que aquellos que se agruparon en “*nada: valores 1 y 2*” y “*algo: valores 3, 4 y 5*” presentaron medias de motivación intrínseca más bajos.

Ítem 10: “*Apoyo de mis jefes*”.

Ítem 11: “*Apoyo de mis compañeros*”.

Ítem 14: “*Posibilidad de ser creativo*”.

Ítem 16: “*Recibo información de los resultados de mi trabajo?*”.

Ítem 20: “*Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito*”.

Ítem 22: “*La empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto?*”.

Ítem 23: “*¿Tengo autonomía o libertad de decisión?*”.

Ítem 28: “*Variedad en mi trabajo*”.

Ítem 30: “*¿Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas?*”.

La distribución de resultados en la encuesta CVP-35 en residentes de dermatología en Colombia corresponde con la **Tabla 2 del material suplementario**.

11.3.4.3 Motivación intrínseca y su influencia sobre apoyo directivo y carga de trabajo medidos por CVP-35

Se encontró una asociación inversamente proporcional entre la carga de trabajo vs D1 y D3 todos ellos del instrumento de evaluación CVP-35. Lo anterior indica que el residente de dermatología de Colombia presenta menor motivación intrínseca cuando el apoyo directivo es bajo y la carga de trabajo es alta. Así mismo como previamente se comentó las cargas de trabajo están asociadas a apoyo directivo bajo.

11.3.4.4 Motivación intrínseca y percepción de calidad de vida profesional medido en ítem 34 por CVP-35

La percepción de calidad de vida profesional también llamada D34 está compuesta únicamente por el ítem 34 de cuestionario CVP-35. Los resultados de las medias de percepción de calidad de vida para cada grupo de respuestas en D34 se encontró de la siguiente manera: “*mucho*” ($83,7 \pm 8$), “*bastante*” (77 ± 11), “*algo*” (72 ± 13) “*nada*” (64 ± 16) ($p < 0.05$). En la correlación Spearman= 0.448 ($p < 0.001$) se observó una curva ascendente, a pesar de las diferencias de percepción en D34 la mayoría tienden a ubicarse en puntuaciones por encima de 5, lo que guarda correlación con las agrupaciones de “*bastante: valores 6, 7 y 8*” y “*mucho: valores 9 y 10*”. Lo anterior mostró una correlación directamente proporcional entre la motivación intrínseca y la percepción de calidad de vida (Material suplementario: Figura 27).

11.3.4.5 Motivación intrínseca por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS

Se exponen los principales resultados estadísticamente significativos entre la calidad de vida profesional medida por CVP35 y el síndrome de desgaste profesional, el cual incluye tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Tenga en cuenta que los puntajes de las subescalas de MBI en cada dimensión son diferentes entre ellas, por lo tanto deben ser consultas para su mejor comprensión.

11.3.4.5.1 Motivación intrínseca por CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS

Las medias de las puntuaciones de la Motivación intrínseca por CVP-35 en los grupos de agotamiento emocional por MBI-HSS “alto”, “medio” y “bajo”, se distribuyó de la siguiente manera: 69 ± 13 (n=25), 78 ± 11 (n=19) y 81 ± 11 (n=48), respectivamente ($p < 0.001$). En la correlación de Spearman $= -0.434$ ($p < 0.001$) se observó una curva monotónicamente descendente, que ilustra cómo a medida que el agotamiento emocional aumenta la motivación intrínseca decrece. La mayoría de residentes se ubicaron en puntuaciones de EE inferiores a 40, lo cual se agrupa en las subescalas “medio” y “alto” según el instrumento MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 28**).

11.3.4.5.2 Motivación intrínseca por CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS

Las medias de las puntuaciones de la Motivación intrínseca por CVP-35 en los grupos de despersonalización por MBI-HSS; “alto”, “medio” y “bajo” se distribuyó de la siguiente manera: 69 ± 13 (n=21), 74 ± 11 (n=26) y 82 ± 10 (n=45), respectivamente ($p < 0.001$). Lo anterior resultó en puntuaciones más altas en D3 para el grupo con puntaje bajo en despersonalización, puntuaciones más bajas en D3 para el grupo con puntaje más alto en despersonalización y puntuaciones intermedias en D3 para el grupo con puntaje intermedio en despersonalización. En la Spearman $r = -0.507$ ($p < 0.001$) se encontró una curva monotónicamente descendente donde el puntaje de motivación intrínseca decrece a medida que la despersonalización aumenta su valor. Así mismo la mayoría de residentes se encuentran dispersos en niveles de despersonalización inferiores a los 10 puntos, lo cual se agrupa en las sub-escalas “baja” y “media” según el instrumento MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 29**).

11.3.4.5.3 Motivación intrínseca por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS

Las medias de las puntuaciones de la “motivación intrínseca” de CVP-35 en los grupos de realización personal por MBI-HSS; “alto”, “medio” y “bajo” se distribuyó de la siguiente manera: 83 ± 10 (n=42), 75 ± 10 (n=30) y 67 ± 13 (n=20), respectivamente ($p < 0.001$). Lo anterior resultó en puntuaciones altas en D3 para el grupo PA “alto” y puntuaciones más bajas en D3 para el grupo de PA “bajo”, lo cual refleja una tendencia

directamente proporcional entre la Motivación intrínseca por CVP-35 y la realización personal de MBI-HSS. En la correlación de Spearman=0.587 ($p<0.001$) se encontró una curva monotónicamente ascendente donde el puntaje de motivación intrínseca se incrementa exponencialmente a medida que los puntajes de realización personal ascienden. Así mismo la mayoría de residentes de residentes se encuentran localizados hacia niveles de realización personal superiores a los 30 puntos, lo cual se agrupa en las sub-escalas “*medias*” y “*altas*” según el instrumento MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 30**)..

11.3.4.5.4 Motivación intrínseca por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS

Para la valoración de Burnout se requiere altos puntajes en agotamiento emocional, altos puntajes en despersonalización y bajos puntajes en realización personal. Las medias de las puntuaciones de “*motivación intrínseca*” por CVP-35 en la “*presencia*” o “*no presencia*” de *desgaste profesional* por MBI-HSS resultó así: 69 ± 12 ($n=43$) y 83 ± 9 ($n=49$), respectivamente. Lo anterior resultó en una media de puntuación alta en D3 para aquellos que no presentaron desgaste profesional y en una media de puntuación baja en D3 para aquellos que sí presentan diagnóstico de desgaste profesional indicando una posible asociación inversa entre la valoración de la motivación intrínseca por CVP-35 y el desgaste profesional medido por MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 31**).

11.3.4.6 Motivación intrínseca por CVP-35 y salud mental por GHQ-12

En el presente estudio, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la presencia de deterioro de la salud mental y la pérdida de motivación intrínseca. La distribución de la puntuación media de la motivación intrínseca según la agrupación de salud mental por GHQ-12; “Presencia de psicopatología o deterioro de la salud mental”, “ausencia de deterioro de la salud mental” y “sospecha de deterioro de la salud mental” fue de 74 ± 13 ($n=27$), 46 ± 15 ($n=8$) y 60 ± 14 ($n=57$), respectivamente ($p < 0.001$). En la correlación de Spearman $= -0.468$ ($p < 0.001$) se encontró una curva monotónicamente descendente y con una relación inversamente proporcional entre la motivación intrínseca y el deterioro de la salud mental. Así mismo la mayoría de residentes se encuentran dispersos entre los puntajes 5 y 15 de GHQ-12 lo cual se correlaciona con los hallazgos que se describirán en el punto de salud mental (**Material suplementario: Figura 32**) .

11.3.4.6.1 Motivación intrínseca por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12

En la correlación de Spearman $= -0.391$ ($p < 0.001$) se observó un comportamiento descendente donde la motivación intrínseca se deteriora a medida que el bienestar psicológico declina por puntuaciones de GHQ-12. Así mismo, la mayoría de residentes se encuentran dispersos en los rangos de “sospecha de deterioro de la salud mental” y “Presencia de psicopatología o deterioro de la salud mental” medidos por el instrumento de evaluación de salud mental GHQ-12 (**Material suplementario: Figura 33**)..

11.3.4.6.2 Motivación intrínseca por CVP-35 y función social por GHQ-12

En la correlación de Spearman= -0.469 ($p < 0.001$) se observó una curva descendente lo cual resultó en un decaimiento de la motivación intrínseca a medida que avanza las puntuaciones en GHQ-12. Lo anterior se traduce en que la pérdida de la salud mental puede conllevar concomitantemente a la pérdida de la motivación intrínseca del residente (**Material suplementario: Figura 34**).

11.3.5 Percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP35

La percepción de calidad de vida es medida por el ítem 34 del instrumento CVP-35, la media de respuesta fue de $6,8 \pm 2,2$. El percentil 25 de este ítem correspondió con calificaciones de 5 mientras que el percentil 75 corresponde con 8, los cuales se agrupan para este mismo instrumento como categorías de “*algo*” (valores 3, 4 y 5) y “*bastante*” (valores 6, 7 y 8), respectivamente.

11.3.5.1 Percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y variables sociodemográficas

En este apartado se describen los resultados de las asociaciones estadísticamente significativas entre la percepción de calidad de vida medida en el ítem D34 por el instrumento CVP-35 y las variables sociodemográficas tales como: universidad de procedencia.

11.3.5.1.1 Percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y Universidad de procedencia

La distribución de mayor a menor frecuencia de las medias de percepción de la calidad de vida de los residentes de dermatología fue la siguiente: Universidad Autónoma de Bucaramanga ($8,6 \pm 2$), Universidad de Cartagena ($8,5 \pm 0,7$), Universidad del Valle ($8,5 \pm 1$), Universidad ICESI (8 ± 0), Universidad de Antioquia ($7,6 \pm 1$), FUCS ($7,3 \pm 2$), Universidad Libre ($7,3 \pm 2$), Universidad Nacional de Colombia ($7,2 \pm 2$), Universidad El Bosque ($7,1 \pm 2$),

Fundación Universitaria Sanitas ($6,8 \pm 3$), Pontificia Universidad Javeriana ($6,1 \pm 2$), seguido de Universidad Pontificia Bolivariana ($5,5 \pm 2,5$), Universidad CES ($5,2 \pm 2$), Universidad de Caldas (4 ± 0), Universidad Militar Nueva Granada ($4 \pm 1,8$).

No se encontró otras asociaciones estadísticamente significativas con las demás variables sociodemográficas, inversión económica y percepción de dificultad económica, autocuidado físico y mental, acceso a salud mental y riesgo suicida, contribución al sistema de salud y la asistencia clínica ni participación en investigación y producción de material científico, respecto a las previamente mencionadas.

La correlación de Spearman= 0.206 en la percepción de la calidad de vida medido en D34 por CVP-35 y el costo de sostenimiento mostró una correlación débil con una curva ascendente, resultando en mejor calidad para aquellos residentes con mayor capacidad económica y quienes tenían costos de sostenimiento elevados.

11.3.5.2 Percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y asociación con otros ítems de CVP-35

Se describen a continuación únicamente las relaciones estadísticamente significativas entre la percepción de la calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y la asociación con otros ítems de CVP-35.

Las puntuaciones medias en:

Ítem 2: “*Satisfacción con el tipo de trabajo*”.

Ítem 5: “*Reconocimiento de mi esfuerzo*”.

Ítem 9: “*Motivación (ganas de esforzarme)*”.

Ítem 10: “*Apoyo de mis jefes*”.

Ítem 13: “*Ganas de ser creativo*”.

Ítem 14: “*Posibilidad de ser creativo*”.

Ítem 15: “*¿Me desconecto al terminar la jornada laboral?*”.

Ítem 20: “*Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito*”.

Ítem 22: “*Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito*”.

Ítem 23: “*¿Tengo autonomía o libertad de decisión?*”.

Ítem 29: “*¿Mi trabajo es importante para la vida de otras personas?*”.

Ítem 30: “*¿Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas?*”.

Ítem 31: “*¿Lo que tengo que hacer queda claro?*”.

Ítem 32: “*¿Me siento orgulloso de mi trabajo?*”.

Las anteriores, presentaron una tendencia directamente proporcional a los puntajes de percepción de calidad de vida; así las medias de puntaje para estos ítems tienen puntajes altos en las agrupaciones de respuesta como “*bastante*” y “*mucho* ” y bajos en las agrupaciones de respuesta como “*nada*” o “*algo*”.

Solo el ítem 25 relacionado con el “*estrés (esfuerzo emocional)*” y el ítem 8 “*Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo*” mostraron una tendencia inversamente proporcional, donde los puntajes de percepción de calidad de vida eran mucho menores en las agrupaciones de respuesta de “*bastante*” y “*mucho* ” y mayores para “*nada*” o “*algo*”.

11.3.5.3 Percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP-35 e influencia en el apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca

Este estudio encontró que la percepción de calidad de vida en el residente de dermatología está directamente influenciada por la motivación intrínseca y el apoyo directivo que reciba de sus docentes, mientras que las altas cargas de trabajo estuvo asociado a un deterioro de la percepción de su calidad de vida.

11.3.5.4 Percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y Burnout por MBI- HSS

En la evaluación de la percepción de la calidad de vida por CVP-35 y su relación con el Burnout, se consideró tomar en cuenta cada una de sus dimensiones tales como agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, lo anterior teniendo en cuenta que para el diagnóstico de desgaste profesional, no corresponde con una sumatoria de sus puntajes sino de criterios específicos en cada una de estas dimensiones. El lector puede consultar el detalle de esta información en la sección de *Métodos estadísticos y plan de análisis*.

11.3.5.4.1 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y agotamiento emocional por MBI-HSS

Las medias de las puntuaciones de la percepción de la calidad de vida D34 en los grupos de agotamiento emocional por MBI-HSS; “alto”, “medio” y “bajo” se distribuyeron de la siguiente manera: 6 ± 2 (n=25), $6,4 \pm 2$ (n=19), $7,5 \pm 2$ (n=48), respectivamente.

En la correlación de Spearman $= -0.422$ ($p < 0.05$) se observó una curva monotónicamente descendente e inversamente proporcional entre la percepción de calidad de vida y el agotamiento emocional: a medida que aumenta el agotamiento emocional, menor es la percepción de calidad de vida por parte del residente. La mayoría de residentes se encuentran dispersos en niveles inferiores a los 40 puntos, correspondientes a las subescalas “medio” y “alto” por instrumento MBI- HSS (**Material suplementario: Figura 35**).

11.3.5.4.2 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y despersonalización por MBI-HSS

Las medias de las puntuaciones de la percepción de la calidad de vida D34 en los grupos de despersonalización por MBI-HSS “alto”, “medio” y “bajo” se distribuyeron de la siguiente manera: $6,3 \pm 2,3$ ($n=21$), $6,3 \pm 2$ ($n=26$), $7,3 \pm 2,3$ ($n=45$) respectivamente. Sin embargo, no fueron estadísticamente significativas. En la correlación de Spearman $= -0.278$ ($p < 0.001$) vimos una curva descendente en la que se observó disminución de la calidad de vida a medida que progresa la despersonalización, sin embargo, ésta presenta una fase de meseta cuando las puntuaciones medias en la percepción de la calidad de vida es aproximadamente de 6 puntos, lo cual corresponde a “*bastantes (valores 6,7 y 8)*” por el instrumento CVP35. Adicionalmente, la mayoría de residentes se encontraron dispersos en niveles de despersonalización inferiores de los 10 puntos, lo cual se agrupa en las subescalas “baja” y “media” según el instrumento MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 36**). .

11.3.5.4.3 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS

Las medias de las puntuaciones de la percepción de la calidad de vida de D34 en los grupos de realización personal por MBI-HSS; “*alto*”, “*medio*” y “*bajo*” se distribuyeron de la siguiente manera: $7,5 \pm 2$ ($n=42$), $6,4 \pm 2$ ($n=30$) y $6,2 \pm 2,2$ ($n=20$) respectivamente. Lo anterior resultó en puntuaciones más altas en la percepción de la calidad de vida cuando la realización personal aumentó. En la correlación de Spearman $=0.377$ ($p < 0.001$) se observó una curva de comportamiento ascendente mostrando que la mayoría de residentes se localizan a partir de los 30 puntos, lo cual coincide con puntajes agrupados como “*medio*” y “*altas*” según el instrumento. MBI-HSS. En general con estos resultados se observa una tendencia directamente proporcional entre la percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS (Material suplementario: Figura 37).

11.3.5.4.4 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y Burnout por MBI-HSS

Para la valoración de Burnout se requiere altos puntajes en agotamiento emocional, altos puntajes en despersonalización y bajos puntajes en realización personal. Las medias de las puntuaciones de “percepción de la calidad de vida” por D34 en la “*presencia*” o “*no presencia*” de desgaste profesional por MBI-HSS se distribuyó así: $6,2 \pm 2$ ($n=43$) y $7,4 \pm 2$

(n=49), respectivamente. Lo anterior resultó en una media de puntuación alta en D34 para aquellos que no presentan desgaste profesional y una media de puntuación baja en D34 para aquellos que sí presentan diagnóstico de desgaste profesional, indicando una posible asociación inversa entre la valoración de la percepción de la calidad de vida por D34 y el desgaste profesional medido por MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 38**).

11.3.5.5 Percepción de la calidad de vida en D34 por CVP-35 y salud mental por GHQ-12

En el presente estudio, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la presencia de deterioro de la salud mental y la percepción de calidad de vida por D34. La distribución de la puntuación media de la percepción de calidad de vida según la agrupación de salud mental por GHQ-12; “*Presencia de psicopatología o deterioro de la salud mental*”, “*ausencia de deterioro de la salud mental*” y “*sospecha de deterioro de la salud mental*” fue de $6 \pm 2,4$ (n=27), $8 \pm 1,5$ (n=8) y 7 ± 2 (n=57), respectivamente ($p < 0.05$).

En la correlación de Spearman= -0.354 ($p < 0.001$) se encontró una curva descendente y con una relación inversamente proporcional entre la percepción de la calidad de vida y el deterioro de la salud mental. Así mismo la mayoría de residentes se encontraron dispersos entre los puntajes 5 y 15 de GHQ-12 (**Material suplementario: Figura 39**).

Adicionalmente, los ítems 2 y 7 del GHQ-12 presentaron las siguientes características: La distribución de las medias de puntuaciones para la percepción de la calidad de vida según el

ítem 2 “¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?” por GHQ-12; en “No en absoluto”, “No más que lo habitual”, “Bastante más que lo habitual”, “Mucho más”, fueron de $8 \pm 1,7$ (n=27), $6,6 \pm 2,4$ (n=36), $6 \pm 1,9$ (n=25) y $6,5 \pm 2,6$ (n=4), respectivamente. Lo anterior resultó en que, la percepción de calidad de vida muestra mejores puntuaciones en aquellos residentes que negaron compromiso del sueño secundario a sus preocupaciones; es decir, existe una relación inversamente proporcional entre este ítem 2 de GHQ-12 y el D34 de CVP 35.

Finalmente, la distribución de las medias de puntuaciones para la percepción de la calidad de vida según el ítem 7 “¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?” por GHQ-12 en; “Más que lo habitual”, “Igual que lo habitual”, “Menos que lo habitual”, “Mucho menos” fueron de $8 \pm 2,5$ (n=11), $7,1 \pm 2,1$ (n=49), 6 ± 2 (n=28) y $5,7 \pm 2,7$ (n=4), respectivamente. Lo anterior indicó que la percepción de la calidad de vida de los residentes es mejor cuando la capacidad de disfrutar de sus actividades diarias no se ve alterada, por lo tanto, existe una relación directamente proporcional entre el ítem 7 de GHQ-12 y el D34 de CVP-35.

11.3.5.5.1 Percepción de calidad de vida por CVP-35 y bienestar psicológico por GHQ-12

En la correlación de Spearman -0.41 ($p < 0.001$) se encontró una curva descendente en los puntajes de percepción de calidad de vida medidos por CVP-35 que se deterioran a medida

que la dimensión del bienestar psicológico del instrumento GHQ-12 incrementa su puntaje. Aunque la curva posteriormente toma forma de “U” estos últimos valores que generan este comportamiento final y ascendente no representan la cantidad principal donde se distribuye los encuestados, los cuales se ubicaron entre los puntajes de 2 a 10 puntos y representan el comportamiento principalmente descendente (**Material suplementario: Figura 40**).

11.3.5.5.2 Percepción de calidad de vida por CVP-35 y función social por GHQ-12

Se encontró que las mayores puntuaciones en la dimensión de función social por GHQ-12 $6(n=1)$, $5,3\pm 1(n=3)$, $5,5\pm 4,1(n=4)$ y $8,2\pm 3,6(n=7)$ se presentaron principalmente en los grupos quienes calificaron la percepción de calidad de vida en los grupos de “*nada: valores 1 y 2*” y “*algo: valores 3, 4 y 5*”; respectivamente. De igual manera las puntuaciones menores para la dimensión social ($2,4\pm 1$, $3\pm 1,7$, $4,5\pm 3$, 3 ± 1 , $3,6\pm 2$, $3,5\pm 3$) correspondieron para el grupo de residentes quienes calificaron como “*bastante (valores 6, 7 y 8)* y *mucho (valores 9 y 10)*”. Lo cual resultó en una aparente correlación negativa entre percepción de calidad de vida por CVP-35 y función social por GHQ-12.

11.3.6 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y dimensiones de MBI-HSS

Se presentan a continuación los resultados estadísticamente significativos en relación al nivel de calidad de vida global obtenido por CVP-35, clasificados como **“Bueno”**, **“Regular”** y **“Malo”** y como los residentes de dermatología se agrupan de acuerdo a sus dimensiones de MBI-HSS como agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

11.3.6.1 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y agotamiento emocional por MBI-HSS

Se aclara que estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos sin embargo se denota que los niveles de calidad de vida de los residentes de dermatología clasificados por CVP-35 para los rangos **“Bueno”**, **“Regular”** y **“Malo”** mostraron niveles de agotamiento emocional de $214,8 \pm 31,9$ (n=25), $227,6 \pm 31,4$ (n=19) y $226 \pm 28,2$ (n=48), respectivamente. Lo anterior muestra mayores niveles de agotamiento en los dos últimos grupos, mientras que para el grupo **“Bueno”** los niveles de agotamiento fueron menores.

11.3.6.2 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y despersonalización por MBI-HSS

La distribución de las medias de las puntuaciones de los niveles de calidad de vida de los residentes de dermatología **“Bueno”**, **“Regular”** y **“Malo”** en despersonalización fue de $215 \pm 37,7$ (n=21), $222,5 \pm 25,2$ (n=26) y $227,5 \pm 28,5$ (n=45), respectivamente. En la

correlación de Spearman= -0.252 ($p<0.05$), se encontró una relación inversa entre el puntaje global de calidad de vida y la despersonalización. Los individuos se concentraron en puntajes menores a 15, lo cual concuerda con la media de despersonalización obtenida en el presente estudio.

11.3.6.3 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y realización personal por MBI-HSS

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre el nivel de calidad de vida y la dimensión de realización personal. La distribución de las medias de las puntuaciones de los niveles de calidad de vida de los residentes de dermatología “*Bueno*”, “*Regular*” y “*Malo*” en realización personal fue de $235,2\pm19,2$ ($n=42$), $223,3\pm27,9$ ($n=30$) y $198,2\pm37$ ($n=20$), respectivamente. En la correlación de Spearman= 0.472 ($p<0.001$), se observó una curva monotónicamente ascendente con una relación directamente proporcional entre los niveles de calidad de vida y la realización personal. La mayoría de residentes se concentró en puntajes de realización personal superiores a 30 de MBI-HSS.

11.3.6.4 Nivel de calidad de vida por CVP 35 y Burnout por MBI-HSS

La media de puntuación en calidad de vida por CVP para el grupo con desgaste profesional fue de 211 ± 34 ($n=43$), este resultado fue mucho menor respecto al grupo sin desgaste profesional con una media de CVP-35 de $233,5\pm21,6$ ($n=49$). La distribución de los

encuestados con criterios de Burnout por MBI-HS según la agrupación en “*Bueno*”, “*medio*” y “*Malo*” por CVP35 fue de 19%, 79% y 2% , respectivamente, mientras que para aquellos residentes de dermatología sin criterios de Burnout por MBI-HSS, la distribución fue predominante en el grupo de “bueno” en un 28,6% y “medio”, 71,4%. Lo anterior mostró mejores índices de calidad de vida en residentes sin desgaste profesional ($p<005$).

11.4 Burnout por MBI-HSS

Para la valoración del desgaste profesional o Burnout se requiere altos puntajes en agotamiento emocional, altos puntajes en despersonalización y bajos puntajes en realización personal. La puntuación global para quienes cumplieron los criterios anteriormente sugeridos fue del 46% (n=43) mientras que para aquellos que no lo cumplieron fue del 53% (n=49). La distribución de resultados en la encuesta MBI-HSS en residentes de dermatología en Colombia puede ser consultada en la **Tabla 3 del material suplementario**.

11.4.1 Burnout y asociaciones sociodemográficas

Para valorar el comportamiento del desgaste profesional o Burnout con las variables sociodemográficas, se aclara que el cuestionario sociodemográfico consta de 54 variables, por lo tanto, solo se describen las que resultaron estadísticamente significativas durante los métodos estadísticos. Así mismo, aquellas variables que no resultaron estadísticamente significativas pero, que se encuentran cercanas a la definición estadística o variables sensibles que requieren dilucidar si tienen o no correlación, igualmente se describen a continuación (**Tabla 10**).

Características sociodemográficas	Cansancio emocional			P valor	Despersonalización			P valor	Realización personal			P valor	Burnout (n=43)	P valor
	Bajo (n=48)	Moderado (n=25)	Alto (n=19)		Bajo (n=45)	Mod. (n=26)	Alto (n=21)		Bajo (n=20)	Moderado (n=30)	Alto (n=42)			
Sexo														
Mujer	33 (50)	14 (21)	19 (29)	0.790	32 (49)	21 (32)	13 (19)	0.357	15 (22)	19 (29)	32 (49)	0.458	29 (67)	0.531
Hombre	15 (57)	5 (19)	6 (23)		13 (50)	5 (20)	8 (30)		5 (19)	11 (43)	10 (38)		14 (33)	
Estrato socioeconómico														
2	1 (33)	1 (33)	1 (33)	0.918	1 (33)	1 (33)	1 (33)	0.693	0	2 (67)	1 (33)	0.502	2 (5)	0.402
3	6 (60)	1 (10)	3 (30)		3 (30)	3 (30)	4 (40)		1 (10)	4 (40)	5 (50)		7 (17)	
4	16 (60)	6 (22)	5 (18)		14 (52)	7 (25)	6 (23)		6 (22)	7 (26)	14 (52)		11 (25)	
5	17 (51)	7 (21)	9 (28)		20 (60)	8 (25)	5 (15)		8 (24)	8 (24)	17 (52)		13 (30)	
6	8 (42)	4 (21)	7 (37)		7 (36)	7 (37)	5 (27)		5 (26)	9 (47)	5 (27)		10 (23)	
Universidad														
Universidad Autónoma de Bucaramanga	3 (60)	2 (40)	0	0.594	3 (60)	1 (20)	1 (20)	0.045	0	2 (40)	3 (60)	0.443	1 (2)	0.267
Universidad CES	1 (12)	3 (37)	4 (50)		0	4 (50)	4 (50)		2 (25)	4 (50)	2 (25)		4 (9)	
FUCS	6 (54)	2 (18)	3 (27)		10 (90)	1 (10)	0		2 (18)	2 (18)	7 (64)		3 (6)	
Universidad de Antioquia	2 (33)	1 (17)	3 (50)		3 (50)	2 (33)	1 (17)		1 (17)	2 (33)	3 (50)		5 (11)	
Universidad de Caldas	0	0	1 (100)		0	1 (100)	0		0	1 (100)	0		1 (2)	
Universidad de Cartagena	2 (100)	0	0		2 (100)	0	0		0	0	2 (100)		0	
Universidad del Valle	4 (100)	0	0		4 (100)	0	0		0	2 (50)	2 (50)		0	
Universidad El Bosque	8 (61)	3 (24)	2 (15)		6 (46)	3 (24)	4 (30)		1 (7)	5 (40)	7 (53)		5 (11)	
Universidad Icesi	1 (100)	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)	0	0	1 (2)				
Pontificia Universidad Javeriana	4 (50)	1 (13)	3 (37)	3 (37)	5 (63)	0	2 (26)	3 (37)	3 (37)	4 (9)				
Universidad Libre	7 (58)	3 (25)	2 (17)	6 (50)	4 (33)	2 (17)	4 (33)	3 (25)	5 (41)	6 (13)				
Universidad Militar Nueva Granada	2 (40)	1 (20)	2 (40)	2 (40)	1 (20)	2 (40)	0	2 (40)	3 (60)	3 (6)				
Universidad Nacional de Colombia	1 (20)	2 (40)	2 (40)	0	2 (40)	3 (60)	1 (20)	2 (40)	2 (40)	3 (6)				
Universidad Pontificia Bolivariana	2 (50)	0	2 (50)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	1 0.25	1 0.25	2 0.5	2 (4)				
Fundación Universitaria Sanitas	5 (72)	1 (14)	1 (14)	4 (57)	1 (14)	2 (29)	5 (72)	1 (14)	1 (14)	5 (11)				
Semestre														
1	11 (78)	1 (7)	2 (15)	0.242	6 (43)	6 (43)	2 (14)	0.872	0	5 (36)	9 (64)	0.218	3 (6)	0.049*
2	11 (68)	3 (18)	2 (12)		9 (56)	2 (13)	5 (31)		4 (25)	5 (31)	7 (44)		7 (16)	
3	6 (46)	3 (24)	4 (30)		7 (53)	4 (31)	2 (16)		4 (31)	1 (7)	8 (62)		5 (11)	
4	7 (53)	4 (31)	2 (16)		7 (54)	3 (23)	3 (23)		1 (8)	6 (46)	6 (46)		4 (9)	
5	4 (44)	2 (22)	3 (33)		3 (33)	3 (33)	3 (33)		3 (33)	4 (44)	2 (22)		6 (13)	
6	9 (33)	6 (22)	12 (44)		13 (48)	8 (30)	6 (22)		8 (29)	9 (33)	10 (37)		18 (41)	

Tabla 10. Burnout y asociaciones sociodemográficas. Cansancio emocional (EE), Despersonalización (DP), realización personal (PA) Se describe el valor de P por Chi cuadrado y la agrupación por cada dimensión de MBI-HSS. Estadísticamente significativos (*)

11.4.1.1 Burnout global según universidad de procedencia

El desgaste profesional en residentes de dermatología a nivel nacional se distribuyó de la siguiente manera: Universidad Libre (14%), Universidad de Antioquia (12%), Universidad El Bosque (12%), Fundación Universitaria Sanitas (12%), Pontificia Universidad Javeriana (9,3%), la Universidad CES (9,3%), Universidad Militar Nueva Granada (6,9%), Universidad Nacional de Colombia (6,9%), FUCS (6,9%), Universidad Pontificia Bolivariana (5%), Universidad Autónoma de Bucaramanga (2,3%), Universidad de Caldas (2,3%), Universidad ICESI (2,3%). La Universidad de Cartagena y la Universidad del Valle no tuvieron representación de desgaste profesional en las estadísticas nacionales, dado que no cumplió criterios de clasificación por MBI-HSS.

En cuanto a la representación porcentual de ausencia de desgaste profesional de cada escuela de dermatología se distribuyó así : FUCS (16%), Universidad El Bosque (16%), Universidad Libre (12%), Universidad Autónoma de Bucaramanga (8%), Universidad CES (8%), Universidad del Valle (8%), Pontificia Universidad Javeriana (8%), Fundación Universitaria Sanitas (4%), UMNG (4%), Universidad Nacional de Colombia (4%), Universidad Pontificia Bolivariana (4%), Universidad de Cartagena (4%), Universidad de Antioquia (2%). La universidad de Universidad ICESI (0%) y Universidad de Caldas (0%), representaron los menores porcentajes debido a la baja participación y/o número de residentes en estas escuelas.

11.4.1.2 Burnout al interior de cada universidad de procedencia

Se describen la representación porcentual de Burnout al interior de cada escuela de dermatología así: Universidad de Caldas (100%), Universidad ICESI (100%), Universidad de Antioquia (83%), Fundación Universitaria Sanitas (71%), Universidad Militar Nueva Granada (60%), Universidad Nacional de Colombia (60%), Universidad CES (50%), Pontificia Universidad Javeriana (50%), Universidad Libre (50%), Universidad Pontificia Bolivariana (50%), Universidad El Bosque (38%), FUCS (27%), Universidad Autónoma de Bucaramanga (20%).

Es importante aclarar que los porcentajes variaron entre una escuela y otra teniendo en cuenta el número de residentes; tales casos ocurrió con la Universidad de Caldas (n=1). y la Universidad de ICESI (n=1), donde su muestra fue realmente escasa. En contraste, la representación porcentual de ausencia de desgaste profesional predominó para la Universidad de Cartagena (100%) y la Universidad del Valle (100%).

11.4.1.3 Burnout por MBI-HSS y semestre de residencia

Respecto a la distribución de Burnout en cada semestre, se encontraron los siguientes resultados: el primer semestre 7%, el segundo semestre 16%, tercer semestre 12% cuarto semestre 9%, quinto semestre 14% y sexto semestre 42% (**Material suplementario: Figura 41**).

La presencia de Burnout al interior de cada semestre se distribuye de la siguiente forma: primer semestre 21% (n=3), segundo semestre 4% (n=7), tercero 39% (n=5), cuarto 31% (n= 4), quinto 66% (n=6), sexto 66% (18). Lo cual resulta en la presencia de mayor desgaste profesional a medida que se avanza de semestre, siendo los semestres más avanzados los más comprometidos.

11.4.1.4 Burnout por MBI-HSS, inversión económica y percepción de dificultad económica durante la residencia

La proporción global de desgaste profesional y presencia o no de un crédito de posgrado fue del 46% y 53% respectivamente.

En la evaluación de quienes tenían crédito de posgrado y presentaron Burnout fue del 62% (n=20) y este fue mayor, respecto a quienes también tenían crédito de posgrado pero no presentaron desgaste profesional 37% (n=12) por criterio MBI-HSS.

En cuanto aquellos que no requirieron crédito de posgrado la distribución fue así: individuos con Burnout 38% (n=23) e individuos sin Burnout 61% (n=37). Lo anterior resulta en que se encuentra mayor cantidad de residentes con créditos para su posgrado y estos presentaron mayor proporción de Burnout (**Material suplementario: Figura 42**).

11.4.1.5 Burnout por MBI-HSS y presencia de ideación suicida

La proporción global de desgaste profesional y presencia o no de una idea suicida fue del 9% y 91% respectivamente.

En la evaluación de quienes tenían idea suicida y presentaron desgaste profesional fue del 8% (n=4) y este fue mayor, respecto a quienes también tenían idea suicida pero no presentaron desgaste profesional 2% (n=1) por criterio MBI-HSS.

La distribución de residentes sin ideación suicida y la presencia o no de Burnout fue de 44% (39) y 55% (48) sujetos, respectivamente. Sin embargo en nuestro estudio estos daños no resultaron estadísticamente significativos a razón de la baja cantidad de individuos con dicha afirmación.

11.4.1.6 Burnout por MBI-HSS y requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica

La proporción global de desgaste profesional y presencia o no de consulta psicológica fue del 44% y 56% respectivamente.

En la evaluación de quienes consultaron al psicológico y/o psiquiatra fue del 61% (n=38) y este fue mayor, respecto a quienes también requirieron consulta psicológica pero no presentaron desgaste profesional 39% (n=11) por criterio MBI-HSS.

En cuanto aquellos que no requirieron de la consulta psicológica y/o psiquiátrica la distribución fue así: individuos con Burnout 40% (n=24) e individuos sin Burnout 60% (n=37).

Los hallazgos anteriores en ideación suicida y asesoría psicológica aunque mostraron diferencias evidentes e importantes para los investigadores y documentación de este estudio no fueron estadísticamente significativos ($P=0.07$).

11.4.1.7 Declaraciones finales sociodemográficas

No se encontró otras asociaciones estadísticamente significativas con las demás variables sociodemográficas tales como inversión económica y percepción de dificultad económica, autocuidado físico y mental, automedicación, acceso a salud mental y riesgo suicida, contribución al sistema de salud y a la asistencia clínica, ni participación en investigación y producción de material científico

11.4.2 Burnout por MBI-HSS y nivel de calidad de vida por CVP 35

El Burnout por MBI-HSS y su correlación con el nivel de calidad de vida por CVP-35 resultó estadísticamente significativo ($p<0.05$) mostrando que ante la presencia de criterios de Burnout, los individuos tienden a tener menores niveles de calidad de vida y viceversa.

11.4.3 Burnout por MBI-HSS y salud mental por GHQ-12 global

Las medias de las puntuaciones de salud mental por GHQ-12 en la “*presencia*” y “*no presencia*” de desgaste profesional por MBI-HSS fue de 13 ± 6 (n=43) y 8 ± 5 (n=49), respectivamente. Lo anterior resultó en mayores puntuaciones de deterioro de la salud mental en los residentes calificados como “*presencia*”.

La distribución específica de los residentes que presentaron desgaste profesional para cada sub-escala de GHQ-12 “*sano*”, “*sospecha de psicopatología*” y “*psicopatología presente*” fue de 12% (1), 42% (24) y 66% (18), respectivamente. Para los residentes que no presentaron desgaste profesional su distribución fue de 87,5% (7), 57,8% (33) y 33% (9), respectivamente. Lo anterior mostró que el deterioro de la salud mental está fuertemente vinculado con la presencia de desgaste profesional y por lo tanto, es más frecuente en residentes con “*sospecha*” y “*psicopatología presente*”.

11.4.4 Agotamiento emocional (EE) medido por MBI HSS

En la dimensión de agotamiento emocional, compuesta por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20, la puntuación media es de $18,5 \pm 11$ la cual corresponde a la subescala “bajo” para la dimensión de este instrumento.

De esta dimensión la distribución de las preguntas que se contestaron de mayor a menor frecuencia fueron: “*Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*” (ítem 1), “*Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado*” (ítem 3), “*Siento que mi trabajo me está desgastando*” (ítem 8), “*Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo*” (ítem 14), todas las anteriores con media de puntuaciones de 3 (unas pocas veces al mes); seguido de “*Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío*” (ítem 2), “*Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa*” (ítem 6), “*Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades*” (ítem 20) todas las anteriores con media de puntuaciones de 2 (una vez al mes o menos).

Los puntaje más bajos corresponden a “*Me siento frustrado en mi trabajo*” (ítem 13), “*Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa*” (ítem 16), todas las anteriores con media de puntuaciones de 1 (pocas veces al año o menos). La distribución de respuesta por cada pregunta se puede encontrar en el **material suplementario**.

11.4.4.1 Agotamiento emocional por MBI HSS y variables sociodemográficas

A continuación se describen únicamente las variables que resultaron estadísticamente significativas durante los métodos estadísticos. Así mismo aquellas variables que no resultaron estadísticamente significativas pero que se encontraron cercanas a la definición estadística o variables sensibles que requieren dilucidar si tienen o no correlación igualmente se hacen mención en la sección de *“declaraciones finales”*.

11.4.4.1.1 Agotamiento emocional por MBI HSS y procedencia de universidad

La media de puntajes en agotamiento emocional al interior de cada escuela de dermatología en el país se encontró de la siguiente manera: Universidad de Caldas (42 ± 0), Universidad CES ($29,3 \pm 11,2$), Universidad Nacional de Colombia ($27,4 \pm 7,3$), Universidad Pontificia Bolivariana ($25,5 \pm 12$), Universidad Militar Nueva Granada ($25,2 \pm 8,4$), Universidad de Antioquia ($24,5 \pm 7,1$), Pontificia Universidad Javeriana ($19,6 \pm 10,6$), Fundación Universitaria Sanitas ($16,7 \pm 11,4$), Universidad Libre (16 ± 11), Universidad El Bosque ($14,8 \pm 9$), FUCS (13 ± 13), Universidad Autónoma de Bucaramanga ($12,8 \pm 10,3$), Universidad ICESI (11 ± 0), Universidad del Valle ($7,2 \pm 4,2$), Universidad de Cartagena ($6 \pm 2,8$).

11.4.4.1.2 Agotamiento emocional por MBI HSS y trabajo fuera de la residencia

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre el agotamiento emocional (EE) y la presencia de trabajo por fuera de los horarios habituales de la residencia “*Moonlighting*”. La distribución de las medias de las puntuaciones de agotamiento emocional de los residentes que se encuentran laborando y los que no se encuentran laborando fuera del horario de residencia fue de $25\pm7,7$ ($n=13$) y $17,5\pm12$ ($n=79$), respectivamente. Lo anterior resulta en una media de puntuación alta de agotamiento emocional en aquellos residentes con Moonlighting. Las medias de las puntuaciones de agotamiento emocional para cada caso corresponden a las sub-escalas “medio” y “bajo”, respectivamente del instrumento de evaluación MBI-HSS (**Material suplementario: Figura 44**).

11.4.4.1.3 Agotamiento emocional por MBI y requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica

En general las medias de las puntuaciones del agotamiento emocional en los residentes que requirieron asesoría psicológica en alguna oportunidad y los que no la requirieron fue de $25,3\pm9,8$ ($n=31$) y 15 ± 11 ($n=61$), respectivamente. La media de la puntuación más alta resultó en la subescala “*medio*” mientras que la puntuación más baja resultó en la subescala “*bajo*” por el instrumento MBI-HSS ($p<0.05$).

La distribución de los residentes quienes acudieron a consulta psicológica y/o psiquiátrica según la clasificación por grupos de agotamiento emocional “*alto*”, “*medio*” y “*bajo*” del instrumento *MBI-HSS* fue: 41,9% (n=13), 25,8% (n=8) y 32,2% (n=10), respectivamente. Lo anterior resulta en que aquellos residentes que consultaron en mayor proporción a una valoración psiquiátrica o psicológica se encontraban agrupados para “altos” y “medio” en agotamiento emocional por *MBI-HSS* ($p<0.05$) respecto al grupo bajo.

Por otro lado, los residentes que negaron acudir a consulta psicológica su distribución por grupos de agotamiento emocional fue: 19,6% (n=12), 18% (n=11), 62,2% (n=38), respectivamente. Lo anterior resulta en que aquellos residentes quienes no consultaron al psicólogo y /o psiquiatra estaban principalmente agrupados con bajos niveles de agotamiento emocional por *MBI-HSS* ($p<0.05$).

Lo anterior resulta en una relación directamente proporcional donde a mayor agotamiento emocional (agrupaciones “altas”) por *MBI-HSS* el estudiante tiende a mayor requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica y así mismo en cuanto menores son sus puntajes se agrupa en la categoría “bajo” por *MBI-HSS* y son menores los requerimientos de asesoría psicológica y/o psiquiátrica (**Material suplementario: Figura 45**).

11.4.4.1.4 Agotamiento emocional por MBI-HSS e ideación suicida

La proporción global de toda la muestra de residentes con alto, medio y bajo agotamiento emocional por MBI-HSS que afirmaron asistir en algún momento de su residencia a consulta psicológica y/o psiquiátrica fue del 12% 10% y 0% ($p<0.05$).

La distribución de las medias de las puntuaciones del agotamiento emocional por MBI-HSS en los residentes que manifiestan ideas suicidas y los residentes que no las manifestaron fue de $28,2\pm 7,5$ ($n=5$) y $18\pm 11,6$ ($n=87$), respectivamente. Las medias de estas puntuaciones clasificaron dentro del grupo de MBI-HSS como “alto” y “bajo”, respectivamente ($p<0.05$) (**Material suplementario: Figura 46**).

Lo anterior resulta en una muy baja proporción de residentes quienes tienen asociación de idea suicida y terminan consultando al psiquiatra esta asociación se encontró estadísticamente significativa ($p<0.05$).

11.4.4.1.5 Agotamiento emocional por MBI-HSS y actividades administrativas

El agotamiento emocional clasificado en los grupos con puntajes “alto”, “medio” y “bajo”, se distribuyó de la siguiente manera: aquellos residentes que participan en actividades administrativas: 27% (23), 17% (15) 55% (47); y aquellos quienes no participan: 28% (2), 57% (4), 14% (1), respectivamente. Lo anterior resultó en mayores puntuaciones para agotamiento emocional en sujetos quienes tenían actividades administradas de diversa índole en contraste con aquellos que negaron realizar dichas actividades.

Adicionalmente se encontró asociación estadísticamente significativa entre el agotamiento emocional (EE) y las labores administrativas como el reporte de enfermedades a SIVIGILA. La distribución de las medias de las puntuaciones fue de $17 \pm 11,2$ ($n=79$) clasificado en el grupo “*bajo*”; y para el grupo de residentes que no califican dicha actividad fue de $27,3 \pm 10,7$ ($n=13$) clasificado en grupo “*medio*” por instrumento MBI HSS ($p < 0.05$) (**Material suplementario: Figura 47**).

11.4.4.1.6 Declaraciones finales

No se encontró otras asociaciones estadísticamente significativas con las demás variables sociodemográficas tales como inversión económica y percepción de dificultad económica, autocuidado físico y mental, automedicación, contribución al sistema de salud y a la asistencia clínica, ni participación en investigación y producción de material científico.

11.4.4.2 Agotamiento emocional y su influencia sobre la despersonalización y realización personal

Se encontró que la media de puntuación de EE en la agrupación de la dimensión de despersonalización en “alto”, “medio” y “bajo” fue de $22 \pm 7,5$; $11,8 \pm 10$ y $27 \pm 10,8$, respectivamente. Lo cual resulta en una tendencia donde los puntajes de EE tienden a ser mayores en los grupos “alto” y “medio” y menores en el grupo “bajo”. De igual manera en

la correlación de Spearman = 0.63 ($p < 0.001$) se observa una curva monotónicamente ascendente mostrando una relación directamente proporcional entre EE y DP (**Material suplementario: Figura 48**).

En cuanto a la dimensión de realización personal de MBI-HSS, se encontró que la agrupación “alto”, “medio” y “bajo” presento puntuaciones medias de EE en 14 ± 9 ; 22 ± 12 y 22 ± 13 , respectivamente. En la correlación de Spearman = -0.376 ($p < 0.001$) se observa una curva descendente en la cual a medida que aumenta el agotamiento emocional disminuye la realización personal e incluso en la correlación de agrupaciones como “alto” “medio” y “bajo” se observó el mismo comportamiento con significancia estadística ($p < 0.001$) (**Material suplementario: Figura 49**).

11.4.4.3 Agotamiento emocional y su influencia sobre el Burnout por MBI-HSS

Se observó una media de EE más elevada 25 ± 11 en el grupo de residentes de dermatología con criterios de desgaste profesional respecto aquellos que no lo cumplieron 12 ± 8 . Así mismo en la correlación de agrupaciones, la media de puntuación de EE en cada uno de sus grupos “alto”, “medio” y “bajo” y la influencia sobre el desgaste profesional en los residentes de dermatología fue de 58%, 14% y 28%, respectivamente. Lo anterior resulta en una tendencia directamente proporcional entre el agotamiento emocional y el Burnout. (**Material suplementario: Figura 50**).

11.4.4.4 Agotamiento emocional y salud mental GHQ-12

La distribución de la puntuación media de la percepción del agotamiento emocional según la agrupación de salud mental por GHQ-12; “Presencia de psicopatología o deterioro de la salud mental”, “ausencia de deterioro de la salud mental” y “sospecha de deterioro de la salud mental” fue de 27 ± 9 ($n=27$), 8 ± 9 ($n=8$) y 15 ± 10 ($n=57$), respectivamente ($p < 0.05$). En la correlación de Spearman $r = 0.676$ ($p < 0.001$) se encontró una curva ascendente y con una relación directamente proporcional entre el agotamiento emocional y el deterioro de la salud mental. Así mismo la mayoría de residentes se encuentran dispersos entre los puntajes 5 y 20 en la evaluación de la salud mental por GHQ-12. Así mismo en la correlación de grupos de agotamiento emocional, se encontró que aquellos agrupados con puntuaciones “alto” presentaron medias de puntuaciones para GHQ más elevados (15 ± 6) respecto a los grupos “medio” y “bajo” con puntuaciones de 11 ± 5 y $7,6 \pm 2$, respectivamente ($p < 0.001$).

La distribución de agotamiento emocional por grupos “alto”, “medio” y “bajo” según la presencia de psicopatología fue de 55%; 26% y 18%, respectivamente. Para el caso de los individuos sanos la distribución fue de 0%, 25% y 75%, respectivamente. Finalmente para aquellos residentes de dermatología con sospecha de psicopatología fue de 27%, 38, 4 y 34,6%, respectivamente. Lo anterior, resultó en una correlación de grupos como “alto” y “medio” usualmente asociadas a presencia de psicopatología y sospecha mientras que los residentes de dermatología con puntuaciones que se agruparon como “bajo” presentaron predominantemente niveles por debajo del punto de corte de 5 para GHQ-12 ($p < 0.001$) (Material suplementario: Figura 51).

11.4.4.4.1 Agotamiento emocional y bienestar psicológico por GHQ-12

En la correlación de Spearman $=0.702$ ($p<0.001$) se encontró una curva monotónicamente ascendente entre EE y la dimensión psicológica de GHQ-12. En el agrupamiento de EE “alto”, “medio” y “bajo” se encontraron medias de puntuaciones para la dimensión psicológica de GHQ-12 de 9.7 ± 3 ($n=25$) $7\pm2,7$ ($n=19$) y $4,6\pm2$ ($n=48$), respectivamente. Lo cual resultó, en medias de puntuaciones más altas en el grupo de “alto” y “medio” y puntuaciones más bajas en el grupo de “bajo” con una tendencia directamente proporcional entre EE y bienestar psicológico por GHQ-12 ($p<0.001$) (**Material suplementario: Figura 52**).

11.4.4.4.2 Agotamiento emocional y función social y afrontamiento por GHQ-12

En la correlación de Spearman $=0.458$ ($p<0.001$) se encontró una curva monotónicamente ascendente entre EE y la dimensión de función social y afrontamiento de GHQ-12. En el agrupamiento de EE “alto”, “medio” y “bajo” se encontraron medias de puntuaciones para la dimensión psicológica de GHQ-12 de $5,6\pm3$ ($n=25$) 4 ± 2 ($n=19$) y 3 ± 2 ($n=48$), respectivamente. Lo cual resultó, en medias de puntuaciones más altas en el grupo de “alto” y “medio” y puntuaciones más bajas en el grupo de “bajo” con una tendencia directamente proporcional entre EE y la función social y afrontamiento por GHQ-12 (**Material suplementario: Figura 53**).

11.4.5 Dimensión de despersonalización medida por MBI HSS

En la dimensión despersonalización compuesta por los ítems 5, 10, 11, 15, 22, la puntuación media es de $6,2 \pm 5$ para la subescala “*media*” de este instrumento.

De esta dimensión, la distribución de las preguntas que se contestaron de mayor a menor frecuencia son: “*Siento que me he hecho más duro con la gente*” (ítem 10), “*Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente*” (ítem 11), todas las anteriores con media de puntuaciones de 2 (una vez al mes o menos); *Seguido de* “*Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales*” (ítem 5), “*Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas*” (ítem 22), todas las anteriores con media de puntuaciones de 1 (pocas veces al año o menos).

Los puntajes más bajos corresponden con el ítem 15 “*Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes*” con un valor de 0 (*nunca*). La distribución de respuesta por cada pregunta se puede encontrar en el material suplementario.

11.4.5.1 Despersonalización medida por MBI HSS y variables sociodemográficas

A continuación se describen únicamente las variables que resultaron estadísticamente significativas durante los métodos estadísticos. Así mismo aquellas variables que no resultaron estadísticamente significativas pero que se encuentran cercanas a la definición estadística o variables sensibles que requieren dilucidar si tienen o no correlación igualmente se hacen mención en la sección de “*declaraciones*”.

11.4.5.1.1 Despersonalización medida por MBI HSS y procedencia de universidad

La media de puntajes en DP al interior de cada escuela de dermatología del país se encontró de la siguiente manera: Universidad ICESI (12 ± 0), Universidad CES ($11,5 \pm 5,7$), Universidad Nacional de Colombia ($10 \pm 2,5$), Universidad de Caldas (9), Universidad Militar Nueva Granada ($8,2 \pm 5,8$), Fundación Universitaria Sanitas ($7,8 \pm 6,1$), Universidad Pontificia Bolivariana ($7,2 \pm 3,5$), Universidad de Antioquia ($7 \pm 3,2$), Universidad El Bosque ($6,5 \pm 6$), Universidad Libre ($5,3 \pm 4,4$), Pontificia Universidad Javeriana ($5 \pm 3,8$), Universidad Autónoma de Bucaramanga ($3,8 \pm 4,8$), Universidad del Valle ($3 \pm 0,8$), FUCS ($2,6 \pm 2,3$). No se encontraron puntajes en DP en la Universidad de Cartagena.

11.4.5.1.2 Despersonalización por MBI-HSS y crédito posgrado

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión de despersonalización (DP) por MBI-HSS y los residentes de dermatología que afirmaron tener algún crédito estudiantil para financiar su posgrado actual en contraste con aquellos que negaron tener dicho crédito ($p < 0.05$).

Las medias de las puntuaciones de despersonalización en los residentes que cuentan y los que no cuentan con crédito para su posgrado fue de $8 \pm 5,4$ ($n=32$) y $5,4 \pm 4,6$ ($n=60$), respectivamente. Lo anterior se resume en medias de puntuaciones más altas en DP (>5 puntos) en aquellos residentes de dermatología que contextualmente están haciendo uso de un crédito económico para financiar su posgrado. La media de la puntuación de cada resultado según la clasificación de MBI-HSS fue de “Medio” y “Bajo”, respectivamente (Material suplementario: Figura 54).

11.4.5.1.3 Despersonalización por MBI-HSS y crédito pregrado

La distribución de las medias de las puntuaciones de despersonalización en aquellos que se encuentran pagando su crédito de pregrado y los que no lo están, fue de $10,3 \pm 6$ ($n=9$) y $5,8 \pm 4,7$ ($n=83$), respectivamente. Las medias de estas puntuaciones mostraron agrupaciones en DP “alto” y “bajo” por el instrumento MBI-HSS, respectivamente.

En la agrupación por puntaje DP “bajo”, “medio” y “alto” se encontró que aquellos residentes que aún se encuentran pagando su crédito de pregrado se agruparon en DP

principalmente como “alto” (55%) mientras que aquellos que no contaban con ese estado financiero se agruparon principalmente como “bajo” (51%). Lo anterior resultó en una asociación estadísticamente significativa donde los puntajes de DP en general eran mayores cuando el residente acusaba una deuda financiera y los puntajes en DP eran menores cuando había ausencia de dicho estado financiero ($p<0.05$) (**Material suplementario: Figura 55**).

11.4.5.1.4 Despersonalización por MBI-HSS y requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre DP por MBI-HSS y el requerimiento de asesoría psicológica y/o psiquiátrica por el residente de dermatología. La distribución de las medias de las puntuaciones para el grupo de estudiantes que requirieron asesoría psicológica y para el grupo de estudiantes que no la requirieron fue de $7,8\pm5$ ($n=31$) y $5,4\pm4,8$ ($n=61$), respectivamente. Lo anterior resulta en medias de puntuación más alta de despersonalización en aquellos residentes que requirieron de atención psicológica en comparación con los que no la requirieron. Las medias de las puntuaciones previamente descritas corresponden con la agrupación para DP en “medio” y “bajo”, respectivamente (**Material suplementario: Figura 56**).

11.4.5.2 Despersonalización por MBI-HSS y su influencia sobre la realización personal

En la agrupación por puntaje PA “bajo”, “medio” y “alto” se encontró que los residentes de dermatología agrupados como “alto” presentaron niveles de DP menores, respecto aquellos agrupados como “medio” y “bajo” con niveles de DP mayores. Las medias de las puntuaciones para cada caso fueron 4.6 ± 4 , 7.7 ± 4 y 7.6 ± 6 , respectivamente. Lo anterior resultó en una tendencia inversamente proporcional entre DP y PA, así a mayores niveles de despersonalización, la realización personal de los residentes de dermatología decae.

11.4.5.3 Despersonalización por MBI-HSS y su influencia sobre el Burnout

El estudio reveló que la media de DP era mayor ($9 \pm 5/n=43$) para aquellos residentes de dermatología que cumplían criterios de clasificación para Burnout por MBI-HSS. De igual manera aquellos sin criterios de clasificación para Burnout presentaron media de DP francamente menor ($3,7 \pm 3/n=49$). Lo anterior se resume en una tendencia directamente proporcional donde los residentes de dermatología que presentan Burnout están asociados a niveles mayores en DP (**Material suplementario: Figura 57**).

11.4.5.4 Despersonalización por MBI-HSS y salud mental por GHQ-12

En la agrupación por puntaje de GHQ-12 “psicopatología presente”, “sano” y “sospecha de psicopatología” se encontró que los niveles de DP eran mayores en los grupos de sospecha de psicopatología ($5 \pm 4,4$) y psicopatología presente ($9 \pm 5,4$) en contraste con residentes que clasificaron como “sano” (4 ± 4). Lo anterior indicó una tendencia directamente proporcional entre los niveles de DP y los puntajes de GHQ-12, así a mayor niveles de despersonalización mayor puntajes para el deterioro de la salud simultáneos eran encontrados (**Material suplementario: Figura 58**).

11.4.6 Dimensión de realización personal por MBI-HSS

En la dimensión de realización personal, compuesta por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, la puntuación media fue de 37 ± 7 , lo cual resultó en un agrupación de puntaje como “media” por MBI-HSS.

De esta dimensión, la distribución de las preguntas contestadas de mayor a menor frecuencia se obtuvo de la siguiente manera: “*Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes*” (ítem 4), “*Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes*” (ítem 7), “*Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo*” (ítem 9), “*Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes*” (ítem 17), “*Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo*” (ítem 19), todas las anteriores con media de puntuaciones de 5 (pocas veces a la semana); seguido de “*Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes*” (ítem 18), “*Me siento con mucha energía en mi trabajo*” (ítem 12), todas las anteriores con media de puntuaciones de 4 (una vez a la semana).

Finalmente, el ítem 21 “*Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada*” fue la pregunta con menor calificación en esta dimensión con una puntuación media de 3 (unas pocas veces al mes).

11.4.6.1 Realización personal por MBI-HSS y variables sociodemográficas

A continuación se describen únicamente las variables que resultaron estadísticamente significativas durante los métodos estadísticos. Así mismo aquellas variables que no resulten estadísticamente significativas pero que se encuentran cercanas a la definición estadística o variables sensibles que requieren dilucidar si tienen o no correlación igualmente se hacen mención en la sección de *“declaraciones finales”*.

11.4.6.1.1 Realización personal por MBI-HSS y universidad de procedencia

La media de puntajes en realización personal al interior de cada escuela de dermatología en el país se encontró de la siguiente manera: Universidad de Cartagena ($46,5 \pm 0,7$), Universidad Autónoma de Bucaramanga ($42,2 \pm 5,7$), Universidad del Valle ($42 \pm 4,6$), FUCS ($41,2 \pm 5,7$), Universidad Militar Nueva Granada (39 ± 3), Universidad Pontificia Bolivariana ($38,2 \pm 6,1$), Universidad El Bosque ($38,2 \pm 10,2$), Universidad de Antioquia ($37,8 \pm 3,5$), Universidad de Caldas (37 ± 0), Universidad Libre ($36,8 \pm 6,4$), Universidad CES ($36,7 \pm 4,6$), Pontificia Universidad Javeriana ($36,6 \pm 6,2$), Universidad Nacional de Colombia ($36,6 \pm 5$), Fundación universitaria Sanitas ($29,2 \pm 8,7$), Universidad ICESI (25) ($p < 0.05$).

11.4.6.1.2 Realización personal por MBI-HSS y consulta psicológica

En la agrupación por puntaje PA “bajo”, “medio” y “alto” se encontró que los residentes de dermatología agrupados como “bajo” presentaron mayores tendencias a consultar por psicología y/o psiquiatría (35%, n=25) respecto aquellos agrupados con PA para “alto” (45%, n=14) y “medio” (19%, n=6), estos hallazgos resultaron estadísticamente significativos ($p<0.05$). Adicionalmente, comparando los grupos de residentes que requirieron consulta psicológica versus los que no requirieron, se encontró que no presentaron diferencias cuando ambos niveles en PA como “alto” ($p<0.05$). Lo anterior resulta en un mayor requerimiento de asesoría en salud mental cuando la realización personal decae francamente. Así mismo cuando la realización personal está “alto” podría tener un motivo de consulta diferente (**Material suplementario: Figura 59**).

11.4.6.1.3 Realización personal y costo de sostenimiento

Se encontró una baja correlación de spearman $=0.205$ ($p<0.05$) entre la dimensión de realización personal y el costo de sostenimiento. En general la curva mostro un comportamiento no monotónico, pero discretamente ascendente donde la realización personal aumentaba discretamente a medida que el costo de sostenimiento era mayor (**Material suplementario: Figura 60**).

11.4.6.1.4 Realización personal y riesgo suicida

Los siguientes hallazgos que, aunque no fueron estadísticamente significativos, consideramos importante mencionarlos. Se puede encontrar una relación entre la realización personal por MBI-HSS y la presencia de ideas suicidas. La distribución de las medias de los puntajes de realización personal en los residentes que calificaron como “*si*” y como “*no*” para la presencia de ideación suicida fue de $36,2 \pm 6$ ($n=5$) y $37,8 \pm 7$ ($n=87$), respectivamente. Lo anterior se resume en medias de puntaje más altas de realización personal en aquellos residentes que no manifiestan ideación suicida, sin embargo, en el caso de los residentes que sí las tienen la diferencia no es tan marcada. Lo anterior, puede resultar en una relación inversa: cuanto mayor es la realización personal percibida por el residente, la probabilidad de tener una ideación suicida es más baja. Las medias de las puntuaciones para realización personal, en este caso, corresponden a la subescala “*medio*” por el instrumento MBI-HSS

11.4.6.1.5 Declaraciones finales

No se encontró otras asociaciones estadísticamente significativas con las demás variables sociodemográficas tales como inversión económica y percepción de dificultad económica, autocuidado físico y mental, automedicación, acceso a salud mental y riesgo suicida,

contribución al sistema de salud y a la asistencia clínica, ni participación en investigación y producción de material científico.

11.4.6.2 Realización personal por MBI-HSS y su influencia sobre el Burnout por MBI-HSS

El comportamiento de la realización personal según la presencia de Burnout mostró que aquellos residentes de dermatología quienes no tenían Burnout 42 ± 4 ($n=49$) presentaron medias de puntaje para PA mucho más altos que los que tenían Burnout (33 ± 7 / $n=43$). Lo anterior resulta en una relación inversa entre el desgaste profesional y la realización personal, mostrando mayores niveles de realización personal en aquellos residentes de dermatología sin desgaste profesional y viceversa (**Material suplementario: Figura 61**).

11. 4.6.3 Realización personal y salud mental por GHQ-12

En la agrupación por puntaje de PA en “bajo”, “medio” y “alto” se encontró que los grupos calificados como “alto” presentaron medias más bajas (8 ± 4) de realización personal respecto a los grupos “medio” (12 ± 6) y “bajo” ($12 \pm 6,5$) ($p < 0.05$). En la correlación de Spearman = -0.4 ($p < 0.001$) se encontró una curva descendente donde la realización personal decaía a medida que el puntaje de GHQ-12 se incrementó. La mayoría de dispersión en este grupo se concentró en puntajes superiores al cut off >5 del instrumento de evaluación GHQ-12. De igual manera, un similar comportamiento se observan en las

correlaciones de Spearman -0.396 ($p < 0.001$) para la dimensión de bienestar psicológica de GHQ-12 y para la dimensión social y de afrontamiento (spearman= -0.297) donde el PA decae a medida que avanzan los puntajes en estas dos dimensiones. El patrón de dispersión de los entrevistados se localiza entre las puntuaciones de 5 a 15 para la dimensión psicológica y puntuaciones inferiores a 10 para la dimensión social, con una media aproximada para cada caso de 35 y 28, respectivamente. Lo anterior revela un mayor deterioro de PA en la dimensión de bienestar psicológico de GHQ-12 de acuerdo al patrón de distribución de los residentes de dermatología.

En la agrupación por clasificación diagnóstica de GHQ-12, “psicopatología presente”, “sano” y “sospecha de psicopatología”, las medias de puntaje más altas resultó para el grupo “sano” ($432 \pm 4,5$) seguida de “sospecha de psicopatología” (37 ± 8) y finalmente “psicopatología presente” (362 ± 5). Lo anterior, refuerza los hallazgos previos mostrando que la realización personal está vinculado a una relación inversa entre el puntaje de GHQ - 12 (**Material suplementario: Figura 62**).

11.4.7 Resumen del comportamiento de Burnout vs. Calidad de vida profesional por CVP35 y GHQ-12

Se evidencia en el grupo de Burnout menor apoyo directivo y motivación intrínca con más altas cargas de trabajo por CVP-35. Menor realización personal con mayor despersonalización y agotamiento emocional por MBI-HSS. Mayor deterioro del bienestar psicológico, social y de afrontamiento por GHQ-12. Los detalles pueden observarse en la **Tabla 11.**

Resultados cuestionarios	No burnout Media [DE]	Burnout Media [DE]	p
CVP			
CVP D1	83,4 [19,9]	67,3 [17,1]	<0.05*
CVP D2	58,9 [16,5]	68,3 [14,7]	
CVP D3	83,7 [8,9]	69,7 [12]	
CVP D34	7,4 [2,2]	6,2 [2,1]	
Total CVP	233,5 [21,6]	211,6 [34,1]	
GHQ			
Dimensión psicológica GHQ	5,2 [2,9]	8 [3,5]	<0.001*
Dimensión social GHQ	3,1 [2,1]	4,9 [2,9]	
Total GHQ	8,3 [4,7]	12,9 [5,8]	
MBI			
EE MBI	12,2 [8,1]	25,7 [10,8]	<0.001*
DP MBI	3,7 [3]	9,2 [5,2]	
PA MBI	41,8 [3,7]	33,1 [7,2]	

Tabla 11. Burnout Vs. Resultados cuestionarios. Estadísticamente significativo (*).

11.5 Evaluación de la salud mental por GHQ-12

La media de puntuación global de salud mental en residentes de dermatología medida por el cuestionario general de salud mental GHQ-12 es de $10 \pm 5,7$ lo cual corresponde a que la gran mayoría de residentes de dermatología se agrupan como “sospecha de psicopatología” por instrumento GHQ-12. La distribución de las puntuaciones globales para “sano”, “sospecha de psicopatología” y “psicopatología presente” fue de 8 (8.6%), 57 (62%) y 27 (29.3%), respectivamente; lo cual evidencia que la mayoría de residentes se concentra en estos dos últimos grupos. La distribución de las respuestas en este cuestionario puede ser consultada en la **Tabla 4 del material suplementario**

11.5.1 Evaluación de la salud mental por GHQ-12 y asociaciones sociodemográficas

Al evaluar el puntaje total obtenido en la valoración de la salud mental con las características sociodemográficas de los residentes de dermatología encuestados, los hallazgos estadísticamente significativos ($p < 0.05$), correspondieron con la universidad de procedencia y la demanda de consulta psicológica y /o psiquiátrica. Los detalles de esta evaluación pueden encontrarse en la **Tabla 12**.

Características sociodemográficas	Casos psicopatología Número de residentes (%)	Sospecha psicopatología Número de residentes (%)	Sano Número de residentes (%)	P valor
Sexo				
Mujer	23 (35)	36 (54)	7 (10)	0,06
Hombre	4 (15)	21 (81)	1 (4)	
Estrato socioeconómico				
2	0	3 (100)	0	0,54
3	4 (40)	5 (50)	1 (10)	
4	6 (22)	20 (74)	1 (4)	
5	10 (30)	18 (55)	5 (15)	
6	7 (36)	11 (57)	1 (53)	
Universidad				
Universidad Autónoma de Bucaramanga	0	4 (80)	1 (20)	0,08
Universidad CES	6 (75)	2 (25)	0	
FUCS	1 (9)	7 (64)	3 (27)	
Universidad de Antioquia	2 (33)	4 (67)	0	
Universidad de Caldas	0	1 (100)	0	
Universidad de Cartagena	0	2 (100)	0	
Universidad del Valle	0	4 (100)	0	
Universidad El Bosque	2 (15)	9 (70)	2 (15)	
Universidad ICESI	0	1 (100)	0	
Universidad Pontificia Javeriana	5 (62)	3 (38)	0	
Universidad Libre	1 (8)	9 (75)	2 (17)	
Universidad Militar Nueva Granada	2 (40)	3 (60)	0	
Universidad Nacional de Colombia	3 (60)	2 (40)	0	
Universidad Pontificia Bolivariana	3 (75)	1 (25)	0	
Fundación Universitaria Sanitas	2 (29)	5 (71)	0	
Semestre				
1	3 (21)	8 (58)	3 (21)	0,53
2	2 (13)	13 (81)	1 (6)	
3	6 (46)	6 (46)	1 (8)	
4	4 (31)	8 (61)	1 (8)	
5	4 (44)	5 (56)	0	
6	8 (30)	17 (63)	2 (7)	

Tabla 12. Evaluación de la salud mental por GHQ-12 y asociaciones sociodemográficas.

Los puntajes por GHQ-12 a medida que ascienden aumenta la sospecha de psicopatología.

Los puntajes de corte por encima de 5 son sospecha de psicopatología y superiores a 12 son diagnóstico de psicopatología presente.

11.5.1.1 Salud mental por GHQ-12 y universidad de procedencia

El resultado de la evaluación de la salud mental de cada escuela de dermatología en el país se distribuye de la siguiente manera según sus medias de puntaje por GHQ-12: Universidad CES ($16,7 \pm 6,5$), Universidad Pontificia Bolivariana ($15,5 \pm 7,3$), Pontificia Universidad Javeriana ($13,6 \pm 7,2$), Universidad Militar Nueva Granada ($13,64 \pm 5,6$), Universidad Nacional de Colombia ($13,2 \pm 7,3$), Universidad de Caldas (12 ± 0), Universidad de Antioquia ($11 \pm 4,4$), Fundación Universitaria Sanitas ($10,8 \pm 4,3$), Universidad Libre ($8,6 \pm 4,3$), Universidad El Bosque ($8,4 \pm 3,8$), Universidad del Valle ($8 \pm 1,4$), Universidad ICESI (8 ± 0), FUCS ($6,8 \pm 3,9$), Universidad Autónoma de Bucaramanga ($6 \pm 3,6$), Universidad de Cartagena (5 ± 0).

11.5.1.2 Bienestar social y afrontamiento por GHQ-12 y universidad de procedencia

La distribución de la despersonalización según la universidad de procedencia del residente de dermatología se encontró de la siguiente forma: Universidad CES ($6,5 \pm 3,8$), Universidad Militar Nueva Granada ($6,2 \pm 2,7$), Universidad de Caldas (6 ± 0), Pontificia Universidad Javeriana ($5,2 \pm 4$), Universidad Nacional de Colombia (5 ± 3), Universidad Pontificia Bolivariana ($4,7 \pm 3,5$), Fundación Universitaria Sanitas ($4,1 \pm 2,4$), Universidad ICESI (4 ± 0), Universidad de Antioquia ($3,6 \pm 0,8$), Universidad Libre ($3,4 \pm 1,8$), Universidad El Bosque ($3,3 \pm 2$), Universidad del Valle ($3,2 \pm 0,9$), FUCS ($2,1 \pm 1,8$), Universidad Autónoma de Bucaramanga ($1,8 \pm 1,3$), Universidad de Cartagena ($1,5 \pm 0,7$).

11.5.1.3 Bienestar psicológico por GHQ-12 y universidad de procedencia

La distribución de la despersonalización según la universidad de procedencia del residente de dermatología se encontró de la siguiente forma: Universidad Pontificia Bolivariana ($10,7 \pm 4,5$), Universidad CES ($10,2 \pm 3$), Pontificia Universidad Javeriana ($8,3 \pm 3,8$), Universidad Nacional de Colombia ($8,2 \pm 4,4$), Universidad Militar Nueva Granada ($7,4 \pm 3$), Universidad de Antioquia ($7,3 \pm 4,5$), Fundación Universitaria Sanitas ($6,7 \pm 2,6$), Universidad de Caldas (6 ± 0), Universidad Libre ($5,2 \pm 2,7$), Universidad El Bosque ($5,1 \pm 2,2$), Universidad del Valle ($4,7 \pm 0,9$), FUCS ($4,6 \pm 3,2$), Universidad Autónoma de Bucaramanga ($4,2 \pm 2,3$), Universidad ICESI (4 ± 0), Universidad de Cartagena ($3,5 \pm 0,7$).

11.5.1.4 Salud mental por GHQ-12 y demanda de consulta psicológica y/o psiquiátrica

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la salud mental de los residentes de dermatología medido a través del instrumento GHQ-12 y el requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica. La distribución de sus medias de puntuaciones para aquellos que requirieron consulta $13,7 \pm 5,2$ ($n=31$), respecto a los que no requirieron $8,7 \pm 5,2$ ($n=61$), mostró una asociación en la que a mayor deterioro de salud mental mayor demanda en esta consulta era requerida por el residente.

La distribución específica según el grupo diagnóstico de GHQ-12: "*sano*", "*sospecha de psicopatología*" y "*psicopatología presente*" correspondió con 0%, 48,3% (n=15); 51,6% (n=16), respectivamente

En el caso de los residentes que no requirieron consulta psicológica, la distribución específica por cada grupo diagnóstico de GHQ-12 "*sano*", "*sospecha de psicopatología*" y "*psicopatología presente*" correspondió con 13% (8), 68,8% (42) 18% (11), respectivamente.

Lo anterior resulta en que la mayoría de residentes con confirmación de psicopatología o deterioro evidente de la salud mental (>12 puntos) consultó en alguna oportunidad durante su residencia a una consulta psicológica o psiquiátrica (**Material suplementario: Figura 63**).

11.5.1.5 Salud mental por GHQ-12 y otras variables sociodemográficas no estadísticamente significativas

En el siguiente apartado, se exponen varios de los resultados obtenidos acerca de las asociaciones sociodemográficas con la salud mental por GHQ-12, que, aunque no fueron estadísticamente significativos, vale la pena mencionarlos.

Respecto aquellos residentes de dermatología con ideación suicida (n=5) se encontraron que en la clasificación por grupos de GHQ-12 el 60% presentaron clasificación de "*psicopatología presente*" mientras que el 40% pertenecían al grupo de "*sospecha de*

psicopatología". No se encontró ningún residente con ideación suicida y GHQ-12 sano. Desde otro punto de análisis aquellos residentes con criterios de *"psicopatología presente"* por GHQ-12 se encontraron que el 11 % presentaron ideación suicida mientras que solo el 3% *"sospecha de psicopatología"*.

En cuanto a la demanda de consulta psicológica y/o psiquiátrica se encontró que la proporción global de residentes que afirman requerir de ésta, el 52% presentaban criterio por GHQ para *"psicopatología presente"* mientras que 48% tenían al menos una sospecha de *"psicopatología presente"*, no se encontraron casos *"sanos"* que estuvieran requiriendo una consulta psicológica y/o psiquiátrica. Así mismo se pudo establecer que el 59% de los residentes que tenían criterios de *"psicopatología presente"* afirmaron haber requerido una consulta psicológica y/o psiquiátrica durante el curso de residencia.

El consumo de psico-estimulantes como el café se observó reiteradamente en los grupos de *"sospecha de psicopatología"* con un 20% (n=36) seguido de *"psicopatología presente"* 32% (n=20), mientras que los residentes con puntuaciones agrupadas para *"sanos"* fue drásticamente menor 8% (n=5).

En cuanto a la evaluación del GHQ-12 según su semestre, se encontró que los residentes en semestres avanzados (6to semestre), presentaron una mayor tendencia a puntuaciones clasificatorias para *"psicopatología presente"*, 29% (n=8) y *"sospecha de psicopatología"* 63% (n=17), mientras que los residentes con clasificación por puntaje como *"sano"* fue considerablemente menor 7% (n=2). En contraste los residentes de primer semestre

tuvieron también menores puntuaciones por lo que la agrupación para psicopatología presente, sospecha de psicopatología y sano se distribuyó en un 21% (3), 57% (8) y 21% (3), respectivamente.

Respecto la actividad física se encontró que aquellos residentes con menores frecuencias de actividad física tales como “nunca” o “una vez por semana” presentaron agrupaciones más altas en “*psicopatología presente*” (42% a 70%). En contraste aquellos residentes con actividad física más de dos a tres veces por semana presentaron agrupaciones para “*psicopatología presente*” (21 a 25%), discretamente menores. Lo anterior resulta en un posible efecto protector entre la actividad física y el deterioro de la salud mental.

En cuanto a las conductas de automedicación, se encontró que el uso de los analgésicos (AINES, acetaminofén, opioides) fue el más frecuente entre el grupo de residentes que calificaron para “*sospecha de psicopatología*” (n=30), seguido de medicamentos como los antidepresivos en el grupo de “*presencia de psicopatología*” (n=5) y en menor proporción pero considerable en el grupo de “*sospecha de psicopatología*” (n=4) en contraste con el grupo de “sano” en los que no se encontró uso de estas sustancias (n=0).

Por último, los residentes que cuentan con un crédito de sostenimiento (dificultades relacionadas con el sostenimiento del posgrado) se encuentran mayormente agrupados en los que califican para sospecha de psicopatología (n=23) y psicopatología presente (n=11). Lo anterior resulta en un contexto de endeudamiento financiero mayor en donde se están identificando residentes con deterioro de su estado de salud mental.

11.6 Agrupación jerárquica y análisis de componentes principales

En el análisis de componentes principales se usaron nueve índices: D1, D2, D3 y D34 por CVP-35; las dimensiones de bienestar psicológico y bienestar social por GHQ-12; y las dimensiones de MBI-HSS las cuales incluyen agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP) y realización personal (PA).

En la **Figura 4** se presenta el círculo de correlaciones usando los dos primeros componentes principales. La información que usaremos de este grafico será la proximidad entre las flechas que representan a cada uno de los índices evaluados. Entre más estrecho sea el ángulo entre un par de flechas, mayor será la correlación entre ambas variables, así mismo entre mayor longitud exista mayor peso corresponderá para dicho índice. Esto indica que los índices de cada grupo tienen unas correlaciones altas entre ellos. Para mayor información presentamos los valores de correlación en la **Figura 5**

De acuerdo a la **Figura 4** se puede observar que entre los dos componentes se logra acumular el 65.1% de la información acumulada en los 9 índices evaluados. Estos índices se pueden agregar en dos grupos: el primero constituido por los índices apoyo directivo (D1), motivación intrínseca (D3), percepción de calidad de vida (D34), y realización personal (PA) y el segundo grupo conformado por: carga de trabajo (D2) despersonalización (DP) y bienestar psicológico (dim_psi_ghq) y bienestar social y afrontamiento (dim_soc_ghq). Esto indica que los índices de cada grupo tienen unas correlaciones altas entre ellos.

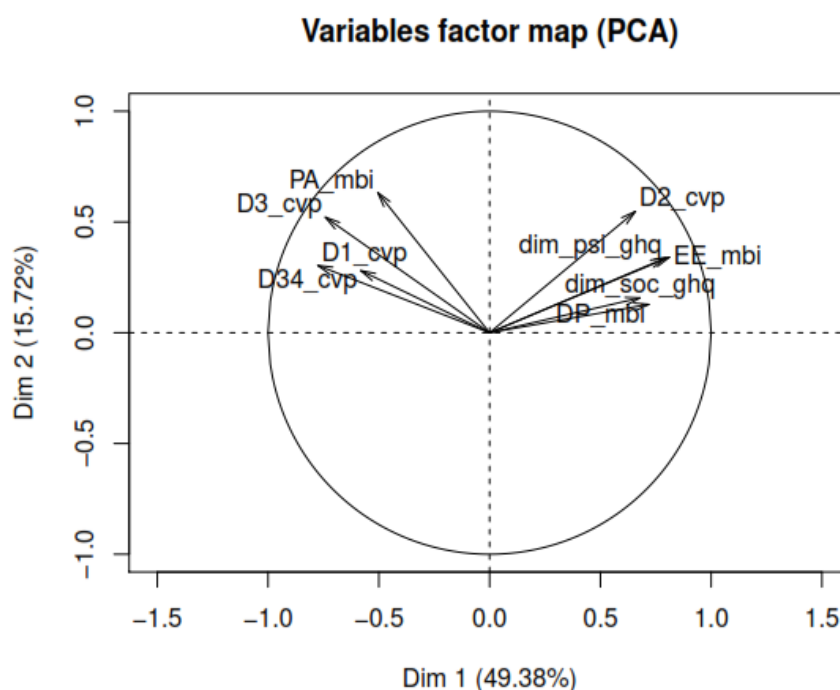


Figura 4. Circulo de correlaciones usando los dos primeros componentes principales. Los porcentajes corresponden al porcentaje de inercia (varianza) acumulada en cada uno de los dos componentes principales.

En nuestro estudio se observa como el apoyo directivo está estrechamente vinculado a la percepción de calidad de vida profesional, la motivación intrínseca y la realización personal por MBI-HSS. Por otro lado, el deterioro de la salud mental por GHQ 12 en sus componentes de bienestar psicológico y social está estrechamente asociado a la carga de trabajo por CVP-35, al agotamiento emocional y la despersonalización por MBI-HSS

Matriz de correlación de Pearson

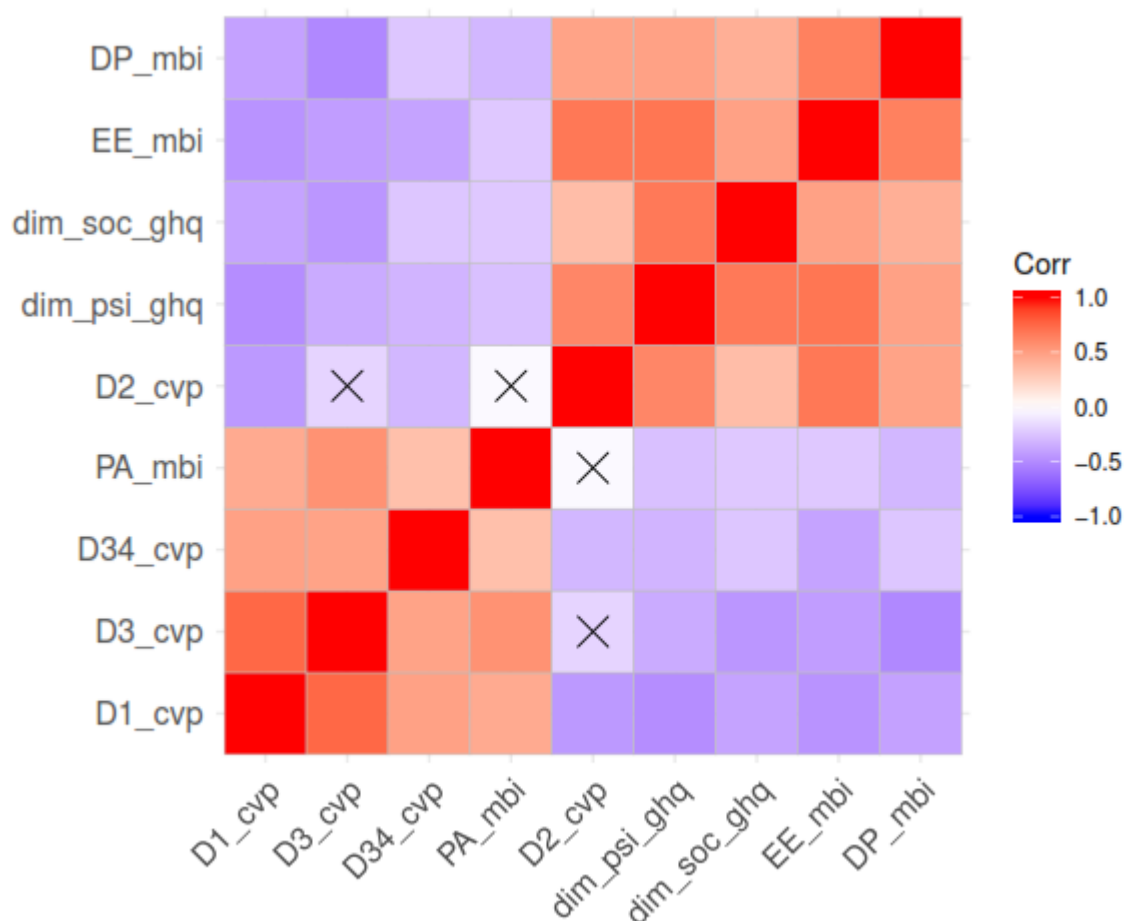


Figura 5: Gráfico de la matriz de correlación de Pearson para los nueve índices evaluados. Las X marcan correlaciones no significativas. Las correlaciones en rojo corresponden con asociaciones directamente proporcionales mientras que las correlaciones en azul corresponde con asociaciones inversas. Así un residente de dermatología muestra una asociación inversa entre el agotamiento emocional y la presencia de apoyo directivo o una asociación directamente proporcional entre el agotamiento emocional y la carga de trabajo

11.6.1 Resultados del análisis de agrupamiento

Según los índices de nivel obtenidos en el paso de agrupación jerárquica usando el método de Ward, el número de grupos óptimos es de tres. (Figura 4). Los índices que participaron en este agrupamiento corresponden con las dimensiones de cada instrumento de evaluación CVP-35, MBI-HSS y GHQ-12

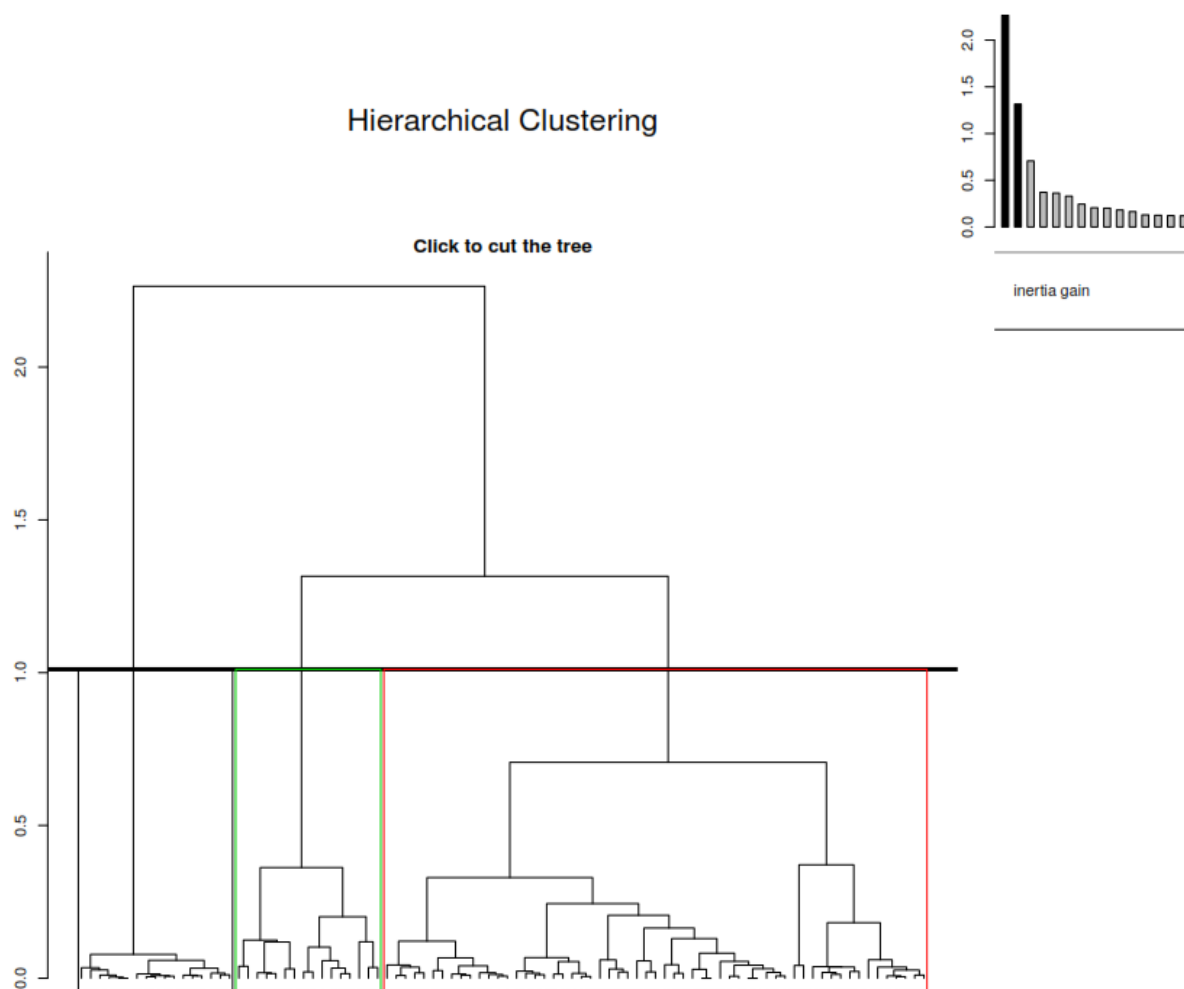


Figura 6. Índices de nivel – método de Ward. Agrupamiento jerárquico para la obtención de los 3 grupos o clúster final. El detalle de los 9 índices se presenta en la **Figura 7**.

11.6.2 Clúster o agrupación final

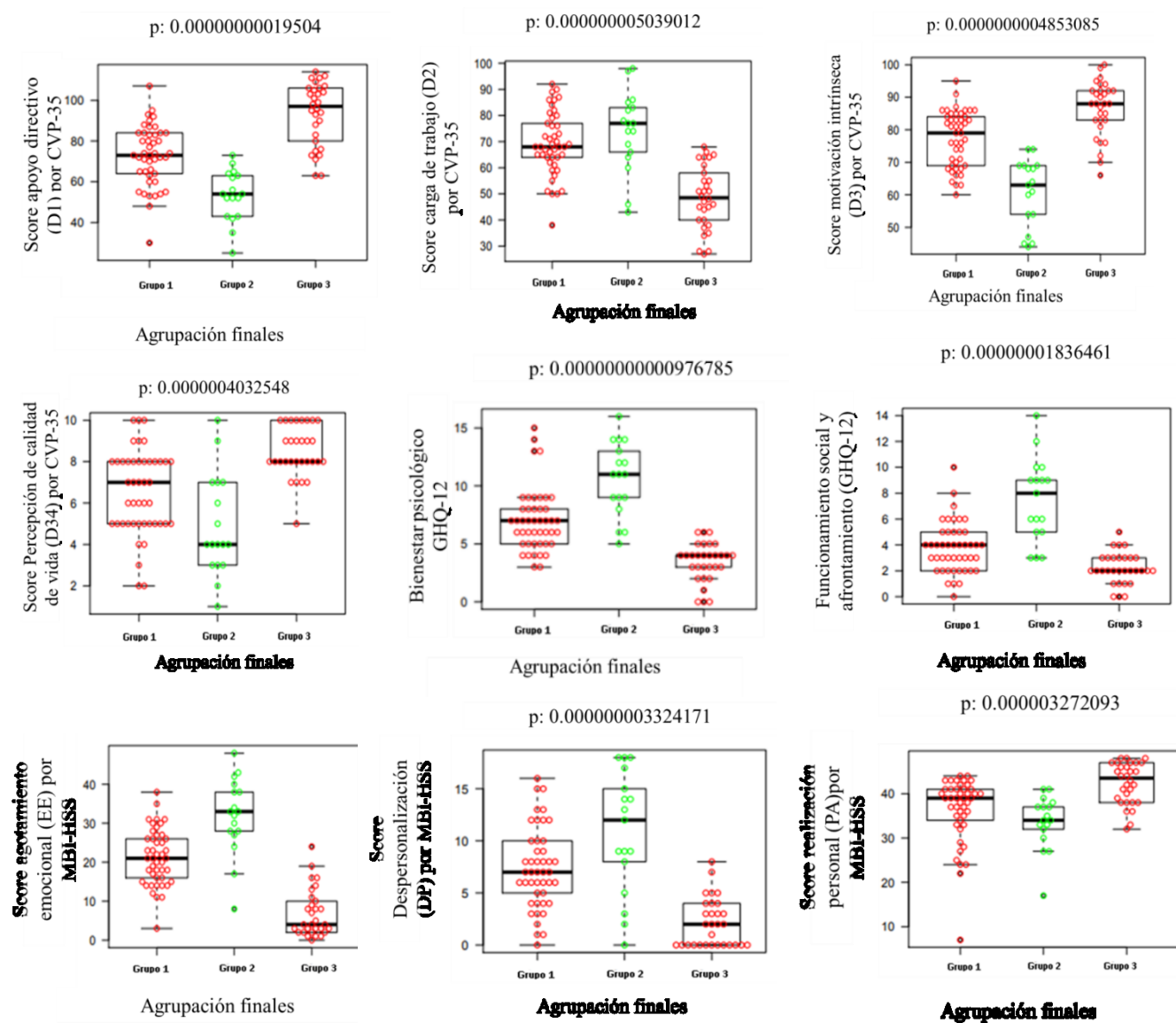
El primer grupo denominado como grupo Numero 1 o “estándar” 48% (n=45) resultó como aquel que obtuvo puntuaciones medias cercanas al promedio para apoyo directivo (D1), carga de trabajo (D2), motivación intrínseca (D3) y percepción de calidad de vida (D34) por CVP-35; puntuaciones alrededor de la media para las dimensiones de bienestar psicológico y bienestar social y de afrontamiento por GHQ-12, teniendo en cuenta el cut off (>5) para “sospecha de psicopatología” y (>12) para “psicopatología presente”; puntuaciones cercanas a la media y dentro del rango para la clasificación del grupo “medio” para la dimensión de agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP) y realización personal (PA) por MBI-HSS. $\pm$

El segundo grupo denominado como grupo Número 2 o “no destacable” 32.6% (n=30) resultó como aquel que obtuvo puntuaciones medias superiores a la media para carga de trabajo (D2) e inferiores a la media para apoyo directivo (D1), motivación intrínseca (D3) y percepción de calidad de vida (D34) por CVP-35; puntuaciones superiores a la media muestral para las dimensiones de bienestar psicológico y bienestar social y de afrontamiento donde la mayoría de residentes se ubicaron por encima del cut off (>5) para “sospecha de psicopatología” y cercanas a “psicopatología presente” (>12) por GHQ-12; puntuaciones superiores a la media y dentro del rango para la clasificación del grupo “alto” en las dimensiones de agotamiento emocional (EE) y despersonalización (DP) y puntuaciones inferiores a la media muestral y dentro del rango para la clasificación del

grupo “bajo” para realización personal (PA) por MBI-HS, lo cual coincide con los criterios de desgaste profesional o Burnout.

El tercer grupo denominado como grupo Número 3 o “destacable” 18,4% (n=17) resultó como aquel que obtuvo puntuaciones medias inferiores a la media para carga de trabajo (D2) y superiores a la media para apoyo directivo (D1), motivación intrínseca (D3) y percepción de calidad de vida (D34) por CVP-35; puntuaciones debajo de la media para las dimensiones de bienestar psicológico y bienestar social y de afrontamiento y adicionalmente por debajo del cut off (>5) para “sospecha de psicopatología” y (>12) para “psicopatología presente”; siendo la media de grupo clasificados como “sanos” por GHQ-12 (<5); puntuaciones inferiores a la media y dentro del rango para la clasificación del grupo “bajo” en las dimensiones de agotamiento emocional (EE) y despersonalización (DP) y puntuaciones superiores a la media muestral y dentro del rango para la clasificación del grupo “alto” para realización personal (PA) por MBI-HS, lo cual coincide con lo opuesto a los criterios de desgaste profesional o Burnout. Los resultados de cada dimensión por grupo se encuentran organizados de manera resumida en **Tabla 13** y en detalle en la **Tabla 14**.

Figura 7. Gráficos de cajas y bigotes mostrando la distribución de cada uno de los 9 índices en cada uno de los tres grupos obtenidos



Grupos	CVP-35				GHQ-12		MBI-HSS			
	Apoyo directivo D1	Carga de trabajo D2	Motivación intrínseca D3	Percepción calidad de vida D34	Bienestar psicológico	Bienestar social y afrontamiento	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Criterio Burnout
Criterio del instrumento o media	76 ±16	63±16	77±12	6,9±2	< 5 sano 5 a 12: sospecha >12 psicopatología Media: 6.5±3.5	< 5 sano 5 a 12: sospecha >12 psicopatología Media: 4±2.7	Bajo: 0-18 Medio: 19-26 Alto:27-54 Media: 18.5±11	Bajo: 0-5 Medio: 6-9 Alto:10-30 Media: 6,3±5	Bajo: 0-33 Medio: 34-39 Alto:40-50 Media: 38±7	Presente /ausente
Grupo 1 “Estándar”	73±14	69±12	77±8	6.5±2	7±2	3±1	21±7	7±3	36±7	Ausente
Resultado	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	Ausente
Grupo 2 “No destacable”	53±12	74±15	80±10	4.8±2	10±3	7±3	32±9	10±5	33±5	Presente
Resultado	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Sospecha /psicopatología presente	Sospecha	Alto	Alto	Medio/Bajo	Presente
Grupo 3 “Destacable”	93±15	48±12	66±8	8.5±1	3±1	2±1	6,8±6	2±2	42±4	Presente
Resultado	Alto	Bajo	Alto	Alto	Sano	Sano	Bajo	Bajo	Alto	Ausente

Tabla 13. Resumen de los resultados obtenidos en cada uno de los grupos según las dimensiones de CVP-35, GHQ-12 y MBI-HSS y su interpretación. Las medias y desviaciones estándar para cada grupo resultaron estadísticamente significativas <0.001 y el detalle puede consultarse en la tabla 3.

11.6.2.1 Distribución de las medias de puntaje de CVP-35, MBI-HSS y GHQ-12 según la agrupación final

Se resumen las medias y desviaciones estándar respectivas para cada instrumento de evaluación de calidad de vida según la agrupación final.

Tabla 14. Media de puntajes en MBI-HSS, CVP-35, GHQ-12 según agrupación final

Resultados cuestionarios		Grupo 1 Media [DE]	Grupo 2 Media [DE]	Grupo 3 Media [DE]	p
CVP					
	CVP D1	72,8 [14,7]	53,1 [12,6]	93,4 [15,3]	<0.001*
	CVP D2	69,1 [12]	74,0 [15,1]	48,5 [12]	
	CVP D3	77,3 [8,6]	60,4 [10,4]	86,4 [8,4]	
	CVP D34	6,5 [2]	4,8 [2,4]	8,5 [1,2]	
	Total CVP	225,8 [24,7]	192,5 [32,1]	236,9 [24,3]	
GHQ					
	Dimensión psicológica	7 [2,7]	10,5 [3,1]	3,4 [1,6]	<0.001*
	Dimensión social GHQ	3,7 [1,9]	7,4 [3,2]	2,2 [1,2]	
	Total GHQ	10,8 [3,8]	18 [5,4]	5,6 [2,5]	
MBI					
	EE MBI	21,2 [7,1]	31,9 [9,8]	6,8 [6,1]	<0.001*
	DP MBI	7,3 [3,8]	10,8 [5,8]	2,1 [2,3]	
	PA MBI	36,3 [7,3]	33,6 [5,9]	42,3 [4,6]	

Estadísticamente significativo (*)

11.6.3 Agrupaciones finales y características sociodemográficas

Posterior a la agrupaciones finales se describen los resultados estadísticamente significativas en el contexto de las variables sociodemográficas entre las cuales se describen el estado civil, presencia de apoyo familiar, requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica, idea suicida, comunicación con familiares.

11.6.3.1 Distribución de procedencia al interior de cada agrupación final

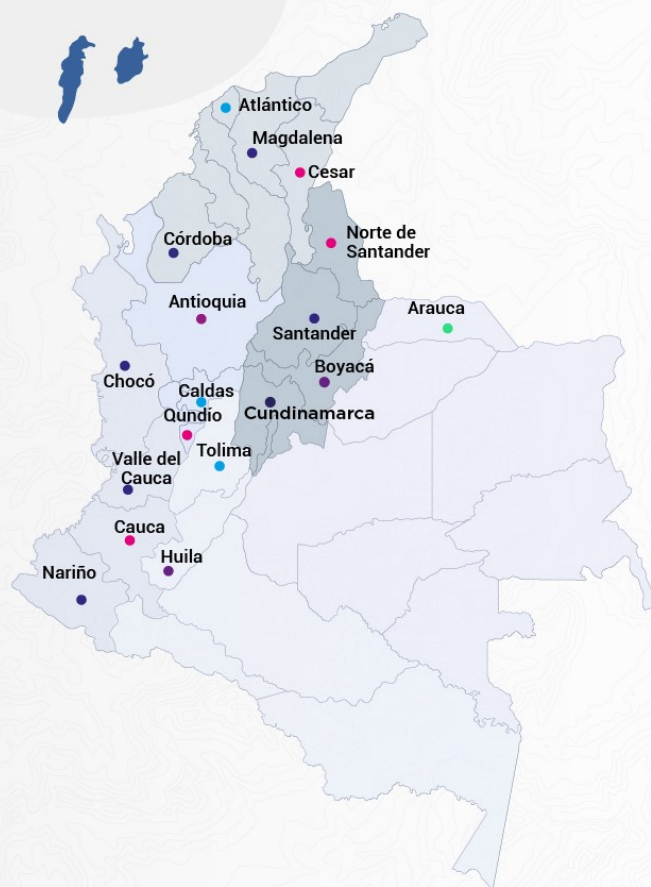
En la **Figura 8** se resumen la localización y porcentajes correspondientes a cada lugar de procedencia del residente de dermatología al interior de cada agrupación final o clúster. Por ejemplo: El grupo 1 está conformado por el departamento de Antioquia (18 %), Boyacá (4,4%), Cauca (2,2%), Cesar (4,4%) Choco (2,2 %), Cundinamarca (33,3%), Huila (4,4%), Nariño (4,4%), Norte de Santander (6,6%), Quindío (2,2%), Santander (9%) y Valle del cauca (9%)

11.6.3.2 Distribución de clúster al interior de cada región de procedencia

En la **Figura 9**, se resume el porcentaje de cada clúster al interior de cada escuela de dermatología del país. Por ejemplo: al interior de los residentes procedentes de la región de Antioquia se detectan 40% de residentes en el grupo 1, 35% de residentes en el grupo 2 y 25 % de residentes en el grupo 3.



Cluster por departamento



Antioquia Grupo 1: Valor absoluto 8, 18% Grupo 2: Valor absoluto 7, 41% Grupo 3: Valor absoluto 5, 17%	Arauca Grupo 1: Valor absoluto 0, 0% Grupo 2: Valor absoluto 1, 6% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Atlántico Grupo 1: Valor absoluto 0, 0% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 1, 33%	Boyacá Grupo 1: Valor absoluto 2, 4,4% Grupo 2: Valor absoluto 1, 6% Grupo 3: Valor absoluto 3, 10%
Caldas Grupo 1: Valor absoluto 0, 0% Grupo 2: Valor absoluto 1, 6% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Cauca Grupo 1: Valor absoluto 1, 2,2% Grupo 2: Valor absoluto 1, 6% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Cesar Grupo 1: Valor absoluto 2, 4,4% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Chocó Grupo 1: Valor absoluto 1, 2,2% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 1, 3,3%
Córdoba Grupo 1: Valor absoluto 0, 0% Grupo 2: Valor absoluto 1, 6% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Cundinamarca Grupo 1: Valor absoluto 15, 33,2% Grupo 2: Valor absoluto 3, 17% Grupo 3: Valor absoluto 4, 13,3%	Huila Grupo 1: Valor absoluto 2, 4,4% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Magdalena Grupo 1: Valor absoluto 0, 0% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 1, 3%
Nariño Grupo 1: Valor absoluto 2, 4,4% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Norte de Santander Grupo 1: Valor absoluto 3, 6,6% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 1, 3,3%	Quindío Grupo 1: Valor absoluto 1, 2,2% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 0, 0%	Santander Grupo 1: Valor absoluto 4, 9% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 5, 17%
Tolima Grupo 1: Valor absoluto 0, 0% Grupo 2: Valor absoluto 0, 0% Grupo 3: Valor absoluto 4, 13,2%	Valle del Cauca Grupo 1: Valor absoluto 4, 9% Grupo 2: Valor absoluto 2, 12% Grupo 3: Valor absoluto 5, 16,6%	Total: Valor absoluto 45 17 30 Porcentaje grupo 1-2-3 100%	

Figura 8. Clúster por departamento. Se evidencia el grado de participación en porcentaje de cada universidad para la confirmación de cada grupo. Grupo 1 “estándar” Grupo “no destacable” y grupo 3 “destacable”.

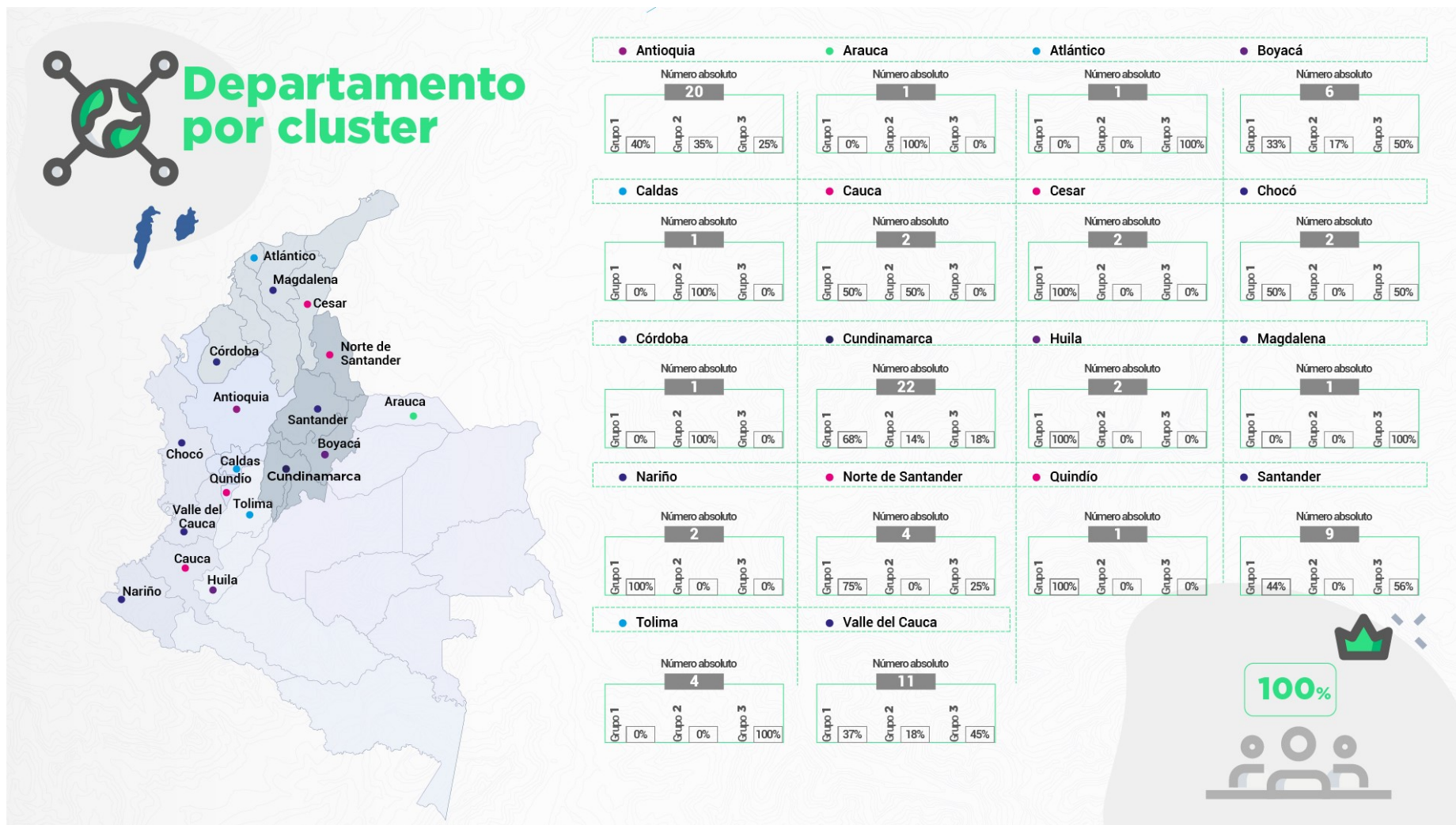


Figura 9. Departamento por clúster Se evidencia el porcentaje de cada clúster al interior de cada escuela de dermatología del país.

11.6.3.3 Distribución de las universidades en el interior de cada agrupación final

Una vez establecidos los grupos previamente mencionados, se describe el porcentaje de participación de las universidades en la composición de cada grupo, teniendo en cuenta que una misma universidad puede pertenecer a distintos grupos pero con una proporción diferente. Ejemplo: La universidad Autónoma de Bucaramanga solo conforma el 4,4% del grupo 1

Respecto a la distribución de universidades según cada grupo “estándar”, “no destacable” y “destacable”. Las universidades con mayor representación en cada grupo fueron la Universidad El Bosque (15,5%), Universidad CES (23,5%) y Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (20%), respectivamente. Las universidades con menor representación en cada grupo fueron Universidad ICESI (2%), Universidad de Caldas, Universidad Libre, Universidad Pontificia Bolivariana (5% cada una); y Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia (3,3% cada una), respectivamente. El detalle de participación de las demás universidades puede consultarse en la **Tabla 14**.

Tabla 14. Clúster Vs. Universidad

Universidad	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	p
Universidad Autónoma de Bucaramanga	2 (4,4)	0	3 (10)	0,0031*
Universidad CES	4 (9)	4 (23)	0	
FUCS	5 (11,1)	0	6 (20)	
Universidad de Antioquia	3 (6,6)	2 (11,7)	1 (3,3)	
Universidad de Caldas	0	1 (6)	0	
Universidad de Cartagena	0	0	2 (6,6)	
Universidad del Valle	0	0	4 (13,3)	
Universidad El Bosque	7 (15,5)	0	6 (20)	
Universidad ICESI	1 (2,2)	0	0	
Universidad Javeriana	4 (9)	2 (11,7)	2 (6,6)	
Universidad Libre	6 (13.3)	1 (6)	5 (16,6)	
Universidad Militar	2 (4,4)	3 (17,6)	0	
Universidad Nacional de Colombia	5 (11)	0	0	
Universidad Pontificia Bolivariana	2 (4.4)	1 (6)	1 (3,3)	
Fundación universitaria Sanitas	4 (8.8)	3 (17,6)	0	
Estadísticamente significativo (*)				

11.6.3.4 Distribución de la agrupación final al interior de cada universidad

Se describe el porcentaje de participación de cada grupo al interior de cada universidad teniendo en cuenta que una misma universidad puede tener residentes en distintos grupos.

Ejemplo: En la Universidad Autónoma de Bucaramanga los 5 residentes que contestaron la encuesta; 2 residentes se encuentra en el grupo 1 y 3 en el grupo 3. El detalle de esta distribución puede consultarse en **Tabla 15**.

Tabla 15. Universidad Vs. Clúster

Universidad	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	P valor
Universidad Autónoma de Bucaramanga	2 (40)	0	3 (60)	0,0031*
Universidad CES	4 (50)	4 (50)	0	
FUCS	5 (45)	0	6 (55)	
Universidad de Antioquia	3 (50)	2 (33)	1 (17)	
Universidad de Caldas	0	1 (100)	0	
Universidad de Cartagena	0	0	2 (100)	
Universidad del Valle	0	0	4 (100)	
Universidad El Bosque	7 (54)	0	6 (46)	
Universidad ICESI	1 (100)	0	0	
Universidad Javeriana	4 (50)	2 (25)	2 (25)	
Universidad Libre	6 (50)	1 (8)	5 (42)	
Universidad Militar	2 (40)	3 (60)	0	
Universidad Nacional de Colombia	5 (100)	0	0	
Universidad Pontificia Bolivariana	2 (50)	1 (25)	1 (25)	
Fundación universitaria Sanitas	4 (57)	3 (43)	0	
Estadísticamente significativo (*)				

11.6.3.5 Agrupación final y sexo

Del total de 92 encuestados, la distribución por sexo de los grupos “estándar”, “no destacable” y “destacable” corresponde para 46%, 11%, 42%, respectivamente para los hombres. En el caso de las mujeres es de 50%, 21%, 28% para cada grupo. Lo anterior resulta en la presencia de mayor cantidad de hombres y mujeres en el interior de los grupos “estándar” y “destacable” y así mismo mayor cantidad de mujeres en el interior del grupo “no destacable”. Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos pero se describen para conocimiento del investigador y lector.

11.6.3.6 Agrupación final y estado civil

Se observa una tendencia mayor en el interior del Grupo 2 o “no destacable” a tener relaciones en unión libre 17% respecto a los grupos 1 y 3, los cuales no mostraron este tipo de relación. De igual manera el grupo 2 no mostró relaciones como separados(a) y casado. En contraste el Grupo 1 o “estándar” y el Grupo 3 “destacable” mostraron más relaciones como casados(a) del 13% para cada grupo, para novio 17% y 3%; y soltero 66% y 56%, respectivamente. Lo anterior resulta en un establecimiento de una relación de convivencia sin llegar propiamente a la formalización para el grupo “no destacable” (**Material suplementario: Figura 64**).

11.6.3.7 Agrupación final y apoyo familiar

Se observa una tendencia menor en el interior del Grupo 2 o “no destacable” a tener menos apoyo familiar (65%) , respecto al Grupo 1 “estándar” (95,5%) y el Grupo 3 “destacable” (86.6%) (**Material suplementario: Figura 65**).

11.6.3.8 Agrupación final y requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica

Se observa una tendencia mayor en el interior del Grupo 2 o “no destacable” a tener mayor consulta psiquiátrica y/o psicológica en algún momento de su residencia (64%) en contraste con los Grupo 1 y 3 con un 4% y 0.6% , respectivamente. Lo cual resulta que en el grupo menos destacable se requiere valoración por un profesional de la salud mental (**Material suplementario: Figura 66**).

11.6.3.9 Agrupación final e idea suicida

Se observa una tendencia mayor en el interior del Grupo 2 o “no destacable” a tener mayor idea suicida en algún momento de su residencia (17%) en contraste con los Grupo 1 “estándar” y 3 “destacable” con un 2% y 3%, respectivamente (**Material suplementario: Figura 67**).

11.6.3.10 Agrupaciones finales y comunicación con familiares

Los residentes de dermatología con menor comunicación con los familiares de los pacientes corresponden con el Grupo 2 o “no destacable” (20%), respecto al Grupo 1 “estándar” y “destacable” con un 45% y 35%, respectivamente. Lo anterior resulta en una tendencia de menor participación del residente de dermatología frente a actividades que puedan fortalecer el vínculo entre paciente y médico, lo que se traduce en una menor calidad en la atención (**Material suplementario: Figura 68**).

11.6.3.11 Agrupaciones finales y actividades administrativas

Se observó una menor motivación para participar o colaborar en actividades administrativas institucionales para el Grupo 2 o “no destacable”, respecto a los Grupo 1 “estándar” y Grupo 3 “destacables” (**Material suplementario: Figura 69**). Estos resultados pueden estar en consonancia con otros obtenidos en CVP-35 MBI-HSS y GHQ-12, resumidos en la **Tabla 13**.

12. Discusión

12. 1 Apoyo directivo en la calidad de vida profesional medido por CVP-35

12. 1.1 Características sociodemográficas específicas para apoyo directivo y comunes por agrupación final

En nuestro estudio el apoyo directivo en los residentes de dermatología de Colombia reveló en función de las variables sociodemográficas estudiadas una relación inversamente proporcional entre requerimiento de valoración psicológica, trabajo por fuera de los horarios de residencia, variable grado de intermediación administrativa en escenarios clínicos. Todos los ítems del mismo cuestionario de CVP-35 mostraron significancia estadística sin embargo, los ítem 8, 18,24, 33 revelaron una fuerte asociación inversa con esta dimensión.

En la evaluación por agrupaciones finales, se encontró que las variables sociodemográficas se relacionaban con mayores estados de unión libre y menor apoyo familiar para el grupo 2, el cual obtuvo menor apoyo directivo, respecto al grupo 1 y 3 los cuales obtuvieron puntuaciones “estándar” y por encima de la media o “destacables” para esta misma dimensión de CVP-35.

12. 1.2 Influencia del apoyo directivo en las en las relaciones de pareja y la disfunción familiar

Existe evidencia que sugiere cuatro escenarios que pueden influir en el dominio familiar y de pareja: **i)** cuando los requisitos en carga de trabajo durante la residencia superan y ocupan el tiempo de dominio familiar y de pareja; **ii)** la tensión generada por la fatiga y la irritabilidad durante la residencia limitan la capacidad de residente para cumplir con los requisitos el dominio familiar y de pareja; **iii)** comportamientos que son posibles durante el rol laboral, pero son contraproducentes en un ambiente familiar y de pareja. Lo anterior resulta cuando la carga de trabajo pueden generar emociones negativas, como ira, desilusión y frustración y estos pueden afectar negativamente el ambiente de pareja; **iv)** Un sistema organizativo que, independientemente de su nivel de competencia técnica, no garantiza un adecuado acompañamiento durante su proceso de aprendizaje, donde las circunstancias actuales del sistema de salud (presión asistencial, falta de recursos, aumento de la carga laboral, desgaste profesional y mayores actividades administrativas) pueden dificultar las condiciones y oportunidades necesarias para la docencia.¹³⁶⁻¹⁷⁰

Estos cuatro escenarios pueden funcionar como un sistema de retroalimentación para la satisfacción laboral, aumento de la presión psicológica, disminución de la calidad de vida y malas relaciones interpersonales y familiares. Adicionalmente, en otros escenarios teóricos se plantea la posibilidad que el recibir tareas de trabajo adicionales, incluso cuando están en casa no genera una alta eficiencia laboral y rendimiento laboral, sino que por lo contrario

resulta en una mayor insatisfacción laboral y un aumento en el agotamiento laboral o Burnout.¹³⁶⁻¹⁷⁰

Lo anterior se traduce en que existe una alta probabilidad que estas variables sociodemográficas del apoyo familiar y la relación de pareja y su interacción con la carga de trabajo en la residencia influyan sobre los requerimientos crecientes en la valoración por psicología y/o psiquiatría, efecto *Moonlighting* e incluso menor participación en actividades administrativas concernientes durante la época de estudios y de asistencia clínica. Es posible también que los residentes prefieran por las anteriores razones una relación no formalizada como la unión libre o estar solteros como resultó para el grupo 2 en nuestro estudio.¹³⁶⁻¹⁷⁰

En contraste los residentes quienes tienen una relación más formalizada parece tener menos niveles de agotamiento emocional como se describieron en los grupos 1 y 3 en nuestro estudio, lo cual la evidencia sugiere funcionar como un factor protector. En este sentido el apoyo directivo no solo debe tener en cuenta la sobrecarga laboral sino también cómo esta puede ocupar espacios en los dominios de los residentes en su ámbito familiar y emocional. En general, otros estudios que han obtenido bajos niveles de calidad de vida por CVP-35 encontraron dimensiones de apoyo de directivos y conflictos interpersonales con menor puntuación, lo cual se contrasta con nuestros resultados.¹³⁶⁻¹⁷⁰

12. 1.3 Influencia del apoyo directivo en la aparición de depresión, riesgo suicida y demanda de consulta en salud mental

En cuanto a la preocupación sobre la idea suicida, esta ha sido objeto de gran valor de análisis y supervisión. El ACGME quien acredita más de 9,900 programas de residencia y becas en los Estados Unidos es enfático que cada muerte prevenible de los residentes, además de ser una tragedia para colegas, profesores y pacientes, representa una pérdida real para los pacientes y la sociedad, dada la contribución estimada de 30,000 horas de un médico en el transcurso de una carrera completa. Por lo tanto, las causas, como los factores intrínsecos y extrínsecos de angustia psicológica y los efectos sobre la ideación suicida en la residencia deben aclararse para desarrollar estrategias relevantes destinadas a su prevención. En este sentido también se aclara que no se trata de identificar a los residentes con características más fuertes para su selección en un programa de residencia sino de estar más atentos a sus expresiones de angustia, facilitar su capacidad de comunicar de esta, respetar su ritmo y ayudarlos a ser conscientes de sus límites.^{6, 11, 142-190}

En el estudio DEPRESS-Ohio Study¹⁴¹ (2019) con 1015 médicos residentes de diferentes especialidades médicas encontraron que el 19% de los residentes al menos presentaban depresión moderada y entre estos residentes, el 31.1% tenían una idea suicida ocasionalmente. Esto resuelve un gran paradigma donde se creía que las tasas de ideación suicida eran menores (6- 21%) como lo informaba la literatura e incluso como lo informó NPBDS⁷⁵ (2019) donde el 14% de la población de estudio presenta ideas suicidas sin embargo en esta población (NPBDS) de estudio se realizó en profesionales ya graduados y

no en médicos residentes. Llamativamente los residentes que no conocían los programas de bienestar ofrecidos en sus instituciones eran significativamente más propensos a estar deprimidos, esto en parte fue fundamental dilucidar en nuestra investigación dado que la mayor concentración de residentes con desconocimiento de estos programas de bienestar se ubicaba en el grupo 1 con puntuaciones “estándar”, lo que genera cierto grado de incertidumbre en cuanto al tiempo que pueden desarrollar este mismo grupo una ideación suicida en el futuro o puedan con el tiempo ubicarse en otros grupos como los “no destacables”. En nuestro estudio llamó particularmente la atención de estos resultados dado que el 33,6% de los residentes habían requerido en algún momento valoración en este aspecto.

Por otro lado, los semestres que más reportaron consulta psicológica y/o psiquiátrica fueron residentes de último año de residencia y estos datos se relacionaron con mayor carga laboral, y criterios para Burnout.

Otros datos de relevancia muestran que aquellos residentes que no creían en su director de programa o no creía que pudieran hablar con su director de programa, eran significativamente más propensos a la depresión, respecto a aquellos quienes si consultaban a su director de programa y expresaban sus preocupaciones. Los datos de nuestro estudio revelan y hacen un llamado importante para alertar a los directores de programas que es necesario involucrar y alentar a los residentes deprimidos a buscar ayuda, mientras se protegen del estigma asociado con esta condiciones.⁶⁷

La propuesta de DEPRESS-Ohio Study (2019) consistente en una mayor promoción de la confidencialidad existente. Esto se puede generarse a través de programas similares como “*Employee Assistance Programs*” (EAP), o incluso con el desarrollo de nuevos programas de referencia confidencial que estén dentro de la institución y sean fácilmente accesibles a los residentes deprimidos. Estos mismos programas permiten que los residentes sean atendidos por personal de la salud y que no tengan responsabilidades directas sobre la enseñanza de los residentes. En nuestro estudio solo el 88% de los residentes informaron saber cómo acceder a este tipo de valoraciones psicológicas si estaban deprimidos en contraste con los resultados de DEPRESS-Ohio Study (2019) con una cifra del 70%.

Por otro lado, la literatura pone en evidencia que la preocupación que se genera en el residente al momento de recibir tratamiento podría poner en peligro su licencia médica o la consecución de una oferta laboral, dado que las contrataciones pueden usar datos de juntas médicas con notificaciones para enfermedades físicas o mentales que afecten la capacidad del médico para funcionar profesionalmente y aunque no se cumpla en todos los escenarios sociodemográficos alrededor del mundo, es una tendencia organizacional cada vez más creciente donde se reporta como parte de la licencia profesional.¹³⁹ Lo anterior se suma a una tendencia en los residentes hacer de médicos de sí mismos o a consultar de forma informal entre compañeros (Adshead y Col. 2005), como ocurre en nuestro estudio donde el 9.8% afirmaron auto-medikarse con antidepresivos, aspectos que se comentarán durante la discusión de GHQ-12.¹³⁹

En nuestro estudio no evaluamos el tiempo en años de los docentes en posición de directores de cada programa de dermatología en el país, sin embargo la evidencia sugiere que aquellos directores de programas que tienen menos de 5 años de experiencia mostraron en sus grupos de residentes mayor depresión.

Nosotros no encontramos relaciones estadísticamente significativas entre la ideación suicida el género, la edad, año de residencia, procedencia geográfica o institucional, personas a cargo, capacidad de endeudamiento por créditos existentes de pregrado y/o posgrado, y participación en investigación y producción de material científico, sin embargo se encontró una mayor proporción mujer - hombre de 4:1, la cual no pudo alcanzar su importancia después de ajustar para múltiples pruebas. Quizás en un posterior estudio se pueda ampliar con los futuros residentes de dermatología, el discernimiento de depresión y sus posibles asociaciones sociodemográficas y asistenciales y del cómo usa los recursos disponibles para la mitigación del mismo.

Adicionalmente encontramos una relación positiva de la idea suicida en aquellos con agotamiento emocional, despersonalización, Burnout y puntajes más altos de deterioro de la salud mental por GHQ-12.

Según la ACGME, una de las funciones más importantes del coordinador o director del programa de especialización es garantizar la aplicación de un currículo/pensum/plan de estudios estricto que cuente con todas las posibilidades de brindar al médico en formación las competencias necesarias para ejercer su profesión, en el cual no solo se especifique las

asignaturas a cursar sino también la intensidad horaria de acuerdo a las políticas institucionales, las tareas o deberes que debe llevar a cabo el residente, supervisar y ajustar los horarios de trabajo que mitiguen las cargas excesivas de trabajo y la fatiga. Adicionalmente, los directivos deben proveer respaldo académico y clínico al residente en casos en los que la atención al paciente sean complejas y promocionar las oportunidades a sus residentes.^{6, 11, 142-187, 190}

12.1.4 Apoyo directivo y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI y GHQ-12

En contraste con los resultados anteriores los médicos residentes de dermatología quienes obtuvieron mayores niveles de apoyo directivo se relaciona con mejores índices en motivación intrínseca por CVP-35 y realización personal por MBI-HSS esto sin duda mostró así mismo una relación con puntajes inferiores obtenidos por GHQ-12 para la evaluación del estado de salud general y con una mejor percepción de la calidad de vida medido en D34 por CVP-35. Todo lo anterior se sintetiza en un factor clave de los directores de residencia y docentes del mismo programa para el buen desempeño del médico residente. Lo anterior resulta y es concordante con lo encontrado en el grupo 3 o “*grupo destacable*” el cual obtuvo los mejores índices en todos los instrumentos de evaluación.

Por otra parte, en función de otras dimensiones por CVP-35 y de los otros instrumentos de evaluación de calidad de vida se encontró una asociación inversamente proporcional con la dimensión de carga de trabajo por CVP-35 y el desarrollo de Burnout y deterioro en sus dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización) medidos por MBI-HSS.

12.1.5 Estrategias de mejora y prevención efectiva para el apoyo directivo

Respecto a las estrategias que pueden implementarse para el mejoramiento del apoyo directivo brindado a los residentes son: **i)** mejoramiento del control, supervisión y acompañamiento de los jefes a sus estudiantes de posgrado que promueven acciones de iniciativa y/o autonomía por parte de ellos; **ii)** evitar los cambios constantes de jefaturas que confundan al personal en formación y generen ambientes de inestabilidad; **iii)** procurar por el mantenimiento de las relaciones interpersonales entre jefes y estudiantes a través de estrategias de resolución de conflictos sanas y entablando canales de comunicación adecuados; **iv)** evitar que como directivos tomen actitudes de favoritismo o preferencia con el fin de evitar entornos tensos y de inequidad; **v)** creación u organización de planes y/o estrategias de asignación de roles acordes al grado de dificultad profesional en el que se encuentre el residente por parte de jefes y directivos, en los que se evite el conflicto de roles que puede traer como consecuencia inseguridad, falta de autoridad real y sentimiento de constricción en los residentes; **vi)** mejorar la integración de los médicos residentes en cada una de las áreas en las que rota con el fin de no fomentar la aparición de sentimientos de

extrañeza a la institución; **vii)** evitar el tratamiento desconsiderado y el autoritarismo hacia los médicos en formación y finalmente; **viii)** implementar políticas de sentido de pertenencia a la institución. **ix)** supervisión en el tiempo de inversión de horas de trabajo para prevenir que el desgaste profesional o Burnout tanto en horas asistenciales presenciales como por fuera de su ámbito de práctica; **x)** Fomentar y promover examen de salud de rutina entre médicos residentes y designando algún segmento de tiempo libre personal ya asignado (si es necesario, durante horas de trabajo programadas) específicamente para exámenes de salud de rutina y servicios preventivos, incluyendo cuidado físico, mental y dental; **xi)** recordar a los médicos residentes aprovechar los recursos de salud y bienestar mental y físico, como un componente de su obligación profesional **xii)** No trabajar cuando está enfermo, y siguiendo pautas generalmente aceptadas para un estilo de vida saludable; **xiii)** crear conciencia sobre la salud mental y el abuso de sustancias y vincularlos a programas de prevención de suicidio que estén disponibles para todos sus residentes, garantizando su anonimato, confidencialidad y protección contra acciones administrativas.

Las estrategias anteriormente nombradas pueden lograrse por medio de iniciativas propias del cuerpo directivo o, en su defecto, a través de programas de atención psicológica impartidas por profesionales en psicología que guíen tanto a los residentes de dermatología como a sus jefes a adquirir habilidades para el desarrollo de un mejor entorno laboral y posteriormente, resultar en una mejora del apoyo directivo para los médicos en formación. Una de las estrategias que podría implementarse de manera adicional para el caso de los

residentes que laboran fuera de sus horarios de residencia y cuentan con bajo apoyo directivo, es el conocimiento de su contexto individual por parte de jefes y directivos, con la finalidad de proponer una serie de medidas más flexibles que le permitan al médico en formación adquirir el conocimiento y las competencias necesarias para ejercer su profesión, sin que esta afecte el grado de responsabilidad adquiridos dentro y fuera de su residencia. 54,59,97.

12.2 Carga de trabajo en la calidad de vida profesional medido por CVP-35

12. 2. 1 Características sociodemográficas específicas para carga de trabajo y comunes por agrupación final

En nuestro estudio la carga de trabajo en los residentes de dermatología de Colombia reveló en función de las variables sociodemográficas estudiadas una relación directamente proporcional entre las conductas de automedicación, acceso a salud mental y riesgo suicida. Todos los ítems del mismo cuestionario de CVP-35 mostraron significancia estadística sin embargo, los ítem 7, 8 18, 21 revelaron una fuerte asociación con esta dimensión.

En la evaluación por agrupaciones finales, las variables sociodemográficas que resultaron estadísticamente significativas corresponden con las previamente discutidas en el apartado de apoyo directivo tanto para ideación suicida, mayor demanda de consulta psicológica, menor apoyo familiar y menor motivación por la realización de actividades administrativas. Así mismo, todas ellas guardan una relación simultánea entre las demás dimensiones de CVP-35 y otros instrumentos de evaluación en calidad de vida, utilizados en el presente estudio.

12.2.2 Influencia de la carga de trabajo en las relaciones de pareja y la disfunción familiar

Los años de entrenamiento durante la residencia médica coinciden con los principales eventos de la vida, los cuales corresponden con el matrimonio, el parto y la exploración y el inicio de un nuevo puesto de trabajo. Estos eventos pueden provocar interferencias con el manejo de estrés y el aumento en la propia carga de trabajo durante la residencia. Por lo anterior, los directores de programas y el profesorado comprende que esta encrucijada personal, pueden llevar a tener dificultades para lidiar con factores estresantes de la capacitación. Adicionalmente esto implica que algunas veces se tomen decisiones drásticas durante los procesos de selección de los mismos residentes, dado que bajo estos mismos escenarios derivan otras obligaciones financieras y altos costos de vida. Como resultado, pueden existir conflictos entre las demandas educativas de los residentes sus necesidades financieras, lo cual en alguna medida puede explicar la creciente necesidad de trabajar en horarios no habituales de sus prácticas médicas relacionadas con la residencia.

Otra posibilidad a tener en cuenta es que los residentes pueden perder oportunidades de capacitación adicional en proyectos de investigación o becas debido a la creciente preocupación por sus obligaciones financieras. Finalmente, el desarrollo de ambos escenarios puede suponer en detrimento en la comunicación familiar y /o de pareja, lo cual puede resultar en disfunción a mediano y largo plazo. En nuestro estudio, la carga de trabajo y la distribución de los residentes en esta dimensión se concentró en relaciones de pareja como novios y en unión libre para el grupo 2 o “no destacable”, mientras que para el

grupo “estándar” y el grupo “destacable” resultó en relaciones de pareja como “novios” y casados, lo cual genera la duda si realmente estos residentes de dermatología del grupo 2 prefieren evitar el compromiso formal sea por la propia presión de la residencia, el menor apoyo directivo o los mayores niveles de desgaste profesional como se describe más adelante. Lo anterior resulta imposible de definir por la multifactorialidad de variables subjetivas que están mediando estos escenarios. Esta tesis abre una ventana de oportunidad para un eventual estudio relacionado con el tipo de pareja durante la residencia y cómo esta influencia en la calidad y el rendimiento de la misma.

Por otro lado, existe evidencia entre la presencia de depresión y la discordia marital. Aproximadamente el 30-40% de los residentes tienen problemas matrimoniales y de relación de pareja, los cuales atribuyen al estrés de la residencia. La evidencia relacionada con el retiro temporal de residentes de sus prácticas formativas teórico-prácticas por diversas razones emocionales y/o físicas tales como hospitalizados por estados psiquiátricos, problemas de alcohol o intento de suicidio no han sido registrado en la especialidad de dermatología en estudios nacionales e internacionales. Llamativamente, la literatura describe estos escenarios durante el primer año de posgrado y menor durante el tercer año, sin embargo en nuestro y como se discutirá más adelante en el apartado de Burnout por MBI-HSS estos fenómenos que están estrechamente vinculados con agotamiento emocional se encontraron en mayor proporción en residentes de último año y estos hallazgos resultaron estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

12. 2. 3 Influencia de la carga de trabajo en la aparición de depresión, riesgo suicida y demanda de consulta en salud mental

Es clara y cada vez existe más evidencia en cuanto a la relación de la carga de trabajo y la aparición de depresión y demanda en valoración. En cuanto a la automedicación con antiinflamatorios y analgésicos se observó que es una práctica generalizada entre los residentes de dermatología, sin embargo lo que debemos considerar un motivo de preocupación es la auto-prescripción de antidepresivos, que en nuestro estudio se encontró hasta en un 9.7% de los encuestados, curiosamente estos residentes se agruparon completamente en el grupo con las mayores puntuaciones para cargas de trabajo por CVP-35 con resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Aunque comparativamente menor respecto a otros estudios sobre el consumo de psicofármacos (Earle y Col. 2005, Schneider y Col. 2007).

Por otro lado, en nuestro estudio no se encontró una asociación entre el deterioro de la salud mental medido por GHQ-12 ni en otros índices o dimensiones por MBI-HSS o CVP-35 (excepto carga de trabajo) relacionadas con el consumo de psicofármacos-antidepresivos y /o alcohol. Aunque vale la pena aclarar que se encontró una asociación no estadísticamente significativa pero cercana a serlo relacionada con el consumo de alcohol y el agotamiento emocional medida por MBI-HSS. Con lo anterior, se puede inferir que el consumo de alcohol de momento en los residentes de dermatología no está expuesto a este riesgo durante su periodo formativo. Estos datos son contrarios a otras publicaciones como las de Birch y Col (1998) o Sebo y Col. (2007) donde el consumo excesivo de alcohol

entre los residentes es elevado, siendo utilizado con frecuencia como “automedicación”.¹⁴⁶ Sin embargo, los criterios para evaluar el consumo de alcohol no fue asumido en este presente estudio. Esta tesis abre una oportunidad para un estudio subsecuente el cual podría dilucidar esta variable que en nuestro estudio resultó en una falta de potencia estadística. Por otro lado, las altas cargas clínicas crean altas demandas de trabajo y estas se suman además a las cargas académicas por fuera del horario asistencial que no están exentas de ser obligatorias para el cumplimiento de sus objetivos académicos.

Estos problemas pueden agravarse en presencia de escenarios adicionales como un grupo no solidario, falta de compañerismo o un entorno laboral conflictivo, lo cual puede llevar a un círculo de mayor sobrecarga laboral. Sin embargo, los efectos adversos de esta carga laboral generalmente tienen la percepción de que pueden compensarse con oportunidades positivas de aprendizaje. Así mismo otras fuentes de estrés que pueden influir en la carga de trabajo incluyen la falta de sueño, donde numerosos estudios han dilucidado que la privación del mismo conlleva al desgaste profesional con mayor riesgo de errores médicos y estados de ánimo negativos entre ellos, ansiedad, depresión e ideas suicidas.

En cuanto al acceso a salud mental se encontró mayor demanda de valoración psiquiátrica y/o psicológica en quienes tienen más carga de trabajo. Esto es particularmente importante porque hoy en día se sabe que existen altas tasas de depresión en estudiantes de medicina (15%–30%), internos (30%) y residentes que la población en general, lo cual se suma a los riesgos clásicos de depresión entre los cuales cobra importancia adicional el hecho de ser mujer. Incluso en nuestro estudio, aunque no resultaron estadísticamente significativos se

encontró que la proporción de consumo de alcohol y antidepresivos era mayor en las mujeres respecto a los hombres.

La depresión y su relación con la sobrecarga laboral está implicada en el incremento del error médico que se traduce en una amplia gama de consecuencias en el paciente con o sin repercusiones médico-legales y esto a su vez puede generar mayor depresión, aumento disfunción familiar y/o de pareja, bajo rendimiento académico y riesgo suicida. De igual manera, la insatisfacción profesional y el estrés se mencionan en múltiples estudios como uno de los principales contribuyentes al intento de suicidio entre los profesionales médicos. Para los residentes que incluso han interrumpido su periodo académico, ha sido por razones emocionales y el 3% intentó suicidarse.¹⁶³⁻¹⁶⁸

12. 2. 4 Carga de trabajo y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI-HSS y GHQ-12

En función de otras dimensiones por CVP-35 y de los otros instrumentos de evaluación de calidad de vida se encontró una asociación inversamente proporcional entre la carga de trabajo con la dimensión de motivación intrínseca y percepción de la calidad de vida profesional medida en D34 por CVP-35 y una correlación positiva con el desarrollo de Burnout y deterioro en sus dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización) medidos por MBI-HSS, como también en la evaluación por GHQ-12 para el bienestar psicológico, social y de afrontamiento.

La relación de la carga de trabajo con el apoyo directivo ambos medidos por CVP-35 ya se comentó anteriormente y esto también está relacionado con los hallazgos de tiempo de ocupación familiar, lo que puede conllevar a deterioro de esta misma y/o de pareja. En cuanto a la percepción de calidad de vida medido en D34 por CVP-35 y el Burnout con sus dimensiones por MBI-HSS se discutirá en los apartados correspondientes.

12. 2. 5 Estrategias de mejora y prevención efectiva para la carga de trabajo

Se describen a continuación las principales estrategias que pueden contribuir al mejoramiento de la distribución de la carga de trabajo en los residentes de dermatología: i) las directivas deben optimizar los registros médicos de historias clínicas y demás papeleo de manera electrónica y de fácil comprensión, de manera de no consuma mucho tiempo; ii) los directivos y trabajadores administrativos de los hospitales u organizaciones deben descargar los deberes administrativos innecesarios en el personal administrativo correspondiente y no en el personal médico, a menos que lo amerite; iii) interpretación adecuada de los requisitos reglamentarios para evitar que el residente o médico especialista invierta su tiempo en atención al paciente y no en actividades administrativas; iv) el residente, médico especialista, estudiante, interno y demás personal de salud deben optimizar y mejorar las habilidades de inversión de tiempo en las cargas administrativas que tengan a cargo, de manera que no se vean expuestos a estas cargas la mayor parte de su tiempo y a su vez, que no se vean obligados a tener muy poco tiempo para llevarlas a cabo;

v) los trabajadores de la salud, en especial los jefes, deben priorizar ciertas tareas y delegarle a cada miembro una tarea que evite la sobrecarga; vi) asignación de roles; vii) plantear objetivos claros, sencillos y justos de productividad en cuanto al tiempo y resultados; viii) establecer horas límite de tiempo en carga de trabajo; ix) evitar *la sobrecarga cuantitativa: trabajo excesivo y poco tiempo para realizarla*. Las anteriores son estrategias que requieren compromiso de manera individual (por parte del residente mismo) y por parte de las instituciones hospitalarias, jefes o administrativos.

En la literatura, se ha descrito que si bien las medidas de las organizaciones contribuyen al mejoramiento de las cargas de trabajo de manera sustancial, por sí solas no mejoran el panorama actual y se hace necesario que las intervenciones que realice un empleado también puedan impactar significativamente en la prevención del agotamiento. Al respecto, en los últimos años se ha investigado acerca de la influencia que tienen los comportamientos proactivos (acciones autoiniciadas) en la disminución del agotamiento y de las cargas de trabajo, así, la implementación y promoción de comportamientos proactivos que conserven los recursos laborales, pueden ser de gran ayuda en las circunstancias en las que el residente se vea enfrentado a sobrecargas de responsabilidades.

Existe evidencia que muestra como las medidas proactivas constituyen una estrategia efectiva contra el agotamiento por sobre carga laboral, algunas de estas medidas proactivas incluyen: **i)** realizar una planificación previa de las tareas a realizar; **ii)** Priorización de deberes para mantener el control de su trabajo; **iii)** solicitar ayuda de compañeros de trabajo en cuestiones complejas **iv)** compartir experiencias entre compañeros para mejorar la

comunicación y aprendizaje; **v)** solicitar ayuda a sus supervisores cuando la realización del trabajo no pueda ser culminada en su totalidad; **iv)** desarrollar tareas acorde a su nivel de dificultad; **v)** adelantar trabajo para mantener el control sobre el tiempo y energía invertidos en ellas.¹⁵⁹

12. 3 Motivación intrínseca directivo en la calidad de vida profesional medido por CVP-35

La motivación intrínseca es una construcción mental de la realización personal que refleja la propensión natural a aprender, asimilar y permitir la satisfacción de la necesidad humana básica de autonomía, competencia y relación, ante la exposición a nuevas ideas y adquisición de nuevas habilidades

12. 3. 1 Características sociodemográficas específicas para motivación intrínseca y común por agrupación final

En nuestro estudio la carga de trabajo en los residentes de dermatología de Colombia reveló en función de las variables sociodemográficas estudiadas una relación directamente proporcional en las actividades de investigación y análisis, mientras que las variables de demanda de consulta en salud mental, actividades de intermediación administrativas resultan inversamente proporcionales a sus puntajes. Todos los ítems de la misma dimensión del cuestionario de CVP-35 mostraron alta correlación y significancia estadística ($p < 0.05$)

En la evaluación por agrupaciones finales, las variables sociodemográficas que resultaron estadísticamente significativas corresponden con las previamente discutidas en el apartado de apoyo directivo y carga de trabajo tanto para ideación suicida, mayor demanda de consulta psicológica, menor apoyo familiar y menor motivación por la realización de actividades administrativas. Así mismo, todas ellas guardan una relación simultánea entre

las demás dimensiones de CVP-35 y otros instrumentos de evaluación en calidad de vida, utilizados en el presente estudio

12. 3. 2 Influencia de la motivación intrínseca en las relaciones de pareja y la disfunción familiar

Existe evidencia creciente que el estar casado, contar con una relación de pareja estable y tener una buena red de apoyo social están asociados con niveles más bajos de estrés por los médicos residentes. Se considera la familia como una fuente valiosa fuente de consuelo y apoyo, lo que impacta positivamente en la motivación intrínseca del individuo. Este efecto puede perderse por situaciones geográficas o falta de disponibilidad de comunicación con la familia, escenarios que son plausibles con aumentos en la carga de trabajo y menor apoyo directivo como se describió con anterioridad.¹⁶⁴⁻¹⁶⁶

Por otro lado, los residentes que están distantes a su lugar de procedencia o de origen suponen un aislamiento temporal de núcleo familiar o su red social más cercana, lo cual genera un estrés adicional, donde la percepción de calidad de vida y red social puede decaer eventualmente y conllevar. En algunos casos muy seleccionados, la literatura describe como el médico residente puede percibir en escenarios académicos y clínico-asistenciales no conocidos una posible discriminación. En nuestro estudio no se evaluaron estos aspectos de discriminación.¹⁶⁷

12. 3. 3 Influencia de la motivación intrínseca en la depresión, riesgo suicida y demanda de consulta en salud mental

Gagné y Deci consideran tres pilares fundamentales en la motivación intrínseca y el bienestar en la salud mental de los profesionales: autonomía, competencia y relación. Los tres han sido eliminados como resultado directo de la reestructuración del sistema de salud.¹⁶⁹

Respecto a la autonomía, coincide con el derecho de actuar con un sentido de determinación y experiencia de elegir. Sin embargo, dada las circunstancias actuales, los médicos están soportando un considerable sin número de exigencias organizacionales sobre el tiempo de las consultas y hasta protocolos propios institucionales para su abordaje escatimando la formación y la evidencia médica. Por otro lado, aprovecha la digitalización de la historia clínica para que el médico contribuya en gran parte a los registros administrativos y otras actividades que supone de otro personal que debería hacerlo en su defecto y que está consumiendo tiempo de atención en el paciente.¹⁷⁰⁻¹⁹⁸

Respecto a la competencia se consideraba como aquel conocimiento médico que durante su ejercer clínico y aplicado de la manera adecuada conlleva al beneficio del paciente. Sin embargo, con el advenimiento de las políticas organizacionales se ha venido desfigurando su esencia y traduciéndose a un continuo de métricas enlazadas a historias clínicas digitales que satisfacen las demandas administrativas de la misma institución o de las aseguradoras. Los tiempos de atención médica y la cantidad de pacientes son cuantificados y con base a la

capacidad de resolución sin requerimiento de otros paraclínicos se han establecido como metas de competencia, cuando estas solo corresponde a las propias de la organización pero muy lejanas a las del actuar médico. Otro escenario posible es que la competencia se genere a partir de la consecución de procesos administrativos, esto genera desconfianza organizacional lo cual desarmoniza los diferentes actores que participan como equipo de salud. Lo anterior lleva al desarrollo de resentimientos sociales, discriminaciones de género y deterioro del capital social. 170

Finalmente, la *relación* corresponde con el sentimiento psicológico al que uno pertenece y cómo a través de sus vínculos interpersonales está conectado con la organización social. Los médicos siempre quieren darles a sus pacientes el tiempo y el apoyo que requieren y así mismo desean que el sistema valore y reconozca estos esfuerzos que finalmente conllevan a este tipo de atención

En nuestro estudio estas tres dimensiones se ven reflejadas en el deterioro de la motivación intrínseca del grupo 2 y con el subsecuente agotamiento profesional que claramente tienen un efecto directo en la atención del paciente e incluso en los propios médicos donde el desarrollo de sentimientos de futilidad puede conducir al suicidio, de hecho en el último informe por Medscape National Physician Burnout & Suicide 2020 se describe una importante tasa de idea suicida a causa de todo lo previamente comentado (para más detalle consulte la sección de Burnout).^{199, 200} En contraste, el grupo 1 y 3 mostraron medias de puntaje estándar o por encima de la media relacionados a su vez con medias de puntajes altos en apoyo directo y menores en carga de trabajo, mejorando no solo así la motivación

intrínseca sino también la perspectiva de calidad de vida y la salud mental general medida por GHQ-12.¹³⁷⁻²⁰⁰

Desafortunadamente si sus causas no se abordan adecuadamente, en un futuro cercano habrá una gran escasez de médicos en comparación con la creciente población de pacientes.¹³⁷⁻²⁰⁰ De hecho existe una tendencia creciente de estudiantes universitarios que optan por otras carreras teniendo en cuenta los altos costos que conlleva no solo cursar una carrera de medicina sino también un posgrado como tal.¹³⁷⁻²⁰⁰ En nuestro estudio se encontró que los residentes que cuentan con un crédito de sostenimiento (dificultades relacionadas con el sostenimiento del posgrado) se encuentran mayormente agrupados en los que califican para sospecha de psicopatología (n=23) y psicopatología presente (n=11) por GHQ-12 y estos mismos están en relación con agrupación de motivación intrínseca bajas y altos puntajes en el cuestionario de salud mental. Lo anterior resulta en un contexto de endeudamiento financiero mayor en donde se están identificando residentes con deterioro de su estado de salud mental y baja percepción de calidad de vida profesional¹³⁷⁻²⁰⁰

12. 3. 4 Influencia de la motivación intrínseca en las actividades administrativas

Una realidad que ocurre a menudo es que la motivación intrínseca de los médicos residentes que ven la práctica de la medicina como un llamado a la ayuda de sus pacientes necesitados no se sientan realmente agotados o insatisfechos como lo revela nuestro

estudio, sin embargo cuando un ambiente de trabajo no respalda adecuadamente sus valores profesionales puede conllevar al agotamiento médico y la insatisfacción laboral teniendo en cuenta que estos sucesos pueden ocurrir bajo escenarios donde el médico realiza muchas veces actividades no profesionales como el diligenciamiento de documentación de seguros y fichas administrativas.¹³⁷⁻²⁰⁰ Lo anterior se suma a una creciente evidencia que indica que a mayor cantidad de tiempo dedicado a tareas administrativas, la motivación intrínseca y la realización personal decaen mientras el agotamiento profesional se incrementa. En nuestro estudio estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura y resultaron estadísticamente significativos.¹³⁷⁻²⁰⁰

Para los residentes de dermatología desenvolverse en ambientes enriquecidos con un alto nivel de aprendizaje y experiencias positivas puede condicionarlos a tolerar tensiones más pesadas debido a que la percepción de estrés físico y emocional son menores. Sin embargo, cuando las tensiones superan la cantidad y calidad del aprendizaje, estos ambientes se tornan angustiosos, frustrantes e insatisfactorios: situaciones como el maltrato hacia los residentes, desmotiva, disminuye las habilidades de aprendizaje y su posterior rendimiento. Lo anterior indica que la satisfacción de los médicos residentes está influenciada por las experiencias positivas y negativas donde se obtiene una relación recompensa/ castigo.¹³⁷⁻²⁰⁰

12. 3. 4. 5 Motivación intrínseca y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI y GHQ-12

En función de otras dimensiones por CVP-35 y de los otros instrumentos de evaluación de calidad de vida se encontró una asociación inversamente proporcional entre la motivación intrínseca y la carga de trabajo. En contraste una relación directamente proporcional fue encontrada entre la motivación intrínseca, el apoyo directivo y la percepción de la calidad de vida profesional medida en D34 por CVP-35. La relación con otros instrumentos de evaluación como MBI-HSS y GHQ-12 resultados estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

La relación de la motivación intrínseca con la carga de trabajo y el apoyo directo ambos medidos por CVP-35 ya se comentó anteriormente. En cuanto a la percepción de calidad de vida medida en D34 por CVP-35 y el Burnout con sus dimensiones por MBI-HSS se discutirá en los apartados correspondientes

12. 3. 4. 6 Estrategias de mejora y prevención efectiva para la motivación intrínseca

Una de las estrategias más importantes para el mejoramiento de la motivación intrínseca en los residentes de dermatología, tiene que ver con el grado de satisfacción laboral. Para la práctica clínica, el rol del dermatólogo es valiosa: los residentes de dermatología deben aprender a lidiar con las demandas de pacientes oncológicos, genodermatosis,

autoinmunidades, enfermedades crónicas no transmisibles e incluso pacientes con VIH que crean periodos prolongados de lento deterioro, en los que tomar decisiones difíciles con miembros de la familia genera un drenaje emocional importante y un sin número de cuestiones éticas que incluso pueden ser en algún momento controvertidas a las perspectivas de los pacientes, por lo tanto, los entornos hospitalarios se ven beneficiados con sus funciones. Sin embargo, muchos de los dermatólogos y en este caso, los residentes de dermatología que laboran en ambientes hospitalarios no reciben los ingresos necesarios o justos que cubren estos esfuerzos.¹³⁷⁻²⁰⁰

Un estudio que aborda el grado de satisfacción de médicos dermatólogos en ambientes hospitalarios mostró que muchos de ellos se sienten insatisfechos con su salario o se muestran neutrales, pero, la gran mayoría considera que un programa salarial fijo que contenga incentivos es el modelo ideal para este tipo de contextos, que puede a su vez combatir el agotamiento. Cabe resaltar que en dicho estudio, los médicos dermatólogos manifestaron sentirse satisfechos con su labor no solo por la atención a pacientes complejos sino también por tener la oportunidad de aprender de ellos y tener espacios de aprendizaje con sus residentes. Lo anterior sugiere que los espacios de aprendizaje sanos fortalecen el grado de satisfacción laboral y que, la elaboración de dichos espacios mejora la calidad de atención a los pacientes, incrementa los conocimientos del médico en formación y promueve la motivación por la investigación y la autonomía del residente.¹³⁷⁻²⁰⁰

12. 4 Percepción de calidad de vida

12. 4. 1 Características sociodemográficas específicas para la percepción de la calidad de vida y comunes por agrupación final

En nuestro estudio, la percepción de la calidad de vida medida en D34 por el instrumento de evaluación CVP-35 reveló diferencias estadísticamente significativas entre cada universidad, siendo las universidades, Autónoma de Bucaramanga, Universidad de Cartagena y la Universidad del Valle las de mayores puntuaciones en esta dimensión. En contraste las universidades con menores puntuaciones en D34 corresponden con la Universidad CES, Universidad de Caldas y Universidad Militar Nueva Granada

Es interesante encontrar que las puntuaciones altas en D34 de las mencionadas universidades se correlacionaron con menor carga de trabajo, mayor apoyo directivo y motivación intrínseca, respecto a quienes obtuvieron menores puntajes para D34. Lo anterior confirma la correlación directa entre cada una de las dimensiones de CVP-35. Estos datos son valiosos para las universidades que deseen mejorar aspectos sensibles relacionados con la calidad de vida de sus residentes y desarrollar estrategias que mejoren su propio perfil institucional para una eventual re-acreditación de su programa de especialidad. Adicionalmente se pueden desarrollar todas las estrategias que deriven para el bienestar en salud mental, la prevención del agotamiento profesional e identificación oportuna de riesgo suicida.

En la evaluación por agrupación final, las variables sociodemográficas que resultaron estadísticamente significativas corresponde con las previamente discutidas en el apartado de apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca todas ellas por CVP-35, tanto para ideación suicida, mayor demanda de consulta psicológica, menor apoyo familiar y menor motivación por la realización de actividades administrativas. Así mismo, todas ellas guardan una relación simultánea entre las demás dimensiones de CVP-35 y otros instrumentos de evaluación en calidad de vida, utilizados en el presente estudio. Se abordan algunas de ellas a continuación.

12. 4. 2 Influencia de la percepción de la calidad de vida en las relaciones de pareja y la disfunción familiar

La familia y las relaciones de pareja se comportan como agentes facilitadores y potenciadores para lograr una buena percepción de calidad de vida en los trabajadores de la salud. Ellos son importantes porque constituyen las primeras y principales redes de apoyo y abren puertas para las relaciones interpersonales posteriores. De igual manera, estos agentes estando atenuados, actúan obstaculizando el proceso de construcción de una calidad de vida aceptable. Lo anterior también está estrechamente relacionado con la concepción de la salud, la cual está regulada por agentes motivacionales, siendo el sentirse bien, la cohesión del núcleo familiar y la estabilidad laboral sus principales bases para la consecución de un estado de bienestar equilibrado.¹⁹⁵

Se han identificado otros factores importantes que pueden afectar la percepción de calidad de vida profesional tales como la carga de trabajo, las condiciones de trabajo, las perspectivas de carrera, la compensación, los beneficios y el ambiente de trabajo, los cuales influyen directamente en la satisfacción laboral. Además, la vida familiar y las facilidades de transporte son los otros factores que influyen directamente en la motivación mental del individuo. ^{7-9, 84, 105, 116, 136, 172, 173, 177, 194, 195}

12. 4. 3 Percepción de la calidad de vida y su influencia con otras dimensiones de CVP-35, MBI y GHQ-12

Cuando se estudia la relación entre la percepción de la calidad de vida por CVP-35 respecto a las demás dimensiones del mismo cuestionario y otros instrumentos, se encuentra que los altos niveles de percepción de calidad de vida están directa y proporcionalmente relacionados con altos niveles de apoyo directivo y motivación intrínseca, altos niveles de realización personal por MBI-HSS y bajos índices en el cuestionario de evaluación por GHQ-12. Lo anterior, está estrechamente relacionado con falta de criterios para considerar aquellos residentes para desgaste profesional dado que carece en todo sentido de altos índices de carga de trabajo y despersonalización. Es probable que la interacción de todas estas dimensiones explique los puntajes globales de CVP-35 en la evaluación de calidad de vida profesional por este instrumento de evaluación.

12. 4. 4. Estrategias de mejora para la percepción de la calidad de vida

Las estrategias de mejora en la percepción de calidad de vida de los residentes de dermatología, pueden ser difíciles de plantear, debido a que muchos de ellos se encuentran en contextos diferentes y las instituciones en las que se están formando no pueden intervenir de manera directa en dichas situaciones, sin embargo, algunas de las consideraciones a tener en cuenta incluyen: **i)** mejoramiento de las redes de apoyo social a través de la infraestructura y los programas de psicología de la misma institución como plataforma de lanzamiento para las actividades académicas por parte de los estudiantes de psicología; **ii)** optimización de la satisfacción laboral por medio del fortalecimiento de la motivación intrínseca (ver estrategias de motivación intrínseca); **iii)** reconocimiento salarial a los médicos en formación dignificando su profesión, esfuerzo y trabajo diario ; **iv)** manejo de las situaciones de estrés en el entorno laboral que eviten situaciones tensas y de violencia que puedan extrapolarse a ambientes familiares y sociales; **v)** mejoramiento de las condiciones laborales donde se proporcione tiempos de retroalimentación profesional, ocio, recreación, vínculo familiar y autoestudio **vi)** prevenir o mitigar las manifestaciones de agotamiento; **vii)** aumento del apoyo social entre compañeros y superiores; **viii)** fortalecimiento del liderazgo; **ix)** apoyo de enlace para la resolución de conflictos en el hogar; **ix)** fortalecimiento de las oportunidades de participación académica y otras actividades extracurriculares **x)** estrategias para la organización de las tareas para evitar sobrecarga laboral (ver estrategias de carga laboral y Burnout); **xi)** planes de mejoramiento contra la privación del sueño, a través de la distribución de los deberes

académicos/prácticos, **xii)** mejorar la relación médico residente/paciente por medio del fortalecimiento de habilidades de comunicación; **xiii)** fortalecimiento de hábitos de vida saludables como la alimentación balanceada y hábitos de ejercicio; **xv)** promoción de relaciones de pareja sanas y estables.^{7-9, 84, 105, 116, 136, 172, 173, 177, 194, 195}

Una estrategia adicional de considerable importancia es evitar las cargas excesivas de trabajo y situaciones de estrés por medio del control del trabajo a través del mejoramiento del apoyo directivo a los residentes, no perder la costumbre de tener en cuenta la opinión del residente en la toma de decisiones clínicas, el apoyo social entre colegas y el cargo asignado.^{7-9, 84, 105, 116, 136, 172, 173, 177, 194, 195}

Finalmente, las acciones individuales como los comportamientos proactivos también cumplen un rol importante en el mejoramiento de la percepción de calidad de vida. La percepción de calidad de vida se ve afectada por las dimensiones evaluadas en los residentes de dermatología de Colombia tales como el apoyo directivo, carga de trabajo y motivación intrínseca y por la presencia o no de Burnout; por lo tanto las acciones encaminadas por el propio individuo o acciones auto-iniciadas pueden tener un impacto relevante. Existe evidencia que una de las estrategias usadas para evitar el agotamiento y mejorar la calidad de vida es “mantener o aumentar los recursos personales”, lo cual engloba una serie de medidas de mejoramiento relacionadas con la salud física y mental entre las cuales incluyen: incorporación de plan de actividad física, consumo de dieta saludable e inversión de horas necesarias para descansar lo suficiente, siendo estas las que principalmente mejoran la perspectiva a los retos diarios.^{133, 158}

En cuanto a la actividad física, una revisión sistemática del 2017, se concluyó que la actividad física alcanza mejoras en la eficacia profesional (realización profesional) para la reducción del burnout, mientras que no se encontró resultados significativos para el cinismo o despersonalización.¹⁷⁴ No obstante, la presente revisión no logró aclarar el discernimiento en cuanto a dosis, intensidad y frecuencia de actividad física. Dentro de las limitaciones de esta revisión se encontró la ausencia absoluta de estudios de alta calidad, el cual impidió realizar un segundo conjunto de análisis separado por "estudios de alta calidad solamente", como lo recomiendan De Lange et al.¹⁷⁵ (2003).

Lo anterior resalta la importancia que tienen los programas de promoción de hábitos de vida saludable en los entornos hospitalarios y universitarios, ya que debido a los retos cotidianos que enfrentan los residentes muchos de estos hábitos son omitidos o no pueden ser practicados por la gran mayoría.

12. 5 Burnout en médicos residentes de dermatología en Colombia medido por MBI-HSS

12. 5. 1 Contraste nacional e internacional de Burnout

En el último reporte de MNPBS (2020) en una muestra de 15.181 médicos entre 25-39 años para el grupo millennials, reportaron el agotamiento emocional en el 42% como media de todas las especialidades médicas, mientras que dermatología reportó el 36%. En nuestro estudio se encontró que el 46.7 % de los residentes cumplían criterios para Burnout por MBI-HSS.^{199, 200}

Respecto a la presencia de desgaste profesional según el género, se encontró una relación de 48% y 37% para las mujeres y hombres, respectivamente. En contraste en nuestro estudio no se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

MNPBS (2020), mostró que la mayoría de tareas burocráticas y de papeleo correspondía con el 55% de la contribución al Burnout, la sobrecarga de trabajo (33%) , mal compañerismo e irrespeto colegas (32%), incremento en la obligatoriedad del diligenciamiento de la historia clínica electrónica (30%), remuneración insuficiente (29%), falta de control y autonomía (24%), disminución del reembolso (19%), irrespeto desde los pacientes (17%), regulaciones gubernamentales (16%) y otras causas que de momento no se detallaran en la presente discusión. Todas ellas mostrando un impacto moderado a severo en la calidad de vida profesional. Interesantemente, en nuestro estudio el aumento de actividades administrativas presentó una asociación inversamente proporcional y

estadísticamente significativa con la motivación intrínseca, la realización personal, pérdida de la autonomía y el apoyo directivo, mostrando un aparente deterioro de la calidad de vida profesional medido por CVP-35 y una tendencia a desarrollar Burnout por MBI-HSS.^{199,}
200

Cabe aclarar que en nuestro estudio no se reportó la remuneración económica como una variable estadísticamente significativa dado que todos los residentes afirmaron estar inconformes con la remuneración, puesto que ninguno de ellos recibía algún pago al respecto.

Lo anterior radica en un contexto histórico de 70 años de evolución del ejercicio profesional, donde el médico residente en Colombia habiendo culminado sus estudios de medicina general se encuentra adelantando estudios de posgrado para una especialidad médica. Durante el ejercicio del rol como médico residente se presta servicios asistenciales, administrativos y académicos a los diferentes hospitales o clínicas del país.¹⁰⁷

En nuestro estudio, la participación del residente de dermatología en escenarios de asistencia clínica fue del 100%, en los cuales se describen atención en pacientes hospitalizados, emergencias médicas, consulta externa, consulta por teledermatología (SARS/COV2), cirugía ambulatoria, juntas médicas, valoraciones multidisciplinarias, procesamiento de patologías cutáneas, interconsultas y atención en pacientes quemados. De estas actividades se derivan procesos administrativos de los cuales el 71,7% al 98,9%% afirmaron tener participación en actividades tales como ingresos y egresos hospitalarios,

intermediaciones administrativas con la obtención de medicamentos, programación de pacientes para cirugía, diligenciamiento de boletas de cirugía, hojas de ruta quirúrgicas, epicrisis, rutas de salida, remisiones, referencias, contra-referencias, fichas epidemiológicas para notificación de enfermedades y notificaciones de eventos adversos.

Por otro lado, el residente de dermatología cumple un importante rol como contribuyente a la investigación científica y el desarrollo del conocimiento. En nuestro estudio entre el 91.3%-98.9% de los residentes de dermatología afirmaron aportar en distintas actividades tales como participación en grupos de investigación, trabajo de campo, búsqueda, análisis y recolección de la información, elaboración de manuscritos y póster como también la participación activa en ponencias y congresos de carácter nacional e internacional.

Si bien todas los anteriores escenarios nutren las competencias clínicas, investigativas y académicas del médico residente, ninguna de ellas son remunerada económicamente e incluso muchas superan los horarios habituales de un trabajador de planta convencional. Adicionalmente, es de conocimiento público que estas mismas contribuyen a los ingresos y la facturación de los hospitales y hasta la fecha actual se conoce que alivian sustancialmente los requerimientos de recurso humano, carga económica y demanda administrativa organizacional.

Es interesante mencionar que en nuestro estudio, los residentes de dermatología de último año fueron los que más resaltaron en su participación en las actividades mencionadas y así mismo fueron los que presentaron mayor proporción de Burnout. Lo anterior, permite que

esta tesis abra una nueva posibilidad de estudiar la influencia real de la carga administrativa sobre el desempeño académico del médico residente. En nuestro estudio las actividades administrativas demostraron una asociación inversamente proporcional y estadísticamente significativas entre el apoyo directivo y la motivación intrínseca y directamente proporcional con la carga laboral.

12. 5. 2 Burnout: influencia de la remuneración, inversión económica y capacidad de endeudamiento

De acuerdo a la última versión del documento de estudio sobre residencias médicas en latinoamérica del 2011 por Organización Panamericana de Salud, un residente recibe en dólares mensuales las siguientes cifras: Argentina 880 USD, Brasil 1200 USD, Bolivia 212 USD, Chile 2000 USD, Costa Rica 1800 USD, El Salvador 960 USD, Uruguay 878 USD. En el último informe de Estados Unidos por Medscape Residents Salary & Debt Report (RSDR),¹⁹⁹ producto de una encuesta a 1.916 residentes entre los 25 a 39 años se encontró un residente de dermatología puede alcanzar un salario anual de 58.600 USD y el aun así el 31% de todos los residentes encuestados independientemente de la especialidad informaron que les gustaría recibir hasta un 11-25% superior al actual desde la fecha del estudio. Adicionalmente se les proporciona varios seguros entre los cuales incluyen cobertura de responsabilidad profesional, subsidio de gimnasio, pagos adicionales si

realizan turnos nocturnos y subsidios para teléfono celular.¹⁹⁹ En nuestro caso los mecanismos jurídicos de protección, cobertura de seguridad social y modalidad de contratación en América latina y específicamente para Colombia están dados en calidad como estudiantes y se realiza aseguramiento únicamente en salud y riesgos profesionales por parte de la Institucion de Educacion Superior.

En Colombia con la Resolución 1872 de 2019 se reglamentó que los estudiantes de postgrados clínicos sean beneficiados con el pago de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes y para ello la ley cuenta con tres años de transición para su progresiva implementación hasta el momento del sometimiento de esta tesis aún no se ha hecho efecto y se encuentra en proceso de consecución.

Otro factor importante a tener en cuenta es la deuda de pregrado (medicina) como un factor determinante en la vida de los residentes. Así la cuarta parte de los residentes (23%) ingresan a la residencia sin ninguna deuda mientras que un porcentaje similar tiene una deuda que supera los 300.000 USD, mientras que el resto de encuestados se encuentra entre los 50.000 a 300.000 USD. En nuestro estudio se encontró que el 9,78% de los residentes aún continúan pagando un crédito de pregrado mientras que 1/3 de los residentes cuentan con créditos para financiamiento de su posgrado (34,78%). Llamativamente, nuestro estudio también encontró que estos mismos residentes con créditos de pregrado e incluso los de posgrado se clasificaban en agrupaciones con medias de despersonalización por MBI-HSS como “altos” y esta asociación se encontró estadísticamente significativa para ambos casos. En efecto, en un estudio con 16.394 residentes de medicina interna entre el

año 2008 y 2009 publicado en JAMA Networks, mostró como el agotamiento emocional y la despersonalización se incrementó a medida que aumentaban la deuda económica, estos resultados también resultaron estadísticamente significativos ($p < 0.001$).¹⁷⁷ Lo anterior plantea serias preocupaciones desde varias perspectivas las cuales incluyen la calidad de servicio profesional con el que se está prestando, la calidad de vida del médico como se deteriora y la inestable seguridad del paciente durante su atención profesional, por lo tanto se requieren mayores estudios adicionales para comprender mejor sus relaciones y sus efectos en la competencia clínica.

Desde otro punto de vista, en el estudio RSDR (2018) la deuda no representó un factor determinante para la selección de la especialidad, sin embargo ésta sí explica la desventaja por ser y significativa cuando se trata de planificar la seguridad financiera a largo plazo. No se encontraron diferencias entre género al igual que nuestro estudio.¹⁹⁹

Esta tesis abre una posibilidad para estudios posteriores relacionados con el grado de satisfacción de los residentes de dermatología que incluso se pueda extrapolar a otras especialidades y evaluar si existe alguna variable de endeudamiento financiero que pueda predecir su selección de especialidad y proyección socioeconómica en el futuro.

12. 5. 3 Burnout: idea suicida y respuesta inter e intrapersonal

En MNPBS (2020), se encontró un impacto negativo del desgaste profesional en escenarios personales como son las relaciones interpersonales, descrita hasta en el 77% de los médicos. Estos datos se correlacionan con nuestros hallazgos donde se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la comunicación de los familiares de los pacientes, apoyo familiar y relaciones no formalizadas.²⁰⁰

Respecto a la respuesta del médico frente al Burnout, se describió que la mayoría escogieron el aislamiento (45%) y el ejercicio (45%) seguidos de conversar con otras amistades (42%), dormir (40%), tomar alcohol(24%), fumar (3%), automedicarse (2%) , fumar marihuana o consumir marihuana (1%). En contraste en nuestro estudio no se encontró asociaciones estadísticamente significativas relacionadas con el ejercicio, sin embargo, para el caso de la auto prescripción de medicamentos antidepresivos si se encontró una asociación estadísticamente significativa y aún mayor para las mujeres, respecto a los hombres. En el caso del consumo de alcohol los resultados no fueron significativos.

Los escenarios donde laboraban estos médicos en el estudio de MNPBS (2020) informó principalmente en organización de salud (48%), clínicas (45%), oficinas (44%) y hospitales (42%). En contraste los médicos residentes de dermatología en nuestro país se ubican en cualquiera de estos escenarios tanto de centros privados como públicos, cumpliendo tareas de diversa índole académica, administrativa y asistencial.²⁰⁰

En cuanto a la idea suicida, MNPBS (2020) informó una distribución según el género de 23% para los hombres y 22% para las mujeres. La idea suicida, la mayoría de veces fue comentada a un colega (27%) o un familiar (37%) seguido de un terapeuta (30%), en contraste con un consejero con una proporción muy inferior cercana al 3%. Llamativamente el (61%) reveló que no tiene pensado acudir a un profesional de la salud mental en el momento actual, mientras que el 37% de los encuestados en MNPBS afirmaron no contar con la infraestructura y/o programas para reducir el estrés o el Burnout mientras y el 27% no tienen conocimiento de su existencia.²⁰⁰ En contraste en nuestro estudio se encontró una mayor proporción de mujeres (72%) respecto a hombres (28%) del total de individuos con idea suicida. En nuestro estudio, indagamos si la universidad a la cual pertenecía el residente de dermatología contaba con la infraestructura o la logística de atención para la consulta psicológica y/o psiquiátrica de sus estudiantes, en los cuales, el 88% de los residentes afirman tenerla. Así mismo se registró que el 33,6% de los residentes habían requerido en algún momento valoración en salud mental. Adicionalmente, los semestres que más reportaron consulta psicológica y/o psiquiátrica fueron residentes de último año de residencia con resultados estadísticamente significativos ($p < 0.005$). La idea suicida en este aspecto se reportó en el 5,4% con una proporción mujer - hombre de (4:1), sin embargo, estos se encontraban globalmente distribuidos de forma equitativa en cada semestre de residencia.

12. 5. 4 Burnout: Características sociodemográficas específicas y comunes por agrupación final

El Burnout es una realidad prevalente en los médicos alrededor del mundo. En nuestro estudio, la presencia de Burnout marcó de manera significativa la calidad de vida y el estado de salud mental de nuestros residentes. Un médico agotado experimenta una disminución de su sentido y satisfacción profesional y pérdida de pertenencia organizacional.^{145, 157, 178}

En nuestro estudio la presencia de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización) en los residentes de dermatología de Colombia reveló en función de las variables sociodemográficas estudiadas una relación directamente proporcional entre el riesgo suicida, acceso a salud mental, semestre de residencia (cuanto más avanzados se encontraban los residentes, mayor Burnout experimentaron), actividades administrativas, ausencia de apoyo familiar, deterioro de la comunicación con familiares de los pacientes y la presencia endeudamiento financiero. Para el caso de las puntuaciones en salud mental por cuestionario GHQ-12, la presencia de Burnout, despersonalización y agotamiento emocional mostraron una fuerte asociación con altos puntajes para las dimensiones psicológica y de funcionamiento social y afrontamiento. En contraste la realización personal por MBI-HSS mostró un comportamiento inversamente con las variables previamente mencionadas.

En la evaluación por agrupación final, las variables sociodemográficas que también resultaron estadísticamente significativas corresponde con el tipo de relación de pareja, la presencia de apoyo familiar, el requerimiento de consulta psicológica y/o psiquiátrica, ideación suicida y realización de actividades administrativas.

Respecto a la demanda de asesoría psicológica y la aparición de ideación suicida, fenómeno que demuestra el alto impacto en la salud mental de los residentes de dermatología. Esta problemática es discutida más adelante en el apartado “Burnout y salud mental GHQ-12” sin embargo vale la pena mencionar que las variables sociodemográficas no son posible evaluarlas de manera independiente dado que cada una de ellas se encuentran íntimamente relacionadas y un ejemplo de ello corresponde con los hallazgos previamente descritos al momento de relacionar la carga de trabajo medida por CVP-35 con la presencia de mayor demanda de valoración psiquiátrica y/o psicológica, así mismo como la insatisfacción profesional y el estrés se mencionan en múltiples estudios como uno de los principales contribuyentes al intento de suicidio entre los profesionales médicos.¹³⁷⁻²⁰⁰

En relación a la carga de trabajo administrativa tienen un peso importante en la aparición de Burnout y trae consigo el desarrollo de angustia, agotamiento y psicomorbilidad en los médicos residentes de dermatología en Colombia.

En un estudio transversal publicado en 2014, con 352 profesionales de la salud en un hospital en Italia, se evidenció que el agotamiento en el personal médico se encuentra fuertemente asociado a altas cargas laborales, a los eventos estresores propios del ejercicio

médico y al pobre control del trabajo. Los autores de este estudio encontraron necesario la implementación de medidas a nivel organizacional que se centraran en las “6 áreas de la vida laboral: *carga de trabajo manejable, control del trabajo, recompensa, comunidad, equidad y valores*”, las cuales llevan a las organizaciones a reducir las cargas de trabajo y a incentivar el control sobre él, de manera que el médico disminuya el riesgo de cometer errores en su práctica.¹⁷⁹ Este estudio sugiere que las medidas de intervención para la prevención del agotamiento deben en primera instancia cambiar y reducir “*la experiencia de los médicos de los factores estresantes*” y en segunda medida plantear estrategias destinadas al “*cambio organizacional e individual*”, en este sentido se plantea que los directivos deben optimizar el trabajo que reciben los trabajadores cuando la institución no tiene suficientes recursos para contratar nuevo personal. Lo anterior consiste en disminuir la carga de trabajo flexibilizando las horas laborales y aumentando el control del trabajo por medio del aumento de la autonomía.¹⁷⁹

En cuanto a la presencia de capacidad de endeudamiento a través de créditos educativos sean de pregrado o de posgrado, se encontró en nuestro estudio una correlación estadísticamente significativa con el Burnout. En un artículo publicado por JAMA en 2011 que mostró que la presencia de créditos educativos en médicos internistas en Estados Unidos se asoció fuertemente con agotamiento emocional, despersonalización y criterios para clasificación de Burnout. Estos hallazgos también fueron particularmente vistos en residentes que cursan su residencia como extranjeros, niveles disminuidos de calidad de vida e insatisfacción laboral.¹⁵⁶⁻¹⁷⁹ Adicionalmente, fueron más marcadas en mujeres que

en hombres. Uno de los hallazgos más importantes es que, los residentes que tenían muchas de estas deudas, se encontraban trabajando fuera de sus horarios de residencia, estos resultados se asemejan a los encontrados en nuestro estudio donde algunos de los residentes de dermatología de Colombia afirmaron trabajar por fuera de sus horarios de residencia y simultáneamente afirmaron tener bajo su cargo algún crédito educativo sea de pregrado o posgrado donde posiblemente muchos de ellos tenían bajo su cargo el pago de créditos educativos.¹⁵⁶⁻¹⁷⁹ Lo anterior nos sugiere que laborar fuera de la residencia y el pago de créditos educativos se constituye como eventos estresores adicionales que deterioran el bienestar psicológico y agotan a los residentes.

Respecto a las relaciones de pareja y apoyo familiar en el escenario de Burnout se ha encontrado que las percepciones de estrés pueden ser mejor moduladas gracias al apoyo recibido por familiares, amigos cercanos y/o el cónyuge. Las relaciones matrimoniales y la estrecha relación con amigos se asocian con niveles de estrés más bajos al ser una fuente de consuelo y apoyo. En contraste, en el caso de las relaciones a distancia, estas pueden desvincular al residente de estos efectos protectores.^{136-170, 173,190,191}

12. 5 .5 Agotamiento emocional en el desgaste profesional medido por MBI-HSS

El agotamiento emocional es el sentimiento de cansancio al finalizar la jornada, en el que los recursos emocionales se agotan e influyen en la atención del paciente; genera un impedimento para dar más de sí emocionalmente secundario a exposición excesiva a las exigencias laborales cotidianas.^{145, 157, 178}

Las estrategias de mejoramiento y/o prevención del agotamiento emocional para los residentes de dermatología de Colombia se clasifican en dos tipos, organizacional e individual.

12. 5 .5 .1 Estrategias de mejoramiento y prevención efectiva para el agotamiento emocional

Las estrategias de mejoramiento del agotamiento en los residentes de dermatología del país se plantean de acuerdo al principio que parte de que los factores extrínsecos como la organización propia del trabajo y los riesgos laborales cumplen un rol importante en la aparición de agotamiento emocional. Por consiguiente, se nombraran algunas de ellas, tanto para el ámbito organizacional como para el ámbito individual.

12. 5 .5 .1. 1 Estrategias organizacionales de mitigación para el agotamiento emocional

Estas estrategias están dirigidas a mejorar el entorno laboral y mejorar algunas de las medidas que como organización se tienen preestablecidas: **i)** realizar una distribución equitativa de las tareas y de roles con sus compañeros de trabajo; **ii)** establecer tiempos

límites de trabajo; **iii)** “*flexibilizar las horas laborales*” para evitar la sobrecarga; **iv)** fomentar el trabajo en equipo; **v)** reforzar el apoyo directivo a los residentes, evitar la carga administrativa innecesaria en los profesionales de la salud a través de su realización por el personal administrativo competente de la organización.^{145, 157, 178}

12. 5 .5 .1. 2 Estrategias individuales de mitigación para el agotamiento emocional

Se ha demostrado, que las acciones a nivel individual pueden reducir los índices de agotamientos en los médicos en formación y que una vez adquiridas pueden ser de gran utilidad para la adaptación a entornos diferentes y que pongan a prueba sus recursos emocionales.¹⁸⁰ El aprendizaje y adquisición de habilidades de meditación o relajación basadas en estrategias en “*la atención plena o en la terapia cognitiva conductual (TCC)*” son a nivel mundial una de las estrategias más estudiadas y que aportan al médico en formación recursos emocionales para enfrentar las situaciones cotidianas. Estas sesiones deben ser dirigidas por profesionales en psicología y son una “*adaptación del programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*” que provee no solo estas herramientas sino también ayuda a prevenir las “*recaídas en trastornos depresivos*”, al reducir los síntomas de “*ansiedad, angustia y depresión*” o enseña a los pacientes habilidades de afrontamiento para manejar estos síntomas.¹⁸¹

Otras estrategias son la optimización de la carga de trabajo de tal manera que se realice cada una de ellas consecutivamente y no múltiples a destiempo, mal elaboradas y

simultáneamente; la “*priorización adecuada de tareas*”, la práctica de hábitos de vida saludable que mejoren las condiciones físicas (deporte, alimentación sana, higiene del sueño); “*desconexión del trabajo*”, fortalecimiento de vínculos afectivos con familiares, amigos cercanos y pareja y la “*organización de tiempos mensuales de reflexión individual*”.^{145, 157, 182}

12. 5. 5. 1. 3. Estrategias de mitigación y prevención para agotamiento emocional y psicopatologías asociadas

La identificación del agotamiento emocional es un desafío para las instituciones y para los propios individuos. Su identificación ayuda a la prevención de un sin número de consecuencias a largo plazo que se pueden desarrollar en los residentes de dermatología.

Se ha descrito que la ideación suicida está vinculada con sentimientos de “*angustia profesional*” y con deterioro de la calidad de vida y parece ser que dichos sentimientos son la “*manifestación más común*” al momento de la evaluación del agotamiento emocional; esto quiere decir que el tratamiento correcto y oportuno del agotamiento emocional puede reducir el riesgo de que el médico en formación experimente una ideación suicida. La planeación, creación e implementación de “*programas de bienestar y apoyo*” a los estudiantes para dar acompañamiento a situaciones cotidianas adversas (duelo familiar, enfermedades personales o de parientes cercanos) y la implementación de estrategias de afrontamiento a estas situaciones y a otras como lo son el manejo a las situaciones

complejas del entorno clínico y académico son algunas estrategias que combaten el agotamiento y reducen el riesgo de padecer alguna psicopatología.^{75, 100, 138, 145, 150, 178, 183, 190, 197,200}. En una revisión sistemática por Mann J y Col¹⁸³ (2005), se expusieron algunas medidas que favorecer la reducción del agotamiento que pueden conllevar al suicidio entre las cuales incluyen: i) flexibilizar los horarios para aquellos médicos en formación que se encuentren en una situación compleja; ii) disponibilidad de horarios mensuales establecidos para servicios de salud generales; iii) programas que incentiven estrategias que permitan el adecuado afrontamiento de la idea suicida; iv) programas de psicoterapia con sesiones de resolución de problemas; v) “*TCC y/o psicoterapia interpersonal*”.^{65, 83}

12. 5. 5. 1. 4. Estrategias basadas en el uso de recursos emocionales

El uso de herramientas de educación psicológica para la adquisición de habilidades emocionales de afrontamiento ha demostrado disminuir la vulnerabilidad que tienen los trabajadores de la salud a disfunciones mentales como la depresión y ansiedad, lo cual impacta en su bienestar psicológico.¹⁸⁰ En un estudio realizado por Otto M y Col¹³³ (2020) destaca la importancia de la disminución y prevención del agotamiento por medio de la implementación de acciones proactivas por parte de sus empleados. Algunas de estas acciones Este estudio, reveló que algunos de estos comportamientos proactivos incluyeron: **i)** aumentar / mantener el control del trabajo; **ii)** aumentar el mantenimiento del apoyo social del supervisor; **iii)** aumentar o mantener apoyo social de compañeros de

trabajo; **iv)** búsqueda de retroalimentación; **v)** búsqueda y/o realización de tareas que energizan; **vi)** aumento y/o mantenimiento de la autonomía del hogar; **vii)** apoyo social en el hogar; **viii)** mejorando / manteniendo el bienestar psicológico”. Estos comportamientos son beneficiosos para la disminución de agotamiento emocional y a su vez fortalecedores del compromiso laboral.¹³³

Por otro lado, los comportamientos como: disminución de la carga de trabajo, disminución del conflicto trabajo-hogar y aumento de la actividad física tuvieron efectos de evitación y por último, el “*mantenimiento de la salud física y participar de actividades relajantes*” van dirigidas al cambio del “yo” y no como tal de las situaciones.¹³³ Este estudio, resalta muchas de las problemáticas discutidas con anterioridad y da razón a varios de los padecimientos de los residentes de dermatología en la actualidad, entre ellos, la necesidad del fortalecimiento del apoyo directivo a los médicos residentes, el cual cumple un rol importante no solo en la formación exclusivamente profesional sino también en el entorno social, personal y emocional de sus estudiantes. Lo anterior sugiere que la práctica de comportamientos proactivos pueden ser de gran ayuda y que, las instituciones de educación superior y hospitales se beneficiarían si se les enseñara a sus estudiantes a practicarlas.

12. 5. 6 Despersonalización en el desgaste profesional medido por MBI-HSS

La despersonalización o el cinismo, se manifiesta a través de comportamientos de distanciamiento, carencia de interés y pérdida de sentido y de emociones hacia el trabajo, el entorno y a los pacientes, manifestado por medio de la adopción de acciones endurecidas e impersonales.^{145, 157}

A partir de los resultados obtenidos, las estrategias de mejoramiento para la despersonalización para los residentes de dermatología se pueden clasificar como individuales y organizacionales.

12. 5. 6. 1 Estrategias individuales de mitigación para la despersonalización

Son estrategias encaminadas al mejoramiento del ámbito propio del residente que mejoren su autoestima y visión de sí mismo. Las estrategias de prevención y disminución de la despersonalización son: **i)** aprendizaje de estrategias efectivas de afrontamiento y “*manejo de las emociones*”; **ii)** implementar espacios de reflexión acerca de las “*prioridades y valores en la vida*”; **iii)** promover en sí mismo el autocuidado; **iv)** asistir a intervenciones psicológicas de autocuidado; **v)** entablar relaciones sanas con compañeros de trabajo, **vi)** trabajar en el ejercicio de mejoramiento de la relación médico-paciente, **vii)** evitar los conflictos y adaptarse a las situaciones, **viii)** asistir a grupos pequeños en el lugar de trabajo en el que se traten temas de experiencias compartidas; **ix)** implementación de sesiones mindfulness; **x)** disminuir el consumo de sustancias psicoactivas nocivas, **xi)** mejorar la

relación con cónyuges y miembros de la familia que estimulen el aprovechamiento de oportunidades.^{137, 145, 157, 182}

12. 5. 6. 2 Estrategias organizacionales de mitigación para la despersonalización

Las estrategias de mejoramiento de la despersonalización de los profesionales de la salud por parte de las instituciones son: i) creación de canales de comunicación con compañeros y jefes que sean sencillos y basados en el respeto; ii) ofrecer oportunidades de desarrollo profesional a los médicos en formación; iii) aumentar la motivación de los residentes; iv) impartir programas de “*entrenamiento de liderazgo y conciencia*” acerca del agotamiento y de “*socialización anticipatoria*”; v) conservar la unión y el trabajo en equipo; vi) establecer medios de relaciones interpersonales a través de la “*promoción de valores compartidos*”; vii) entablar conversaciones con compañeros de trabajo acerca de las situaciones estresantes para mejorar la comunicación y viii) promocionar el buen trato entre colegas del mismo y distinto rango.^{137, 145, 157, 185}

Una de las consecuencias que trae consigo el agotamiento emocional es el distanciamiento al trabajo y el trato hostil a los pacientes, esto deteriora el profesionalismo y la calidad de cuidado del paciente en cuanto a su seguridad y a la capacidad de ofrecerle el tratamiento correcto, por lo tanto la identificación y tratamiento de la despersonalización se hace indispensable en los individuos que padecen agotamiento emocional.¹⁸⁵ Interesantemente, en nuestro estudio, el grupo 2 o “no destacable”, el cual presentó mayor desgaste

profesional y con medias de puntaje de despersonalización más altas, mostró mayores dificultades en el desarrollo de canales de comunicación con los familiares de los pacientes y esta asociación resultó estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

Al respecto, existen alternativas como la práctica de sesiones mindfulness para mejorar la empatía y las relaciones interpersonales, las cuales han mostrado resultados favorables para la reducción del agotamiento emocional. Un estudio realizado por Gracia Gozalo & col¹⁸⁶ (2018) de tipo longitudinal de diseño intra-sujeto pre y post intervención en un servicio de medicina intensiva médico-quirúrgico de un hospital de tercer nivel, valoraron los niveles de Burnout, el grado de empatía, autocompasión y el estado mindfulness de los participantes y adicionalmente la aplicabilidad y satisfacción de estos por medio de la implementación de prácticas cortas de mindfulness (5-8 minutos) de 8 semanas a través de herramientas digitales (sesión grupal vía WhatsApp).¹⁸⁶

Los participantes pertenecían al personal de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos residentes y especialistas. Se les aplicó cuestionarios que evaluaban factores sociodemográficos y laborales, Burnout por MBI-HS y grado en el que un individuo puede proceder a la atención plena por el instrumento Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ), valoración de la empatía y autocompasión (escala de empatía de Jefferson y Self-Compassion Scale, respectivamente) y mindfulness. Los participantes tuvieron la oportunidad de tomar las sesiones en el momento del día que lo consideraran oportuno. No se tuvo en cuenta un grupo control y la mayoría de personal médico y enfermero joven no participó. Este estudio mostró disminución del agotamiento emocional en los voluntarios

teniendo en cuenta que muchos de ellos tenían nivel de despersonalización y realización personal baja y moderada, respectivamente; y se encontró que los niveles de autocompasión aumentaron significativamente. A pesar de que los autores consideran este estudio como limitado, resaltan la importancia que tiene estos programas de tipo virtual como medida que puede mejorar la calidad de atención a los pacientes, la salud mental y evitar el burnout disminuyendo el cansancio emocional. Sin embargo, se desconoce qué tanto impacto pudo tener este estudio en los trabajadores a largo plazo.^{181, 186}

12. 5. 7 Realización personal en el desgaste profesional medido por MBI-HSS

El logro personal cuando no cumple las expectativas esperadas, provoca sentimientos de incapacidad para ayudar a los pacientes con sus problemas y minusvalía en los resultados de actividades relacionadas con el trabajo, como la atención al paciente o los logros profesionales. Los trabajadores a menudo se sienten profesionalmente descontentos, desmotivados e insatisfechos como resultado de una autoevaluación negativa de sus propios logros o satisfacciones en lo relativo a la esfera laboral.^{145, 157}

Las estrategias de mejoramiento para la realización personal en residentes de dermatología abarcan estrategias individuales y organizacionales, las cuales se describen a continuación.

12. 5. 7.1 Estrategias individuales para el mejoramiento de la realización personal

Se destacan principalmente las técnicas de adquisición de recursos emocionales tales como: estrategias de manejo al estrés y entrenamiento de la resiliencia, aprendizaje de técnicas de relajación y mindfulness e implementación de comportamientos positivos.^{145, 157, 181, 186}

12. 5. 7.2 Estrategias organizacionales para el mejoramiento de la realización personal

Consisten principalmente en la oferta y mejora de los espacios destinados al desarrollo profesional de los médicos residentes: i) resaltar la participación de los residentes en actividades y decisiones clínicas; ii) asignación de roles de trabajo justos; ii) intensificar la promoción profesional de los residentes; iv) evitar las tareas excesivas pero también la imposibilidad de realizarlas; v) reconocer el esfuerzo de las labores profesionales de los médicos en formación a través de retroalimentación positiva; vi) aumentar espacios de aprendizaje académico en los que se mantenga el médico actualizado en todas los aspectos del área; vii) aumentar o mantener el grado de autonomía en los estudiantes de posgrado; viii) evitar el autoritarismo; ix) visualizar *objetivos de trabajo realizables y definidos* y x) mantener relaciones de trabajo en equipo y escucha.^{56, 116, 136, 145, 157}

12. 5. 7. 3. Realización personal y autonomía

Una de las estrategias de fortalecimiento de la realización personal en los residentes de dermatología tiene que ver con la posibilidad de apoyar su autonomía profesional. Se ha descrito que la autonomía profesional es una herramienta eficaz en contra del desarrollo de Burnout en los médicos en formación en cualquiera de sus etapas.

La capacidad de llevar a cabo diversas actividades en atención al paciente y demás labores académicas, genera en los residentes la capacidad de controlar las cargas laborales, de distribuir espacios de aprendizaje y de atención a los pacientes. En un estudio publicado en ACGME¹⁸⁷ (2016) en el que se llevó a cabo una exhaustiva revisión sistemática acerca de los factores asociados al bienestar de los residentes mostró que la competencia, la retroalimentación positiva, las relaciones sociales positivas con los compañeros, la autonomía, y el control, el logro de metas y los entornos de aprendizaje positivos se constituyeron como determinantes importantes que beneficiaron el bienestar de los residentes. En varios de los estudios revisados se encontró que los residentes que cumplían a cabalidad una actividad mientras se ejercía presión sobre ellos (baja autonomía) los sentimientos de bienestar eran ausentes, en cambio, cuando las tareas eran llevadas a cabo correctamente pero realizadas bajo la propia autonomía, la percepción de bienestar fue mayor. Adicionalmente, acciones de autocuidado como el mejoramiento de la calidad del sueño, la práctica de deporte y la posibilidad de desconectarse del trabajo también mostraron no solo mejorar el bienestar percibido sino disminuir el agotamiento y mejorar el rendimiento en las actividades laborales e interpersonales. Lo anterior demuestra que el grado de autonomía de los residentes de dermatología no sólo mejoraría su bienestar sino su realización personal.

12. 6 Salud mental por GHQ-12

Según la OMS, la salud mental *“es un estado de bienestar completo no solo mental y emocional sino físico y social, en el que el individuo es capaz de hacerle frente a las situaciones cotidianas que pueden ser o no estresantes en las que se suman la capacidad de trabajar de manera productiva y de aportar a la sociedad”*. Siendo la salud mental el fundamento para manifestar los sentimientos, emociones, interactuar con otros individuos y gozar de las situaciones diarias. El deterioro de los elementos que nutren la salud mental, impacta de manera negativa en todos los ámbitos de la vida del individuo e interfieren con el funcionamiento normal y el proceso de satisfacción personal.¹⁸⁸

12. 6. 1 Características sociodemográficas específicas para salud mental y por agrupación final

12. 6. 1. 1 La influencia de la salud mental en las carga laboral

Los trastornos psiquiátricos secundarios al deterioro de la salud mental pueden ser ocasionados por diversos factores como el estrés, el entorno laboral e incluso la personalidad del individuo que se desenvuelve en un contexto en específico. Este último factor se ha evaluado en los entornos médicos en los que los estudiantes de medicina y residentes se encuentran implicados. Parece ser que ciertos rasgos de personalidad pueden

influir de manera crucial en el desarrollo de morbilidad psiquiátrica y predisponen a los médicos en formación al agotamiento emocional y al deterioro de la salud mental precoz.

189

En un estudio publicado en el año 2008, en el que se realizaron tres encuestas de tipo transversal a estudiantes de medicina y médicos, mostró que en efecto, ciertos patrones de comportamientos derivados de la experiencia laboral pueden ser distinguidos en 4 tipos esencialmente: i) Tipo G o saludable ambicioso, en los cuales los individuos son ambiciosos en el trabajo pero así mismo tienen la capacidad para mantener el distanciamiento emocional en su trabajo, usualmente son resistentes al estrés; ii) Tipo S o poco ambicioso, como su nombre lo indica es poco ambicioso al trabajo con pocos puntajes para el compromiso con el trabajo sin embargo presentan bajos niveles de resignación, puntajes medios para el equilibrio interno, satisfacción con la vida y la experiencia de apoyo social; iii) Tipo A o excesivamente ambicioso quien presenta un compromiso excesivo por el trabajo con dificultades en el distanciamiento emocional; iv) Tipo B o de tipo resignado con muy bajo compromiso profesional y altos puntajes para la resignación, con bajos puntajes de equilibrio y estabilidad mental y este sentido este patrón es el que es más representativo en aquellos individuos con criterios para Burnout medidos por MBI-HSS.¹⁸⁹

Lo anterior se resume en que la capacidad que tienen los individuos para adaptarse a las demandas y cargas laborales están fuertemente asociadas con el tipo de personalidad de los

médicos y que puede disminuir su desempeño y poner en riesgo su salud mental. Los patrones de comportamiento rasgos de personalidad tipo B deterioran la salud mental a través del compromiso de la satisfacción laboral y principalmente en limitaciones en el apoyo social.

12. 6. 1. 2 La salud mental y su influencia en las relaciones inter e intrapersonales e ideación suicida

Como bien lo menciona la OMS, la salud mental se construye y mantiene a través de ciertos determinantes que promueven el desarrollo completo y el disfrute de las situaciones cotidianas en el individuo. Los entornos sanos basados en el respeto y en el que se protejan los “*derechos civiles y socioeconómicos*” son algunos de esos determinantes, que, al ser alterados, comprometen la salud mental y el correcto funcionamiento social del sujeto en la sociedad.^{7,8, 126, 188}

El daño de la salud mental de un individuo afecta los ámbitos familiares, de relaciones interpersonales en su lugar de trabajo y amigos y principalmente en su calidad de vida. La influencia de la salud mental en la aparición de ideación suicida fue una de las problemáticas encontradas en nuestro estudio que aunque no resultó estadísticamente significativa como variable relacionada entre el GHQ-12, la presencia de ideación suicida,

si mostró una tendencia a ser mayor en individuos quienes presentaban puntajes por encima del cutt off superior a 5 y superior a 12, como sospecha de psicopatología y psicopatología presente, respectivamente. Adicionalmente en la agrupación final se encuentra que el grupo 2 quienes fueron los menos destacables, mostró que los niveles altos de GHQ-12 estaban relacionadas en este mismo grupo con la presencia de menor apoyo familiar, menor capacidad de comunicación con el paciente y sus familiares, menor tendencia a la pro actividad y claros criterio para clasificación de Burnout por MBI-HSS y así mismo estos residentes se agruparon en aquellos que tuvieron mayor demanda de consulta psicología y/o psiquiátrica.

Respecto a la ideación suicida, un metaanálisis de estudios observacionales publicado en 2018 acerca de la asociación entre el estado civil y el suicidio, mostró que las personas no casadas, solteras y/o divorciadas tienen dos veces mayor riesgo de suicidarse o tener una ideación suicida que las que están casadas y que incluso, las personas divorciadas mostraron más índices de suicidio que las personas no casadas. En dicho estudio se menciona que las pérdidas secundarias a separaciones se asocian con factores estresores en la persona y que los estados solteros predisponen al individuo a trastornos depresivos y a sentimientos de miedo a la soledad. Los autores afirman que estar casado se considera como un factor protector para estos trastornos y constituye una fuente de apoyo social y económico, por lo cual, los índices de suicidio son menores en este grupo de personas.¹⁹⁰

Otro factores protectores adicionales descritos en la literatura son el apoyo familiar y social

¹⁹¹. En relación con estos hallazgos podemos decir que, el estado civil del residente de dermatología sumado a los eventos estresores del entorno médico puede agravar la situación y deteriorar rápidamente la salud mental del residente. En nuestro estudio, se encontró que los residentes casados padecían menos deterioro de la calidad de vida profesional medidos por CVP-35 y salud mental por GHQ-12, adicionalmente se agruparon con mayor proporción en Clusters “destacable” y “estándar”, mostrando mejores índices de apoyo directivo, motivación intrínseca, realización personal, menor demanda psiquiátrica, ausencia de ideación suicida, mayor proactividad incluyendo actividades administrativas y con menor proporción de desgaste profesional respecto al grupo 2. Por lo tanto, conocer el contexto mental, sociodemográfico y asistencial de los residentes y su supervisión continua ofrece múltiples ventajas organizacionales que incluso pueden beneficiar simultáneamente a los programas de dermatología con fines de auto acreditación.

12. 6. 1. 3 La salud mental y su influencia en la búsqueda de ayuda psicológica o psiquiátrica

Como se comentó previamente en el MNPBS (2020) el 61% de los médicos afirmaron que no tiene pensado acudir a un profesional de la salud mental sin embargo en este estudio se detectó que ante la presencia de una idea suicida, la primera persona que es conocedora de dicha ideación no siempre es el profesional de la salud mental y en contraste suele ser un colega (27%) o un familiar (37%) seguido de un terapeuta (30%). Es probable que esto se

explique debido al estigma social sobre los entornos médicos cuando buscan ayuda mental profesional. el cual se convierte en una barrera que impide al médico buscar y encontrar ayuda, aumenta la cronicidad de la situación y trae consecuencias a largo plazo como el desarrollo de la morbilidad triádica: estrés, ansiedad y depresión. Adicionalmente, este estigma produce una resistencia al cambio y desmotivación en los familiares cercanos y amigos para apoyar a su ser querido afectado. En nuestro estudio los residentes del grupo 2 o “no destacables” aunque mostraron mayor deterioro de su salud mental por GHQ-12, si mostraron tener mayor conocimiento y demanda por la consulta psiquiátrica en contraste con los otros grupos, esto podría explicarse por fenómenos de resiliencia que aunque estén deteriorados en este grupo puedan alcanzar a rescatar mecanismos que ayuden a su propio bienestar mental.^{67, 189, 192}

Otro escenario plausible que conlleve a una menor demanda de consulta psicológica y/o psiquiátrica es que el propio médico residente tiene conocimiento de su escenario mental que lo acontece y esto mismo conlleva a mayores tasas de automedicación. En nuestro estudio se encontró hasta en un 9.7% de automedicación de antidepresivos, aunque comparativamente menor respecto a otros estudios sobre el consumo de psicofármacos.^{146,}

12. 6. 1. 4 Estrategias globales de mejoramiento de la salud mental

El ejercicio de la medicina como profesión implica la entrega de los recursos no solo físicos e intelectuales, sino también los emocionales; recursos que cuando no son usados con mesura pueden llevar a la fatiga emocional y al posterior deterioro de la salud mental.

Muchos de los esfuerzos para proteger la salud mental en el personal médico como por ejemplo los “programas para médicos enfermos” (Impaired Physicians Programs), fueron creados e implementados en Estados Unidos en los años 70 con el objetivo de detectar y tratar aquellos profesionales con tendencia a la práctica de conductas que puedan provocar trastornos mentales, sin embargo estos esfuerzos dedicados a proteger la salud mental de los médicos se han visto limitados por el conocimiento per se que tiene el profesional acerca de algunos trastornos mentales, que lo lleva a la automedicación y no a la solicitud de ayuda de un colega experto, debido a muchos factores, entre ellos el estigma social y el temor a poner en juicio su credibilidad profesional.^{67, 193}

Lo anterior impacta gravemente en la calidad de vida general y profesional aumentando el riesgo de errar en la praxis. Una revisión exhaustiva de la literatura demuestra la estrecha relación existente entre las estrategias de mejoramiento de las dimensiones de Burnout y las estrategias de mejoramiento de la salud mental, es decir, que muchas de las estrategias utilizadas para el manejo del agotamiento, despersonalización y fortalecimiento de la realización personal impactan de manera directa en la salud mental del individuo. Algunas otras estrategias como la detección de trastornos mentales o el reconocimiento de los

patrones de personalidad propensos al agotamiento emocional en los residentes, puede arrojar información valiosa de aquellos con riesgo de deterioro de salud mental como estrategia para individualizar los casos y realizar su respectiva intervención.¹⁹³

Otras estrategias como la disminución de las presiones laborales, las cargas o desafíos emocionales, la evitación de estilos de vida desgastantes, la implementación de estrategias de mejora de la calidad de vida y de agotamiento, fortalecimiento de la empatía de las relaciones familiares, amistosas y conyugales; han demostrado reducir el daño psicológico secundario al agotamiento.^{144, 194,145, 157, 194-198}

A partir de las medidas que pueden mejorar el panorama de la salud mental de los residentes de dermatología, se destaca la importancia que tienen las relaciones interpersonales y el entorno en la construcción de las respuestas adaptativas a ciertas situaciones que enfrenta diariamente el residente. Es por eso que la adquisición de actitudes o habilidades de afrontamiento, como la resiliencia se hacen indispensables y protegen al individuo de noxas para su salud mental.^{144, 194,145, 157, 194-198}

12. 6. 1. 5 Estrategias de mejoramiento de la salud mental por resiliencia

La resiliencia, descrita como la habilidad o capacidad de recuperarse de las situaciones difíciles extremas o de estrés; ó, como la adopción de comportamientos positivos en momentos de adversidad con el fin de que el individuo continúe con su vida o trabajo, es

una herramienta que ha demostrado ser efectiva en la reducción del estrés y ser promotor de acciones saludables.^{144,198}

Kumar y Col ¹⁴⁴ (2016) expone cuatro aspectos que caracterizan una verdadera actitud resiliente en los médicos: la primera tiene que ver con la práctica de actitudes y perspectivas encaminadas al reconocimiento de la labor médica, a las actitudes en las que se ve fortalecido el interés, al desarrollo de la autoconciencia y el conocimiento de sus propios límites, la segunda al equilibrio y priorización, donde el individuo establece límites, toma enfoques efectivos para continuar su desarrollo profesional y se honra a sí mismo; la tercera, una actitud de gestión: gestión en el entorno, gestión del personal con cualidades; y la cuarta, el establecimiento de relaciones de apoyo, que sean positivas, profesionales, efectivas y de buena comunicación. ¹⁴⁴ Esta serie de actitudes constituyen una a una un mecanismo fuerte en contra del Burnout y la acumulación de estrés. Sin embargo, se hace necesario incluir el mejoramiento del entorno como factor que fortalece la construcción de la resiliencia en los médicos. ¹⁴⁴ Este mejoramiento, debe incluir un balance entre el trabajo y la vida personal por medio de relaciones amistosas en el sitio de trabajo, ofrecer flexibilidad en las horas laborales (como sugirió otro de los estudios citados previamente), brindar protección a los riesgos laborales, aumentar la seguridad laboral, fortalecer el apoyo directivo a residentes que tienen a su cargo responsabilidades fuera de sus horarios de residencia (por ejemplo, cuidar a sus hijos, compensación del tiempo por licencia de maternidad/paternidad).¹⁴⁴

12. 6. 1. 6 Estrategias de prevención de riesgo suicida

La salud mental del médico debe abordarse con premura antes de que los médicos contemplen la idea suicida o terminen en su consecución. Por lo anterior, a los médicos que están cursando especialidades e incluso aquellos que ya terminaron se deben enseñarles a reconocer los signos de depresión y los factores de riesgo de suicidio. Como previamente se comentó en el estudio MNPBS (2020)²⁰⁰ existe una considerable proporción de médicos que oscila entre el 61% que prefieren no acudir a un profesional de la salud mental e incluso prefieren comentar la situación algún colega o familiar, por lo tanto estas estrategias no solo se deben dar a conocer al médico sino a sus familiares y círculo social que rodea a estos médicos.

Esta estrategia se puede incluir formalmente dentro de los planes de estudio en su escuela de medicina o residencia así como a través de Educación Médica Continua (EMC). Un ejemplo a seguir consiste en la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Asociación Médica Estadounidense que ofrecen herramientas en línea (Steps Forward) las cuales ofrecen herramientas contra el agotamiento, depresión, adicción, angustia y riesgo suicida de los médicos.

La segunda estrategia corresponde con la implementación de tiempo libre de los deberes clínicos para acceder a los servicios de salud mental e incluso hacerlo obligatorio según las recomendaciones de la ACGME.^{6, 11, 142, 187-190}

La tercera estrategia consiste en mantener una lista actualizada de médicos externos que no estén vinculados a la institución educativa con el fin de evitar el estigma social dado que los médicos y residentes pueden sentirse incómodos con los programas patrocinados por la escuela o el trabajo.⁶⁷

La cuarta estrategia consiste en la implementación de hábitos de estilos de vida para la mitigación del Burnout, incluido el ejercicio regular, la medicación y el mantenimiento de una vida social en equilibrio. Hoy en día se sabe que el ejercicio físico es conocido por sus beneficios para la salud física y mental y estos están implicados en la reducción de los síntomas de Burnout y depresión.⁶⁷ En nuestro estudio se encontró que aquellos residentes con menores frecuencias de actividad física tales como “nunca” o “una vez por semana” presentaron agrupaciones más altas en “psicopatología presente” (42% a 70%). En contraste aquellos residentes con actividad física más de dos a tres veces por semana presentaron agrupaciones para “psicopatología presente” (21 a 25%), discretamente menores. Lo cual resultó en un efecto protector de la actividad física y el deterioro de la salud mental.

La quinta estrategia está encaminada a la planificación de eventos sociales con el objetivo de mejorar el compromiso del colegiado y disminuir el factor de riesgo de la soledad.^{56, 75,}

100, 138, 146, 150 183,190- 192

Es importante reconocer que los médicos presentan la tasa de suicidio más alta (28 y 40 por 100.000) que cualquier otra profesión y supera el doble de la población general 12,3 por

100.000.¹⁰⁰ es por ello que cualquier esfuerzo individual, colectivo y organizacional representa clave para su prevención y en este sentido la vinculación de toda estrategia para su contención es indispensable en cualquier programa de especialización médica.¹³⁷⁻²⁰⁰

13. Conclusiones

A través del tiempo, el rol del médico residente en los entornos médicos ha cobrado gran importancia, no solo para la toma de decisiones clínicas y la promoción académica de las especialidades sino también la importancia que tiene para la sociedad colombiana. Son médicos en formación que aportan al orden y contribuyen al manejo en muchas áreas hospitalarias, son de ayuda en casos donde el personal médico propio de la institución en salud no es suficiente, aportan al conocimiento y pueden incluso servir de guías académicos para sus jefes y estudiantes. Sin embargo, a través de todo este tiempo, las situaciones no han sido muy sencillas para los(as) médicos residentes; factores externos e internos que interfieren en la calidad de vida del residente pueden influir de diversas maneras y obstaculizar el alcance de metas personales y propias del oficio. Muchos de estos fenómenos se han venido describiendo y por lo tanto se han creado estrategias para mitigarlos y desafortunadamente se han implementado a destiempo, provocando consecuencias negativas sobre la salud del médico residente y el nivel de desempeño en los sitios de práctica. Nuestros residentes de dermatología no fueron la excepción a este fenómeno. Las causas del deterioro de su calidad de vida y su salud mental deben captar la atención de todos aquellos que hacen parte de la formación del médico residente para que la solución a esta problemática tenga un impacto verdadero. Somos actores todos: colegas, directivos/jefes, administrativos, personal de salud en sitios de rotación, etc. y somos nosotros mismos quienes proporcionamos un entorno sano o perjudicial, por lo tanto, las

soluciones anteriormente expuestas son una herramienta crucial para la restauración de mejores costumbres de trato y práctica de las actividades.

Muchas de las problemáticas abordadas en esta investigación, muestran el efecto positivo invaluable que tiene para un ser humano el buen funcionamiento de su dimensión social, personal y familiar; las relaciones interpersonales del residente con su familia, pareja y amigos, ya que fomentan en él o ella un estado de bienestar y apoyo continuo frente a cualquier dificultad. Adicionalmente, el rol que cumplen las instituciones educativas en la resolución de estos problemas es indispensable.

El reconocimiento del nivel de calidad de vida y los diferentes factores estresores de los residentes de dermatología, deben ser tomados en cuenta por las instituciones educativas para brindar el debido apoyo a todos sus residentes, para que fortalezcan el crecimiento en los ámbitos personal y académico; lo cual posteriormente, se verá reflejado en la alta calidad del médico especialista y en su sentido de pertenencia tanto a su escuela como a su propia vida. Este estudio puede tomarse como referente para implementar mejoras en los planes de estudio de los diferentes programas de dermatología donde se integren estrategias de conservación y mejora de la salud física y mental de sus estudiantes de posgrado, las cuales hacen parte de las pautas necesarias para el proceso de reacreditación institucional y así mismo, para el fortalecimiento de las competencias propias de la institución; ya que, describe muchos de los factores internos y externos que influyen en el deterioro de la calidad de vida de los residentes del país.

14. Bibliografía

1. Vázquez LA, González A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam.* 2014;21(4):109–112.
2. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZA. Health and quality of life of medical residents. *RevAssocMedBras.* 2010;56(1): 81-91.
3. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Fundación Galatea [serial online] 2009 [consultado 09 May 2018]. Disponible en: URL: www.fgalatea.org/pdf/estudi_mir_cast.pdf
4. Molloy E, Lew S, Woodward-Kron R, Delany C, Dodds A, Lavercombe M, et al. Medical student clinical placements as sites of learning and contribution. The University of Melbourne; 2018.
5. Tellez JA, Langebaek CH, Guerrero JG, Correa CD, Murillo G, et al. Marco Normativo del Sistema Nacional de Acreditacion, Serie-Informes. Consejo Nacional de Acreditación, República de Colombia [serial online] 2016 [consultado 09 May 2018]. Disponible en: URL: https://www.cna.gov.co/1741/articles-186370_Marco_Normativo_CNA_2016.pdf
6. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Back to Bedside: Second Round of Back to Bedside Funding Announced. [Página web] 2019 [consultado 01 May 2019] Disponible en: URL: https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_2017-07-01.pdf

7. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med, 1995;41(10):1403-09.

8. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL SRPB). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med, 2006;62(6):1486-97.

9. Barcaccia B, Esposito G, Matarese M, Bertolaso M, Elvira M.. Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? Europe's Journal of Psychology. 2013;9(1):185–203.

10. Cardona A., Doris; Agudelo G., Byron H. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 2005; 23(1):79-90.

11. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Common Program Requirements. [PDF] 2017:28 [Consultado 01 May 2019] Disponible: URL: https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRs_2017-07-01.pdf

12. Levy S. Residents Lifestyle and Happiness Report. Medscape [serial online] 2017. Disponible en: URL: <https://www.medscape.com/slideshow/residents-lifestyle-report-2017-6008988#2>

13. Lurie SJ, Mooney CJ, Lyness JM. Measurement of the general competencies of the accreditation council for graduate medical education: A systematic review. Acad Med. 2009;84(3):301-9.

14. Holmboe ES, Yamazaki K, Edgar L, Conforti L, Yaghmour N, et al. Reflections on the First 2 Years of Milestone Implementation. *J Grad Med Educ.* 2015;7(3): 506-511.
15. Isaak RS, Chen F, Martinelli SM, Arora H, Zvara DA, et al. Validity of Simulation-Based Assessment for Accreditation Council for Graduate Medical Education Milestone Achievement. *SimulHealthc.* 2018;13(3):201-210.
16. Schonhaut BL, Rojas NP, Millán KT. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. *Rev Chil Pediatr.* 2009;80(1).
17. Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *MedEduc.* 2002;36(1):66-72.
18. Sarmiento PJ, Parra CA. Calidad de vida en médicos en formación de postgrado. *Pers.Bioét.* 2015; 19(2): 290-302.
19. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *ColombMed.* 2004; 35(4):173-178
20. Ericsson A, Mayer EA, Saper CB, Sawchenko PE, Li HY. Circuits and mechanisms governing hypothalamic responses to stress: a tale of two paradigms. *Prog Brain Res,* 2000;122:61-78.

21. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino P, Garcia N, Umeoka EH. A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. *Front Behav Neurosci.* 2018; 12:127.
22. McEwen BS. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic Stress* (Thousand Oaks). 2017;1.
23. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000;47(6):861-869.
24. Ericsson A, Mayer EA, Saper CB, et al. Sawchenko PE, Li H-Y (2000) Circuits and mechanisms governing hypothalamic responses to stress: a tale of two paradigms. in *The biological basis for mind body interactions*, vol. 6, 122 edn. eds Ericsson A, Mayer EA, Saper CB, et al. (Elsevier Science, Amsterdam), pp 59–75.
25. Bandler R, Price JL, Keay KA. *The biological basis for mind body interactions*, 122(1). (Elsevier Science, Amsterdam), pp 332–34
26. Venkatraman A, Edlow BL, Immordino-Yang MH. The Brainstem in Emotion: A review. *Front Neuroanat.* 2017; 11:15.
27. Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP. Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress (2). *N Engl J Med.* 1988. 319(7):413-20.
28. Gold PW, Gwirtsman H, Avgerinos P, Nieman LK, Gallucci WT, et al. Abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal function in anorexia nervosa; pathophysiologic mechanisms in underweight and weight-corrected patients. *N Engl J Med.* 1986; 314(21):1335–42.

29. Gold PW, Pigott TA, Kling MA, Kalogeras K, Chrousos GP. Basic and clinical studies with corticotropin releasing hormone: Implications for a possible role in panic disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1988; 11(2):327–34.
30. DeBellis M, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab.* 1994; 78(2):249–255
31. Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 1997, 58(9): 33-6.
32. Sternberg EM. Hyperimmune fatigue syndromes: diseases of the stress response? *J Rheumatol.* 1993;20(3):418-421
33. Crofford LJ, Pillemer SR, Kalogeras KT, Cash JM, Michelson D, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1994; 37(11):1583–92.
34. Munakata J, Mayer EA, Chang L, Schmulson M, Tougas G, Liu M, et al. Autonomic and neuroendocrine responses to rectosigmoid stimulation. *Gastroenterology.* 1998 114(1):808.
35. Glaser R, MacCallum RC, Laskowski BF, Malarkey WB, Sheridan JF, Kiecolt-Glaser JK. Evidence for a shift in the Th-1 to Th-2 cytokine response associated with chronic stress and aging. *J. Gerontol A Biol Med Sci.* 2001;56(8):M477–82.
36. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1:607-628.

37. Peña CJ, Kronman HG, Walker D, Cates HM, Bagot RC, Purushothaman I, et al. Early life stress confers lifelong stress susceptibility in mice via ventral tegmental area OTX2. *Science*. 2017;356(6343):1185–88.
38. Juruena MF. Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression. *Epilepsy Behav*. 2014; 38:148-59.
39. Vyas A, Mitra R, Shankaranarayana-Rao BS, Chattarji S. Chronic stress induces contrasting patterns of dendritic remodeling in hippocampal and amygdaloid neurons. *J. Neurosci*. 2002; 22(15):6810-18.
40. Vyas A, Pillai AG, Chattarji S. Recovery after chronic stress fails to reverse amygdaloid neuronal hypertrophy and enhanced anxiety-like behavior. *Neuroscience*. 2004; 128(4):667-73.
41. Bagot RC, Parise EM, Peña CJ, Zhang HX, Maze I, Chaundhury D, et al. Ventral hippocampal afferents to the nucleus accumbens regulate susceptibility to depression. *Nat. Commun*. 2015;8(6):7062.
42. Vioalou V, Bagot RC, Cahill ME, Ferguson D, Robison AJ, et al. Prefrontal cortical circuit for depression- and anxiety-related behaviors mediated by cholecystokinin: Role of AFosB. *J. Neurosci*. 2014; 31(11): 3878-87.
43. Johnson TV, Abbasi A, Master VA. Systematic review of the evidence of a relationship between chronic psychosocial stress and C-reactive protein. *Mol Diagn Ther*. 2013;17(3):147-64.
44. Gouin JP, Glaser R, Malarkey WB, Beversdorf D, Kiecolt-Glaser J. Chronic stress, daily stressors and circulating inflammatory markers. *Health Psychol*. 2012;31(2):264-8.

45. Plantinga L, Bremner JD, Miller AH, Jones DP, Veledar E, et al. Association between posttraumatic stress disorder and inflammation: a twin study. *Brain Behav Immun.* 2013; 30:125-32.
46. VonKänel R, Bellingrath S, Kudielka BM. Association between burnout and circulating levels of pro- and anti-inflammatory cytokines in schoolteachers J. *Psychosom. Res.* 2008; 65(1): 51-9.
47. Toker S, Shirom A, Shapira I, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J. Occup. Health Psychol.* 2005;10(4):344-62.
48. Mommersteeg PM, Heijnen CJ, Kavelaars A, van Doornen LJ. Immune and endocrine function in burnout syndrome *Psychosom. Med.* 2006;68(6):879-86.
49. Kop WJ, Kuhl EA, Barasch E, Jenny NS, Gottlieb SS, Gottdiener JS. Association between depressive symptoms and fibrosis markers: The Cardiovascular Health Study. *Brain Behav Immun.* 2010;24(2):229-35
50. Breen MS, Beliakova-Bethell N, Mujica LR, Carlson JM, Ensign WY, et al. Acute psychological stress induces short-term variable immune response. *Brain Behav Immun.* 2016; 53:172-82.
51. Tank AW, Lee-Wong D. Peripheral and central effects of circulating catecholamines. *Compr Physiol.* 2015;5(1):1–15.
52. Carter JR, Goldstein DS. Sympathoneural and adrenomedullary responses to mental stress. *Compr Physiol.* 2015;5(1):119–46.

53. Qureshi SR, Abdelaal AM, Janjua ZA, Alasmari HA, Obad AS, Alamodi A, et al. Irritable Bowel Syndrome: A Global Challenge Among Medical Students. *Cureus*. 2016;8(8):721.
54. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009; 374(9702):1714-21.
55. Montero J, Garcia J, Mosquera M, Lopez Y, et al. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol*. 2009; 4:31.
56. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1): 129-146.
57. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: the way forward. *JAMA*. 2017; 317(9):901-02.
58. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gergory WM, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*. 1995;71(6):1263-69.
59. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.
60. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90 (12):1600-13.

61. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995-1000.
62. Karp JF, Levine AS. Mental Health Services for Medical Students - Time to Act. *N Engl J Med*. 2018; 379(13):1196-98.
63. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317-30.
64. Noseworthy J, Madara J, Cosgrove D, Edgeworth M, Ellison E, et al. Physician burnout is a public health crisis: A message to Our Fellow Health Care CEOs. *Health Affairs Blog [Blog online]* 2017 [Citado 01 May 2019]. Disponible en: URL: <http://healthaffairs.org/blog/2017/03/28/physician-burnout-is-a-public-health-crisis-a-message-to-our-fellow-health-care-ceos/>
65. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, et al. Burnout and suicidal ideation among US Medical students. *Ann Intern Med*. 2008;149(5):334-41.
66. Gupta R. I solemnly share. *JAMA*. 2018; 319(6):549-50
67. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010;304(11):1181-90.
68. Boni RA, Paiva CE, Oliviera MA, Lucchetti G, Fregnari J, et al. Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: prevalence and associated factors. *PloS One*. 2018;13(3).

69. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *South Med J*. 2010;103(8):758-63.
70. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: A systematic review. *Clin. Teach*. 2013;10(4):242-5.
71. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int. J. Med. Educ*. 2015; 6:12-16.
72. Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes. New York: Springer; 2007.
73. Wang MC, Harrison R, Macintyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):217.
74. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019. 55:36-42.
75. Kane L. Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019. Medscape [Página web] 2019 [Consultado 03 May 2019] Disponible en: URL: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056>
76. NEJM Catalyst. Physician Burnout: The Root of the Problem and the Path to Solutions. NEJM. [PDF] 2017 [Consultado 03 May 2019] Disponible en: URL: <https://moqc.org/wp-content/uploads/2017/06/Physician-Burnout.pdf>

77. Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile MO, Rubash HE. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 449: 134-7.
78. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Arch Intern Med*. 2005;165(22):2595-2600.
79. Jovanovic N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *Eur Psychiatry*. 2016. 32: 34-41
80. Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G, Carra E, Volpe U, et al. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *Med Lav*, (2015); 106(3): 172-185.
81. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016. 388(10057); 2272-81.
82. Williams D, Tricomi G, Gupta J, Janise A. Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline. *Acad Psychiatry*. 2015; 39(1): 47-54.
83. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the why, Changing the how: improving the mental health of medical students, residents, and physicians. *Acad Med*. 2016; 91(9): 1194-6.
84. Vendeloo SN, Brand P, Verheyen C. Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme: importance of the learning climate. *Bone Joint. J*. 2014;(8):1133-38

85. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. ColombMed. 2004; 35(4):173-178

86. Paredes OL, Sanabria PA. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Méd. 2008;16(1):25-32.

87. Castaño I, García M, Leguizamón L, Nova M, Moreno I. Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. Universitas Psychologica. 2006;5(3):549-561.

88. Berdejo HL. Síndrome de Desgaste Laboral (Burnout) en los médicos residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Unidad de Anestesiología. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. 2014. [Consultado 01 May 2019]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45814/1/05599120.2014.pdf>

89. Dominguez LC, Sanabria A, Ramírez A, Vargas F, Pacheco M, Jimenez G. Desgaste profesional en residentes colombianos de cirugía: Resultados de un estudio nacional. Rev Colomb Cir. 2017;32(2):121-7.

90. Cano JF, Barrios C, Rojas PL. Síndrome de Desgaste profesional (Burnout) en medicos residentes, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia 2016. Universidad del Rosario. [Consultado 01 May 2019]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12926?show=full>
91. Garciandia J, Mendoza C, Pérez J. Identificación del Síndrome de Burnout y su prevalencia en los residentes de postgrado de Medicina Familiar de Colombia durante el año 2016. Trabajo de grado Especialización. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. 2017.
92. Arboleda O. (2017) Síndrome de Burnout en residentes de ortopedia y traumatología en Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
93. Jácome SJ, Villaquiran-Hurtado A, García CP, Duque IL. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. Rev Cuid. 2019; 10(1): e543
94. Vergara, J. P., Abello, I., Salgado, S., & Becerra, P. . Percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatría en Colombia. Acta Neurológica Colombiana. 2015; 31(3): 350-355
95. de Moll EH. Physician burnout in dermatology. Cutis. 2018 Jul; 102(1): E24-E25.

96. Martini, S.; Arfken, C.L.; Churchill, A.; Balon, R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad. Psychiatry* 2004, 28, 240–242.
97. Shoimer, I.; Patten, S.; Mydlarski, P. Burnout in dermatology residents: A Canadian perspective. *Br. J. Dermatol.* 2018, 178, 270–271.
98. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, Lu B, Sin Fai Lam CC, Tran BX, Nguyen LH, Ho CS, Tam WW, Ho RC. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2019; 16(9):1479.
99. Boni RADS, Paiva CE, de Oliveira MA, Lucchetti G, Fregnani JHTG, Paiva BSR. Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors. *PLoS One.* 2018;13(3):e0191746. doi:10.1371/journal.pone.0191746
100. T'Sarumi O. Physician suicide: a silent epidemic. *Reunión Anual de la American Psychiatric Association (APA).* Nueva York, Estados Unidos. 2018; 1-227

101. Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The business case for investing in physician well-being. *JAMA Intern Med.* 2017;177(12):1826-1832.
- 102 Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ.* 2003;326 (7379):22.
103. Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, Blumenthal D. Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction. *Med Care.* 2006;44 (3):234-242.
104. Sinsky CA, Dyrbye LN, West CP, Satele D, Tutty M, Shanafelt TD. Professional satisfaction and the career plans of US physicians. *Mayo Clin Proc.* In press.
105. Ministère des Solidarités et de la Santé (2018) [Consultado el 03 Mayo, 2019 [Consultado el 03 de Diciembre, 2020]: Disponible en: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>.
106. National Academy of Medicine. Action collaborative on clinician well-being and resilience. [Consultado el 03 de Diciembre, 2020] Disponible en : <https://nam.edu/initiatives/clinician-resilience-and-well-being/>.

107. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Ministerio de Salud y protección social. 2013 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>
108. Cabezas, C. Síndrome de desgaste Profesional, Estrés Laboral y Calidad de Vida Profesional. Revista de formación médica continuada. 1988; 5(8):491-492.
109. Cabezas C. La calidad de vida de los profesionales. FMC 2000; 7:53-68.
110. Martín-Fernández J, et al. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. Atención Primaria. 2008;40 (7): 327-334
111. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A.. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (PQL -35). Gac Sanit. 2004; 18: 129-36
112. Rivera-Ávila, D A, Rivera-Hermosillo J, González-Galindo C. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación En Educación Médica* (2016).
113. Cañón Sandra, Galeano Gladys. Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD E.S.E Manizales (Colombia) Archivos de Medicina (Col), vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 114-126

Universidad de Manizales Caldas, Colombia

114. Contreras F, Espinosa J, Hernández F, Acosta N. Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá, Colombia. *Psicología desde el Caribe*. 2013; 30(3). Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=21329176007>

115. Vergara J, Abello I, Salgado S, Becerra P. Percepción de la calidad de vida de los médicos residentes de neurología y neuropediatría en Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*. 2015; 31(3): 350-355

116. Martin-Fernandez J, Gomez-Gascon T, Beamud-Lagos M, Cortes-Rubio JA, Alberquilla-Menendez-Asenjo A. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:101. Published 2007 Jul 4. doi:10.1186/1472-6963-7-101

117. Carlotto MS, et al. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory-Student Suvey (MBI-SS) em estudantes universitarios brasileiros. *Psico-USF*. 2006; 11(2), 167-173.

118. Martínez, A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 2010; 112, 1-40.
En <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
119. Olivares-Faúndez, V., Mena-Miranda, L., Macía-Sepulveda, F., & Jélvez-Wilke, C. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*. 2014; 13(1), 145-159.
doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb
120. Rostami, Z., Abedi, M., Schaufeli, W., Ahmadi, S., & Sadeghi A. (2014). The Psychometric Characteristics of Maslach Burnout Inventory Student Survey: Among Students of Isfahan University. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (9), 55-58.
121. Hederich-Martínez, Christian, & Caballero-Domínguez, Carmen Cecilia. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano*. *CES Psicología*, 9(1), 1-15. Retrieved September 21, 2019, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802016000100002&lng=en&tlng=es.
122. Dominguez-Lara, S. Análisis complementario del MBI-SS en el contexto académico colombiano. *Rev. CES Psicol.* 2018;11(1), 144-148

123. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual (3a. ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996

124. Maslach C, Leiter M, Schaufeli W. Measuring burnout. En C. L. Cooper & S. Cartwright (Eds.), *The oxford handbook of organizational wellbeing*. 2008; 86-108. Oxford: Oxford University Press.

125. Maslach C, Schaufeli W, Leiter, M. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2000; 52, 397-422.

126. Goldberg D, Gater R, Sartorius N, Üstün T, Piccinelli M, Gureje, O, Rutter, C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997; 27, 191-197

127. Campo-arias A. Cuestionario general de salud-12: análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia. *Iatreia*. 2007; 20(1); 29-36.

128. Villa Isabel, Zuluaga Crammily, Restrepo Luisa. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2013;31(3), 532-545

129. López-Castedo A, Fernández, L. Psychometric properties of the Spanish version of the 12-Ítem General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual & Motor Skills*. 2005; (100), 676-680.

130. Ruiz FJ, García-Beltrán DM, Suárez-Falcón JC. General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Res.* 2017;256:53-58. doi:10.1016/j.psychres.2017.06.020
131. Chapman, H., Chipchase, S. & Bretherton, R. The evaluation of a continuing professional development package for primary care dentists designed to reduce stress, build resilience and improve clinical decision-making. *Br Dent J.* 2017; 223: 261–271
132. Amanullah, S, McNally K., Zelin J, Cole J, Cernovsky, Z. Are burnout prevention programs for hospital physicians needed? *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 66–69. doi:10.1016/j.ajp.2017.01.009
133. Otto, MCB, Van Ruysseveldt J, Hoefsmit N, Dam KV. (2020). The Development of a Proactive Burnout Prevention Inventory: How Employees Can Contribute to Reduce Burnout Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1711. doi:10.3390/ijerph17051711
134. Lebart L, Morineau A, Piron M. *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris, Dunod; 1995.
135. Wasserman, Larry (2007). *All of Nonparametric Statistics*, Springer.
136. Martin-Fernandez J, Gomez-Gascon T, Beamud-Lagos M, Cortes-Rubio JA, Alberquilla-Menendez-Asenjo A. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Services Research*. 2007 ;7:101. DOI: 10.1186/1472-6963-7-101.

137. Daniels AH, DePasse JM, Kamal RN. Orthopaedic Surgeon Burnout: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *J Am Acad Orthop Surg*. 2016;24(4):213-219. doi:10.5435/JAAOS-D-15-00148
138. Ladouceur R. Resident suicide. *Can Fam Physician*. 2019;65(10):679.
139. Adshead G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Adv Psych Treat* 2005;11:330-337.
140. Laramée J, Kuhl D. Ideación suicida entre los residentes de medicina familiar en la Universidad de Columbia Británica. *Can Fam Médico*. 2019; 65 (10): 730-735.
141. Levy, A.B., Nahhas, R.W., Sampang, S. *et al*. Characteristics Associated with Depression and Suicidal Thoughts Among Medical Residents: Results from the DEPRESS-Ohio Study. *Acad Psychiatry* **43**, 480–487 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01089-9>
142. Yaghmour N, Brigham T, Richter TMA, Miller RS et al. Causes of Death of Residents in ACGME-Accredited Programs 2000 Through 2014: Implications for the Learning Environment, Academic Medicine. 2017;92(7):976-983 [doi: 10.1097/ACM.0000000000001736](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001736)
143. Castillo Ramírez Sisyl. El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional. *Med. leg. Costa Rica* [Pagina web]. 2001 [consultado 12 de Jul 2020]; 17(2): 11-14

144. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):37. Published 2016 Jun 30. doi:10.3390/healthcare4030037
145. García-Campayo J, et al. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermosifiliogr*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.016>
146. Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* 2005;51:242-247.
147. Schneider M, Bouvier M, Goehring C, Künzi B, Bovier P. Personal use of medical care and drugs among. Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly*. 2007; 137: 121-126.
148. Munoz-Arroyo R, Sutton M, Morrison J. Exploring potential explanations for the increase in antidepressant prescribing in Scotland using secondary analyses of routine data. *Br J Gen Pract*. 2006;56(527):423-428.
149. Fujita Y, Maki K. Associations of smoking behavior with lifestyle and mental health among Japanese dental students. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):264. Published 2018 Nov 16. doi:10.1186/s12909-018-1365-1
150. Rubin R. Recent suicides highlight need to address depression in medical students and residents. *JAMA*. 2014;312(17):1725–1727. Doi: 10.1001/jama.2014.13505
151. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. *JAMA*. 2015;314(22):2373

152. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, et al. Depressive Symptoms in medical students and residents: A multischool study. *Acad Med* . 2009;84(2):236–241.
153. Ogawa R, Seo E, Maeno T, et al. . The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):1–8. Doi: 10.1186/s12909-018-1171-9
154. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015;20(3):353-362. doi:10.1080/13548506.2014.936889
155. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(6):557-565. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.41
156. Mian A, Kim D, Chen D, Ward WL (2018) Medical Student and Resident Burnout: A Review of Causes, Effects, and Prevention. *J Fam Med Dis Prev* 4:094. doi.org/10.23937/2469-5793/1510094
157. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752
158. Otto MCB, Hoefsmit N, van Ruysseveldt J, van Dam K. Exploring Proactive Behaviors of Employees in the Prevention of Burnout. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3849. Published 2019 Oct 11. doi:10.3390/ijerph16203849

159. Borus JF (1997) Recognizing and managing residents' problems and problem residents. *Acad Radiol* 4: 527-533.
160. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med*. 2009;84(2):236-241. doi:[10.1097/ACM.0b013e31819391bb](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819391bb)
161. Mushin IC, Matteson MT, Lynch EC. Developing a resident assistance program. Beyond the support group model. *Arch Intern Med*. 1993;153(6):729-733.
162. Reynolds CF 3rd, Clayton PJ. Commentary: Out of the silence: confronting depression in medical students and residents. *Acad Med*. 2009;84(2):159-160. doi:[10.1097/ACM.0b013e31819397c7](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819397c7)
163. Lin DT, Liebert CA, Tran J, Lau JN, Salles A. Emotional Intelligence as a Predictor of Resident Well-Being. *J Am Coll Surg*. 2016;223(2):352-358. doi:[10.1016/j.jamcollsurg.2016.04.044](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.04.044)
164. Brent RL, Brent LH . Medicine an excuse from living. *Res Staff Physician*. 1978; 24: 61-65.
165. Brown J, Chapman T, Graham D. Becoming a new doctor: a learning or survival exercise?. *Med Educ*. 2007;41(7):653-660. doi:[10.1111/j.1365-2929.2007.02785.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2007.02785.x).
166. Butterfield PS. The stress of residency. A review of the literature. *Arch Intern Med*. 1988;148(6):1428-1435.

167. Tung Y, Chou Y, Chang Y, *et al* Association of intrinsic and extrinsic motivating factors with physician burnout and job satisfaction: a nationwide cross-sectional survey in Taiwan *BMJ open* 2020;10:e035948. [doi: 10.1136/bmjopen-2019-035948](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035948)
168. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, *et al*. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(7):836-848. [doi:10.1016/j.mayocp.2016.05.007](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007)
169. Hartzband P, Groopman J. Physician burnout, interrupted. *N Engl J Med* 2020. [doi:10.1056/NEJMp2003149](https://doi.org/10.1056/NEJMp2003149)
170. Robertson JC, Safae M, Liu F, Shinohara MM. Barriers and job satisfaction among dermatology hospitalists. *Cutis.* 2019;104(2):103-105.
171. Naidu K, Torline JR, Henry M, Thornton HB. Depressive symptoms and associated factors in medical interns at a tertiary hospital. *S Afr J Psychiatr.* 2019;25(0):1322. Published 2019 Jul 4. [doi:10.4102/sajpspsychiatry.v25i0.1322](https://doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v25i0.1322)
172. Asante JO, Li MJ, Liao J, Huang YX, Hao YT. The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):447. Published 2019 Jul 3. [doi:10.1186/s12913-019-4278-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8)
173. Zanei SSV, Oliveira RA, Whitaker IY. Quality of life of health professionals in multidisciplinary residency programs. *Rev. enferm. UFSM.* 2019;e35: p 1-22. [doi:https://doi.org/10.5902/2179769230013](https://doi.org/10.5902/2179769230013)

174. Naczenski LM, Vries JD, Hooff MLMV, Kompier MAJ. Systematic review of the association between physical activity and burnout. *J Occup Health*. 2017;59(6):477-494. [doi:10.1539/joh.17-0050-RA](https://doi.org/10.1539/joh.17-0050-RA)
175. De Lange AH, Taris TW, Kompier MA, Houtman IL, Bongers PM. "The very best of the millennium": longitudinal research and the demand-control-(support) model. *J Occup Health Psychol* 2003; 8: 282-305. [doi: 10.1037/1076-8998.8.4.28](https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.28)
176. Residencias Médicas en América Latina .Serie: La renovación de la atención primaria en Salud en las Americas No 5. OPS. Washington, D.C.: OPS, © 2011
177. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of Life, Burnout, Educational Debt, and Medical Knowledge Among Internal Medicine Residents. *JAMA*. 2011;306(9):952–960. [doi:10.1001/jama.2011.1247](https://doi.org/10.1001/jama.2011.1247)
- 178 Zhang S, Wang J, Xie F, et al. A cross-sectional study of job burnout, psychological attachment, and the career calling of Chinese doctors. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):193. Published 2020 Mar 12. [doi:10.1186/s12913-020-4996-y](https://doi.org/10.1186/s12913-020-4996-y)
179. Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Saf Health Work*. 2014;5(3):152-157. [doi:10.1016/j.shaw.2014.05.004](https://doi.org/10.1016/j.shaw.2014.05.004)

180. Leo RCE, Zapata GA, Esperón HRI. Estudio y desarrollo de las competencias emocionales en estudiantes de medicina. Una aproximación bibliométrica. *Inv Ed Med*. 2019;8(31):92-102. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.19193>
181. Auserón GA, Viscarret MR, Goñi CF, Rubio VG, Pascual PP, Sainz de Murieita E. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el Burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria*. 2018; 50: 141-150.
182. Amanullah S, McNally K, Zelin J, Cole J, Cernovsky Z. Are burnout prevention programs for hospital physicians needed? *Asian Journal of Psychiatry*. 2017 Apr;26:66-69. Doi: [10.1016/j.ajp.2017.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.009).
183. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074. [doi:10.1001/jama.294.16.2064](https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064)
184. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of Interventions to Reduce Resident Physician Burnout: A Systematic Review. *J Grad Med Educ*. 2017;9(3):294-301. [doi:10.4300/JGME-D-16-00372.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00372.1)
185. Balch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Arch Surg*. 2009;144(4):371-376. [doi:10.1001/archsurg.2008.575](https://doi.org/10.1001/archsurg.2008.575)
186. Gracia Gozalo R, Ferrer Tarrés J, Ayora Ayora A, Alonso Herrero M., Amutio Kareaga, A, Ferrer Roca, R. (2018). Aplicación de un programa de mindfulness en

profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout , la empatía y la autocompasión. *Medicina Intensiva*. [doi:10.1016/j.medin.2018.02.005](https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.005)

187. Raj KS. Well-Being in Residency: A Systematic Review. *J Grad Med Educ*. 2016;8(5):674-684. [doi:10.4300/JGME-D-15-00764.1](https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00764.1)

188. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva No. 220; 2014. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

189. Voltmer E, Kieschke U, Schwappach DL, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2008;8: 46. Published 2008 Oct 2. [doi:10.1186/1472-6920-8-46](https://doi.org/10.1186/1472-6920-8-46)

190. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med*. 2018;197:116-126. [doi:10.1016/j.socscimed.2017.11.053](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053)

191. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*. 2013;150(2):540-545. [doi:10.1016/j.jad.2013.01.033](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033)

192. McCain RS, McKinley N, Dempster M, Campbell WJ, Kirk SJ. A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctor. *Postgrad Med J*. 2017;postgradmedj-2016-134683. [doi:10.1136/postgradmedj-2016-134683](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134683)

193. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA*. 1973;223(6):684-687.

194. Asante JO, Li MJ, Liao J, Huang YX, Hao YT. The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):447. Published 2019 Jul 3. [doi:10.1186/s12913-019-4278-8](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8)

195. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo [Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work]. *Rev Clin Esp*. 2006;206(2):77-83. [doi:10.1157/13085357](https://doi.org/10.1157/13085357)

196. Braquehais MD, Bel MJ, Montejo JE, Arteman A, Bruguera E, Casas M. *El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis*. *Revista Española de Medicina Legal*. 2012; 38(3): 107-112. [doi:10.1016/j.reml.2012.05.003](https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.05.003)

197. Kalmoe MC, Chapman MB, Gold JA, Giedinghagen AM. Physician Suicide: A Call to Action. *Mo Med*. 2019;116(3):211-216.

198. Cabanyes Truffino, J. Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2010; 3(4): 145–151. [doi:10.1016/j.rpsm.2010.09.003](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003)
199. Levy S. Medscape Residents Salary & Debt Report 2018. Medscape [Página web] 2018 [Consultado 04 May 2020] Disponible en: https://www.medscape.com/slideshow/2018-residents-salary-debt-report-6010044?rc=soc_tw_180724_mscpedt_news_mdscp_comp2018&faf=1#5
200. Kane L. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. Medscape [Página web] 2019 [Consultado 04 May 2020] Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>

15. Anexos

ANEXO 1

Preguntas sociodemográficas generales

Variables socio demográficas y culturales

1. Edad en número de años
2. Sexo: femenino o masculino
3. Natural: Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés y providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del, cauca, vaupes, vichada
4. Universidad de procedencia: Universidad El Bosque, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Fundación Universitaria Sanitas, Universidad Militar Nueva Granada, Universidad de Caldas Universidad del Valle, Pontificia Universidad Bolivariana, ICESI, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad Libre Universidad de Cartagena, Universidad de Antioquia
5. Nivel socioeconómico: 1,2,3,4,5,6
6. Semestre que cursa: 1-2-3-4-5-6
7. Estado civil: Novio(a)- soltero- viudo- casado- unión libre- separado
8. Presenta hijos o personas a cargo: Si / No

9. Recibe apoyo familiar económico: Si / No
10. Cuenta con algún crédito estudiantil para financiar su postgrado: Si / No
11. Actualmente se encuentra pagando crédito de su pregrado
12. Cuenta con algún crédito estudiantil para su sostenimiento o manutención: Si / No
13. Se encuentra actualmente pagando su crédito de pregrado: Si / No
14. Actualmente parte de sus gastos están dirigidos en arrendamiento: Si / No
15. Actualmente parte de sus gastos en alimentación corren por su propia cuenta: Si / No
16. Actualmente los gastos en recreación cuenta por su propia cuenta: Si / No
17. Parte de sus gastos están dirigidos en el transporte y movilidad: Si / No
18. Actualmente ha percibido o presenta dificultades económicas relacionadas con el sostenimiento de su posgrado: Constantemente, nunca, casi nunca, ocasionalmente
19. Requiere o ha requerido el uso de sustancias psicoestimulantes o recreativas durante su residencia tales como: Café, cigarrillo alcohol, marihuana, y **asociación con otros ítems de CVP-35**, ninguna
20. Requiere o ha requerido el uso de medicamentos como: Analgésicos (AINES, acetaminofén, opioides), antihistamínicos, Antidepresivos, multivitamínicos, ninguno
21. La frecuencia de actividad física semanal en su caso: Tres veces por semana (Aprox 5- 6 horas), Dos veces por semana (Aprox 3- 4 horas), Una vez a la semana (Aprox. 1- 2 horas), Nunca

22. Durante el curso de su carrera ha presentado dificultades económicas, seleccione una opción de las siguientes:

- Constantemente
- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente

Uso de sustancias recreativas o psicoestimulantes

23. Durante el curso de su carrera ha tenido que recurrir al consumo de sustancias estimulantes o recreativas, para controlar el estrés o la ansiedad o mantenerse tranquilo:

- Café
- Cigarrillo
- Alcohol
- Marihuana
- Otros
- Ninguna

Comportamientos de automedicación

24. Durante el curso de su carrera ha tenido la necesidad de consumir alguno de los siguientes medicamentos debido al estrés académico-laboral:

- Analgésicos (AINES, acetaminofén, opioides)
- Antihistamínicos

- Antidepresivos
- Multivitamínicos
- Ninguno

Salud física

25. Durante el curso de su carrera usted podría definir su actividad física semanal:

1. Tres veces por semana (Aprox 5- 6 horas)
2. Dos veces por semana (Aprox 3- 4 horas)
3. Una vez a la semana (Aprox. 1- 2 horas)
4. Nunca

Acceso a salud mental

26. Cuenta su universidad y/o programa de postgrado instalaciones para atención en salud mental, atención o asesoría psicológica y /o psiquiátrica: Si / No

2. Durante el curso de su carrera ha tenido que recurrir a asesoría psicológica o psiquiátrica en alguna oportunidad: Si / No

27. Durante el curso de su carrera ha contemplado el suicidio como una alternativa de salida a sus problemas: Si / No

28. Cuenta su universidad y/o programa de postgrado con consejería académica: Si / No

Variables de contribución al sistema de salud y la asistencia clínica: (SI / NO)

Las siguientes preguntas están relacionadas con la percepción sobre su participación con las siguientes actividades como Médico residente de Dermatología de su Universidad:

29. Participa usted en los ingresos digitales o formatos en físico para formalizar la atención del paciente: Si / No
30. Participa usted de las entrevistas y exámenes físicos a pacientes hospitalizados: Si / No
31. Participa usted de las entrevistas y exámenes físicos a pacientes en consulta externa: Si / No
32. Participa usted de las entrevistas y exámenes físicos a pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos dermatológicos: Si / No
33. Participa usted del seguimiento clínico a los pacientes: Si / No
34. Participa usted de la apertura de canales de comunicación con los pacientes para informar su estado medico: Si / No
35. Participa usted de la apertura de canales de comunicación con los familiares de los pacientes para informar su estado medico: Si / No
36. Participa usted de la apertura de canales de comunicación con demás profesionales de la salud encargados del cuidado del paciente: Si / No
37. Participa en la exposición de casos de interés clínico, académico o investigativo a través de una reunión concertada por varios especialistas relacionados con la atención del paciente: Si / No

38. Participa o establece canales de comunicación con el departamento de farmacia para la obtención de suministros, dispositivos o medicamentos para la atención del paciente: Si / No
39. Participa usted de la formulación de los pacientes: Si / No
40. Participa usted de los procedimientos quirúrgicos dermatológicos indicados al paciente.
41. Participa usted de los procesamientos de muestras de patología: Si / No
42. Participa usted en actividades administrativas relacionadas con el diligenciamiento de formatos hospitalarios y/o de consulta externa para la atención del paciente: Si / No
43. Participa usted en la notificación de enfermedades al sistema de SIVIGILA: Si / No
44. Participa usted en la notificación de eventos adversos farmacológicos al sistema de SIVIGILA: Si / No
45. Participa usted en la apertura de canales de comunicación con sus superiores clínicos y/o académicos relacionados con la atención del paciente: Si / No

Variables de participación y contribución a la investigación médica

46. Participa usted de la búsqueda de información relacionada con la investigación médica: Si / No
47. Participa usted de la transcripción de datos relacionados con la investigación médica: Si / No
48. Participa usted del análisis e interpretación de datos para llegar a conclusiones relacionadas con la investigación o atención clínica: Si / No

49. Participa usted de la construcción de posters académicos en eventos nacionales y/o internacionales: Si / No

50. Participa usted de la publicación de manuscritos académicos en revistas nacionales y/o internacionales: Si / No

51. Participa usted en congresos médicos nacionales y/o internacionales: Si / No

52. Tiene usted la intención de continuar en el campo investigativo al culminar su especialidad en Dermatología: Si / No

53. Participa usted de la búsqueda de información actualizada para poner al día de sus conocimientos: Si / No

ANEXO No 2

Evaluación de calidad de vida profesional

Cuestionario CVP 35

Marque una sola respuesta y en la escala del 1 al 10 la que mejor corresponda a su realidad

laboral. Para mejorar la claridad en su respuesta, se dividieron los valores como sigue:

NADA: valores 1 y 2; ALGO: valores 3, 4 y 5; BASTANTE: valores 6, 7 y 8; MUCHO:

valores 9 y 10.

Evaluación de calidad de vida profesional	NADA		ALGO		BASTANTE	MUCHO
Cantidad de trabajo que tengo						
Satisfacción con el tipo de trabajo						
Satisfacción con el sueño						
Posibilidad de promoción						
Reconocimiento de mi esfuerzo						
Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo						
Presión que recibo para mantener la calidad de mi trabajo						
Prisas y agobios por falta de tiempo para realizar mi trabajo						
Motivación (ganas de esforzarme)						
Apoyo de mis jefes						
Apoyo de mis compañeros						
Apoyo de mi familia						
Ganas de ser creativo						
Posibilidad de ser creativo						
¿Me desconecto al terminar la jornada laboral?						
¿Recibo información de los resultados de mi trabajo?						
Conflictos con otras personas de mi trabajo						
Falta de tiempo para mi vida personal						
Incomodidad física con el trabajo						
Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito						
Carga de responsabilidad						
La empresa trata de mejorar la calidad de vida de						

ANEXOS No 3.

El Cuestionario General de Salud de Goldberg (General Health Questionnaire-GHQ-12)

Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las dos últimas semanas. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente. Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual _____ Igual que lo habitual _____ Menos que lo habitual _____
Mucho menos que lo habitual _____

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto _____ No más que lo habitual _____ Bastante más que lo habitual _____
Mucho más _____

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual _____ Igual que lo habitual _____ Menos útil que lo habitual _____
Mucho menos _____

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual _____ Igual que lo habitual _____ Menos capaz que lo habitual _____
Mucho menos _____

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto _____ No más que lo habitual _____ Bastante más que lo habitual _____
Mucho más _____

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto _____ No más que lo habitual _____ Bastante más que lo habitual _____
Mucho más _____

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual _____ Igual que lo habitual _____ Menos que lo habitual _____ Mucho
menos _____

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual _____ Igual que lo habitual _____ Menos capaz que lo habitual
_____ Mucho menos

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto _____ No más que lo habitual _____ Bastante más que lo habitual
_____ Mucho más _____

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto _____ No más que lo habitual _____ Bastante más que lo habitual _____
Mucho más _____

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto _____ No más que lo habitual _____ Bastante más que lo habitual
_____ Mucho más _____

12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual _____ Aproximadamente lo mismo que lo habitual _____ Menos
feliz que lo habitual _____ Mucho menos que lo habitual _____

Anexo No 4

Evaluación del burnout

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Service (MBI-HSS)

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados: 0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory	Puntos
1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4 Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7 Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8 Siento que mi trabajo me está desgastando	
9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través	

de mi trabajo

- 10 Siento que me he hecho más duro con la gente
 - 11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
 - 12 Me siento con mucha energía en mi trabajo
 - 13 Me siento frustrado en mi trabajo
 - 14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
 - 15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes
 - 16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
 - 17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes
 - 18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes
 - 19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
 - 20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
 - 21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
 - 22 Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas
-

