

**SINDROME DE BURNOUT: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN
RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MEDICAS Y QUIRURGICAS DE LA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

AUTORES

MARIA ISABEL MONTAÑEZ RESTREPO

NICOLAS SANCHEZ CRUZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO PSIQUIATRIA

2020

**SINDROME DE BURNOUT: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN
RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MEDICAS Y QUIRURGICAS**

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

TRABAJO DE TESIS POSGRADO PSIQUIATRÍA

INVESTIGADORES PRINCIPALES:

MARIA ISABEL MONTAÑEZ RESTREPO

NICOLAS SANCHEZ

ASESOR CLÍNICO: DR. EUGENIO FERRO

ASESOR METODOLÓGICO: DRA LINA PRIETO

ASESOR ESTADÍSTICO: CARLOS GOMEZ

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“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”.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. DEFINICIÓN	12
2.2. EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL.....	17
2.3. CONTEXTO ESPECIALIDAD MÉDICA PSIQUIATRÍA	20
2.4. CONTEXTO COLOMBIANO	22
2.5. ESCALAS DE MEDICIÓN.....	25
3. PROBLEMA.....	29
4. JUSTIFICACIÓN	31
5. OBJETIVOS	32
6. METODOLOGÍA.....	33
6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	33
6.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA	33
6.3. VARIABLES.....	34
6.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (INSTRUMENTO)	36
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
8. ASPECTOS ESTADÍSTICOS Y PLAN DE ANÁLISIS.....	39
9. ASPECTOS ÉTICOS	41
10. ORGANIGRAMA	43

11.	CRONOGRAMA.....	44
12.	PRESUPUESTO	45
13.	RESULTADOS.....	46
14.	DISCUSIÓN	52
15.	CONCLUSIONES	56
16.	REFERENCIAS.....	58
17.	ANEXOS	63

FIGURAS

Figura 1	Modelo de estrés laboral.....	14
Figura 2	Consecuencias el síndrome de burnout.....	17
Figura 3	Porcentaje de participantes según el sexo.....	46

TABLAS

Tabla 1	Escalas existentes para evaluación.....	25
Tabla 2	Relación entre número de participantes por especialidad y Síndrome de <i>Burnout</i>	47
Tabla 3	Relación entre horas de ocio y Síndrome de <i>Burnout</i>	50
Tabla 4	Distribución de dominios en escala <i>Maslach Burnout Inventory</i>	51

El síndrome de Burnout es una de las manifestaciones que afecta al gremio de la salud especialmente a los residentes; conllevando a que tenga implicaciones en el actuar médico como consecuencias negativas en la atención del paciente, riesgo de error terapéutico, prácticas subóptimas en el diagnóstico, en la atención psicosocial y deterioro en su calidad de vida. Nuestro objetivo principal fue identificar la prevalencia del Síndrome Burnout en médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad del Bosque. *Métodos:* Se diseñó un estudio observacional. Se midieron variables sociodemográficas y el Inventario Maslach Burnout en su versión MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) de forma presencial a residentes de especialidades médicas. *Resultados:* La población de estudio fue en total 93 participantes, de los cuales el 56% fueron de sexo masculino. La media de edad fue de 29 años. La prevalencia del Síndrome en la población de nuestro estudio es de 23,6%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa en el *Burnout* y la especialidad cursada, el año de residencia (dos primeros años), el trabajo adicional y el número de horas de ocio. *Conclusiones:* Alrededor de uno de cada cinco residentes presenta el síndrome de *Burnout*, lo cual es consistente con otros estudios. Se identifican unas variables específicas que se asocian a la presentación de este síndrome, por lo que se podrían recomendar intervenciones dirigidas a su prevención como el aumento en las horas de ocio y mayor seguimiento por el área de salud mental de los programas de posgrado.

Palabras clave: Síndrome de burnout, Desgaste Profesional, Agotamiento Profesional, burnout

Burnout syndrome is one of the manifestations that affects the healthcare professionals, especially residents; it leads to its having implications in the medical act such as negative consequences in patient care, risk of therapeutic error, suboptimal practices in diagnosis, psychosocial care, and care in their quality of life. Our main objective was to identify the prevalence of Burnout Syndrome in residents of medical-surgical specialties at the Universidad del Bosque. Methods: An observational study was designed. Sociodemographic variables and the *Maslach Burnout Inventory* in its version MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) were measured in person for residents of medical specialties. Results: The study population was a total of 93 participants, of which 56% were male. The mean age was 29 years. The prevalence of the Syndrome in the population of our study is 23.6%. A statistically significant association was found in Burnout and the specialty studied, the year of residence (first two years), the additional work and the number of leisure hours. Conclusions: Either one in five residents presents with Burnout syndrome, which is consistent with other studies. Specific variables that are associated with the presentation of this syndrome are identified, so recommendations aimed at its prevention can be recommended, such as increased leisure hours and greater follow-up by the mental health area of graduate programs.

Key words: Burnout syndrome, Professional Burnout, Professional Burnout, burnout

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente se reconoce al Síndrome de Burnout como una nueva entidad psicopatológica en el área de la psiquiatría, relacionada con el desgaste emocional, físico y funcional, que se asocia a la carga de estrés con la cual se enfrentan diversas profesiones, dentro de los cuales se encuentran los profesionales en áreas de la salud, como médicos y personal en formación.

Por ser una entidad patológica recientemente reconocida por la psiquiatría, se ha observado un vacío del conocimiento y la información a cerca de como esto impacta la vida y el ejercicio profesional del personal médico, siendo una población altamente susceptible al síndrome la población de residentes de especialidades médico-quirúrgicas; esto secundario a factores psicosociales específicos y a características inherentes a la formación de médicos especialistas.

Es aún más prominente el vacío de información en nuestro país, Colombia, en donde hasta épocas recientes se ha llamado la atención sobre las altas tasas de desgaste profesional y trastornos afectivos en la población médica y en su personal en formación.

Es por esto que el propósito de este estudio es identificar la prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de especialidades medico quirúrgicas de la Universidad el Bosque en el segundo semestre del año 2019.

Las principales limitaciones visibles de este estudio es la posible baja disponibilidad del personal médico en formación para diligenciar las encuestas indicadas para la medición del síndrome en cuestión, secundario a su alta carga laboral, académica y asistencial.

Otra limitación posible es que los residentes encuestados no respondan el instrumento indicado para la medición del síndrome de una manera sincera y veraz, por temor a que esto pueda influir en su formación académica.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN

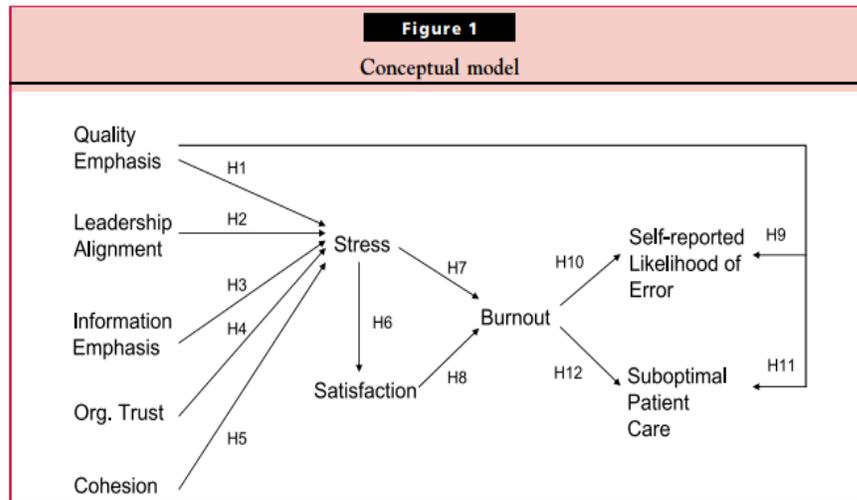
El término Burn-out surge por primera vez hacia 1974 por Freunderberg (1), quien lo definió como una demanda excesiva de energía o fuerza al realizar un trabajo. Encontrando que la presentación de los síntomas se iniciaba aproximadamente al año de exposición y conllevaba al agotamiento físico y mental, manifestándose en diversos síntomas que variaban de persona a persona. Entre los síntomas se encontraban: sentimiento de agotamiento y fatiga, cefaleas frecuentes de intensidad moderada a severa, trastornos gastrointestinales, alteraciones en el patrón de sueño; y síntomas psiquiátricos como irritabilidad, labilidad emocional, llanto fácil que podría llegar a la heteroagresividad verbal y síntomas de características similares al trastorno depresivo.

Posteriormente Crithina Malash hacia los años 80's definió esta condición en el gremio médico, debido a las existentes altas cargas laborales y emocionales como: “el estrés crónico relacionado con el trabajo que involucra agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de reducción logro personal” (2). Dentro de los ítems (agotamiento emocional, despersonalización, y disminución del logro personal), el primero de ellos el agotamiento incluye sentirse "desgastado" al final del día y no tener la empatía o capacidad para ofrecer una contención y entendimiento de la situación de sufrimiento del paciente. La despersonalización se refiere a sentimientos de tratar a

los pacientes como objetos, volviéndose más insensible hacia ellos, con sentimientos de ineficacia para ayudarlos. Así pues, el síndrome de burnout aparece como resultado del fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un stress sostenido. (3).

El modelo de estrés laboral descrito por Lázaro y Folkman en la figura 1 (1984) contribuyo al entendimiento cognitivo del estrés laboral definiéndolo como el producto de una relación problemática entre la persona y el ambiente; donde inicialmente existe un factor estresante que conlleva a la selección de un mecanismo de afrontamiento, cuando este factor estresante supera los recursos de afrontamiento se activa el síndrome de adaptación general descrito por Selye en 1956 y así si persiste el factor estresante conlleva a el desarrollo del síndrome de burnout con sus complicaciones psicosociales, del funcionamiento y de la cognición

Figura 1 Modelo de estrés laboral



Tomada: Williams es, manwell lb, konrad tr, linzer m. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the memo study. *health care manage rev* 2007; 32: 203–12

Las tasas de prevalencia en el gremio médico de síntomas de agotamiento son cercanos o superiores al 50%, tanto en médicos en formación como en médicos en ejercicio en los Estados Unidos. Datos nacionales de otros países están menos disponibles, pero la literatura existente sugiere que problemas similares están presente en todo el mundo. Entonces ¿Cuáles son las implicaciones de este síndrome en el actuar médico?

Las implicaciones en la actuación médica han sido estudiadas en la literatura, demostrando que conllevan a consecuencias negativas en la atención del paciente con tasas de errores que van desde el 4.3% al 23.1% y esto a su vez tiene una asociación

adversa estadísticamente significativa con la calidad de vida (4), como prácticas subóptimas en atención psicosocial y diagnóstico (5, 6, 7), así como con un riesgo duplicado de error terapéutico 15% o error diagnóstico 21% (8) y un 17% de aumento en las probabilidades de ser demandado por negligencia médica. Se ha descrito que las especialidades con tasas más altas de mala praxis son neurología (31%), cirugía cardiotorácica (29%), cirugía general (28%), colorrectal (28%), y obstetricia y ginecología (28%), y las tasas más bajas son otorrinolaringología (12%), oftalmología (12%), y cirugía de mama (14%). (9)

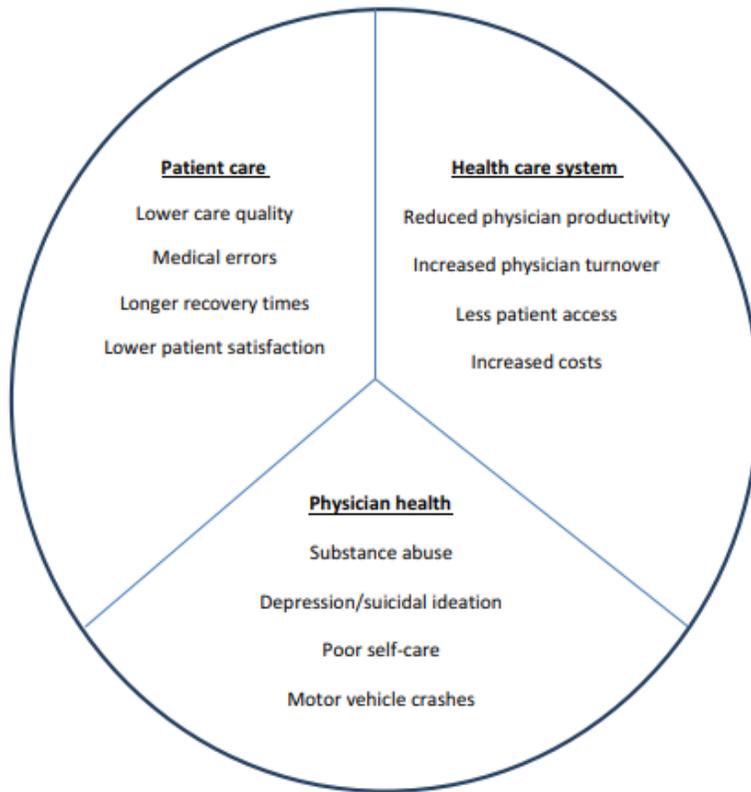
Se realizó un estudio longitudinal de bienestar en residentes de medicina interna en la Clínica Mayo entre los años 2003-2006 (IMWELL) donde fueron encuestados electrónicamente cada 3 meses a lo largo de su formación. Los participantes fueron 184, los resultados evidenciaron que las tasas de error percibidas por trimestre de entrenamiento variaron del 4,3% al 23,1, de estos los que informaron al menos 1 error durante el período de estudio tuvo significativamente menor calidad de vida en general, empeoramiento del agotamiento ($p < 0.001$), incremento de despersonalización ($p < 0.001$) y menor sentido de realización personal ($p < 0.001$). Del 60% de los residentes que informaron un error, se evaluaron como positivos para la depresión al menos una vez durante el período de estudio lo que sugiere una relación bidireccional entre errores médicos y agotamiento (4).

Otro estudio realizado en Suiza encontró que los mayores niveles de agotamiento de los médicos que trabajan en las unidades de cuidado intensivo están asociadas con mayores tasas de mortalidad de los pacientes y una menor percepción calidad del trabajo en equipo, a su vez alrededor del 10% de los pacientes hospitalizados experimentan un evento adverso evidenciando así que también se afecta la seguridad del paciente y aumentando la duración de la hospitalización (10), a su vez a medida que aumentan los niveles de despersonalización en los médicos, aumentan los tiempos de recuperación para los pacientes hospitalizados (11).

Asociado a lo anterior, la literatura evidencia que dado el agotamiento emocional, despersonalización y disminución del logro personal cuando se desarrolla el síndrome, este presenta conjuntamente aumento del 25% en las probabilidades abuso / dependencia de sustancias especialmente de alcohol (14) y un riesgo duplicado de ideación suicida 12% (15), siendo este grupo poblacional el que mayor riesgo de suicidio presenta en comparación con la población general, con una tasa de suicidios entre los médicos hombres del 40%, la tasa de suicidios entre las mujeres que son 30%. (16)

En la siguiente figura 2 se evidencian las consecuencias en los tres niveles: atención del paciente, sistema médico y salud del profesional (3):

Figura 2 Consecuencias el síndrome de burnout



Tomado de: Colin p. west, liselotte n. dyrbye, tait d. shanafelt. physician burnout: contributors, consequences, and solutions. journal of internal medicine. 2018 mar 5. doi: 10.1111/joim.12752.

2.2. EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL

Se realizaron estudios en Estados Unidos respecto a esta condición, en el 2009 la revisión sistemática de Waguih William IsHak et al (18) reveló que existe una prevalencia de 28% a 45% en estudiantes de medicina, 27% a 75% en residentes (dependiendo de la especialidad 75% en obstetricia-ginecología seguida de un 63% en

medicina interna, 63% en neurología, 60% oftalmología, 50% en dermatología, 40% cirugía general, 40% en psiquiatría y 27% en medicina familiar.), de estos 4.3% de residentes de medicina interna cumplían criterios para síndrome Burnout al iniciar el primer año de residencia e incrementaron al finalizar el primer año a un 55.3%, en dos dominios del síndrome, despersonalización y agotamiento emocional.

Un estudio realizado por Clínica de Mayo entre los años 2011 al 2014 (19) donde participaron 6880 médicos completando la encuesta virtual de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) con sus 22 ítems, evidenció que 46.9% de los médicos tenían un alto agotamiento emocional, 34.6% alta despersonalización, y 16.3% un sentido bajo logro personal; sin embargo, solo el 40.9% de los médicos sintió que su horario de trabajo permitía tener suficiente tiempo para vida personal / familiar. Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar sexo. La prevalencia de burnout fue más alta para todas las disciplinas con un aumento del 10% entre el 2011 y 2014 en Medicina familiar 63%, pediatría general 46,3%, urología 63.6%, cirugía ortopédica 59.6%, dermatología 56.5%, medicina rehabilitación 63.3%, patología 52.5%, radiología 61.4%, y subespecialidades de cirugía general 42.7%,

En Beirut, Líbano se realizó estudio de corte transversal con una muestra de residentes 206 para realización del cuestionario MBI autoadministrado (20) encontrando la prevalencia por dominios de 67.7% para agotamiento emocional, 35% para despersonalización y 32% para pobre percepción de realización personal, llama la

atención que las mujeres residentes presentan una mayor prevalencia de síndrome Burnout. Otros factores como el tipo de la especialidad, años de posgrado, y número de horas de trabajo continuas fueron estadísticamente significativos para asociación con el síndrome. Por otro lado, aquellos quienes realizan cirugía general mostraron una probabilidad estadística significativa de presentar el síndrome y se encontró relación entre la presentación del síndrome y el consumo de alcohol y cigarrillo.

En el hospital Universitario en Brasil, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entre octubre y noviembre de 2015 (21) con una población de 129 residentes quienes completaron la encuesta MBI, entre los cuales el 67.4% estaban en primer y segundo año, 52.9% tenían más de 28 años, 51.9% eran mujeres, 66.1% no eran casados, 87.9% no tenían hijos, 84.5% realizaban más turnos para aumentar sus ingresos, 76.4% trabajaban 24 horas adicionales y 56.6% trabajaban más de 60 horas a la semana. Cerca del 80% experimento un evento estresante en los últimos 6 meses, 72.7% bebían alcohol y 72.9% no vivían con sus padres. El síndrome fue diagnosticado en 36 de los 129 residentes participantes lo que evidencia una prevalencia del 27.9%, siendo más asociado con especialidades quirúrgicas, teniendo el doble de riesgo de presentarlo que residentes de especialidades no quirúrgicas.

2.3. CONTEXTO ESPECIALIDAD MÉDICA PSIQUIATRÍA

Ahora bien, en cuanto a los hallazgos encontrados en la literatura respecto al gremio médico psiquiátrico alrededor del mundo, se realizó un estudio descriptivo en 22 países, donde se evidencio una percepción negativa que desalienta a los médicos graduados de entrar en el campo, y aquellos quienes ingresaban abandonaban tempranamente la especialización por razones tales como un gran número de pacientes desafiantes, condiciones de trabajo no favorables, estrés laboral y baja moral entre el personal . Se encontraron factores estresantes específicos como el estigma percibido, exigentes relaciones terapéuticas, amenazas personales de pacientes violentos y suicidio del paciente

Dentro del estudio, se incluyeron 1980 residentes de psiquiatría correspondientes a 22 países, se encontró que las tasas de burnout varían de 27% a 75%, dependiendo de la especialidad, el país y los métodos aplicados en su valoración, sin embargo es el doble que en la población general, así pues aquellos que puntuaron positivo para agotamiento emocional fueron 1167 (58.9%) siendo la prevalencia variable entre 15% en Bosnia y Herzegovina al 60% en Sudáfrica, encontrando que un mayor nivel de agotamiento emocional se asoció significativamente con un trabajo más prolongado en horas, falta de supervisión clínica y menos de 11 horas diarias descanso. La irritabilidad fue estadísticamente significativamente más alta en los más jóvenes, sin hijos y en aquellos

que declararon que la psiquiatría no era su primera opción de carrera. Finalmente se evidencio una prevalencia de 36.7% para síndrome de Burnout (25).

En un estudio nacional de múltiples especialidades en países bajos con una población de 2115 residentes incluyó 242 residentes de psiquiatría, reportó tasas de agotamiento del 21%, siendo mayor en aquellos quienes trabajaban con pacientes con enfermedades crónicas. (26)

Un estudio realizado en médicos psiquiatras en Zúrich, Suiza con 1485 participantes en su mayoría hombres (62.8%), entre los 36 a 86 años, lo cuales realizaron tres cuestionarios estandarizados para comparar aspectos sociodemográficos, características del trabajo (años de práctica, entorno de trabajo, cantidad de pacientes en psicoterapia y crónicamente enfermos), colaboración con otras áreas médicas y organizaciones de salud mental. A su vez se evaluó el agotamiento, despersonalización y realización personal mediante el Inventario Maslach Burnout (MBI-D). Las variables edad, pacientes en psicoterapia y mayor cooperación con otras especialidades, se asocia con un menor riesgo de agotamiento, por lo tanto, los profesionales de esta área tienen una mayor satisfacción por adecuado pago laboral, carga de trabajo, calidad de los servicios a su disposición, pero difieren de otros estudios realizados en diversos países. (27)

2.4. CONTEXTO COLOMBIANO

En el contexto colombiano, se realizaron diversos estudios tanto en profesionales médicos, como en especialistas psiquiatras y en otras áreas médicas hasta estudiantes de último año en proceso de formación. Dentro de los estudios en internos de último año de medicina, se realizó en el Hospital de la Universidad del norte, Barranquilla en 2007 (28) en donde 55 estudiantes, cuyas edades oscilan entre 20 a 27 años, siendo 50.1% hombres y 49.1% mujeres de estos el 83.6% eran solteros y el 76.4% no tenían hijos. Los resultados evidenciaron una prevalencia global del 9.1% para síndrome de burnout, las categorías presentaron el comportamiento de: 41.8% agotamiento emocional, 76.4% alto grado de realización personal y un 54.5% baja despersonalización. Según las variables utilizadas encontraron la prevalencia en 80% para edades entre 23 a 25 años, 60% sexo femenino, soltero y sin hijos 80%, relaciones interpersonales regulares 50%. Al realizar el análisis estadístico no se evidenció significancia estadística entre Burnout y edad, sexo, estado civil, presencia de hijos, número de atención de pacientes. En contraste, las relaciones regulares con el equipo de trabajo se asociaron con la presencia de Burnout ($p = 0.01$), el grado de agotamiento emocional ($p = 0.043$) y falta de realización personal ($p = 0.002$). La presencia de hijos se asoció también con el grado de agotamiento emocional ($p = 0.04$).

Otro estudio realizado en Hospital Universitario del Valle en 2002 (29) en el cual se incluyeron 150 médicos, de los cuales 63 eran internos (42%), 45 residentes de

especialidades clínicas (30%) y 42 residentes de especialidades quirúrgicas (28%); dentro de las características sociodemográficas de los participantes se encontró que 79 (52.7%) fueron hombres y 71 (47.3%) mujeres; 102 (68%) procedentes de Cali, 95 (63.3%) de raza blanca, 76 (50.7%) de nivel socioeconómico medio (estrato 3-4), y 108 (72%) solteros. Dentro de los resultados se encontró que el síndrome en intensidad entre moderada y severa se observó en 128 médicos (85.3%), no existían diferencias estadísticas entre la intensidad del síndrome entre internos, residente clínicos o quirúrgicos leve $p=0.32$; moderada $p=0.26$; severa $p=0.52$; respectivamente; de estos el 76% de médicos incluidos en el estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, 60% despersonalización y 50% alta realización personal, sin diferencias estadísticas entre internos, residente clínicos o quirúrgicos. Así pues, no se mostró asociación significativa entre el síndrome y las variables sociodemográficas sexo $p=0.55$, edad $p=0.86$, procedencia $p=0.14$, el estado civil $p=0.59$, el nivel académico $p=0.22$, la etnia $p=0.48$, el tipo y nivel de entrenamiento $p=0.21$, el nivel socioeconómico $p=0.59$. En contraste, el tipo de desgaste profesional se asoció con el tipo de disfunción familiar $p=0.02$; el número de turnos semanales se asoció significativamente con el desgaste profesional $p=0.02$.

Ahora bien, otro estudio realizado en médicos generales de tres instituciones privadas en Bogotá (30) donde se les aplicó escala CESQ a un total de 106 médicos se evidenció que la frecuencia del síndrome fue del 6.6% (IC95%, 1%-11%) con puntuaciones >4 ,

con una, alta frecuencia en los dominios desgaste psíquico (18,9%) e indolencia (45,6%) para niveles alto-crítico, de los que puntuaron alto para síndrome el 85,7% son mujeres, solteras y sin hijos, y el 100% trabaja en urgencias. Los profesionales con bajos niveles de Burnout parecieran relacionarse con tener pareja estable e hijos.

Por otro lado, investigación realizada en residentes de diferentes especialidades médico quirúrgicas en la Universidad Militar Nueva Granada en 2008 (31) donde participaron 138 residentes siendo el 63.8% de la población quienes realizaron el cuestionario breve de burnout (CBB) y la escala de bienestar psicológico (BIES-A) para establecer los niveles de bienestar bajo, moderado o alto. De los participantes eran 53.7% en hombres y un 46.3% mujeres y se observó que el 43% presentó nivel medio o alto y el 57% nivel bajo. Dentro de las características sociodemográficas se obtuvo que el 70% de la muestra era soltera, 67.6% no tenían hijos, el 43,9% de los residentes cursaba el primer año de especialidad y el 31.6% el segundo año. Los resultados mostraron que no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el síndrome y las variables sociodemográficas como la edad, género, estado civil, número de hijos, año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre el síndrome y la medida de bienestar psicológico y los componentes de aceptación / control cuando los turnos varían de 18 a 24 horas ($r=-.391$, $p=0,02$). Finalmente se encontró que la prevalencia fue de un

12.6% similar a otros estudios en personal de salud, sin embargo, no encontró relación con las variables sociodemográficas como en otros estudios previamente descritos.

Dentro de la especialidad de psiquiatría, se realizó un estudio en 2012 (32) donde la población utilizada fueron médicos psiquiatras de programas nacionales y extranjeros que se encuentran registrados en la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP) siendo 121 las personas participantes, de estos el 54% trabajaban en Bogotá; para su evaluación se utilizó el cuestionario de tamizaje del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) y dentro de las variables exploradas sexo, edad, ciudad de residencia, tiempo ejercido de la profesión, clase de vinculación laboral y tipo de actividades que realiza. La prevalencia fue del 9.9%, de estos el 4.96% considerados como casos graves de alto riesgo y requerían intervención; la mayor presencia de burnout se dio en aquellos que trabajan exclusivamente en área clínica en comparación con aquellos que poseen actividades docentes, investigación o administrativas.

2.5. ESCALAS DE MEDICIÓN

Dentro de los instrumentos de evaluación encontramos los siguientes (Tabla 1):

Tabla 1 Escalas existentes para evaluación

ESCALA	AUTORES
Inventario de Maslach Burnout	Maslach y Jackson (1981)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Aronson y Kafry (1981)

Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory Venturi	Dell Rizzo (1994)
Cuestionario breve de burnout (CBB)	Moreno, Bustos, Matallana y Millares, 1997
Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)	Gil-Monte (2011)

Tomado de: Rodríguez MG, Rodríguez R, Riveros AE, Rodríguez ML, Pinzón JY. Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Tesis presentada a U. Rosario y CES para optar al título de especialista en epidemiología. 2011

El inventario de Maslach Burnout (MBI) ha sido el instrumento más utilizado y validado para evaluar el síndrome en estudiantes y profesionales en el área de la salud; está compuesto de 22 elementos donde se valora el agotamiento, despersonalización y baja eficacia profesional. Todos los ítems de cada una de estas tres subescalas se puntúan en una escala de frecuencia de 7 puntos, que va desde 0 (nunca) a 6 (siempre). Cinco ítems evalúan agotamiento, cuatro evalúan despersonalización y seis ítems evalúan autoeficacia académica, para un total de 15 reactivos. En este esquema, los puntajes de agotamiento emocional se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales que se describen como estar saturado o cansado emocionalmente por el trabajo, puntaje que de ser 27 o más es positivo para agotamiento; los puntajes de despersonalización describen una respuesta fría e impersonal con falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de atención, es positivo cuando puntea 10 o más; los puntajes de realización

personal están compuestos por 8 ítems y describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, y puntuaciones altas en los dos primeros dominios y baja en el tercer dominio definen el Síndrome Bornout.

Se han desarrollado 3 versiones del *Maslach Burnout Inventory*, el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a profesionales de servicios humanos, el MBI-Educators (MBI-ES) dirigido para profesores, y finalmente el MBI-General Survey (MBI-GS), de carácter genérico para evaluar el síndrome en otras profesiones con objetivo de servicios humanos (33). Se ha encontrado una validez variable en el uso de este inventario para la evaluación del Síndrome Burnout, encontrando una sensibilidad desde el 78% y especificidad del 48% (34), hasta una sensibilidad 92.2% y una especificidad del 92.1%. (35).

Otras escalas para la evaluación del Síndrome Burnout son la Staff Bornout Scale, que es un inventario de 30 ítems que evalúan las reacciones cognitivas, afectivas, conductuales y psicológicas referentes al Síndrome Burnout, y cuenta con 4 subdominios: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad física y reacciones negativas profesionales con los pacientes. Su uso es limitado ya que solo se relaciona con profesionales de la salud. Otra escala utilizada para la medición del síndrome Burnout es la Tedium Measure (Pines, Arosen y Kafry, 1981) que está compuesta de 21 ítems con siete opciones de respuesta (desde nunca a siempre);

mide 3 dimensiones de síndrome Burnout: agotamiento físico (fatiga, abatimiento), agotamiento emocional (depresión) y agotamiento mental (inutilidad, desilusión y resentimiento). Su limitación consiste en que fue diseñada inicialmente para abarcar otros síndromes a parte del Burnout. El Bournout Scale (Kremer y Hofman, 1985), es un cuestionario de 5 ítems que no se someten a análisis factorial y tiene una baja fiabilidad. El Energy Depletion Index (Garden, 1987), se trata de una escala para valorar la disminución de la energía, correspondiente al dominio de agotamiento de la MBI. Esta escala está compuesta por 7 ítems que miden los niveles de energía, y solo se remite a la evaluación de este dominio (34).

Se escogerá para este estudio la *Maslach Burnout Inventory*, en su versión MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), ya que es la escala con mayor aceptación a nivel mundial, siendo la escala para la evaluación de Síndrome Burnout más usada en América Latina, la Unión Europea y Estados Unidos, y es específica para su evaluación en profesionales del área de la salud, la cual es la población de este estudio. A pesar de contar con más inventarios y escalas para la realización del estudio, se encuentran varias falencias para la evaluación del síndrome en otras profesiones, su pobre eficacia y escasa validación internacional.

3. PROBLEMA

Durante el siglo XXI se han aumentado los estudios sobre el Síndrome Burnout, ya que, debido a diversos factores socioculturales, económicos y académicos, se ha incrementado su prevalencia, especialmente en profesionales del área de la salud (10,12, 20). Sin embargo, al ser una patología relativamente nueva y recientemente descrita en la literatura, no recibe un manejo integral oportuno.

En Colombia, el Síndrome Burnout ha sido muy poco estudiado, lo cual genera un vacío del conocimiento en el sector salud en nuestro país, ya que la mayoría de los estudios se han llevado a cabo especialmente en Europa y Estados Unidos. Los residentes de especialidades médico quirúrgicas en Colombia son una población potencialmente susceptible a desarrollar el síndrome, debido a las características sociodemográficas, económicas y académicas que probablemente se relacionen con el incremento de la incidencia. En la Universidad el Bosque no se ha realizado un estudio de este tipo en dicha población, por lo cual se refuerza el concepto de la necesidad de realizar más estudios que exploren de mejor manera la situación actual de los residentes de especialidades médico-quirúrgicas en el periodo del 2019, entendiendo que este síndrome es un problema latente que de una u otra manera, afecta profundamente tanto en el campo psicológico, laboral y social.

Por lo tanto, se postuló la siguiente pregunta de investigación para este estudio: ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome Burnout en médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad el Bosque en el año 2019?

4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el exceso de trabajo tiene una gran repercusión en la vida de la población (14,18). Cuando se habla de la profesión médica y sus especialidades médico quirúrgicas, hay que tener en cuenta que éstas implican una gran carga laboral por la responsabilidad que conllevan, pero poco se ha estudiado al respecto en relación a su influencia en la salud mental de los médicos.

Este trabajo tiene como objetivo principal identificar la prevalencia del Síndrome Burnout en médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas en la Universidad del Bosque en Bogotá, Colombia. Los resultados encontrados en esta investigación son de importante utilidad ya que el Síndrome Burnout es una entidad clínica poco identificada, estudiada y abordada a nivel mundial, en mayor medida en los países latino americanos, en especial nuestro país.

La importancia de este estudio radica en el impacto laboral, psicológico y social que pudieran tener los múltiples factores de exposición, a los cuales se enfrentan día a día los médicos residentes en su práctica clínico-quirúrgica. Consecuentemente, el posible efecto que pudieran tener estos resultados para una nueva propuesta en la metodología y estructuración del pensum académico, medidas de bienestar adicionales y crear conciencia sobre la importancia de estos factores en el sentimiento de bienestar y la salud mental de los residentes.

5. OBJETIVOS

General

- Identificar la prevalencia de síndrome Burnout en médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad el Bosque en el segundo semestre del año 2019.

Específicos

- Describir los factores sociodemográficos y factores asociados de la muestra.
- Evaluar los síntomas de agotamiento, despersonalización y baja eficacia profesional mediante el inventario *Maslach Burnout Inventory*, en su versión MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) en la muestra.
- Explorar la presencia de asociación de variables que predisponen a desarrollo de Síndrome Burnout en la muestra.

6. METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional de corte transversal, con componente analítico exploratorio.

Este es un estudio de uno o más eventos epidemiológicos en un momento dado. La unidad de tiempo en este tipo de estudio depende de las condiciones del mismo y del investigador para conocer la prevalencia de un fenómeno por medio de una encuesta.

Este tipo de estudios pueden tener varios objetivos como estudiar un solo evento epidemiológico, estudiar dos o más eventos epidemiológicos sin tratar de establecer una relación y, como es el caso de nuestro estudio, establecer las bases para relación de asociación entre dos o más eventos epidemiológicos.

6.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA

Todos los residentes de especialidades médico quirúrgicas que cursaron estudios en la universidad El Bosque, matriculados durante el segundo semestre de 2019, previo a la obtención del consentimiento informado por escrito.

Se calculó la muestra en mínimo 43 residentes para tener un nivel de confianza del 95%.

Criterios de inclusión

Ser mayor de edad.

Ser médico residente de la Universidad el Bosque.

Estar activo como estudiante de posgrado en el segundo semestre del año 2019.

Dar su consentimiento informado por escrito para su participación en el estudio.

Criterios de exclusión

Ninguno.

6.3. VARIABLES

Nombre de variable	Definición de variable	Escala de medición	Observaciones
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa de razón	Años cumplidos
Estado civil	Clase de estado civil	Cualitativa nominal politómica	1.Soltero 2.Casado o Unión Libre 3.Viudo 4.Separado o divorciado
Estrato socioeconómico	Nivel de estrato socioeconómico en el que viven según recibo de servicios públicos	Cualitativa ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6
Sexo	Características físicas	Cualitativa nominal dicotómica	0. Femenino 1. Masculino
Número de hijos	Cantidad de hijos vivos	Cualitativa ordinal	Ninguno: 0 1 a 3 hijos:1 >3 hijos:2

Número de Personas con las que convive	Cantidad de personas con las que comparte la vivienda	Cualitativa ordinal	Ninguno: 0 1 a 3 personas: 1 >3 personas: 2
Residencia	Especialización que esta realizando	Cualitativa nominal	Nombre
Año de residencia	Año de residencia que se encuentra realizando en el momento de responder el cuestionario	Cualitativa ordinal	Primer año: 0 Segundo año: 1 Tercer año: 2 Cuarto año: 3 Subespecialización: 4
Tiempo del desplazamiento al sitio de rotación al día	Minutos u horas requeridos para el traslado del hogar al trabajo o trabajos y viceversa por día.	Cualitativa ordinal	< 30 min: 0. 30-60 min: 1. 1 a 2 horas: 2. > 2 horas: 3.
Horas de actividades asistenciales	Tiempo en el cual se desarrolla las actividades asistenciales a la semana	Cualitativa ordinal	48-72 horas: 0 72-96 horas: 1 >96 horas: 2
Trabajo adicional a la residencia	Tiene trabajo adicional a la residencia	Cualitativa, categórica	No tiene: 0 Tiene: 1
Cuantos trabajos	Número de contratos laborales durante residencia	Cualitativa ordinal	Ninguno: 0 1 empleo: 1 2 empleos o mas: 2
Número de horas de trabajo diferentes a la residencia	Tiempo o jornada laboral diferente a la residencia a la semana.	Cualitativa ordinal.	No tiene : 0 <8 horas: 1 8-12 horas: 2 12-24 horas: 3 24-48 horas: 4
Tiempo dedicado al ocio en la semana	Horas dedicadas a actividades diferentes al trabajo.	Cualitativa ordinal	<8 horas: 0 8-16 horas: 1 16-24 horas: 2 24-36 horas: 3

Agotamiento emocional	Disminución o pérdida de recursos emocionales que se describen como estar saturado o cansado emocionalmente por el trabajo	Cualitativa nominal	>26 positivo para agotamiento 0: negativo 1: positivo
Despersonalización	Describen una respuesta fría e impersonal con falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de atención	Cualitativa nominal	positivo cuando puntea de >9 0: negativo 1: positivo
Realización personal	Describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo.	Cualitativa nominal	puntuación máxima es de 48 puntos, cuanto mayor es la puntuación mayor es la realización personal, puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout 1: alto 0: bajo
Síndrome de Burnout	Presencia de la enfermedad de acuerdo a los puntajes obtenidos en el cuestionario MBI Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33	Cualitativa nominal	Si: 1 No:0 Puntuaciones altas en los dos primeros dominios y baja en el tercer dominio definen el síndrome.

6.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (INSTRUMENTO)

Se diseñó un formato de diligenciamiento con las variables sociodemográficas y otras de interés para el estudio en formato físico. Adicionalmente se aplicó el Inventario Maslach

Burnout en su versión MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) de forma presencial a todos los residentes de especialidades médico quirúrgicas que estén matriculados en la Universidad el Bosque en el segundo semestre del año 2019. Se entregó el formato mediante la ayuda de los jefes de residencia de cada una de las especializaciones, teniendo un tiempo prudente para responder y dar su consentimiento informado. Posteriormente fueron recogidos por el mismo jefe de residentes y entregado a nosotros los investigadores.

Se digitó la información en el software Microsoft Excel® en formato prediseñado con cada una de las variables. Posteriormente, se trasladó la base de datos al software SPSS®, versión 21.0 para el análisis estadístico.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

Instrumento

Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory*, en su versión MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), ya que es la escala con mayor aceptación a nivel mundial, siendo la escala para la evaluación de Síndrome Burnout más usada en América Latina, la Unión Europea y Estados Unidos, y es específica para su evaluación en profesionales del área de la salud, la cual es la población de este estudio.

Este instrumento se aplicó de forma presencial mediante un cuestionario en formato físico, con previa autorización por parte de todos los residentes de las especialidades médico quirúrgicas, que cursaran desde primer semestre hasta último semestre en el segundo periodo académico del año 2019.

8. ASPECTOS ESTADÍSTICOS Y PLAN DE ANÁLISIS

$$n = \left(\frac{z}{d}\right)^2 p * q$$

$$p = 0,197; q = 0.803$$

$$\text{Precisión: } d = 0,10$$

Nivel de confianza 95%

$$\text{Valor de } z = 1.96$$

Luego:

$$n = \left(\frac{1.96}{0.10}\right)^2 0.197 * 0.803$$

$$n = (384,16)(0,164) = 43$$

El cálculo del tamaño de la muestra se calculó con una prevalencia de 12.6% de Se usaron los siguientes parámetros:

$$\text{Precisión: } d = 0,10$$

Nivel de confianza 95%

$$\text{Valor de } z = 1.96$$

Total de la muestra: 43 pacientes.

Posterior a la recolección de la información, se hizo el análisis estadístico en SPSS ® Versión 21.0. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Las variables cuantitativas fueron evaluadas para normalidad utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk a un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$).

En el caso de las variables cuantitativas continuas y discretas con distribución normal, se utilizó la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación estándar, como medida de dispersión. Para el análisis bivariado exploratorio se utilizaron las pruebas de asociación de Chi cuadrado.

9. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se realizó cumpliendo los requisitos y normas de la Declaración de Helsinki en su revisión del 2000 y las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud de 1996 y el artículo 11 de la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención, sólo una observación de variables no sensibles de los individuos.

Los sujetos participaron de manera voluntaria en el estudio con previa autorización mediante consentimiento informado por escrito.

El consentimiento informado incluyó datos de contacto del residente como número de cédula, teléfono y mail, con el fin de que los residentes que puntuaran positivo para el Síndrome fueran contactados por los investigadores para informarles de su resultado y considerar acudir a una valoración médica individual.

El instrumento aplicado garantizó la confidencialidad de los datos aportados por los participantes. Los resultados serán utilizados de forma global para fines académicos únicamente y no se utilizarán de forma individual.

El instrumento se aplicó posterior a la revisión y aprobación del comité de ética del C. E. I. Campo Abierto LTDA, el cual está aprobado y vigilado por el INVIMA.

10. ORGANIGRAMA



11. CRONOGRAMA

Cronograma general del proyecto

Actividades	Mes																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Formulación de la pregunta de investigación																		
Revisión del estado del arte																		
Diseño metodológico																		
Aprobación del anteproyecto por parte de los asesores																		
Aprobación del comité de ética en investigación																		
Aplicación del cuestionario																		
Análisis de datos y resultados																		
Construcción y presentación del informe final																		

12. PRESUPUESTO

Presupuesto general del proyecto

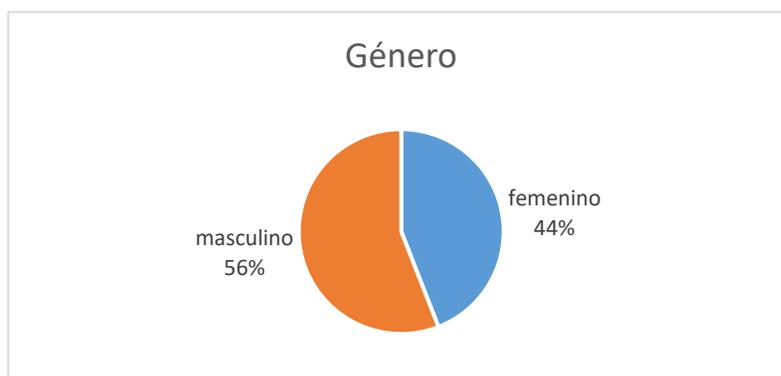
Concepto	Valor Unitario	Cantidad	Valor Total
Cartucho para impresora	\$70.000	2	\$140.000
Resma de papel tamaño carta	\$30.000	2	\$60.000
Encuadernación	\$8.000	2	\$16.000
CD	\$3.000	1	\$3.000
Transportes	\$60.000	3	\$120.000
Tiempo	\$ 60.000/h	6 h/semana	\$20.160.000
TOTAL			\$20.499.000

13. RESULTADOS

La población de estudio fue en total 93 sujetos, con una edad media de 29,13 años (mínimo 24 años, máximo 46 años), de los cuales el 56% fueron de sexo masculino. La prevalencia del Síndrome en la población de nuestro estudio es de 23,6% (I.C. 95%=16,1% - 32,2%).

La distribución de la prevalencia el Síndrome de *Burnout* entre sexo masculino fue de 26,9% (n=14) (I.C. 95%= 16,7% – 40,2%). El 44% de la muestra fue de sexo femenino, en quienes se encontró una prevalencia de *Burnout* de 19,5% (n=8) (I.C. 95% 10,2% - 34,0%). No se encontró una asociación estadísticamente significativa con esta variable y el *Burnout*.

Figura 3 Porcentaje de participantes según el sexo



Según la especialidad se encontraron diferencias en cuanto a proporción de sujetos que presentaron el Síndrome de Burnout, encontrando en medicina interna y radiología una mayor proporción de casos positivos respecto a las demás especialidades. Por ejemplo, en anestesiología no se reportaron casos positivos para el síndrome, al igual que en cardiología,

dermatología, fisiatría, ginecología, neonatología, ortopedia y reumatología pediátrica (Tabla 2).

Tabla 2 Relación entre número de participantes por especialidad y Síndrome de Burnout

Nombre especialidad	Síndrome Burnout (n)	Total (n)	Prevalencia Bourout (%)
Anestesiología	0	1	0,0
Cardiología	0	1	0,0
Cardiología adultos	0	1	0,0
Dermatología	0	2	0,0
Fisiatría	0	10	0,0
Ginecología	0	2	0,0
Medicina del deporte	3	22	13,6
Medicina interna	9	13	69,2
Neonatología	0	1	0,0
Ortopedia	0	1	0,0
Pediatría	3	15	20,0
Psiquiatría	2	15	13,3
Radiología	5	8	62,5
Reumatología pediátrica	0	1	0,0
Total	22	93	23,7

En cuanto a la variable año de residencia y Síndrome de *Burnout*, se observó que los años de residencia con mayoría de casos, fueron los dos primeros años de residencia, observando 21 casos (95,4%). Se encontró que esta variable se asoció estadísticamente con el desarrollo de Síndrome de Burnout. Es importante resaltar que 44 participantes que respondieron el cuestionario se encontraban realizando el primer año de especialidad, 28 participantes

realizaban segundo año, 15 participantes cursaban tercer año, 2 participantes realizaban cuarto año de especialidad, y 4 participantes se encontraban realizando subespecialización.

En cuanto a las otras variables medidas, se observó que no tener hijos fue una variable frecuente en la población de estudio (76,3%), con una presentación de tener 1-3 hijos en 6 participantes (6,45%), de los cuales ninguno presentó Síndrome de Burnout. Según los resultados se observó que esta variable no fue estadísticamente significativa para la presentación de Síndrome de Burnout.

En cuanto a trabajo adicional a la residencia, se observó que 75 participantes (80,6%) no tenían trabajo adicional. Los 18 participantes con trabajo adicional (19,3% del total de la muestra), 7 presentaron puntajes positivos para Síndrome de Burnout. Según el análisis de estos resultados. El trabajo adicional no fue estadísticamente significativo para el desarrollo del Síndrome. Mientras que la variable número de trabajos adicionales sí se asoció con la presencia del *Burnout* ($p=0,023$). De los participantes con trabajo adicional a la residencia ($n=18$), 16 participantes tenían 1 empleo y sólo dos sujetos tenían dos o más empleos, quienes presentaron puntajes positivos para Síndrome de Burnout.

Dentro de estos trabajos adicionales a la residencia, se encontró que 5 participantes ($n=5/93$; 5,3%) trabajaban más de 8 horas, de los cuales 1 participante fue positivo para el Síndrome de Burnout. Seis participantes ($n=6/93$; 6,4%) trabajaban de 8 a 12 horas, de los cuales 3

presentaron puntajes positivos para el Síndrome. Tres participantes ($n=3/93$; 3,2%) trabajaban de 12 a 24 horas, de los cuales 1 participante presentó puntaje positivo para el Síndrome. Y cuatro participantes ($n=4/93$; 4,3%) trabajaban de 24 a 48 horas, de los cuales 2 presentaron puntajes positivos para el Síndrome de Burnout. Según el análisis de estos resultados, se encontró que la variable número de horas de trabajo adicionales a la residencia, no fue estadísticamente significativo para el desarrollo del Síndrome Burnout.

En cuanto a las horas dedicadas al ocio a la semana, dentro de los 93 participantes, se encontró que 47 participantes (50,5%) dedicaban 8 horas o menos a actividades de ocio a la semana, de los cuales 16 participantes presentaron puntajes positivos para el Síndrome de Burnout. 33 participantes (35,5%) dedicaban entre 8 a 16 horas a actividades de ocio a la semana, de los cuales 3 presentaron puntajes positivos para el Síndrome, 10 participantes (10,7%) dedicaban entre 16 a 24 horas a actividades de ocio a la semana, de los cuales 3 presentaron puntajes positivos para el Síndrome de Burnout, y 3 participantes (3,2%) dedicaban entre 24 a 36 horas de ocio a la semana, de los cuales ninguno presentó puntajes positivos para Síndrome de Burnout. Según el análisis estadístico de estos resultados, la variable número de horas dedicadas a actividades de ocio, se asoció estadísticamente para el desarrollo del Síndrome de Burnout ($p=0,02$), encontrando como factor protector tener entre 8 a 16 horas de ocio a la semana [OR=0,2: (I.C.95% 0,05 – 0,79)].

Tabla 3 Relación entre horas de ocio y Síndrome de Burnout

Horas de ocio a la semana	Síndrome Burnout (n)	Total (n)	Prevalencia Bourout (%)
8 horas o menos	16	47	34,0
8 a 16 horas	3	33	9,1
16 a 24 horas	3	10	30,0
24 a 36 horas	0	3	0,0
Total	22	93	23,7

Dentro del *Maslach Burnout Inventory*, se evaluaron tres esferas al responder el cuestionario. Frente al ítem Agotamiento emocional (disminución o pérdida de recursos emocionales que se describen como estar saturado o cansado emocionalmente por el trabajo) se encontró que, de los 93 participantes, 30 participantes presentaron puntajes positivos (32,2%) en este dominio.

El segundo dominio evaluado, dominio de Despersonalización (describen una respuesta fría e impersonal con falta de sentimientos e insensibilidad hacia los pacientes) se encontró que, de los 93 participantes, 22 participantes presentaron puntajes positivos (23,6%).

Por último, el dominio Realización Personal (describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo) se encontró que, de los 93 participantes, 20 de ellos presentaron niveles bajos de Realización personal (21,5%), de estos, 7 participantes cumplieron con los criterios para Síndrome de *Burnout* (35%).

Llama la atención que a pesar de que no cumplieron todos los criterios para *Burnout*, el 77,4% (n=72) presentaron al menos uno de los dominios positivos en la escala *Maslach Burnout Inventory* (Tabla 4).

Tabla 4 Distribución de dominios en escala Maslach Burnout Inventory

Dominios escala <i>Maslach Burnout Inventory</i>	Puntajes positivos en dominio	Total de individuos con <i>Burnout</i> (n)	Proporción de positividad del dominio (%)
Agotamiento emocional	30	22	136,4
Despersonalización	22	22	100,0
Baja realización Personal	20	22	90,9
Total	72		

Finalmente, aquellos participantes que puntuaron positivo fueron contactados por nosotros los investigadores, se les indicó los resultados y la positividad de la prueba, se les explico el proceso que se debía llevar a cabo, como el seguimiento por el área de psiquiatría, Sin embargo, ninguno de los participantes que puntuaron positivo aceptaron dicho seguimiento.

14. DISCUSIÓN

Realizando una comparación entre los datos encontrados en nuestra búsqueda de información presentados en este estudio en el marco teórico, y en el análisis de los resultados obtenidos con la recolección de datos en la población de este estudio, encontramos notables semejanzas como diferencias.

En primera instancia, se encontró que los sentimientos y síntomas de agotamiento en nuestro estudio se presentaron en un 32,2% de participantes, dato aproximado a su presentación en población medica en formación en Estados Unidos, el cual es cercano al 50% (4). Igualmente se encontraron datos similares en cuanto a los otros 2 dominios del Síndrome Burnout; por ejemplo, las tasas de despersonalización en personal médico estadounidense en estudios realizados han sido de un 34,6% y de baja realización personal de un 16,3% (19) siendo encontrado en nuestro estudio en 23,65% y 21,5% respectivamente.

La prevalencia del Síndrome Burnout reportada en otros estudios se ha establecido entre un 25%-75% (18), dependiendo de la residencia realizada, siendo un dato cercano a ese, la prevalencia del Síndrome en la población de nuestro estudio, el cual es de un 23,6%.

Como podemos observar en datos plasmados en el marco teórico, referentes a cada especialidad médica, se ha observado una mayor tasa de errores en la práctica médica específicamente en residentes de la especialidad medicina interna, lo que está asociado

igualmente a unas mayores tasas de agotamiento y baja realización personal (dominios de Síndrome Burnout) de forma bidireccional (4); en nuestro estudio, teniendo en cuenta la significancia estadística de la variable de la especialidad cursada, se encontró que especialidades como medicina interna, cuentan con las mayores tasas de Síndrome Burnout, lo que estaría en concordancia en lo encontrado en otros estudios reportados. Sin embargo, se debe tener en cuenta que nuestra muestra presenta limitaciones en cuanto a tamaño y distribución de las diferentes especialidades médicas.

Como se observa en el análisis de otras poblaciones, se observa como una baja sensación de tiempo para ocupar en la vida personal y familiar es un factor importante para disminuir la sensación de carga y agotamiento laboral (19), dato que se observa reforzado por los resultados de este estudio, en el cual los estudiantes con 8 a 12 horas de su tiempo dedicadas al ocio, presentaron menos tasas de Síndrome de Burnout. Llama la atención que aquellos con más de 12 horas también presentaron mayores tasas de *Burnout*.

Al igual que en otros estudios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar sexo, pero si diferencias según tipo de especialidad cursada, encontrando mayor prevalencia en especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría, Radiología y Medicina del Deporte. (19)

En otros estudios en población médica han encontrado mayores tasas en residentes de especialidades quirúrgicas en Brasil (21); sin embargo, en nuestro estudio no se contó con estudiantes de especialidad Cirugía General, la cual cuenta con una gran carga de estrés laboral y emocional inherente a su práctica médica.

Por otra parte, si se realiza una comparación demográfica de los resultados de estudios en nuestra región y los datos obtenidos en el estudio, se evidencia acá que los participantes del sexo masculino presentaron mayor cantidad de casos positivos para Burnout; sin embargo la literatura demuestra que en esta variable las mujeres son las más afectadas y dan más casos positivos para el síndrome quizás por la carga cultural que tiene la mujer en nuestra sociedad como el tener que cumplir con muchas obligaciones incluidas las labores del hogar y el estudio, entre otras (28,3). Adicionalmente otros datos sociodemográficos como la cantidad de hijos, el estrato socioeconómico y el número de personas con las que convive no fueron estadísticamente significativas en ningún estudio incluido el nuestro; mientras que variables como año de residencia, trabajo adicional a la residencia y tiempo dedicado al ocio en la semana se asoció significativamente con la presentación del síndrome.

El tiempo dedicado al ocio a la semana es un factor para destacar en los estudios revisados en Colombia y en el mundo como se dijo previamente, se ha asociado significativamente con la presencia del síndrome de Burnout, que en nuestro estudio demuestra dicha asociación. Es por esto que como recomendación se debería aumentar

el tiempo de ocio en todos los residentes de especializaciones medico quirúrgicas sin importar su año de residencia o tipo de la misma pues contribuiría a la mejoría de la salud mental de todos los estudiantes, permitiéndoles disfrutar también de otras actividades que no solamente sea la parte profesional pues hemos entendido que somos el resultado de interacciones biopsicosociales.

Dicho lo anterior, los programas de residencia deben velar por promover una buena salud mental, es decir que tengan un programa en el que se realice seguimiento y continuidad a lo que hicimos en este estudio, a aquellos estudiantes que puntúen positivo realizar un seguimiento y manejo interdisciplinario con el área de psiquiatría para promover la escucha y mejorar modelos adaptativos, haciendo que todos los residentes de todas las especialidades participen, ya que como se dijo previamente en nuestro estudio muchos residentes no participaron de áreas que en la literatura reportan tasas altas del síndrome.

Las implicaciones de nuestro estudio conllevarán a fortalecer el entendimiento de una buena salud mental y el requerimiento en todas las especialidades para mejorar las condiciones de trabajo de los residentes velando en todo momento por el bienestar mental y físico de los mismos. Esperamos que con este trabajo se fortalezca el área de psiquiatría en todos los escenarios de práctica clínica y se entienda finalmente la importancia que hace una buena salud mental en el actuar médico.

15. CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en el presentes estudio, las conclusiones fueron:

1. La prevalencia en el grupo de estudio (93 residentes) fue de 23,6%. siendo un dato cercano a los encontrados en los estudios a nivel mundial y nacional los cuales muestran tasas de prevalencia entre un 25%-75%, dependiendo de la residencia realizada. Las variables como especialidad cursada, año de residencia (dos primeros años), trabajo adicional y número de horas de ocio fueron estadísticamente significativa para el desarrollo del Síndrome de Burnout por lo que las intervenciones deben ir dirigidas a mejorar estas condiciones.
2. El cuestionario *Maslach Burnout Inventory*, con el cual se evaluaron tres categorías agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, se encontró que las variables agotamiento emocional (estar saturado o cansado emocionalmente por el trabajo) y despersonalización (respuesta fría e impersonal con falta de sentimientos e insensibilidad hacia los pacientes) fueron encontradas en la mayoría de los individuos (77,4%), a pesar de que no todos ellos cumplieron criterios para el síndrome de Burnout, lo cual puede sugerir que existen factores predisponentes para la presentación del burnout no medidos por la escala utilizada.
3. Relacionado con el punto anterior, resaltamos la importancia de propender por políticas de atención en salud mental en todos los niveles de educación junto con

estrategias organizacionales mucho más conscientes que estén dirigidas a evitar la sobrecarga laboral, mejorar el clima en las rotaciones y promocionar el bienestar para los residentes de la Universidad el Bosque. Es importante enfatizar en la necesidad del tiempo dedicado a actividades de esparcimiento como un aumento en las horas de ocio para así fortalecer el amor por el trabajo y las relaciones interpersonales, así mismo contribuyendo a los buenos resultados y calidad en la formación de los mismos, evitando las consecuencias que tiene en la atención del paciente, así como en la calidad de vida de los residentes.

4. Con lo anterior, se sugiere continuar con estudios al respecto en poblaciones más extensas, es decir incluir a todas las especialidades que no participaron de nuestro estudio como lo es cirugía general y las subespecialidades, e incluir como posibles variables otros factores psicosociales y variables de personalidad, e indicadores fisiológicos para evidenciar que tiene implicaciones a nivel biopsicosocial.

16. REFERENCIAS

- (1) Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of social ISSUES* 1974; 30: 159–65. Disponible en: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- (2) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996. Disponible en: [t: https://www.researchgate.net/publication/277816643](https://www.researchgate.net/publication/277816643)
- (3) Colin P. West, Liselotte N. Dyrbye, Tait D. Shanafelt. Physician Burnout: Contributors, Consequences, and Solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018 Mar 5. doi: 10.1111/joim.12752.
- (4) West C, Huschka M, Novotny P et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296: 1071–8
- (5) Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007; 32: 203–12
- (6) Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care* 2010; 22: 525–30
- (7) Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and selfreported patient care in an Internal Medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002
- (8) Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010; 251: 995–1000
- (9) Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol* 2015; 5: 1–13.

- (10) Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev* 2008; 33: 29–39
- (11) Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 1358–67
- (12) Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015; 36: 28–41
- (13) Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM et al. Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg* 2012; 147: 168–74.
- (14) van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res* 2008; 12: 344–6.
- (15) Center C, Davis M, Detre T et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289: 3161–6
- (16) Aguirre Roldán AM, Quijano Barriga AM. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista colombiana de psiquiatría* 2015 Oct;44(4):198..
- (17) Waguih William IsHak, Sara Lederer, Carla Mandili, Rose Nikraves, Laurie Seligman, Monisha Vasa, Dotun Ogunyemi, and Carol A. Bernstein (2009). Burnout during Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*: December 2009, Vol. 1, No. 2, pp. 236-242.
- (18) Shanafelt TD, MD, Hasan, Omar, MBBS, MPH, Dyrbye, Lotte N., MD, MHPE, Sinsky C, MD, Satele D, MS, Sloan J, PhD, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings* 2015;90(12):1600-1613.
- (19) Ashkar K., Romani M., Musharrafieh U., Chaaya M., (2010). Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Bmj Journals*, Volume 86, Issue 1015

- (20) Pedro Alves da Cruz Gouveia, Maria Hosana Chaves Ribeiro Neta, Carlos Alberto de Moura Aschoff, Doris Pires Gomes, Nadine Anita Fonseca da Silva, Helton Aleksandro Firmino Cavalcanti. (2017). Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.63 no.6.
- (21) Panagiotis Zis, Fotios Anagnostopoulos, and Panagiota Sykioti. (2014). Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal*. Volume 2014 (2014), Article ID 673279, 10 pages
- (22) Stephen J. Ramey, Awad A. Ahmed. Burnout Evaluation of Radiation Residents Nationwide (BERRN): Results of a Survey of United States Residents. *International Journal of Radiation Oncology*, Junio 2017
- (23) Alex J. Bartholomew Anna K. Hou. Meta-Analysis of Surgeon Burnout Syndrome and Specialty Differences. *Journal of Surgical Education* 2018 <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.02.003>
- (24) Jovanović N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Rojnic Kuzman M, 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. *European Psychiatry* 2016;32:34-41.
- (25) Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, Gazendam-Donofrio SM, et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Med Educ* 2010;44:236-47
- (26) Johanna Baumgardt, Jörn Moock, Wulf Rössler and Wolfram Kawohl. Aspects of sustainability: cooperation, job satisfaction, and burnout among Swiss psychiatrists. *Frontiers in Public Health*, 2015, 3:25. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00025>
- (27) Mariela Borda Pérez¹, Edgar Navarro Lechuga², Erick Aun Aun³, et al. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 43-51
- (28) César A. Guevara, M.D.¹, Diana P. Henao, M.D.¹, Julián A. Herrera. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002.

- (29) Adriana María Aguirre Roldán* y Ana María Quijano Barriga. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Rev colomb psiquiat.* 2015;44(4):198–205
- (30) OLGA L. PAREDES y PABLO A. SANABRIA-FERRAND. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista med* 16 (1): 25-32, 2008
- (31) Paola Tejada y Viviola Gómez. Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia
- (32) Olivares-Faúndez, V. E., Mena-Miranda, L., Jélvez-Wilke, C., & MacíaSepúlveda, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145-159. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1. Vfmb
- (33) Kleijweg, J. H. M., Verbraak, M. J. P. M., & Van Dijk, M. K. (2013). The clinical utility of the Maslach Burnout Inventory in a clinical population. *Psychological Assessment*, 25(2), 435-441.
- (34) Montiel, J. Subirats, C, Martí, Bellot, C. Almerich, J. Validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey for Estimating Burnout in Dental Students. *Journal of Dental Education* November 2016, 80 (11) 1368-1375
- (35) Arnaud Metlaine, Fabien Sauvet, Danielle Gomez-Merino, Thierry Boucher, Maxime Elbaz, Jean Yves Delafosse, et al. Sleep and biological parameters in professional burnout: A psychophysiological characterization. *PLoS One* 2018 Jan 1,;13(1):e0190607.
- (36) Swider BW, Zimmerman RD. Born to burnout. *Journal of vocational behavior* 2010;76(3):487-506.
- (37) Golonka K, Mojsa-Kaja J, Marek T, Popiel K, Gawlowska M. Neurophysiological Markers of Emotion Processing in Burnout Syndrome. *Frontiers in Psychology* 2017 Dec 13,.

- (38) GLORIA PAULINA AMAYA ABELLA. SÍNDROME DE BURN-OUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA EN BOGOTÁ (COLOMBIA), 2015..
- (39) Bernardo Moreno-Jiménez, José Luis González, Eva Garrosa, Dpto. Ps. Biológica y de la Salud, UAM. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida.
- (40) Camacho Ávilal A, Juárez García A, Arias Galicia F. Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Médicos. *Ciencia & Trabajo* 2010(35):251-256.
- (41) Baumgardt J, Moock J, Rössler W, Kawohl W. Aspects of Sustainability: Cooperation, Job Satisfaction, and Burnout among Swiss Psychiatrists. *Frontiers in public health* 2015;3:25.
- (42) Maslach CH, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001;52(1):397-422.
- (43) van Wulfften Palthe O, Neuhaus V, Janssen S, Guitton T, Ring D. Among Musculoskeletal Surgeons, Job Dissatisfaction Is Associated With Burnout. *Clin Orthop Relat Res* 2016 Aug;474(8):1857-1863.
- (44) Quiceno, Japcy Margarita; Vinaccia Alpi, Stefano Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)" *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, et al. *Acta Colombiana de Psicología* ISSN: 0123-9155 revistaacta@ucatolica.edu.co Universidad Católica de Colombia Colombia. ;10.
- (45) Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg* 2011; 213: 657–67