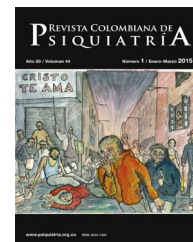


REVISTA COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍAwww.elsevier.es/rcp

Artículo original

Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en personal de salud de urgencias de un hospital de alta complejidad de Medellín en el segundo trimestre del año 2023, estudio cross-sectional^{☆,☆☆}Fredy Javier Rodríguez Castillo^{a,*}, Carlos Mario Barros Liñan^b,
Diego Ericson Giraldo Builes^c y Carlos Eduardo Vallejo-Bocanumen^d^a Especialista en Medicina de Urgencias, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia^b Especialista en Medicina de Urgencias, Universidad de Antioquia, Hospital Alma Mater de Antioquia, Medellín, Colombia^c Especialista en Medicina de Urgencias, Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia^d Especialista en Medicina de Urgencias, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, MSc. Epidemiología clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación en Urgencias y Emergencias (GIURE), Medellín, Colombia. Urgentólogo, Hospital Alma Mater de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de mayo de 2024

Aceptado el 3 de mayo de 2024

On-line el xxx

Palabras clave:

Desgaste profesional

Despersonalización

Personal sanitario

Servicios médicos de urgencia

Satisfacción con el empleo

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) y explorar factores asociados en personal asistencial del servicio de urgencias de una institución de alta complejidad de Medellín, Colombia.

Metodología: Se realizó un estudio observacional tipo cross-sectional. Se identificó al personal médico y de enfermería con labores asistenciales. Mediante un cuestionario electrónico se administró la encuesta estructurada MBI-HSS, con la que se determinó el SB. Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariado mediante múltiples regresiones logísticas binarias para explorar los factores asociados al SB.

Resultados: Se analizaron 132 encuestas diligenciadas. Se estimó una prevalencia de SB del 24,2% (32/132) y del 47,0% (62/132) usando criterios bidimensionales y unidimensionales, respectivamente. El consumo de sustancias psicoactivas en el último año y el antecedente de ansiedad o depresión (OR 3,28 [IC 95%: 1,30-8,26], OR 3,51 [IC 95%: 1,38-8,92], respectivamente) estuvieron asociados con el SB. Adicionalmente, algún grado de insatisfacción con el ambiente, la supervisión, las prestaciones y general (OR 2,79 [IC 95%: 1,09-7,13], OR 2,79 [IC 95%: 1,09-7,13], OR 3,59 [IC 95%: 1,56-8,25], OR 3,88 [IC 95%: 1,59-9,48], respectivamente) estuvieron asociadas con el SB.

[☆] El artículo corresponde a la tesis académica para la obtención del título de especialista en medicina de urgencias para el año 2023 en la Universidad de Antioquia.

^{☆☆} Fue presentado a través de plataforma Meet en sustentación de trabajo de grado el día 20 de septiembre del 2023.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjavier.rodriguez@udea.edu.co (F.J. Rodríguez Castillo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.05.004>

0034-7450/© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Conclusiones: La prevalencia del SB en personal de la salud del servicio de urgencias es similar a la reportada a nivel global cuando se emplea igual regla diagnóstica. La insatisfacción laboral estuvo asociada con el SB.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome in Emergency Health Staff of a High Complexity Hospital in Medellín in the Second Quarter of 2023, Cross-Sectional Study

A B S T R A C T

Keywords:

Burnout
Depersonalization
Health Personnel
Emergency Medical Services
Job Satisfaction

Purpose: To determine the prevalence of Burnout Syndrome (BS) and explore associated factors in healthcare personnel in the emergency department of a high-complexity institution in Medellín, Colombia.

Method: A Cross-sectional observational study was carried out. Medical and nursing staff with care tasks were identified. The structured MBI-HSS survey was administered through an electronic questionnaire, with which BS was estimated. Descriptive analysis and bivariate analysis were performed using multiple binary logistic regressions to explore those associated with BS.

Results: 132 completed surveys were analyzed. A prevalence of SB was estimated at 24.2% (32/132) and 47.0% (62/132) using two-dimensional and one-dimensional criteria, respectively. Use of psychoactive substances in the last year, history of anxiety or depression (OR 3.28 [95% CI: 1.30-8.26], OR 3.51 [95% CI: 1.38-8.92], respectively) were associated with BS. In addition, some degree of dissatisfaction with the environment, supervision, labour benefits and general (OR 2.79 [95% CI: 1.09-7.13], OR 2.79 [95% CI: 1.09-7.13], OR 3.59 [95% CI: 1.56-8.25], OR 3.88 [95% CI: 1.59-9.48], respectively) were also associated with SB.

Conclusions: The prevalence of BS in healthcare personnel in the emergency department is similar to that reported globally when the same diagnostic rule is used. Job dissatisfaction was associated with SB.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

El síndrome de *burnout* (SB) es un estado psicológico que surge como respuesta prolongada a factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo¹. Su etiopatogenia es multifactorial e involucra variables relacionadas con el entorno laboral y del individuo².

Todos los trabajadores de la salud están en riesgo de desarrollar SB, y su prevalencia ha venido creciendo en los últimos años. Reportes recientes acerca del SB en médicos estadounidenses evidenciaron un crecimiento en su prevalencia, pasando del 44% al 53% en general, y del 65% en especialistas de medicina de emergencia^{3,4}. Otro reporte reciente, que incluyó en su gran mayoría países de Europa, evidenció una prevalencia del SB del 60,1% en médicos especialistas de medicina de emergencia⁵.

Dentro de los factores asociados al SB se destacan algunas características como el sexo femenino⁴⁻⁶, estar soltero⁷ y la edad del trabajador que la padece^{7,8}, siendo particularmente prevalente en edades entre los 20 y 35 años⁹. Adicionalmente,

el antecedente de trastornos mentales⁶, el consumo excesivo tanto de alcohol como de sustancias psicoactivas¹⁰ y aspectos como la carga laboral, las preocupaciones sobre las condiciones de los pacientes, el mal ambiente de trabajo, el desequilibrio entre el trabajo y la vida personal, el desarrollo profesional deficiente, y la disminución de la satisfacción profesional, también se han asociado con el SB^{6,7,11}.

Si bien se han realizado diversos estudios de SB en personal de la salud, el fenómeno se ha descrito como dinámico, cambia con el tiempo, o según las condiciones del entorno laboral¹². El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia del SB y explorar los factores asociados, en personal de la salud en un servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia.

Métodos

Diseño, escenario y participantes

Se realizó estudio observacional tipo *cross-sectional* en una institución hospitalaria de alta complejidad que presta

servicio de urgencias hospitalario (SUH) tanto para adultos como niños. El hospital cuenta con capacidad de 95 camas de urgencias, 73 para adulto y 22 para población pediátrica. El staff de personal de la salud por turno es de 16 auxiliares de enfermería, 10 jefes de enfermería, 10 médicos generales, 2 médicos especialistas en urgencias, un médico pediatra y 2 médicos internistas; la duración del turno de trabajo es de 12 horas.

En este SUH se realizan en promedio 3200 ingresos mensuales.

Para este estudio se incluyó a todo el personal médico y de enfermería que desempeña labores asistenciales en el SUH. Se identificaron 187 candidatos los cuales corresponden a: 73 auxiliares de enfermería, 51 jefes de enfermería, 38 médicos generales, 11 especialistas en medicina de urgencias, 7 médicos pediatras y 7 médicos internistas. A los participantes se les envió vía email y aplicación de mensajería de teléfonos celulares el cuestionario estructurado en formato Google Form, el cual requería primero diligenciar la aceptación de participación en el estudio con su respectivo consentimiento informado. Se proyectó una tasa de respuesta de al menos el 50% de la población disponible mencionada. La recolección de la información se realizó entre el 22 de junio y el día 7 de julio del 2023.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Se incluyó a toda la población disponible. Se excluyó al personal asistencial hospitalario que no trabajaba en el SUH, médicos que ejercen función en urgencias solo como interconsultantes y aquellos participantes que no aceptaron el consentimiento informado o diligenciaron de manera incompleta el cuestionario.

Instrumento y variables

El presente estudio aplicó el instrumento *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS) validado desde 1981 y traducido al español para determinar la presencia de SB. Se obtuvo licencia para administrar este instrumento por parte de mindgarden.org. (anexo A del material adicional). Este instrumento permite evaluar las 3 dimensiones que componen el SB (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal/profesional). De las 3 dimensiones descritas del SB, el agotamiento emocional representa la dimensión básica de tensión individual del agotamiento y se refiere a los sentimientos de estar sobrecargado y agotado de los propios recursos emocionales y físicos; la despersonalización representa la dimensión del contexto interpersonal del agotamiento y se refiere a una respuesta negativa, insensible o excesivamente distante a varios aspectos del trabajo; y finalmente, el componente de baja realización representa la dimensión de autoevaluación del *burnout* y se refiere a sentimientos de incompetencia y falta de logro y productividad en el trabajo¹³.

El manual de MBI presenta una distribución de puntajes para sus muestras normativas y las divide en tercios. El rango de puntajes de cada tercio se usa para indicar puntajes de riesgo «bajo», «moderado» o «alto». El instrumento tiene 22 ítems, cada ítem puntúa en una escala que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días). En cuanto a la composición de cada dimensión, el agotamiento emocional incluye 9 ítems con un rango

de puntuación de 0 a 54 (una puntuación de <19 se consideraba nivel bajo, 19 a 26 reflejaba nivel moderado y >26 reflejaba alto nivel); la despersonalización incluye 5 ítems con un rango de puntuación de 0 a 30 puntos (<6 reflejaba un nivel bajo, 6 a 9 reflejaba un nivel moderado y >9 indicaban un nivel alto); y la baja realización personal y profesional incluye 8 ítems con un rango de puntuación de 0 a 48 puntos y la interpretación es inversa (>39 reflejaba un nivel bajo, 34 a 39 indicaba un nivel moderado y <34 reflejaba un nivel alto)¹⁴. Para el diagnóstico de SB se utilizó una regla de decisión combinando los resultados de las 3 dimensiones, así: puntuación «alta» en agotamiento emocional en combinación con puntuación alta en cualquiera de las 2 dimensiones restantes de MBI¹⁵.

Otras mediciones que se realizaron incluyen el nivel de satisfacción laboral el cual se realizó a través de cuestionario S10/12 diseñado por Meliá y Peiró (1998) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia¹⁶. Este instrumento mide y diferencia el grado de satisfacción tanto general como en 3 variables: satisfacción con el ambiente, satisfacción con la supervisión y satisfacción con las prestaciones recibidas. Reduciendo a promedios el sumatorio de los ítems de cada variable utiliza 7 grados alternativos para informar los resultados: insatisfecho, de 1 a 3; indiferente, de 4; y satisfecho, de 5 a 7. Para el análisis detallado se utilizó una reducción de la escala de 1 a 3 la cual define 3 grados alternativos: algún grado de insatisfacción, indiferente y algún grado de satisfacción. Se midieron variables laborales, aspectos sociodemográficos y psicosociales.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se obtuvo aprobación por parte del comité técnico de investigación de la institución hospitalaria donde se realizó el estudio. También, se obtuvo aprobación del comité de bioética de la Universidad de Antioquia el cual aprobó el formato de consentimiento informado y consideró que el proyecto no contiene tensiones éticas que vulneren los derechos y el bienestar de los participantes. La aprobación fue expedida el 11 de mayo del 2023 con el acta No 048.

Análisis de la información

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas se expresaron como medias con sus respectivas desviaciones estándar (DE) o medianas (Me) con sus respectivos rangos intercuartílicos (RIC), según la distribución de los datos. Para determinar la distribución de las variables se analizaron histogramas.

Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó el test exacto de Fisher o la prueba Chi cuadrado, según los niveles de la variable. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Para determinar los factores asociados al SB se realizaron múltiples regresiones logísticas binarias para determinar la asociación entre las diferentes variables de interés y el desenlace. Los resultados se expresan en odds ratio (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Todos los análisis se realizaron considerando un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis de la

información fue realizado con el programa Epi Info versión 7.2.5.

Resultados

Se identificaron 187 candidatos disponibles para el estudio, a quienes se les envió el cuestionario electrónico. Se obtuvo una tasa de respuesta del 71,6%, correspondiente a 134 participantes; de estos, se excluyeron 2 participantes debido a que negaron su participación en el consentimiento informado; en total se analizaron 132 encuestas (fig. 1). La distribución del sexo mostró mayor proporción de respuestas en el sexo femenino con un 64,4% (85/132) respecto al masculino con un 35,6%; la mediana de edad fue de 32,2 años; el estado civil soltero fue el más frecuente, con un 53,8% (71/132). El mayor nivel académico alcanzado de los encuestados fue profesional en el 44,7% (59/132), seguido de técnico profesional en el 28,0% (37/132). La ocupación de los encuestados, en orden de frecuencia, fue: auxiliar de enfermería 38,6% (51/132), profesional en enfermería 25,8% (34/132), médico general 24,2% (32/132), médico especialista en urgencias 8,3% (11/132) y médicos con otra especialización 3,0% (4/132). La mediana del número de trabajos fue de uno; y en cuanto a las horas de trabajo semanales en urgencias, el 62,9% (83/132) estuvo entre 37 y 48 horas. El resto de los resultados se presenta en la tabla 1.

La mediana de puntajes para las dimensiones del MBI-HSS mostró en el agotamiento emocional mediana de 20 (RIC: 11-30), con un nivel bajo el 46,2% y alto el 32,6%; la dimensión de despersonalización tuvo una mediana de 6 (RIC: 1-12), con nivel bajo en el 44,7% y alto en el 34,1%; y la dimensión de baja realización personal/profesional tuvo una mediana de 38 (RIC: 32-44), siendo el nivel bajo el más frecuente con un 44,7% y el alto un 32,6%. Al evaluar el SB definido como una puntuación alta en la dimensión de agotamiento emocional más una puntuación alta en al menos otra dimensión se encontró un total del 24,2% con SB correspondiente a 32 trabajadores; los 100 restantes se consideraron sin SB (tabla 2).

De los casos con SB, el 50,0% fueron mujeres (16/32); el 3,1% (1/32) estaban casados. El 34,4% (11/32) informó consumo de alguna sustancia psicoactiva. Los antecedentes personales de ansiedad o depresión y tratamiento psiquiátrico fueron informados en el 34,4% (11/32) y 37,5% (12/32), respectivamente. El 28,1% (9/32) informó empleo de tratamiento psiquiátrico en la actualidad (tablas 3 y 4).

En relación con el grado de satisfacción en los dominios de Ambiente, Supervisión, Prestaciones y General, evaluados con el instrumento S10/12, se encontró mayor satisfacción en el grupo sin SB en comparación con aquellos con SB (Sin SB 83,0% [83/100], 76,0% [76/100], 65,0% [65/100] y 78% [78/100], respectivamente; con SB, 56,3% [18/32], 46,9% [15/32], 34,4% [11/32] y 40,62% [13/32], respectivamente) (tabla 4).

Al explorar los factores asociados al SB en esta población, se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas en el último año a la realización del cuestionario, el antecedente de ansiedad o depresión, y el antecedente de tratamiento psiquiátrico estaban asociados con el síndrome (OR de, 3,28 [IC 95%: 1,30-8,26], 3,51 [IC 95%: 1,38-8,92], 4,85 [IC 95%: 1,88-12,57], respectivamente); adicionalmente, algún grado

Tabla 1 – Caracterización de los trabajadores de urgencia en un hospital de alta complejidad en Medellín

Variables	Total, N = 132 N (%)
<i>Variables sociodemográficas</i>	
<i>Sexo</i>	
Femenino	85 (64,4)
Masculino	47 (35,6)
<i>Edad, Me (RIC)</i>	
32,2(29-40,6)	
<i>Estado civil</i>	
Soltero	71 (53,8)
Unión libre	32 (24,2)
Casado	25 (18,9)
Separado	4 (3,0)
<i>Número de hijos, Me (RIC)</i>	
0 (0-1)	
<i>Consumo de sustancias en el último año</i>	
Cigarrillo	8 (6,1)
Cigarrillos electrónicos	13 (9,8)
Alcohol	104 (78,8)
Algunas sustancias psicoactivas ilícitas	26 (19,7)
<i>Antecedentes</i>	
Ansiedad o depresión	24 (18,2)
Tratamiento psiquiátrico	23 (17,4)
Duelo o calamidad en los últimos 3 meses	28 (21,2)
<i>Empleo de tratamiento psiquiátrico en la actualidad</i>	
13 (9,8)	
<i>Nivel académico alcanzado</i>	
Profesional	59 (44,7)
Técnico profesional y tecnológico	37 (28,0)
Otro nivel educativo	36 (27,3)
<i>Estudios actualmente</i>	
41 (31,1)	
<i>Profesión</i>	
Auxiliar de enfermería	51 (38,6)
Jefe de enfermería	34 (25,8)
Médico general	32 (24,2)
Médico especialista en urgencias	11 (8,3)
Otra especialidad médica	4 (3,0)
<i>Número de trabajos, Me (RIC)</i>	
1 (1-1)	
<i>Distribución de horas de trabajo semanales</i>	
Horas de trabajo semanales en urgencias entre 37 y 48 horas	83 (62,9)
Me: mediana; RIC: rango intercuartílico.	

de insatisfacción con el ambiente, con la supervisión, con las prestaciones y general, también estuvieron asociados con la presencia de SB (OR de, 2,79 [IC 95%: 1,09-7,13], 2,79 [IC 95%: 1,09-7,13], 3,59 [IC 95%: 1,56-8,25], 3,88 [IC 95%: 1,59-9,48], respectivamente). Mientras que el estado civil casado, el número de hijos, más de 10 años de profesión, la percepción de carga de trabajo regular, percepción de salario adecuado, percepción de las condiciones del lugar de trabajo muy buena, percepción de las relaciones familiares muy buena, se comportaron como factores protectores para SB (OR de, 0,10 [IC 95%: 0,01-0,79], 0,43 [IC 95%: 0,23-0,82], 0,36 [IC 95%: 0,14-0,96], 0,12 [IC 95%: 0,03-0,53], 0,26 [IC 95%: 0,11-0,63], 0,22 [IC 95%: 0,06-0,78], 0,36 [IC 95%: 0,15-0,83], respectivamente). Adicionalmente, algún grado de satisfacción con el ambiente, con la supervisión, con las prestaciones y general, también se comportaron como factores protectores para el síndrome (OR de, 0,26 [IC 95%: 0,11-0,63], 0,28 [IC 95%: 0,12-0,68], 0,28 [IC 95%: 0,12-0,65], 0,19 [IC 95%: 0,08-0,45], respectivamente) (tabla 3).

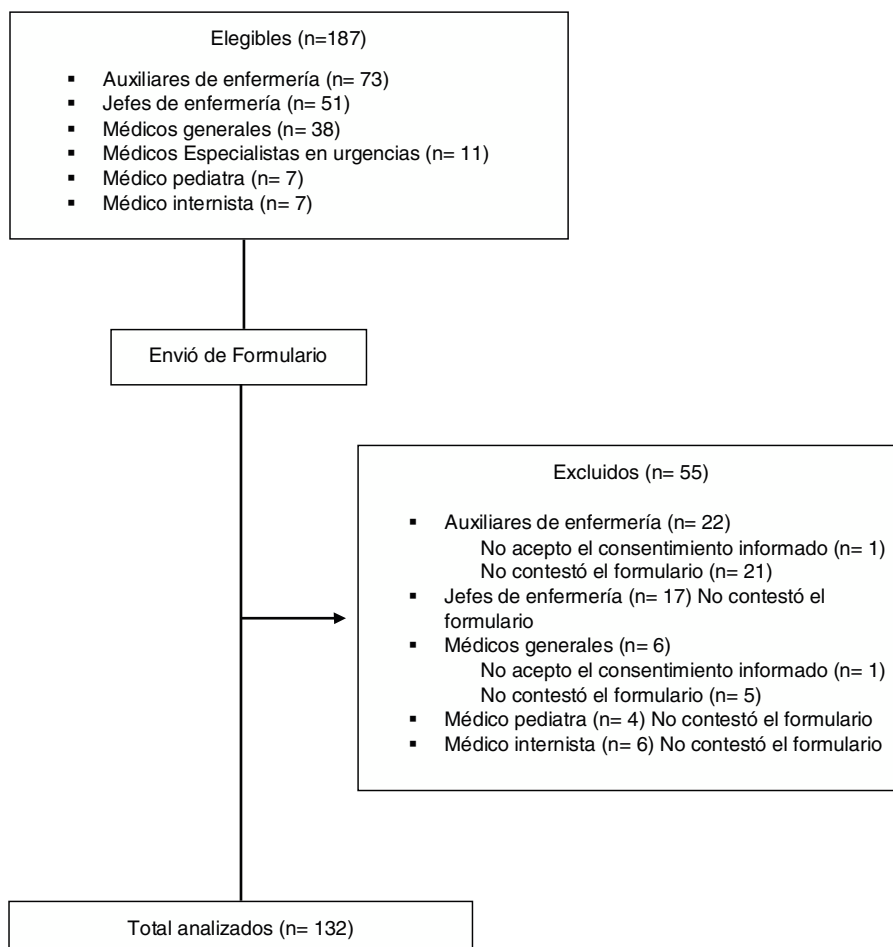


Figura 1 – Flujograma de la selección de participantes en el estudio.

Tabla 2 – Hallazgos de la aplicación del MBI-HSS en trabajadores de urgencias en un hospital de alta complejidad en Medellín

MBI-HSS	Mínimo/ Máximo	Media (DE)	Mediana (RIC)	N (%)
Agotamiento emocional	0/ 53	21,05 (11,8)	20 (11-30)	
1. Bajo				61 (46,2)
2. Moderado				28 (21,2)
3. Alto				43 (32,6)
Despersonalización	0/ 22	7,17 (6,1)	6 (1-12)	
1. Bajo				59 (44,7)
2. Moderado				28 (21,2)
3. Alto				45 (34,1)
Baja realización personal/profesional	7/ 43	36,48 (9,2)	38 (32-44)	
1. Bajo				59 (44,7)
2. Moderado				30 (22,7)
3. Alto				43 (32,6)
Diagnostico SB por alteración en dimensiones				
Una dimensión afectada				76 (57,6)
Dos dimensiones afectadas				38(28,8)
Tres dimensiones afectadas				17 (12,9)
Agotamiento emocional y otra dimensión afectada				32 (24,2)

DE: desviación estándar; MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey; RIC: rango intercuartílico; SB: síndrome de burnout.

Tabla 3 – Características sociodemográficas y psicosociales en relación con la afectación de cada subescala del MBI-HSS, además de tenencia o no de SB

Variables	EE alto N = 43 N (%)	DP alto N = 45 N (%)	PA alto N = 43 N (%)	SB N = 32 N (%)	No SB N = 100 N (%)	OR Crudo SB (IC 95%)
Sexo						
Femenino	25 (58,1)	21 (46,7)	27 (62,8)	16 (50,0)	69 (69,0)	0,45 (0,20-1,01)
Masculino	18 (41,9)	24 (53,3)	16 (37,2)	16 (50,0)	31 (31,0)	2,23 (0,99-5,01)
Edad, mediana (RIC)	30,1 (28,6-37,9)	30,0 (28,3-34,6)	31,1 (28,7-37,3)	29,8 (28,4-35,9)	33,0 (29,2-42,0)	0,94 (0,89-1,00)
Estado civil						
Soltero	24 (55,8)	16 (35,6)	24 (55,8)	20 (62,5)	51 (51,0)	1,60 (0,71-3,62)
Unión libre	12 (27,9)	12 (26,7)	12 (27,9)	9 (28,1)	23 (22,0)	1,31 (0,53-3,22)
Casado	5 (11,6)	5 (11,1)	6 (14,0)	1 (3,1)	24 (24,0)	0,10 (0,01-0,79)
Separado	2 (4,7)	2 (4,4)	1 (2,3)	2 (6,3)	2 (2,0)	3,27 (0,23-46,33)
Número de hijos, Mediana (RIC)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-0)	0 (0 -1)	0,43 (0,23-0,82)
Hábitos de frecuencia de consumo						
Alcohol						
Ninguno	6 (14,0)	7 (15,6)	8 (18,6)	4 (12,5)	24 (24,0)	0,45 (0,14-1,42)
1-3 veces al año	22 (51,2)	17 (37,8)	25 (58,1)	13 (40,6)	49 (49,0)	0,71 (0,32-1,60)
1-3 veces al año	12 (27,9)	16 (35,6)	10 (23,3)	12 (37,5)	24 (24,0)	1,90 (0,81-4,45)
1 vez a la semana	2 (4,7)	4 (8,9)	0 (0,0)	2 (6,3)	3 (3,0)	2,16 (0,17-19,62)
2-3 veces a la semana	1 (2,3)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	NC
Alguna sustancia psicoactiva (si consumo en último año)	11 (25,6)	14 (31,1)	9 (20,9)	11 (34,4)	15 (15,0)	3,28 (1,30-8,26)
Antecedentes personales						
Ansiedad/Depresión	13 (30,2)	10 (22,2)	11 (25,6)	11 (34,4)	13 (13,0)	3,51 (1,38-8,92)
Tratamiento psiquiátrico	14 (32,6)	13 (28,9)	13 (30,2)	12 (37,5)	11 (11,0)	4,85 (1,88-12,57)
Tratamiento psiquiátrico actual	10 (23,3)	8 (17,8)	10 (23,3)	9 (28,1)	4 (4,0)	9,39 (2,32-44,47)
Situación de duelo últimos 3 meses	15 (34,9)	9 (20,0)	11 (25,6)	10 (31,3)	18 (18,0)	2,07 (0,84-5,12)
Ocupación						
Auxiliar de enfermería	13 (30,2)	11 (24,4)	22 (51,2)	11 (34,4)	40 (40,0)	0,79 (0,34-1,81)
Jefe de enfermería	14 (32,6)	12 (26,7)	8 (18,6)	7 (21,9)	27 (27,0)	0,90 (0,35-2,31)
Médico general	11 (25,6)	16 (35,6)	12 (27,9)	10 (31,3)	22 (22,0)	1,61 (0,67-3,90)
Médico especialista en urgencias	2 (4,7)	3 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,1)	10 (10,0)	0,29 (0,007-2,21)
Otra especialización médica	3 (7,0)	3 (6,7)	1 (2,3)	3 (9,4)	1 (1,0)	10,24 (0,77-542,86)

DP: despersonalización; EE: agotamiento emocional; MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey; NC: no cuantificable; PA: baja realización personal; RIC: rango intercuartílico; SB: síndrome de burnout.

Otros resultados de variables medidas en este estudio junto con su estimación de asociación con el SB se pueden ver en el documento [anexo B del material adicional](#).

Discusión

Este estudio encontró una prevalencia del 24,2% de SB en la muestra estudiada de personal asistencial médico y de enfermería del servicio de urgencias de una institución hospitalaria de alta complejidad de Medellín. La prevalencia obtenida es notablemente inferior a la descrita en diversos estudios realizados en Estados Unidos, donde se reporta cercana al 50%^{4,17,18}. También, Petrino et al., en estudio realizado en 2022 en personal tanto de enfermería como médico de urgencias de 89 países de 5 continentes, encontraron una prevalencia de SB del 62%⁵. Las diferencias con los resultados obtenidos en nuestro estudio pueden deberse a que la regla de decisión o

definición del SB utilizada en estos estudios incluye la alteración de solo una dimensión entre agotamiento emocional o despersonalización^{4,5,17,18}.

El actual estudio se adhirió a la regla de decisión original definida por Maslach et al., en la que se definió SB ante la presencia de alteración de la dimensión de agotamiento emocional más alteración en alguna de las otras 2 dimensiones evaluadas¹⁵. De manera exploratoria, al emplear en nuestro estudio los criterios diagnósticos utilizados en estudios norteamericanos^{4,17,18}, encontramos una prevalencia del 47,0% (62/132) la cual podemos apreciar se aproxima a la reportada en estos otros estudios. Esta última regla ha demostrado su capacidad discriminadora entre población con y sin SB¹⁹, sin embargo, debe tenerse cautela por la probabilidad de obtener falsos positivos, por calificaciones inexactas²⁰.

En Colombia, la literatura sobre el SB es limitada, la mayoría de los estudios se orientan a evaluar la tenencia del síndrome en una profesión o especialidad específica, y la prevalencia

Tabla 4 – Características psicosociales y laborales en relación con la afectación de cada subescala del MBI HSS, además de tenencia o no de SB

Variables	EE alto N = 43 N (%)	DP alto N = 45 N (%)	PA alto N = 43 N (%)	SB N = 32 N (%)	No SB N = 100 N (%)	OR Crudo SB (IC 95%)
<i>Percepción condiciones del lugar de trabajo</i>						
Regular	12 (27,9)	8 (17,8)	9 (20,9)	10 (31,3)	6 (6,0)	7,12 (2,05-26,07)
Buena	27 (62,8)	28 (62,2)	27 (62,8)	19 (59,4)	62 (62,0)	0,90 (0,40-2,02)
Muy buena	4 (9,3)	9 (20,0)	7 (16,3)	3 (9,4)	32 (32,0)	0,22 (0,06-0,78)
<i>Percepción relación con familiares</i>						
Regular	5 (11,6)	5 (11,1)	3 (7,0)	5 (15,6)	4 (4,0)	4,44 (0,88-23,70)
Buena	24 (55,8)	23 (51,1)	25 (58,1)	17 (53,1)	40 (40,0)	1,70 (0,76-3,79)
Muy buena	14 (32,6)	17 (37,8)	15 (34,9)	10 (31,3)	56 (56,0)	0,36 (0,15-0,83)
Número de trabajos, Me (RIC)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0,76 (0,24-2,44)
<i>Tiempo profesión</i>						
3 a 6 meses	1 (2,3)	1 (2,2)	3 (7,0)	1 (3,1)	3 (3,0)	1,04 (0,02-13,53)
1 a 5 años	17 (39,5)	20 (44,4)	20 (46,5)	14 (43,8)	32 (32,0)	1,65 (0,73-3,73)
> 5 a 10 años	12 (27,9)	13 (28,9)	9 (20,9)	11 (34,4)	26 (26,0)	1,49 (0,63-3,51)
Más de 10 años	13 (30,2)	11 (24,4)	11 (25,6)	6 (18,8)	39 (39,0)	0,36 (0,14-0,96)
<i>Tipo de contratación</i>						
De obra o labor	1 (2,3)	1 (2,2)	1 (2,3)	1 (3,1)	0 (0,0)	NC
Término fijo	12 (27,9)	15 (33,3)	14 (32,6)	10 (31,3)	32 (32,0)	0,97 (0,41-2,28)
Término indefinido	30 (69,8)	29 (64,4)	28 (65,1)	21 (65,6)	68 (68,0)	0,90 (0,39-2,08)
<i>Horas de trabajo semanales</i>						
25-36	1 (2,3)	2 (4,4)	4 (9,3)	1 (3,1)	10 (10,0)	0,29 (0,007-2,21)
37-48	24 (55,8)	29 (64,4)	29 (65,1)	19 (59,4)	64 (64,0)	0,82 (0,36-1,86)
49-60	18 (41,9)	12 (26,7)	9 (20,9)	12 (37,5)	22 (22,0)	2,13 (0,90-5,02)
61-72	0 (0,0)	2 (4,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	NC
> 72	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	2 (2,0)	NC
<i>Percepción carga de trabajo</i>						
Muy baja	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	NC
Baja	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	NC
Regular	2 (4,7)	9 (20,0)	6 (14,0)	2 (6,3)	36 (36,0)	0,12 (0,03-0,53)
Alta	24 (55,8)	24 (53,3)	24 (55,8)	18 (56,3)	50 (50,0)	1,29 (0,58-2,86)
Muy alta	17 (39,5)	12 (26,7)	13 (30,2)	12 (37,5)	12 (12,0)	4,40 (1,73-11,22)
Percepción de salario adecuado	27 (62,8)	30 (66,7)	26 (60,5)	18 (56,3)	83 (83,0)	0,26 (0,11-0,63)
<i>Satisfacción laboral Cuestionario S10/12</i>						
<i>SL Ambiente escala Likert 1 a 3</i>						
Algún grado de insatisfacción	12 (27,6)	13 (28,9)	9 (20,9)	10 (31,3)	14 (14,0)	2,79 (1,09-7,13)
Indiferente	5 (11,6)	5 (11,1)	4 (9,3)	4 (12,5)	3 (3,0)	4,62 (0,72-32,93)
Algún grado de satisfacción	26 (60,5)	27 (60,0)	30 (69,8)	18 (56,3)	83 (83,0)	0,26 (0,11-0,63)
<i>SL Supervisión escala Likert 1 a 3</i>						
Algún grado de insatisfacción	14 (43,6)	12 (26,7)	9 (20,9)	10 (31,3)	14 (14,0)	2,79 (1,09-7,13)
Indiferente	8 (18,6)	7 (15,6)	8 (18,6)	7 (21,9)	10 (10,0)	2,52 (0,73-8,17)
Algún grado de satisfacción	21 (48,8)	26 (57,8)	26 (60,5)	15 (46,9)	76 (76,0)	0,28 (0,12-0,64)
<i>SL Prestaciones escala Likert 1 a 3</i>						
Algún grado de insatisfacción	22 (51,2)	22 (48,9)	17 (39,5)	17 (53,1)	24 (24,0)	3,59 (1,56-8,25)
Indiferente	4 (9,3)	5 (11,1)	5 (11,6)	4 (12,5)	11 (11,0)	1,16 (0,25-4,30)
Algún grado de satisfacción	17 (39,5)	18 (40,0)	21 (48,8)	11 (34,4)	65 (65,0)	0,28 (0,12-0,65)
<i>SL General escala Likert 1 a 3</i>						
Algún grado de insatisfacción	17 (39,5)	15 (33,3)	12 (27,9)	13 (40,6)	15 (15,0)	3,88 (1,59-9,48)
Indiferente	7 (16,3)	6 (13,3)	7 (16,3)	6 (18,8)	7 (7,0)	3,07 (0,77-11,61)
Algún grado de satisfacción	19 (44,2)	24 (53,3)	24 (55,8)	13 (40,6)	78 (78,0)	0,19 (0,08-0,45)

DP: despersonalización; EE: agotamiento emocional; MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey; Me: mediana; NC: no cuantificable; PA: baja realización personal; RIC: rango intercuartílico; SB: síndrome de burnout; SL: satisfacción laboral.

varía entre un estudio y otro. Estudios que cuentan con población objeto similar al actual evidencian prevalencia que varía entre un 2,2% y un 50%²¹⁻²³. Encontramos que la regla diagnóstica para estos estudios es diferente a la empleada en el nuestro, donde emplean una definición basada en la afectación de las 3 dimensiones del instrumento MBI, lo cual puede subestimar la prevalencia del SB²⁰.

No hay acuerdo en la literatura para aplicar una sola regla de decisión para el diagnóstico de SB, y como hemos visto hasta ahora puede variar de región en región, y la literatura lo evidencia. Hiver et al. realizaron una revisión sistemática y metaanálisis en médicos europeos donde compararon 3 medidas diagnósticas: unidimensional, tridimensional y bidimensional, siendo esta última la que comparte

enfoque con la regla diagnóstica empleada en el estudio actual. Ellos encontraron una prevalencia del 19,7% con el enfoque bidimensional²⁴; cifra cercana a la prevalencia encontrada en el estudio actual.

Otros resultados que se nos presentan en el estudio de Hiver et al. son la prevalencia de SB correspondiente al 43,2% al emplear el enfoque tridimensional; mientras que es del 7,7% con el enfoque unidimensional²⁴. Sobre esta falta de consenso diagnóstico Doulougeri et al., en un estudio de revisión que incluyó artículos entre 2011 y 2012, encontraron 5 formas diferentes de definición de SB²⁵. También, Rotenstein et al., en una revisión sistemática realizada en 2018, encontraron que en los estudios analizados que utilizaron el instrumento MBI se describen al menos 47 definiciones distintas del SB²⁶. Esto puede ser alarmante debido a que se han demostrado cambios en valores de prevalencia de hasta 5 veces en relación con la definición empleada²⁴. Esta situación no es ajena a Colombia, donde también se evidencia, por medio de distintos estudios, la variabilidad en la definición. Así, se encuentran estudios que definen SB con positividad o puntaje alto en alguna de las 3 dimensiones^{27,28}, positividad o puntaje alto en 2 dimensiones²⁹, positividad o puntaje alto en las 3 dimensiones^{21-23,30}, mientras que otros consideran la evaluación por subescalas como una variable continua³¹.

En el análisis por dimensiones se observó que la dimensión que presentó más afectación corresponde al nivel alto en despersonalización, con una proporción del 34,1% (45/132) comparado con nivel alto en agotamiento emocional, así como baja realización personal/profesional, ambas con una proporción del 32,6% (43/132). Este hallazgo es importante porque la despersonalización provoca desinterés en el trabajo y puede llevar a distanciarse emocionalmente y adquirir comportamientos impersonales, fríos o endurecidos³². Actualmente no hay un consenso respecto a cuál dimensión es la más afectada^{33,34}. Para este estudio la mayor participación fue por parte de auxiliares de enfermería, resultado esperable considerando que la institución hospitalaria donde se realizó el estudio cuenta con mayor número de este personal respecto a otros evaluados en su nómina. No se encontró diferencias entre las distintas ocupaciones evaluadas y la presencia de SB. Sin embargo, al estratificar por ocupaciones, un hallazgo llamativo en el grupo de auxiliares de enfermería fue una proporción alta de alteración en la dimensión de baja realización personal/profesional, con un 43,1% (22/51); este hallazgo no ha sido descrito en otra parte hasta la fecha.

Referente al sexo, en el estudio actual, al estratificar por esta variable se evidenció en el sexo femenino: SB 18,8% (16/85), agotamiento emocional 29,5% (25/85) y despersonalización 24,7% (21/85); mientras que en el sexo masculino las proporciones encontradas fueron: SB 34,0% (16/47), agotamiento emocional 38,3% (18/37) y despersonalización 51,1% (24/47). Lo anterior evidencia que en nuestro estudio las mujeres presentan mayor afectación en la dimensión de agotamiento emocional respecto a la despersonalización, mientras que los hombres presentan más despersonalización. En la misma dirección de los hallazgos del estudio actual, Purvanova y Muros, en un metaanálisis realizado el 2010, el cual incluyó 183 estudios utilizando 409 tamaños de efecto, para el caso de mujeres encontraron una media de tamaño de

efecto $d=0,10$ (IC 95%: 0,07; 0,13) para agotamiento emocional y $d=-0,19$ (IC 95%: -0,22; -0,16) para despersonalización³⁵.

Un hallazgo interesante en nuestro estudio es la mayor proporción de hombres con SB. Sobre esto, la literatura actualmente describe el SB más prevalente en el sexo femenino^{4-6,36}. Purvanova y Muros, en el estudio descrito con anterioridad, encontraron correlación positiva entre el sexo femenino y el SB, media de tamaño de efecto $d=0,18$ (IC 95%: 0,09; 0,27)³⁵.

Respecto al estado marital y la tenencia de hijos, nuestro estudio encontró asociación protectora con el estado civil casado y el número de hijos. Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Taranu et al. en un estudio de cohorte transversal, realizado en personal médico y de enfermería, donde encontraron que ser soltero se correlaciona con el aumento de SB $r=16,14$ ($p<0,001$); mientras que el número de hijos se correlaciona con disminución de SB $r=-0,29$ ($p<0,001$)². Encontramos que otros estudios también han reportado estos hallazgos^{7,36}.

Nuestro estudio mostró asociación entre el antecedente de ansiedad o depresión y el aumento de SB, hallazgo que coincide con lo reportado en un metaanálisis realizado en 2019 por Koutsimani et al., quienes encontraron asociación significativa positiva entre el SB y la depresión ($r=0,520$, IC 95% = 0,492; 0,547) y el SB y la ansiedad ($r=0,460$, IC 95% = 0,421; 0,497)³⁷.

Nuestro estudio también encontró asociación entre el empleo de algunas sustancias ilícitas en el último año y el aumento de SB. Sobre esto, Frazon-Andrade et al., en una revisión sistemática realizada en 2021, encontraron que en los estudios incluidos los cuales evaluaban asociación entre el consumo de sustancias ilícitas y SB, 4 estudios encontraron asociación significativa con mayor afectación en SB en general, 4 estudios encontraron asociación significativa con mayor afectación en una dimensión del SB, mientras que solo 2 estudios no encontraron asociación significativa¹⁰.

En relación con la satisfacción laboral, el estudio actual mostró asociación de riesgo entre algún grado de insatisfacción en el ambiente, la supervisión, las prestaciones y general con el SB y de igual forma asociación protectora para SB si se tiene algún grado de satisfacción en el ambiente, la supervisión, las prestaciones y general, todas con significación estadística. Encontramos que estos son hallazgos ya descritos. Faragher et al., en un metaanálisis realizado el 2005 en población trabajadora de distintas profesiones, se plantearon hipótesis de que los niveles de satisfacción laboral estaban asociados con mejor salud. Debido a que altos puntajes en instrumentos de medición de SB denotan alto nivel en el trastorno, correlaciones fueron convertidas para establecer mejor salud. Al evaluar la relación entre satisfacción laboral y mejor salud en SB encontraron un tamaño de efecto ajustado $r=0,478$ (IC 95%: 0,443; 0,512), lo cual indica que la satisfacción laboral es un factor que se relaciona positivamente con menor nivel de SB³⁸. Más recientemente, en un metaanálisis realizado por Park el 2021 en terapeutas ocupacionales, al evaluar la relación entre satisfacción laboral y SB encontró un tamaño de efecto Z de Fisher = -0,462 (IC 95%: -0,562; -0,362), lo cual indica correlación negativa entre la satisfacción laboral y el SB, siendo esta un factor protector⁷.

Finalmente, otros hallazgos encontrados en este estudio que se asocian con el aumento de SB son el antecedente de

tratamiento para trastornos mentales o empleo de medicamento con dicho fin en la actualidad, al igual que la carga de trabajo percibida como muy alta; mientras que presentan asociación con la disminución de SB la percepción de la carga de trabajo como regular, el salario como adecuado, el mayor tiempo de profesión, percepción de las condiciones del lugar de trabajo como muy buenas, al igual que la percepción de las relaciones familiares como muy buenas, hallazgos los cuales se han descrito todos^{2,4-8,11}.

Limitantes

Los limitantes de este estudio surgen con relación a su diseño, al ser un estudio observacional no es posible establecer causalidad, estableciendo hipótesis de relación las cuales se sustentan principalmente en la literatura. Existe sesgo de selección y, además, debido a la baja prevalencia reportada del síndrome en este estudio, la realización de análisis multivariado para el control de variables de confusión no es adecuado dada la ausencia de más de 20 eventos por factor que se pueda incluir. Respecto a otras medidas para el control de la confusión como la estratificación, encontramos dificultad en su aplicación generalizada debido al número de variables evaluadas en el estudio y la presencia de variables continuas las cuales no se categorizaron en el diseño; limitando su empleo a la evaluación de variables específicas. Otra limitante para el control de la confusión es la ausencia de población de referencia que permita aplicar un modelo de estandarización.

Es importante llegar a un consenso en la definición de SB. El empleo de diferentes reglas diagnósticas genera cambios en la prevalencia, lo cual se traduce en dificultad para comparar la prevalencia, evaluar la tendencia y en la exploración de asociaciones. Al ser este el primer estudio realizado en esta institución con el eje temático SB y ser este descrito como dinámico, se requieren estudios periódicos para evaluar la tendencia; también es importante la inclusión de más de una institución tanto a nivel municipal como departamental y nacional. Una valoración global nos dará un mejor punto de vista de esta problemática.

Conclusiones

La prevalencia del SB del actual estudio fue del 24,2%, resultado inferior al reportado a nivel global. Sin embargo, esta diferencia es explicada por la regla diagnóstica empleada. Encontramos resultado similar con el reportado en la literatura que utiliza igual regla diagnóstica, e incluso, si se ajusta a la definición mencionada anglosajona, encontramos un resultado similar a estos estudios.

Respecto a los factores asociados, destacan en este estudio la asociación positiva con consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en el último año, antecedente de ansiedad o depresión, antecedente de tratamiento psiquiátrico, tratamiento psiquiátrico actual, percepción de carga de trabajo como muy alta, percepción de las condiciones del lugar de trabajo como regular, percepción de las relaciones laborales como regular e insatisfacción laboral. También hay que destacar factores protectores en este estudio, como estar casado, número de hijos, más de 10 años de profesión, percepción de carga de

trabajo como regular, percepción de salario adecuado, percepción de las condiciones del lugar de trabajo como muy buena, percepción de las relaciones familiares como muy buenas y satisfacción laboral. Todo lo anterior es consistente con lo descrito en la literatura.

Se encontró mayor proporción de despersonalización alta en trabajadores de sexo masculino y mayor proporción de agotamiento emocional alto en trabajadoras de sexo femenino, lo cual es consistente con lo descrito. No obstante, la alta proporción de baja realización personal/profesional en la ocupación de auxiliar de enfermería es un factor que no ha sido descrito y constituye un nuevo determinante de riesgo.

Financiación

No se recibió ninguna ayuda financiera.

Conflicto de intereses

Ninguno de los cuatro autores tiene conflicto de interés en el tema expuesto en el artículo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.05.004>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103–11.
2. Taranu SM, Ilie AC, Turcu AM, Stefanu R. Factor associated with burnout in healthcare professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:14701.
3. Kane L. Medscape National Physician Burnout, depression and suicide report 2019. [Internet] [consultado 6 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056#3>.
4. Kane L. "I cry but no one cares": Medscape National Physician Burnout and depression report 2023. [Internet] [consultado 6 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2023-lifestyle-burnout-6016058#3>.
5. Petrino R, Riesgo LG, Yilmaz B. Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system? *Eur J Emerg Med*. 2022;29:279–84.
6. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R. Factors Associated with Burnout and Stress in Trainer Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e2013761.
7. Park EY. Meta-Analysis of factors associated with occupational therapist burnout. *Occup Ther Int*. 2021;2021:1226841.
8. El-Menyar A, Ibrahim WH, El-Ansari W, Gomaa M. Characteristics and predictors of burnout among healthcare professionals: a cross-sectional study in two tertiary hospitals. *Postgrad Med J*. 2021;97:583–9.
9. Marchand A, Blanc ME, Beauregard N. Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms? *Occup Med (Lond)*. 2018;68:405–11.

10. Frazon-Andrade G, Da Silva- Medolli PV, Augusto-Clemente P, Eumann-Mesas A. Burnout Syndrome and Consumption of Alcohol and Illicit Substances in University Students. 2021; 31: e3134.
11. Adamopoulos IP, Syrou NF. Associations and Correlations of Job Stress, Job Satisfaction and Burn out in Public Health Sector. 2022; 6 (2): em0113.
12. Dunford BB, Shipp AJ, Wayne-Boss R, Angermeier I. Is burnout static or dynamic? a career transition perspective of employee burnout trajectories. *J Appl Psychol.* 2012;97:637–50.
13. Maslach C, Leiter MP. Early predictor of job burnout and engagement. *J Appl Psychol.* 2008;93:498–512.
14. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3 ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
15. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli WB. “Measuring burnout”. En: Cooper CL, Cartwright S, editores. *The Oxford handbook of organizational well-being.* Oxford: Oxford University Press; 2008.
16. Meliá JL, Peiró JM. El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez [The S10/12 Job Satisfaction Questionnaire: Factorial structure, reliability and validity]. *Rev Psicol Trab Organ.* 1989;4:179–87.
17. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1600–13.
18. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019;94:1681–94.
19. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C. on the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychol Health.* 2001;16:565–82.
20. Brenninkmeijer V, VanYperen N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med.* 2003;60 Suppl 1:i16–20.
21. Rodríguez-Paipilla MG, Rodríguez-Gomez R, Riveros-Gutierrez AE, Rodríguez Dúy ML. Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Bogotá; 2011. [Internet] [consultado 19 Jul 2023]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf?sequence=1>.
22. Loaiza-Gutierrez LA, Quiroz-González EY. Prevalencia del síndrome de burnout en personal asistencial de un hospital del departamento de Risaralda-Colombia. *Psicoespacios.* 2016;10:9–25.
23. Bedoya-Marrugo EA. Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano. *Medisan.* 2017;21:5001–7.
24. Hiver C, Villa A, Bellagamba G, Lehucher-Michel MP. Burnout prevalence among European physicians: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health.* 2022;95:259–73.
25. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. Diagnosing” burnout among healthcare professionals: can we find consensus? *Cogent Medicine.* 2016;3:1237605.
26. Rotenstein LS, Torre M, Mata DA. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA.* 2018;320:1131–50.
27. Gutierrez-Segura JC, Peña-Saravia JJ, Montenegro-Muñoz JZ, Osorio Velez DM. Prevalencia y factores asociados a “burnout” en médicos especialistas docentes de la Universidad Tecnológica de Pereira. 2006. *Rev Médica Risaralda.* 2008;14:15–22.
28. Maya-Restrepo S, Silva-Vargas SC, Patiño-Lugo D, Vallejo CE. Prevalencia del síndrome de burnout entre especialistas y residentes de medicina de urgencias en Colombia. [Trabajo de grado Especialista en medicina de urgencias] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina; 2018.
29. Muñoz-Ceron JF, Gallo-Eudenio LM, Figueroa-Vargas DA. Síndrome de burnout en los neurólogos colombianos: prevalencia y factores asociados. *Acta Neurol Colomb.* 2021;37:63–8.
30. Alvarez-Verdugo LP, Prieto-Bocanegra BM. Prevalencia de desgaste profesional en personal de enfermería de un hospital de tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Enferm Glob.* 2013;29:73–88.
31. Jacome SJ, Villaquiran-Hurtado A, García CP, Duque IL. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Rev Cuid.* 2019;10:e543.
32. Maynez-Guaderrama AI, Carvazos-Arroyo J, Reyes-Flores G. Efecto de la violación del contrato psicológico y el agotamiento emocional sobre el cinismo del empleado. *Estudios Gerenciales.* 2017;33:124–31.
33. Monsalve-Reyes CS, SanLuis-Costa C, Gomez-Urquiza JL, Albedin-Garcia L. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract.* 2018;19:59.
34. Kansoun Z, Boyerc L, Hodgkinson M, Villesc V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;246:132–47.
35. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: a metaanalysis. *J Vocat Behav.* 2010;77:168–85.
36. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez Baena I, De la Fuente-Solana EI. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:2102.
37. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between Burnout, Depression, and Anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2019;10:284.
38. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005;62:105–12.