

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA DEL PERÚ**

TESIS

PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR

MELISA PAMELA QUISPE ILANZO

ASESOR

JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES

LIMA - PERÚ

2024



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA DEL PERÚ**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

**PRESENTADO POR
MELISA PAMELA QUISPE ILANZO**

**ASESOR
DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Elsa Liliana Gómez Talavera, doctora en Psicología

Miembro: Oscar Guillermo Flores Flores, magíster en Ciencias, Salud y Desarrollo Global

Miembro: Joel Christian Roque Henriquez, magíster en Epidemiología Clínica

A mis hijos Danna, Mariapaz, Eduardo y Samuel, por ser siempre mi inspiración; a mi esposo por ser mi compañero incondicional y a mis padres y hermana por su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A Alfredo Oyola García, magister en Epidemiología, por la asesoría en el análisis de los datos.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	9
III. METODOLOGÍA	28
IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN	46
VI. CONCLUSIONES	50
VII. RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	54
ANEXOS	74

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo identificar los factores asociados al síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú. Es un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo basado en el análisis secundario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016), la cual tuvo una muestra de 5067 médicos y enfermeras que trabajaban en el Ministerio de Salud (MINSA), los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y establecimientos de salud privados, entrevistados en la ENSUSALUD 2016. Se calcularon la razón de proporciones cruda y ajustada mediante la regresión de Poisson con varianza robusta. En los resultados, se observa que tener 29 años o menos (RP=1,01; IC95 %=1,01-1,76), haber transcurrido menos cinco años o entre seis a diez años después de obtener el título profesional ([RP=1,75; IC95%=1,36-2,24] y [RP=1,50; IC95 %=1,25-1,81], respectivamente), la presencia de enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo (RP=1,59; IC95 %=1,35-1,87), laborar en establecimientos del Ministerio de Salud o Gobiernos Regionales (RP=1,28; IC95 %=1,09-1,50), no tener tiempo para la vida personal y familiar, debido a la carga laboral (RP=1,91; IC95 %=1,64-2,24), así como ser objeto de amenazas e insultos ([RP=1,44; IC95%=1,19-1,75] y [RP=1,43; IC95%=1,19-1,72]) fueron factores asociados al síndrome de *burnout*. El ingreso económico menor a 5000 soles (RP=0,66; IC95 %=0,57-0,78) fue un factor protector para este síndrome.

Palabras clave: Agotamiento psicológico, factores de riesgo, salud mental, recursos humanos

ABSTRACT

The research aimed to identify the factors associated with burnout syndrome in Peruvian physicians and nurses. It is an observational, analytical, cross-sectional, and retrospective study in a sample of 5067 doctors and nurses who worked in the Ministry of Health, the Regional Governments, the Social Health Insurance, the Army and Police Health Services, and private health establishments, interviewed in ENSUSALUD (2016). Crude and adjusted ratios were calculated using Poisson regression with robust variance. In the results it's observed that being 29 years old or younger (PR=1.01; 95% CI=1.01-1.76), having passed less than five years or between six and ten years after obtaining the professional title ([PR=1.75; CI95%=1.36-2.24] and [PR=1.50; CI95%=1.25-1.81], respectively), the presence of disease caused and/or aggravated by work (PR=1.59; CI95%=1.35-1.87), working in establishments of the Ministry of Health or Regional Governments (PR=1.28; CI95%=1.09-1.50), not having time for personal and family life due to workload (PR=1.91; CI95%=1.64-2.24), as well as being a victim of threats and insults ([PR=1.44; CI95%=1.19-1.75] and [PR=1.43; CI95%=1.19-1.72]) were factors associated with burnout syndrome. Fewer than PEN 5,000 economic income (PR=0.66; 95% CI=0.57-0.78) was a protective factor for this syndrome.

Keywords: Psychological burnout, risk factors, mental health, workforce

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO Y EN ENFERMERÍA DEL PERÚ

AUTOR

MELISA PAMELA QUISPE ILANZO

RECUENTO DE PALABRAS

11177 Words

RECUENTO DE CARACTERES

66979 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

60 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

560.2KB

FECHA DE ENTREGA

Nov 7, 2023 3:50 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 7, 2023 3:51 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 14% Base de datos de Internet
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción de la situación problema

Los recursos humanos en salud son uno de los tres insumos principales de los sistemas de salud, junto con el capital físico y los bienes de consumo (1). Está conformado por el personal que participa en acciones para mejorar la salud de la población (médicos, enfermeras, químico-farmacéuticos, odontólogos, entre otros), así como personal de gestión y de apoyo, es decir, aquellos que no brindan servicios directamente, pero que son esenciales para el desempeño de los sistemas de salud (gerentes, conductores de ambulancias, entre otros) (2). Todos ellos están expuestos al estrés laboral.

En los últimos años, se ha insistido en la necesidad de estrategias innovadoras para prevenir los riesgos laborales y abordar los riesgos psicosociales nuevos o emergentes que conllevan afecciones físicas y psicológicas, así como alteraciones en la organización del trabajo (3). Muchos de estos eventos pueden estar relacionados con el exceso carga laboral, ya que el empeoramiento de las condiciones laborales conduce a un nuevo problema vinculado con la salud mental de los trabajadores denominado síndrome de *burnout*, el mismo proceso que se relaciona con el estrés laboral (4), pero difícil de diagnosticar porque no existe una definición aceptada universalmente debido a que es un proceso complejo. Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden en que su presencia responde a la presencia del estrés laboral crónico (5,6).

Actualmente, es creciente el interés en explicar la susceptibilidad de las personas a este síndrome. Una primera explicación está en la interpretación personal del individuo acerca de las situaciones estresantes; cuando las percibe como situaciones amenazadoras o peligrosas, se produce el estrés y, como consecuencia, aparece el afrontamiento o respuesta individual a determinadas situaciones en ausencia de recursos. De esta manera, podemos actuar enfocándonos en el problema o en la emoción. En el primer caso, se define el problema y se buscan soluciones, mientras que en el segundo caso se trata de regular la respuesta emocional originada frente al evento estresante (7).

En las últimas décadas, la práctica clínica se ha visto afectada por los cambios administrativos, técnicos y tecnológicos del sistema de salud, que modifica el panorama de cómo se brinda, documenta y reembolsa la atención. Navegando por estos cambios están los profesionales de la atención médica, cuyo trabajo diario es fundamental para el éxito de la mejora de la atención de los pacientes. Desafortunadamente, como resultado de estos cambios y las presiones añadidas resultantes, muchos profesionales de la salud sufren el síndrome de *burnout*, lo que a su vez puede afectar los resultados del servicio de salud brindado y, consecuentemente, la calidad y la seguridad de la atención brindada (8).

En los años sesenta, surgió el término síndrome de *burnout* en el cuidado de la salud como una forma de describir el estrés emocional y psicológico experimentado por el personal de salud que atendía a pacientes vulnerables (9). Desde entonces, este término se ha utilizado para caracterizar el estrés relacionado con el trabajo en cualquier entorno de atención de salud, desde centros de atención hospitalaria en zonas urbanas hasta entornos de salud global (10,11). Esto ha hecho que sea útil para describir la experiencia de estrés en la práctica médica, particularmente junto con investigaciones que demuestran niveles elevados de síntomas depresivos (12).

Sobre la base del trabajo inicial en relación con este problema, realizado en la década de los ochenta, los investigadores han descrito el síndrome de *burnout* como una combinación de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal causados por el estrés crónico de la práctica profesional. En la literatura de investigación, el agotamiento general o agregado, generalmente, se mide evaluando alguna combinación de estos tres subcomponentes (9).

La prevalencia del síndrome o de sus dimensiones es variable. Se estima en 67,0 % para *burnout*, 72,0 % en agotamiento emocional, 68,1 % en despersonalización y 63,2 % para baja realización personal. Sin embargo, se debe tener en cuenta que se han utilizado más de 100 definiciones diferentes para cumplir con los criterios generales de agotamiento o sus dimensiones, lo que indica un desacuerdo sustancial en la literatura sobre lo que constituye el síndrome. Asimismo, las

definiciones operativas utilizaron puntos de corte de variables basados en puntajes predefinidos o en cuartiles de muestra marcadamente diferentes (9).

Por otro lado, se ha observado que las demandas del puesto (sobrecarga de trabajo, horario, eventos negativos, tipo de servicio, etc.), así como los recursos relacionados al personal, la situación y la organización (capital psicológico, apoyo social, capacidad de expresar emociones, valores personales, sentimientos de realización, entre otros) podrían ser factores que originen este síndrome (13).

En el ámbito hospitalario, las enfermeras se encuentran entre los profesionales más afectados por el *burnout* (14) y, por ello, se han realizado numerosos estudios para identificar factores protectores y elementos de riesgo. Por ejemplo, se han evaluado algunos factores sociodemográficos como la edad, el género o el estado civil y su influencia (14,15). También, se han estudiado factores psicológicos como los cinco grandes rasgos de personalidad o factores ocupacionales, como la antigüedad o la satisfacción laborales (15,16).

Estudios realizados en el primer nivel de atención han identificado como predictores de *burnout* a la sobrecarga de trabajo, la incongruencia de los valores, la baja posibilidad de control de las actividades laborales, la poca capacidad de decisión, el clima o el apoyo social deficiente y el escaso reconocimiento o premiación. Otros factores descritos en la literatura son: turnos de trabajo de 12 horas o más, escasa posibilidad flexibilización de horarios, elevada presión por el cumplimiento de tareas a tiempo, elevada demanda psicológica y laboral, escasa diversificación de las tareas asignadas, conflicto con los miembros del equipo para el desempeño de roles, poca independencia para la realización de tareas, ruptura de la relación enfermera-médico, deficiencia en el liderazgo, inadecuadas relaciones interpersonales con el equipo de trabajo, así como inestabilidad laboral (17).

En Latinoamérica, también, se han hallado prevalencias -en profesionales sanitarios- que oscilan entre 2 % y 76 %, especialmente en aquellos que laboran en áreas críticas como unidades de cuidado intensivo y emergencias, así como en áreas que atienden pacientes terminales, entre otros (18).

En Perú, la prevalencia global de este síndrome en médicos y enfermeras llega a 2,8% y es mayor en los profesionales de medicina que en los profesionales de enfermería (19). Sin embargo, debido a las inconsistencias en las definiciones y los métodos de evaluación del agotamiento en los estudios, no se ha podido determinar de manera confiable las asociaciones entre el agotamiento y el sexo, la edad, la geografía, el tiempo, la especialidad y los síntomas depresivos (9). Además, el estudio del *burnout* es importante, porque sus efectos negativos pueden repercutir tanto en el profesional que lo padece, provocando diferentes signos y síntomas, como en la propia institución de salud, al aumentar el ausentismo del personal, y en la calidad de la atención prestada debido al aumento de errores durante la atención que, finalmente, afecta la seguridad del paciente.

En merito a lo mencionado, el presente estudio tiene por objetivo identificar los factores que están asociados al síndrome de *burnout* en personal médico y de enfermería del Perú en el año 2016

2. Problema de investigación

¿Cuáles son los factores que están asociados al síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú?

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general

Identificar los factores asociados al síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

3.2 Objetivos específicos

Analizar la relación de los factores personales y familiares con el síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

Analizar la relación de los factores académico-profesionales con el síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

Analizar la relación de los factores de salud y enfermedad con el síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

Analizar la relación de los factores laborales con el síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

Analizar la relación de los tipos violencia con el síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

4. Justificación de la investigación

4.1 Importancia

Los resultados, del presente documento, son relevantes debido a que podrán identificar los signos de estrés, los cuales, son un importante problema de salud pública. En consecuencia, se podrá mejorar las estrategias de prevención, en relación con los elevados niveles de estrés en el ambiente de trabajo es imperativa en los esfuerzos por mejorar la calidad del equilibrio entre la vida laboral y personal. En ese sentido, la identificación del perfil de los profesionales de salud afectados por este problema permitirá intervenir precozmente a la población en riesgo.

4.2 Viabilidad del estudio

El presente estudio es viable, debido al acceso libre a la base de información, como resultado de Normativa de datos abiertos. Así mismo, se contó con la aprobación comité de ética de la universidad, para asegurar el manejo ético de los datos de la presente investigación. Adicionalmente, se contó con los recursos económicos, logísticos y de más insumos, necesarios para poder desarrollar el presente documento.

5. Limitaciones

La limitación del presente estudio es debido a que los resultados son productos de un análisis secundario de la base de datos, de acceso libre, de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016), por lo que se encuentra limitado al análisis de las variables consideradas en ella.

Asimismo, esta investigación está limitada a los profesionales de medicina y enfermería que laboran en los establecimientos de salud públicos y/o privados, pero no ha considerado a los profesionales que se dedican a la actividad administrativa

o que realizan la actividad privada en consultorios particulares ni a otros grupos profesionales que podrían ser susceptibles de desarrollar el síndrome de *burnout*.

La temporalidad de presentación de las variables presentadas y el tiempo necesario para que estas generen el resultado evaluado no han sido medidos en el estudio. A pesar de que el instrumento de medición ha sido validado en profesionales de la salud, su confiabilidad podría haber sido afectada por la inadecuada calibración de los encuestadores, lo cual podría generar elevados coeficientes de variación de las variables y que no han podido ser determinados en el presente estudio.

II. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

Huang et al., en China, en 2020 (20), en su estudio de diseño transversal prospectivo evaluaron la prevalencia del síndrome de *burnout* así como los factores de riesgo y protección asociados en 318 médicos residentes en Shanghai, China. La tasa global de *burnout* fue del 71,4 %. La experiencia del turno de noche, el alto estrés ocupacional y el bajo apoyo social fueron predictores significativos, que explicaron la varianza del 49,1% del agotamiento emocional ($F=26,528$; $p<0,01$).

Los factores que predijeron significativamente la despersonalización incluyeron: sexo masculino, residentes mayores, experiencia en turnos nocturnos, alto estrés laboral y baja empatía psicológica, que explicaron el 51,5 % de la varianza total ($F=29,004$; $p<0,01$). Los residentes de la tercera edad, altos ingresos, bajo estrés ocupacional y alta empatía también fueron predictores significativos de disminución del logro personal, que explicaron una varianza total del 18,4% ($F=12,897$; $p<0,01$).

Al-Haddad et al., en Arabia, en 2020 (21), en su estudio observacional de corte trasnversal calcularon la prevalencia del síndrome *burnout* y sus factores de riesgo relacionados entre los médicos de los centros de atención primaria de salud del Ministerio de Salud en Al Ahsa. Evaluaron una muestra de 280 médicos en los que el agotamiento emocional tuvo una puntuación promedio (\pm desviación estándar) de $24,99 \pm 11,54$, $9,19 \pm 6,13$ en despersonalización y $29,41 \pm 9,9$ en baja realización personal. Se halló un nivel significativo de *burnout* entre los médicos que trabajan en el primer nivel de atención.

Alrededor de una cuarta parte de los participantes (24,3 %) obtuvo una puntuación alta de agotamiento en las tres dimensiones. El agotamiento emocional alto estuvo presente en edades de 35 a 45 años, participantes saudíes, médicos rotativos o de cobertura y participantes insatisfechos con su trabajo. La elevada despersonalización se evidenció en los médicos saudíes, los médicos de familia, los médicos rotativos o de cobertura, los que no estaban satisfechos con su trabajo y los médicos que trabajan en áreas rurales. Finalmente, se observó una baja

realización personal en médicos que no estaban satisfechos con su trabajo, rotando o cubriendo a los médicos, participantes que no tenían tareas distintas al trabajo clínico y médicos que trabajan en el sector de Omran.

Das Merces et al., en Brasil, en 2020 (22), mediante un estudio observacional transversal, multicéntrico, de base poblacional evaluaron la prevalencia y los factores asociados al síndrome de *burnout* en una muestra por conglomerados de 1125 profesionales de Enfermería de la Atención Primaria de Salud del estado de Bahía, durante los años 2017 y 2018. La prevalencia del síndrome fue 18,3 % y los factores asociados fueron etnia (RP=0,62; IC95%=0,47-0,83); residencia (RP=2,35; IC95%=1,79-3,09), situación económica (RP=1,40; IC95%=1,06-1,86), satisfacción con la ocupación actual (RP=1,75; IC95%=1,31-2,33), (RP=1,60; IC95%=1,23-2,08), descanso (RP=1,83; IC95%=1,41-2,37), recursos técnicos y equipamiento (RP=1,37; IC95%=1,06-1,77), turno de noche (RP=1,49; IC95%=1,14-1,96), práctica de actividad física (RP=1,72; IC 95%=1,28-2,31), tabaquismo (RP=1,82; IC95%=1,35-2,45) y satisfacción con la forma física (RP=1,34; IC95%=1,01-1,79).

Muñoz S et al., en Colombia, en 2018 (23), en su estudio de observacional, descriptivo, cuantitativo y correlacional determinaron la prevalencia del síndrome de *burnout*, así como las variables asociadas en una muestra de 120 enfermeros. En ellos, se observó que el tipo de vínculo y el área laboral, los años de ejercicio profesional, así como la calificación que le brindaban a la remuneración salarial y las relaciones interpersonales en el trabajo se asociaron significativamente con las dimensiones realización personal, despersonalización y agotamiento emocional, respectivamente.

Cañadas-De la Fuente en España, en 2015 (24), en su estudio observacional evaluaron los niveles e identificaron las variables relacionadas con el síndrome de *burnout* en 676 profesionales de enfermería de centros de salud públicos de Andalucía (España). En ellos, se observó que la edad, el sexo, el estado civil, el número de hijos, el nivel de atención, el tipo de jornada laboral, las áreas de atención de la salud y la realización de tareas administrativas, así como las variables relacionadas con la personalidad, las cuales se asociaron significativamente con este síndrome.

Grau et al., en España, en 2009 (25), en su investigación de diseño transversal, realizada en el periodo diciembre 2006 -septiembre de 2007, evaluaron 11 530 profesionales sanitarios hispanohablantes. La prevalencia varió entre 2,5 % y 14,9 %, destacando en primer lugar los profesionales de medicina, seguidos de los profesionales de enfermería; asimismo, fue más frecuente en los servicios de urgencias (17 %) y medicina interna (15,5 %).

Grau et al., en España, en 2008 (26), en su investigación de tipo transversal titulada, en una muestra de 6150 individuos que incluían de argentinos, mexicanos, peruanos, ecuatorianos, colombianos, uruguayos, guatemaltecos y españoles, entre otros. La tercera parte de ellos percibía estar quemado, mientras 11,4 % de los que realizaron el MBI tuvieron puntajes positivos para *burnout* objetivo.

Beas et al., en Perú, en 2017 (27), en su estudio transversal analítico realizó el análisis secundario de la Encuesta Nacional de Usuarios de Salud del año 2014 realizada en el Perú para identificar los factores asociados a este síndrome, observando que el sexo, la antigüedad laboral en el sector salud, la carga horaria de trabajo, así como el ingreso mensual total fueron los determinantes de este síndrome.

Solís-Condor et al., en Perú, en 2017 (28), en su investigación observacional, descriptiva y transversal determinaron la prevalencia y factores asociados al *burnout* en 958 médicos y 840 enfermeras de siete departamentos del Perú. Se observó que este síndrome estaba relacionado con la actividad laboral en establecimientos de mayor complejidad, la separación de la familia, así como con enfermedades causadas o agravadas por el trabajo.

Aldave| M, en Perú, en 2016 (29), en su estudio transversal, descriptivo, prospectivo identificó los factores de riesgo de *burnout* en 270 médicos especialistas que laboraban en este establecimiento de salud durante el año 2015. Observaron que 27,8 % presentaba este síndrome; asimismo, la sobrecarga de trabajo (OR=118,4), pérdida de control en las actividades que realizaban (OR=21,0), la falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado (OR:8), así como el ambiente laboral

hostil (OR=10,2) y la injusticia (OR=22) fueron factores de riesgo que determinaban la presencia de este síndrome.

2. Bases teóricas

La persona que está bajo estrés, por lo general, se dice que está sobrecargada, es decir, supera el nivel de resistencia poniendo en riesgo la homeostasis que permite un rendimiento mental y conductual óptimo durante la actividad laboral (30). Sin embargo, es necesario distinguir entre el estrés crónico y el síndrome de *burnout*, porque este último no solo está relacionado con el exceso de trabajo, debido a que este la excesiva carga laboral, así como el trabajo frustrante -con o sin estrés- pueden condicionar la presencia de *burnout*. Es decir, no es un proceso relacionado con la fatiga, sino un proceso de negatividad en las emociones, así como en el campo cognitivo que se acompaña con la falta de interés por las cosas que antes eran importantes para el sujeto afectado. Por tanto, el estrés se asocia con una miríada de situaciones que ocurren a diario mientras que el *burnout* es una de las manifestaciones del estrés laboral (31).

El síndrome de *burnout* se reconoce cada vez más entre los profesionales de la salud y puede afectarlos en grado variable (32); sin embargo, los profesionales de atención médica de primera línea, que priorizan la atención de los pacientes todos los días, pueden no darse cuenta del efecto y la carga que el trabajo en estas profesiones supone para la propia salud y la cognición (33). Se ha informado que está presente en todas las etapas de sus carreras (34,35).

La palabra *burnout* es un término anglosajón que se traduce como estar quemado, desgastado, exhausto y sin ilusión por la actividad laboral (36). También, se ha relacionado con las siguientes denominaciones: quemarse por el trabajo, quemazón profesional, síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial, síndrome del desgaste profesional, estar quemado profesionalmente y desgaste psíquico, entre otras (37).

El síndrome surge de la percepción que tienen los sujetos de la diferencia entre el esfuerzo realizado y el logro alcanzado. Esto les sucede a menudo a los profesionales que trabajan frente a frente con los usuarios que requieren ayuda o

con problemas críticos. Es caracterizado por agotamiento emocional, falta de energía, indiferencia y cinismo hacia el receptor, sentimientos de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitud de rechazo al trabajo y otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (37).

Definición

La experiencia del estrés es idiosincrática y ocurrirá por variadas situaciones o entornos en los que se encuentran inmersas las personas. Se sabe que el ambiente de trabajo es más estresante para algunas personas que para otras, especialmente cuando fallan las estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas por los sujetos, o cuando hay un desequilibrio entre las necesidades y la capacidad para hacer frente a esas necesidades. De esta forma, se presenta el denominado estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional, como consecuencia de un proceso en curso; es decir, producto de la exposición prolongada a eventos estresantes. Desde su conceptualización inicial, se considera que aquellas personas que tienen una profesión de servicio, en contacto directo con los clientes o usuarios de la organización, tienen más probabilidades de desarrollarlo (36,37).

El agotamiento ocupacional por estrés laboral persistente e irresoluble fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger, en su investigación sobre el agotamiento del personal de voluntarios en una clínica médica gratuita. A él se le atribuye haber acuñado el término *burnout* que describe las características del agotamiento profesional en el contexto de los síntomas físicos y conductuales de la siguiente manera: aumento de la ira, la frustración, la sospecha y la paranoia con respecto a la influencia de los colegas en las propias ambiciones profesionales personales, rigidez excesiva e inflexibilidad en la práctica profesional, así como la aparición de las características de quien sufre de depresión. Asimismo, describió a aquellos individuos susceptibles como dedicados y comprometidos, pero es igualmente importante reconocer que este síndrome no es una condición aguda sino la culminación de los efectos de las responsabilidades profesionales y el ambiente de trabajo (35). Actualmente, la definición operacional más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986, que lo definieron como síndrome de

agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas (30,38).

Dimensiones

Las tres dimensiones principales del síndrome de *burnout* son las siguientes: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización, además de disminución de la sensación de logro personal (ineficacia). Estos dominios existen en un continuo, comenzando con agotamiento emocional, o el sentimiento de tensión emocional y agotamiento físico de un individuo atribuido a su trabajo (35).

- **Cansancio emocional.** Las personas que experimentan agotamiento emocional se sienten apáticas e indiferentes con respecto a su trabajo y ya no pueden involucrarse en las situaciones que surgen durante su jornada laboral. A medida que el agotamiento emocional se vuelve más severo, se produce la despersonalización y el cinismo; el individuo tiene una actitud negativa hacia su trabajo y lugar de trabajo, además de sentirse desconectado de él. Se producen frases como la familia del paro cardíaco está en la sala de espera. La eliminación del aspecto humano prohíbe que los profesionales se preocupen realmente por los resultados de estos pacientes (35).

- **Despersonalización.** En algunos casos, la despersonalización puede no ser perjudicial, pero cuando va precedida de agotamiento emocional, la satisfacción profesional continúa deteriorándose. Aquí se desarrolla una actitud pesimista y emociones negativas hacia el propio usuario, una ausencia paulatina de toda sensación y emoción hacia el usuario o su enfermedad que, incluso, puede ser tratada de forma deshumanizadora, indiferente, sin contacto visual y mucho menos hay una relación con el paciente. Su actitud es de cinismo (35).

- **Disminución de la autorrealización personal.** El tercer componente, reducción de la realización personal, se refiere a sentimientos de incompetencia y disminución de la productividad laboral, incluso frente a la realización. Los practicantes sienten que no importa lo que hagan, no es suficiente y que siempre hay más trabajo por hacer. Los profesionales pueden comenzar a odiar un trabajo que una vez amaron y no se dan cuenta del efecto que están teniendo en la vida de los demás (35).

Cuadro clínico

El síndrome de *burnout* se manifiesta a través de síntomas multidimensionales en los dominios cognitivo, somático y emocional. La sintomatología emocional es la principal característica del cuadro clínico; sin embargo, se han reportados síntomas de curso insidioso: fatiga crónica, dolores de cabeza, dolor de espalda, cuello y músculos, insomnio, trastornos respiratorios, trastornos digestivos, hipertensión, dolores musculares, incluso dolor precordial, etc. En el ámbito de la conducta: desconfianza y paranoia, actitud inflexible y rígida, ausencia de capacidad para sentirse cómodo, contacto superficial con y aislamiento de las personas, dificultad para la concentración en el centro laboral, reclamos persistentes, conducta agresiva hacia los usuarios, ausentismo laboral, ingesta de psicoestimulantes, sedantes y tranquilizantes.

Emocionalmente puede presentar: expresión hostil, conducta irritable e impaciente, expresiones de aburrimiento y odio, limitada capacidad para expresar y controlar las emociones, ansiedad, desorientación, entre otras. En el campo cognitivo: bajo nivel de autoestima, así como de realización personal en el espacio laboral, incapacidad para cumplir roles profesionales, fracaso laboral, etc. Es común observar negativismo, sarcasmo y falta de cooperación, lo que dificulta y oscurece el trabajo en equipo. El paciente es el receptor de este comportamiento que se traslada como indiferencia hacia su situación, y cerrará un círculo vicioso difícil de romper (31,36,37).

Cuando el cuadro clínico se presenta de forma ocasional y por corto tiempo, desapareciendo gracias a actividades recreativas, será de primer grado. En el caso que los signos y síntomas sean más constantes, de mayor duración y más difícil de ser modificados estaremos ante un síndrome de segundo grado donde la preocupación por la efectividad es un tema central, y se acompaña de negativismo y frialdad hacia sus pares de trabajo. Cuando es de tercer grado, existirá continuidad en los síntomas, acompañado de trastornos mentales y físicos que no tienen otra causa aparente. En este caso, la persona anula o reduce sus relaciones interpersonales que conduce al aislamiento social (31).

Factores asociados

Se ha descrito que las características socioeconómicas y culturales del entorno (residencia) así como su procedencia tienen una importante influencia en el desarrollo de este síndrome. De esta forma, en aquellos países con menor grado de desarrollo económico, mayor dificultad para acceder a la atención de salud, con mayores tasas de mortalidad infantil y menos esperanza de vida ostentan menores prevalencias de este problema. Esto podría deberse a que estas situaciones de mayor dificultad podrían ser percibidas como menos estresantes debido a que el nivel de bienestar es inferior y, tal vez, expresarse a través de alteraciones físicas y mentales diferentes. También, hay que tener en consideración que las relaciones con los usuarios de los servicios que se atienden son diferentes, debido a que en espacios de menor bienestar y protección social existirían menos expectativas relacionadas con la atención y menor demanda de esta en términos de calidad y cantidad (25). Esta situación es congruente con estudios que indican que el síndrome es más frecuente en trabajadores sanitarios de la actividad privada que en aquellos que se desempeñan en el sector público (31).

El ambiente de trabajo juega un rol importante en la aparición de este problema (el exceso de trabajo, la falta o escasez de materiales y equipos adecuados, la atención de pacientes difíciles, la reducción del tiempo para la atención, la insatisfacción con la actividad que se realiza o la remuneración que se percibe por ella, calidad de las relaciones laborales, etc.) más que los factores personales (personalidad, carácter, estrategias de afrontamiento, autoestima, etc.) (31,38–40). Adicionalmente, el número de trabajos también es un elemento que puede determinar decisivamente la aparición de este síndrome (31).

La edad no parece afectar la aparición de este problema; sin embargo, existe una etapa de la profesión en que el profesional podría ser especialmente vulnerable: los primeros años de ejercicio profesional, debido a que en esta etapa, se pasa de las expectativas idealistas a la realidad de la práctica cotidiana (41).

Con relación al sexo, las mujeres estarían más expuestas a desarrollar este problema posiblemente por la sobrecarga de actividades como consecuencia de realizar la actividad profesional y cumplir con las responsabilidades familiares, así

como en aquellas que desempeñan especialidades que prolongan el rol de la mujer (31). Aunque también se ha propuesto que las mujeres pudieran tener mayor resistencia a situaciones estresantes (25).

Consecuencias para la salud del individuo

El síndrome de *burnout* puede tener consecuencias en dos esferas: profesional y personal. En la esfera profesional habrá deterioro del desempeño laboral, menor adherencia del paciente al tratamiento, mala empatía, tendencia a abandonar la práctica profesional, entre otros. En lo personal, se puede observar mala salud, incluidos trastornos del sueño, ansiedad, fatiga, irritabilidad, trastornos gastrointestinales, problemas de memoria e hipertensión, alteraciones en el cortisol y otras vías hormonales, conflictos interpersonales y dificultades conyugales, depresión e historial de trastorno mental, consumo de drogas y abuso de alcohol, aumento de la tasa de accidentes después de un turno de noche, e ideación suicida (42).

Consecuencias físicas

El síndrome de *burnout* es un predictor significativo de hipercolesterolemia (colesterol total ≥ 220 mg/dl) y diabetes tipo 2, independientemente de las variables de confusión. Asimismo, se ha asociado con bajos niveles de colesterol HDL en un modelo ajustado por edad; sin embargo, esta asociación pierde importancia cuando se ajusta adicionalmente por el consumo de alcohol, el tabaquismo y la actividad física (43).

Dos estudios confirmaron una mayor incidencia de cardiopatía coronaria entre las personas expuestas al síndrome (44). También se ha observado una asociación significativa con las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en un estudio de cohorte de empleados industriales que duró 10 años (45).

Se ha demostrado que los trastornos musculoesqueléticos están significativamente asociados con el síndrome. El aumento de los niveles de *burnout* durante los 18 meses de seguimiento se asoció con un mayor riesgo de desarrollar dolor musculoesquelético (46). Asimismo, se ha relacionado con más del doble de riesgo de desarrollar dolor musculoesquelético en comparación con aquellos sin *burnout*

(47). Es un factor de riesgo de hospitalizaciones por trastornos musculoesqueléticos después de ajustar por edad y género; sin embargo, esta asociación pierde importancia después de ajustes adicionales según el estado laboral y el entorno físico al inicio del estudio (45).

El síndrome, además, ha sido relacionado con los cambios en las experiencias de dolor general, dolor de cuello y hombro, dolor de espalda y discapacidad relacionada con el dolor. Sin embargo, el dolor en todo el cuerpo, la intensidad del dolor y la frecuencia del dolor no se asociaron después de los ajustes (48).

Algunos estudios han encontrado que puede ser factor de riesgo de fatiga prolongada (49), problemas gastrointestinales, problemas respiratorios (50), lesiones graves (51) y mortalidad por debajo de los 45 años; sin embargo, no es un predictor significativo de mortalidad entre las personas de 45 a 65 años (52).

Consecuencias psicológicas

El síndrome de *burnout* ha sido descrito como predictor significativo de nuevos casos de insomnio (53) y aumento en los niveles de insomnio (54), aunque existen reportes que no han encontrado esta asociación (50,55). Asimismo, ha sido relacionado con la presencia y aumento de los síntomas depresivos (56–58).

El síndrome predijo los ingresos hospitalarios debido a trastornos mentales durante un período de 10 años entre los empleados de la industria forestal finlandesa (45). Entre los empleados del sector financiero, el *burnout* fue un factor de riesgo para los síntomas de mala salud psicológica y un mediador entre la sobrecarga de trabajo y estos síntomas (59).

Consecuencias ocupacionales

El agotamiento emocional es un predictor de insatisfacción laboral (60,61). Asimismo, este problema se ha asociado con días y períodos de ausencia por enfermedad. Los trabajadores con peores niveles de *burnout* se ausentan del trabajo, en promedio 13,6 días al año, en comparación con los que tienen puntuaciones más bajas (5,4 días) (62) y se asocian con mayor duración de la ausencia (63,64).

Diagnóstico

El estándar más ampliamente aceptado para la evaluación del agotamiento es el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI por sus siglas en inglés) que incluye una encuesta aplicable a los profesionales de la salud. Este instrumento consta de 22 ítems, cada uno puntuado de 1 a 7 -en escala de Lickert- según la frecuencia autoinformada del sentimiento abordado por cada elemento. El dominio de agotamiento emocional consta de nueve elementos para un rango de puntuación total de 1 a 63. El dominio de despersonalización consta de cinco elementos para un rango de puntaje total de 1 a 45. El dominio de baja realización personal consta de ocho elementos para un rango de puntaje total de uno a 56 (65).

Históricamente, se ha sostenido que el agotamiento emocional es el dominio dominante del agotamiento (66), pero la despersonalización en realidad puede alinearse más fuertemente con las consecuencias más negativas del *burnout* (67,68). Por lo tanto, las concepciones del *burnout* que abordan solo el agotamiento emocional son incompletas (69). Un enfoque común ha sido centrarse en los dominios de agotamiento emocional y despersonalización (70).

A pesar de la evidencia sólida que respalda el MBI para medir el burnout, su longitud puede limitar su uso para evaluarlo fuera de los estudios de investigación estructurados. Las herramientas de evaluación más cortas son de interés para encuestas más grandes o para evaluaciones institucionales (71).

Se han propuesto evaluaciones abreviadas alternativas. McManus aplicó un MBI abreviado utilizando tres elementos de cada dominio¹⁶, pero falta evidencia de validez que respalde este enfoque. Un enfoque aún más parsimonioso es utilizar un solo ítem, como se aplica en los estudios Physician Work Life y MEMO (71). Esta medida utiliza una escala de 1 a 5 en la que los encuestados indican qué tan grave es mi agotamiento. Se ha demostrado que las correlaciones con el dominio de agotamiento emocional del MBI completo son moderadas (72,73) y más bajas que las correlaciones para los ítems individuales extraídos directamente del MBI, como cabría esperar. Esta medida también ofrece solo correlaciones débiles con el dominio de despersonalización de *burnout*, limitando su aplicación como una verdadera medida de *burnout* (74).

También, existen medidas desarrolladas por separado del marco MBI, en parte en respuesta al debate sobre la conceptualización óptima del agotamiento médico (75,76). Estos incluyen el Inventario de agotamiento de Copenhague (77) y el Inventario de agotamiento de Oldenburg (78). Sin embargo, a pesar de esfuerzos para refinar los instrumentos de agotamiento, el MBI sigue siendo el estándar de oro actual para la evaluación del agotamiento y el MBI completo representa la versión preferida cuando es posible (71).

3. Definición de términos básicos

Síndrome de *burnout*: Es un padecimiento que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Nivel de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Grupo ocupacional: Categoría que permiten organizar a los servidores en razón a su formación, capacitación o experiencia reconocida. Los grupos ocupacionales son profesional, técnico y auxiliar.

Antigüedad laboral: Es el periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa o institución, este caso, al establecimiento de salud.

Condición laboral: Relación de contraprestación de servicios entre el contratado y el contratante en el establecimiento de salud.

Dependencia familiar: Personas que, por razones de la edad, parentesco, estado de salud u otro, dependen económicamente del trabajador.

Unidades críticas: Se refiere a los servicios de emergencia y unidades de cuidados intensivos que forman parte del establecimiento de salud.

a. Hipótesis de investigación

H1: Los factores personales y familiares, académico-profesionales, así como de salud-enfermedad y laborales son factores asociados al síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

H0: Los factores personales y familiares, académico-profesionales, así como de salud-enfermedad y laborales no son factores asociados al síndrome de *burnout* en personal médico y enfermería del Perú.

III. METODOLOGÍA

1. Diseño metodológico

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo basado en el análisis secundario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016).

Observacional. Las variables de estudio no se controlaron, solo fueron observadas por la investigadora.

Analítico. Debido a que permitió probar hipótesis de la asociación entre las características específicas y el *burnout*.

Transversal. Las variables fueron medidas una sola vez debido a que el estudio sólo presentó un corte para la recolección de información.

Retrospectivo. Los datos se refieren a estados ocurridos en el pasado.

Análisis secundario. Se utiliza los datos de una investigación realizada con otro objetivo.

2. Diseño muestral

Población o universo

La población de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016) estuvo conformada por los recursos de salud que trabajaban en las entidades prestadoras de salud del Perú, en establecimientos categoría I-4 del primer nivel de atención, así como en todos los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención.

Población de estudio

La población accesible la conformaron todos los profesionales de Medicina y Enfermería que trabajan en el Ministerio de Salud (MINSA), los Gobiernos Regionales (GR), el Seguro Social de Salud (EsSalud), así como en las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y establecimientos de salud privados, bajo cualquier modalidad de contratación, incluida en la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016). Cabe mencionar que dichos establecimientos sumaron un total de 60 120 profesionales médicos y enfermeras de los establecimientos de salud de los 24 departamentos del Perú, además de la provincia constitucional del Callao.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Todo recurso humano de salud (profesional de medicina o enfermería) que, al momento de la entrevista: se encontraba contratado bajo cualquier condición laboral, en situación de activo y aceptó ser entrevistado(a) en la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016)

De exclusión

Todo recurso humano de salud (profesional de medicina o enfermería) que se encontraba bajo período vacacional, descanso médico u otra situación de ausencia pero que no implicaba la situación de inactividad; así como aquellos que habiendo aceptado participar en el estudio, decidieron no continuar con la entrevista de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016).

Tamaño de la muestra

La ENSUSALUD (2016) calculó la muestra utilizando la fórmula para la determinación de un tamaño muestral para tasas o proporciones en poblaciones finitas, con la siguiente fórmula:

$$n = [Z^2 p q N] / [d^2 (N-1) + Z^2 p q] * def * tnr$$

En ella, asumieron un nivel de confianza (Z) del 95%, un error aceptado en la estimación de p (d=margen de error) entre 3,0% y 7,5%; así como un valor de p igual a 30% (proporción de usuarios que no se encuentran satisfechos en el servicio recibido en los establecimientos de salud público). De esta forma, se incluyeron en la muestra de estudio a 5067 médicos y enfermeras.

Selección de la muestra

La selección de los participantes de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud (ENSUSALUD 2016) se realizó bajo un muestreo probabilístico, en dos etapas: estratificada e independiente en cada departamento del Perú; así, la elección de los participantes se realizó a través de métodos aleatorios, que permitieron realizar inferencias hacia la población según la teoría de probabilidades. En la primera etapa de selección se empleó la selección sistemática con

probabilidad proporcional al número de atenciones; mientras que en la segunda etapa la elección se realizó aleatoriamente.

3. Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Los datos se recolectaron utilizando el método de la entrevista directa. Esta se realizó por personal previamente entrenado y en el establecimiento de salud seleccionado. Estos se registraron en el aplicativo móvil de acuerdo con el cuestionario correspondiente de la ENSUSALUD (2016). Los datos secundarios utilizados incluyeron las variables sociodemográficas (anexo 2) y las respuestas a la escala de valoración de Maslach *Burnout* Inventory (MBI) (anexo 3).

El Maslach *Burnout* Inventory fue validado por Maslach y Jackson apareciendo su versión definitiva en 1986; mide el *burnout* en educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) (25). Este cuestionario plantea 22 situaciones valoradas (1 a 7 puntos) en escala de Likert con siete alternativas (nunca, algunas veces al año, una vez al mes o menos, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, varias veces a la semana, todos los días). La valoración de la presencia de *burnout* se obtuvo mediante la suma de todas las respuestas y se utilizó como puntos de corte los terciles, asumiendo como presencia del síndrome a aquellos que se ubicaron en el tercil superior (agotamiento emocional >15; despersonalización >6; baja realización personal <38), según lo recomendado por Maticorena-Quevedo et al. (19). Tiene adecuada confiabilidad en forma global en profesionales de salud en su versión traducida al español (79,80).

4. Procesamiento y análisis de datos

La descarga de datos se realizó desde la base de datos de la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento y análisis con el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 19.0.

Se trabajó con un nivel de significancia estadística del 5%. Se usó la estadística descriptiva a través de: la determinación de proporciones de las variables categóricas. El análisis bivariado, se realizó usando la prueba estadística de χ^2 para establecer diferencias significativas de proporciones con respecto a las variables categóricas. Finalmente, se determinó la fuerza de asociación mediante la razón de proporciones cruda (análisis bivariado) y ajustada (análisis multivariado) mediante la regresión de Poisson con varianza robusta.

5. Aspectos éticos

Al ser un análisis de base secundaria, se limitó a la toma de datos ofrecidos en el portal web institucional del Instituto Nacional de Estadística e Informática que es de acceso libre al público en general.

III. RESULTADOS

El síndrome de *burnout* se detectó en 518 (10,2 %) de los profesionales de medicina y de enfermería entrevistados.

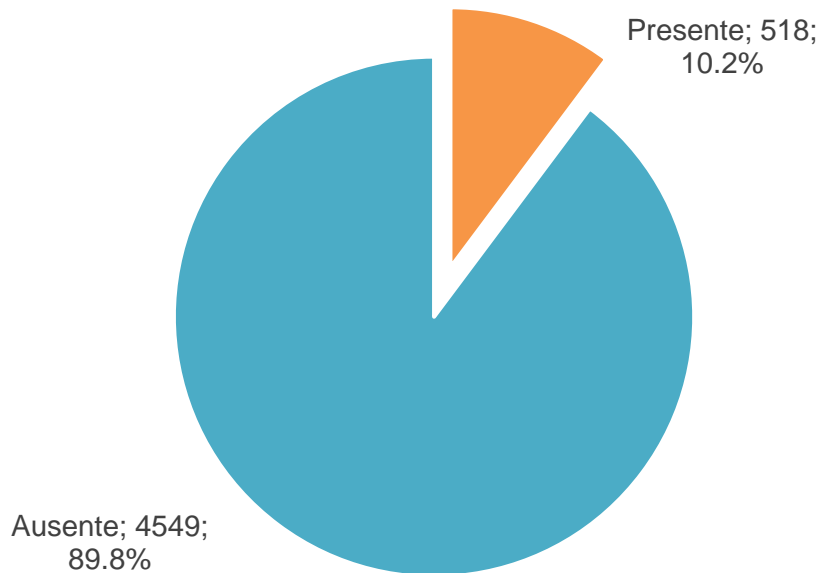


Figura 1. Síndrome de *burnout* en profesionales de medicina y enfermería

Se observó que la edad, el sexo, el estado civil, el tipo de vivienda, la convivencia con la familia o haberla dejado por viaje se relacionaban con la presencia de este síndrome. Aquellos que tenían menos de 30 años (25,7 %; $p < 0,001$), las mujeres (19,3 %; $p < 0,001$), los solteros o antes unidos (17,4 %; $p = 0,004$), aquellos que residían en vivienda alquilada (18,9%; $p = 0,001$), vivían solos (19,4 %; $p = 0,002$) y que dejaron a sus familias por viaje (18,6 %; $p = 0,002$) tuvieron mayor presencia del síndrome (tabla 1).

Tabla 1. Síndrome de *burnout* según características personales y familiares

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES	<i>Burnout</i>				Valor de p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Edad					
Hasta 29 años	56	25,7	162	74,3	<0,001
De 30 a 59 años	462	14,2	2790	85,8	
Sexo					
Masculino	252	19,3	1055	80,7	<0,001

Femenino	266	12,3	1897	87,7	
Estado civil					
Casado/conviviente	319	13,7	2007	86,3	0,004
Soltero/antes unido	199	17,4	945	82,6	
Tipo de vivienda					
Alquilada	154	18,9	660	81,1	0,001
Cedida	17	12,3	121	87,7	
Propia	347	13,8	2171	86,2	
Convive con su familia					
No, vivo solo	102	19,4	424	80,6	0,002
Solo con parte de ella	54	11,8	405	88,2	
Si, con toda mi familia	362	14,6	2123	85,4	
Dejó a su familia por viaje					
Sí	94	18,6	412	81,4	0,013
No	424	14,3	2540	85,7	

Tabla 2. Síndrome de *burnout* según características académico-profesionales

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICO PROFESIONALES	<i>Burnout</i>				Valor de p
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Profesión					
Médicos	313	21,1	1172	78,9	<0,001
Enfermeras	205	10,3	1780	89,7	
Especialidad					
No	228	17,1	1104	82,9	0,004
Sí	290	13,6	1848	86,4	
Tipo de universidad					
Privada	228	14,4	1354	85,6	0,435
Pública	290	15,4	1598	84,6	
Tiempo después de obtener el título					
Menor a 5 años	83	24,1	261	75,9	<0,001
Entre 6 a 10 años	127	17,8	586	82,2	
De 11 a más años	308	12,8	2105	87,2	

La profesión, la especialidad, así como el tiempo transcurrido después de la obtención del título profesional fueron variables del espectro académico profesional que también se asociaron significativamente con el síndrome. Los médicos (21,1 %; $p < 0,001$), aquellos que no contaban con especialización (17,1 %; $p = 0,004$) y que tenían menos de cinco años de haber obtenido el título profesional (24,1 %; $p = 75,9$ %) fueron receptores de la mayor frecuencia del síndrome. Asimismo, aunque el tipo de universidad no se asoció significativamente con este problema, los egresados de universidades públicas tuvieron un porcentaje mayor de este síndrome (15,4%; $p = 0,435$) (tabla 2).

La presencia de alguna enfermedad provocada o agravada por el trabajo, así como de alguna enfermedad crónica tuvieron porcentajes significativamente mayores del síndrome de *burnout* (22,4% [$p < 0,001$] y 17,4% [$p = 0,007$]; respectivamente) (Tabla 3).

Tabla 3. Síndrome de *burnout* según características de salud y enfermedad

CARACTERÍSTICAS DE SALUD Y ENFERMEDAD	<i>Burnout</i>				Valor de p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo					
Si	186	22,4	643	77,6	<0,001
No	332	12,6	2309	87,4	
Enfermedad crónica					
Si	144	17,9	661	82,1	0,007
No	374	14,0	2291	86,0	

En la tabla 4 se observa que el nivel de atención y el tipo de gestión del establecimiento de salud, el tipo de contrato, tener labor asistencial en otra institución, el tiempo de labor en el sector salud, el número de horas semanales de trabajo, el ingreso económico, así como la influencia de la carga laboral en el tiempo para la vida personal y familiar se asociaron significativamente con la presencia de síndrome de *burnout*.

Tabla 4. Síndrome de *burnout* según características laborales

CARACTERÍSTICAS LABORALES	<i>Burnout</i>				Valor de p
	Si		No		
	n	%	n	%	
Nivel de atención					
Nivel III	227	17,6	1064	82,4	0,001
Nivel II-IV	291	13,4	1888	86,6	
Tipo de gestión del establecimiento de salud					
MINSA / GR	288	17,1	1401	82,9	0,001
Otros	230	12,9	1551	87,1	
Tipo de contrato					
CAS	105	14,3	628	85,7	<0,001
Plazo fijo	67	28,2	171	71,8	
Nombrado (DS276)	191	36,9	1207	86,3	
Plazo Indeterminado (DS 728)	155	14,1	946	85,9	
Realiza labor asistencial en otra institución					
Si	143	18,1	648	81,9	0,005
No	375	14,0	2304	86,0	

Realiza labor docente					
Sí	412	14,8	2378	85,2	0,590
No	106	15,6	574	84,4	
Tiempo de labor (años) en el sector salud					
Menor a 5 años	100	23,5	326	76,5	<0,001
Entre 6 a 10 años	133	16,3	684	83,7	
De 11 a más años	285	12,8	1942	87,2	
Número de horas semanales de trabajo					
De 51 a más	181	22,1	638	77,9	<0,001
De 37 a 50	154	50,0	154	50,0	
Hasta 36	183	50,0	183	50,0	
Carga laboral le da tiempo para su vida personal y familiar					
No	223	26,3	626	73,7	<0,001
Sí	295	11,3	2326	88,7	
Nivel de ingreso mensual de ingreso					
Menor de 5001 soles	311	12,8	2111	87,2	<0,001
De 5001 soles a más	207	19,8	841	80,2	

Se observaron mayores porcentajes del síndrome en aquellos que laboraban en establecimientos de salud del tercer nivel de atención (17,6 %; $p=0,001$) y bajo gestión del MINSA/GR (17,1 %; $p=0,001$), en los trabajadores nombrados (36,9 %; $p<0,001$), que realizaban labora asistencial en otra institución (18,1%; $p=0,005$), con menos de cinco años de labor en el sector salud (23,5 %; $p<0,001$), así como en aquellos laboraban 37 horas o más a la semana (50 %; $p<0,001$), sin tiempo para la vida personal y familiar (26,3 %; $p=0,001$), con ingresos económicos superiores a los 5000 soles (19,8 %; $p<0,001$). La Labor docente no se asoció significativamente con el síndrome ($p=0,590$) (tabla 4).

Los médicos y enfermeros que manifestaron haber sido víctimas de violencia, en su forma física y a través de amenazas e insultos tuvieron proporciones significativamente mayores del síndrome de *burnout*. (23,0 %; 25,3 %; 21,7 %; respectivamente), en comparación con aquellos que no reportaron esta vivencia ($p<0,001$) (tabla 5).

Tabla 5. Síndrome de *burnout* según características de la violencia en el trabajo

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA	<i>Burnout</i>				Valor de p
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Violencia física					
Sí	59	23,0	197	77,0	< 0,001
No	459	14,3	2755	85,7	
Amenazas					
Si	207	25,3	610	74,7	< 0,001
No	311	11,7	2342	88,3	
Insultos					
Si	258	21,7	933	78,3	< 0,001
No	260	11,4	2019	88,6	
Acoso sexual					
Si	14	23,0	47	77,0	0,076
No	504	14,8	2905	85,2	

En el análisis bivariado, también, se observó que la posibilidad de tener el síndrome en los médicos y enfermeros de 29 años o menos (vs. 30 a 59 años) era 1,80 veces, en los hombres (vs. mujeres) era 1,57 veces, en los que vivían en residencia alquilada (vs. propia) fue 1,37 veces, en los que vivían solos (vs. vivir con toda la familia) fue 1,33 veces y en los que dejaron su familia por viaje (vs. no haberla dejado) era 1,30 veces; en los casados fue 0,79. En el análisis multivariado, solo la edad de 29 o menos (RP=1,58), los hombres (RP=1,56) y la residencia en viviendas alquiladas (RP=1,22), al igual que los casados (RP=0,79) mantuvieron la fuerza de la asociación, entre todas las características personales y familiares evaluadas (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis bivariado y multivariado de las características personales y familiares asociadas al síndrome de *burnout*

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES	Razón de proporciones			
	Cruda *		Ajustada **	
	Estadístico	IC 95%	Estadístico	IC 95%
Edad				
Hasta 29 años	1,80	1,42 - 2,30	1,58	1,24 - 2,02
De 30 a 59 años	1,00		1,00	
Sexo				
Masculino	1,57	1,34 - 1,84	1,56	1,33 - 1,84
Femenino	1,00		1,00	
Estado civil				

Casado/conviviente	0,79	0,67 - 0,93	0,79	0,66 - 0,95
Soltero/antes unido	1,00		1,00	
Tipo de vivienda				
Alquilada	1,37	1,16 - 1,63	1,22	1,01 - 1,47
Cedida	0,89	0,57 - 1,41	0,89	0,57 - 1,39
Propia	1,00		1,00	
Convive con su familia				
No, vivo solo	1,33	1,09 - 1,62	0,83	0,61 - 1,14
Solo con parte de ella	0,81	0,62 - 1,05	0,72	0,54 - 0,98
Sí, con toda mi familia	1,00		1,00	
Dejó a su familia por viaje				
Sí	1,30	1,06 - 1,59	1,20	0,89 - 1,63
No	1,00		1,00	

* Regresión de Poisson simple con varianza robusta

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye las variables presentadas en la tabla)

En el análisis bivariado, las características académico-profesionales, la posibilidad de tener el síndrome fue 2,04 veces en los médicos (vs. enfermeros), 1,26 veces en los que no tenían especialidad (vs. tener especialidad), 1,89 veces en los que tenían menos de cinco años de haber obtenido el título profesional y 1,39 veces en los que tenían entre seis y diez años (vs. 11 a más años). En el análisis multivariado solo los médicos (RP=1,41) así como tener menos de cinco años (RP=1,90) o entre seis y diez años (RP=1,42) de titulación profesional, se mantuvieron como condicionantes de riesgo (tabla 7).

Tabla 7. Análisis bivariado y multivariado de las características académico-profesionales asociadas al síndrome de *burnout*

CARACTERÍSTICAS ACADÉMICO PROFESIONALES	Razón de proporciones			
	Cruda *		Ajustada **	
	Estadístico	IC 95%	Estadístico	IC 95 %
Profesión				
Médicos	2,04	1,73 - 2,40	1,41	1,13 - 1,77
Enfermeras	1,00		1,00	
Especialidad				
No	1,26	1,08 - 1,48	1,05	0,89 - 1,25
Sí	1,00		1,00	
Tipo de universidad				
Privada	0,94	0,80 - 1,10	0,85	0,72 - 1,01
Pública	1,00		1,00	
Tiempo después de obtener el título				
Menor a 5 años	1,89	1,53 - 2,35	1,90	1,51 - 2,40
Entre 6 a 10 años	1,39	1,16 - 1,69	1,42	1,17 - 1,73
De 11 a más años	1,00			

* Regresión de Poisson simple con varianza robusta

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye las variables presentadas en la tabla)

De las características de salud y enfermedad evaluadas, la presencia de enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo, así como de enfermedad crónica -en el análisis bivariado- incrementaron la posibilidad de tener el síndrome en 1,78 y 1,27 veces, respectivamente. Sin embargo, solo la presencia de enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo (RP=1,27) se mantuvo como determinante de riesgo en el análisis multivariado (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis bivariado y multivariado de las características de salud y enfermedad asociadas al síndrome de *burnout*

CARACTERÍSTICAS DE SALUD Y ENFERMEDAD	Razón de proporciones			
	Cruda *		Ajustada **	
	Estadístico	IC 95%	Estadístico	IC 95%
Enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo				
Sí	1,78	1,52 - 2,09	1,76	1,48 - 2,09
No	1,00		1,00	
Enfermedad crónica				
Sí	1,27	1,07 - 1,52	1,04	0,86 - 1,25
No	1,00		1,00	

* Regresión de Poisson simple con varianza robusta

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye las variables presentadas en la tabla)

Laborar en un establecimiento del tercer nivel de atención (RP=1,32), del MINSA/GR (RP=1,32), con contrato a plazo fijo (RP=2,00) y laborar en otra institución (RP=1,29) junto a la antigüedad laboral menor a cinco años (1,83) o entre seis a diez años (RP=1,27), la jornada laboral de 51 horas a más durante la semana (RP=1,87) la carga laboral que no le da tiempo para la vida personal y familiar (RP=2,33) determinaron la presencia del síndrome de *burnout* en el análisis bivariado, mientras que el ingreso menor a 5000 soles se configuró como característica protectora. En el análisis multivariado, laborar en establecimientos del III nivel de atención (RP=1,13), en establecimientos del MINSA/GR (RP=1,42), la jornada laboral de 51 horas a más durante la semana (RP=1,49) la carga laboral que no le da tiempo para la vida personal y familiar (RP=1,97) continuaron como factores que predisponían al síndrome, mientras que el ingreso económico menor de 5001 soles (RP=0,74) se configuró como factor protector (tabla 9).

Tabla 9. Análisis bivariado y multivariado de las características laborales asociadas al síndrome de *burnout*

CARACTERÍSTICAS LABORALES	Razón de proporciones			
	Crudo *		Ajustado **	
	Estadístico	IC 95 %	Estadístico	IC 95 %
Nivel de atención				
Nivel III	1,32	1,12 - 1,54	1,13	0,96 - 1,33
Nivel II-IV	1,00		1,00	
Tipo de gestión del establecimiento de salud				
MINSA / GR	1,32	1,13 - 1,55	1,42	1,16 - 1,75
Otros	1,00		1,00	
Tipo de contrato				
CAS	1,02	0,81 - 1,28	0,89	0,66 - 1,18
Plazo fijo	2,00	1,56 - 2,57	1,07	0,78 - 1,47
Nombrado (DS276)	0,97	0,80 - 1,18	0,82	0,64 - 1,05
Plazo Indeterminado (DS 728)	1,00		1,00	
Realiza labor asistencial en otra institución				
Sí	1,29	1,08 - 1,54	0,90	0,73 - 1,12
No	1,00		1,00	
Realiza labor docente				
Sí	1,06	0,87 - 1,28	1,04	0,83 - 1,30
No	1,00		1,00	
Tiempo de labor (años) en el Sector Salud				
Menor a 5 años	1,83	1,50 - 2,25	1,49	1,15 - 1,92
Entre 6 a 10 años	1,27	1,05 - 1,54	1,25	1,01 - 1,56
De 11 a más años	1,00			
Número de horas semanales de trabajo				
De 51 a más	1,87	1,55 - 2,26	1,09	0,86 - 1,38
De 37 a 50	1,18	0,97 - 1,44	0,98	0,78 - 1,23
Hasta 36	1,00		1,00	
Carga laboral le da tiempo para su vida personal y familiar				
No	2,33	2,00 - 2,73	1,97	1,68 - 2,31
Sí	1,00		1,00	
Nivel de ingreso mensual de ingreso				
Menor de 5001 soles	0,65	0,55 - 0,76	0,74	0,60 - 0,92
De 5001 soles a más	1,00		1,00	

* Regresión de Poisson simple con varianza robusta

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye las variables presentadas en la tabla)

En el análisis bivariado, la violencia física (RP=1,61), las amenazas (RP=2,16) y los insultos (RP=1,9) tuvieron mayor fuerza de asociación con el síndrome de *burnout*; sin embargo, en el análisis multivariado de las características de la violencia, se observó que solo las amenazas (RP=1,11) y los insultos (RP=1,43) aumentaban la posibilidad de este síndrome (Tabla 10).

Tabla 10. Análisis bivariado y multivariado de las características de la violencia en el trabajo asociadas al síndrome de *burnout*

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA	Razón de proporciones			
	Crudo *		Ajustado **	
	Estadístico	IC 95%	Estadístico	IC 95%
Violencia física				
Si	1,61	1,27 - 2,05	1,11	0,86 - 1,43
No	1,00		1,00	
Amenazas				
Si	2,16	1,84 - 2,53	1,74	1,43 - 2,12
No	1,00		1,00	
Insultos				
Si	1,9	1,62 - 2,22	1,43	1,18 - 1,74
No	1,00		1,00	
Acoso sexual				
Si	1,55	0,97 - 2,48	1,16	0,72 - 1,88
No	1,00		1,00	

* Regresión de Poisson simple con varianza robusta

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye las variables presentadas en la tabla)

Finalmente, en el análisis multivariado que incluyó todas las variables independientes, se halló que tener 29 años o menos (RP=1,01; IC95 %=1,01-1,76; vs. 30 a 59 años), haber transcurrido menos cinco años o entre seis a diez años después de obtener el título profesional ([RP=1,75; IC95 %=1,36-2,24] y [RP=1,50; IC95 %=1,25-1,81], respectivamente vs. 11 a más años), presencia de enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo (RP=1,59; IC95 %=1,35-1,87; vs. ausencia), laborar en establecimientos del Ministerio de Salud o Gobiernos Regionales (RP=1,28; IC95 %=1,09-1,50, vs. laborar en ESSALUD), no tener tiempo para la vida personal y familiar debido a la carga laboral (RP=1,91; IC95 %=1,64-2,24; vs. si tener tiempo), así como ser objeto de amenazas e insultos ([RP=1,44; IC95 %=1,19-1,75] y [RP=1,43; IC95 %=1,19-1,72]; respectivamente; vs. no ser objeto de estos tipos de violencia) fueron factores asociados a mayor probabilidad de desarrollar el síndrome de *burnout*. Asimismo, el ingreso económico menor a 5001 soles (RP=0,66; IC95 %=0,57-0,78) fue un factor protector para este síndrome (tabla 11).

Tabla 11. Factores asociados al síndrome de *burnout* en médicos y enfermeros

FACTORES ASOCIADOS	RP**	IC95 %**
Edad		
Hasta 29 años	1,33	1,01 - 1,76
De 30 a 59 años	1,00	
Tiempo después de obtener el título		
Menor a 5 años	1,75	1,36 - 2,24
Entre 6 a 10 años	1,50	1,25 - 1,81
De 11 a más años	1,00	
Enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo		
Sí	1,59	1,35 - 1,87
No	1,00	
Tipo de gestión del establecimiento de salud		
MINSA / GR	1,28	1,09 - 1,50
ESSALUD	1,00	
Carga laboral le da tiempo para su vida personal y familiar		
No	1,91	1,64 - 2,24
Si	1,00	
Nivel de ingreso mensual		
Menor de 5001 soles	0,66	0,57 - 0,78
De 5001 soles a más	1,00	
Recibió amenazas en su lugar de trabajo		
Sí	1,44	1,19 - 1,75
No	1,00	
Recibió insultos en su lugar de trabajo		
Sí	1,43	1,19 - 1,72
No	1,00	

* Regresión de Poisson simple con varianza robusta

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye todas las variables del estudio)

El análisis multivariado del segmento de profesionales médicos determinó que la edad menor de 30 años (RP=1,50), la tenencia de la vivienda en condición de alquilada (RP=1,30), la enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo (RP=1,47), trabajar en establecimiento de salud de tercer nivel de atención (RP=1,23), de gestión del MINSA-GR (RP=1,21), realizar labor asistencial en otra institución (RP=1,24), tener 51 a más horas semanales de trabajo (RP=1,22), la carga laboral que no le da tiempo para su vida personal y familiar (RP=1,92), las amenazas en su lugar de trabajo (RP=1,38) y los insultos en su centro laboral en los últimos 12 meses (RP=1,74) fueron factores asociados a la presencia de *burnout*, cuando se ajustaron por todas las variables incluidas en el estudio (tabla 12).

Tabla 12. Factores asociados a *burnout* en médicos

Factores asociados	RP**	IC 95 %**
Edad menor de 30 años	1,50	1,09 – 2,05
Tenencia de la vivienda en condición de alquilada	1,30	1,06 – 1,59
Enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo	1,47	1,20 – 1,80
Trabajar en establecimiento de salud de tercer nivel de atención	1,23	1,02 – 1,48
Tipo de gestión del establecimiento de salud: MINSA	1,21	1,01 – 1,45
Realiza labor asistencial en otra institución	1,24	1,01 – 1,52
51 a más horas semanales de trabajo	1,22	1,01 – 1,48
Carga laboral no le da tiempo para su vida personal y familiar	1,92	1,60 – 2,32
Recibió amenazas en su lugar de trabajo en el último año	1,38	1,09 – 1,75
Recibió insultos en su centro laboral en el último año	1,74	1,39 – 2,19

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye todas las variables del estudio)

El grupo de profesionales de enfermería tuvo como factores asociados al síndrome de *burnout*: estado civil casado/conviviente (RP=0,73), egresado de universidad privada (RP=0,75), enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo (RP=1,54), laborar en un establecimiento de salud bajo gestión del MINSA-GR (RP=1,35), contrato administrativo de servicios (RP=1,40), carga laboral no le da tiempo para su vida personal y familiar (RP=1,34), recibir amenazas en su lugar de trabajo en el último año (RP=1,74), así como recibir insultos en su centro laboral en el último año (RP=1,42), luego del ajustarse con todas las variables incluidas en el estudio (tabla 13).

Tabla 13. Factores asociados a *burnout* en enfermeros

Factores asociados	RP**	IC 95 %**
Estado civil casado/conviviente	0,73	0,58 – 0,93
Egresado de universidad privada	0,75	0,58 – 0,97
Enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo	1,54	1,20 – 1,98
Tipo de gestión del establecimiento de salud: MINSA	1,35	1,06 – 1,72
Contrato administrativo de servicios	1,40	1,07 – 1,82
Carga laboral no le da tiempo para su vida personal y familiar	1,34	1,04 – 1,73
Recibió amenazas en su lugar de trabajo en el último año	1,74	1,26 – 2,40
Recibió insultos en su centro laboral en el último año	1,42	1,05 – 1,93

** Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta (ajuste de RP incluye todas las variables del estudio)

IV. DISCUSIÓN

El síndrome de *burnout* es un evento que afecta la salud del trabajador y puede traer consecuencias negativas en la atención sanitaria y sobre la seguridad del paciente (81–83).

Según los resultados obtenidos, estaría presente en uno de cada diez médicos y enfermeros peruanos, pero con mayor posibilidad de aparición en los profesionales de medicina. Un estudio previo de base nacional realizado dos años antes, sobre los mismos grupos ocupacionales, halló una prevalencia de 12,4 %, lo que indicaría una disminución de dos puntos porcentuales; sin embargo, los médicos mantuvieron su calidad de grupo más afectado (19).

Este problema estaría relacionado con los profesionales de salud más jóvenes con poco tiempo transcurrido desde el egreso de las aulas universitarias; aunque el riesgo es mayor cuanto menos tiempo ha transcurrido desde la titulación, si se compara con la edad cronológica. Molero et al. (84) también detectaron que a medida que disminuía la edad del profesional de enfermería se incrementaba la presencia del síndrome de *burnout*. De igual forma, Wang et al. (85) han reportado este riesgo en médicos de menor edad. En el caso de las enfermeras, algunos autores consideran que las más jóvenes tienen mayor riesgo, mientras que otros sostienen que aquellas de más de 38-40 años serían las más vulnerables; sin embargo, este riesgo estaría condicionado por la menor experiencia profesional (86). En los médicos, podría estar asociado al período de especialización profesional (residencia); fase muy estresante con largas horas de trabajo y horarios de trabajo exigentes que tienen mucha interferencia con las actividades del hogar. En ella, la falta de sueño, los conflictos con los compañeros de trabajo, la dificultad para adaptarse a un nuevo entorno, las responsabilidades exigentes del paciente y la falta de control sobre la gestión del tiempo serían los factores desencadenantes (87). Esta asociación no fue observada, posiblemente, debido a que, en los profesionales de enfermería, esta etapa profesional transcurra con diferentes características.

Como se ha mencionado, la carga laboral que limita o imposibilita las relaciones familiares también es otro elemento que influiría decisivamente en la aparición de este síndrome. La influencia protectora de la familia ha sido descrita en diferentes estudios (86). Asimismo, un estudio realizado en anestesiólogos estadounidenses halló que aquellos que trabajaban 40 o más horas a la semana tenían el doble de posibilidades de presentar este problema (88).

La presencia de alguna enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo que incrementa el riesgo de este síndrome ha sido otro factor que condicionaría la aparición del síndrome. Aunque no hay estudios que reporten un hallazgo similar, se ha observado que los trabajadores con enfermedades crónicas tienen mayor exposición al estrés laboral y perciben su trabajo como mentalmente más extenuante en comparación con sus colegas más sanos (89), debido a que podrían afectar la capacidad para el desempeño laboral en diferentes esferas y condicionar la aparición del síndrome (90).

Aunque el análisis de riesgo de la gestión del establecimiento de salud indicó que los que laboraban en los establecimientos bajo dirección del Ministerio de Salud o de los gobiernos regionales tenían mayor probabilidad de desarrollar el síndrome, se observó que los niveles más altos de ingreso se asociarían a este problema. Si tenemos en consideración que las remuneraciones de los profesionales de salud de la seguridad son superiores a sus contrapartes que laboran en el Ministerio de Salud o los Gobiernos Regionales (91), la presencia de estos dos factores, podría estar expresando la sobrecarga laboral mediada por el número de centros laborales que tiene el profesional de salud. El mayor riesgo de este síndrome en aquellas enfermeras con múltiples trabajos también ha sido descrito en diferentes estudios (86).

La violencia es otro factor observado en este grupo de profesionales y que decantaría en la presencia del síndrome; hallazgos similares han sido reportados en otros estudios. Hacer y Ali (92) observaron que los puntajes de agotamiento emocional y despersonalización fueron significativamente mayores en médicos sometidos a violencia verbal y física, mientras que la violencia psicológica afectó todas las dimensiones que conforman el síndrome. Liu et al. (93) encontraron que

la violencia contra enfermeras en el lugar de trabajo se asociaba directamente con una mayor incidencia de *burnout*, menor satisfacción laboral, menor seguridad del paciente y más eventos adversos. Un estudio realizado en Chile (94) demostró que haber sido víctima de violencia se asociaba con elevados niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Asimismo, los estudios han demostrado que las enfermeras tienden a estar expuestas a la violencia con más frecuencia que los médicos, debido a su proximidad con los pacientes y sus familias (95,96).

La violencia en el lugar de trabajo tiene efectos negativos en el bienestar de los profesionales de salud y en la seguridad del paciente. Como trabajadores de la salud tienen mayor probabilidad de experimentar violencia en el lugar de trabajo que los trabajadores con otras ocupaciones (97). Itzhaki et al. (98) encontraron que casi el 90 % de la población de trabajadores de la salud estaba expuesta a la violencia. En ese sentido, es importante implementar sistemas de alerta y defensa para abordar la violencia en el lugar de trabajo, así como estrategias de comunicación persuasivas y proactivas que visibilicen la labor de los recursos humanos en salud.

Entre las limitaciones del presente estudio, podemos mencionar: el diseño transversal analítico no permite establecer temporalidad de las variables; los datos secundarios no permiten la exploración de otras variables no incluidas en el estudio inicial; la muestra no incluye a otros grupos o subgrupos profesionales (consultorio particular, administrativos, otras profesiones de salud, entre otros); la muestra se calculó en base a la proporción de usuarios insatisfechos con los servicios de salud y no en base a la proporción de síndrome de *burnout*; además, solo permite inferencia a nivel nacional, regional y como profesionales de salud en forma agrupada. Finalmente, los resultados solo permiten un análisis poblacional, debido a que la escala no permite una valoración individualizada del síndrome y aún son discutibles cuando se presentan por dimensiones en profesionales de salud peruanos.

V. CONCLUSIONES

1. El síndrome de *burnout* estuvo presente en uno de cada diez de los médicos y enfermeros peruanos.
2. La frecuencia del síndrome de burnout es significativamente mayor en los profesionales menores de 30 años, de sexo masculino, solteros, que vivían solos y en residencia alquilada, que habían dejado a su familia, que sufrían de alguna enfermedad crónica u otra provocada y/o agravada por el trabajo.
3. La evaluación de las características académicas y ocupacionales determinó niveles significativamente superiores del síndrome de burnout en profesionales médicos, con menos de cinco años de titulación, que no estaban realizando la especialidad, con menos de cinco años en el sector salud, nombrados, que laboraban en los establecimientos del Ministerio de Salud / Gobiernos Regionales, en el tercer nivel de atención, que realizaban labor asistencial en otra institución, con una carga horaria de 51 horas semanales o más, que no dejaba tiempo para la vida personal y familiar, con un ingreso de 5001 soles o más al mes.
4. Aquellos profesionales de medicina y enfermería que sufrieron violencia física, amenazas e insultos tuvieron porcentajes significativamente mayores del síndrome de *burnout*.
5. Los profesionales médicos y enfermeros menores de 30 años, que tienen 10 años o menos de titulación profesional, portadores de alguna enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo, que laboran en los establecimientos del Ministerio de Salud / Gobiernos Regionales, cuyo ingreso económico mensual superior a los 5000 soles, con una carga laboral que no le da tiempo para su vida personal y familiar, que son víctimas de amenazas e insultos en su lugar de trabajo, tienen mayor riesgo de presentar el síndrome de *burnout*.

III. RECOMENDACIONES

En el ámbito personal

1. Mantener una nutrición adecuada que permita responder a situaciones de alta exigencia.
2. Establecer espacios de tiempo dedicado para las actividades personales y familiares.
3. Participar en sesiones que tienen como objetivo generar y fortalecer la resiliencia frente al estrés.

En el ámbito laboral

1. Fomentar, de parte de la gestión de recursos humanos, actividades de identificación, detección y tratamiento de riesgos laborales asociados a la actividad desarrollada por los trabajadores de salud.
2. Implementar, a través del área de salud ocupacional, el servicio de psicología el cual tendrá la misión del asesoramiento individual o grupal, buscando que todo personal de salud pueda expresar sus preocupaciones, logre gestionar el impacto emocional de su trabajo y desarrolle estrategias efectivas para afrontar el estrés y la ansiedad.
3. Concientizar a los profesionales de la salud sobre los problemas que pueden derivarse del estrés y el *burnout* en estos tiempos de altos índices de estrés en la profesión.
4. Promover las pausas activas, en horarios laborales, en los que se incluya técnicas de manejo del estrés, como la respiración consciente, la meditación o el mindfulness.

5. Incentivar un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, mediante la implementación de horarios flexibles, días de descanso adecuados y programas de bienestar, puede contribuir a reducir la carga emocional y física que experimenta el personal de salud.

6. Brindar, por parte de los empleadores y líderes de equipo, reconocimiento y valoración al trabajo realizado y los logros obtenidos dentro de un adecuado clima organizacional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: A global context. *Hum Resour Health* [Internet]. 27 de julio de 2006 [citado 30 de enero de 2022];4(1):1-17. Disponible en: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-4-20>
2. World Health Organization. Human resources for health: Toolkit on monitoring health systems strengthening [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado 30 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_HumanResources_oct08.pdf
3. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el centro del futuro del trabajo: Aprovechar 100 años de experiencia [Internet]. Primera. Ginebra: OIT; 2019 [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_686762.pdf
4. Neffa JC. Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio [Internet]. Primera. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales; 2015 [citado 23 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.cytod.org/sites/default/files/Los%20riesgos%20psicosociales%20en%20el%20trabajo.pdf>
5. Malagín-Rojas JN, Rosero LE, Peralta A, Téllez-Ávila EM. La «moda del burnout» en el sector salud: una revisión sistemática de la literatura». *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2021 [citado 23 de enero de 2022];38(1):29-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v38n1/2011-7485-psdc-38-01-29.pdf>
6. Saborío L, Hidalgo LF. Síndrome de burnout. 2015 [citado 23 de enero de 2022];32(1):1-6. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
7. Cabellos SM, Loli RA, Sandoval MH, Velásquez RA. Niveles de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de educación superior . *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2020 [citado 23 de enero de 2022];36(2).

- Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3328/595>
8. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives* [Internet]. 5 de julio de 2017 [citado 23 de enero de 2022];7:1-11. Disponible en: <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/>
 9. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA* [Internet]. 18 de septiembre de 2018 [citado 23 de enero de 2022];320(11):1150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233645/>
 10. Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, Kawanishi Y, Nakagi Y, Ito T, et al. Job stress and burnout among urban and rural hospital physicians in Japan. *Aust J Rural Health* [Internet]. agosto de 2013 [citado 23 de enero de 2022];21(4):225-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24033524/>
 11. Kim MH, Mazenga AC, Simon K, Yu X, Ahmed S, Nyasulu P, et al. Burnout and self-reported suboptimal patient care amongst health care workers providing HIV care in Malawi. *PLoS One* [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 23 de enero de 2022];13(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5821338/>
 12. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Bradley Segal J, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 6 de diciembre de 2016 [citado 23 de enero de 2022];316(21):2236. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5613659/>
 13. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Romero-Martín M, Ortega-Moreno M, Navarro-Abal Y. Predictive factors for burnout and work engagement levels among doctors and nurses: a systematic review. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 5 de abril de 2021 [citado 23 de enero de 2022];95:e202104046. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818557/>

14. Ayala E, Carnero AM. Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. PLoS One [Internet]. 14 de enero de 2013 [citado 23 de enero de 2022];8(1):e54408. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23342152/>
15. Gómez-Urquiza JL, Vargas C, de la Fuente EI, Fernández-Castillo R, Cañadas-De la Fuente GA. Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. Res Nurs Health [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 23 de enero de 2022];40(2):99-110. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27862065/>
16. Hudek-Knežević J, Maglica BK, Krapić N. Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. Croat Med J [Internet]. agosto de 2011 [citado 23 de enero de 2022];52(4):538-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21853549/>
17. Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De La Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. BMC Fam Pract [Internet]. 10 de mayo de 2018 [citado 23 de enero de 2022];19(1):59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5944132/>
18. Loya-Murguía K, Valdez-Ramírez J, Bacardi-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. JONNPR [Internet]. 2018 [citado 23 de enero de 2022];3(1):40-8. Disponible en: <https://www.jonnpr.com/pdf/2060.pdf>
19. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 23 de enero de 2022];33(2):241-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a07v33n2.pdf>
20. Huang L, Caspari JH, Sun X, Thai J, Li Y, Chen F zhan, et al. Risk and protective factors for burnout among physicians from standardized residency training programs in Shanghai: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 24 de enero de 2022];20(1):1-12. Disponible en:

- <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05816-z>
21. AL-Haddad A, AL-Omar F, AL-Khaleel A, AL-Khalaf A. Prevalence of burnout syndrome and its related risk factors among physicians working in primary health care centers of the Ministry of Health, Al Ahsa region, Saudi Arabia, 2018-2019. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020 [citado 30 de enero de 2022];9(2):571. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32318384/>
 22. das Mercedes MC, Coelho JMF, Lua I, E Silva D de S, Gomes AMT, Erdmann AL, et al. Prevalence and factors associated with burnout syndrome among primary health care nursing professionals: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2 de enero de 2020 [citado 30 de enero de 2022];17(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940749/>
 23. Muñoz S, Ordoñez-Villota JN, Solarte-Moncayo MN, Valverde-Ceron YC, Villarreal-Castro S, Zemanate-Perez ML. Síndrome de burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José. Popayán. *Revista Médica de Risaralda* [Internet]. 2018 [citado 24 de enero de 2022];24(1):34-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n1/v24n1a06.pdf>
 24. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, de la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 24 de enero de 2022];52(1):240-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748914001710>
 25. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2009 [citado 24 de enero de 2022];83:215-30. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
 26. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informacio Psicologica* [Internet]. 16 de septiembre de 2007 [citado 24 de enero de 2022];(91-92):64-79. Disponible en: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/265>
 27. Beas R, Anduaga-Beramendi A, Maticorena-Quevedo J, Mayta-Tristán P. Factores asociados con el síndrome de Burnout en médicos y enfermeras,

- Perú 2014. Rev Fac Cienc Med Cordoba [Internet]. 8 de diciembre de 2017 [citado 23 de enero de 2022];74(4):331-7. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/16344>
28. Solís-Cóndor R, Tantaléan-del-Águila M, Burgos-Aliaga R, Chambi-Torres J. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2017 [citado 23 de enero de 2022];78(3):270-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>
 29. Aldave MR. Síndrome de burnout y factores de riesgo en médicos Hospital Nacional Guillermo Almenara [Internet]. [Lima]; 2016 [citado 24 de enero de 2022]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2944/aldave_smr.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 30. Parada ME, Moreno R, Mejías Zurayma, Rivas A, Rivas F, Cerrada J, et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 24 de enero de 2022];23(1):33-45. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a04.pdf>
 31. Hernández-Vargas I, Dickinson ME, Fernández MÁ. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2008 [citado 24 de enero de 2022];51(1):11-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081c.pdf>
 32. Lyndon A. PSNet Perspectives. 2015 [citado 24 de enero de 2022]. Burnout among health professionals and its effect on patient safety. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/burnout-among-health-professionals-and-its-effect-patient-safety>
 33. Friedberg MW, Chen PG, Busum KR van, Aunon F, Pham C, Caloyeras J, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. Rand Health Q [Internet]. 2014 [citado 24 de enero de 2022];3(4):1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051918/>
 34. O'Connor P, Lydon S, O'Dea A, Hehir L, Offiah G, Vellinga A, et al. A longitudinal and multicentre study of burnout and error in Irish junior doctors.

- Postgrad Med J [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 24 de enero de 2022];93(1105):660-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28600343/>
35. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. American Journal of Health-System Pharmacy [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 24 de enero de 2022];75(3):147-52. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajhp/article/75/3/147/5102013>
 36. Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista Costarricense de Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 24 de enero de 2022];15(29):1-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v23n1/v23n1a04.pdf>
 37. Quiceno JM, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editores. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 1 de julio de 2007 [citado 24 de enero de 2022];10(2):117-25. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/218>
 38. Gomero R, palomino J, Ruíz F, Llap C. El síndrome de burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. Rev Med Hered [Internet]. 2005 [citado 24 de enero de 2022];16(4):233-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n4/v16n4ao1.pdf>
 39. Escribà-Agüir V, Artazcoza L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. Gac Sanit [Internet]. 2008 [citado 24 de enero de 2022];22(4):300-8. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gv22n4/original1.pdf>
 40. Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health [Internet]. noviembre de 2006 [citado 24 de enero de 2022];80(2):127-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16710712/>
 41. Borritz M, Rugulies R, Villadsen E, Mikkelsen OA, Kristensen TS, Bjorner JB. Burnout among employees in human service work: design and baseline

- findings of the PUMA study. *Scand J Public Health* [Internet]. 2006 [citado 24 de enero de 2022];34(1):49-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449044/>
42. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 7 de abril de 2015 [citado 23 de enero de 2022];28(2):151-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25695803/>
 43. Kitaoka-Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, Sakurai M, Ishizaki M, Kido T, et al. Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study. *J Occup Health* [Internet]. 2009 [citado 24 de enero de 2022];51(2):123-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19212087/>
 44. Toker S, Melamed S, Berliner S, Zeltser D, Shapira I. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosom Med* [Internet]. octubre de 2012 [citado 24 de enero de 2022];74(8):840-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23006431/>
 45. Toppinen-Tanner S, Ahola K, Koskinen A, Väänänen A. Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress and Health* [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de enero de 2022];25(4):287-96. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.1282>
 46. Armon G, Melamed S, Shirom A, Shapira I. Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *J Occup Health Psychol* [Internet]. octubre de 2010 [citado 24 de enero de 2022];15(4):399-408. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21058854/>
 47. Melamed S. Burnout and risk of regional musculoskeletal pain—a prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and Health* [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de enero de 2022];25(4):313-21. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.1265>
 48. Grossi G, Thomtén J, Fandiño-Losada A, Soares JJF, Sundin Ö. Does burnout predict changes in pain experiences among women living in Sweden? A longitudinal study. *Stress and Health* [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de enero de 2022];25(4):297-311. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.1281>

49. Leone SS, Huibers MJH, Knottnerus JA, Kant I. The temporal relationship between burnout and prolonged fatigue: a 4-year prospective cohort study. *Stress and Health* [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de enero de 2022];25(4):365-74. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.1280>
50. Kim H, Ji J, Kao D. Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Soc Work* [Internet]. 2011 [citado 24 de enero de 2022];56(3):258-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21848090/>
51. Ahola K, Salminen S, Toppinen-Tanner S, Koskinen A, Väänänen A. Occupational burnout and severe injuries: an eight-year prospective cohort study among Finnish forest industry workers. *J Occup Health* [Internet]. 2013 [citado 24 de enero de 2022];55(6):450-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24162145/>
52. Ahola K, Väänänen A, Koskinen A, Kouvonen A, Shirom A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. *J Psychosom Res* [Internet]. julio de 2010 [citado 24 de enero de 2022];69(1):51-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20630263/>
53. Armon G, Shirom A, Shapira I, Melamed S. On the nature of burnout-insomnia relationships: a prospective study of employed adults. *J Psychosom Res* [Internet]. julio de 2008 [citado 24 de enero de 2022];65(1):5-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18582606/>
54. Armon G. Do burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control–support (JDC–S) model? *Stress and Health* [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de enero de 2022];25(4):333-42. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.1266>
55. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *Int J Behav Med* [Internet]. diciembre de 2010 [citado 24 de enero de 2022];17(4):306-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20589489/>

56. Toker S, Biron M. Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol* [Internet]. 2012 [citado 24 de enero de 2022];97(3):699-710. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22229693/>
57. Armon G, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I. Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychol* [Internet]. 2014 [citado 24 de enero de 2022];33(3):264-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23895204/>
58. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord* [Internet]. diciembre de 2007 [citado 24 de enero de 2022];104(1-3):103-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17448543/>
59. de Beer LT, Pienaar J, Rothmann S. Work overload, burnout, and psychological ill-health symptoms: a three-wave mediation model of the employee health impairment process. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. 8 de julio de 2016 [citado 24 de enero de 2022];29(4):387-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26079200/>
60. Figueredo-Ferraz H, Grau-Alberola E, Gil-Monte PR, García-Jueas JA. Burnout and job satisfaction among nursing professionals. *Psicothema* [Internet]. 2012 [citado 24 de enero de 2022];24(2):71-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22420356/>
61. Lizano EL, Mor Barak M. Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Child Youth Serv Rev*. 1 de agosto de 2015;55:18-28.
62. Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occup Environ Med* [Internet]. febrero de 2006 [citado 24 de enero de 2022];63(2):98-106. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16421387/>
63. Toppinen-Tanner S, Ojajärvi A, Väänänen A, Kalimo R, Jäppinen P. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral medicine (Washington, DC)* [Internet]. 2005 [citado 24 de

- enero de 2022];31(1):18-32. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16078523/>
64. Schaufeli WB, Bakker AB, van Rhenen W. How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *J Organ Behav* [Internet]. 1 de octubre de 2009 [citado 24 de enero de 2022];30(7):893-917. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/job.595>
65. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. En: Zalaquett CP, Wood RJ, editores. *Evaluating stress: A book of resources* [Internet]. Third edition. Scarecrow Education; 1997 [citado 26 de enero de 2022]. p. 191-218. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1997-09146-011>
66. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 26 de enero de 2022];15(2):103-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27265691/>
67. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* [Internet]. mayo de 2008 [citado 26 de enero de 2022];93(3):498-512. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18457483/>
68. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res* [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 26 de enero de 2022];3(4):89-100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615300188>
69. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* [Internet]. 15 de diciembre de 2004 [citado 26 de enero de 2022];292(23):2880-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15598920/>
70. West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med* [Internet]. diciembre de 2009 [citado 26 de enero de 2022];24(12):1318-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19802645/>
71. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 26 de enero de 2022];283(6):516-29. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752>

72. Dolan ED, Mohr D, Lempa M, Joos S, Fihn SD, Nelson KM, et al. Using a single item to measure burnout in primary care staff: a psychometric evaluation. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 26 de enero de 2022];30(5):582-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25451989/>
73. Rohland BM, Kruse GR, Rohrer JE. Validation of a single-item measure of burnout against the Maslach Burnout Inventory among physicians. *Stress and Health* [Internet]. 1 de abril de 2004 [citado 26 de enero de 2022];20(2):75-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.1002>
74. Waddimba AC, Scribani M, Nieves MA, Krupa N, May JJ, Jenkins P. Validation of single-item screening measures for provider burnout in a rural health care network. *Eval Health Prof* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 26 de enero de 2022];39(2):215-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25716107/>
75. Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work Stress*. julio de 2005;19(3):256-62.
76. Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Barbera T. The problems with burnout research. *Academic Medicine*. 1 de marzo de 2018;93(3):367-70.
77. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* [Internet]. julio de 2007 [citado 26 de enero de 2022];19(3):192-207. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500297720>
78. Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress*. julio de 2005;19(3):208-20.
79. Oyola AE, Zagaceta Z, Quispe M. Validación del constructo y confiabilidad del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) en médicos peruanos. *Rev Hosp Psiquiatr Hab* [Internet]. 2023 [citado 31 de enero de 2024];20(2):e13. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/339>
80. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica*. enero de 2005;39(1):1-8.

81. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med* [Internet]. 17 de enero de 2014 [citado 27 de febrero de 2022];9(1):235-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28156287>
82. Lacy BE, Chan JL. Physician burnout: The hidden health care crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 27 de febrero de 2022];16(3):311-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28669661/>
83. Garrett C. The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN J* [Internet]. 2008 [citado 27 de febrero de 2022];87(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18549833/>
84. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJG, Simón Márquez MDM, Martos Martínez Á. Burnout risk and protection factors in certified nursing aides. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 30 de mayo de 2018 [citado 28 de febrero de 2022];15(6):1116. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025175/>
85. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health* [Internet]. 16 de enero de 2014 [citado 28 de febrero de 2022];56(1):73-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24430838/>
86. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 28 de febrero de 2022];15(12):2800. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6313576/>
87. Nene Y, Tadi P. Resident Burnout [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2022 [citado 28 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553176/>
88. Afonso AM, Cadwell JB, Staffa SJ, Zurakowski D, Vinson AE. Burnout rate and risk factors among anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 28 de febrero de 2022];134(5):683-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33667293/>
89. Koolhaas W, van der Klink JJL, de Boer MR, Groothoff JW, Brouwer S. Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health. *International*

- Archives of Occupational and Environmental Health 2013 87:4 [Internet]. 16 de mayo de 2013 [citado 28 de febrero de 2022];87(4):433-43. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-013-0882-9>
90. Mutambudzi M, Henkens K. Chronic health conditions and work-related stress in older adults participating in the Dutch workforce. Eur J Ageing [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 28 de febrero de 2022];17(4):499-508. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-020-00554-x>
 91. Pardo K, Andía M, Rodríguez A, Pérez W, Moscoso B. Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: Análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la seguridad social, 2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2009 [citado 28 de febrero de 2022];28(2):342-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a29v28n2.pdf>
 92. Hacer TY, Ali A. Burnout in physicians who are exposed to workplace violence. J Forensic Leg Med [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 28 de febrero de 2022];69:101874. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31669822/>
 93. Liu J, Zheng J, Liu K, Liu X, Wu Y, Wang J, et al. Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. Nurs Outlook [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 28 de febrero de 2022];67(5):558-66. Disponible en: <http://www.nursingoutlook.org/article/S0029655418306523/fulltext>
 94. Jiménez RE, Bachelet VC, Gomolán P, Lefio LÁ, Goyenechea M. Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. Int Emerg Nurs [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 28 de febrero de 2022];47:100792. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31679969/>
 95. Sossai D, Molina FS, Amore M, Ferrandes G, Sarcletti E, Biffa G, et al. Analysis of incidents of violence in a large Italian hospital. Med Lav [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 28 de febrero de 2022];108(5):377-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29084129/>
 96. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Rasero L. Violence towards emergency nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study. Int

- J Nurs Stud [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 28 de febrero de 2022];81:21-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29427832/>
97. Converso D, Sottimano I, Balducci C. Violence exposure and burnout in healthcare sector: mediating role of work ability. Med Lav [Internet]. 23 de febrero de 2021 [citado 28 de febrero de 2022];112(1):67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8023052/>
98. Itzhaki M, Bluvstein I, Bortz AP, Kostistky H, Noy DB, Filshtinsky V, et al. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. Front Psychiatry [Internet]. 27 de febrero de 2018 [citado 28 de febrero de 2022];9:59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29535652/>

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SUSALUD A PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA DEL PERÚ

Factores personales

- Edad: (0) De 30 a 59 años (1) Hasta 29 años
- Sexo: (0) Femenino (1) Masculino
- Estado civil: (0) Soltero/antes unido (1) Casado/conviviente
- Tenencia de la vivienda: (0) Propia (1) Cedida (2) Alquilada
- Convivencia con la familia: (0) Sí, con toda mi familia
(1) Solo con parte de ella (2) No, vivo solo
- Separación de la familia por viaje: (0) No (1) Sí

Factores académico-profesionales

- Especialidad: (0) Sí (1) No
- Tipo de universidad: (0) Pública (1) Privada
- Tiempo después de obtener el título:
(0) De 11 a más años (1) Entre 6 a 10 años (2) Menor o igual a 5 años

Factores de salud y enfermedad

- Enfermedad provocada y/o agravada por el trabajo: (0) No (1) Sí
- Enfermedad crónica: (0) No (1) Sí

Factores laborales

- Profesión: (0) Enfermera(o) (1) Médico
- Nivel de atención del establecimiento de salud: (0) Nivel II (1) Nivel III
- Tipo de gestión del establecimiento de salud: ESSALUD (1) MINSA / GORE
- Tipo de contrato: (0) Plazo Indeterminado (DS 728)
(1) Nombrado (DS276) (2) Plazo Fijo (3) CAS
- Labor asistencial en otra institución: (0) No (1) Sí
- Labor docente: (0) No (1) Sí
- Tiempo de labor en el sector salud: (0) De 10 a más años (1) De 5 a 10 años
(2) Hasta 5 años
- Carga horaria semanal de trabajo: (0) Hasta 36 horas (1) De 37 a 50 horas
(2) De 51 a más horas
- Equilibrio entre carga laboral y actividades familiares: (0) Sí (1) No
- Nivel de ingreso económico mensual: (0) Menor de 5000 (1) De 5001 a más

Factores de violencia

- Violencia física en el lugar de trabajo: (0) No (1) Sí
- Violencia psicológica el lugar de trabajo: (0) No (1) Sí
- Violencia verbal en el lugar de trabajo: (0) No (1) Sí
- Víctima de acoso sexual en el lugar de trabajo: (0) No (1) Sí

Síndrome de Burnout

(0) No (1) Sí

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)
INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

Ítem	Situaciones	Frecuencia						
		Nunca	Algunas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	1	2	3	4	5	6	7
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	1	2	3	4	5	6	7
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	1	2	3	4	5	6	7
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1	2	3	4	5	6	7
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	1	2	3	4	5	6	7
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	1	2	3	4	5	6	7
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	1	2	3	4	5	6	7
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	1	2	3	4	5	6	7
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
13	Me siento frustrado en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	1	2	3	4	5	6	7
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
18	Me siento animado después de haber atendido a mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	1	2	3	4	5	6	7
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	1	2	3	4	5	6	7
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	1	2	3	4	5	6	7
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	1	2	3	4	5	6	7