

Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima – Perú, 2018

Chilquillo-Vega, Vera L; Lama-Valdivia, Jaime E; De la Cruz-Vargas, Jhony A

Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima – Perú, 2018

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 82, núm. 3, 2019

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372062284003>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3570>

Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima – Perú, 2018

Burnout syndrome in physicians of the Hipolito Unanue National Hospital in Lima – Peru, 2018

Vera L Chilquillo-Vega
Universidad Ricardo Palma, Perú

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3570>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372062284003>

Jaime E Lama-Valdivia
Universidad Ricardo Palma, Perú
Hospital Nacional Hipólito Unanue, Perú

Jhony A De la Cruz-Vargas
Universidad Ricardo Palma, Perú
Universidad Ricardo Palma, Perú

Recepción: 15 Mayo 2019
Aprobación: 02 Septiembre 2019

RESUMEN:

Objetivos: Identificar la prevalencia y los factores asociados con el Síndrome de Burnout (SBO) en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú, en el año 2018. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico. La población inicial estuvo constituida por 252 médicos. Se seleccionó una muestra con la técnica del muestreo aleatorio estratificado. Se registraron diferentes variables sociodemográficas y laborales por medio de una encuesta anónima. Para el diagnóstico de SBO se empleó el *Maslach Burnout Inventory*. Se determinaron las variables asociadas con el SBO mediante un modelo de regresión logística. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** De 150 médicos encuestados, 23 (15,3%) mostraron resultados compatibles con SBO. Sesenticinco (43,3%) de los encuestados tuvieron un nivel alto de cansancio emocional, 69 (46%) un nivel alto de despersonalización y 61 (41,7%) un nivel bajo de realización personal ($p < 0,05$). Las variables asociadas con el SBO fueron sexo masculino (OR = 6,12; IC95 %, 1,43 – 26,13, $p = 0,01$) como factor de riesgo y tener un trabajo adicional (OR = 0,15; IC95 %: 0,04 – 0,49, $p = 0,002$), mostró ser un posible factor de protección. **Conclusiones:** Se encontró una baja prevalencia de SBO entre médicos asistentes, aunque un subgrupo significativo mostró altos niveles de cansancio emocional y despersonalización con bajos niveles de realización personal. El sexo masculino se asoció al SBO, en tanto que tener un trabajo adicional, a un efecto protector.

PALABRAS CLAVE: Agotamiento profesional, médicos hospitalarios, factores de riesgo, estudios transversales, Perú.

ABSTRACT:

Objectives: To identify the prevalence and factors associated with the Burnout Syndrome (BOS) in physicians of the Hipólito Unanue National Hospital in Lima-Peru, during 2018. **Material and methods:** Observational, transversal and analytical study. The initial study population was constituted by 252 doctors. A sample was selected by the stratified random sampling technique. Different socio-demographic and labor variables were recorded through an anonymous survey. For the diagnosis of BOS, the Maslach Burnout Inventory was used. The variables associated were determined by means of a logistic regression model. A value of $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** Out of 150 doctors surveyed, 23 (15.3%) showed results compatible with BOS. Sixty-five (43.3%) of the respondents reached a high level of emotional exhaustion, 69 (46%) a high level of depersonalization, and 61 (41.7%) a low level of personal accomplishment ($p < 0.05$). The variables associated with the BOS were male sex (OR = 6.12; 95% CI: 1.43-26.13, $p = 0.01$) while having an additional job (OR = 0.15; 95% CI: 0.04 - 0.49, $p = 0.002$), could be considered a protective factor. **Conclusions:** A low prevalence of BOS was found among the physicians surveyed, although a significant group of them reported high levels of emotional exhaustion and depersonalization with low levels of personal accomplishment. Male sex was associated with BOS, while having an additional job showed a possible protective effect.

KEYWORDS: Burnout, professional, hospitalists, risk factors, cross-sectional studies, Peru.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout (SBO), "síndrome del quemado" o de agotamiento laboral, es un trastorno que se genera como respuesta al estrés por largos periodos de tiempo a nivel laboral, especialmente en profesionales cuya relación se basa en el trato directo con otras personas como son profesores, médicos y enfermeras (1). Según Muñoz M, et al. este síndrome comprende: "*actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional*" (2). Si al pasar los años persiste el estrés en el trabajo, existirán consecuencias perjudiciales que se expresarán como alteraciones psicosomáticas, ansiedad, depresión, riesgo de adicciones e incluso suicidio. Aunque al principio, las manifestaciones de este problema se extienden a la vida laboral, finalmente llegan a comprometer en todos los casos, la vida familiar y social del trabajador (3,4).

Los principales factores de riesgo en el desarrollo del SBO, se relacionan principalmente con las condiciones y ambientes de trabajo, como: excesiva carga laboral, situaciones de conflicto y ambigüedad de soluciones, previsibilidad disminuida ante diversos problemas, participación deficiente y apoyo social escaso, así como experimentar diversas injusticias (5). Además también se mencionan otros factores como cortos periodos de vacaciones, trabajos que se relacionan a situaciones tensas como en cuidados intensivos, sala quirúrgica, contacto con enfermedades de alto riesgo de contagio, trabajos repetitivos, ausencia de estilos de vida saludable, poca recreación, satisfacción laboral disminuida, desmotivación en el trabajo, poca autoestima, conflictos en el entorno familiar, ser mujer, edad mayor a 45 años, apoyo familiar pobre, falta de programas de apoyo social, entre otros (6).

En una revisión sistemática sobre SBO en el sector salud de Latinoamérica, publicada en el 2018, donde se estudiaron médicos, residentes, internos, enfermeras y resto del personal de salud, se obtuvo como resultado que la prevalencia del síndrome osciló entre 2,1 y 76%, con mayor frecuencia en médicos de algunas especialidades, como cuidados intensivos, oncología, urgencias, cirugía, medicina interna y anestesiología (5).

En nuestro país, estudios previos han mostrado tasas de prevalencia de SBO variables en el orden del 2,8% al 54,9% dependiendo del test y punto de corte utilizados, así como de la población estudiada, siendo mayor en médicos respecto a otros profesionales, con frecuente asociación síntomas depresivos especialmente en médicos residentes (7,8,9,10,11).

Estudios en el tema han demostrado que el SBO puede ocasionar un serio daño en la relación médico – paciente, con comportamientos perjudiciales como: un trato distante al enfermo, respuesta inadecuada o ausente ante las emociones de otras personas, intervenciones innecesarias, desconocimiento del propio cansancio, aumento y persistencia de irritación, conductas reactivas de enojo, impuntualidad, poca participación o no inclusión en proyectos, entre muchas otras actitudes (4); motivo por el cual se podría disminuir la satisfacción al trabajar, con un impacto negativo sobre el compromiso institucional y disminución en la calidad de la atención médica (2).

Considerando la escasez de trabajos sobre SBO en nuestro país, se realizó el presente estudio con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores asociados con el SBO entre los médicos asistentes de un hospital nacional del Ministerio de Salud. Nuestros resultados permitirán un mejor conocimiento de este síndrome, así como plantear estrategias que ayuden a prevenir o reducir el impacto de esta patología en la salud mental de nuestros profesionales médicos.

El objetivo del presente trabajo fue identificar la prevalencia y los factores asociados con el Síndrome de Burnout (SBO) en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima-Perú, en el año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio observacional, analítico y transversal para identificar la prevalencia del SBO entre los médicos asistentes del Hospital Nacional "Hipólito Unanue" de Lima (Perú), perteneciente al Ministerio de Salud y sucesivamente se realizó un análisis comparativo de los grupos de médicos asistentes sin y con esta

condición, a fin de identificar los factores asociados con la variable dependiente: SBO. El presente trabajo de investigación se desarrolló en el contexto del IV Curso-Taller de Titulación por Tesis de la Facultad de Medicina Humana "Manuel Huamán Guerrero" de la Universidad Ricardo Palma, según enfoque y metodología publicada (12).

Población y muestra

La población del estudio estuvo constituida por todos los médicos asistentes del Hospital Nacional "Hipólito Unanue", pertenecientes al Cuerpo Médico de la institución, durante el año 2018, con un total de 252 médicos.

Para el cálculo de tamaño muestral se utilizó el software libre Open-Epi, donde la prevalencia a estimar en la población era de 40% (13), el nivel de confianza de 95%, tamaño de la población de 252, con un valor z para alfa de 1.96 y un error o precisión de 5%. Resultando como tamaño de muestra final: 150 médicos. La muestra se seleccionó por el método del muestreo aleatorio estratificado, agrupando a los médicos por las diferentes especialidades. Se incluyeron en el estudio a los médicos con una permanencia laboral de al menos dos semanas en la institución, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio y sin antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

Variables

La variable principal fue el síndrome de burnout (SBO). Para el diagnóstico del SBO se empleó como instrumento el cuestionario de Maslach Burnout Inventory-HS (MBI), creado por Maslach y Jackson en 1981 (14), el cual consta de 22 ítems en su versión traducida al español (15,16) y validada en el Perú (17). De acuerdo al MBI, las dimensiones del SBO son: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, las que se expresan de la siguiente manera:

Cansancio emocional: Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional al SBO.

Despersonalización: Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida de los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Su puntuación es directamente proporcional al SBO.

Realización Personal: Variable ordinal determinada por la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Su puntuación es inversamente proporcional al SBO.

Se consideró que el SBO estaba presente si el profesional médico tenía alto cansancio emocional (27 – 54 puntos), alta despersonalización (10 – 30 puntos) y baja realización personal (40 – 48 puntos) en el cuestionario MBI.

Se registraron diferentes variables secundarias de carácter sociodemográfico y laboral como: edad, sexo, estado civil (solteros, divorciados y viudos como personas sin pareja estable; casados y convivientes como personas con pareja estable), condición laboral (nombrado, CAS o terceros), años de servicio en el hospital, remuneración mensual total, nivel de satisfacción laboral (evaluado con una escala Likert y categorizado en: satisfecho si la respuesta era "muy satisfecho", "satisfecho" o "poco satisfecho" y no satisfecho si respondía "indiferente" o "nada satisfecho", coeficiente Alfa de Cronbach = 0,86), tener o no un trabajo extra y especialidad médica.

Técnicas de recolección y procesamiento de datos

Se aplicó el consentimiento informado y los médicos asistentes que participaron, completaron el cuestionario con la supervisión del investigador. Para garantizar la confidencialidad de los participantes, los cuestionarios

se respondieron de forma anónima. Al término del llenado de las encuestas, estas se colocaron en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Los resultados fueron registrados en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2013 y procesados con el programa estadístico SPSS v.25 para Windows. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado o la Prueba exacta de Fisher para evaluar las diferencias entre los médicos con y sin SBO en el caso de variables categóricas, la prueba de t- test de Student en el caso de variables continuas y el test de Mantel y Haenszel para el análisis de tendencias lineales en proporciones en el caso de variables multicategóricas, considerándose un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Fueron calculados los OR (Odds Ratio) y los intervalos de confianza al 95% (IC) para las variables consideradas factores asociados con el SBO. A continuación y para controlar el posible efecto de variables de confusión, se realizó un análisis multivariado de regresión logística, considerándose sólo las variables que en el modelo univariado alcanzaron un valor de $p < 0.20$.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por la Oficina de Docencia e Investigación y el Comité de Ética del Hospital Nacional Hipólito Unanue, así como por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB) y el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Ricardo Palma.

RESULTADOS

Se estudiaron 150 médicos asistentes de las diferentes especialidades. La edad media de los participantes fue $47,2 \pm 11,4$ años (rango: 31 – 68 años), de los cuales 102 (68,3%) fueron varones y 48 (32,0%) mujeres. Del total, 115 (76,7%) tenían una pareja estable, es decir eran casados o conviviente y 98 (65,3%) la condición de médicos nombrados. La media de los años de servicio en la institución fue de 14 ± 10 años (rango: 1 – 38 años) y la remuneración mensual total promedio de $5541,3 \pm 1086,1$ nuevos soles (rango: 3500 – 10000 nuevos soles). La mayor parte, 126 (84%) se encontraba satisfecho laboralmente y 124 (82,7%) tenían un trabajo extra. El método de muestreo empleado permitió reclutar médicos de todas las especialidades, siendo las mayormente representadas: pediatría con 15 médicos (10%), ginecología y obstetricia 14 (9,3%), medicina interna 12 (8%), cirugía general 9 (6%), medicina intensiva 6 (4%), anestesiología 5 (3,3%), psiquiatría 4 (2,7%), urología 2 (1,3%) y otras especialidades 83 (55,4%).

De los 150 médicos estudiados, 23 (15,3%) tuvieron el diagnóstico de SBO. La evaluación de las tres dimensiones del SBO según el MBI, mostró que en el área del cansancio emocional, 65 (43,3%) de los médicos tuvieron un nivel alto, 60 (40%) moderado y 25 (16,7%) medio. En el área de la despersonalización, 69 (46%) presentaron un nivel alto, 50 (33,3%) medio y 31 (20,7%) un nivel bajo. Finalmente, los resultados en el área de realización personal indicaron que 61 (40,7%) de los médicos estudiados tuvieron un nivel bajo, 52 (34,7%) alto y 37 (24,7%) un nivel moderado de realización personal ($p < 0,05$). Estos hallazgos indican que si bien la tasa de prevalencia de SBO fue relativamente baja en la muestra de estudio, un grupo numeroso de médicos presentaron altos niveles de cansancio emocional y despersonalización con bajos niveles de realización personal, a pesar de no tener el diagnóstico de SBO.

Se hizo el análisis comparativo entre los grupos de médicos asistentes sin y con SBO buscando diferencias entre ambos grupos respecto a las variables objeto de estudio. Se encontraron diferencias entre ambos grupos respecto a: sexo (M/F, 64,6%/35,4% vs 87%/13%, $p = 0,03$), nivel de satisfacción laboral (satisfecho/no satisfecho, 86,6%/13,4% vs 69,6%/30,4%, $p = 0,04$) y tener trabajo extra (Sí/No, 85,8%/14,2% vs 65,2%/34,8%, $p = 0,01$). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos al correlacionar el diagnóstico de SBO con las siguientes variables: edad, estado civil, condición laboral, años de servicio, remuneración mensual total y especialidad médica (tabla 1).

TABLA 1
Análisis Bivariado de Síndrome de burnout (SBO) y variables de estudio (N = 150)

Variables	Sin SBO (N=127)	Con SBO (N=23)	Valor de P
Sexo			0,03
Masculino	82 (64,6%)	20 (87%)	
Femenino	45 (35,4%)	3 (13%)	
Edad (años) ¹	46,87 ± 11,27	49,22 ± 12,25	0,40
Estado civil			0,20
Con pareja estable	95 (74,8%)	20 (87%)	
Sin pareja estable	32 (25,2%)	3 (13%)	
Condición laboral			0,64
Nombrado	82 (64,6%)	16 (69,6%)	
No nombrado	45 (35,4%)	7 (30,4%)	
Años de servicio ¹	13,59 ± 9,97	16,30 ± 11,51	0,29
Remuneración mensual total (soles) ¹	5544,09 ± 1095,56	5526,09 ± 1056,24	0,94
Nivel de satisfacción laboral			0,04
Satisfecho	110 (86,6%)	16 (69,6%)	
No satisfecho	17 (13,4%)	7 (30,4%)	
Tener trabajo extra			0,01
Sí	109 (85,8%)	15 (65,2%)	
No	18 (14,2%)	8 (34,8%)	
Especialidad médica			0,92
Pediatría	13 (10,2%)	2 (8,7%)	
Medicina interna	10 (7,9%)	2 (8,7%)	
Ginecología y obstetricia	12 (9,4%)	2 (8,7%)	
Cirugía general	8 (6,3%)	1 (4,3%)	
Psiquiatría	4 (3,1%)	0 (0%)	
Medicina intensiva	4 (3,1%)	2 (8,7%)	
Anestesiología	3 (2,4%)	2 (8,7%)	
Urología	2 (1,6%)	0 (0%)	
Otras	71 (55,9%)	12 (52,2%)	
Tipo de especialidad médica			0,78
No quirúrgica	79 (62,2%)	15 (65,2%)	
Quirúrgica	48 (37,8%)	8 (34,8%)	

¹ Media ± Desviación Estándar

En el análisis bivariado, el sexo masculino (OR = 3,66; IC95%, 1,03 – 12,98, p = 0,03) y no estar satisfecho con el trabajo realizado (OR = 2,83; IC95 %, 1,01 – 7,88, p = 0,04), fueron variables asociadas con el diagnóstico de SBO, mientras que tener un trabajo extra (OR = 0,31; IC95%, 0,11 – 0,83, p = 0,01), se asoció a un efecto protector. A continuación, se construyó un modelo de regresión logística para controlar el posible efecto de variables de confusión, encontrándose que el sexo masculino (OR = 6,12; IC95 %, 1,43 – 26,13, p = 0,01), mantuvo su asociación con el SBO y tener un trabajo extra (OR = 0,15, IC95 %: 0,04 – 0,49, p = 0,002), su rol protector para el desarrollo de este síndrome (tabla 2).

TABLA 2
Variables asociadas con el Síndrome de burnout (SBO) - modelo de regresión logística.

Variables	OR crudo (IC95%)	Valor de P	OR ajustado (IC95%)	Valor de P
Sexo ¹	3,66 (1,03 - 12,98)	p = 0,03	6,12 (1,46 - 26,13)	p = 0,01
Nivel de satisfacción laboral ²	2,83 (1,01 - 7,88)	p = 0,04	2,61 (0,87-7,84)	p = 0,87
Tener trabajo extra ³	0,31 (0,11 - 0,83)	p = 0,01	0,15 (0,04 - 0,49)	P = 0,002

DISCUSIÓN

El SBO representa una amenaza para la salud mental del personal de la salud, especialmente de los profesionales médicos y tiene consecuencias negativas en la calidad de vida de las personas, además de repercutir seriamente en la relación médico – paciente y el clima laboral. Son escasos los estudios sobre este problema en nuestro país. En nuestro trabajo, la prevalencia de SBO en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue del Ministerio de Salud fue de 15,3%, siendo importante recalcar que actualmente no existen estudios sobre el SBO en médicos asistentes a nivel nacional y que a su vez, su prevalencia difiere respecto a la encontrada en estudiantes (18), internos de medicina (19), médicos residentes (10) y otros profesionales de la salud (7,9).

Nakandakari et al., realizaron un estudio del SBO entre estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas encontrando una prevalencia de 57,6%(18); Mariños et al., publicaron un trabajo sobre prevalencia de SBO en médicos residentes en un hospital de Lima estableciendo una prevalencia de 54,9% (10), y Maticorena et al., estudiaron el SBO en 5062 profesionales de la salud, de los cuales 46% trabajaban para el Ministerio de Salud y 23% en Lima, con el hallazgo de una prevalencia global de 2,8%, aunque mayor en el personal médico respecto al personal de enfermería (7). Estudios realizados en países como México (13), Colombia (20), Uruguay (21) y España (6) han mostrado cifras de prevalencia de SBO variables, con la misma tendencia a su aumento entre los médicos, especialmente de algunas especialidades. La mayor prevalencia de SBO entre los médicos residentes se explicaría por el hecho que enfrentan situaciones de desgaste emocional, psíquico y sentimientos de falta de ayuda e impotencia laboral mayores, en contraste con el médico asistente que posee un mayor control sobre su entorno laboral y social (3,4).

En la presente investigación, gran parte de los médicos encuestados presentaron altos niveles de cansancio emocional y despersonalización con bajos niveles de realización personal, Esto sugiere que existen médicos asistentes, que aunque no tengan el SBO, presentan altos niveles de fatiga física y mental, así como sentimientos y actitudes negativas hacia otras personas, situación que los pondría en riesgo de desarrollar esta patología.

Con respecto a las variables independientes, hallamos una asociación significativa entre SBO y sexo, con una mayor prevalencia de SBO entre médicos varones, (OR = 6,12; IC95 %, 1,43 – 26,13, p = 0,01), en concordancia con los estudios internacionales donde se señala un riesgo de SBO mayor en varones debido a que las mujeres presentarían una mayor resistencia a situaciones que provoquen estrés (6,22). Respecto a la edad, estado civil y remuneración mensual total percibida, no encontramos diferencias entre los grupos comparados.

Asimismo, la condición laboral de nombrado no tuvo asociación con el SBO, esto podría deberse a las características propias de la población estudiada. Sin embargo, en la literatura publicada se reporta que este síndrome se consolida aproximadamente después de 10 años laborales que es el tiempo aproximado, en la

mayoría de los casos, para obtener una relación laboral como nombrado, como en el estudio de Castañeda et al., donde la contratación de base (nombramiento) fue un factor de riesgo para SBO (13).

Respecto a la presencia de SBO en las diferentes especialidades médicas, en la literatura se menciona que las especialidades de urgencias, medicina intensiva, medicina interna, medicina de rehabilitación e infectología tienen las mayores tasas de SBO debido a la complejidad del paciente, su cercanía a la muerte y condiciones laborales del médico (2,4,13); sin embargo, en nuestro estudio se encontró una distribución similar en las diferentes especialidades, lo cual pudiera deberse al tipo de población y técnica de muestreo empleado.

La ausencia de satisfacción laboral se considera un factor asociado con el desarrollo del SBO, como se describe en el estudio de Grau et al., donde se encontró que estar satisfecho con el trabajo desempeñado reduce el riesgo de SBO, debido a una mayor percepción de sentirse valorado y optimismo por parte del profesional(6). En esta investigación, no estar satisfecho con el trabajo realizado (OR = 2,83; IC95 %, 1,01 – 7,88, p = 0,04), se asoció con la variable dependiente (SBO), no obstante dicha asociación no se mantuvo después del análisis de regresión logística. Finalmente, encontramos que tener un trabajo extra (OR = 0,15, IC95 %: 0,04 – 0,49, p = 0,002), se asoció al SBO, con un posible rol protector, tal como señalado en el estudio de Agudelo et al., esto se podría deber a que los médicos que realizan trabajos extras perciben una remuneración mensual total mayor (20), señalada en la literatura como factor de protección para el desarrollo del síndrome (23).

Dentro de las fortalezas del presente estudio, se mencionan el uso de la base de datos del Cuerpo Médico, que agrupa a todos los médicos asistentes de la institución, la técnica de muestreo utilizada que permitió reclutar a médicos de todas las especialidades, la participación del total de los sujetos seleccionados y ser uno de los pocos estudios realizados con médicos asistentes de una institución del Estado. Dentro de las limitaciones estuvieron: la accesibilidad a los médicos de distintas especialidades en relación a sus horarios laborales y actividades hospitalarias, así como el uso de una encuesta que puede estar sujeto a generar sesgo respecto a la verosimilitud de la información brindada y el conocimiento de los ítems del cuestionario.

En conclusión, nuestro estudio encontró una prevalencia de SBO de 15,3% entre los médicos asistentes de un hospital nacional del Ministerio de Salud, con asociación de SBO con el sexo masculino y un posible rol protector de tener un trabajo extra. Un porcentaje significativo de médicos presentaron altos niveles de cansancio emocional y despersonalización, con bajos niveles de realización personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez L, Estrella D. Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2015; 2(3): 116-12.
2. Muñoz M, Molina P. Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud de una Unidad de Cuidados Intensivos, Concepción. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*. 2013; 28(1): 13-18.
3. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, Gonzáles MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015; 47(1):25-31
4. Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*. 2012; 28(6): 579-584.
5. Loya-Murguía KM, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *JONNPR*. 2018;3(1):40-48.
6. 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 (2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 215-230.
7. 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*. 2016; 33(2):241-7.

8. Vásquez-Manrique JF, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014; 77 (3): 168-174.
9. Gomero R, Palomino J, Ruiz 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.* 2005, 16(4): 233-238.
10. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered.* 2011; 22 (4):162-168.
11. Solis Z, Zamudio L, Matzumura J, Gutiérrez H. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horiz Med.* 2016; 16 (4): 32-38.
12. De la Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrasta- Gutierrez de Bambaren M, Sanchez HH. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educación Médica*; 2019;20(4): 199-205. Doi: [https:// doi.org/10.1016/j.edumed.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.06.003)
13. Castañeda E, García de Alba JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiat.* 2010; 39(1): 67-84.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* 1981; 2: 99-113.
15. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex.* 2002; 44: 33-40.
16. Cañadas GA, San Luis C, Lozano LM, Vargas C, García I, De la Fuente IE. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol.* 2014;46 (1):44-52.
17. Ponce CR, Bulnes MS, Aliaga JR, Atalaya MC, Huertas RE. El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de investigación en Psicología.* 2005; 8 (2): 87-112.
18. Nakandakari MD, De la Rosa DN, Failoc-Rojas VE, Huahuachampi KB, Nieto WC, Gutiérrez AI, et al. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: un estudio multicéntrico. *Rev Neuropsiquiatr.* 2015; 78 (4): 203-210.
19. Estela-Villa LM, Jiménez-Román CR, Landeo- Gutiérrez JS, Tomateo-Torvisco JD, Vega- Dienstmaier JM. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2010; 73 (4), 147-156.
20. Agudelo CA, Castaño JJ, Arango CA, Durango LA, Muñoz, Ospina A, et al. Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011. *Arch Med (Manizales).* 2011; 11(2): 91-100.
21. Cebriá AL, Turconi L, Bouchacourt JP, Medina F, Riva J, Castromán P. Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en residentes de anestesiología de Uruguay. *An Facultad Med.* 2014;1(2):23-30.
22. Alvarez-Hernández G, Medécigo-Vite S, Ibarra- García C. Prevalence of burnout syndrome in medical residents from a pediatric hospital in Sonora, Mexico - 2008. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010; 67: 40-46.
23. Arteaga-Romani A, Junes-Gonzales W, Navarrete- Saravia A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Rev med panacea.* 2014; 4(2): 40- 44.