



## ARTÍCULO ORIGINAL

# **Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria**



Aida Ovejás-López<sup>a,\*</sup>, Fernanda Izquierdo<sup>a</sup>, María Rodríguez-Barragán<sup>b</sup>,  
Jaume Rodríguez-Benítez<sup>c</sup>, Mireia Garcia-Batanero<sup>c</sup>, Maria Alonso-Martínez<sup>b</sup>  
y Cristina Alonso-Masanas<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Centre d'Atenció Primària Poblenou. Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup> Centre d'Atenció Primària La Mina. Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España

<sup>c</sup> Centre d'Atenció Primària El Clot. Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>d</sup> Centre d'Atenció Primària La Pau. Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Recibido el 8 de agosto de 2019; aceptado el 19 de febrero de 2020

Disponible en Internet el 23 de junio de 2020

### PALABRAS CLAVE

Burnout;  
Malestar psicológico;  
Residentes;  
Medicina Familiar y  
Comunitaria;  
Atención Primaria

### Resumen

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de *burnout* y malestar psicológico de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de dos unidades docentes y determinar su relación con el año de residencia, los estilos de vida y las condiciones laborales.

**Diseño:** Estudio transversal.

**Emplazamiento:** Atención Primaria.

**Participantes:** Se realizaron encuestas presenciales a los residentes de dos unidades docentes (n = 278), incluyendo a todos los residentes de la muestra. El porcentaje de respuesta fue del 76,9%.

**Mediciones principales:** Prevalencia de *burnout* mediante la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y prevalencia de malestar psicológico mediante la escala General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). También variables sobre estilos de vida, organización laboral y consumo de drogas.

**Resultados:** El 72% de los participantes son mujeres. La prevalencia de *burnout* es del 33,8% (IC 95% 27,0-40,6), siendo del 25,6% (IC 95% 19,5-31,7) el agotamiento emocional, 37,9% (IC 95% 31,0-44,7) la despersonalización y 52,9% (IC 95% 45,9-59,9) la baja realización personal. La prevalencia aumenta de forma significativa en todas las dimensiones a partir del segundo año de residencia, excepto en la realización personal. La prevalencia de malestar emocional es del 40,4% (IC 95% 33,5-47,3), sin diferencias significativas según año de residencia.

De los residentes con malestar psicológico, el 50,0% presenta también *burnout*, mientras que este porcentaje es del 22,1% entre los que no presentan malestar psicológico.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aovej@bcn.ics@gencat.cat](mailto:aovej@bcn.ics@gencat.cat) (A. Ovejás-López).

**Conclusiones:** La prevalencia de malestar emocional y de *burnout* (especialmente en baja realización personal) es elevada en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta es superior a la descrita en estudios previos para otros colectivos de profesionales de la salud y se debe tener en cuenta para desarrollar medidas preventivas.

© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Burnout;  
Psychological  
distress;  
General  
Practitioners;  
Family Medicine;  
Primary Care

## Burnout and psychological distress among trainee General Practitioners

### Abstract

**Objective:** To estimate the prevalence of burnout and psychological distress among trainee General Practitioners of two training placements and its relationship with the year of residence, lifestyle and working conditions.

**Design:** Cross-sectional study.

**Location:** Primary Care.

**Participants:** On-site surveys for all trainees of two training placements (n = 278), including all trainees of the sample. The response percentage is 76.9%.

**Main measurements:** Prevalence of burnout using the Maslach Burnout Inventory (MBI) scale and prevalence of psychological distress using the General Health Questionnaire-12 scale (GHQ-12). Also variables on lifestyles, labor organization and drug use.

**Outcomes:** 72% of participants are women. The prevalence of burnout is 33.8% (CI 95% 27.0-40.6), being 25.6% (CI 95% 19.5-31.7) emotional exhaustion, 37.9% (CI 95% 31.0-44.7) depersonalization and 52.9% (CI 95% 45.9-59.9) the low personal accomplishment. Prevalence increases significantly in all dimensions after the second year of training, except in personal accomplishment. The prevalence of emotional distress is 40.4% (CI 95% 33.5-47.3), without significant differences according to year of training.

In the group of trainees with psychological distress, 50.0% also have burnout, while this percentage is 22.1% among those who do not present psychological distress.

**Conclusions:** The prevalence of emotional distress and burnout (especially in low personal accomplishment) is high in trainee General Practitioners. The prevalence is higher than the described in previous studies for other groups of health professionals and should be taken into account to develop preventive measures.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La residencia es una etapa formativa en la que se consolidan los conocimientos adquiridos para aplicarlos en la práctica diaria y alcanzar las competencias de un buen médico especialista. Sin embargo, presenta dificultades que deben ser afrontadas: ambiente laboral exigente, presión asistencial, responsabilidad creciente, numerosas horas de guardia o relaciones complicadas con pacientes o familiares.

Varios estudios manifiestan que estos supuestos se traducen en malestar emocional y *burnout*, entendiéndose por *burnout* el estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por la exposición constante al estrés laboral<sup>1</sup>. Si bien es conocida la relación entre *burnout* y malestar psicológico, también es importante tener en cuenta su posible vinculación con los trastornos depresivos, aunque no se ha podido precisar aún si la relación causal entre ellos es en un sentido o en el inverso<sup>2,3</sup>.

Si bien el *burnout* es multifactorial, también es en sí mismo un factor causal de patologías médicas en los profesionales sanitarios, no sólo físicas sino también psíquicas<sup>4</sup>, y a su vez tiene repercusiones laborales como una

disminución de la productividad<sup>5</sup> y también de la calidad asistencial, pudiendo incurrir en errores que afecten a la seguridad de los pacientes<sup>6</sup>.

Debido a la alta prevalencia de *burnout* entre los profesionales sanitarios y sus repercusiones, se han realizado estudios para determinar maneras de paliar este problema. Un metaanálisis de 52 estudios<sup>7</sup> observó que las estrategias organizativas (menos horas de guardia y otras modificaciones laborales) e individuales (*mindfulness*, manejo del estrés, habilidades comunicativas) reducen el nivel de *burnout* entre médicos del 54 al 44%, sin diferencias entre residentes y médicos especialistas, siendo más efectivas las primeras. De la misma forma, la revisión sistemática de Busireddy observa que limitar las horas de trabajo de los residentes disminuye el *burnout*<sup>8</sup>. Otro metaanálisis de 19 estudios<sup>9</sup> añade que la reducción es mayor en atención primaria que en la hospitalaria y en adjuntos experimentados más que en jóvenes.

En Cataluña, el estudio Galatea<sup>10</sup> sobre residentes de cualquier especialidad concluye que el 30,1% de los 206 encuestados presenta algún grado de malestar emocional. Asimismo, recoge datos sociodemográficos y de salud

y estilos de vida que se cruzan con los grados de malestar psicológico. Concluye que ni la especialidad cursada ni los factores sociodemográficos se relacionan con el malestar emocional, pero sí lo hacen la dieta y el consumo de determinados fármacos.

Cabe destacar que a pesar de la gran cantidad de estudios que determinan una elevada prevalencia de *burnout* y malestar psicológico entre los profesionales de la salud, existen muy pocos realizados exclusivamente en atención primaria y sólo algunos en residentes, pero incluyendo todas las especialidades y con una muy baja representación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Por ello, el objetivo del presente estudio es estimar la prevalencia de *burnout* y malestar psicológico únicamente de los médicos residentes de MFyC de dos unidades docentes y determinar su relación con el año de residencia, los estilos de vida y las condiciones laborales.

## Material y métodos

Se realizó un estudio transversal sobre residentes de MFyC de dos Unidades Docentes de Cataluña: Barcelona Ciutat (n = 199) y Catalunya Central (n = 79), siendo estas las de mayor número de residentes en el ámbito urbano y rural, respectivamente.

El cálculo del tamaño muestral se elaboró teniendo en cuenta el total de residentes de MFyC de toda Cataluña (n = 914). Para estimar un porcentaje de malestar psicológico esperado del 30%<sup>10</sup>, con un IC 95%, una precisión del 5% y un 20% de pérdidas esperables, se necesitaba una muestra de 281. Se ofreció la participación a todos los residentes de las dos unidades docentes seleccionadas.

Respecto a las variables estudiadas, se ha medido la presencia de *burnout* con la escala *Maslach Burnout Inventory* (MBI)<sup>11,12</sup> que evalúa 22 ítems sobre sentimientos y actitudes del profesional para determinar su desgaste. Cada ítem se puntúa de 0 (nunca) a 6 (diariamente) según la frecuencia con la que se presenta el sentimiento descrito. El cuestionario mide tres aspectos diferentes en subescalas: El cansancio emocional (nueve ítems), la despersonalización (cinco ítems) y la realización personal (ocho ítems). Las respuestas son positivas para *burnout* si suman más de 26 puntos en cansancio emocional, más de 9 puntos en despersonalización y menos de 34 puntos en realización personal. Respecto al punto de corte global, se considera que existe *burnout* cuando 2 o 3 dimensiones son positivas. Este cuestionario fue creado en 1986 por Christina Maslach<sup>11</sup> y validado al castellano por Gil-Monte<sup>12</sup>.

Asimismo, se ha calculado la presencia de malestar psicológico con la escala *General Health Questionnaire* (GHQ-12)<sup>13,14</sup>, utilizada para detectar trastornos de salud

mental y salud autopercibida. Consta de 12 preguntas auto-administradas. Para la puntuación se utiliza el método de 0-0-1-1, donde se concede un 0 a las respuestas «No, en absoluto» e «Igual que habitualmente»; y un 1 a las respuestas «Bastante más que habitualmente» y «Mucho más que habitualmente». Puntuaciones mayores de 2 indican malestar psicológico. Este cuestionario fue creado en 1988 por Goldberg<sup>13</sup> y ha sido validado al castellano en España por Lobo y Muñoz<sup>14</sup>.

Se ha tenido en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, país de origen, personas con las que conviven, si tienen pareja o si en los últimos seis meses se han independizado. También se han recogido datos sobre estilos de vida como las horas de sueño en días laborales, hábito tabáquico, el consumo de alcohol (usando el cuestionario AUDIT C)<sup>15</sup>, el número de bebidas energéticas consumidas en días laborales y de guardia, y el consumo de otros tóxicos. Se ha valorado la actividad física mediante la escala IPAQ<sup>16</sup> y se ha considerado el soporte social mediante la satisfacción con la pareja y la familia.

Asimismo, se incluyeron variables como año de residencia, tipo de hospital, tiempo de desplazamiento al trabajo, situación del último mes de rotación rural/externa/vacaciones/baja laboral, el número de horas de guardia y grado de satisfacción con la salud, la relación con el tutor y el seguimiento realizado.

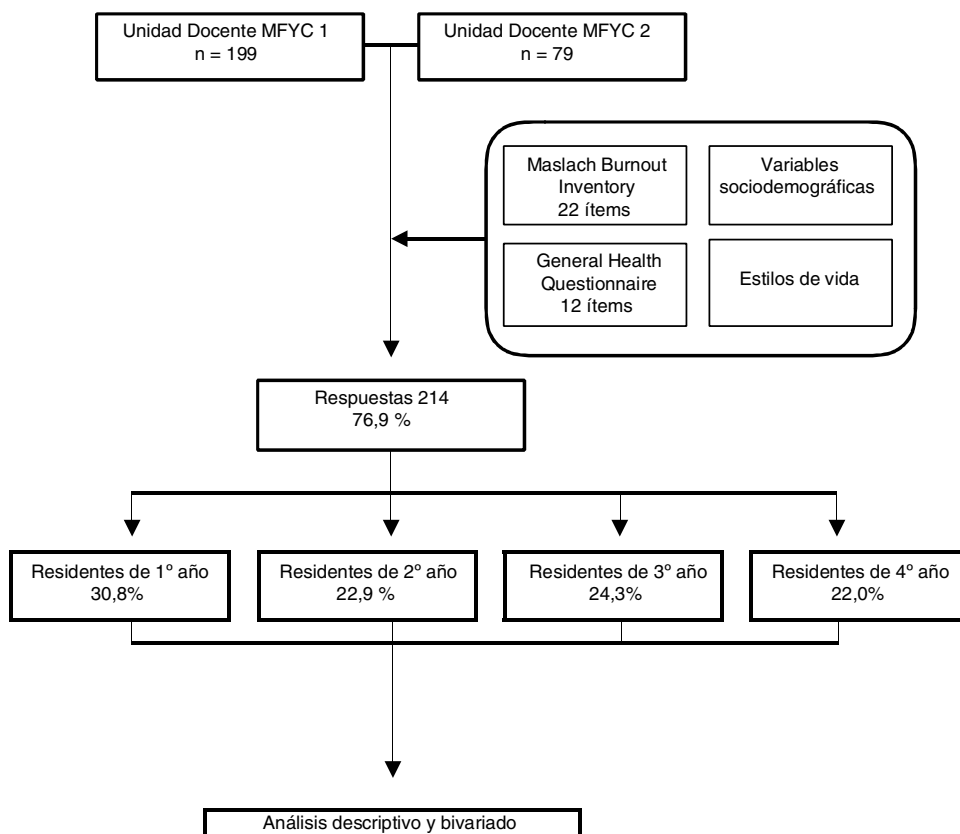
Las encuestas se realizaron de septiembre a diciembre de 2017 de forma presencial en cursos obligatorios para los residentes y se informó sobre el objetivo del estudio y su participación anónima.

Se elaboró un análisis descriptivo de la muestra mediante medidas de tendencia central y dispersión, calculándose la puntuación media en los tests GHQ y MBI, clasificando a los individuos según los puntos de corte y permitiendo calcular las prevalencias con su IC 95%.

Para comparar diferencias de prevalencia según estilos de vida y condiciones laborales, se llevaron a cabo análisis bivariados utilizando la prueba de  $\chi^2$ , *t* de Student-Fisher y análisis de varianza. En las distribuciones no paramétricas se aplicó el test de Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

Teniendo en cuenta los aspectos éticos, se obtuvo el consentimiento informado verbalmente. La información es estrictamente confidencial y se suscribe a la ley orgánica española de protección de datos 15/1999. La presentación de los resultados se realizó de manera global.

El proyecto se desarrolló en concordancia con las Guías de la Declaración de Helsinki y con las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas en la Investigación en Atención Primaria del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol). Se aprobó por el Comité Ético de Investigación Clínica IDIAP Jordi Gol.



Esquema general del estudio. Análisis descriptivo y bivariado.

## Resultados

De la muestra inicial ( $n = 278$ ) se recogieron 214 cuestionarios (76,9%): un 72,3% eran mujeres; 30,8% residentes de primer año; 22,9% de segundo; 24,3% de tercero y 22,0% de cuarto año. El 65,1% formados en un hospital de tercer nivel mientras que el resto en uno de segundo nivel. El 79,0% es menor de 30 años. Un 67,8% tiene pareja y sólo el 8,0% tiene hijos. El 16,0% vive solo, mientras que el resto vive con compañeros de piso, familia o pareja. El 57,3% nació en Cataluña, el 23,5% en el resto de España y el 19,2% fuera de España.

En relación con los estilos de vida, se analizaron aspectos como las horas de sueño, el consumo de alcohol o la baja actividad física y sus respectivas relaciones según el año de residencia o el sexo (tabla 1).

Respecto al consumo de tóxicos, un 12,2% es fumador, siendo algo superior en los hombres (13,6%) respecto a las mujeres (11,7%), el 39,4% afirma haber consumido alguna vez antidepresivos, benzodiacepinas o antipsicóticos; el 49,3% cannabis, el 12,3% anfetaminas, *speed* o éxtasis y un 6,2% cocaína. Si analizamos el consumo de bebidas estimulantes (café, té, Coca-Cola) encontramos un aumento considerable durante los días de guardia, llegando a ser de tres o más unidades en el 41,2% de los residentes. En relación con el *burnout*, se obtuvo una prevalencia en el conjunto de residentes del 33,8% (IC 95% 27,0-40,6), siendo la baja realización personal la dimensión con mayor puntuación con un 52,9% (IC 95% 45,9-59,9), seguida de la despersonalización

con un 37,9% (IC 95% 31,0-44,7) y finalmente el cansancio emocional con un 25,6% (IC 95% 19,5-31,7). No existen diferencias significativas en función del sexo, pero sí se observa un aumento notable de la prevalencia a partir del segundo año de residencia, siendo máxima (49%) en el tercero, donde hay un pico en despersonalización y en cansancio emocional (tabla 2).

Se encuentran diferencias significativas en la dimensión de despersonalización en función del sexo, siendo la prevalencia más elevada en hombres (51,8%) que en mujeres (32,7%).

Por otra parte, la prevalencia de malestar psicológico es del 40,4% (IC 95% 33,5-47,3), idéntica en ambos sexos y sin diferencias significativas durante los cuatro años de residencia (tabla 2).

Comparando los resultados entre ambos cuestionarios, la prevalencia de *burnout* es más elevada (50,0%) entre aquellos residentes que presentan malestar psicológico respecto a los que no lo presentan, siendo la diferencia de prevalencias estadísticamente significativa. Este fenómeno se repite independientemente para las tres dimensiones del *burnout*: entre aquellos que presentan malestar psicológico, un 37,6% tiene cansancio emocional, un 50,0% presenta despersonalización y un 64,7% tiene baja realización personal (tabla 3).

Por otro lado, un 74,5% se muestra satisfecho o muy satisfecho con las amistades, pero dicho porcentaje disminuye a medida que avanzan los años de residencia, siendo en el primero del 87,9% y del 59,6% en el cuarto ( $p = 0,008$ ). Asimismo, no existe significación estadística en las diferencias

**Tabla 1** Descripción de la muestra y estilos de vida de los residentes

	Mujer		Hombre		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Año de residencia</b>	154	72,3	59	27,7	214		
R1	45	29,2	20	33,9	66	30,8	
R2	35	22,7	14	23,7	49	22,9	
R3	41	26,6	11	18,6	52	24,3	
R4	33	21,4	14	23,7	47	22,0	
<b>Estilos de vida</b>							
Baja actividad física	46	29,9	11	18,6	57	26,8	0,098
Consumo de alcohol de posible riesgo (audit C positivo)	37	26,4	10	17,9	47	24,0	0,204
Fumadores	18	11,7	8	13,6	26	12,2	0,709
<b>Horas sueño</b>							
< 6 horas	18	11,7	9	15,3	27	12,7	0,587
6-8 horas	130	84,4	49	83,1	179	84,0	
≥ 8 horas	6	3,9	1	1,7	7	3,3	
<b>Consumo de bebidas estimulantes</b>							
<i>Día habitual</i>							
< 3 unidades	114	78,6	45	80,4	159	79,1	0,786
≥ 3 unidades	31	21,4	11	19,6	42	20,9	
<i>Día de guardia</i>							
< 3 unidades	85	58,2	35	60,3	120	58,8	0,781
≥ 3 unidades	61	41,8	23	39,7	84	41,2	
<b>Consumo psicofármacos y drogas</b>							
<i>Alguna vez en la vida</i>							
Antidepresivos, benzodiacepinas y/o antipsicóticos	64	41,6	20	34,5	84	39,4	0,348
Cannabis	72	47,4	32	55,2	104	49,3	0,312
<i>En los últimos 30 días</i>							
Antidepresivos, benzodiacepinas y/o antipsicóticos	16	10,7	6	10,7	22	10,7	0,992
Cannabis	13	8,7	6	10,5	19	9,2	0,689

observadas entre la satisfacción y el hecho de ser hombre/mujer, el año de residencia, la familia, la pareja, el estado de salud percibido, la especialidad, la relación con el tutor o su seguimiento.

Cabe destacar que sólo el 48,4% está satisfecho o muy satisfecho con el tiempo libre, siendo mayor en el primer año de residencia (72,7%) y menor en el último (31,9%) de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Comparando por sexos, los hombres están satisfechos o muy satisfechos con el tiempo libre en un 61,0% mientras que las mujeres sólo un 43,5% ( $p = 0,022$ ). El porcentaje de residentes con malestar psicológico es superior entre los que están insatisfechos con la familia, la pareja, los amigos, la salud o el tiempo libre, siendo el porcentaje de malestar psicológico menor entre los que están satisfechos con estos aspectos ( $p < 0,05$ ). En cambio, no hay relación estadísticamente significativa entre el malestar psicológico y la satisfacción respecto a la especialidad, el tutor o su seguimiento (tabla 4).

Asimismo, la prevalencia de *burnout* es superior en los mismos aspectos de satisfacción que el malestar psicológico (tabla 4) exceptuando uno: los residentes insatisfechos con el seguimiento del tutor tienen una prevalencia de *burnout* superior a los satisfechos.

## Discusión

El presente estudio encuentra una elevada prevalencia de malestar emocional en la población descrita (40,4%), siendo superior a la que se observa entre los residentes de todas las especialidades de Cataluña (30,1%, estudio Galatea, 2009)<sup>10</sup>, donde los residentes de MFyC tienen una baja representación, y similar a la censada en el estudio longitudinal que dicha fundación publicó en 2013 (15,1%) y en 2017 (38,0%)<sup>17</sup>. Cabe destacar que todas estas cifras son superiores a las obtenidas en población general (estudio ESCA 2014)<sup>18</sup>, lo que hace plantearse si la profesión sanitaria puede ser un factor de riesgo de malestar psicológico.

Respecto a la prevalencia de *burnout*, que es de un 33,8%, se aprecian similitudes con los estudios publicados previamente. La fundación Galatea informa en sus estudios de 2013 y 2017<sup>17</sup> un *burnout* en residentes con un 18,4% y un 19,2%, respectivamente. En Francia se evaluó este fenómeno entre médicos generales en el año 2018<sup>19</sup>, encontrándose un 43,4% de *burnout* que relacionan con la crisis demográfica de médicos que la padecen. En Estados Unidos el estudio publicado por Dyrbye<sup>20</sup> en 2014 muestra un *burnout* del 50,0% en residentes de todas las especialidades, de

**Tabla 2** Prevalencia de *burnout* (global y por dimensiones) y malestar emocional según sexo y año de residencia

	<i>Burnout</i> global		Agotamiento emocional		Despersonalización		Baja realización personal		Malestar emocional	
Total	n = 201		n = 211		n = 206		n = 210		n = 208	
<i>n</i>	68		54		78		111		84	
% (IC 95%)	33,8 (27,0-40,6)		25,6 (19,5-31,7)		37,9 (31,0-44,7)		52,9 (45,9-59,9)		40,4 (33,5-47,3)	
<i>Año de residencia</i>	%	<i>p</i>	%	<i>p</i>	%	<i>p</i>	%	<i>p</i>	%	<i>p</i>
R1	11,5	<	9,1	0,001	17,2	<	39,7	0,069	34,4	0,295
R2	38,3	0,001	25,0		35,4	0,001	63,3		51,0	
R3	49,0		37,3		58,0		55,8		36,5	
R4	36,2		36,2		37,7		57,4		43,2	
<i>Sexo</i>										
Mujer	29,3	0,024	24,8	0,683	32,7	0,012	52,6	0,916	40,4	0,995
Hombre	46,3		27,6		51,8		53,4		40,4	



**Tabla 3** Prevalencia de *burnout* según si presentan o no malestar psicológico

		Malestar psicológico				p
		Sí		No		
		%*	n	%**	n	
<i>Burnout</i>	Total	50,0	42	22,1	25	< 0,001
	Agotamiento emocional	37,6	32	16,4	20	0,001
	Despersonalización	50,0	42	28,8	34	0,002
	Baja realización personal	64,7	55	46,3	56	0,009

\* El porcentaje está calculado sobre el total de los que presentan malestar psicológico.

\*\* El porcentaje está calculado sobre el total de los que no presentan malestar psicológico.

**Tabla 4** Prevalencia de *burnout* según grado de satisfacción con factores personales y laborales

	n*	<i>Burnout</i>			p	n*	Malestar psicológico			p
		Sí %	No %				Sí %	No %		
<i>Familia</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	180	30,6	69,4	0,008	189	37,6	62,4	0,005		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	22	59,1	40,9		20	70,0	30,0			
<i>Pareja</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	128	28,9	71,1	0,039	130	38,5	61,5	0,008		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	19	52,6	47,4		20	70,0	30,0			
<i>Amistades</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	151	29,1	70,9	0,028	156	36,5	63,5	0,028		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	50	46,0	54,0		52	53,8	46,2			
<i>Salud</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	167	27,5	72,5	< 0,001	173	32,9	67,1	< 0,001		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	34	61,8	38,2		35	77,1	22,9			
<i>Tiempo libre</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	98	24,5	75,5	0,007	102	29,4	70,6	0,001		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	104	42,3	57,7		107	51,4	48,6			
<i>Especialidad</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	197	33,0	67,0	0,790	204	40,7	59,3	0,707		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	4	75,0	25,0		4	50,0	50,0			
<i>Tutor/a</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	188	31,9	68,1	0,105	195	40,5	59,5	0,689		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	13	53,8	46,2		13	46,2	53,8			
<i>Seguimiento del tutor/a</i>										
Muy satisfecho/a o satisfecho/a	168	29,8	70,2	0,009	175	38,3	61,7	0,111		
Insatisfecho/a o muy insatisfecho/a	34	52,9	47,1		34	52,9	47,1			

\* n = total de residentes en cada categoría de satisfacción.

49,0% en estudiantes de medicina y de 37,0% en adjuntos de primer año. En un metaanálisis de 47 estudios<sup>21</sup> se observa una prevalencia mayor de *burnout* en residentes y adjuntos jóvenes que en los más experimentados. Quizá estas cifras superiores se deban a las características diferenciales en el ejercicio de la medicina entre ambos continentes.

Existen pocos trabajos realizados en atención primaria, destacando dos. En Lleida se estudiaron 267 profesionales (medicina y enfermería), encontrando niveles medios de *burnout* en un 37,5% y altos en un 3,7%, asociados a niveles bajos de empatía<sup>22</sup>. En Irlanda se estudiaron sólo médicos

de atención primaria, donde el 52,7% presentó altos niveles de agotamiento emocional<sup>23</sup>.

Asimismo, existe una clara relación entre malestar psicológico y *burnout*, probablemente porque el estado emocional influye significativamente en la vida diaria y, por tanto, también en el entorno laboral.

Cabe destacar que el porcentaje de *burnout* obtenido es superior en mujeres, siendo similar entre sexos en otros estudios<sup>20,24,25</sup>. En cambio, no se encuentran diferencias entre sexos en malestar psicológico mientras que en estudios previos es superior en mujeres<sup>10,18</sup>. Se aprecia un aumento

de *burnout* a medida que avanzan los años de residencia, quizá por el mayor contacto con el sistema sanitario y los pacientes y el aumento de responsabilidades. Si analizamos el estilo de vida, no hay relación entre las variables y el consumo de tabaco, alcohol, bebidas estimulantes y psicofármacos, pero sí existe asociación entre el malestar psicológico y las pocas horas de sueño (< 6 h) y la baja actividad física, probablemente porque tanto el descanso como el deporte sean necesarios para un buen estado emocional.

Si comparamos los resultados obtenidos con otros estudios previamente mencionados, podemos observar diferencias en el porcentaje de fumadores (12,1% respecto un 28,2% en Galatea 2009<sup>10</sup> y un 8,4% en 2013 que asciende hasta un 9,7% en 2017)<sup>17</sup>, lo cual resulta sorprendente dada la gran importancia que se le da a la prevención y abandono del hábito tabáquico desde la atención primaria. Aun así, los valores recientes son todos inferiores al 25,9% de consumo medio en Cataluña<sup>18</sup>. Respecto al consumo de alcohol, el 24,0% puntúa positivo en la escala Audit-C, sugiriendo consumo de riesgo y siendo superior respecto a Galatea<sup>10,17</sup> y ESCA 2014<sup>18</sup>.

Existen varias limitaciones en el presente estudio: es transversal, por lo que no se puede establecer la causalidad entre malestar psicológico y *burnout*; en algunos casos las escalas utilizadas difieren de las de otros estudios, dificultando la comparación de resultados; la muestra se ha obtenido únicamente de dos unidades docentes por lo que podría no ser representativa del total de residentes de MFyC y quedar condicionada la extrapolación de resultados a pesar de ser las dos con mayor número de residentes tanto en ámbito urbano como rural. Además, tenemos un sesgo de pertinencia dado que la mayoría de los residentes se han formado en un hospital de tercer nivel (donde se presupone patología de mayor complejidad y mayor carga asistencial generando un mayor *burnout* y malestar psicológico) y sesgo de atención, ya que el cuestionario se realiza en presencia de los evaluadores y puede condicionar las respuestas (efecto Hawthorne). Cabe mencionar también que el 25% de no respuestas es aleatorio y corresponde a los residentes que no asistieron al curso pertinente, cuyas características no difieren de los participantes y su ausencia no está relacionada con el objetivo del estudio.

El conocimiento de la alta prevalencia de *burnout* y el importante impacto que supone en la práctica médica han llevado a la creación de diferentes grupos de trabajo (por ejemplo el grupo CHARM<sup>26</sup>), convirtiéndose en el tema principal de muchas jornadas de debate sobre enseñanza médica (a destacar que fue el tema central de las terceras jornadas LACRE<sup>27</sup> -Latin American Conference on Residency Education). Asimismo, se han realizado múltiples publicaciones que plantean iniciativas para tratar de paliar esta situación, tanto mediante herramientas de autocuidado (programas de *mindfulness*, talleres de manejo del estrés y técnicas de resiliencia) como mediante la revisión de la estructura y organización de la formación del residente (condiciones laborales, disminución de carga horaria, reestructuración de turnos, clima de trabajo). Ambas estrategias parecen conducir a una reducción clínicamente significativa del *burnout*<sup>6,7</sup>, siendo necesaria aún más investigación para ver qué intervenciones serían más efectivas en poblaciones específicas.

En resumen, este estudio no sólo evidencia que la prevalencia de malestar psicológico y de *burnout* (especialmente

en baja realización personal) es elevada en los médicos residentes de MFyC, sino que además permite conocer que la prevalencia de *burnout* es más elevada en los últimos años de residencia. También cabe destacar que los residentes con malestar psicológico presentan un porcentaje más elevado de *burnout*.

Viendo las iniciativas descritas y los resultados de nuestro estudio, sería interesante la adopción de medidas preventivas para disminuir el *burnout* y el malestar emocional en las unidades docentes de nuestro país, así como proseguir con las líneas de investigación realizando un seguimiento de los residentes y con un mayor tamaño muestral.

## Declaraciones de autoría

A. Ovejas-López en nombre del resto de las personas firmantes garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio, que ninguna información relevante ha sido omitida y que todas las discrepancias entre autores han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Todos los autores, junto con el resto del equipo investigador, han participado en la concepción, el diseño del estudio, la protocolización y la recogida de datos. Todos los autores firmantes han escrito el artículo, el cual ha sido discutido, revisado y aprobado en su versión final por todos los coautores y coautoras.

## Lo conocido sobre el tema

- La residencia es un periodo de formación exigente que puede producir estrés asociado a una peor calidad de vida
- Hay estudios que vinculan altos niveles de *burnout* y malestar emocional a factores laborales y personales
- Es importante estudiar las prevalencias en médicos residentes y especialistas por separado

## Qué aporta este estudio

- Determina la prevalencia de *burnout* y malestar psicológico específicamente en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria
- Concreta factores laborales y personales relacionados con una mayor prevalencia de *burnout* y malestar psicológico
- La prevalencia de *burnout* es más elevada en los últimos años de residencia

## Financiación

La publicación del estudio se ha financiado gracias al Premi Josep Manuel da Pena (V Edició) de la Unitat Multiprofesional d'Atenció Familiar i Comunitària Aceba (UDACEBA) concedido en diciembre 2018 que lo reconoce como el mejor



trabajo de investigación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Estado español.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

## Agradecimientos

Al resto del equipo investigador: Albert Xicola, Daniel Maia, Laura Cardona, Sheila Cordido, Biel Rosselló.

A la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària de Catalunya Central ICS (Institut Català de la Salut) por su colaboración en el proyecto.

A la técnica de salud en Atención Primaria María Isabel Fernández San Martín y a la coordinadora de la Unidad Docente Judit Pertíñez Mena por ofrecernos su tiempo y guiarnos en la elaboración y desarrollo del proyecto.

A la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària Barcelona Ciutat ICS por el apoyo ofrecido durante la realización del estudio y por el premio otorgado a este proyecto.

## Bibliografía

1. A Fana A, Ghannam J, Ho EY, Al-Khal A, Al-Arab B, Bylund CL. Burnout and sources of stress among medical residents at Hamad Medical Corporation Qatar. *East Mediterr Health J*. 2017 Feb 21;23:40–5.
2. Tizón JL. Reflexiones en Medicina de Familia: ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos. *Aten Primaria*. 2004;33:326–30.
3. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout–depression overlap: A review. *Clinical psychology review*. 2015;36:28–41.
4. Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associates factors. *BJ Psych Bulletin*. 2017;41:197–204.
5. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:325.
6. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7.
7. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016 Nov 5;388(10057):2272–81.
8. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: a systematic review. *Grad Med Educ*. 2017;9:294–301.
9. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith Gm Kontopantelis E. Controlled interventions to reduce burnout in physicians. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017 Feb 1;177:195–205.
10. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Fundación Galatea. Barcelona. Marzo. 2009.
11. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Manual 3 ra ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1996.
12. Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11:679–89.
13. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139–45.
14. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986 Feb;16:135–40.
15. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002 Nov-Dec;37:591–6.
16. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12 country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35:1381–95.
17. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Arteman A. Estudi longitudinal sobre la salut, estils de vida i condicions de treball dels MIR de Catalunya. Fundació Galatea. Barcelona. Feb 2018.
18. Constante C, Saltó E, García O, Alcañiz M, Baranda L, Guillén M, et al. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya, departament de Salut. Barcelona. Julio 2015.
19. Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, Schuers M. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. *Fam Pract*. 2019;36:291–6.
20. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89:443–51.
21. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018 Oct 1;178:1317–30.
22. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2017 Dec;23:4–10.
23. O'Dea B, O'Connor P, Lydon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Ir J Med Sci*. 2017 May;186:447–53.
24. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European Family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25:245–65.
25. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. *Burnout* y trabajo en equipo en los profesionales de Atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
26. Página web del *Collaborative for Healing and Renewal in Medicine* (CHARM): <https://www.im.org/resources/wellness-resiliency/charm>. Grupo directivo: Hasan Bazari y Jonathan Ripp (copresidentes). Último acceso: 10 de Jul de 2019.
27. Bitran M, González M, Nitsche P, Zúñiga D, Riquelme A. Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de Residentes (LACRE) 2017. *Rev Med Chile*. 2017;145:1330–5.