



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas



**SÍNDROME DE BURN-OUT EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE PSIQUIATRÍA EN BOGOTÁ (COLOMBIA), 2015**

**GLORIA PAULINA AMAYA ABELLA**

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESCUELA DE POSTGRADOS  
MAESTRÍA EN RECURSOS HUMANOS  
BUENOS AIRES, 2016**

**SÍNDROME DE BURN-OUT EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE PSIQUIATRÍA EN BOGOTÁ (COLOMBIA), 2015**

**GLORIA PAULINA AMAYA ABELLA**

**- Autora -**

**ROSA FURMAN**

**- Tutora -**

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Recursos Humanos**

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESCUELA DE POSTGRADOS  
MAESTRÍA EN RECURSOS HUMANOS  
BUENOS AIRES, 2016**



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas



TITULO: SÍNDROME DE BURN-OUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE  
PSIQUIATRÍA EN BOGOTÁ (COLOMBIA), 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Amaya'.

Gloria Paulina Amaya Abella  
Maestranda  
gloripauamaya@hotmail.com  
+41 77 429 0305

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Rosa Furman'.

Rosa Furman  
Tutora  
rosafurman@gmail.com  
+54 11 154 062 5633

## **AGRADECIMIENTOS**

Al finalizar este trabajo de investigación y cerrando esta etapa académica en mi vida, es inevitable no agradecer a todas las personas que hicieron parte de este proceso, a mis profesores, a mis colegas y los amigos que me dejó esta experiencia en la Argentina en especial Natalia y Analía.

Por otra parte, debo agradecer de manera especial a mi Tutora Rosa Furman, por aceptar realizar esta tesis de maestría conmigo, por su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis esta dedicada a ese ser supremo que guia cada paso que doy, a mis Padres David y Paula. Quienes con su esfuerzo y amor incondicional me han apoyado en cada paso que he dado en la vida, y muy especialmente a mi esposo Andreas. Quien dia a dia me da su amor y apoyo, que estuvo a mi lado desde el comienzo de este proyecto, brindadome palabras de aliento en momentos dificiles cuando creia que no podria culminarlo, y me decia lo lograras.

## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2. PREGUNTA PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>3. ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. ANTECEDENTES EN COLOMBIA .....</b>	<b>20</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN EL TRABAJO.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. RIESGOS PSICOSOCIALES DEL TRABAJO: SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3. MODELOS EXPLICATIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4. LIMITES CONCEPTUALES DEL SÍNDROME DE BURNOUT E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>4.5. FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT .....</b>	<b>32</b>
<b>4.6. EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE LA SALUD.....</b>	<b>36</b>
<b>4.7 SISTEMA DE RESIDENCIAS MÉDICAS.....</b>	<b>42</b>
<b>5. MARCO LEGAL .....</b>	<b>46</b>
<b>5.1. RESOLUCIÓN 1043 DEL 3 DE ABRIL DE 2006.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2. LEY 1164 DE OCTUBRE 3 DE 2007 .....</b>	<b>47</b>
<b>5.3. DECRETO 1295 DEL 20 DE ABRIL DE 2010 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN .....</b>	<b>49</b>
<b>5.4. DECRETO 2376 DE 2010 DEL JULIO 1 DE 2010 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5. LEY 1438 DE ENERO 19 DE 2011 .....</b>	<b>51</b>
<b>5.6. LEY 1562 DEL 11 DE JULIO DEL 2012 .....</b>	<b>52</b>
<b>6. OBJETIVOS.....</b>	<b>53</b>
<b>6.1. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>53</b>
<b>6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>53</b>
<b>7. METODOLOGÍA .....</b>	<b>54</b>
<b>7.1. TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>54</b>
<b>7.2. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS.....</b>	<b>54</b>
<b>7.2.1. MUESTREO.....</b>	<b>54</b>
<b>7.3. VARIABLES OBJETO DE ANÁLISIS .....</b>	<b>55</b>

<b>7.4. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>55</b>
<b>7.5. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>55</b>
<b>8. CRONOGRAMA.....</b>	<b>57</b>
<b>9. RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
<b>10. DISCUSIÓN .....</b>	<b>69</b>
<b>11. LIMITACIONES .....</b>	<b>74</b>
<b>12. CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>
<b>14. ANEXOS .....</b>	<b>89</b>

### LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Algunos instrumentos de medición del Burnout .....	30
Tabla 2. Categorización del puntaje de las sub-escalas del MBI .....	32
Tabla 3. Factores de Riesgo para el desarrollo de Burnout.....	33
Tabla 4. Niveles clínicos del Burnout .....	35
Tabla 5. Muestreo estratificado por universidad .....	55
Tabla 7. Perfil sociodemográfico de la muestra .....	59
Tabla 8. Aspectos relacionados con la residencia .....	62
Tabla 9. Aspectos relacionados con el trabajo .....	64
Tabla 10. Prevalencia de las dimensiones de Burnout .....	67

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.....	26
Figura 2. Tasa de respuesta .....	58
Figura 3. Relaciones interpersonales en la residencia.....	63
Figura 4. Relaciones interpersonales en el trabajo.....	65
Figura 5. Reconocimiento recibido en el trabajo comparado con el recibido en la residencia en Bogotá, 2015 .....	66

### LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables .....	89
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos .....	92
Anexo 3. Resultados MBI en la muestra.....	105
Anexo 4. Categorías del MBI en la muestra estudiada .....	108

## LISTA DE ABREVIATURAS

(en orden alfabético)

---

<i>ICETEX</i>	Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior
<i>IPS</i>	Institución(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud
<i>MBI</i>	Maslach Burnout Inventory
<i>OIT</i>	Organización Internacional del Trabajo
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>R1, R2, R3</i>	Residente(s) de primero, segundo y tercer año, respectivamente
<i>SD</i>	Desviación Estándar

---

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Los residentes de psiquiatría son profesionales expuestos a un contacto permanente con pacientes difíciles y a un sistema de formación a medio camino entre estudiantes y trabajadores en un contexto particular como el colombiano. En este orden de ideas, se propuso el estudio de la prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría en Bogotá. **MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se empleó el Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar la presencia de los síntomas y se evaluaron variables sociodemográficas, académicas y laborales. Se realizó un análisis descriptivo y análisis bivariado en el paquete estadístico SPSS. **RESULTADOS:** 60 residentes de psiquiatría (56%) fueron incluidos, encontrando una prevalencia de Burnout del 6.7%. Dos de cada tres residentes están en riesgo de desarrollar burnout en cuanto tienen niveles moderados o elevados de agotamiento emocional y despersonalización y de una realización personal por debajo de sus expectativas. Las variables relacionadas con la aparición del burnout y sus dimensiones fueron Universidad ( $p<0.05$ ), grado de reconocimiento en la universidad ( $p<0.01$ ), total de pacientes atendidos en 24 horas incluidos los del trabajo y la residencia ( $F=3.12$ ,  $p<0.05$ ), año de residencia ( $p<0.05$ ) y número de hijos ( $p<0.05$ ). **DISCUSIÓN:** Para la prevención del burnout se recomienda no exponerse a cargas laborales desequilibradas, promover el ejercicio aeróbico, el mindfulness y la meditación, delimitar períodos de vacaciones y descanso protegido y promover una cultura de prevención y detección temprana del burnout en todos los actores de los programas de residencia.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de burnout, psiquiatría, residencia médica, Colombia.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Psychiatry residents are professionals exposed to a regular contact to difficult patients in a formation system halfway between students and workers in a particular context like Colombia. Therefore, this study was made to determine Burnout's prevalence in psychiatry residents from Bogotá, Colombia. **METHODS:** Descriptive study. Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to evaluate the presence of symptoms. Sociodemographic, academic and occupational variables were assessed. Descriptive and bivariate inferential analysis were made with SPSS statistical software. **RESULTS:** 60 psychiatry residents were included (56%), with a burnout prevalence of 6.7%. Two thirds of them were in risk to have the syndrome as had mild or high levels of emotional exhaustion and cynicism and personal realization under their expectations. University ( $p < 0.05$ ), degree of recognition ( $p < 0.01$ ), patients attended on 24 hours ( $F = 3.12$ ,  $p < 0.05$ ), residency year ( $p < 0.05$ ) and number of siblings ( $p < 0.05$ ) were the variables related to burnout or its dimensions. **DISCUSSION:** In order to prevent burnout it's highly recommended to reduce work overload, to promote aerobic exercise, mindfulness and meditation, to offer vacations and protected rest periods, and to promote a prevention and early detection of burnout in each actor of residency system.

**KEYWORDS:** Burnout Syndrome, Psychiatry, Medical Residence, Colombia.

## **1. Introducción**

### **1.1. Planteamiento del problema**

El síndrome de Burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, consiste en una pérdida progresiva de energía que conlleva a modificaciones en la conducta y afecta, en distintos niveles de intensidad a quienes ejercen profesiones de ayuda. Maslach y Jackson (1984) desarrollaron este concepto y definieron sus tres dimensiones características:

1. Agotamiento emocional, consistente en la pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo;
2. Despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio; y
3. Disminución de la realización personal, dada por la tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa, con baja autoestima profesional.

Este tipo de trastorno se encuentra enmarcado en el listado de enfermedades profesionales de la Organización Internacional del Trabajo en su Revisión 2010 en su apartado de trastornos mentales y del comportamiento distinto al Trastorno de Estrés Postraumático.

Los médicos residentes en Colombia cuentan con una doble condición de trabajadores y estudiantes de postgrado, por consiguiente deben enfrentarse a las exigencias de su ambiente de trabajo y, en el caso particular de los psiquiatras en formación, a la atención de pacientes con enfermedades mentales, lo cual implica un aumento en las probabilidades de contraer este trastorno.

Dado lo anterior, se propone la realización de un estudio que permita determinar la presencia de síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría y sus factores relacionados en una muestra de médicos residentes de la especialización de Psiquiatría, para lo cual, se definirá como objeto de estudio todas las universidades de la Ciudad de Bogotá que imparten la especialidad médica de Psiquiatría.

En 1930 la Organización Interterritorial de Trabajo (De Lorenzo, 1997) concluyó que los Médicos constituyen uno de los grupos profesionales en los que el estrés y el agotamiento se presenta con mayor frecuencia, produciendo efectos psíquicos como: ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos, motivados por la gravedad de los pacientes. Debido a que el trabajo del médico implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el apoyo de otras vidas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza (Alonso, 1988).

Esta población profesional presenta trastornos asociados a estrés ocupacional crónico más altos que otras profesiones, presentando una prevalencia psiquiátrica y de depresión acompañado de una alta tasa de auto-tratamiento con medicamentos controlados, como lo demuestra el estudio realizado por Hughes et al. (1992) que tenía como objetivo estimar la prevalencia del consumo de sustancias entre los médicos estadounidenses, tomando una muestra nacional de 9.600 médicos, estratificados por etapas especialidad y carrera. Los resultados arrojaron el consumo de alcohol y de dos tipos de medicamentos recetados-benzodiazepinas y opiáceos tranquilizantes menores, generando una preocupación en la alta tasa de auto-tratamiento con medicamentos controlados -una práctica que podría aumentar su riesgo de abuso o dependencia de drogas.

El consumo de auto-tratamientos, producto de las depresiones originadas por los

factores estresantes propios de la profesión como: los turnos rotativos, horarios extendidos, precarias condiciones salariales, etc. pueden estar ligadas a mayores porcentajes de enfermedades cardiovasculares, accidentes y suicidios. Una revisión de la literatura revela la necesidad crítica de una mayor investigación con respecto a la incidencia y la causa del suicidio entre los psicoterapeutas (incluyendo psiquiatras). Se concluye que los estudios que examinan la tasa de suicidios entre los que realmente practican la psicoterapia son necesarios para determinar si hay motivo de alarma (Guy y Liaboe, 1985).

Estos resultados indican, que la salud psicosocial de los Psiquiatras y de los médicos en formación Psiquiátrica en Colombia presenta la necesidad de realizar estudios sobre las condiciones laborales y de salud psicosocial que padecen este subgrupo de profesionales de la salud. Comprender el sistema de residentes en Colombia es un punto clave para examinar los riesgos claves que padecen los profesionales de Psiquiatría desde los primeros años de formación en la etapa de Residencia Clínica. Este concepto lo define la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) como un: Sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines.

Sin embargo, este sistema académico en Colombia está más relacionada con una relación disfrazada de trabajador – empleador, donde los residentes deben cumplir horarios extendidos y turnos rotativos con todas la presiones que un trabajo presenta pero, sin remuneración alguna haciendo de este punto uno de los más discutidos por la

población de residentes, dado que los gastos de su formación en un 42% son por apoyos familiares, un 32% por ingresos propios y 26% por crédito Educativo (Sánchez N, 2013) esta situación hace que muchos de estos médicos residentes en Psiquiatría deban tener un empleo adicional remunerado que hace que trabajen elevadas horas a la semana llevándolos a tener un gran desgaste físico y mental.

Este vaivén de experiencias que presentan los médicos residentes de Psiquiatría al encontrarse con un sistema deshumanizado, despersonalizado, con carencias de apoyo del estado, convertido en un trabajador disfrazado de estudiante, crea un espacio de interacción entre las dimensiones académicas, científicas, éticas, político y organizacionales que impactan sobre su salud psico-física. Dando como resultado la presencia de un estrés laboral crónico al mantener un contacto directo y constante con personas conocido para las profesiones como síndrome de Burnout (Mansilla, 2012).

El síndrome de Burnout es propio de lugares de trabajo en los cuales los colaboradores, son sometidos a presiones para alcanzar elevados niveles de rendimiento, por lo tanto son víctimas de estrés crónico, tal es el caso de los profesionales de la salud, que por el exceso de trabajo, sobre-exigencias para cumplir altos niveles de productividad, alto control y vigilancia constantes, aportan gravemente a la aparición de este Síndrome, afectando a la relación médico residente - paciente/ médico residente – Institución.

Las repercusiones psicológicas regularmente identificadas, se encuentran conformadas por baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, melancolía y autovaloración negativa, elementos que dificultan el buen desempeño laboral generando altos niveles de ausentismo, disminución del rendimiento, fallas en la atención y concentración.

Este Síndrome no distingue de profesiones e incluso afecta con más frecuencia a aquellos encargados de tratarlo: psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, asistentes y trabajadores sociales, etc (Megaloikonomou, 1997). En el caso específico de los Residentes de Psiquiatría, se manifiesta en el personal que trata pacientes que padecen enfermedades mentales con comportamiento agresivo, actitud provocadora e indisciplinada. Estos médicos en formación de la especialización de Psiquiatría, deben cumplir con tres años de residencia médica que consiste en la presentación teórica de clases magistrales y un número de turnos en distintos hospitales alrededor de la Ciudad de Bogotá, contando con un alto volumen de pacientes que acuden a la prestación de los servicios de salud, las largas y extenuantes horas de trabajo, la mínima posibilidad de descanso y la incorporación de estilos de vida poco saludables interpone un desafío disfrazado de deber para los médicos residentes. Lo anterior mencionado en forma crónica se convierte en factor estresante que modifica la percepción emocional profesional, descrita en la literatura científica como Síndrome de Burnout, una enfermedad de tipo profesional de alta prevalencia que vulnera el bienestar biopsicosocial.

En el caso específico de Colombia los riesgos laborales inherentes al campo de la Psiquiatría se encuentran enmarcados en la resolución 2646 de 2008 que establece disposiciones y define responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación de origen de las patologías causadas. No obstante, hasta el momento no se ha realizado ningún estudio en Colombia en el que se evalúe la presencia de síndrome de burnout y los factores relacionados con su aparición en residentes de psiquiatría, por lo que el presente trabajo de investigación tiene como

objeto solventar este vacío de conocimiento al incluir la población de Médicos Residentes de Psiquiatría de las distintas universidades de Bogotá con el fin de evaluar la presencia de desgaste profesional.

## **1.2. Pregunta problema**

Lo previamente descrito instiga a resolver el interrogante ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia) y los factores relacionados con su aparición?

## **2. Justificación**

En el contexto actual se han realizado significativas revisiones e investigaciones referentes al síndrome de Burnout con el fin de determinar elementos concernientes a su prevalencia, incidencia, repercusiones y asociaciones en distintos grupos poblacionales entre ellos los profesionales del área de la salud.

En el caso de los psiquiatras los estudios son pocos a pesar de que estos profesionales están expuestos a un contacto permanente con pacientes en situaciones difíciles y particulares del contexto colombiano (desplazamiento forzado, víctimas de violencia, habitantes de la calle, etc.) y a condiciones laborales poco ventajosas que ofrece el país. En este sentido Moreno, Garrosa, Benevides-Pereira y Macarena (2003) concluyen que desde una perspectiva transcultural no es aceptable pensar que en todas las culturas la configuración del burnout sea la misma. Los estudios transculturales pueden ayudar a comprender mejor el proceso del desgaste profesional. Tanto desde un enfoque transcultural como desde un enfoque construccionista es necesario situar el burnout como el resultado de un proceso en un contexto económico y social.

El síndrome de burnout ha sido definido de muchas formas y se han planteado diferentes aportes conceptuales a la comprensión del mismo, aun así se siguen presentando dificultades para conceptualizar un proceso tan complejo como este síndrome que está relacionado con el estrés laboral. Al respecto Starrin, Larsson y Styrborn (1990) señalan que todos parecen saber de qué se trata el burnout aunque la mayoría ignoran su definición; así la literatura nos aproxima a un concepto del síndrome que está más relacionado con la discusión acerca de la responsabilidad de la sociedad en este fenómeno, por tal razón, el presente estudio se justifica en la necesidad de conocer la

prevalencia actual del síndrome de Burnout en los Residentes de Psiquiatría en la Ciudad de Bogotá, donde se concentra el 64% de residentes a nivel nacional correspondientes a las seis universidades que dictan esta formación, y sentar precedentes en la Vigilancia epidemiológica de factores de riesgos Psicosociales en el trabajo como se expone en la Resolución 2646 de 2008:

Artículo 16: Los empleadores deben adelantar programas de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial, con el apoyo de expertos y la asesoría de la correspondiente administradora de riesgos profesionales, cuando los trabajadores se encuentren expuestos a factores psicosociales nocivos evaluados como de alto riesgo o que están causando efectos negativos en la salud, en el bienestar o en el trabajo por estrés ocupacional.

Adicional a lo anteriormente expuesto, el realizar esta investigación me permite como aspirante a magister en Recursos Humanos de la universidad de Buenos Aires, aplicar los conocimientos obtenidos durante la carrera, especialmente sobre temas de enfermedades y calidad de vida laboral, e integrarlos en diferentes aspectos profesionales, laborales, sociales y personales. Así mismo el resultado de este trabajo proporciona información útil para la población académica en futuras investigaciones de este tipo, puesto que dará a conocer las repercusiones del Burnout sobre la integridad psico-física y social de la población de estudio y el posible impacto que esto pueda tener sobre el sistema de salud, promoviendo la detección temprana del síndrome por medio de un indicador que favorecerá no solo a los médicos residentes de Psiquiatría sino también al sistema de salud, las instituciones médicas y por supuesto los pacientes que obtendrán una mejor atención.

### 3. Estado del Arte

#### 3.1. Antecedentes a nivel mundial

Uno de los primeros estudios que utilizó el término Burnout, fue realizado por Freudenberg en 1974 al referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su *Free Clinic* de Nueva York., quienes se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Este tipo de trabajo, como lo expone Leiter citado por Buendía y Ramos se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido, por lo que después de uno a tres años de labor presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos (Buendía y Ramos, 2001).

De este estudio se han derivado múltiples investigaciones a nivel mundial, en la mayoría de los casos aplicados a una población que realiza su labor en contacto directo con personas como es el caso de los médicos residentes. En efecto, Dyrbye et al. (2014), por ejemplo, encontraron tasas de burn out y síntomas depresivos más altas en estudiantes de medicina, residentes y médicos jóvenes que entre sus pares estadounidenses; Umene-Nakano et al. en el Japón (2013) hallaron una prevalencia del 21% de altos niveles de agotamiento emocional, 12% de altos niveles de despersonalización y 72% de bajos niveles de realización personal, aspectos relacionados con múltiples variables como recibir poco apoyo, experimentar dificultades en el equilibrio trabajo-vida, tener menos satisfacción en el trabajo y contar con un mayor número de noches trabajadas por mes y,

en general, con un escaso apoyo social para mitigar el impacto del Burnout en esta población y Fonseca et al. (2010), por su parte, concluyeron que la prevalencia de burnout entre los residentes del Hospital Clínico de Barcelona es elevada y se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas.

En el contexto latinoamericano cabe citar el estudio realizado en Argentina por Falicoff et al. (2014) quienes tras analizar las encuestas de 62 residentes encontraron un aumento en las puntuaciones del síndrome de Burnout y en el uso de sustancias psicoactivas, determinaron que la residencia fue el sistema formativo con más impacto y el segundo año de formación el momento de mayor afectación y concluyeron que la exigencia psicológica tuvo implicancia en el agotamiento emocional, el apoyo social y capacidad de liderazgo fue correlativo con la realización personal y la estima registró correlación más débil con la despersonalización y la realización personal.

### **3.2. Antecedentes en Colombia**

En Colombia son pocos los estudios que se han desarrollado sobre el síndrome del Burnout. Siendo los más relevantes los realizados por Hernández (2001) con personal sanitario en el Hospital Militar en Bogotá; Guevara, Henao y Herrera (2002) con médicos internos y residentes del Hospital Universitario de Cali y el de García, Leguizamon, Novoa y Moreno (2006) con residentes de medicina interna de un hospital de la ciudad de Bogotá. Por otra parte, un estudio más reciente realizado por Tejada y Gómez (2012) sobre la prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia permitió determinar que el 9.9% de los participantes percibieron niveles suficientemente altos de Burnout para determinar que estaban afectados por este problema.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Calidad de Vida y Salud en el Trabajo**

Actualmente en Colombia según el Código Sustantivo del Trabajo en su artículo 161 la duración máxima legal de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho horas al día y 48 a la semana, es decir, que la mayoría de los trabajadores en Colombia pasa aproximadamente el 34% del día en sus lugares de trabajo, esto sin incluir el tiempo de desplazamiento hasta su zona de trabajo, horas extras, jornadas extracurriculares, etc.

Sin embargo, para el sector de los servicios de salud es distinto ya que rige como un servicio público esencial (Corte Constitucional de la República de Colombia, 1995) . Es decir, que se requiere continuidad e ininterrupción durante 24 horas del día en los 365 días del año, lo que ha generado la necesidad de implementar un sistema de trabajo por turnos (medios tiempos o tiempos parciales) que según la OIT (1990) es un método de organización de trabajo, en el cual los trabajadores se reemplazan uno al otro en los lugares de trabajo de forma tal, que el establecimiento pueda operar más horas de las horas de trabajo que un trabajador individual.

La caracterización de la carga horaria de una guardia ha sido disímil ya que algunos estudios han informado guardias con una duración de 24 horas y otros de 12 horas. Algunos estudios realizados en médicos residentes mencionan que la sobrecarga de horas de trabajo produce elevados índices de despersonalización y agotamiento emocional, sosteniéndose que la condición para desarrollar el síndrome de desgaste o agotamiento profesional (burnout) está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales. (López-Morales citado

por OPS, 2011)

Por otra parte, las personas con jornadas extenuantes normalmente padecen privación del sueño, como es el caso de los Residentes ocasionando deterioro en el rendimiento laboral, deterioro del aprendizaje y concentración, provocando trastornos del carácter e incrementando las probabilidades de error, como lo resaltan Deschamps et al. (2011) al demostrar que en Argentina los médicos en proceso de especialización durante el día de guardia o turno nocturno duermen entre una y cinco horas, conllevando a la aparición de altos niveles de cansancio emocional y despersonalización y baja realización personal.

Por otro lado, según el Informe para el debate de la Reunión tripartita de expertos sobre la ordenación del tiempo de trabajo (OIT, 2011) los horarios de trabajo atípicos (no estándar) agudizan la incompatibilidad trabajo-familia: el porcentaje de personas que trabajan durante las últimas horas de la tarde y la noche que informan acerca de una incompatibilidad trabajo-familia es prácticamente el doble del porcentaje de las que trabajan durante el día; del mismo modo, el número de personas que trabajan en fines de semana (sea el sábado o el domingo) y señalan que se ven afectadas por dicha incompatibilidad es tres veces mayor que el de aquellas que no trabajan en fines de semana. Desde el punto de vista del género, es más frecuente que sean los hombres quienes informan sobre una incompatibilidad trabajo-familia. Así bien los profesionales de la salud en Colombia encajan en este panorama puesto que la mayoría poseen alteraciones en la vida diaria a causa de sus turnos o guardias y la alta exposición a una jornada laboral extensa, lo que ha convertido las salas y quirófanos de hospitales y clínicas en los lugares donde estos Profesionales pasa la mayor parte de su día produciendo alteraciones en la calidad de vida y salud en el trabajo.

Debido a lo señalado anteriormente, es preciso definir el concepto de calidad de vida laboral desde una perspectiva más psicológica. Así, Katzell et al. (citado por Gamarra y Mar, 2010) dan una definición más completa, refiriéndose a una alta calidad de vida laboral cuando el trabajador tiene sentimientos positivos hacia su trabajo y su futuro, está motivado y siente que su vida laboral encaja con su vida privada, de modo que es capaz de percibir que existe un equilibrio entre los dos.

#### **4.2. Riesgos Psicosociales del trabajo: Síndrome de Burnout**

El estrés constituye el riesgo psicosocial por antonomasia en el trabajo. Este puede ser definido como el paso final del desequilibrio entre las demandas de la situación (estresores) y los recursos del individuo (Sadock y Sadock, 2011), proceso perfectamente reconocible en el ámbito laboral, especialmente en profesiones cuyo desarrollo implica un contacto constante e intenso con otras personas. La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.).

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout (término que traducido al castellano significa estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto), fue descrito por primera vez en 1969 por Bradley como metáfora de un

fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout* (1969). Poco tiempo después, es abordado en extenso por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger (1974) tras observar cambios en él y en otros profesionales de la salud (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas) dados por la pérdida del idealismo y de su simpatía hacia los pacientes. Freudenberger utilizó este término presumiblemente basado en la novela de Graham Greene titulada *A Burnt-Out Case* de 1960, donde se describe al protagonista como un sujeto que sufre de burnout (Senior, Jennifer 2006), aunque tomando como referente el trabajo de Bradley. Tras la presentación de los trabajos de Christina Maslach en el congreso anual de la Asociación Psicológica Americana de 1976, el síndrome de Burnout ha pasado una época de ferviente interés, refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud.

Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización (Faura, 1990). Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden ya que los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo por cuenta de un agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios y una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes

y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo por una “deshumanización” debida al endurecimiento afectivo.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1998), han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales, lo cual supone una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los clientes. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, conlleva a consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedades psíquicas y/o físicas y para la organización.

### **4.3. Modelos Explicativos**

Se han propuesto tres grandes grupos de modelos teóricos según el origen desde el cual se explique la aparición del desgaste profesional, como están diagramados en la Figura 1.

La teoría socio cognitiva del yo, propuesta por Albert Bandura, analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano (Bandura, 1986) a partir de tres aspectos básicos: la cognición de los individuos modificados por los efectos de sus acciones y consecuencias observadas por los demás, el grado de seguridad del sujeto en sus propias capacidades para conseguir objetivos, las emociones que desencadenen su dificultad de obtención. En esta teoría se basan tres modelos para explicar la aparición del burnout: el Modelo de competencia social de Harrison, el Modelo de Cherniss y el Modelo de Thompson, Page y Cooper.



la ineficacia de las estrategias de afrontamiento) y el Modelo de Winnubst (estructura y clima organizacional y grado de apoyo social como desendadenantes).

#### **4.4. Límites conceptuales del síndrome de Burnout e instrumentos de medición**

No obstante lo expuesto hasta ahora, no sólo se ha encontrado similitud entre estrés laboral y burnout, sino que también se ha señalado que existe una peligrosa proximidad entre los constructos burnout y depresión, como lo muestran variados estudios que establecen relaciones significativas entre Burnout y depresión (Wurm et al., 2016). Múltiples posturas conceptuales se hacen evidentes, especialmente porque mientras algunos consideran que la depresión es uno más de los síntomas del síndrome, otros autores resaltan que se tratan de dos trastornos diferentes que en ocasiones se solapan o corresponden a un continuum (Bianchi, Schonfeld y Laurent, 2015)

En 1984 Brill en un intento por operacionalizar la definición de Burnout precisa que el síndrome es un estado disfuncional relacionado con el trabajo que se da en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes funcionaba bien (tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal) (Brill, 1984). Pines, Aronson y Kafry (1981) introdujeron el término "tedium" para referirse a dos estados psicológicos de presión diferentes, ya que para ellos el burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional, mientras que el tedium sería una consecuencia más amplia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental. Edelwich y Brodsky (1980), por su parte, definen el burnout como una pérdida progresiva del idealismo, la energía y los motivos vivenciados por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

1. Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales y corresponde al núcleo central del síndrome.
4. Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Cherniss (1980) también ha intentado reducir la ambigüedad terminológica que presenta el burnout, por lo que define el síndrome como el conjunto de cambios personales negativos que ocurren en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas y prolongadas demandas. En esta misma línea Moreno, Oliver y Aragonese (1991) plantean que el burnout es consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome. Sin embargo, la relación entre desgaste laboral y afrontamiento es compleja pues otros autores, como Wallace y Brinkerhoff (1991), señalan que el Burnout (y particularmente, la despersonalización) serían propiamente una estrategia de afrontamiento conducente a combatir las intensas demandas psicológicas que desencadenan el síndrome.

Otro de los problemas planteados ha sido la concreción o no de un ámbito profesional específico de aparición y desarrollo del burnout. En su concepción original, este síndrome se da exclusivamente en las profesiones de ayuda, como los profesionales de la salud y la educación, como una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se producen en profesiones con altos niveles de contacto personal. Sin embargo para otros autores las excesivas demandas psicológicas

no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en el comercio, en la política o en puestos directivos.

Garcés (citado por Carlin, 2010) efectúa un balance de las aportaciones a la definición del burnout realizadas por los distintos autores. Concluye que las contribuciones más originales han sido las realizadas por Freudenberg en 1974, que planteaba una "existencia gastada", la tridimensionalidad del síndrome defendida por Maslach y Jackson en los 80s y las aportaciones de Pines, Aronson y Kafry que recogen el triple agotamiento: emocional, mental y físico.

No fue sino a partir de la publicación del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) por Maslach y Jackson en 1981 cuando se establecieron unos criterios de evaluación de dicho síndrome y se extendió el uso de un instrumento de medida estandarizado para su evaluación. La escala evaluaba tres dimensiones por medio de tres sub-escalas de forma rápida y sencilla, por lo que ha sido muy utilizado, facilitando así que la definición de burnout implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada. No obstante, otros autores apelan a la idea que esta sintomatología también puede afectar a personas que no trabajan en el sector asistencial y así se han diseñado diferentes instrumentos para la medida del burnout teniendo en cuenta el tipo de trabajo que se desempeña. Además se ha llegado a construir un instrumento de medida genérico que es útil para medir burnout en todo tipo de trabajos independientemente de las tareas que en él se realicen, el MBI-GS (*General Survey*). En la Tabla 1 se listan algunos instrumentos de medición del Burnout empleados en variados estudios.

Tabla 1. Algunos instrumentos de medición del Burnout

<i>Instrumento de Medida</i>	<i>Autores</i>
Maslach Burnout inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Matews Burnout Scale for Employees	Matews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi Dell Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)

*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 Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos en relación con su trabajo. Es el instrumento que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones, y en Colombia fue validado por la Universidad de Antioquia en el año 2004 (Restrepo, Colorado y Cabrera, 2006). Está formado por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos tres factores, a saber:

- La sub-escala de agotamiento emocional (*Emotional Exhaustion* - EE) está formada por nueve ítems que se refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta sub-escala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

- La sub-escala de despersonalización (*Depersonalization* - D) está formada por

cinco ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. La conforman los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

- La sub-escala de realización personal en el trabajo (*Personal Accomplishment - PA*) está compuesta por ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. Está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 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.

Al ser una escala multidimensional, se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en el total. Cada sub-escala por separado tiene una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome (Tabla 2) (Portilla, Fernández, Martínez, y García, 2002).

Tabla 2. Categorización del puntaje de las sub-escalas del MBI

<i>Categoría</i>	<i>Agotamiento emocional</i>	<i>Despersonalización</i>	<i>Realización personal</i>
Bajo	< 19	< 6	≤31
Medio	19 – 26	6 – 9	32-38
Alto	≥ 27	≥ 10	≥ 39

Tomado de: Portilla, M., Fernández, M. T., Martínez, P. A., & García, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*.

#### 4.5. Factores de riesgo y consecuencias del Burnout

Estudiosos del tema como Nagy y Nagy (1992) y Sandoval (1993), proponen un enfoque tricategorico para hablar de los factores relacionados con la aparición del síndrome. Así se diferencian factores intrapersonales, interpersonales/ambientales y profesionales/organizacionales (Tabla 3).

El contacto constante con el estrés laboral desemboca en una larga lista de respuestas en las esferas cognitiva, comportamental y psicósomática que influyen en la adaptación del rol del trabajador con el entorno, lo que determina la existencia clara de un fuerte lazo entre el estado biopsicosocial y los estresores cotidianos. La recurrencia e intensidad del estresor conllevan a la cronicidad del cuadro, lo cual puede desembocar en síntomas a múltiples niveles como astenia, adinamia crónica, cefaleas regulares, desordenes gastrointestinales, inversiones u anomalías de ciclos circadianos y patrón de sueño, trastornos respiratorios regulares, irritabilidad, poca tolerancia al prójimo, pérdida de la motivación hasta aversión hacia el propio empleo, consumo de sustancias psicoactivas y síntomas depresivos.

Tabla 3. Factores de Riesgo para el desarrollo de Burnout

A NIVEL INTRAPERSONAL	<b>Locus del Control Externo:</b> Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo, mayor posibilidad hay de desarrollar el síndrome.
	<b>Indefensión Aprendida:</b> Relación entre el nulo control de la persona sobre la situación o el evento adverso.
	<b>Interés Social:</b> Interés activo en fomentar el bienestar humano. La relación entre este y la aparición del síndrome es poco clara pues al decaer el interés se predispone al síndrome pero, de igual forma, cuando hay niveles de empatía muy elevados, el sujeto se expone al desgaste.
	<b>Personalidad “Poco Resistente”:</b> Un escaso compromiso a sí mismo y al trabajo, con percepción de poco control del ambiente, estilo cognitivo rígido que no acepta cambios y actitud pasiva ante la amenaza, se constituyen en un factor de riesgo.
	<b>Género:</b> Las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva y conflictos familia – trabajo siendo factor de predisposición.
	<b>Edad:</b> Es probable que a mayor edad se decanten mecanismos de afrontamiento más complejos que disminuyan la incidencia del burnout.
	<b>Demandas Emocionales:</b> A mayor demanda la probabilidad de padecer el síndrome aumenta, especialmente en relación con la percepción de peticiones laborales excesivas.
	<b>Estrategias De Afrontamiento Inadecuadas:</b> Si prevalecen estrategias escapistas frente a las demandas al psiquismo, la probabilidad de desgaste laboral aumenta mientras que las de control disminuyen.
	<b>Autoeficacia:</b> El riesgo de padecer burnout aumenta durante las crisis de autopercepción de la eficacia.
	<b>Patrón De Personalidad Tipo A:</b> Correspondiente a aquellos individuos agresivos, competitivos, apurados, impacientes, inquietos, hiperresponsables y preocupados por conseguir el éxito.
<b>Autoconcepto:</b> Hay relación directa entre la aparición del síndrome y un autoconcepto negativo de su actuación profesional.	
<b>Expectativas Personales:</b> En relación estrecha con el autoconcepto, pues si dichas expectativas no se cumplen, el riesgo de desarrollar el síndrome aumenta.	
A NIVEL INTERPERSONAL	<b>Apoyo Social y Recursos De Afrontamiento Familiar:</b> El grado de apoyo por parte de familiares y amigos en relación a las circunstancias que su trabajo depara, está inversamente relacionado con el desgaste laboral. La familia facilita la puesta en marcha de recursos para afrontar situaciones por lo que facilita la protección frente al síndrome.
	<b>Comunicación:</b> Cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social, disminuye la realización personal y puede

	aparecer al burnout.
	<b>Satisfacción Vital:</b> A medida que disminuye la sensación de felicidad del individuo con su estilo de vida, aumenta el agotamiento emocional.
	<b>Cultura:</b> Por las discrepancias en la comprensión de relaciones sociales y diferentes tipos de apoyo de acuerdo al contexto del individuo, la cultura cuenta como un mediador relevante. En este orden de ideas, el desgaste laboral no aparece con la misma frecuencia e intensidad ni es vivenciado de igual forma por las personas de distintas culturas.
A NIVEL ORGANIZACIONAL Y PROFESIONAL	<b>Negativa Dinámica Del Trabajo:</b> Especialmente cuando hay una pobre diferenciación de roles y una mala interacción con compañeros y superiores.
	<b>Inadecuación Profesional:</b> Es dependiente de la identidad profesional pues aparece cuando no hay equilibrio entre el perfil profesional y personal del individuo.
	<b>Exigencias del Trabajo:</b> Cuando sobrepasan aquellas racionalmente aceptables y van acompañadas de poco tiempo y sobrecarga de tareas desagradables.
	<b>Grado de Realización en el Trabajo:</b> Es un concepto complejo, subjetivo e individual que para algunos investigadores es esencial en el desarrollo del síndrome a medida que disminuye.
	<b>Interacción Trabajador-Cliente:</b> Las fricciones y conflictos cotidianos en la relación del trabajador y el cliente constituyen una variable de riesgo.
	<b>Conflicto y Ambigüedad del Rol:</b> Una pobre diferenciación en el rol laboral y escaso conocimiento de las funciones del puesto de trabajo conllevan a ambigüedad laboral que predisponen al desarrollo del síndrome.
	<b>Recompensa:</b> La falta de recompensas, especialmente a nivel económico y social predicen la aparición del desgaste.
	<b>Apoyo Organizacional:</b> A medida que disminuye el apoyo recibido por los supervisores, es más probable que se desarrolle el síndrome.
	<b>Estresores Económicos:</b> La inseguridad económica dada por un contrato inestable o ausente, por ejemplo, aumenta la vulnerabilidad al síndrome.
	<b>Desafío En El Trabajo:</b> A mayor desafío laboral, esto es el contexto de demostración de la capacidad de desarrollo y adecuado desempeño, aumenta el riesgo de despersonalización y disminuye la realización personal.
<b>Autonomía En El Trabajo:</b> Dada por la libertad de decisión y acción dentro de las normas establecidas por la organización, inversamente relacionada con la aparición del síndrome.	

Con base en Nagy, S. y Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2): 523-531 y Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4): 321-326.

En este sentido, el síndrome influye de manera directa en el estado de salud del individuo y su desempeño como participante activo en la organización donde se desempeña. Por un lado, las consecuencias psicósomáticas descritas con mayor frecuencia se manifiestan en forma de disfunción pluridimensional dada por lumbalgia, cefalea, dispepsia, vértigo, hipertensión arterial, anomalías del ritmo cardiaco, trastornos del sueño entre otros. Sin embargo, no existe una relación firmemente establecida entre el desgaste laboral y la aparición de estos síntomas que son, en sí, poco específicos. Estudios como el de Golembiewski et al. (1990) demuestran que la sintomatología psicósomática está particularmente relacionada con el agotamiento emocional y, en menor medida, con la despersonalización y el déficit de realización personal. En el personal de salud la percepción de complicaciones somáticas consecuencia del estrés laboral puede ser subestimada por variadas barreras defensivas a su visibilización. En la Tabla 4 están descritos los niveles clínicos del burnout.

*Tabla 4. Niveles clínicos del Burnout*

<b><i>Leve</i></b>	Quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
<b><i>Moderado</i></b>	Cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
<b><i>Grave</i></b>	Enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
<b><i>Extremo</i></b>	Aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

*Tomado de: Relman A. The new medic complex and industrial. NEJM 1999, 71: 963*

El estrés laboral crónico y el desgaste profesional asociado traen múltiples consecuencias a nivel psicológico. En general hay un repliegue de actitudes negativas, las cuales son arrojadas al Yo, con la aparición secundaria de elementos culposos y sentimientos negativos. La exposición continua a estresores genera desensibilización con posterior disminución en la capacidad de tolerar la frustración, por lo que acciones de

cualquier índole que no concluyen de forma esperada desencadenan sentimientos de ineficacia y baja realización personal. Esta pérdida de motivación suele generar aversión a las actividades del cargo, acompañado de hastío emocional a las actividades cotidianas. La cronicidad e intensidad de este cuadro puede terminar en depresión y ansiedad clínicamente significativas. (Suñer-Soler et al., 2014).

A nivel organizacional cabe resaltar la satisfacción laboral disminuida, el absentismo laboral elevado, la propensión al abandono del puesto, baja implicación laboral, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores y compañeros y el aumento de accidentes laborales.

Las consecuencias ambientales del Burnout yacen en los valores actitudes y conductas los cuales se tornan negativos y alteran de manera considerable las relaciones interpersonales del sujeto, predisponiéndolo a la pérdida de redes de apoyo lo cual perpetúa el síndrome. En este sentido, las tensiones familiares constituyen uno de los elementos que se afectan con mayor frecuencia tras la aparición del síndrome (Zur, 1994). Si bien el ámbito laboral es el desencadenante del síndrome de Burnout las complicaciones ambientales no cesan al alejar al individuo del entorno de trabajo. Por el contrario repercuten con más fuerza sobre su vida personal ya que por el mismo agotamiento emocional el individuo se encuentra incapaz de alejarse de los problemas laborales aun sin estar en contacto directo con ellos.

#### **4.6. El síndrome de Burnout en el personal de la salud**

Heifetz y Bersani (1983) advierten que para "quemarse", el sujeto ha de estar previamente encendido: es decir, que cuanto más intensas son las relaciones interpersonales con los usuarios de los servicios, mayor es el riesgo de padecer el

síndrome, tal y como sucede entre los individuos que trabajan en profesiones de ayuda a los demás. En este sentido, aunque algunos estudios describan la enfermería como la profesión más vulnerable al burnout (Grazziano y Ferraz, 2010), no hay duda de que otros profesionales de la salud gravemente afectados por el síndrome son los médicos. Henderson (1984) encontró que entre el 30 y el 40% de los médicos están afectados por el burnout y Daniel (1995), en un estudio llevado a cabo con médicos de un hospital general, halló que dos de cada diez médicos presentaban molestias psíquicas o somáticas a consecuencia del burnout. En Colombia, Rodríguez et al. (2010) encontraron que en tres instituciones de salud de Bogotá hay una prevalencia del 22.2% de Burnout. Las altas tasas de prevalencia y las consecuencias negativas a las que conllevan hacen del burnout un problema de salud pública, al respecto de lo que Cebrià-Andreu (2005) señala:

Se puede afirmar que el síndrome de desgaste profesional se está convirtiendo en un problema de salud pública. Si los cuidadores se sienten mal cuidados o están exhaustos, es lógico pensar que, al final, quien pierde es la sociedad en su conjunto. En consecuencia, se debería considerar el bienestar de los médicos, y en general todas las profesiones de ayuda, una prioridad social. Simplemente por una cuestión de inteligencia.

Algunos estudios han descrito la aparición de Burnout incluso desde la etapa estudiantil de pregrado, como lo plantean Arango et al. (2013) quienes encontraron una prevalencia del 34% en estudiantes de medicina de la Universidad de Manizales (Caldas), Pérez et al. (2007) que hallaron una prevalencia del 29.1% en médicos internos (estudiantes de medicina en su práctica profesional de internado rotatorio) de la Universidad del Norte (Barranquilla) y Guevara et al. (2004) que describieron una prevalencia del 68% de Burnout en médicos internos y residentes del Hospital

Universitario del Valle (Cali). Por su parte, está ampliamente aceptada la presencia de burnout en médicos residentes de múltiples especialidades, tal y como lo demuestra el gran número de publicaciones que abordan el tema (por sólo mencionar artículos publicados en los últimos dos años: Baradaran y Atrak, 2015; Zis et al., 2015; Kashani et al., 2015; Chaput et al., 2015; Ferrari et al., 2014; Ripp et al., 2015; Arora, Diwan y Harris, 2014; Zis, Anagnostopoulos y Sikioti, 2014; Kimo et al., 2014; Pantaleoni, Augustine, Sourkes y Bachrach, 2014).

Los profesionales de la salud son sujetos en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal (que supone sobrecarga laboral), trabajo por turnos (también conocidos como “guardias”), trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas (lo que conlleva a conflictualización y ambigüedad de los roles), falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, entre otros aspectos. Una taxonomía de esos estresores (Arnetz, 2001) permitiría identificar cuatro niveles:

- En el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- En el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas,

conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

- *A nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en instituciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, limitación de la libertad de acción, incorporación rápida y continua de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en conflictualización, ambigüedad, y sobrecarga del rol.
- Por último, en el *entorno social*, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones, entre las que se incluyen la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan su ejercicio, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren modificaciones en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio y un largo etcétera.

Conllevan especial riesgo las profesiones cuyas actividades se desarrollan mayoritariamente en el ámbito de la salud mental. Farber (1985) señala que los psicoterapeutas presentan niveles elevados de burnout y Álvarez y Fernández (1991) destacan los altos niveles de burnout que presentan los psiquiatras y psicólogos que

trabajan en unidades de salud mental y en centros psiquiátricos. Particularmente los psiquiatras llevan una vida estresante ya que continuamente se emplean a sí mismos como “herramientas de medida” ante los pacientes y experimentan un amplio rango de emociones poderosas y complejas durante su trabajo clínico. Por ello, la relación médico-paciente en sí misma evoca sentimientos como una necesidad de “rescatar” al paciente, sensación de frustración cuando la enfermedad del paciente no progresa o no responde al tratamiento, impotencia frente a la enfermedad mental y sus pérdidas, duelos, temor a la enfermedad mental propia o un deseo de separarse y evitar a los pacientes para escapar de todos estos sentimientos (Meier, Back y Morrison, 2001). Además, los psiquiatras suelen estar expuestos a estresores externos debido a los continuos y rápidos cambios en los servicios de salud, la amplia brecha entre la manera en que son formados y la manera en que ejercen la práctica clínica y los cada vez mayores y más complejos marcos legales y administrativos.

Para poder entender la susceptibilidad de los psiquiatras al burnout, es esencial examinar los factores que hacen de esta especialidad una profesión estresante. Deahl y Turner (1997) identificaron la violencia y el temor a la misma, la escasez de recursos y el hacinamiento en los pabellones psiquiátricos como los mayores causantes de estrés entre psiquiatras. Thompson (1998) describió como fuentes de estrés en psiquiatras elevadas demandas laborales sin los recursos adecuados, roles pobremente definidos, responsabilidad sin autoridad, inhabilidad de ejercer cambios sistémicos efectivos, conflictos entre las responsabilidades frente al paciente y frente a los empleadores, aislamiento de los equipos de salud mental con respecto a otros servicios y escasa retroalimentación entre los miembros de los mismos. Un estudio cualitativo con profesionales de la salud mental que incluía psiquiatras (Reid et al., 1999) identificó

como estresores principales las demandas administrativas, la escasez de recursos y la sobrecarga de trabajo. Una gran encuesta con psiquiatras identificó como experiencias particularmente estresantes largas horas de trabajo, familiares hostiles, problemas en admisiones y el papeleo, desequilibrio entre la vida profesional y personal y el manejo de pacientes suicidas u homicidas (Rathod et al., 2000). Entre las razones por las que los médicos recién egresados deciden no estudiar psiquiatría se cuentan, de hecho, la marcada burocracia, sobrecarga laboral y escaso tiempo libre (Mears et al., 2002).

Es importante anotar que no todos los psiquiatras que se exponen a estresores externos como los previamente mencionados, desarrollan burnout. Holloway et al. (2000) describen un modelo interactivo que examina la relación de los estresores externos con factores mediadores individuales y el ulterior desarrollo del síndrome:

Aquellos médicos con escasos mecanismos de afrontamiento que terminan trabajando en servicios empobrecidos pueden llegar a experimentar más estrés ocupacional que aquellos pares que trabajan en servicios menos exigentes a nivel laboral. No obstante, algunos eventos abrumadores a nivel personal y profesional pueden llevar a descompensación incluso en los profesionales más resilientes. Factores motivantes como adecuada satisfacción laboral, recompensa por un buen trabajo por sus superiores, responsabilidad por los otros, crecimiento laboral y aumentos salariales pueden jugar un rol importante en el eventual desarrollo de un estrés profesional.

Otro artículo reciente (Kumar, Hatcher y Huggard, 2005) organizó los factores que podrían ser responsables de burnout en cuatro grupos: predisponentes, precipitantes, perpetuadores y protectores. Muchos de los factores que eran reconocidos como externos, internos y mediadores en el modelo de Holloway, estaban incluidos en este modelo de las “Cuatro P”, el cual también identificó algunos factores sistémicos cuyo manejo podría reducir el burnout en psiquiatras.

El mencionado estudio propone que los psiquiatras podrían estar predispuestos al burnout debido a los rasgos de su personalidad, que los hace más propensos a internalizar sus experiencias estresantes. Su entrenamiento también podría jugar un rol importante en la etiología del estrés y el burnout: los psiquiatras en formación se ven más involucrados con los problemas de las personas que los residentes de otras disciplinas por lo que con frecuencia desarrollan sentimientos de culpa, miedo y fatiga (Hoop, 2004). Los psiquiatras se entrenan en intervenciones psicoterapéuticas a largo plazo, pero suelen ser empleados para desarrollar estrategias a corto plazo, principalmente de enfoque biológico (Hafner, 2002). Además, tal parece que la carga laboral de los psiquiatras seguirá en aumento a nivel mundial debido a los cambios demográficos, un progresivo cambio hacia las intervenciones comunitarias, mayor implicación en actividades administrativas, mayores estándares de práctica

#### **4.7 Sistema de residencias Médicas.**

Este concepto como se ha mencionado en el capítulo 1 del presente trabajo, es un sistema educativo que tiene por objetivo completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines (OPS, 2011). Sin embargo, los sistemas de residencias médicas no son iguales en todos los países ya que existen factores que pueden afectarlos tales como: la cultura, la calidad, el estado, la comunidad académica, las asociaciones médicas, el sistema de incorporación, la remuneración y el estatus que se le da al Residente.

En el caso de Latinoamérica el factor “remuneración y estatus del residente” presenta diferencias notorias, según el estudio realizado por la OPS (2011) en 14 países entre ellos Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, denota que la mayoría de los residentes son contratados Como funcionarios públicos con los derechos legales correspondientes (salario, licencias, aguinaldos, subsidios por enfermedad) con un contrato temporal por el tiempo de su residencia y una cobertura de seguridad social y beneficios, ya que se les incorpora a la Obra Social de los trabajadores del Estado Nacional, que dispone de seguro de riesgo de trabajo y seguro de vida. Además tienen seguro de salud, subsidio por enfermedad y aporte a la Seguridad Social (jubilaciones) y por su puesto un salario mensual.

No obstante, existen excepciones en el caso de Bolivia y Paraguay los residentes tienen estatus de becario careciendo de mecanismos jurídicos de protección, cobertura social y salario y en Colombia son considerados estudiantes, que deben contratar su propia cobertura de seguridad social en términos de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, careciendo de salarios, licencias, aguinaldos, subsidios por enfermedad y pensión pero, deben cumplir con todas las exigencias que el entorno médico les solicita.

La Ley 1188 de 2008 en su artículo 23 describe las especializaciones médico-quirúrgicas como programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina exigiéndole una dedicación de tiempo completo y una preparación teórica que hace parte de los contenidos curriculares, exigiéndole a su vez un tiempo de servicio en los sitios de práctica y, sobre todo, la intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de las competencias buscadas por el programa. Ese tiempo de servicio donde los médicos ponen en práctica sus

conocimientos especializados es llamado “periodo de residencia” que en Colombia para Psiquiatría consta de 3 años.

Sin embargo, el primer paso para comenzar este proceso es la admisión del médico aspirante por parte de la universidad que brinde la especialización cabe resaltar que cada universidad cuenta con requerimientos propios de admisión, posterior a ello muchos de los médicos admitidos solicitan un estímulo o incentivo por medio de las “Becas créditos” ya que como se mencionó anteriormente en Colombia los residentes no devengan un salario y son considerado estudiantes que dependen de recursos propios, familiares y de este tipo de incentivos. Estas Becas créditos son fondos de estímulos que entrega el gobierno por medio del ministerio de salud y el Instituto Colombiano de Créditos Educativos y Estudios Técnicos en el Exterior (ICETEX) que consisten en un valor no menor a dos salarios mínimos legales vigentes que para el año 2015 fue de 1.288.700 Pesos Colombianos equivalentes a 470 USD<sup>1</sup> aproximadamente, este incentivo se entregan de forma trimestral por un periodo académico, para la prolongación de la beca crédito se debe renovar los documentos que según el artículo 7 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el artículo 2 del Decreto 2745 de 2003 que consiste en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a finalizar el respectivo periodo académico y así sucesivamente hasta el último año de especialización que es cuando el ICETEX condona la deuda.

Sin embargo, este sistema no es así de fácil para la totalidad de residentes ya que todos no pueden adquirir este incentivo estatal. Iniciando con el número de cupos, el ICETEX realiza una preselección de aspirantes donde se descartan a los médicos que no

---

<sup>1</sup> Valor obtenido por medio del valor histórico promedio del dólar para el 2015 en Colombia que fue de: 2.743,39 según la página web:  
<http://dolar.wilkinsonpc.com.co/dolar-historico/dolar-historico-2015.html>

cumplan con el perfil ya que no todas las especialidades son cubiertas por este fondo sino solo para aquellas que cumplen los requerimientos del Decreto 2376 de 1 de julio de 2010 en su Artículo 26 que trata de la prioridad en la Asignación de becas, y para aquellos que pudieron lograr el incentivo pero por causas como tener el promedio de la nota debajo del 75% de la máxima nota establecida por la universidad, aplazamiento de semestre, paros institucionales, o perdida de una asignatura retrasan la fecha de grado presentada al ICETEX , este inmediatamente convierte “la beca” en un crédito obligado a pagar, creando así un sistema excluyente que no cubre las necesidades globales de esta población.

Por otra parte, los argumentos y las condiciones de prácticas hacen pensar que son estudiantes, pero a la vez tienen muchos principios consagrados en las relaciones laborales, tales como: el cumplimiento de horario, turnos, procedimientos médicos, dependencia de profesionales de mayor posición administrativa, continuo y progresivo aumento de las responsabilidades, delegación de actividades asistenciales, número de pacientes por día, los mismos riesgos en la prestación de servicios que los empleados hospitalarios y sujetos a los mismos factores de estrés. Son aquellos elementos que marca una relación de empleado más que de Estudiante, ya que como médicos residentes entregan una fuerza de trabajo especializada, aliviando así las cargas laborales y de presupuesto de las Instituciones médicas, pero sin recibir ni la misma asistencia de riesgos profesionales, ni la misma cobertura de seguridad social y ninguna remuneración a cambio.

## **5. Marco legal**

El marco legal que se relaciona a continuación, se encuentra estrictamente ligado a la normativa colombiana en los aspectos que tienen que ver con la reglamentación pertinente, relacionada y existente para las residencias médicas en Colombia.

### **5.1. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006**

Esta resolución establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Según Reyes y Ortiz en su trabajo para el Ministerio de salud y protección Social Colombiano sobre el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, en esta resolución hay artículo relacionado con las residencias médicas ya que trata de las Regulaciones existentes frente a la delegación de funciones de los residentes en Colombia. Puesto que se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.

Artículo 3°. *Habilitación de IPS con convenio docente asistenciales: artículo relacionado con los residencias médicas: Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente –*

asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente. Tema que relaciona la pertinencia: Regulaciones existentes frente a la delegación de funciones de los residentes en Colombia.

## **5.2. Ley 1164 de octubre 3 de 2007**

Dicta las disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, en su artículo número 1 hace referencia al objeto de esta Ley y que se entiende por el término “Talento Humano en Salud”. También presenta artículos exclusivos que competen a los residentes médicos como se vislumbra en el artículo número 30 que plantea el objeto de la creación del programa de incentivos llamado “Becas crédito” y en número 31 se denota en que consiste el programa de estímulos e incentivos indicando que áreas, que regiones y a cual recurso humano se le otorgue este incentivo.

Artículo 1, Del objeto. La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

Es decir que los Residentes por más que tengan el estatus de Estudiante los cobija esta ley Como se mencionó en el anterior capítulo el sistema de incentivos “becas

crédito” presenta sus particularidades por tal razón vale la pena detallar el artículo Numero 31 de la presente Ley para comprender de manera más detallada la cobertura de este fondo.

Artículo 31. Becas crédito. De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el párrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, las cuales serán otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme a las condiciones que establezca su reglamentación.

Parágrafo 1°. Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso, los egresados de programas educativos acreditados o el personal que laboró en las Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional diseñará la metodología para la condonación de la deuda adquirida en la beca crédito.

Por otra parte, artículos de la presente ley dejan la puerta abierta para analizar la relación actual de la protección laboral y el ejercicio competente de los médicos residentes en Colombia como dicta el artículo 37 en sus apartados sobre:

La protección laboral: Se debe garantizarse en lo posible, al personal que ejerce una profesión u ocupación en salud la integridad física y mental, y el descanso que compense los posibles riesgos que se asuman en el trabajo y permita atender dignamente a quien recibe sus servicios.

Del ejercicio competente: El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.

Este artículo sirve de referente, para delimitar la actualidad de los residentes médicos en Colombia, ya que si son estudiantes no deberían realizar labores que excedan su capacidad, por ende debe realizar funciones o actividades de estudiantes Residentes sin sobrecargas laborales, justo descaso y no recibir responsabilidades mayores a su nivel de formación.

### **5.3. Decreto 1295 del 20 de abril de 2010 del Ministerio de Educación**

Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior, también se prescribe el concepto de Especialidad médica en el artículo número veintitrés (23).

### **5.4. Decreto 2376 de 2010 del Julio 1 de 2010 del Ministerio de Salud y protección Social**

En este Decreto se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud, el mismo deroga el Decreto 190 de 1996. En su artículo 15. Sobre las “Garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes” en sus apartados:

a. se refiere a los estudiantes (médicos residentes) que realicen prácticas formativas que impliquen riesgos frente a terceros o para su salud, estarán cubiertos por pólizas de responsabilidad civil extracontractual Y de riesgos biológicos, con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada una.

b. Los estudiantes de postgrado serán afiliados a los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Riesgos Profesionales por el tiempo que dure su entrenamiento. Para efectos de la afiliación y pago de aportes, se tendrá como ingreso base de cotización un salario mínimo legal. En todo caso, dicha afiliación no implicará un vínculo laboral, considerando que se da en el marco de una relación académica.

c. Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana.

d. Los estudiantes de programas académicos de formación en el área de la salud que requieran de residencia o entrenamiento que implique la prestación de servicios de salud por parte de ellos, tendrán derecho a alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección gratuitos, de acuerdo con las jornadas, turnos y servicios que cumplan en el marco de la práctica formativa.

Sin embargo, en el parágrafo 1 del presente artículo se aclara que las anteriores garantías establecidas son responsabilidad de las instituciones que integran la relación docencia – servicio es decir por parte de la Universidad y el instituto médico, quienes son los que cubren la mayoría de los gastos, ya que en el caso del pago de la seguridad social y de riesgos profesionales corre por cuenta del estudiante (médico residente), quien al momento de pagar la matrícula del semestre, la misma incluye inmediatamente el pago del seguro de riesgos profesionales y la seguridad social tomado como base el valor de dos (2) salarios mínimos legales vigentes colombianos, no de uno (1) como se expone en el inciso (b). Por otra parte, la alimentación, ropa de trabajo y elementos de

protección son cubiertos la mayoría de las veces por las instituciones médicas donde los Residentes prestan sus servicios.

### **5.5. Ley 1438 de enero 19 de 2011**

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo número uno (1) se prescribe el objeto de la ley, que consiste:

Artículo 1: El fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

En su artículo ciento uno (101) sobre la formación de especialistas del área de la salud indica, la aprobación de los cupos a programas de residencias, la autorización a las Instituciones Prestadoras de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa.

### **5.6. Ley 1562 del 11 de julio del 2012**

Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. En el artículo trece (13) en el inciso 4 de la presente ley regula la relación docente – servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud en materia de afiliación al servicio de seguridad social y riesgos profesionales.

Artículo 13. Afiliados. Son afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales de forma obligatoria:

Inciso 4. Los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas públicas o privadas que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución o cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida dentro del año siguiente a la publicación de la presente ley por parte de los Ministerio de Salud y Protección Social.

## **6. Objetivos**

### **6.1. Objetivo general**

Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia) y los factores relacionados con su aparición.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Calcular la prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia).
- Determinar la prevalencia de las sub-categorías del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia).
- Describir las características socio-demográficas, relacionadas con la residencia y con el trabajo en los residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia) que hacen parte de la muestra estudiada.
- Determinar la relación existente entre factores socio-demográficos, relacionados con la residencia y con el trabajo y la aparición del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia).
- Proponer estrategias para la prevención del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá (Colombia) de acuerdo con los hallazgos encontrados.

## **7. Metodología**

### **7.1. Tipo de Estudio**

El estudio realizado fue de tipo descriptivo y de corte transversal.

### **7.2. Definición de la unidad de análisis.**

En el presente trabajo de investigación se tomó como unidad de análisis los médicos residentes de Psiquiatría de las distintas Universidades de Bogotá que ofrecieron esta especialidad médica en el año 2015 (U. Javeriana, U. Bosque, U. Rosario, U. Nacional, Fundación Universitaria Sanitas y la U. Militar). La población objeto de estudio estuvo comprendida por todos los médicos Residentes de Psiquiatría que según datos obtenidos con el jefe nacional de residentes de psiquiatría es de 111 médicos residentes de diferentes universidades de la ciudad de Bogotá.

#### **7.2.1. Muestreo.**

A un nivel de Confianza del 95%, con un margen de error tolerable del 5% y una población finita de 111 estudiantes, el tamaño muestral mínimo necesario fue de 44 Residentes de Psiquiatría para asegurar un comportamiento de los datos igual al de la población de estudio, permitiendo analizar las variables de la investigación y expandiendo la conclusión. Se propuso la realización de un muestreo estratificado por universidad según aparece en la Tabla 5.

Tabla 5. Muestreo estratificado por universidad

<i>Universidad</i>	<i>N</i>	<i>Distribución</i>	<i>n</i>
Javeriana	33	30%	13
Bosque	26	23%	10
Rosario	15	14%	6
Nacional	15	14%	6
Sanitas	12	11%	5
Militar	10	9%	4
Total	<b>111</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>

### 7.3. Variables objeto de análisis

El cuadro de operacionalización de las variables corresponde al Anexo 1.

### 7.4. Métodos de recolección de datos

Se utilizaron dos instrumentos de medición: el primero un cuestionario ad hoc de caracterización sociodemográfica, de las condiciones de la residencia y el trabajo y el segundo el Instrumento MBI validado en la población Colombia por Restrepo, Colorado y Cabrera (2005) (Anexo 2). Se realizó una prueba piloto con cinco residentes para afinar el instrumento de recolección de información. La prueba final se diligenció vía web por medio del programa Google Forms, invitando a participar a todos los residentes de psiquiatría de Bogotá. Antes de su diligenciamiento, se le explicó a los participantes sobre los motivos del estudio y se les dio entender que su participación sería voluntaria, de carácter anónimo y que el tratamiento de los datos consignados sería estrictamente confidencial (Anexo 2).

### 7.5. Plan de Análisis Estadístico

Se descargaron los datos desde la matriz de información de Google Forms a Microsoft Excel 2011 para Mac, donde se realizó la recodificación de las variables. Los

análisis estadísticos se realizaron en el paquete SPSS en su versión 22 para Mac. Se calculó la prevalencia de burnout y de sus dimensiones según el número de casos para categoría con respecto al total. Para su análisis descriptivo, las variables continuas se presentaron con medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviaciones estándar), mientras que las variables discretas se presentaron con frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizó un análisis de tablas de contingencia con el estadístico chi-cuadrado con ajuste de test de Fischer para el análisis bivariado de las variables cualitativas. Para el análisis bivariado de variables cuantitativas y la presencia o no de Burnout, se empleó el estadístico t de Student siempre y cuando se cumpliera con los supuestos necesarios. Para el análisis bivariado de variables cuantitativas y el grado de severidad de cada una de las dimensiones del burnout, se realizó un Test de ANOVA unifactorial siempre y cuando se cumpliera con los supuestos necesarios, caso contrario se realizó una prueba de Kruskal-Wallis. Se tuvo en cuenta una  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa para descartar la hipótesis nula en todos los análisis realizados.

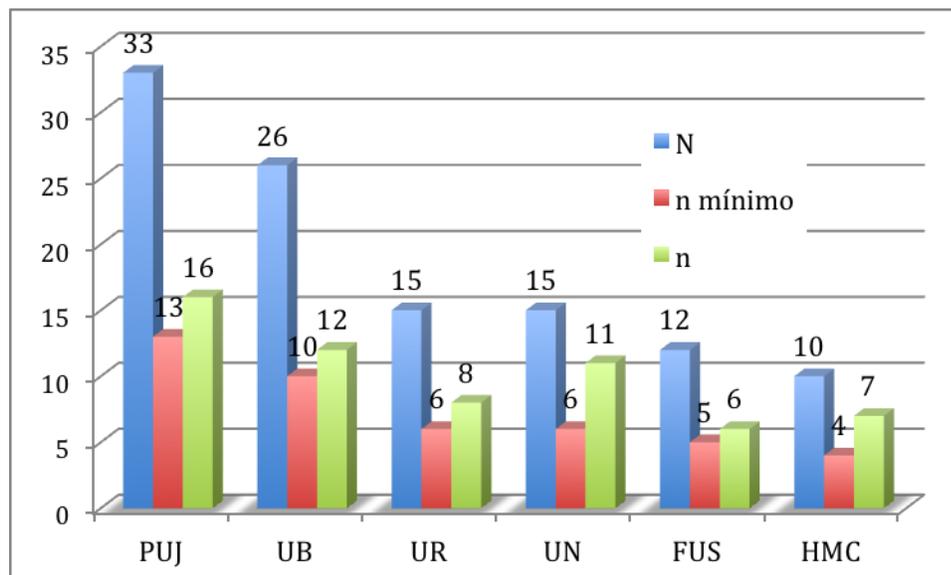
**8. Cronograma**

<i>Año</i>	<i>2014</i>					<i>2015</i>											<i>2016</i>								
<i>Mes</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>O</i>	<i>N</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>M</i>	<i>J</i>	<i>J</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>O</i>	<i>N</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>M</i>	<i>J</i>	<i>J</i>	
Formulación de la pregunta de investigación	■	■	■	■																					
Revisión del estado del arte			■	■	■	■	■	■																	
Diseño metodológico									■	■	■														
Recolección de datos												■	■	■	■	■	■								
Tabulación de los datos																		■							
Análisis estadístico																			■						
Elaboración del informe final																				■	■	■	■	■	■

## 9. Resultados

De los 111 médicos residentes que cursaban la especialización de psiquiatría en las 6 diferentes universidades de la ciudad de Bogotá que ofrecieron este programa para el año 2015, se obtuvo una tasa respuesta de del 54%, correspondiente a 60 residentes (Figura 2).

Figura 2. Tasa de respuesta



Clave: PUJ, U. Javeriana; UB, U. El Bosque – Cl. Montserrat; UR, U. Rosario; UN, U. Nacional; FUS, U. Sanitas; HMC, U. Militar.

Siguiendo los parámetros de distribución mínima recomendados, se incluyó una proporción significativa para cada universidad con el fin de obtener resultados más cercanos a la realidad. La participación máxima por universidad fue de 16 Residentes correspondientes a la Universidad Javeriana, y la mínima a la Fundación Universitaria

Sanitas con 6 participantes en la investigación.

### 6.1. Características sociodemográficas de la Muestra

En la Tabla 7 se describen las características sociodemográficas de la muestra estudiada.

Tabla 6. Perfil sociodemográfico de la muestra

	<i>x</i>	<i>SD</i>
<b>Edad</b>	29,78	3,39
<b>Sexo</b>	<i>n</i>	%
Femenino	35	58,33
Masculino	25	41,66
<b>Estado Civil</b>	<i>n</i>	%
Soltero/a, separado/a, divorciado/a o viudo/a	27	45
Tengo pareja, no convivimos juntos	12	20
Tengo pareja, convivimos juntos	21	35
<b>Número de hijos</b>	<i>n</i>	%
Ninguno	53	88,33
Uno o dos	6	10
Tres o más	1	1,66
<b>Tipo de núcleo familiar</b>	<i>n</i>	%
Solo	4	6,66
Menos de tres personas	32	53,33
Tres personas o más	24	40
<b>Tiempo de ejercicio profesional</b>	<i>n</i>	%
Menos de cinco años	29	48,33
Entre cinco y diez años	25	41,66
Entre diez y quince años	5	8,33
Más de quince años	1	1,66

La edad media de la población fue de 29 años (SD=3.39). El rango de edad de los residentes estudiados estuvo comprendido entre los 20 y 40 años. En cuanto a la

distribución por genero el 58.33 % (n=35) pertenece al sexo femenino. Según la relación de la variable edad y sexo la población presento una relación homogénea ya que los hombres presentaron una edad media de 30 años y en el caso de las mujeres de 29 años ( $p>0.05$ ). El 45% (n=27) de los participantes perteneció al subgrupo de “Soltero/a, separado/a, divorciado/a o viudo/a”, seguido del subgrupo de “Tengo pareja, convivimos juntos” con un 35% (n=21) por ultimo residentes que tienen pareja pero que no conviven fue de un 20% (n=12). El 88.33% de los residentes (n=55) no tiene hijos, y del 11% restante, el 10% (n=6) tiene entre uno a dos hijos, y el 1% (n=1) tiene entre tres o más hijos.

En cuanto, a la pregunta ¿con cuantas personas convive? el 53.33% (n=32) convive con menos de tres personas y el 40% (n=24) reside con tres personas o más, por otra parte el 6.66% (n=4) de los residentes de Psiquiatría viven solos. Según lo esperado, se encontró que el tamaño del núcleo familiar está relacionado con el número de hijos ( $p>0.05$ ) y el estado civil ( $p<0.05$ ).

Por otro lado, el 48.33% (n=29) de los residentes cuenta con menos de cinco años ejerciendo la labor médica, seguido por el 41.66% (n=25) de residentes que poseen entre cinco y diez años, el 8.33% (n=5) poseen entre diez y 15 años de labor médica y solo el 1.66% (n=1) cuenta con más de quince años de experiencia.

## **6.2. Datos respecto a la Residencia**

Cada año de residencia estuvo representado en la muestra como una tercera parte del total: el 36.66% (n=22) correspondió a residentes de primer año, mientras que los residentes de segundo y tercer año estuvieron representado por un 31.66% (n=19) respectivamente, tal como se puede observar en la tabla 8.

Con respecto a la pregunta ¿Para llevar a cabo los estudios de Psiquiatría tuvo que trasladarse a una ciudad distinta a su lugar habitual de residencia? se encontró que el 43.33% (n=26) de la muestra corresponde a personas no nativas de Bogotá.

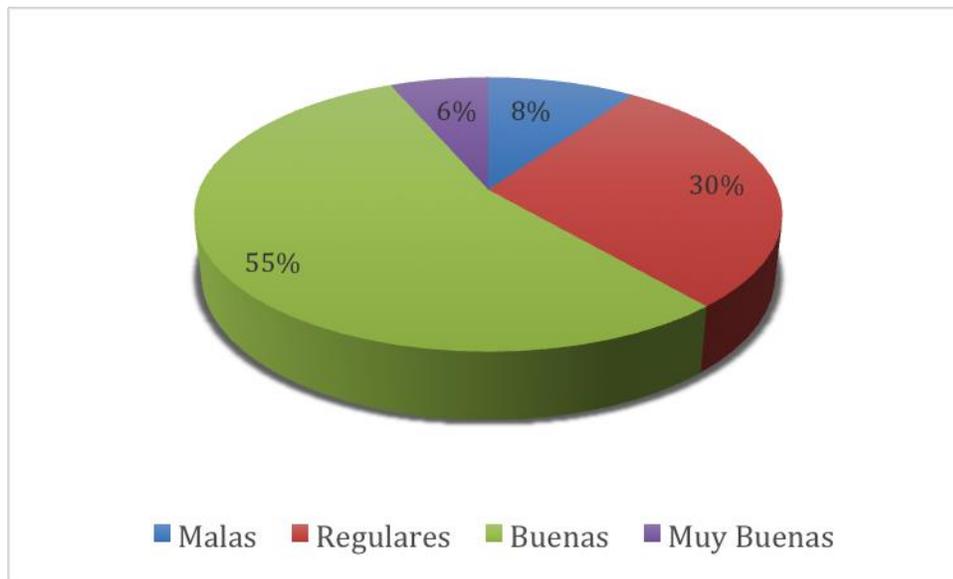
En relación a la pregunta del tiempo desplazamiento hacia la institución de salud donde ejercen la residencia, se observó que más de la mitad de los residentes el 58.33% (n=35) realizan un desplazamiento cuya duración oscila entre 30 a 60 minutos al día, seguido por el 30% (n=18) que presenta una duración de desplazamiento entre una y dos horas al día y por último un grupo reducido de residentes que tardan menos de 30 minutos al día representado por un 11.66% (n=7).

Las relaciones interpersonales en la residencia están graficadas en la Figura 3. En el 75% de los casos el grado de reconocimiento en la residencia era escaso o aceptable (40% escaso, 35%) aceptable y tan sólo un 24% expreso sentimientos positivos de reconocimiento (20% bueno, 5% muy bueno).

En cuanto, al número de horas que trabajan los residentes de psiquiatría a la semana en su práctica hospitalaria, se observó una media aproximada de 53 horas semanales (SD=10.4). No hay diferencias en el número de horas trabajadas a la semana con respecto al año de residencia ( $F=0.147$ ,  $p>0.05$ ) o la universidad ( $F=1.87$ ,  $p>0.05$ ). En este sentido, se evidencia que los residentes registran cargas horarias que exceden las 48 horas semanales, sobrepasando las normas laborales y constitucionales que hacen referencia a una jornada laboral semanal menor a 48 horas y demostrando así la sobrecarga laboral a la que se exponen los estudiantes de postgrados en psiquiatría en Colombia. Por otra parte, en promedio los residentes atienden unos 17 pacientes (SD=8.77) al día.

Tabla 7. Aspectos relacionados con la residencia

<b>Universidad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bosque - Cl. Montserrat	12	20
Javeriana	16	26,66
Militar	7	11,66
Nacional	11	18,33
Rosario	8	13,33
Sanitas	6	10
<b>Año Residencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primero	22	36,66
Segundo	19	31,66
Tercero	19	31,66
<b>Traslado desde lugar de origen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sí	26	43,33
No	34	56,66
<b>Tiempo de desplazamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de treinta minutos	7	11,66
Entre treinta minutos y una hora	35	58,33
Más de una hora	18	30
<b>Calidad de las relaciones interpersonales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Malas	5	8,33
Regulares	18	30
Buenas	33	55
Muy buenas	4	6,66
<b>Grado de Reconocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Escaso	24	40
Aceptable	21	35
Bueno	12	20
Muy bueno	3	5
	<b>x</b>	<b>SD</b>
<b>Horas de trabajo a la semana</b>	53,16	10,4
<b>Pacientes 24 horas</b>	17,13	8,77

*Figura 3. Relaciones interpersonales en la residencia.*

### 6.3. Datos respecto al Trabajo.

Dado que en Colombia la residencia no es remunerada, los médicos estudiantes de especializaciones médico-quirúrgicas se ven abocados a laborar en trabajos adicionales a la residencia, tal y como se observa en el 78% de los 60 residentes encuestados; la gran mayoría (63.33%, n=38) se desenvuelve en actividades en unidades de salud mental. Esta tasa se mantiene constante en los tres años de residencia ( $p>0.05$ ). Con respecto a las actividades laborales el 63.33% (n=38) trabaja en atención médica en IPS<sup>2</sup> Psiquiátricas, seguido por la categoría de Otro con un 8,33% (n=5) cabe resaltar que esta categoría la componen actividades relacionadas con la docencia e investigación, trabajos administrativos y teletrabajo; el 5% (n=3) realiza actividades laborales en IPS no psiquiátrica y sólo uno de los residentes encuestados (1.6%) realiza exclusivamente

<sup>2</sup> IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan servicios de salud. Consultado en la página web: [http://www.elcolombiano.com/historico/eps\\_ips\\_pos\\_el\\_glosario\\_de\\_la\\_salud-JVEC\\_95936](http://www.elcolombiano.com/historico/eps_ips_pos_el_glosario_de_la_salud-JVEC_95936) el 23 de Abril de 2016.

consultas particulares. En la Tabla 9 se encuentran los aspectos relacionados con el trabajo.

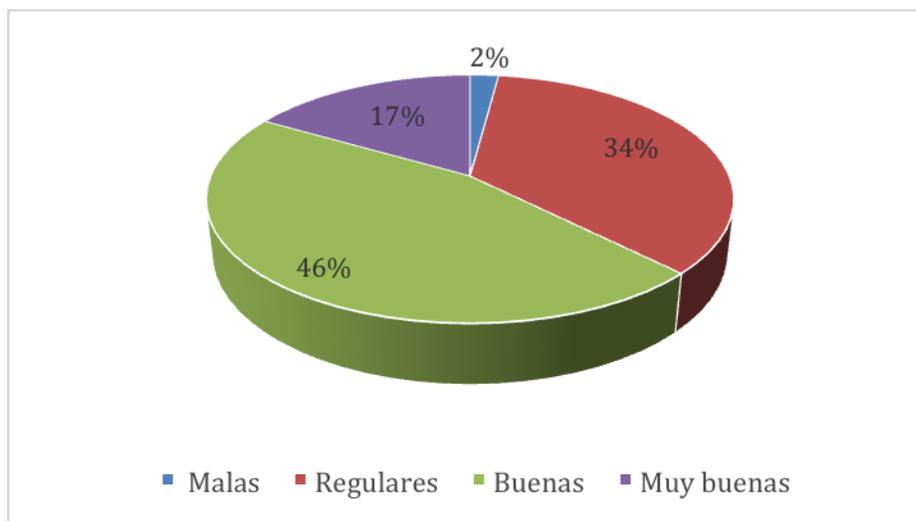
Tabla 8. Aspectos relacionados con el trabajo

<b>Tipo de Trabajo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	13	21,66
Atención médica en IPS no psiquiátrica	3	5
Atención médica en IPS psiquiátrica	38	63,33
Consulta particular	1	1,6
Otro	5	8,33
<b>Tiempo de desplazamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de treinta minutos	16	34,04
Entre treinta minutos y una hora	19	40,42
Más de una hora	12	25,53
<b>Calidad de las relaciones interpersonales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Malas	1	2,12
Regulares	16	34,04
Buenas	22	46,8
Muy buenas	8	17
<b>Grado de Reconocimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Escaso	12	25,53
Aceptable	15	31,91
Bueno	16	34,04
Muy bueno	4	8,51
	<b>x</b>	<b>SD</b>
<b>Horas de trabajo a la semana</b>	20.74	15.47
<b>Pacientes 24 horas</b>	20.53	23.41
<b>Tiempo dedicado a cada paciente</b>	25.74	23.59

En relación a la pregunta ¿Cuánto tiempo tarda en desplazarse de su casa a la institución donde trabaja? El 40.42% es decir 19 de los 47 residentes de Psiquiatría que trabajan adicional a la práctica de residencia tardan entre 30 y 60 minutos al día, seguido por el 34.04% (n=16) menos de 30 minutos al día y por último el 25.53% (n=12)

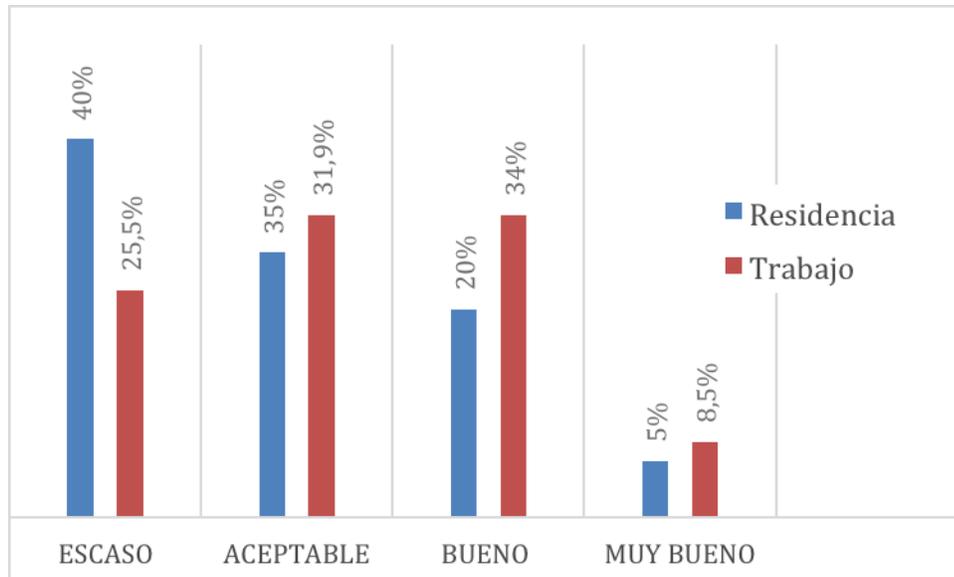
transcurre entre una y dos horas de trayecto hasta su lugar de trabajo. Con respecto a las características de las relaciones interpersonales en el trabajo (Figura 4) se evidenció que 46.8% (n=22) presenta relaciones buenas y un 17% (n=8) muy buenas, no obstante un 34% (n=16) evidencia una relación interpersonal regular seguida por un 2.12% (n=1) de personas que señalan relaciones interpersonales malas en el lugar de trabajo.

Figura 4. Relaciones interpersonales en el trabajo



En relación con el grado de reconocimiento que reciben los residentes de psiquiatría en su lugar de trabajo el 34% (n=16) señala que es bueno y un 8.51% (n=4) expresa que es muy bueno, sin embargo la balanza se inclina a una percepción un poco más negativa ya que el 31.91% (n=15) evidencia que el reconocimiento recibido es aceptable y un 25.53% (n=12) escaso. Al comparar el reconocimiento recibido en el trabajo con el de la residencia (Figura 5) se puede observar que este último presenta valores negativos más altos que el recibido en el trabajo sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas a este nivel ( $p > 0.05$ ).

Figura 5. Reconocimiento recibido en el trabajo comparado con el recibido en la residencia en Bogotá, 2015



En promedio los residentes atienden por día unos 21 pacientes en su trabajo (SD=23.41) y dedican 20.74 horas (SD=15.47) al trabajo aparte de la residencia a la semana. En promedio, los residentes dedican unos 25.74 (SD=23.59) minutos a la atención de cada paciente. En suma los residentes de psiquiatría en Bogotá laboran 73.28 horas a la semana en promedio (SD=21.34) tanto en actividades de la residencia como en trabajo particular.

Por lo anterior mencionado, se procedió a analizar las cargas horarias semanales de los residentes que trabajan y luego se compararon con las cargas laborales en la residencia determinando así un promedio total de horas trabajadas a la semana por los residentes de Psiquiatría en relación al año de residencia; aunque no hay una relación estadísticamente significativa entre el total de horas trabajadas y el año de residencia ( $F=0.24$ ,  $p>0.05$ ), es claro que los residentes de primer año trabajan un promedio de 74

horas, los de segundo 76 horas y los de tercer año 82 horas a la semana, tanto en la residencia como en el trabajo particular.

Por último, el 66.66% (n=40) invierte menos de 12 horas a la semana en las actividades de ocio, seguido por un 31.66% (n=19) que goza entre 12 y 24 horas a la semana en actividades de este tipo y tan solo un 1.6% (n=1) posee más de 24 horas a la semana para el disfrute de estas actividades. Estos resultados son más que esperados ya que la mayoría de los residentes de esta investigación presentan jornadas prolongadas de trabajo que no permiten el espacio suficiente para realizar actividades de esparcimiento y ocio.

#### **6.4. Prevalencia de Burnout y factores relacionados**

En el análisis de la consistencia interna de los ítems que componen las sub-escalas del Maslach Burnout Inventory se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90 para Agotamiento Emocional, 0.56 para Realización Personal y 0.75 para Despersonalización.

En la muestra estudiada se encontró una prevalencia de Síndrome de burnout del 6.7% (n=4). Asimismo, la prevalencia de cada una de las dimensiones del síndrome se encuentra en la Tabla 10.

*Tabla 9. Prevalencia de las dimensiones de Burnout*

<i><b>Grado</b></i>	<i><b>Agotamiento emocional</b></i>	<i><b>Despersonalización</b></i>	<i><b>Realización Personal</b></i>
Bajo	26.7%	30.0%	10.0%
Medio	23.3%	28.3%	51.7%
Alto	50.0%	41.7%	38.3%

Al realizar el análisis bivariado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los residentes con y sin burnout con respecto a ninguna de las variables estudiadas, con excepción de la Universidad ( $p < 0.05$ ). Para la sub-escala de Agotamiento Emocional se encontró relación con el grado de reconocimiento en la universidad ( $p < 0.01$ ) y el total de pacientes atendidos en 24 horas incluidos los del trabajo y la residencia ( $F = 3.12$ ,  $p < 0.05$ ; relación directamente proporcional según corrección de Games-Howell). Para la sub-escala de Despersonalización, por su parte, se encontró relación con el año de residencia ( $p < 0.05$ ) y para la sub-escala de realización personal se evidenció relación con las variables número de hijos ( $p < 0.05$ ) y universidad ( $p < 0.01$ ).

## **10. Discusión**

La prevalencia del Síndrome de Burnout en los residentes de psiquiatría en Bogotá fue del 6%, menor al de otros estudios con personal de la salud previamente descritos. Igualmente, este estudio discrepa de los demás en que no se encontró relación con las variables sociodemográficas (Parada et al., 2005; Marrero, 2005), lo cual podría indicar que al menos en esta población el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome es poco consistente y que otras variables pueden estar ejerciendo una influencia moduladora mucho más fuerte sobre el síndrome como son las habilidades de afrontamiento de los sujetos. Esto podría explicar, al menos en parte, los bajos niveles de burnout encontrados en la muestra estudiada en cuanto los residentes de psiquiatría podrían contar con habilidades que fueran de alguna medida protectoras ante el síndrome.

No obstante, aunque la prevalencia de Síndrome de Burnout en sí se ha mencionado en otros estudios como la cifra de mayor relevancia, el hallazgo del nivel moderado de sus componentes encontrado en los residentes en un porcentaje significativo, representa un alto riesgo de que el síndrome se manifieste a futuro. De hecho en la muestra estudiada se encontró que el 73.3% de los residentes obtuvo puntuaciones medias y altas en agotamiento emocional y el 70%, puntuaciones medias y altas en despersonalización, así como el 61.7% presentó puntuaciones bajas o medias en realización personal. En este sentido, Tejada y Gómez mostraron una tasa de Burnout del 9.9% en 131 psiquiatras colombianos (54% de ellos residentes en Bogotá) y encontraron una relación significativa con el tiempo de ejercicio (Tejada y Gómez, 2011), por lo que se hace necesario el diseño de investigaciones longitudinales con indicadores de salud

mental, calidad y estilos de vida en los psiquiatras, así como en las relaciones recíprocas para prevenir la manifestación del Burnout, contrarrestar sus causas y solucionar las consecuencias de su aparición.

De forma llamativa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de burnout y en el grado de realización personal según la universidad en la que están matriculados los residentes. Esto toma sentido en cuanto cada universidad cuenta con un hospital base y un conjunto de sedes alternas donde los residentes realizan sus rotaciones y, por ende, cada uno de estos centros se caracteriza por tener estilos de trabajo diferentes, cargas asistenciales desiguales, pacientes con características socio-demográficas distintas, entre otros factores. Por otra parte, no se podría descartar un sesgo de selección en cuanto residentes con burnout de algunos tipos de universidades hubieran tendido a responder la encuesta mientras que otros, por temor a represalias, hubieran preferido no hacerlo. En caso de ser así, es posible que las tasas de Burnout no reflejen la prevalencia en la población objeto de estudio aún cuando se hubiera realizado un buen ejercicio de muestreo previo.

Los hallazgos con respecto al impacto del rol parental en el riesgo de burnout son provocativos y están en línea con los reportados por otros autores previamente. Aunque Lemkau et al. (1988) y Martini et al. (2004) encontraron que tener hijos no tenía efectos en la aparición de burnout en un grupo de residentes de medicina familiar, Lemkau et al. (1994) demostró que tener niños estaba asociado con menores puntajes en la sub-escala de despersonalización en un estudio realizado con médicos recientemente graduados. Collier et al. (2002) encontraron que los residentes con niños presentaron menores puntajes en las escalas de depresión y mayores sentimientos humanísticos, los cuales podrían actuar como factores protectores ante la aparición del síndrome, al menos para

las mujeres, aún cuando pueda sonar contraintuitivo. Taylor et al. (2000) hipotetizan que en estos casos prevalece una respuesta al estrés tipo "*tend-and-befriend*" sobre la más frecuente "*fight-or-flight*". También se podría especular que las responsabilidades de la maternidad crearían un conjunto de prioridades internas distinto para las residentes que les ayudaría a evitar ser consumidas por el estrés diario y los conflictos al interior de los programas de residencia.

En las características evaluadas sobresale la relación significativa entre la carga laboral definida por el número de pacientes atendidos y el nivel de agotamiento emocional, relación que parece lógica y define la intensidad de la tarea en materia de la exigencia física y ofrecimiento de respuestas de alerta como un indicador fisiológico que se puede asociar al Burnout. En los profesionales de la salud, generalmente los horarios demandan un alto nivel de esfuerzos físicos, cambios en las rutinas de vida, en los ciclos de sueño y alimentación entre otros, que pueden afectar sus ritmos de desempeño. Estas condiciones junto con el ejercicio de largas jornadas de trabajo continuo pueden asociarse de forma directa a la presentación de manifestaciones de fatiga que constituyen un elemento básico entre la sintomatología propia del Burnout. Esto ha sido previamente descrito por otros autores (Nishimura et al., 2014) incluso en Colombia (Toscano, Hernández y Salgado, 2010).

Ahora bien, en organizaciones en las que los trabajadores se enfrentan a condiciones laborales exigentes como las experimentadas por los profesionales de los servicios médicos, existen numerosos estímulos que operan como demandas físicas, sociales y organizacionales capaces de generar malestar y un amplio esfuerzo mental que conllevan al desarrollo de agotamiento (Kim, Shin y Swanger, 2009) y a un estado consecuente de alejamiento del paciente que sumerge al profesional en actitudes de

cinismo (Schaufeli y Bakker, 2004). La consecuente deshumanización de los procesos de ayuda en la asistencia clínica y el desprendimiento emocional con el paciente se convierten en las principales muestras de desgaste y marcadores de deterioro del nivel de bienestar del profesional dedicado al cuidado de la salud. Cobra sentido, entonces, que el año de residencia está relacionado con una mayor despersonalización como principal aspecto de la evolución del síndrome, tal y como lo han demostrado otros autores (Michels, Probst, Godenick y Palesch, 2003; Billings, Lazarus, Wenrich, Curtis y Engelberg, 2011).

Dado que a partir de los resultados propios no fue posible realizar un análisis multivariado que diera lugar a un modelo predictivo, no fue posible definir estrategias de prevención del burnout específicas para la muestra estudiada. No obstante, entre las intervenciones que se han propuesto algunas estrategias en el lugar de trabajo como programas para la reducción del estrés, educación en detección temprana del burnout, programas de apoyo a profesionales sanitarios que atiendan a poblaciones exigentes y delimitar una carga de trabajo razonable para cada colaborador (Dupree y Day, 1995). Por otro lado, delimitar claramente entre trabajo y hogar ha sido una estrategia ampliamente sugerida en la literatura (Sherman y Thelen, 1998).

Igualmente, algunos programas invitan a sus residentes o les apoyan en la realización de psicoterapia personal (Macaskill y Macaskill, 1992) y meditación o mindfulness (Shapiro, Astin, Bishop y Córdova, 2005), así como ejercicio físico cuyos efectos han sido demostrados para la disminución de la depresión y la ansiedad, convirtiéndolo en una intervención ideal para el burnout. Investigadores mexicanos encontraron que, por ejemplo, tras sesiones aeróbicas realizadas en promedio una a dos veces por semana, se disminuye el grado de Burnout de manera significativa en un

periodo de ocho semanas en médicos residentes (Méndez-Cerezo, 2011).

Otras intervenciones ampliamente sugeridas incluyen períodos de vacaciones, técnicas de mindfulness, yoga, escritura reflexiva, actividades espirituales, descanso diario protegido, música, masajes y disfrute de la naturaleza (Spickard, Gabbe y Christensen, 2002) Es esencial que los directores de programas de residencia y los educadores pongan en práctica todos estos elementos en cuanto un mensaje paradójico en su currículo oculto podría ser incluso contraproducente (Ishak et al, 2009).

## **11. Limitaciones**

La presente investigación cuenta con un tamaño muestral que, si bien supera el mínimo necesario para los objetivos propuestos, es pequeño en comparación con otros estudios publicados previamente. Dificultades externas al proceso de la actual investigación limitaron la realización de un estudio a nivel nacional por lo que se invita a la realización de un estudio de prevalencia de burnout en residentes de múltiples especialidades a nivel nacional.

Dado que la participación en este estudio era totalmente voluntaria, no es posible descartar un sesgo de selección en cuanto los sujetos con burnout podrían sentirse desanimados para participar en la investigación al encontrarle poca utilidad para su propia mejoría, generando una sub-representación de estas personas en la muestra estudiada.

Por otro lado, no se evaluaron otras manifestaciones del estrés u otros constructos diagnósticos comórbidos o diferenciales con el Burnout como los trastornos afectivos, elemento que debe ser tenido en cuenta para próximas investigaciones. Además, el comportamiento de la sub-escala de Realización Personal fue pobre tras evaluar su consistencia interna a diferencia de lo descrito por los autores que validaron esta escala en Colombia, aspecto que invitaría al empleo de otros instrumentos de medición del burnout en la población de interés.

Este estudio cuenta con las limitaciones propias de los estudios de corte transversal, siendo la más importante la imposibilidad de describir relaciones de causalidad entre los factores estudiados y el evento objeto de estudio. Igualmente, dado que la residencia es un período de formación de especialistas, cobra todo sentido la

realización de estudios longitudinales con encuestas de seguimiento en las que se evalúe el comportamiento temporal del desgaste profesional en psiquiatras.

## 12. Conclusiones

- Se encontró una prevalencia del 6.7% de Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría de Bogotá. Dos de cada tres residentes están en riesgo de desarrollar burnout en cuanto tienen niveles moderados o elevados de agotamiento emocional y despersonalización y de una realización personal por debajo de sus expectativas.
- El residente de psiquiatría promedio en Bogotá está finalizando la tercera década de la vida, ejerce la medicina hace cinco años o menos, es soltero, no tiene hijos y vive en un núcleo familiar de tres personas o menos. Los residentes de psiquiatría de Bogotá, además, tienen largos períodos de trabajo entre la residencia y sus actividades laborales alternas.
- En la muestra estudiada, el desarrollo de Burnout está relacionado con la Universidad ( $p<0.05$ ) a la que pertenecen los residentes. El grado de agotamiento emocional estuvo relacionado con el grado de reconocimiento en la universidad ( $p<0.01$ ) y el total de pacientes atendidos en 24 horas incluidos los del trabajo y la residencia ( $F=3.12$ ,  $p<0.05$ ), El grado de despersonalización estuvo relacionado con el año de residencia ( $p<0.05$ ) y el grado de realización personal con el número de hijos ( $p<0.05$ ) y la universidad de procedencia ( $p<0.01$ ).
  - Entre las estrategias para la prevención del Síndrome de Burnout en residentes de psiquiatría se recomienda a) diseñar programas de detección temprana y apoyo psicoterapéutico, b) no dar cargas laborales desequilibradas, c) promover el ejercicio aeróbico, el mindfulness y la meditación, d) delimitar períodos de vacaciones y descanso protegido y e) promover una cultura de prevención del burnout en todos los actores de los programas de residencia.

### 13. Referencias Bibliográficas

Alonso Fernández, F. «Morbilidad psiquiátrica en los profesionales sanitarios», *Psicopatología*, 1988, 8: 121-132.

Álvarez, E. y Fernández, L. (1991 b). El síndrome Burnout o el desgaste emocional (II). Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental Revisión de Estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 11 (39) 267-261

Arango Agudelo, S., Castaño Castrillón, J. J., Henao Restrepo, C. J., Jiménez Aguilar, D. P., López Henao, A. F., & Páez Cala, M. L. (2013). Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia).

Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social science & medicine*, 52(2), 203-213.

Arora, M., Diwan, A. D., & Harris, I. A. (2014). Prevalence and factors of burnout among Australian orthopaedic trainees: a crosssectional study. *Journal of Orthopaedic Surgery*, 22(3)

Bandura, A., *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. 1986, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Baradaran, H. R., & Atrak, S. (2015). Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 29(1), 597-602.

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, 36, 28-41.

Billings, M. E., Lazarus, M. E., Wenrich, M., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2011). The effect of the hidden curriculum on resident burnout and cynicism. *Journal of graduate medical education*, 3(4), 503-510

Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency*, 15(3), 359-370.

Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.

Buendía, J., & Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Ediciones Pirámide.  
Buendía, J., & Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Ediciones Pirámide.

Carlin, M. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26(1), 169.

Castaño, I., García, M., Leguizamón, L., Novoa, M. & del Socorro, I. (2006). Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. *Universitas Psychologica*, 5(3), 549-561

Cebrià-Andreu, J. (2005). Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 463-70.

Chaput, B., Bertheuil, N., Jacques, J., Smilevitch, D., Bekara, F., Soler, P., ... & Grolleau, J. L. (2015). Professional burnout among plastic surgery residents: can it be prevented? Outcomes of a national survey. *Annals of plastic surgery*, 75(1), 2-8

Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services* (p. 18). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Código Sustantivo del Trabajo (1950). En *Diario Oficial* No 27.407. Congreso de la República de Colombia.

Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L: Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002; 36:384-390

Daniel, E. (1995). Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. Tesis doctoral, Universidad de Salamanca.

De Lorenzo, L. (1997). El informe de la O.I.T., efectos sobre la salud. *Previsión*, 70: 72-73

Deahl M, Turner T. General psychiatry in no-man's land. *Br J Psychiatry* 1997;171:6-8.

Decreto 1295 (2010). Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia. Disponible en la Web: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-229430\\_archivo\\_pdf\\_decreto1295.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-229430_archivo_pdf_decreto1295.pdf)

Decreto 2376 (2010). Ministerio de Salud y protección Social de la República de Colombia. Disponible en la Web: [http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/138d592c-92db-4394-bd5b-c8b7563a95e9/Decreto\\_2376\\_de\\_Julio\\_01\\_de\\_2010.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/138d592c-92db-4394-bd5b-c8b7563a95e9/Decreto_2376_de_Julio_01_de_2010.pdf?MOD=AJPERES)

Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.

Dupree P, Day HD. *Psychotherapists' Job Satisfaction and Job Burnout as a Function of Work Setting and Percentage of Managed Care Clients*. New York: Haworth Press; 1995

Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians

relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.

Falicoff, J., Spano, C., Peskin, V., Furman, M., Reynoso, F., Muñiz, M., Diez, C., Mazzoglio-Nabar, M., Berrio, D., Goldstein, D. (2014). Factores psicosociales asociados al trabajo y Psiquiatras en Formación: Estudio longitudinal de su impacto y asociación con el síndrome de Burnout. En: XXVIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Cartagena de Indias.

Farber, B. (Ed). (1985). *Stress and burnout in the human services profesions*. New York: Pergamon Press.

Faura, T., & VENDRELL, M. (1990). Síndrome de Burnout. *Enfermería*, grupo de alto riesgo. *Revista Rol de Enfermería*, 10, 53-56.

Ferrari, S., Cuoghi, G., Mattei, G., Carra, E., Volpe, U., Jovanovic, N., ... & Pingani, L. (2014). Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *La Medicina del lavoro*, 106(3), 172-185

Fonseca, M., Sanclemente, G., Hernández, C., Visiedo, C., Bragulat, E., & Miró, Ò. (2010). Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Revista clinica espanola*, 210(5), 209-215.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Gamarra, M. M., & Mar, R. R. (2010). De la calidad de la vida laboral a los riesgos Psicosociales: evaluación de la calidad de vida laboral. *Acciones e*

investigaciones sociales, (28), 5-55.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e gestão*, 4(1), 165-179.

Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. F. (1990). Phases of burnout, modes and social support: Contributions to explaining differences in physical symptoms. *Journal of Managerial Issues*, 176-183.

Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, (18), 0-0

Guevara, C. A., Henao, D. P., & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colombia médica*, 35 (4), 173-178

Guy, James D.; Liaboe, Gary P. (1985). Suicide among psychotherapists: Review and discussion. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(4), 470-472.

Hafner H. Psychiatry as a profession. *Nervenarzt* 2002;73:33-40.

Heifetz, L. y Bersani, H. (1983). Disrupting the cybernetics of personal growth: Toward a unified theory of burnout in the human services. En Farber, B. (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.

Henderson, G. (1984): Physician burnout. *Hospital Physician*, 20, 8-20

Hernández, P.(2001). Estudio descriptivo del síndrome del Burnout en el personal de salud en el hospital militar central. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 7: 71-83

Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. 1. Introduction. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000;6:226-35.

Hoop JG. Hidden ethical dilemmas in psychiatric residency training: the psychiatry

resident as dual agent. *Acad Psychiatry* 2004; 28:183-9

Hughes, P. H., Brandenburg, N., Baldwin, D. C., Storr, C. L., Williams, K. M., Anthony, J. C., & Sheehan, D. V. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*, 267(17), 2333-2339.

IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., ... & Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training: a literature review. *Journal of graduate medical education*, 1(2), 236-242

Jiménez, B. M., Hernández, E. G., Pereira, A. M. B., & Herrero, M. G. (2003). Estudios transculturales del burnout: los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de psicología*, 12(1), 9-18.

Kashani, K., Carrera, P., De Moraes, A. G., Sood, A., Onigkeit, J. A., & Ramar, K. (2015). Stress and burnout among critical care fellows: preliminary evaluation of an educational intervention. *Medical education online*, 20

Kimo Takayasu, J., Ramoska, E. A., Clark, T. R., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., ... & Gross, E. (2014). Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Academic Emergency Medicine*, 21(9), 1031-1035

Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an aetiological model. *Int J Psychiatry Med* 2005;35:405-16.

Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, et al: Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ* 1988; 63:682-691

Lemkau J, Rafferty J, Gordon R Jr: Burnout and career-choice regret among family practice physicians in early practice: *Fam Pract Res J* 1994; 14:213-222

Ley 1164 (2007). En Diario oficial No. 46.771. Congreso de la República de Colombia.

Ley 1188 (2008). En Diario Oficial No. 46.971. Congreso de la República de Colombia.

Ley 1438 (2011). En Diario Oficial 47.957. Congreso de la República de Colombia.

Ley 1562 (2012). En Diario Oficial 48.488. Congreso de la República de Colombia.

Macaskill N, Macaskill A. Psychotherapists-in-training evaluate their personal therapy: results of a UK study. *Br J Psychother.* 1992;9:133– 138

Mansilla Izquierdo, F. (2004). El síndrome de amotivación laboral. *Anales de Psiquiatría*, 20 (10), 429-433.

Marrero M. Está presente el síndrome de burnout en los servicios de neonatología. *Revista Cubana de Salud y Trabajo.* 2005;5(2):60-2

Martini S, Arfken CL, Churchill A, et al: Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004; 28:240-242

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual.*

Mears A, Kendall T, Katona C et al. Career intentions in psychiatric trainees and consultants. London: Royal College of Psychiatrists, 2002.

Megaloikonomou, Th. Burnout syndrome in the psychosocial rehabilitation framework. *Psychiatry copybook59:* 10-23, 1997.

Meier DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001;286:3007-14.

Méndez-Cerezo, Á. (2011). Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An Med (Mex)*, 56(2), 79-84.

Michels, P. J., Probst, J. C., Godenick, M. T., & Palesch, Y. (2003). Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. *Academic Medicine*, 78(1), 69-79

Moreno, B., Oliver, C., & Aragoneses, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. Carballo VE & Buela G, editores. *Manual de psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI, 271-84.

Nagy, S., Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2): 523-531

Nishimura, K., Nakamura, F., Takegami, M., Fukuhara, S., Nakagawara, J., Ogasawara, K., ... & Toyoda, K. (2014). Cross-Sectional Survey of Workload and Burnout Among Japanese Physicians Working in Stroke Care The Nationwide Survey of Acute Stroke Care Capacity for Proper Designation of Comprehensive Stroke Center in Japan (J-ASPECT) Study. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 7(3), 414-422.

Organización Internacional del Trabajo (1990). Conditions of work and employment programme. Shift Work. Information Sheet No. WT-8. Mayo de 2004. Disponible en la Web: <http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/infosheets/wt-8.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2011). Informe final: reunión tripartita de expertos sobre la ordenación del tiempo de trabajo. Disponible en la Web: [http://www.ilo.org/global/docs/WCMS\\_210831/lang--es/index.htm%20Informe%20final:%20reuni%C3%B3n%20tripartita%20de%20expertos%20sobre%20la%20ordenaci%C3%B3n%20del%20tiempo%20de%20trabajo](http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_210831/lang-es/index.htm%20Informe%20final:%20reuni%C3%B3n%20tripartita%20de%20expertos%20sobre%20la%20ordenaci%C3%B3n%20del%20tiempo%20de%20trabajo)

Organización Panamericana de la Salud (2011). Residencias médicas en América

Latina. Washington, D.C.: OPS, 2011 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 5).

Pantaleoni, J. L., Augustine, E. M., Sourkes, B. M., & Bachrach, L. K. (2014). Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Academic pediatrics*, 14(2), 167-172

Parada M, Moreno R, Mejías Z, Rivas A, Rivas F, Cerrada J. Satisfacción laboral y Síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2005;23(1):14-20

Pérez, M. B., Lechuga, E. N., Aun, E. A., Pacheco, H. B., Rolón, K. R., & Sará, J. R. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Revista Salud Uninorte*, 23(1), 43-51.

Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth* (p. 15). New York: Free Press.

Portilla, M., Fernández, M. T., Martínez, P. A., & García, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Medica*

Rathod S, Roy L, Ramsay M et al. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull* 2000;24:133-6.

Reid Y, Johnson S, Morant N et al. Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:301-8.

Relman A. The new medic complex and industrial. *NEJM* 1999, 71: 963

Resolución 1043 (2006). Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Disponible en la Web:

<https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/resolucion1043de2006.pdf>

Restrepo N, Colorado G, Cabrera G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia. 2005. *Revista de Salud Pública*, 8, 63-73

Ripp, J. A., Bellini, L., Fallar, R., Bazari, H., Katz, J. T., & Korenstein, D. (2015). The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: a three-institution comparison study. *Academic Medicine*, 90(4), 494-499. ISO 690

Rodríguez Paipilla, M. G., Rodríguez Gómez, R., Riveros Gutierrez, A. E., & Pinzón Salamanca, J. Y. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.

Sánchez, N. (2013). Perfil del residente de psiquiatría de Colombia. Disponible en la Web: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/08/Perfil-del-residentes-de-psiquiatri%C3%ACa-Colombiano.pdf>

Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4): 321-326.

Senior, J. (2006). Can't get no satisfaction: In a culture where work can be a religion, burnout is its crisis of faith. *New York Magazine*.

Sentencia No. C-450/95 (1995). En *Gaceta de la Corte Constitucional*. Corte Constitucional de la República de Colombia. Disponible en la Web: <http://corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1995/C-450-95.htm>

Shapiro S, Astin J, Bishop S, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manage.*

2005;12(2):164–176

Sherman MD, Thelen, MH. Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Prof Psych Res Pr.* 1998;29(1):79–85

Spickard Jr, A., Gabbe, S. G., & Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Jama*, 288(12), 1447-1450

Starrin, B., Larsson, G., & Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91.

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82-89

Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, et al: Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev* 2000; 107:411-429

Tejada, Paola; Gomez, Viviola. Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Universitas Psychologica*, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 874, dic. 2011.

Thompson C. The mental state we are in: morale and psychiatry. *Psychiatr Bull* 1998;22:405-9.

Toscano, J. H. Á., Hernández, L. T. G., & Salgado, M. M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento psicológico*,8(15)

Umene-Nakano, W., Kato, T. A., Kikuchi, S., Tateno, M., Fujisawa, D.,

Hoshuyama, T., & Nakamura, J. (2013). Nationwide survey of work environment, work-life balance and burnout among psychiatrists in Japan. *PloS one*, 8(2), e55189.

Wallace, J. E., & Brinkerhoff, M. B. (1991). The measurement of burnout revisited. *Journal of Social Service Research*, 14(1-2), 85-111.

Wurm, W., Vogel, K., Holl, A., Ebner, C., Bayer, D., Mörtl, S., ... & Hofmann, P. (2016). Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PloS one*, 11(3), e0149913

Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *The Scientific World Journal*, 2014.

Zis, P., Artemiadis, A. K., Lykouri, M., Xirou, S., Roussopoulou, A., Papageorgiou, E., ... & Anagnostopoulos, F. (2015). Residency Training: Determinants of burnout of neurology trainees in Attica, Greece. *Neurology*, 85(11), e81-e84.

Zur, O. (1994). Psychotherapists and their families: The effect of clinical practice on individual and family dynamics. *Psychotherapy in private practice*, 13(1), 69-95.

## 14. Anexos

## Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables

<i>NOMBRE</i>	<i>ETIQUETA</i>	<i>DEFINICIÓN</i>	<i>CATEGORÍAS</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>MEDIDA</i>
Edad	Edad	Número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la recolección de datos.	Ninguna	Cuantitativa	Escala
Sexo	Sexo	Sexo reportado en el documento de identificación.	{0, Femenino; 1, Masculino}	Cualitativa	Nominal
EstCivil	Estado Civil	Condición del sujeto en función de si tiene o no pareja y la situación legal al respecto.	{0, Soltero/a, separado/a, divorciado/a o viudo/a; 1, Pareja, sin convivencia; 2, Pareja, con convivencia}	Cualitativa	Nominal
Hijos	Número de hijos	Número de hijos	{0, Ninguno; 1, 1 o 2 hijos; 2, 3 o más hijos}	Cualitativa	Nominal
Núcleofliar	Núcleo familiar	Número de personas con las que convive el sujeto	{0, Vive solo; 1, menos de 3 personas; 2, 3 personas o más}	Cualitativa	Nominal
Tejercicio	Tiempo ejercicio	Número de años durante los cuales el sujeto ha ejercido la medicina	{0, Menos de 5 años; 1, 5-10 años; 2, 11-15 años; 3 más de 15 años}	Cualitativa	Nominal
Univ	Universidad	Escuela en la que se forma el sujeto como psiquiatra	{1, Bosque-Clínica Montserrat; 2, Javeriana; 3, Militar; 4, Nacional; 5, Rosario; 6, Sanitas}	Cualitativa	Nominal
TipoUniv	Tipo de Universidad	Tipo de universidad en función de su carácter estatal o privado	{0, Pública; 1, Privada}	Cualitativa	Nominal
AñoR	Año Residencia	Año de formación en el que se encuentra el sujeto	{1, Primer año; 2, Segundo año; 3, Tercer año}	Cualitativa	Nominal
Trasladolugar	Traslado lugar	Necesidad de trasladarse de su	{0, No; 1, Sí}	Cualitativa	Nominal

	de residencia	lugar de residencia habitual para estudiar en Bogotá			
TdesplazamientoR	Tiempo desplazamiento Residencia	Tiempo de desplazamiento para acudir al sitio de prácticas de la residencia	{0, Menos de 30 minutos al día; 1, Entre 30 y 60 minutos al día; 2, Más de 1 hora al día}	Cualitativa	Nominal
HorastrabajoR	Horas trabajo Residencia	Tiempo empleado en cumplir las funciones de la residencia	Ninguna	Cuantitativa	Escala
Pcts24hrsR	Pacientes 24 hrs Residencia	Número de pacientes atendidos en promedio durante 24 horas continuas en la residencia	Ninguna	Cuantitativa	Escala
RelInterpR	Relaciones Interpersonales Residencia	Calidad de las relaciones con otras personas en la residencia	{0, Malas; 1, Regulares; 2, Buenas; 3, Muy buenas}	Cualitativa	Nominal
ReconocimientoR	Grado Reconocimiento Residencia	Grado de reconocimiento por sus superiores en la residencia	{0, Escaso; 1, Aceptable; 2, Bueno; 3, Muy bueno}	Cualitativa	Nominal
Trabajo	Trabajo aparte de la residencia	Trabajo alterno aparte de la residencia	{0, No; 1, Sí}	Cualitativa	Nominal
TipoTrabajo	Tipo de trabajo	Tipo de funciones realizadas mayoritariamente	{1, IPS No psiquiátrica; 2, IPS psiquiátrica; 3, Otro; 99, No aplica}	Cualitativa	Nominal
TdesplazamientoT	Tiempo desplazamiento Trabajo	Tiempo de desplazamiento para acudir al sitio de trabajo alterno	{0, Menos de 30 minutos al día; 1, Entre 30 y 60 minutos al día; 2, Más de 1 hora al día; 99, No aplica}	Cualitativa	Nominal
HorastrabajoT	Horas trabajo	Tiempo empleado en cumplir las funciones del trabajo alterno	Ninguna	Cuantitativa	Escala
Pcts24hrsT	Pcts 24 hrs en el Trabajo	Número de pacientes atendidos en promedio durante 24 horas continuas en el trabajo alterno	Ninguna	Cuantitativa	Escala
TiempopctT	Tiempo por paciente en el Trabajo	Tiempo empleado en atender un paciente en promedio en el sitio de trabajo	Ninguna	Cuantitativa	Escala
RelInterpT	Relaciones Interpersonales	Calidad de las relaciones con otras personas en el sitio de	{0, Malas; 1, Regulares; 2, Buenas; 3, Muy buenas; 99, No aplica}	Cualitativa	Nominal

	Trabajo	trabajo			
ReconocimientoT	Grado Reconocimiento Trabajo	Grado de reconocimiento por sus superiores en el trabajo alterno	{0, Escaso; 1, Aceptable; 2, Bueno; 3, Muy bueno; 99, No aplica}	Cualitativa	Nominal
TotalH	Total de horas trabajadas entre Residencia y Trabajo alterno	Tiempo empleado en cumplir las funciones del trabajo alterno y la residencia	Ninguna	Cuantitativa	Escala
TotalPcts	Promedio total de Pacientes atendidos entre Residencia y Trabajo alterno	Número de pacientes atendidos en promedio durante 24 horas continuas en el trabajo alterno y en la residencia	Ninguna	Cuantitativa	Escala
Ocio	Tiempo dedicado al ocio	Tiempo empleado en el descanso a la semana	{0, Menos de 12 horas a la semana; 1, 12 a 24 horas a la semana; Más de 24 horas a la semana}	Cualitativa	Nominal
Psicot	Asistencia a psicoterapia	Asistencia a proceso psicoterapéutico personal	{0, No; 1, Sí}	Cualitativa	Nominal
GradoAE	Grado Agotamiento Emocional	Severidad del agotamiento emocional según puntaje en el MBI	{0, Bajo; 1, Medio; 2, Alto}	Cualitativa	Ordinal
GradoD	Grado Despersonalización	Severidad de la despersonalización según puntaje en el MBI	{0, Bajo; 1, Medio; 2, Alto}	Cualitativa	Ordinal
GradoRP	Grado Realización Personal	Grado de realización personal a partir de las expectativas propias, según puntaje en el MBI	{0, Bajo; 1, Medio; 2, Alto}	Cualitativa	Ordinal
Burnout	Presencia de Burnout	Diagnóstico del síndrome según criterios de Maslach	{0, No; 1, Sí}	Cualitativa	Nominal

*Anexo 2. Instrumento de recolección de datos*

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

## Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

El objetivo de este estudio es determinar la presencia de desgaste profesional en residentes de psiquiatría en Colombia y describir los aspectos relacionados con su aparición. Para participar, hay algunas cosas que debes saber primero:

Tu participación es totalmente voluntaria.

La decisión de hacer parte del estudio depende enteramente de ti.

Puede que en principio decidas ingresar al estudio y durante el transcurso del mismo cambies de opinión. En dado caso, puedes suspender la encuesta sin ningún inconveniente.

No hacer parte del estudio no traerá ninguna penalidad posterior en ningún aspecto.

Ante cualquier inquietud, no dudes en comentársela a cualquiera de los investigadores.

La duración estimada que te tomará llenar esta encuesta será de unos quince minutos y consiste en resolver una serie de preguntas sobre varios datos personales y resolver el Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI) on-line.

Entre los eventuales riesgos relacionados con la participación en este estudio se incluyen tornarse molesto o ansioso respecto a las preguntas aquí formuladas, aspecto que debes hacerle ver a cualquiera de los investigadores o, simplemente, finalizar el diligenciamiento de este formulario.

Para minimizar el riesgo de romper la confidencialidad, todos los datos que serán recolectados en este estudio serán enteramente anónimos. Las direcciones IP no serán guardadas y en general no habrá manera en que los investigadores puedan relacionar las respuestas con alguna persona en particular. Tras ser recolectados, los datos serán tabulados y luego analizados por medio de varios programas estadísticos; nunca serán compartidos por ningún medio, serán almacenados en un único computador con doble clave de acceso y serán tratados únicamente por el equipo investigador.

El mayor beneficio que obtendrás de participar en este estudio será contribuir en el conocimiento de la aparición de desgaste profesional en profesionales de salud y, en particular, en residentes de psiquiatría en Colombia aspecto que redundará en el desarrollo de estrategias que permitan minimizar su aparición.

En caso de cualquier pregunta, puedes contactar a la investigadora principal, Gloria P. Amaya Avella, al correo [gloripauamaya@hotmail.com](mailto:gloripauamaya@hotmail.com) y al teléfono (+41) 77 429 03 05 en Basilea, Suiza.

Al dar clic en continuar, aceptas los términos de este consentimiento y confirmas que todas tus dudas han sido resueltas.

\*Required

### A. Datos sociodemográficos

---

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**1. 1. ¿Cuántos años tienes? \***

---

**2. 2. ¿A qué género perteneces? \****Mark only one oval.* Masculino Femenino**3. 3. ¿Cuál es tu estado civil? \****Mark only one oval.* Soltero/a, separado/a, divorciado/a o viudo/a Tengo pareja, no convivimos juntos Tengo pareja, convivimos juntos**4. 4. ¿Tienes hijos? \****Mark only one oval.* No tengo hijos Tengo uno o dos hijos Tengo tres o más hijos**5. 5. ¿Con cuántas personas convives? \****Mark only one oval.* Vivo solo/a Menos de tres personas Tres personas o más**6. 6. ¿Cuánto tiempo llevas ejerciendo como médico, incluida la residencia? \****Mark only one oval.* Menos de cinco años Entre cinco y diez años Entre diez y quince años Más de quince años**B. Datos respecto a la residencia**

---

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**7. 7. ¿En qué universidad estudias? \****Mark only one oval.*

- Bosque - Cl. Montserrat
- Javeriana
- Militar
- Nacional
- Rosario
- Sanitas

**8. 8. ¿Qué año de residencia estás cursando? \****Mark only one oval.*

- Primer año
- Segundo año
- Tercer año

**9. 9. ¿Para llevar a cabo los estudios de Psiquiatría tuviste que trasladarte a una ciudad distinta a tu lugar habitual de residencia? \****Mark only one oval.*

- Sí
- No

**10. 10. ¿Cuánto tiempo tardas en desplazarte de tu casa a la institución donde mayoritariamente realizas las prácticas hospitalarias? \****Mark only one oval.*

- Menos de 30 minutos al día
- Entre 30 y 60 minutos al día
- Entre una y dos horas
- Más de dos horas

**11. 11. ¿Cuántas horas trabajas a la semana en la residencia? \***

---

**12. 12. ¿Cuántos pacientes atiendes en promedio en 24 horas de trabajo en la residencia? \***

---

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**13. 13. Sientes que tus relaciones interpersonales en la residencia son... \****Mark only one oval.*

- Malas
- Regulares
- Buenas
- Muy buenas

**14. 14. Sientes que el reconocimiento que recibes por tu trabajo en la residencia es... \****Mark only one oval.*

- Escaso
- Aceptable
- Bueno
- Muy bueno

**C. Datos respecto al trabajo**

---

**15. 15. Además de la residencia, ¿trabajas? \****Mark only one oval.*

- Sí
- No

**16. 16. ¿En qué consiste, mayoritariamente, este trabajo?***Mark only one oval.*

- Turnos en unidad de salud mental
- Turnos en IPS no psiquiátrica
- Trabajo administrativo
- Investigación
- Other: .....

**17. 17. ¿Cuánto tiempo tardas en desplazarte de tu casa a la institución donde trabajas?***Mark only one oval.*

- Menos de 30 minutos al día
- Entre 30 y 60 minutos al día
- Entre una y dos horas
- Más de dos horas

**18. 18. Además de la residencia, ¿cuántas horas trabajas a la semana?**

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

19. **19. ¿Cuántos pacientes atiendes en promedio en 24 horas de trabajo?**

.....

20. **20. ¿Cuánto tiempo le dedicas a cada paciente, en promedio?**

.....

21. **21. Sientes que tus relaciones interpersonales en el trabajo son...**

*Mark only one oval.*

- Malas  
 Regulares  
 Buenas  
 Muy buenas

22. **22. Sientes que el reconocimiento que recibes por tu trabajo es...**

*Mark only one oval.*

- Escaso  
 Aceptable  
 Bueno  
 Muy bueno

23. **23. ¿Cuánto tiempo le dedicas a las actividades de ocio? \***

*Mark only one oval.*

- Menos de 12 horas a la semana  
 Entre 12 y 24 horas a la semana  
 Más de 24 horas a la semana

24. **24. ¿Asistes a algún proceso psicoterapéutico? \***

*Mark only one oval.*

- Sí  
 No

25. **25. ¿Cómo calificarías la formación en psicoterapia en tu departamento? \***

*Mark only one oval.*

- Mala  
 Aceptable  
 Buena  
 Muy buena

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**26. 26. Te identificas a ti mismo como psicoterapeuta? \****Mark only one oval.*

- Totalmente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**D. Datos respecto al desgaste profesional**

Por favor describe con qué intensidad las situaciones expuestas en las siguientes frases te suceden.

**27. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**28. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**29. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**30. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**31. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**32. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**33. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**34. Siento que mi trabajo me está desgastando \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**35. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**36. Siento que me he hecho más duro con la gente \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**37. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**38. Me siento con mucha energía en mi trabajo \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**39. Me siento frustrado en mi trabajo \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**40. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**41. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**42. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**43. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**44. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**45. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**46. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades \****Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

28/7/2016

Desgaste profesional (Burnout) en residentes de psiquiatría de Bogotá

**47. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada \***

*Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

**48. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas \***

*Mark only one oval.*

- Nunca
- Pocas veces al año o menos
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Todos los días

---

Powered by  
 Google Forms

Anexo 3. Resultados MBI en la muestra

<i>CASO</i>	<i>AE1</i>	<i>AE2</i>	<i>AE3</i>	<i>AE4</i>	<i>AE5</i>	<i>AE6</i>	<i>AE7</i>	<i>AE8</i>	<i>AE9</i>	<i>AET</i>	<i>RPI</i>	<i>RP2</i>	<i>RP3</i>	<i>RP4</i>	<i>RP5</i>	<i>RP6</i>	<i>RP7</i>	<i>RP8</i>	<i>RPT</i>	<i>DI</i>	<i>D2</i>	<i>D3</i>	<i>D4</i>	<i>D5</i>	<i>DT</i>
1	4	2	5	1	4	1	6	1	1	25	5	5	5	3	6	5	6	2	37	0	1	1	0	0	2
2	4	0	4	4	4	2	6	4	4	32	6	6	6	6	6	6	3	0	39	4	4	4	0	3	15
3	5	5	6	3	6	1	6	5	5	42	5	5	6	3	5	5	5	0	34	1	5	1	2	4	13
4	3	1	2	3	3	1	4	1	1	19	6	2	4	4	6	5	6	3	36	3	4	3	1	1	12
5	4	0	4	4	4	0	6	4	4	30	6	6	6	6	6	6	3	0	39	4	4	4	0	3	15
6	4	0	1	1	2	1	2	0	1	12	6	5	6	5	6	6	6	6	46	0	0	0	0	0	0
7	3	0	2	3	2	0	5	0	0	15	6	6	6	6	6	6	6	3	45	0	6	3	1	2	12
8	4	3	4	3	4	3	6	3	3	33	6	6	6	5	5	5	6	5	44	3	6	6	0	1	16
9	6	5	6	5	5	3	3	0	0	33	6	6	6	1	6	6	6	0	37	1	5	5	0	0	11
10	5	5	5	3	5	4	5	1	4	37	5	6	6	3	6	6	6	5	43	0	5	5	0	0	10
11	3	3	3	3	3	1	5	0	3	24	3	6	6	6	6	5	6	4	42	0	0	0	0	0	0
12	3	1	2	1	3	0	1	1	0	12	6	5	2	2	6	5	5	6	37	0	3	3	0	0	6
13	6	6	6	6	6	6	6	5	6	53	5	5	5	3	5	1	3	0	27	5	6	0	1	5	17
14	2	0	1	2	4	2	3	0	5	19	6	5	6	4	0	6	6	4	37	0	1	0	0	0	1
15	4	4	4	4	3	4	3	3	3	32	4	4	5	3	6	6	6	5	39	4	3	3	3	1	14
16	4	3	4	1	4	4	6	1	5	32	6	5	5	4	5	4	3	4	36	0	2	5	1	1	9
17	5	5	6	3	6	1	3	1	5	35	6	6	6	2	6	6	6	0	38	0	1	2	0	0	3
18	3	1	5	3	6	1	6	1	6	32	6	5	5	3	6	5	5	0	35	2	5	6	0	1	14
19	2	1	2	1	1	1	1	0	0	9	6	5	5	5	6	5	5	3	40	1	5	5	1	0	12
20	3	0	5	3	3	0	5	1	1	21	6	6	6	3	6	6	6	5	44	0	1	1	0	1	3
21	4	3	3	1	4	2	3	0	1	21	6	4	6	5	0	5	5	5	36	0	1	1	0	1	3
22	6	3	6	4	6	1	6	3	1	36	6	6	6	3	5	6	6	5	43	0	5	4	1	1	11
23	3	1	2	1	3	0	1	1	0	12	6	5	2	2	6	5	5	6	37	0	3	3	0	0	6

24	3	1	2	1	3	0	1	1	0	12	6	5	2	2	6	5	5	6	37	0	3	3	0	0	6
25	4	1	4	3	2	3	3	2	0	22	5	3	3	3	3	3	3	1	24	1	3	3	1	1	9
26	1	0	1	0	1	0	3	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	6	48	0	0	0	0	0	0
27	4	3	5	5	6	3	2	1	2	31	6	6	6	5	1	3	6	5	38	0	2	1	0	5	8
28	5	3	4	3	5	3	6	1	5	35	5	5	6	3	5	5	4	5	38	0	5	4	0	4	13
29	3	1	2	1	3	1	1	1	0	13	6	5	2	2	6	5	5	6	37	0	3	3	0	0	6
30	3	1	2	1	3	0	3	1	0	14	6	5	3	2	6	5	5	6	38	0	3	3	0	0	6
31	4	3	6	3	6	1	6	1	2	32	6	5	2	2	5	5	5	6	36	1	5	3	0	3	12
32	4	4	3	3	3	4	4	2	4	31	6	6	5	4	5	5	5	3	39	3	2	3	0	1	9
33	4	4	4	1	4	2	2	0	1	22	6	6	5	5	5	6	5	5	43	1	3	1	1	0	6
34	3	0	4	1	0	1	4	0	1	14	6	6	6	5	0	0	6	5	34	0	0	0	0	0	0
35	4	4	5	4	6	3	5	4	5	40	5	5	2	3	5	3	5	4	32	1	1	2	1	1	6
36	5	5	6	6	6	5	6	5	6	50	4	3	4	1	5	4	3	0	24	5	6	6	6	1	24
37	1	1	1	0	1	0	1	0	1	6	1	6	6	6	6	6	6	6	43	0	0	0	0	0	0
38	4	0	3	1	4	2	3	0	1	18	6	4	6	5	0	5	5	5	36	0	0	1	0	1	2
39	5	5	4	5	4	4	4	3	4	38	6	6	6	5	5	5	5	2	40	3	4	4	3	2	16
40	6	5	5	5	5	2	2	0	1	31	6	5	6	6	6	6	6	1	42	3	0	1	0	3	7
41	1	0	2	1	0	1	1	0	0	6	6	6	6	6	6	6	6	5	47	0	1	0	1	0	2
42	6	5	5	1	6	4	6	3	1	37	6	5	6	5	6	5	5	5	43	1	6	6	0	0	13
43	6	5	6	6	6	3	6	5	5	48	6	5	6	1	4	6	6	3	37	5	5	5	3	0	18
44	4	0	1	2	2	2	6	3	2	22	6	5	6	6	6	5	3	2	39	0	2	2	1	1	6
45	5	5	3	3	5	0	5	0	5	31	6	6	6	6	6	5	6	2	43	2	6	6	0	6	20
46	5	0	3	0	4	2	4	0	1	19	6	6	6	6	6	6	6	3	45	1	1	0	0	2	4
47	6	6	6	1	5	5	6	3	5	43	3	6	6	5	5	2	3	5	35	1	5	5	1	0	12
48	4	0	1	2	2	2	6	3	2	22	6	5	6	6	6	5	3	2	39	0	2	2	1	1	6
49	6	6	6	6	6	6	6	5	6	53	5	5	3	4	5	1	3	2	28	6	6	6	1	6	25
50	4	4	4	2	5	4	5	4	5	37	6	6	6	5	6	5	5	5	44	1	2	3	0	0	6
51	5	3	6	5	6	5	4	2	2	38	6	5	4	2	5	5	3	2	32	2	1	1	3	0	7
52	3	2	2	2	2	1	1	1	2	16	5	5	5	5	5	5	5	1	36	2	1	1	1	0	5

<b>53</b>	4	1	3	1	3	1	2	1	1	17	6	5	6	3	5	6	6	4	41	1	1	1	0	0	3
<b>54</b>	3	3	4	2	4	3	3	3	4	29	6	5	4	2	2	2	3	2	26	2	4	5	2	4	17
<b>55</b>	6	1	6	2	6	4	6	0	4	35	6	6	6	5	6	4	3	6	42	1	3	1	0	3	8
<b>56</b>	5	4	5	5	5	3	4	4	5	40	5	5	5	4	4	4	3	3	33	4	3	3	2	2	14
<b>57</b>	3	1	2	4	2	3	2	3	3	23	6	4	3	3	4	4	4	1	29	4	3	2	1	3	13
<b>58</b>	4	0	2	1	0	1	0	2	5	15	6	6	6	5	6	6	6	4	45	1	1	3	0	0	5
<b>59</b>	4	1	3	5	5	1	1	1	1	22	6	5	6	5	5	5	5	5	42	1	1	1	0	1	4
<b>60</b>	4	1	3	5	5	1	1	1	1	22	6	5	6	5	5	5	5	5	42	1	1	1	0	1	4

## Anexo 4. Categorías del MBI en la muestra estudiada

<b>CASO</b>	<b>GRADO AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	<b>GRADO DESPERSONALIZACIÓN</b>	<b>GRADO REALIZACIÓN PERSONAL</b>	<b>BURNOUT</b>
1	Moderado	Bajo	Moderado	No
2	Alto	Alto	Moderado	No
3	Alto	Alto	Moderado	No
4	Moderado	Alto	Moderado	No
5	Alto	Alto	Moderado	No
6	Bajo	Bajo	Alto	No
7	Bajo	Alto	Alto	No
8	Alto	Alto	Alto	No
9	Alto	Alto	Moderado	No
10	Alto	Alto	Alto	No
11	Moderado	Bajo	Alto	No
12	Bajo	Moderado	Moderado	No
13	Alto	Alto	Bajo	Sí
14	Moderado	Bajo	Moderado	No
15	Alto	Alto	Moderado	No
16	Alto	Moderado	Moderado	No
17	Alto	Bajo	Moderado	No
18	Alto	Alto	Moderado	No
19	Bajo	Alto	Alto	No
20	Moderado	Bajo	Alto	No
21	Moderado	Bajo	Moderado	No
22	Alto	Alto	Alto	No
23	Bajo	Moderado	Moderado	No
24	Bajo	Moderado	Moderado	No
25	Moderado	Moderado	Bajo	No
26	Bajo	Bajo	Alto	No
27	Alto	Moderado	Moderado	No
28	Alto	Alto	Moderado	No
29	Bajo	Moderado	Moderado	No
30	Bajo	Moderado	Moderado	No
31	Alto	Alto	Moderado	No
32	Alto	Moderado	Moderado	No
33	Moderado	Moderado	Alto	No
34	Bajo	Bajo	Moderado	No
35	Alto	Moderado	Moderado	No
36	Alto	Alto	Bajo	Sí
37	Bajo	Bajo	Alto	No
38	Bajo	Bajo	Moderado	No
39	Alto	Alto	Alto	No
40	Alto	Moderado	Alto	No

<b>41</b>	Bajo	Bajo	Alto	No
<b>42</b>	Alto	Alto	Alto	No
<b>43</b>	Alto	Alto	Moderado	No
<b>44</b>	Moderado	Moderado	Moderado	No
<b>45</b>	Alto	Alto	Alto	No
<b>46</b>	Moderado	Bajo	Alto	No
<b>47</b>	Alto	Alto	Moderado	No
<b>48</b>	Moderado	Moderado	Moderado	No
<b>49</b>	Alto	Alto	Bajo	Sí
<b>50</b>	Alto	Moderado	Alto	No
<b>51</b>	Alto	Moderado	Moderado	No
<b>52</b>	Bajo	Bajo	Moderado	No
<b>53</b>	Bajo	Bajo	Alto	No
<b>54</b>	Alto	Alto	Bajo	Sí
<b>55</b>	Alto	Moderado	Alto	No
<b>56</b>	Alto	Alto	Moderado	No
<b>57</b>	Moderado	Alto	Bajo	No
<b>58</b>	Bajo	Bajo	Alto	No
<b>59</b>	Moderado	Bajo	Alto	No
<b>60</b>	Moderado	Bajo	Alto	No