



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

jpachecoperu@yahoo.com

Universidad Nacional Mayor de San

Marcos

Perú

Solís-Condor, Risof; Tantalean-del Águila, Martín; Burgos-Aliaga, Rosa; Chambi-Torres, Javier

Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú

Anales de la Facultad de Medicina, vol. 78, núm. 3, 2017, pp. 270-276

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37953708003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú

Burnout: prevalence and associated factors in doctors and nurses in seven regions of Peru

Risof Solís-Cóndor^{1,a,b}, Martín Tantalean-del Águila^{1,a,c}, Rosa Burgos-Aliaga^{2,a}, Javier Chambi-Torres^a

¹ Gerencia central de prestaciones de Salud. ESSALUD, Intendencia de Investigación y Desarrollo, SUSALUD. Lima - Perú.

² Dirección General de Intervenciones Estratégicas. Ministerio de Salud. Lima - Perú.

^a Médico Cirujano; ^b Especialista en Epidemiología; ^c Especialista en Salud Pública.

An Fac med. 2017;78(3):270-276 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>

Resumen

Introducción. El agotamiento profesional es un síndrome clínico multicausal considerado un daño laboral muy importante, por lo que debe ser identificado y analizado en profesionales de la salud dado su rol en la sociedad. **Objetivo.** Determinar la prevalencia y factores asociados al agotamiento profesional en médicos y enfermeras en siete departamentos del Perú. **Diseño.** Estudio transversal. **Lugar.** Departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura y San Martín. **Participantes.** 958 médicos y 840 enfermeras. **Intervenciones.** Se aplicó encuesta de creación propia que incluía variables sociodemográficas y laborales y la autoaplicación de la prueba de Maslach. El muestreo fue probabilístico, complejo, estratificado y bietápico. El análisis descriptivo usó medidas de tendencia central y porcentajes, mientras que para la asociación se usó las pruebas de chi², Fisher, Anova y Kruskal-Wallis. El nivel de significancia fue $\leq 0,05$. **Principales medidas de resultados.** Prevalencia de agotamiento profesional. **Resultados.** La prevalencia de agotamiento profesional fue 5,5%. El 18,7% de participantes tenía un riesgo alto de despersonalización, el 10% cansancio emocional y 32,1% pobre realización personal. Los factores asociados fueron la profesión médica (OR= 2,829), sexo masculino (OR= 2,474), separación familiar (OR= 1,697), insatisfacción con el horario de trabajo (OR= 2,609), enfermedad agravada o causada por el trabajo (OR= 3,120), trabajar en establecimientos nivel II (OR= 2,421) o nivel III (OR= 3,363). **Conclusiones.** Se encontró asociación entre el agotamiento profesional y la actividad laboral en establecimientos de mayor complejidad, donde la carga emocional por la atención de casos complejos sería mayor; además, la separación familiar o la morbilidad agravada o causada laboralmente son factores estresantes y se encontrarían asociados al mismo.

Palabras clave. Agotamiento Profesional; Satisfacción en el Trabajo; Médicos; Enfermeras.

Abstract

Introduction: Burnout is a multi-causal clinical syndrome considered to be a very important work-related injury and should be identified and analyzed in health professionals given their role in society. **Objective:** To determine the prevalence and associated factors of burnout in doctors and nurses in seven regions of Peru. **Design:** Cross-sectional study. **Setting:** Regions of Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura and San Martín. **Participants:** 958 physicians and 840 nurses. **Interventions:** A self-created survey, which included sociodemographic and labor variables, was conducted and the Maslach test was self-applied. The sample was probabilistic, complex, two-stage and stratified. The descriptive analysis used measures of central tendency and percentages, whereas Chi-square, Fisher, Anova and Kruskal-Wallis tests were used for the associations. The significance level was ≤ 0.05 . **Main outcome measures:** Prevalence of burnout. **Results:** The burnout prevalence was 5.5%. High risk of depersonalization (18.7%), emotional exhaustion (10%) and poor personal accomplishment (32.1%) were found. Medical profession (OR = 2.829), male sex (OR = 2.474), family separation (OR = 1.697), dissatisfaction with working hours (OR = 2.609), disease worsened or caused by work (OR = 3.120), and working in local level II (OR = 2.421) or III (OR = 3.363) were associated factors. **Conclusions:** We found an association between burnout and work activity in health facilities of greater complexity where the emotional load caused by attending complex cases would be greater was found. Familiar separation or morbidity aggravated or caused by work were stressing factors probably associated to burnout.

Keywords: Burnout; Job Satisfaction; Physicians; Nurses.

Correspondencia:
Risof Solís-Cóndor
risofneumologia@gmail.com

Recibido: 23 febrero 2017

Aceptado: 19 mayo 2017

Conflictos de interés: Ninguno.

Fuente de financiamiento: El presente trabajo fue financiado por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA.

* RRSC, MATA, RBA y JBCT han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final.

Citar como: Solís Cóndor R, Tantalean del Águila M, Burgos Aliaga R, Chambi-Torres J. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. An Fac med. 2017;78(3): 270-276

DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>

INTRODUCCIÓN

Los diferentes cambios en las relaciones laborales están demandando una gran capacidad de adaptación de los trabajadores⁽¹⁾ condicionando estrés, que es uno de los mayores problemas laborales. En Europa, 22% de trabajadores padecerían estrés⁽²⁾, siendo la segunda dolencia más reportada por los trabajadores, vinculada a la mitad de días laborales perdidos³ y condicionando deterioro de la salud mental y física⁽³⁻⁵⁾, además de la disminución en la calidad y productividad del desempeño individual y organizacional⁽⁶⁾.

El agotamiento profesional (AP) o síndrome de *burnout* o 'quemarse por el trabajo'⁽⁷⁾ fue inicialmente descrito por Herbert Freudenberger^(1,8) y es considerado una respuesta emocional secundaria al prolongado estrés ocupacional⁽⁹⁻¹³⁾. Christina Maslach usó el término *burnout* para referirse inicialmente a la identidad profesional y la conducta laboral inadecuada⁽¹³⁾, para definirlo luego como un síndrome caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y escasa realización personal entre individuos que trabajan con personas⁽¹⁴⁾. Otros autores lo conceptualizan como una pérdida progresiva del idealismo, la energía y del deseo de alcanzar objetivos⁽¹⁵⁾ o como un estado de agotamiento mental, emocional y físico, causado por el estrés crónico resultante de la implicación excesiva con la gente durante largos períodos de tiempo⁽¹⁶⁾, siendo una mala respuesta al estrés laboral que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas⁽¹⁷⁾.

A partir de la definición de Maslach y Jackson, respaldada empíricamente por el cuestionario *Maslach Burnout Inventory*⁽¹⁸⁾, se ha definido como un síndrome con tres síntomas:

- Cansancio emocional (CE): sensación de ya no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo, creando una situación de agotamiento de energía o recursos emocionales debido al contacto diario y continuo con personas en problemas.
- Despersonalización (DP): desarrollo de actitudes y sentimientos negativos como el cinismo, hacia las personas a quienes se brinda el servicio, quienes

son vistas con indiferencia y de forma deshumanizada⁽¹⁹⁾.

- Baja o falta de realización profesional (RP): tendencia a evaluarse negativamente, en especial la habilidad para realizar el trabajo y tratar con las personas.

Este síndrome es complejo, continuo y heterogéneo, que aparece cuando la persona previamente motivada ya no soporta y rechaza el trabajo⁽²⁰⁾. Se manifiesta gradualmente a partir del agotamiento emocional inicial⁽²¹⁾ que aparece al haber fracasado en la gestión de resolver el estrés, provocando que el trabajo pierda atractivo y aparezcan sentimientos de tedio y aburrimiento aunado a una baja realización profesional⁽²⁰⁾, por lo que se usa el término de síndrome completo⁽²²⁾ cuando se presentan los tres síntomas. Afecta al individuo (problemas emocionales, ansiedad, sentimientos de impotencia, irritabilidad, conducta agresiva, alteraciones cardiovasculares, problemas inmunológicos, sexuales, entre otros) y al centro laboral (calidad asistencial, ausentismo laboral y abandono del trabajo, así como conflictos interpersonales)^(5,7,19,23).

También origina problemas familiares y sociales por las actitudes y conductas desarrolladas que pueden seguir afectando la vida privada con actitudes cínicas y de desprecio, enfrentamientos y otros, por lo que es considerado como uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la actualidad⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Su presencia en actividades con exigencia y tensión psicológica hace que se presente con más frecuencia en las profesiones con mayor y continuo contacto con personas que demandan atención, especialmente si existe una relación de ayuda o servicio, como el personal de salud, docentes y asistentes sociales^(7,16,27-29).

MÉTODOS

Estudio transversal realizado de marzo a julio del 2013 en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima - Callao, Loreto, Piura y San Martín, considerando profesionales médicos y enfermeras de establecimientos de salud (EE.SS.) públicos, de la seguridad social,

privados vinculados a las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) y de las Sanidades Policial y Fuerzas Armadas.

El muestreo fue probabilístico, complejo; estratificado (por subsistema de atención) y bietápico, con selección aleatoria simple en la primera etapa y sistemática en la última. El marco muestral se basó en los datos de recursos humanos por establecimiento 2012. Las unidades primarias de muestreo fueron los EE.SS. con internamiento (categoría I-4 en adelante). Las unidades finales de muestreo fueron los profesionales de salud.

El tamaño muestral se determinó bajo el supuesto de máxima variabilidad ($p=0,5$), confiabilidad de 95%, error de 10% y tasa de no respuesta de 10%, excluyéndose personal SERUMS.

La obtención de datos se llevó a cabo mediante una encuesta personalizada de elaboración propia que incluía variables sociodemográficas y laborales y la auto-aplicación del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión traducida^(30,31), asegurándose el anonimato y confidencialidad. El MBI es un cuestionario auto-administrado de 22 ítems que valora los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, habiendo sido validado en personas que trabajan en EE.SS.⁽³²⁻³⁴⁾ en América Latina y el Perú^(35,36). Evalúa las tres dimensiones del síndrome (CE, DP y falta de RP); con respuestas en escala Likert de 0 (nunca) a 6 (cada día)⁽¹⁹⁾.

La puntuación por cada dimensión del MBI es la sumatoria de todos los puntos en los elementos correspondientes. Las puntuaciones por dimensión se categorizan en tres niveles (alto, medio y bajo) y los puntos de corte para definir niveles altos fueron los usados por Gil-Monte y Peiró en población española⁽¹⁰⁾, considerándose como profesionales con perfil de AP a aquellos que tuvieron una puntuación alta en las dimensiones CE y DP y puntuación baja de RP^(33,37).

El instrumento fue validado mediante juicio de expertos (3) y un piloto en la ciudad de Lima para validar las preguntas finales de la encuesta sociodemográfica y de satisfacción laboral. Se capacitó al per-

sonal en el instrumento en Lima y luego en las demás regiones.

El análisis descriptivo consideró medidas de tendencia central (variables continuas) y porcentajes (variables categóricas). Para evaluar asociación, se utilizó las pruebas de chi², de Fisher, Anova, Kruskal-Wallis. Se generó un modelo multivariado, ingresándose las variables que en el análisis univariado tuvieron una significancia menor de 0,3 y que estuviesen consignados en más del 80% de los casos estudiados, usando la regresión logística binaria (métodos *Forward-Stepwise*), excluyéndose del modelo o recategorizándose las variables con un coeficiente de correlación mayor de 0,6 o un VIF > 0,2⁽³⁸⁾. Se consideró significativo p ≤ 0,05⁽³⁹⁾. El análisis se realizó con SPSS (Versión 20.0).

RESULTADOS

Se entrevistó 1 798 profesionales, excluyéndose 198 que contestaron de forma parcial. Se obtuvo una muestra final de 851 médicos y 749 enfermeras, donde 53,6% fueron mujeres. La edad promedio fue 43 (DE=0,27) años, el tiempo promedio de años trabajando en el sector salud fue de 10,53 (DE=0,251) y de 9,7 (DE=0,234) años trabajando en el establecimiento donde fueron encuestados.

Se encontró una media de puntuación en CE de 11,4, en DP de 4,7 y en RP de 37,5 puntos. Según lo recomendado por Maslach, en el sentido que las poblaciones son distintas socioculturalmente y por ende es adecuado que se calculen los puntos de corte para las poblaciones, encontramos que, comparado con los valores que obtuvieron Maslach y Jackson⁽⁹⁾ y Gil-Monte y Peiro⁽¹⁰⁾ para nuestra muestra, el percentil 75 tuvo puntuaciones menores en las dimensiones de CE y DP (tabla 1).

Usando los puntos de corte de Gil-Monte y Peiro, encontramos un nivel alto para riesgo de AP en la dimensión RP en 32,1% de los encuestados, DP en 18,7% y 10% en CE.

Considerando los criterios del MBI (figura 1), hallamos que solo 5,5% de pro-

Tabla 1. Puntuaciones del MBI por dimensiones.

Dimensiones	Cansancio emocional	Despersonalización	Falta de realización personal
Media	11,4	4,7	37,5
Puntos de corte Maslach y Jackson	≥13	≥13	≥31
Puntos de corte Gil-Monte y Peiro	≥25	≥9	≥35

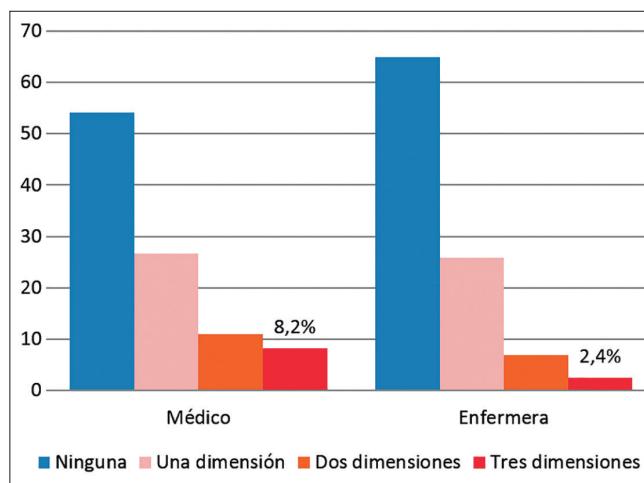


Figura 1. Número de dimensiones con nivel de riesgo alto para AP según profesiones.

fesionales tenía niveles de riesgo alto de AP en las tres dimensiones. Según profesiones, la presencia de puntuaciones altas en las tres dimensiones del MBI fue mayor en médicos (8,2%) que en enfermeras (2,4%).

Como sugieren algunos autores, el AP sucede cuando existe un nivel alto en CE en combinación con un nivel alto en DP o bajo de RP^(8,23); la prevalencia del AP sería de 8,8% con una prevalencia en médicos de 13% y en enfermeras de 4%.

La prevalencia del AP varió según regiones, siendo más alta la prevalencia en las de mayor pobreza, afectando al 10% de médicos y enfermeras en Huancave-

lica, en Apurímac a 15,3% de médicos y 4,3% de enfermeras; en tanto, en las regiones Loreto, San Martín y Ayacucho las enfermeras no presentaron AP, mientras que en Lima-Callao y Piura la prevalencia de AP estuvo alrededor de 2% en los profesionales enfermeros. Fue distinto en los médicos, con prevalencias mayores a 8% en todas las regiones, con excepción de Piura, donde llegó a solo 1,2%.

Los profesionales afectados por el AP significativamente tuvieron mayor edad, promedio de horas de trabajo, años de trabajo en el sector salud o en su establecimiento de salud, comparados con los profesionales sin AP (tabla 2).

Tabla 2. Asociación entre la edad y experiencia laboral con el AP.

Factores	Profesionales sin AP		Profesionales con AP		Significancia bilateral
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Edad en años	38	10,2	43,3	10,8	<0,0001
Años de trabajo en sector salud	10,6	8,7	15,6	10	0
Años de trabajo en su establecimiento	6,6	7,6	9,9	9,4	0
Horas promedio trabajadas por mes	227,2	73,3	203,7	69,7	0,002

El diagnóstico del AP fue más frecuente en el 8,2% de médicos frente al 2% en enfermeras, y en varones con 8,3% frente al 3% en mujeres. Asimismo, los profesionales solteros, viudos o sin familia

tuvieron una mayor prevalencia de AP, al igual que aquellos separados de la familia ($OR= 2,6$) por cuestiones de trabajo. Los profesionales que laboraban en establecimientos de mayor complejidad (II y III

nivel) o en establecimientos públicos del MINSA o de Gobiernos Regionales y de EsSalud tuvieron mayor prevalencia de AP (tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas y del trabajo asociados a AP

	Factores	Profesionales con AP		Signifc.
		No	Sí	
Profesión	Profesional médico	91,8%	8,2%	0
	Profesional enfermera	97,6%	2,4%	
Sexo	Masculino	91,4%	8,3%	0
	Femenino	97,0%	3,0%	
Estado civil	Soltero(a)	91,8%	8,2%	0,046
	Casado(a)	95,6%	4,4%	
Acompañamiento familiar	Conviviente	95,5%	4,5%	0
	Separado(a) / Divorciado(a)	96,3%	3,8%	
Separación familiar por trabajo	Viudo(a)	92,3%	7,7%	0
	Vive con toda su familia	95,3%	4,7%	
Segunda especialidad	Vive con parte de su familia	95,7%	4,3%	0,60
	Vive solo sin su familia	89,3%	10,7%	
Contrato laboral	No tiene familia	75,0%	25,0%	0,048
	Sí	90,1%	9,9%	
Tipo de trabajo	No	95,9%	4,1%	0
	Sí	95,4%	4,6%	
Enfermedad asociada o provocada por el trabajo	No	93,0%	7,0%	0,004
	Honorarios profesionales y CAS	93,3%	6,7%	
Subsistema de atención al que pertenece el establecimiento	Plazo fijo	92,6%	7,4%	0,048
	Nombrado	96,4%	3,6%	
Salario	Plazo indeterminado (DS 728)	93,3%	6,7%	0,212
	Trabajo permanente	95,6%	4,4%	
Nivel de resolución del establecimiento donde labora	Trabajo temporal o estacional	87,9%	12,1%	0
	Sí	88,9%	11,1%	
Subsistema de atención al que pertenece el establecimiento	No	95,5%	4,5%	0
	Sector público	93,3%	6,7%	
Salario	Seguridad social	93,5%	6,5%	0,004
	Clínicas privadas	98,0%	2,0%	
Nivel de resolución del establecimiento donde labora	Sanidades	98,7%	1,3%	0,022
	Menor de 340 dólares	90,0%	10,0%	
Salario	340,1 a 680,2 dólares	95,9%	4,1%	0,212
	680,3 a 1020,3 dólares	95,3%	4,7%	
Nivel de resolución del establecimiento donde labora	1020,4 a 1360,5 dólares	92,5%	7,5%	0,022
	Más de 136,6 dólares	94,7%	5,3%	
Nivel de resolución del establecimiento donde labora	Nivel I	94,7%	2,6%	0,022
	Nivel II	94,0%	6,0%	
Nivel de resolución del establecimiento donde labora	Nivel III	93,6%	6,4%	

Se valoró la percepción de las condiciones de trabajo y satisfacción laboral con 11 componentes, encontrándose asociación significativa con 9, existiendo una mayor asociación con la insatisfac-

ción con el horario de trabajo y la posición o participación del profesional dentro de la toma de decisiones o gestión de su servicio o área de atención (tabla 4).

Tabla 4. Características de la actividad laboral asociadas con el AP.

Insatisfacción con el componente laboral	Presencia de AP		P	OR	IC 95%	
	No	Sí			Inf.	Sup.
El tipo de actividades que realiza	4,6%	12,5%	0,002	2,988	1,519	5,876
El puesto de trabajo	8,7%	20,5%	0,001	2,688	1,554	4,650
Las posibilidades de ascenso o promoción	23,2%	39,8%	0,001	2,184	1,402	3,403
La organización del servicio o establecimiento	15,3%	29,5%	0,001	2,314	1,433	3,735
La valoración de su trabajo	10,1%	19,3%	0,011	2,127	1,221	3,705
Su participación en la gestión o decisiones	13,9%	28,4%	0,000	2,460	1,514	3,999
El sueldo	50,7%	62,5%	0,042	1,619	1,039	2,522
El horario de trabajo	13,2%	36,4%	0,000	3,749	2,369	5,933
Las relaciones con sus compañeros de trabajo	2,8%	5,7%	0,214	2,108	0,813	5,469
Las condiciones ambientales de su trabajo	33,1%	51,1%	0,001	2,118	1,376	3,261

En el análisis multivariado, se definió un modelo altamente significativo ($p<0,01$), que permitía una clasificación correcta del 94,8% de casos con una alta especificidad (99,8%) y baja sensibilidad (7%). El ajuste global y la bondad de ajuste del modelo fue aceptable, la varianza explicada usando el R^2 de Cox y Snell alcanzó 22% y con el R^2 de Nagelkerke al 10,2%. El modelo incluye como las va-

riables de asociación significativa con la presencia del AP a la profesión médica, la edad, el sexo masculino, la separación familiar, el tener segunda especialidad, la insatisfacción con el horario de trabajo, el antecedente de tener una enfermedad provocada o agravada por su trabajo, así como laborar en un establecimiento de II o III nivel (tabla 5).

DISCUSIÓN

El AP como respuesta al estrés laboral crónico está vinculado a una multiplicidad de factores, algunos de naturaleza laboral, que obedecen a cambios experimentados en las organizaciones de trabajo y a las relaciones interpersonales en las mismas, pero otros expresan una dimensión más amplia por tener una naturaleza socio-cultural⁽⁴⁰⁾, lo que determina que los resultados en un contexto social no sean similares a los de otras realidades.

Comparado con otros estudios, nuestros puntos de corte serían menores, lo cual como anteriormente lo han descrito otros autores es posible por las connotaciones culturales distintas, así como el tipo de personas que constituyen el universo sobre el cual se aplica el instrumento^(8,9,10). Nuestro trabajo se realizó sobre diferentes contextos geográficos y sociales en 7 regiones, lo que explicaría a su vez el distinto patrón de prevalencia encontrado con mayor prevalencia en regiones pobres.

Encontramos una prevalencia menor de AP en relación a otros trabajos previos en nuestro país^(34,41), situación que estaría en relación al ámbito del estudio y los diferentes niveles de complejidad que se consideró, incluyendo primer nivel (establecimientos 1-4). Hay estudios en Perú con prevalencias altas en profesionales médicos especialistas (psiquiatras, anestesiólogos)^(35,36,42), que es concordante con nuestros hallazgos, en donde el tener especialidad fue un factor asociado al AP, posiblemente en relación a la complejidad de casos que debe atender. Al comparar con otras investigaciones, es importante considerar la forma de usar las puntuaciones en las dimensiones que evalúa el MBI, dado que en algunos estudios se valora como AP la puntuación alta en una sola de las dimensiones o también considerando clínicamente como AP cuando hay un alto puntaje en CE en combinación con una alta puntuación de DP o una baja en RP, lo que aumenta la sensibilidad del diagnóstico pero limita la especificidad del instrumento²¹ y, por ende, sobrevalora las prevalencias. Nosotros hemos considerado las tres dimensiones.

Tabla 5. Resumen del modelo logístico para la presencia de AP.

Factores	B	E.T.	Wald	Significancia	OR	IC 95% de OR	
						Inf.	Sup.
Profesión médica	1,040	0,330	9,957	0,002	2,829	1,483	5,398
Sexo masculino	0,906	0,299	9,161	0,002	2,474	1,376	4,448
Edad	-0,054	0,013	16,320	0,000	0,948	0,924	0,973
Separación familiar por el trabajo	0,529	0,249	4,520	0,034	1,697	1,042	2,764
Segunda especialidad	0,592	0,273	4,717	0,030	1,808	1,059	3,085
Insatisfacción con su horario de trabajo	0,959	0,266	12,962	0,000	2,609	1,548	4,398
Insatisfacción con su ambiente de trabajo	0,439	0,246	3,194	0,074	1,551	0,958	2,511
Historia de enfermedad provocada / agravada por el trabajo	1,138	0,270	17,697	0,000	3,120	1,836	5,301
Establecimiento nivel I			8,092	0,017			
Establecimiento nivel II	0,884	0,441	4,015	0,045	2,421	1,020	5,750
Establecimiento nivel III	1,213	0,434	7,818	0,005	3,363	1,437	7,869
Constante	-3,896	0,739	27,807	0,000	0,020		

Significancia del modelo = $p<0,01$ Porcentaje de clasificación correcta = 94,8%

Bondad de Ajuste: R^2 de Cox y Snell = 0,22

A diferencia de otros estudios, encontramos que la edad no necesariamente es un factor predisponente al AP⁽³⁶⁾ y por el contrario parece tener un efecto protector, también reportado en otros estudios⁽⁴³⁾. Al respecto, se ha postulado que la edad puede ejercer un papel moderador, de manera que a mayor edad se presenta menos AP, posiblemente relacionado con la experiencia que gana el profesional en el desempeño de sus tareas y una mayor seguridad que lo hace menos vulnerable⁽⁴⁴⁾. Por otro lado se ha mencionado que los trabajadores que sufren de AP y no superan esta etapa tienen alto riesgo de abandonar el trabajo; por lo que los trabajadores que siguen laborando y tienen mayor antigüedad ya habrían logrado superar el problema^(1,25).

Con relación al estado civil, los resultados son variados, predominando la vulnerabilidad en soltero(as) o aquellos que no tienen pareja estable⁽⁴⁵⁾, situación que se evidencia en el análisis univariado. Sin embargo, al ajustarse en el modelo de regresión toma más fuerza la separación familiar ocasionada por el trabajo como factor asociado al AP, posiblemente relacionado a una situación forzosa no deseada, pero necesaria. Respecto a la relación del AP con un determinado sexo esto aún es controvertido, ya que algunos autores describen un mayor desgaste en varones.⁽⁴⁶⁾, como en nuestro estudio, mientras que otros lo encuentran más en mujeres⁽⁴⁷⁾.

El nivel de resolución del establecimiento donde labora el profesional es una variable poco estudiada pero que configura una condición de complejidad y de mayor presión. Al existir mayor nivel de resolución, el número de enfermos a atender, la complejidad y severidad de casos tienden a ser mayor con un consiguiente mayor riesgo de presión en la actividad asistencial y/o sobrecarga laboral por el tipo de pacientes, sus complicaciones y necesidades^(48,49).

La insatisfacción laboral también ha sido un factor estudiado que se relaciona con el AP. Encontramos asociación con el horario de trabajo que es considerado por los profesionales como un elemento que limita la relación familiar por el número de guardias, el horario continuo,

entre otros. El ambiente físico de trabajo también resulta un importante factor asociado, situación que es congruente porque se ha encontrado asociación entre el confort y el cansancio emocional, siendo considerado el AP en algunas legislaciones como un accidente profesional⁽⁵⁰⁾.

Asimismo, como factor poco estudiado tenemos las experiencias negativas con el trabajo como una enfermedad que se agrava o se genera en el mismo, lo que puede predisponer a una desilusión e incluso desadaptación del trabajo que podría explicar la asociación encontrada en nuestro modelo final.

Nuestro estudio tiene una representatividad parcial, al considerar en el primer nivel de atención solo aquellos establecimientos con internamiento, por lo que los resultados para el primer nivel son válidos solo para ese tipo de establecimientos de salud. Por otro lado, para el sector privado solo se incluyó datos de los establecimientos ligados a las EPS, lo que representa aproximadamente una tercera parte de la oferta privada; así, los resultados solo se circunscriben a este grupo de establecimientos privados formales.

Finalmente, mostramos una fuerte asociación entre la presencia del síndrome de agotamiento profesional o burnout con el nivel de complejidad del establecimiento donde laboran y la especialización, situación que evidencia el mayor riesgo en los ambientes hospitalarios donde se atienden personas con mayores daños y más vulnerables. Este riesgo puede ser potenciado aun más cuando existe una enfermedad de fondo e insatisfacción del trabajador con el ambiente de trabajo o los horarios de trabajo, aspectos laborales que pueden ser modificados con adecuadas políticas laborales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández GL, Olmedo E, Ibáñez I. Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *Int Journal Clin Health Psychol*. 2004;4:323-36. [Citado el 01 de agosto del 2013]. Disponible en: <https://goo.gl/MXN5yQ>.
2. Milczarek M, Schneider E, Rial-González E. OSH in figures: stress at work - facts and figures [Internet]. Luxemburgo: European agency for safety and health at work. 2009. [Citado el 22 de agosto del 2013]. Disponible en: <https://goo.gl/3AdTN6>.
3. Cox T, Griffiths AJ, Rial-González E. Research on work-related stress [Internet]. España: European Agency for Safety and Health at Work. 2000. [Citado el 22 de agosto del 2013]. Disponible en: <https://goo.gl/5PCwJD>.
4. Fernandez JA, Siegrist S, Rodel A, Hernandez-Mejia R. El estrés laboral: Un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria*. 2003;31:524-6.
5. Landsbergis PA, Schnall P, Belkić K, Baker D, Schwartz J, Pickering T, et al. The workplace and cardiovascular disease: Relevance and potential role for occupational health psychology. En: Quick, James Campbell y Tetrick, Lois E (Ed). *Handbook of occupational health psychology*. 3^a edición. Washington DC. 2003;265-287. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10474-013>.
6. LeRouge C, Nelson A, Blanton JE. The impact of role stress fit and self-esteem on the job attitudes of IT professionals. *Information & Management*. 2006;43:928-38. Doi: [10.1016/j.im.2006.08.011](https://doi.org/10.1016/j.im.2006.08.011).
7. Gil-Monte PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2003;19(2):181-97.
8. Freudenberg H. Staff burn out. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-65. Doi: [10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x).
9. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004; 292(23):2880-9. Doi: [10.1001/jama.292.23.2880](https://doi.org/10.1001/jama.292.23.2880).
10. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2:99-113. Doi: [10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205).
11. Gil-Monte PR, Peiró JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol Trab Org*. 2000;16(2):135-49.
12. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*. 2002;7(1):3-10.
13. Gil-Monte PR, Nuñez-Román E, Selva-Santoyo Y. Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*. 2006;40(2):227-32.
14. Maslach C, Jackson S. Burned-out cops and their families. *Psychological Today*. 1979;12:59-62.
15. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. *Psychiatric services*. 1981;32(5):353-4. Doi: [http://dx.doi.org/10.1176/ps.32.5.353](https://doi.org/10.1176/ps.32.5.353).
16. Pines A, Kafry D. Coping with burnout. En: J.W. Jones (Ed.). *The burnout syndrome: current research, theory, interventions*. Park Ridge, Illinois: London House Press. 1982;139-50.
17. Gil-Monte PR, y Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. En: Gil-Monte P, Peiró J M (ed). *Desgaste psíquico en el trabajo*, Madrid: Edit. Síntesis 1997.
18. Maslach C. *Maslach Burnout Inventory Manual*. En: Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. (Ed) *Maslach burnout inventory manual 3rd ed*. California. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. 1996;14-35.

19. Da Silva RF. El Síndrome de Burn Out. En: Psicolibros. Drogas, ética y trasgresión. Uruguay: Montevideo; 2001:57-77.
20. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional burnout: Recent developments in theory and research. 1^oed. United States, Washington DC: Taylor & Francis. 1993;237-50.
21. Liselotte N, Colin P, Tait D. Defining Burnout as a Dichotomous Variable. *J Gen Intern Med.* 2009;24(3):440. Doi: 10.1007/s11606-008-0876-6.
22. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria Barcelona.* 2005;19(6):463-70. Disponible en: <https://goo.gl/eos3Sy>.
23. Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med* 2001;135:145-8. Doi: 10.7326/0003-4819-135-2-200107170-00023.
24. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo.* 2008;29(1):59-67. [Acceso 12/06/2013]. Disponible en: <https://goo.gl/JQtg7W>.
25. Ávila J, Gómez L, Montiel M. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pontificia Universidad Javeriana Pensamiento Psicológico.* 2010;8(15):39-51.
26. Chiang M, Sigüña M. Burnout en trabajadores de hospitales comunitarios o de baja complejidad: una comparación de género y de nivel de escolaridad. *Revista de Psicología.* 2011;20(1):33-52.
27. Truchot D, Keirsebilck L, Meyer S. Communal orientation may not buffer burnout. *Psychological Reports.* 2000;86:872-8. Doi: 10.2466/pr.2000.86.3.872.
28. Sánchez A. Estrés, pótico de la depresión. 1^oed. España, Madrid: Editorial San Pablo; 2003.
29. Sundin L, Hochwa Ider J, Bildt C, Lisspers J. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2006;44(5):758-69. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.004.
30. Seisdedos N. Adaptación española del MBI, Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. En: Seisdedos N. (ed). MBI. *Inventario «Burnout» de Maslach: manual.* España, Madrid: Editor TEA. Manual; 1997.
31. Observatorio Permanente de riesgos Psicosociales. Guía Sobre el Síndrome del Quemado (burnout)[Internet]. España, Madrid: Unión General de Trabajadores de Navarra; 2006.[Acceso 12/11/2012]. Disponible en: <https://goo.gl/jX6rCo>.
32. Gil Monte PR. Valdez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. *Salud Pública de México.* 2002;44(1):33-40.
33. Ozvacic Adzic Z, Katić M, Kern J, Soler JK, Cerovečki V, Polašek O. Is Burnout in family physicians in Croatia related to interpersonal quality of care?. *Arh Hig Rada Toksikol.* 2013;64:255-64. Doi: 10.2478/10004-1254-64-2013-2307.
34. Schaufeli W, Bakker A, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health.* 2001;16:565-82. Doi: 10.1080/08870440108405527.
35. Dueñas M, Merma L. Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL.* 2003;8(1):34-8.
36. Apaza E, Mendoza E, Zegarra R, Yoshiyama M. Prevalencia y características sociodemográficas y laborales relacionadas al síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un Hospital de Salud mental. Lima, Perú. 2009. *Rev Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán".* 2011;12(2):27-36.
37. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Rev Psychol.* 2001;52(1):397-422. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
38. Cea DA. Regresión Logística. En: Cea DA. Análisis multivariante: Teoría y práctica en la investigación social. 1^oed. España, Madrid: Editorial síntesis; 2002:315-34.
39. Leech NL, Barrett KC, Morgan GA. Logistic Regression. En: Leech NL, Barrett KC, Morgan GA. *SPSS for Intermediate Statistics; Use and Interpretation 2^o* edición. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. New Jersey-USA. 2005:122-41.
40. Coakley JJ. Burnout among adolescent athletes: A personal failure or social problem? *Sociology of Sport Journal.* 1992;9(3):271-85.
41. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional Sur este de EsSalud del Cuzco. *SITUA.* 2003;12(23):11-22.
42. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martínón F, Martínón J.M. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr.* 2005;62(3):248-51. Doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13071839>.
43. Wang Y, Chang Y, Fu J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health.* 2012;12:915-23. Doi: 10.1186/1471-2458-12-915.
44. Sos Tena P., Sobrequés Soriano J., Segura Bernal J., Manzano Mulet E., Rodríguez Muñoz C., García García M. et al. Desgaste profesional en los médicos de Atención primaria de Barcelona. *Medifam* 2012; 12(10): 17-25
45. Atance J. El Síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios: Área de Guadalajara. Madrid: CUSP; 1996.
46. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de Salud. *Aten Primaria.* 2001;27:313.
47. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública.* 1997;71:293-303.
48. Karasek R.A. Job demand. Job decision latitude and mental strain. Implications for job redesign Administrative. *Science Quarterly.* 1979;24:285-308. Doi: 10.2307/2392498.
49. Charles SC, Wilbert JR, Franke KJ. Sued and non sued physicians self reported reactions to malpractice litigation. *Am J Psychiatry.* 1985;142:437-40. Doi: 10.1176/ajp.142.4.437.
50. Sentencia de TSJ Castilla-La Mancha (Albacete), Sala de lo Social, 31 de Marzo de 2004 [Internet]. vLex. [Consultado 14/12/2014]. Disponible en: <https://goo.gl/TRjJZm>.