Síndrome de *burnout* en residentes de medicina familiar en Colombia durante los primeros nueve meses de la pandemia COVID-19

***Dannia Robles*[1]**

[1]*Maestria universitaria en epidemiología y salud pública. Médico familiar. Médico especialista en gerencia de la seguridad y salud en el trabajo. Directora Médica LATAM Tilray Inc.*

Correspondencia:
Dannia Robles
Dirección: carrera 67 # 167 – 61 oficina 406
Código postal: 111156
Correo electrónico: dradanniarobles@gmail.com

La cita de este artículo es: Dannia Robles. Síndrome de *burnout* en residentes de medicina familiar en Colombia durante los primeros nueve meses de la pandemia COVID-19. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2021; 30(3): 284-297

RESUMEN.

Objetivo: estimar la prevalencia de *burnout* entre los residentes de medicina familiar de Colombia durante los primeros nueve meses del año 2020 en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: estudio de tipo transversal, descriptivo, exploratorio realizado en residentes de medicina familiar pertenecientes a programas académicos de universidades colombianas, quienes por medio de bola de nieve diligenciaron el instrumento de investigación que incluyó datos sociodemográficos y la aplicación del MBI-HSS.

Resultados: la prevalencia de *burnout* fué de 6.8 % entre los participantes siendo más frecuente en médicos residentes del sexo hombre con una dedicación semanal superior a 66 horas pertenecientes a primer semestre.

Conclusiones: es necesaria la identificación del síndrome de *burnout* de manera periódica en los médicos residentes para adoptar medidas

BURNOUT SYNDROME IN FAMILY MEDICINE RESIDENTS IN COLOMBIA DURING THE FIRST NINE MONTHS OF THE COVID-19 PANDEMIC.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of *burnout* among family medicine residents in Colombia during the first nine months of 2020 in the context of the COVID-19 pandemic.

Material and methods: cross-sectional, descriptive, exploratory study carried out in family medicine residents belonging to academic programs of Colombian universities, who filled out the research instrument by means of a snowball survey that included sociodemographic data and the application of the MBI-HSS.

Results: the prevalence of *burnout* is 6.8 % among the participants, being more frequent in male residents with a weekly dedication of more than 66 hours, belonging to the first semester.

preventivas estructuradas dentro de un sistema que gestione el riesgo para así disminuir las complicaciones derivadas de la presencia de esta condición.

Palabras clave: *Burnout*; Prevalencia; Medicina familiar.l.

Conclusions: it is necessary to identify *burnout* syndrome periodically in resident physicians in order to adopt structured preventive measures within a risk management system to reduce the complications derived from the presence of this condition.

Keywords: *Burnout*; Prevalence; Family practice.

.

Fecha de recepción: 16 de marzo 2021
Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2021

Introducción

Desde que la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 declaró la alerta mundial por la pandemia por coronavirus (COVID-19) y la catalogó como emergencia en salud pública de importancia internacional,[1] los servicios sanitarios a nivel global iniciaron una respuesta rápida y sostenida para afrontar la crisis en salud que se iniciaba frente a una enfermedad infecciosa para la cual no se conocía con anterioridad su mecanismo de transmisión, las manifestaciones clínicas ni los factores de riesgo que podrían favorecer un desenlace fatal.

Frente a esta emergencia sanitaria, los profesionales del área de la salud tuvieron un incremento tanto de su carga laboral como de las condiciones inseguras en sus lugares de trabajo, lo cual fue contemplado por el Ministerio de Salud de Colombia como un factor de riesgo para presentar ansiedad o manifestaciones emocionales alteradas que desencadenan fatiga física y emocional, tensión y ansiedad en el profesional y demás personal que labora en los servicios sanitarios. Además de eso, la preocupación por el riesgo de perder la vida, la sobrecarga de trabajo, la dificultad para aceptar la muerte, el dolor, la escasez de recursos materiales y humanos, el ambiente extremadamente seco, refrigerado, cerrado y con iluminación artificial, y otras condiciones que pudieran generar disconfort emocional, así como la interrelación constante entre las mismas personas del equipo durante el turno y la toma de decisiones conflictivas relacionadas con la selección de los pacientes atendidos, se incluyeron como factores que podrían desencadenar ansiedad, problemas y trastornos mentales, siendo además un factor de riesgo para presentar el síndrome de *burnout*[2] o síndrome de agotamiento profesional.

Teniendo en cuenta que la actividad laboral es una conducta humana en la que se establecen relaciones sociales con motivo del trabajo,[3] aquellas actividades que tienen una filosofía humanística del trabajo y requieren un contacto directo con las personas, generan situaciones de desgaste,[4] por lo

que los primeros escritos que relataron el síndrome de *burnout* describieron la experiencia de personas que trabajaban en los servicios humanos y la atención de la salud.[5]

Conociendo que los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto, o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a las primeras, se presenta el estrés laboral crónico como resultado de un proceso continuo por exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes. El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector de los servicios una de las formas más habituales de desarrollar estrés laboral es el síndrome de quemarse en el trabajo.[6]

El *burnout* o síndrome de agotamiento profesional es un trastorno que la Organización Mundial de la Salud ha catalogado como un riesgo laboral,[4] estando incluido dentro de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) en el apartado Z73.0 – Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida, el cual fue definido por esa entidad como un estado de agotamiento físico, emocional o motivacional caracterizado por deterioro de la productividad en el trabajo, cansancio, insomnio con aumento de la susceptibilidad a las enfermedades somáticas.[7]

Este síndrome aparece como resultado del fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales asociado con un estrés sostenido que se observa con mayor frecuencia en trabajos con desajuste entre los recursos y la demanda, especialmente en personas que se encuentran ante una realidad frustrante.[8]

El *burnout* en el médico se define como agotamiento emocional, despersonalización y dudas sobre la competencia, el logro y el valor del trabajo del mismo[9] que puede provocar el desgaste en el médico, quien a su vez aumenta la carga de trabajo y la insatisfacción entre los colegas llevando a un empeoramiento de la situación.[10]

La primera descripción de este síndrome se hizo en el año de 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger[11] quien al trabajar en una clínica en Nueva York observó el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que allí trabajaban, esforzándose en sus funciones y sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores sin recibir reforzamiento por su esfuerzo, notando que había una progresiva pérdida de energía que llegó al agotamiento asociado con síntomas de ansiedad, depresión, irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.[6,12] Freudenberger explicó que el *burnout* es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, y es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante.[4]

Aunque existen diferentes instrumentos para evaluar *burnout*,[13] el Maslach *Burnout* Inventory (MBI) ha sido utilizado en múltiples estudios con muestras de todo tipo a nivel laboral,[14] ya que plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, y es el instrumento que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones, siendo valido en en Colombia por la Universidad de Antioquia en el año 2004.[15]

Este instrumento fue diseñado en los años 80 por la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley junto con Susan Jackson de la Universidad de Nueva York, quienes además construyeron una nueva definición del síndrome más aceptada actualmente y que corresponde a una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.[16.17]

El MBI fue inicialmente utilizado para medir el síndrome de agotamiento profesional en las áreas de servicios humanos[18] por medio de un cuestionario auto administrado que mide 22 ítems por medio de una escala tipo Likert en la que se recogen respuestas del sujeto de la relación entre el trabajo y sus emociones, sentimientos, conductas y pensamientos, dando como resultados bajo, medio o alto.

TABLA 1. PUNTUACIONES DE LOS COMPONENTES DE BURNOUT DEL MBI-HSS			
Nivel	**Agotamiento emocional**	**Despersonalización**	**Realización personal**
Bajo	0 - 18	0 - 5	0 – 33
Medio	19 - 26	6 - 9	34 - 39
Alto	27 - 54	10 - 30	40 - 48
Fuente: Maslach D, Jackson S, Leiter M, Schaufeli W, Schwab R. Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators survey and scoring guides. Menlo Park, CA: Mind Garden; 1986			

En la última edición del Maslach *Burnout* Inventory se presentaron tres versiones del MBI: una versión diseñada exclusivamente para profesionales de los servicios de salud cuyo trabajo implica contacto e interacción entre humanos de manera intensiva[14] (MBI-HSS) considerada la herramienta "gold standard" para evaluar el *burnout* en profesionales de la salud[9], otra para profesionales de la educación (MB-IES) y otra de carácter más genérico no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos (MBI-GS);[19] adicionalmente existen diferentes puntuaciones para varias profesiones como profesores, asistentes sociales y médicos, logrando de esta manera el análisis en relación con la profesión.[6,12]

El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, ya que en la gran mayoría de países pertenecientes a América Latina, la Unión Europea y Estados Unidos, ha sido ampliamente utilizado.[20,21] Este instrumento fue adaptado al castellano por Gil Monte[22] y en Colombia se adaptó y validó por Cordoba y colaboradores.[23]

Entre los factores de riesgo para desarrollar *burnout* se ha logrado evidenciar que diferentes aspectos pueden contribuir con su desarrollo y entre estos encontramos los factores individuales, familiares y sociales y laborales. Dentro de los factores individuales se encuentran los relacionados con la personalidad, el grado de compromiso, la flexibilidad cognitiva, los estilos de vida, las creencias, la falta de apoyo y refuerzo profesional, el género femenino, entre otros. Como factores familiares y sociales se documenta que las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al *burnout*, aunque a mayor número de hijos mayor nivel de estrés ocupacional; además se ha reconocido que el bajo apoyo social favorece la presencia de la condición. Por último los factores laborales han sido los más estudiados entre los que se encuentran la imposibilidad en la toma de decisiones, la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, el salario no justo, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, la no claridad en los roles, el conflicto de rol con realización de tareas que no pertenecen al cargo, el ambiente físico de trabajo con deficiencias en las condiciones ambientales tales como el ruido y la temperatura, la toxicidad de los elementos que se manejan, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas de la organización donde se trabaja, los ambientes donde se frustren las expectativas de los empleados o donde las relaciones interpersonales con compañeros, pacientes y otros sean difíciles, las exigencias de conocimientos demasiado elevadas, el exceso o falta de trabajo y a mayor tiempo dentro del trabajo mayor posibilidad de presentarlo.[6,12]

El *burnout* se presenta en respuesta a diferentes estresores cotidianos o factores psicosociales relacionados con las condiciones del lugar de trabajo, la carga de trabajo, el contenido y las características de la tarea, las exigencias laborales, el papel del trabajador y desarrollo de la carrera, la interacción social y los aspectos organizacionales y la remuneración del rendimiento los cuales causan una tensión o estrés laboral continuo.[24] La vulnerabilidad para padecer *burnout* aumenta en los profesionales de la salud debido a las características laborales con un alta exigencia cognitiva y emocional, con una demanda alta de atención de pacientes, factores psicosociales

TABLA 2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Rango de edad	17	29	41	71	58	100
25 a 29	6	35	15	37	21	36
30 a 34	4	24	20	49	24	41
35 a 39	5	29	4	10	9	16
40 a 44	0	0	2	5	2	3
45 a 49	2	12	0	0	2	3
Sexo	17	29	41	71	58	100
Estado civil	17	29	41	51	58	100
Soltero	8	47	22	54	30	52
Casado	3	18	9	22	12	21
Unión libre	4	24	7	17	11	1
Divorciado	2	12	1	2	3	5
Separado	0	0	2	5	2	3
Estrato socioeconómico	17	29	41	71	58	100
1	0	0	1	2	1	0
2	0	0	2	5	2	0
3	4	24	10	24	3	4
4	8	47	15	37	4	8
5	3	18	10	24	5	3
6	2	12	3	7	6	2
Personas a cargo	17	29	41	71	58	100
No	10	59	28	68	38	66
Si	7	41	13	32	20	34
Número de personas a cargo	11	55	18	90	38	100
1	3	27	10	56	13	65
2	8	73	4	22	6	30
3	0	0	0	0	0	0
4	0	0	4	22	1	5
Universidad	17	29	41	71	58	100
Fundación Universitaria Ciencias de la Salud	0	0	2	5	2	3
Fundación Universitaria Juan N. Corpas	0	0	3		3	5

TABLA 2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Universidad Javeriana de Cali	3	18	4	10	7	1
Universidad de la Sabana	0	0	1	2	1	2
Universidad del Cauca	2	12	1	2	3	5
Universidad del Valle	4	24	4	10	8	14
Universidad El Bosque	5	2	6	15	11	19
Universidad Javeriana de Bogotá	3	18	10	24	13	22
Universidad de Santander	0	0	8	20	8	14
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	0	0	2	5	2	3
Semestre	17	29	41	71	58	100
Primer	4	24	6	15	10	17
Segundo	5	29	7	17	12	21
Tercer	2	12	5	12	7	12
Cuarto	2	12	12	29	14	24
Quinto	2	12	6	15	8	1
Sexto	2	12	5	12	7	12
Escenario de práctica formativa	17	29	41	71	58	100
Consulta domiciliaria	0	0	1	2	1	2
Consulta externa	9	53	28	68	37	64
Hospitalización	7	41	11	27	18	31
Urgencias	1	6	1	2	2	3
Horas de práctica formativa	17	29	41	71	58	100
Mayor a 66 horas a la semana	4	24	11	27	15	26
Menor o igual a 66 horas a la semana	13	76	30	73	43	74
Remuneración	17	29	41	71	58	100
No	0	0	3	7	3	5
Si	17	100	38	93	55	95
Afiliación aseguradora de riesgos laborales	17	29	41	71	58	100
Si	17	29	41	71	58	100

asociados al entorno hospitalario relacionados con el estrés y afrontamiento de situaciones de dolor y sufrimiento humano.[25]

La residencia es una etapa formativa en la que se consolidanlosconocimientosadquiridosparaaplicarlos en la práctica diaria y alcanzar las competencias de

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEL BURNOUT POR SEMESTRE Y SEXO						
	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Semestre	3	75	1	25	4	100
Primer	2	66	0	0	2	50
Segundo	1	34	0	0	1	25
Quinto	0	0	1	100	1	25

TABLA 4. PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT			
Variable	Características	Frecuencia	Porcentaje
Agotamiento emocional	Alto (27 - 54)	4	6. 8 %
Despersonalización	Alto (10 - 30)		
Realización personal	Bajo (0 - 33)		

un buen médico especialista. Sin embargo, presenta dificultades que deben ser afrontadas: ambiente laboral exigente, presión asistencial, responsabilidad creciente, numerosas horas de guardia o relaciones complicadas con pacientes o familiares.[26] El periodo de adiestramiento de la residencia médica es una etapa de gran exigencia y presión sobre el médico en formación por la naturaleza de su trabajo, siendo sometido a un estrés crónico y sostenido, con gran responsabilidad ante los pacientes y bajo presiones de la institución en que laboran, por lo que los médicos residentes constituyen un grupo de riesgo elevado para presentar síndrome de desgaste profesional con las consiguientes consecuencias en detrimento de su salud y disminución de la calidad en la atención a sus pacientes.[25]

Teniendo en cuenta lo anterior, el *burnout* repercute en la vida de las personas que lo presentan, teniendo como consecuencias cambios sociales y psicosomáticos con pérdida de trabajo eficaz y alteración en la vida familiar; se describe además, un alto ausentismo en los profesionales que lo padecen por trastornos físicos y psicológicos con la aparición de situaciones depresivas, automedicación y consumo de drogas.[3] De ahí que la importancia de detectar este síndrome radica en algunas de las repercusiones profesionales significativas, la disminución de la satisfacción del paciente, el aumento de los errores médicos, consecuencias personales de abuso de sustancias y depresión.[5]

En Colombia la especialización en medicina familiar es de gran relevancia para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que de acuerdo con las recomendaciones propuestas por la Organización Mundial de Salud para reducir la fragmentación de la atención, aumentar la capacidad resolutiva durante la atención inicial de la población, mejorar la calidad de la atención que se localiza por debajo de los estándares establecidos para el sistema y cambiar el enfoque curativo dentro de un modelo hospitalocéntrico de prestación de los servicios, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Atención Primaria de Salud como estrategia para superar las limitaciones y reducir las brechas de las desigualdades evitables.[27]

Por lo anterior el objetivo de la presente investigación es estimar la prevalencia de *burnout* entre los residentes de medicina familiar del país durante los primeros nueve meses del año 2020 en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo exploratorio el cual fue autorizado por el total de

TABLA 5. PORCENTAJE DE RESPUESTAS POR SUBESCALA DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DE BURNOUT

Item	Nunca	Alguna vez al año o menos	Alguna vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
Agotamiento emocional	16 %	25 %	6 %	20 %	4 %	18 %	10 %
Despersonalización	54 %	26 %	3 %	11 %	1 %	5 %	1 %
Realización personal	1 %	7 %	4 %	13 %	11 %	27 %	38 %

los directores de los programas académicos de medicina familiar que se ofertan en el país. Los participantes fueron informados de la política de privacidad relacionada con la presente investigación y se solicito la autorización para el tratamiento de datos personales con el fin de obtener autorización para recopilar la información a partir del formulario que fue enviado para diligenciar; de esta manera se obtuvo el consentimiento informado necesario para llevar a cabo el estudio. Este formulario se diligenció de manera anónima y se recopilaron los correos electrónicos con el fin de evitar duplicidad en las respuestas.

La muestra se obtuvo a partir de un muestreo no probabilístico por medio de bola de nieve, en el cual se solicitó a cada uno de los jefes de residentes de cada programa académico (personas que fueron designadas por los directores del programa para recibir el instrumento) que enviaran la forma de diligenciamiento entre sus residentes y se excluyeron del estudio aquellos participantes que no hubieran sido residentes de medicina familiar en el año 2020.

Para evaluar *burnout* se utilizó la versión del Maslach *Burnout* Inventory Manual dirigida a profesionales de los servicios de salud (MBI-HSS), cuya medición incluyen las tres características básicas del síndrome por medio de subescalas que incluyen:

1. Subescala de agotamiento emocional formada por nueve ítems y caracterizado por una disminución o perdida de los recursos emocionales o descripción de sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo.
2. Subescala de despersonalización ó deshumanización[29] formada por cinco ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. Se refiere a cambios de personalidad con un tipo de deshumanización en las relaciones con los objetos de actividad como pacientes y clientes con signos de frialdad, formalización en el contacto, obstinación y cinismo que inicialmente puede ser una mentalidad negativa con irritación internamente reprimida que con el tiempo irrumpe al exterior y conduce a conflictos.[7]
3. Subescala de realización personal en el trabajo compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, caracterizada por la percepción del trabajo en forma negativa con reproches por

no alcanzar los objetivos propuestos y bajo autoestima profesional.[29]

La factorización de los 22 ítems arroja tres factores, que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Para la interpretación del instrumento la subescala de agotamiento emocional puntua de manera directamente proporcional a la intensidad del síndrome siendo la puntuación máxima de cincuenta y cuatro puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto. La subescala realización personal tiene una puntuación máxima de cuarenta y ocho puntos y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*, es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto. La subescala despersonalización tiene una puntuación máxima de treinta puntos y cuanto mayor es su puntuación mayor es la despersonalización y el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto. El agotamiento general se define como una puntuación alta en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal (Tabla 1).[9]

Para la recolección de datos se utilizó un formulario con el instrumento de investigación que fue diseñado en Microsoft forms el cual tuvo una prueba piloto entre médicos especialistas en medicina familiar para comprobar que el cuestionario se finaliza en caso de no cumplir con el critero de inclusión, evitando así la obtención de resultados que comprometieran la veracidad de la información recolectada; adicionalmente se corrigieron problemas de redacción que pudieran dificultar el entendimiento del instrumento de investigación y se verificó que se pudiera diligenciar de manera completa con la continuidad definida en el proceso de las preguntas y respuestas. Durante el diligenciamiento no se recibió ninguna comunicación por parte de los participantes con relación a dudas sobre el instrumento de recolección de datos, ni se recibieron comunicados solicitando la supresión de los datos recolectados por el diligenciamiento del mismo.

El cuestionario se aplicó durante el mes de enero de 2021 de forma virtual e incluyó en su primera parte la identificación de variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, tener o no personas a cargo, estrato socioeconómico, universidad, semestre de residencia, escenario de práctica principal, tiempo dedicado a la práctica formativa, haber recibido o no en el segundo semestre del año 2020 había recibido remuneración por los servicios prestados (ya que hasta antes de esa fecha los médicos residentes en Colombia no recibían ningún tipo de contraprestación por el trabajo realizado) y afiliación a aseguradora de riesgos laborales de acuerdo a como lo establece la ley.

En la segunda parte del formulario se incluyeron las 22 preguntas que forman parte del cuestionario MBI-HSS en donde los participantes puntúan los enunciados utilizando una escala de frecuencia tipo Likert con las opciones de nunca (0), alguna vez al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), algunas veces al mes (3), una vez a la semana (4), varias veces a la semana semana (5) y diariamente (6), y los puntajes sumados para cada dominio se compararon con los umbrales estandarizados del manual MBI-HSS. Este cuestionario que mide las mide tres subescalas incluye agotamiento emocional con nueve items (1, 2, 3, 5, 6, 8, 13, 14 y 16), despersonalización con cinco items (5, 10, 11, 15 y 22) y realización personal con ocho items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).(9)

Para el análisis de resultados se utilizaron estadísticas descriptivas según el tipo de variables: para variables cualitativas frecuencias absolutas y relativas para las variables cuantitativas medias. Este análisis consideró los resultados de las variables sociodemográficas y laborales, prevalencia del síndrome de *Burnout* y de cada una de sus dimensiones.

El presente estudio no tuvo ningún tipo de financiación externa por lo que no existe ningún tipo de conflicto de intereses con relación a la investigación realizada.

TABLA 6. ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Título	País	Año	Prevalencia
Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	España	2020	33.8 %
Prevalence of Burnout and Associated Factors Among Family Medicine Residency in Thailand	Tailandia	2020	10.74 %
Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar	México	2018	7.2 % - 20.3 %*
Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal	Portugal	2017	46. 9 %

* Estudio longitudinal en el que se realizaron dos mediciones

Resultados

Se recogieron un total de 65 respuestas de las cuales se eliminaron 5 porque no eran residentes de medicina familiar en el año 2020 y 2 porque no aceptaron la política de privacidad.

De las 58 respuestas obtenidas el 77 % de los encuestados se encontró en el rango de edad entre 25 y 34 años siendo la edad promedio de 32 años. De estos, el 71 % pertenecía al sexo mujer y el 29 % restante al sexo hombre.

Con respecto al estado civil el 52 % eran solteros, el 21 % casados, el 19 % vivían en unión libre, el 5 % estaban divorciados y el 3 % separados. El 66 % no tenía personas a cargo y del 34% restante que tenían personas a cargo el 45 % tenía una persona a cargo, el 41 % dos personas a cargo y el 14 % cuatro o más.

En relación al estrato socioeconómico el 40 % de la muestra pertenecían al estrato cuatro, seguido por el 24 % que pertenecían al estrato tres y en menor proporción el 2 % que pertenecían al estrato uno.

Con relación a la universidad en la cual se encuentraban cursando su programa de residencia en medicina familiar el 22 % pertenecían a la universidad Javeriana de Bogotá, el 19 % a la universidad El Bosque, el 14 % a la universidad de Santander, el 14 % a la universidad del Valle, el 12 % a la universidad Javeriana de Cali, el 5 % a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, el 5 % a la universidad del Cauca, el 3% a la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, el 3% a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y el 2 % a la universidad de la Sabana, por lo que se obtuvo información del total de programas académicos del país.

En la distribución por semestre de formación el 17 % pertenecía a primer semestre, el 21 % a segundo semestre, el 12 % a tercer semestre, el 24 % a cuarto semestre, el 14 % a quinto semestre y el 12 % a sexto semestre.

Con respecto al escenario de práctica formativa principal el 64 % estuvo en consulta externa, el 31% en hospitalización, el 3 % en urgencias y el 2 % en consulta domiciliaria y con relación al tiempo semanal dedicado a la práctica formativa este fue menor o igual a 66 horas a la semana en el 74% y mayor a 66 horas a la semana en el 26 % de los participantes.

El 95% de los partitipantes refirió recibir remuneración por parte del Ministerio de Salud de tres salarios mínimos mensuales durante el segundo semestre del año 2020 y el 5% informó no recibir remuneración por esta entidad por lo que realizó la financiación de sus estudios por medio de ahorros o por un préstamo obtenido con una entidad financiera.

Por último, el 100% de los participantes refirió haber estado afiliado a la aseguradora de riesgos laborales (Tabla 2).

Con relación a los resultados del MBI-HSS para establecer *burnout* se consideran las respuestas positivas para *burnout* si suman más de 26 puntos en agotamiento emocional (alto), más de 9 puntos en despersonalización (alto) y menos de 34 puntos en realización personal (bajo).(9) De acuerdo con lo anterior la presencia de *burnout* se encontró

en el 6.8 % de los participantes (Tabla 3) con una distribución por sexo el *burnout* de 25 % en la población femenina y 75 % en la población masculina. Con relación al semestre el 50% de la presencia de *burnout* se presentó en primer semestre, el 25 % en segundo semestre y el otro 25 % en segundo semestre (Tabla 4) y de estos el 75 % de los participantes tenía un tiempo de práctica semanal mayor a 66 horas a la semana y el 25 % inferior a 66 horas a la semana.

Para la dimensión agotamiento emocional, la prevalencia considerada alto fue de 33 %; entre los participantes en promedio el 16 % reportó nunca estar agotado, el 25 % alguna vez al año o menos, el 6 % alguna vez al mes o menos, el 20 % algunas veces al mes, el 4 % una vez a la semana, el 18 % varias veces a la semana y el 1 % todos los días. Para la dimensión despersonalización, la prevalencia considerada alto fue de 16 %; entre los participantes en promedio el 54 % reportó nunca estar despersonalizado, el 26 % alguna vez al año o menos, el 3 % alguna vez al mes o menos, el 11 % algunas veces al mes, el 1 % una vez a la semana, el 5 % varias veces a la semana y el 10 % todos los días. Con relación a la dimensión realización personal, la prevalencia considerada baja fue de 37 %; entre los participantes en promedio el 1 % reportó nunca, el 7 % alguna vez al año o menos, el 4 % alguna vez al mes o menos, el 13 % algunas veces al mes, el 11 % una vez a la semana, el 27 % varias veces a la semana y el 38 % todos los días (Tabla 5).

Discusión

De acuerdo con diferentes estudios internacionales la prevalencia de *burnout* en residentes de medicina familiar ha sido reportada desde 7.2 %[3] hasta 46.9 % (Tabla 6)[30] y aunque se han utilizado diferentes escalas para realizar esta valoración, en el presente estudio se eligió el MBI-HSS por haber sido adaptado y validado en en Colombia.[23]

Al comparar los resultados obtenidos en la presente investigación con los obtenidos en una investigación realizada en el año 2016 como parte de una tesis de grado sobre la prevalencia de *burnout* en residentes de medicina familiar en Colombia[30] en la que identificó una prevalencia de 34. 93 %, se debe tener en cuenta que para ese año las condiciones laborales de los médicos residentes eran diferentes ya que no se incluía este grupo poblacional en las actividades de medicina preventiva de los sistemas de riesgos laborales de las entidades en las cuales se realizaban las prácticas asistenciales, no se recibía ninguna remuneración económica por el trabajo realizado y no se contemplaba un tiempo de práctica máximo a la semana, lo cual se podía transformar en sobrecarga laboral y falta de reconocimiento profesional como factores predisponentes para la presentación del síndrome de *burnout*.

Al analizar los resultados de la presente investigación se pudo evidenciar que los médicos residentes que tuvieron que cumplir más de 66 horas de práctica asistencial a la semana correspondieron al 75 % de los que presentaron *burnout*, condición predisponente para la presentación de este síndrome.

A pesar de que los médicos residentes tuvieron un incremento tanto de su carga laboral como de las condiciones inseguras en sus lugares de trabajo, la obligatoriedad en la implementación de "acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la salud mental y trastornos mentales en los trabajadores en el marco de la emergencia sanitaria por SARS-COV-2" establecida por el Ministerio de Trabajo de Colombia,[32] pudo ser una intervención preventiva que redujo la presentación del síndrome de *burnout* en la población evaluada, lo cual podría ser considerado como un factor de éxito en la reducción de la presentación de esta situación.

Adicionalmente la inclusión de los médicos residentes del país en el sistema de riesgos laborales y el reconocimiento económico a su labor a partir del segundo semestre del año 2020 debe ser considerado un avance en materia de mejora de condiciones dignas para los médicos en formación que puede ser un factor relevante cuando se compara la prevalencia de *burnout* del año 2016 frente a la prevalencia actual documentada.

Debe tenerse en cuenta las limitaciones de este estudio dadas por el tipo de muestreo elegido ya que este fue utilizado debido a las dificultades logísticas

propias de la pandemia por COVID-19 y podría no ser representativa del total de residentes de medicina familiar; además por ser transversal y descriptivo no permite establecer causalidad.

Conclusiones

El conocimiento de la prevalencia de *burnout* es una información necesaria para realizar intervenciones de carácter psicosocial.Aunque se han creado grupos de trabajo relacionados con la enseñanza médica que debaten sobre esta situación y se han planteado iniciativas para tratar de reducir esta situación mediante herramientas de revisión de la estructura y organización de la formación del residente[27] y estrategias para fomentar el autocuidado, se recomienda la adopción de medidas preventivas estructuradas dentro de un sistema que gestione el riesgo para así disminuir la presencia de *burnout*.

Desde la salud ocupacional la identificación de los peligros, la valoración de los riesgos y la intervención de los factores psicosociales, son actividades que deben realizarse de manera periódica con el fin de mejorar la salud de los médicos residentes quienes son actúan en calidad de trabajadores, y esto debe estar contemplado dentro de la política en seguridad y salud en el trabajo con el fin de proteger la salud física y mental de los trabajadores, fortaleciendo la cultura de la prevención y garantizando la seguridad y la salud en todos los aspectos relacionados con el trabajo, lo cual se encuentra enmarcado dentro de las recomendaciones de la Oficina Internacional del Trabajo.[32]

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. COVID-19 : Cronología de la actuación de la OMS. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado el 1 de octubre de 2020]. p. 1–5. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline--covid-19

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID – 19) [Internet]. Ministerio Institucional. 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos y procedimientos/GPSG03.pdf

3. Coria-Muñoz H, De Jesús García-Martínez F, Gómez-Alonso C, Chacón-Valladares P. Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar.Arch en Med Fam. 2018;20(3):103–10.

4. Gutierrez G, Celis M, Moreno S, Farias F, Suárez J de J. Síndrome de burnout. Arch Neurociencias [Internet]. 2006;11(4):305–9. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf

5. Rodríguez A, Esquivel AD, Granillo JF, Sánchez JA, Alejo GC. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. An Médicos [Internet]. 2018;63(4):246–54. Disponible en: www.medigraphic.org.mx

6. Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Burnout:"Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". Acta Colomb Psicol. 2007;10(2):117–25.

7. Chutko L, Surushkina S, Rozhkova A, Nikishena I, Yakovenko E. The asthenic symptom complex in patients with emotional burnout syndrome. Neurosci Behav Physiol. 2015;45(3):354–9.

8. Jiménez BM, Benevides-pereira AM. Estudios transculturales del burnout Los estudios transculturales Brasil-España. Rev Colomb Psicol. 2003;12(0):9–18.

9. Nori P, Bartash R, Cowman K, Dackis M, Pirofski L-A. Is burnout infectious? Understanding drivers of burnout and job satisfaction among academic infectious diseases physicians. Open forum Infect Dis [Internet]. el 23 de febrero de 2019;6(4):ofz092–ofz092. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041336

10. Verghese A. How tech can turn doctors into clerical workers [Internet]. The New York Times. 2018. Disponible en: https://www.nytimes.com/interactive/2018/05/16/magazine/health-issue-what-we-lose-with-data-driven-medicine.html

11. Freudenberger H. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974;90(1):159–65.

12. Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Acad. 2010;0(112):42.
13. Torres E, González L, Gutiérrez V. Análisis del burnout y sus escalas de medición. Prax Investig Redie [Internet]. 2019;11(20):106–24. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6951593
14. Squires A, Finlayson C, Gerchow L, Cimiotti JP, Matthews A, Schwendimann R, et al. Methodological considerations when translating "burnout". Burn Res [Internet]. el 1 de septiembre de 2014;1(2):59–68. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25343131
15. Restrepo-Ayala NC, Colorado-Vargas GO, Cabrera-Arana GA. Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. Rev Salud Publica. 2006;8(1):63–73.
16. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. Job stress and burnout. … a complex Phenom Job Stress Burn [Internet]. 1982;(June):29–40. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?q=%3DMaslach+C+1982%2C+"Understanding+burnout+definitional+issues+in+analysing+a+complex+phenomenon"%2C+in+Paine+WS+%28Ed%29%2C+Job+stress+and+burnout%3A+Research+theory+and%5C&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5#0
17. Aguilera EC, de Alba García JEG. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2010;39(1):67–84. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014602377
18. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. Maslach Burn Invent [Internet]. 1996;(May 2016):191–217. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277816643
19. Olivares-Faúndez VE, Mena-Miranda L, Jélvez-Wilke C, Macíaa-Sepú, Lveda F. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory human services (MBI-HSS) en profesionales Chilenos. Univ Psychol. 2014;13(1):145–60.
20. Hwang C-E, Scherer RF, Ainina MF. Utilizing the Maslach Burnout Inventory in Cross-Cultural Research. Int J Manag. el 1 de enero de 2003;20(1):3–10.
21. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. 2001;397–422.
22. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. Rev Saude Publica. febrero de 2005;39(1):1–8.
23. Córdoba L, Tamayo JA, González MA, Martínez MI, Rosales A, Barbato SH. Adaptation and validation of the maslach burnout inventory-human services survey in Cali, Colombia. Colomb Med. 2011;42(3):286–93.
24. Córdoba L, Tamayo JA, González MA, Martínez MI, Rosales A, Barbato SH. Adaptation and validation of the maslach burnout inventory-human services survey in Cali, Colombia. Colomb Med. 2011;42(3):286–93.
25. Jácome S, Villaquiran-Hurtado A, García C, Duque I. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. Rev Cuid [Internet]. 2019;10(1):1–12. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329849563_Prevalencia_del_sindrome_de_Burnout_en_residentes_de_especialidades_medicas
26. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, Garcia-Batanero M, Alonso-Martínez M, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria [Internet]. 2020;(xx). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014
27. Ministerio de Salud. Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar [Internet]. Colombia; 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-Especializacion-medicina-familiar.pdf
28. Dos Santos S, Viegas A, Morgado C, Ramos C, Soares C, Roxo H, et al. Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2017;12(39):1–9.
29. Balcázar-rincón LE, Montejo-fraga LF, Ramírez-alcántara YL. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. 2015;22(13):111–4.

30. 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. 2017.
31. Circular 064: acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la salud mental y la prevención de problemas y trastornos mentales en los trabajadores en el marco de la actual emergencia sanitaria por SARS-COV2 (COVID-19) en Colombia. Colombia: Ministerio de Trabajo; 2020. Disponible en: https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/Circular+0064.PDF/a3370 954-2e5c-72fd-0801-f359a91ba67c?t=1602107574701
32. Comité Mixto OIT-OMS. Factores psicosociales en el Trabajo: naturaleza, incidencia y prevención [Internet]. Vol. 1, Oficina Internacional del Trabajo. 1984. Disponible en: http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf