

Originales

Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú)

Burnout Syndrome in Healthcare Personnel from Arequipa City (Peru)

Walter L. Arias Gallegos¹, Agueda Muñoz del Carpio Toia², Yesary Delgado Montesinos², Mariela Ortiz Puma², Mario Quispe Villanueva²

1. Universidad Católica San Pablo, Arequipa – Perú

2. Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú

Recibido: 06-07-2017

Aceptado: 18-09-2017

Correspondencia:

Walter L. Arias Gallegos

Escuela Profesional de Psicología

Universidad Católica San Pablo

Urb. Campiña Paisajista s/n Quinta Vivanco

San Lázaro, Arequipa, Perú

Correo electrónico: warias@ucsp.edu.pe

Resumen

Introducción: El síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg, y desde entonces ha generado una gran cantidad de investigación sobre sus síntomas más característicos como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Entre las tres profesiones de mayor riesgo se tiene al personal de salud, los profesores y los policías.

Objetivo: El objetivo de la presente investigación fue valorar la prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú), y analizar comparativamente los datos en función del sexo, los ingresos económicos, el estado civil, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución de procedencia.

Método: Se trabajó con un diseño de investigación de tipo descriptivo y se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, que consta de 22 ítems y cuenta con adecuados índices de validez y confiabilidad ($\alpha = .76$).

Resultados: Se evaluaron a 213 trabajadores del sector salud que laboran en hospitales y postas de salud de la ciudad. El 35.7% son varones y el 63.8% son mujeres, con 37 años de edad como promedio. Los resultados indican que altos porcentajes de profesionales del sector salud tienen algunos síntomas del síndrome de burnout, y solo un 5.6% tiene el síndrome de burnout en nivel severo. Además, se registraron diferencias entre los trabajadores en función del sexo, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución en la que laboran.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Discusión: Se concluye que el síndrome de burnout tiene una presencia preocupante entre el personal de salud, sobre todo en la dimensión de despersonalización, y que las diferencias encontradas en función de las variables demográficas se explican en función del entorno laboral y las condiciones de trabajo.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(249):331-44

Palabras clave: Síndrome de burnout, personal de salud, riesgo psicosocial, estrés laboral.

Abstract

Introduction: Burnout syndrome was described for the first time by Freudenberg in 1974. It has been generating since then a large amount of research about its main symptoms, such as emotional exhaustion, depersonalization and inefficacy. Healthcare personnel, teachers and policemen are described as being amongst the three highest-risk professional jobs.

Objective: The aim of the current research was not only to value the prevalence of the burnout syndrome in the health personnel from Arequipa city (Peru), but to compare the data according to genre, economic income, marital status, working period, job title, profession and home institution.

Method: A descriptive design was used applying the Maslach Burnout Inventory, which consists of 22 items and counts with validity and reliability ($\alpha = .76$) adequate indexes.

Results: 213 people from the healthcare sector who work in hospitals and healthcare centers at Arequipa city were tested. 35,7% are males and 63,8% are females, with an average age of 37 years old. The results indicate that high percentages of professionals in healthcare services suffer some symptoms of burnout syndrome, and only 5,6% have the burnout syndrome at severe levels. Moreover, differences among workers relating genre, working period, job title, profession and work institution were registered.

Discussion: It was concluded not only that the burnout syndrome have a concerned presence in healthcare personnel, especially in the depersonalization dimension, but also that the differences according to demographic variables could be explained by work environment and job conditions.

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(249):331-44

Keywords: Burnout syndrome, healthcare personnel, psychosocial risk, job stress.

INTRODUCCIÓN

La salud ocupacional es un tema sumamente investigado en la actualidad, sin embargo, todavía no existe suficiente información sobre los riesgos psicosociales en el trabajo en los países latinoamericanos. En el Perú, por ejemplo, la Ley de Seguridad y Salud Laboral vigente (N° 29783) se promulgó el año 2012 y dos años después se emitió su reglamento correspondiente, pero, aunque se menciona el estrés laboral como un factor de riesgo psicosocial, el énfasis está puesto en los riesgos físicos y biológicos. En tal sentido, el personal sanitario o de salud, está expuesto a una diversidad de riesgos de esta naturaleza, tales como factores de riesgo biológico como brucelosis, tuberculosis, leptospirosis, salmonelosis, VIH, Hepatitis B o C¹. Aunque muchos de ellos pueden evitarse utilizando equipos de protección personal, su uso es todavía limitado. En el estudio de Muñoz, se reportó que solo el 39% de trabajadores de dos instituciones de Colombia disponía de los elementos necesarios para prevenir el contagio de tuberculosis². En España, entre el 1986 y el 2001, se detectaron 550 accidentes con VIH, con una media de 34.4 casos por año³. Otros estudios reportan que la principal causa de muerte del personal sanitario son los tumores malignos, siendo más frecuentes entre el personal de enfermería que en los médicos⁴. De hecho, el personal de enfermería suele estar expuesto a accidentes laborales como punciones, traumatismos y cortes, que se relacionan con condiciones deficientes del entorno laboral⁵.

En ese sentido, es muy importante que el puesto de trabajo se adecúe a las necesidades y las condiciones físicas y psicológicas del trabajador⁶, ya que la deficiente organización del puesto de trabajo se ha asociado a fatiga y lesiones músculo-esqueléticas⁷, siendo estas últimas las que más afectan la productividad del trabajador, aunque no sean las más frecuentes⁸. Asimismo, de todo esto se desprenden costos económicos debido al tiempo que el trabajador se ausenta por incapacidad⁹, que repercuten en la satisfacción del paciente¹⁰. A esta compleja situación, se suman los factores de riesgo psicosocial, que también perjudican la actividad laboral y la calidad de vida del trabajador, entendiéndose por esta última, aspectos tales como la salud laboral, la satisfacción, la motivación y el rendimiento de los trabajadores¹¹. Es sabido que la satisfacción laboral se relaciona con el estrés y el rendimiento laboral en los trabajadores de salud¹², y que las relaciones interpersonales conflictivas en el trabajo, también impactan negativamente en el desempeño laboral¹³. En un estudio previo, realizado en Arequipa, segunda ciudad del Perú, se encontró que el clima organizacional óptimo en un hospital oncológico, se correlacionó inversamente con las manifestaciones del síndrome de burnout del personal médico, asistencial y administrativo¹⁴. Mientras que, en México, la insatisfacción de los trabajadores y su baja motivación se asociaron con la poca seguridad laboral¹¹, en Argentina las situaciones de alto riesgo psicosocial de 844 trabajadores de 23 hospitales públicos, fueron las exigencias psicológicas del trabajo, el apoyo social y la calidad de liderazgo¹⁵; en tanto que, en Chile, la satisfacción laboral fue el principal predictor de la calidad de vida laboral de los trabajadores del sector público de salud¹⁶.

De este modo, tomar en cuenta factores psicosociales, puede aportar a la reducción o eliminación de los accidentes laborales¹⁷, y a la promoción del bienestar del personal de salud¹⁸. En tal sentido, se han desarrollado diversos instrumentos para valorar diversos aspectos del riesgo psicosocial^{19,20,21} y se han formulado marcos teóricos que explican sus causas, consecuencias y ocurrencia. Uno de los puntos nodales del riesgo psicosocial en el trabajo es el estrés laboral, que, desde diversos enfoques, es concebido como un desencadenante de múltiples padecimientos físicos y mentales, con el consecuente deterioro de la salud, y la merma del bienestar y la productividad. Un reciente meta-análisis sobre el estrés en personal sanitario reportó que el 46% de trabajos de investigación se realizan en enfermeras, el 39% en trabajadores no sanitarios del ámbito de la salud, y solo el 15% en médicos. Además, se señala que parece haber una disminución del estrés laboral, según las cifras reportadas en los estudios revisados. Asimismo, los modelos teóricos más empleados para valorar los riesgos psicosociales fueron la teoría demanda-control de Karasek y la teoría de esfuerzo-recompensa de Siegrist, mientras que el estrés se asoció en la mayoría de estudios al síndrome de burnout²².

Precisamente, un estudio con 989 profesionales de la salud de seis países de Latinoamérica, señala que Chile, Perú y Colombia presentan mayor riesgo de estrés laboral según el modelo de Karasek; de modo que Venezuela fue el país con menores demandas y mayor control y apoyo social, mientras que Perú y Chile fueron los que presentan menor apoyo y menor control, y Colombia el que presenta mayores demandas psicológicas²³. Esto implica que las demandas laborales son una fuente de estrés importante, que dicho sea de paso según ciertos reportes, son mayores en las mujeres²⁴, debido al conflicto entre sus roles laborales y familiares. Además, los roles laborales de las mujeres en el sector salud, suelen implicar una escasa participación en la toma de decisiones, haciendo sus trabajos pasivos y tornándolos en fuentes de riesgo psicosocial, que pueden afectar su salud, sobre todo en condiciones de mayor vulnerabilidad como la gestación, ya que estudios en Cuba han reportado que los hijos de trabajadoras del sector salud que presentaron altos niveles de estrés (mediados por las demandas laborales excesivas y el bajo control), nacieron con bajo peso²⁵. Otros estudios se centran más en los factores organizacionales, como el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad del trabajador, la ambigüedad de sus funciones, los contactos sociales, el clima organizacional, la sobrecarga laboral, los horarios de trabajo, el ambiente físico, la preparación profesional y el contacto con los pacientes²⁶.

En ese sentido, el contacto con los pacientes suele ser una fuente potencial de estrés, en tanto que se tiene la responsabilidad de aliviar sus dolencias, y se experimentan formas vicarias de sufrimiento que desgastan a quienes los tratan y atienden²⁷. De hecho, el personal sanitario registra mayores tasas de suicidio, si se les compara con las cifras de la población general, sobre todo en el caso de las enfermeras, los odontólogos y los médicos²⁸. Otros reportes ubican en primer lugar a los psiquiatras²⁹ y los emergencistas²⁶, pero siempre con altos índices de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional; que son los síntomas patognomónicos del síndrome de burnout, una consecuencia del estrés laboral crónico que se ubica en la categoría de enfermedad laboral³⁰. Descrito inicialmente por Freudenberger³¹, y delimitado conceptual y metodológicamente por Maslach^{32,33}; ha generado un importante cúmulo de investigación, que ha tomado como profesiones más vulnerables a aquellas de servicios humanos, como las profesiones de salud, los profesores y el personal policial³⁰.

En ese sentido, el síndrome de burnout se consideró primero como un cuadro específico de profesiones de servicio caracterizado por el agotamiento emocional, que se refiere a una baja de energía del trabajador y falta de motivación en el trabajo; la despersonalización, que tiene que ver con una conducta cínica para con el paciente que implica un trato distante en el que el usuario del servicio es tratado como «cosa»; y la baja realización personal, que hace alusión a sentimientos de ineficacia en el trabajador³³. Asimismo, las primeras explicaciones teóricas apuntaban a una causa del síndrome en las relaciones interpersonales entre los trabajadores y las personas que atendían. Estas relaciones suelen ser asimétricas, porque el paciente depende del trabajador y porque es éste quien asume la responsabilidad de la atención del primero, sin embargo, las explicaciones más recientes, han enfatizado, las condiciones organizacionales del trabajo, como la sobrecarga laboral, el clima organizacional y la estructura de la empresa y organización del trabajo³⁰.

Para el caso de las profesiones del sector salud, algunos reportes en América Latina indican que, en Chile, los trabajadores presentan altas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización³⁴, mientras que en Brasil, un estudio con 127 profesionales de la salud, reportó que el 36.2% presenta agotamiento emocional, 15.7% despersonalización y 7.9% baja realización profesional; asociando de manera negativa, la edad con el agotamiento, y de manera positiva el feedback de los pacientes con dicha dimensión³⁵. En Argentina, se evaluó a 36 odontólogos de Buenos Aires, encontrando que las mujeres presentan mayores niveles de agotamiento emocional³⁶, mientras que, en Venezuela, se reportó una baja prevalencia del síndrome de burnout, siendo mayor en quienes tiene más de 45 años, están casados y quienes tienen relaciones interpersonales inadecuadas³⁷.

En el caso de los médicos, en Argentina, se ha reportado que, en 123 pediatras, la prevalencia de burnout fue del 24.39%, y que se asoció significativamente con los síntomas de depresión³⁸. En Colombia, la prevalencia del síndrome fue de 9.1% en una muestra de 55 estudiantes de último año de medicina, pero el agotamiento emocional fue alto en el 41.8%, la despersonalización fue alta en el 30.9% y la baja realización profesional en el 12.7% de la muestra³⁹. En México, un estudio con 82 estudiantes de medicina, reportó que 74.4% obtuvo altos niveles de sobreinvolucramiento, y que se asoció con el agotamiento emocional⁴⁰. En Perú también se ha encontrado que el síndrome de burnout está presente en los internos de medicina con una prevalencia que fluctúa entre 11.49% y 57.2%⁴¹, y que los estudiantes de medicina, presentan prevalencias frecuentes de trastornos mentales como hipomanía, depresión y riesgo suicida⁴². Estos datos en su conjunto, nos indican que el estrés en el sector salud suele iniciarse en el periodo formativo²⁷, mediados por el estrés académico y algunas variables personales, educativas y socioambientales. De hecho, algunos estudios reportan que los estilos de aprendizaje de los estudiantes de medicina no siempre siguen una secuencia lógica⁴³, en otros casos, sus intereses son más prácticos que reflexivos⁴⁴, aspecto que también podría traerles problemas académicos con la consecuente carga de estrés y patologías asociadas. A nivel de su entorno, un estudio en México, reveló que en 129 estudiantes de carreras de salud, el riesgo suicida fue bajo, pero que un alto porcentaje de ellos percibe que su bienestar es bajo y que provienen de familias caóticas⁴⁵.

En Perú, los estudios sobre el síndrome de burnout comenzaron al finalizar la década de los '90, focalizándose primero en muestras del sector salud, y del sector educación después. En Cusco, se evaluó a 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital del Seguro Social (EsSalud), y se reportó que el síndrome de burnout fue bajo en el 79.7% de médicos y el 89% de enfermeras. Además, el ser varón, tener más de 12 años de servicio, presentar insatisfacción en el trabajo y tener sobrecarga laboral; fueron factores asociados al síndrome⁴⁶. En Tacna, se aplicó el inventario de burnout de Maslach a 90 médicos, reportando que el 15% presenta puntuaciones altas del síndrome o sus dimensiones, y que un 42% tenía alteraciones psicofísicas de depresión⁴⁷. En Arequipa, se evaluó a 172 enfermeras de tres hospitales de Arequipa, hallándose que el 65% tenía niveles altos de síndrome de burnout y que el agotamiento emocional se relacionaba con la sobrecarga laboral y el número de hijos⁴⁸. Más recientemente, se ha reportado que solo el 21.3% presenta niveles severos del síndrome, y que el tiempo de servicio es determinante en el síndrome de burnout y la baja realización profesional⁴⁹. En otro estudio, con personal sanitario de un hospital oncológico de la región, se reportó que los niveles de burnout eran bajos, pero que los aspectos del sueldo y el reconocimiento de los trabajadores, eran deficitarios¹⁴. Finalmente, en el estudio de Arias et al.⁵⁰ se reportó que los niveles de síndrome de burnout en una muestra de 111 psicólogos que radican en la ciudad de Arequipa, eran bajos y que el estilo de afrontamiento activo se relacionó negativamente con el síndrome, y mientras que los estilos de afrontamiento pasivo y evitativo se relacionaron positiva y significativamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo básico con un diseño de investigación descriptivo-comparativo; que pretende evaluar a diversos profesionales del sector salud que laboran instituciones públicas y privadas de la ciudad de Arequipa, con la finalidad de valorar la prevalencia del síndrome de burnout y analizar las diferencias en función de algunas variables sociodemográficas tales como el sexo, el estado civil, el tiempo de servicios, la profesión, el cargo y la institución de procedencia.

Se emplearon dos instrumentos: una *ficha de datos sociodemográficos* que comprende datos tales como edad, sexo, tiempo de servicio, ingresos económicos, estado civil, número de hijos, profesión, cargo y el nombre de la institución en que laboran. También se aplicó el *Inventario de Burnout de Maslach* en su formato validado por Arias y

Jiménez³⁰ para la ciudad de Arequipa, que consta de 22 ítems en formato de autoreporte con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días), y que cuenta con un nivel de confiabilidad de .76, obtenido mediante el método de consistencia interna con la prueba alfa de Cronbach. Para la calificación del instrumento se tomaron en cuenta los siguientes criterios: una puntuación inferior de 19 indica un agotamiento emocional leve, entre 19 y 26 moderado y mayor de 26 severo; para la dimensión de despersonalización, un puntaje menor de 6 indica un nivel leve, entre 6 y 9 moderado, y superior a 9 severo; mientras que un nivel de leve de baja realización profesional está determinado por un puntaje superior a 39, un nivel moderado por puntajes entre 39 y 34, y un nivel severo por puntajes inferiores a 34. Para la valoración global de la escala, un puntaje inferior a 44 indica burnout leve, entre 44 y 88 moderado, y por encima de 88 severo.

Tanto la ficha de datos sociodemográficos como el inventario de burnout se ubicaron en una hoja de respuesta que contenía además de las instrucciones, los objetivos de la investigación y el consentimiento informado en el encabezado.

Se trabajó con un muestreo intencional (no probabilístico), mediante la técnica de muestreo por cuotas, que permitió evaluar a trabajadores del sector salud de la ciudad de Arequipa (Perú), quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser personal de salud, laborar en las instituciones de salud seleccionadas, participar voluntariamente en el estudio, dar su consentimiento informado. De este modo se evaluó a trabajadores del sector salud de Hospitales de EsSalud, el Ministerio de Salud, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN), el Hospital de la Policía, postas de salud de la zona metropolitana de Arequipa y de centros privados de salud.

Para la evaluación de los trabajadores se solicitaron los permisos correspondientes en las instituciones de salud seleccionadas de manera intencional, tomando como criterio el acceso para la evaluación de la muestra. Se aplicó el instrumento de manera individual a cada uno de los trabajadores que se encontraban en la institución, en el momento de la evaluación. La aplicación del inventario de Maslach se efectuó en diversas áreas (consultorio, salas de espera, cafetería, oficinas administrativas, etc.) según la disposición de los evaluados. Una vez recolectados los datos se procedió a procesar la información, mediante el programa SPSS 19.0 licenciado por Microsoft, de acuerdo con los objetivos de esta investigación. Para el caso de los valores sociodemográficos se han cuantificado a través de estadísticos descriptivos, frecuencias y porcentajes. Para efectuar las comparaciones se ha utilizado la prueba t de Student y el análisis de varianza según el nivel de medición de las variables.

RESULTADOS

Se evaluó a 213 profesionales que se desempeñan en el área de la salud en la ciudad de Arequipa. El 35.7% fueron varones y el 63.8% fueron mujeres, con una edad media de 37 años con una desviación estándar de ± 10.51 , dentro de un rango de 23 a 68 años. En cuanto al estado civil, 42.7% son solteros, 52.1% casados, 3.3% eran convivientes, 0.9% son divorciados y 1% son viudos. El 40.8% no tiene hijos, el 12.7% tiene un hijo, 30% tiene dos hijos, 12.2% tiene tres hijos, 3.8% cuatro hijos y 0.5% tiene cinco hijos. Ocupacionalmente, 40.8% son médicos, 22.1% son enfermeras, 8.5% son obstetras, 6.6% son farmacéuticos, 4.2% son dentistas, 3.3% nutricionistas, 10.3% técnicos de enfermería y el resto tienen otras profesiones como psicólogos, anestelistas, etc. El 27.7% trabaja en el Ministerio de Salud, el 24.9% en EsSalud, el 7% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN), el 3.3% en el Hospital de la Policía, el 20.7% labora en una posta de salud, el 15.5% en el sector privado y el 0.9% no registró este dato. El 5.2% tienen a su cargo una jefatura, el 6.1% son asistentes, el 13.6% son residentes, el 7.5% son internos y el 67.1% son contratados. El 51.6% labora menos de cinco años, el 14.1 de cinco a diez años y el 34.3% más de diez años. el 8.5% percibe un salario mensual por debajo del mínimo (\$ 320 USD), el 18.8% recibe un sueldo en torno al sueldo mínimo y el 72.8% más del sueldo mínimo vital.

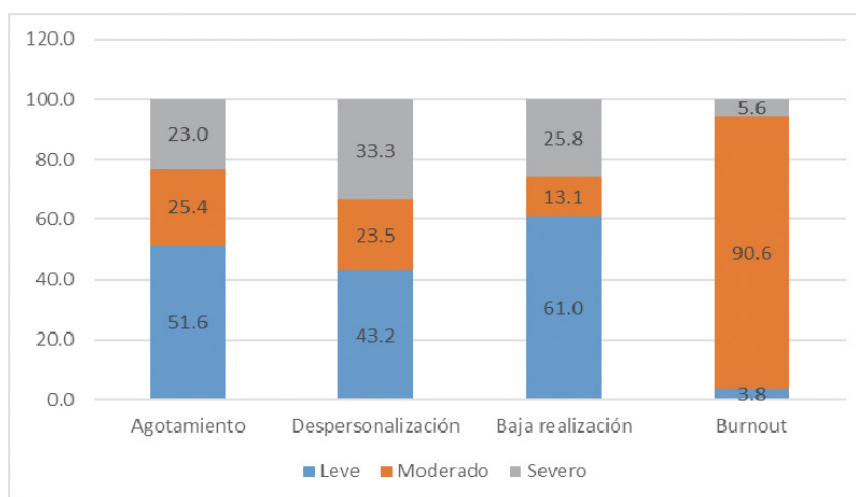
Los datos de la **tabla I** permiten apreciar los estadísticos descriptivos del personal evaluado. Se aprecia que la media del síndrome de burnout fue de 65.173, lo que implica un nivel moderado del síndrome, mientras que el agotamiento emocional obtuvo una media de 18.469 que le ubica en un nivel bajo, la despersonalización obtuvo una media de 7.216, que es moderada, y la baja realización profesional, obtuvo una media de 39.488, que implica un nivel leve. Las asimetrías fueron bajas, lo que supone una distribución normal de los datos, y un poco ladeada hacia la derecha, para la baja realización profesional, por ser negativa.

Tabla I. Estadísticos descriptivos.

	Burnout	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización profesional
Media	65.173	18.469	7.216	39.488
Mediana	64.000	18.000	6.000	42.000
Moda	57,00	21.00	0.00	48.00
Desv. típ.	14.641	11.200	6.364	8.769
Varianza	214.380	125.448	40.510	76.911
Asimetría	.312	.341	.685	-1.033
Curtosis	1.793	-.463	-.450	.475

Porcentualmente, el 51.6% de la muestra, se ubica en un nivel leve de agotamiento emocional, mientras que el 25% en un nivel moderado y el 23% en un nivel severo. La dimensión de despersonalización alcanza es leve en el 43.2% de la muestra, moderada en el 23.5%, y severa en el 33.3%. La baja realización personal es leve en el 61% de los trabajadores evaluados, en el 13.1% es moderada y severa en el 25.8%. El síndrome de burnout fue leve en el 3.8% del personal de salud, moderada en el 90.6% y severa en el 5.6%. Esto sugiere que porcentajes importantes de profesionales tienen algunos síntomas del síndrome de burnout, y un bajo porcentaje de trabajadores que tienen el síndrome de burnout como diagnóstico.

Figura 1. Porcentajes de síndrome de burnout y sus dimensiones según su gravedad.



También se realizaron comparaciones según el sexo con la prueba t student, cuyos resultados se muestran en la **tabla II** Como se puede observar solo existen diferencias significativas en la despersonalización, siendo mayores los puntajes para los varones ($p= .14$), y en el síndrome de burnout como puntuación total, siendo mayor también en los varones ($p= .042$). es decir, los varones presentan mayor despersonalización y prevalencia de síndrome de burnout que las mujeres.

Tabla II. Comparaciones según el sexo.

Sexo	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media	t	gl	p																																				
Agotamiento	Varón	76	20.039	11.062	1.654	210	.100																																				
	Mujer	136	17.419	11.063				.948	Despersonalización	Varón	76	8.657	6.670	2.496	210	.014	Mujer	136	6.352	6.043	.518	Baja realización profesional	Varón	76	39.065	8.782	-586	210	.571	Mujer	136	39.779	8.793	.754	Síndrome de burnout	Varón	76	67.763	14.138	2.052	210	.042	Mujer
Despersonalización	Varón	76	8.657	6.670	2.496	210	.014																																				
	Mujer	136	6.352	6.043				.518	Baja realización profesional	Varón	76	39.065	8.782	-586	210	.571	Mujer	136	39.779	8.793	.754	Síndrome de burnout	Varón	76	67.763	14.138	2.052	210	.042	Mujer	136	63.551	14.662	1.257									
Baja realización profesional	Varón	76	39.065	8.782	-586	210	.571																																				
	Mujer	136	39.779	8.793				.754	Síndrome de burnout	Varón	76	67.763	14.138	2.052	210	.042	Mujer	136	63.551	14.662	1.257																						
Síndrome de burnout	Varón	76	67.763	14.138	2.052	210	.042																																				
	Mujer	136	63.551	14.662				1.257																																			

También se realizaron comparaciones según el tiempo de servicios con el análisis de varianza, encontrándose que en las tres dimensiones de síndrome de burnout y la puntuación total; lo que quiere decir que en los trabajadores que presentan menor tiempo de servicio, el agotamiento emocional, la despersonalización, la baja realización profesional y el síndrome de burnout es mayor (ver [tabla III](#)).

Tabla III. Comparaciones según tiempo de servicios.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento emocional	Inter-grupos	950.394	2	475.197	3.891	.022
	Intra-grupos	25644.658	210	122.117		
	Total	26595.052	212			
Despersonalización	Inter-grupos	831.230	2	415.615	11.252	.000
	Intra-grupos	7756.836	210	36.937		
	Total	8588.066	212			
Baja realización profesional	Inter-grupos	562.460	2	281.230	3.751	.025
	Intra-grupos	15742.761	210	74.966		
	Total	16305.221	212			
Síndrome de burnout	Inter-grupos	1886.502	2	943.251	4.547	.012
	Intra-grupos	43562.071	210	207.438		
	Total	45448.573	212			

Las comparaciones en función de los ingresos económicos de los trabajadores no reportaron diferencias significativas, lo que quiere decir que el factor dinero no muestra valores diferenciales en el síndrome de burnout (ver [tabla IV](#)).

Las comparaciones en función del estado civil, tampoco reportaron diferencias significativas entre el personal de salud evaluado (ver [tabla V](#)), aunque la dimensión de despersonalización tiene un nivel de significancia que se acerca al mínimo establecido, no puede considerarse significativo, por tanto, no puede decirse que existen diferencias sobre el síndrome de burnout y sus dimensiones en función del estado civil.

En cuanto al lugar de trabajo o institución donde laboran, puede verse que el análisis de varianza, ha reportado que los trabajadores que tienen como centro de trabajo, un hospital, presentan mayor despersonalización, que quienes trabajan en postas de salud. Estos valores fueron altamente significativos (p= .002). La [tabla VI](#) muestra los valores de las comparaciones en cada una de las dimensiones del síndrome de burnout y el puntaje total.

Tabla IV. Comparaciones según ingresos.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento emocional	Inter-grupos	123.155	2	61.577	.488	.614
	Intra-grupos	26471.897	210	126.057		
	Total	26595.052	212			
Despersonalización	Inter-grupos	34.701	2	17.350	.426	.654
	Intra-grupos	8553.365	210	40.730		
	Total	8588.066	212			
Baja realización profesional	Inter-grupos	58.235	2	29.118	.376	.687
	Intra-grupos	16246.985	210	77.367		
	Total	16305.221	212			
Síndrome de burnout	Inter-grupos	287.979	2	143.990	.670	.513
	Intra-grupos	45160.594	210	215.050		
	Total	45448.573	212			

Tabla V. Comparaciones según estado civil.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento emocional	Inter-grupos	1069.540	5	213.908	1.735	.128
	Intra-grupos	25525.512	207	123.312		
	Total	26595.052	212			
Despersonalización	Inter-grupos	384.364	5	76.873	1.940	.089
	Intra-grupos	8203.702	207	39.631		
	Total	8588.066	212			
Baja realización profesional	Inter-grupos	309.902	5	61.980	.802	.549
	Intra-grupos	15995.319	207	77.272		
	Total	16305.221	212			
Síndrome de burnout	Inter-grupos	1375.388	5	275.078	1.292	.269
	Intra-grupos	44073.185	207	212.914		
	Total	45448.573	212			

Tabla VI. Comparaciones según lugar de trabajo.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento emocional	Inter-grupos	1331.025	6	221.838	1.809	.099
	Intra-grupos	25264.026	206	122.641		
	Total	26595.052	212			
Despersonalización	Inter-grupos	841.890	6	140.315	3.732	.002
	Intra-grupos	7746.176	206	37.603		
	Total	8588.066	212			
Baja realización profesional	Inter-grupos	783.756	6	130.626	1.734	.115
	Intra-grupos	15521.465	206	75.347		
	Total	16305.221	212			
Síndrome de burnout	Inter-grupos	1568.062	6	261.344	1.227	.294
	Intra-grupos	43880.511	206	213.012		
	Total	45448.573	212			

Al hacer comparaciones en función del cargo del personal de salud, puede verse en la **tabla VII**, que aquellos trabajadores con un cargo jerárquico más alto (jefaturas o asistentes) tienen menos niveles de despersonalización y de baja realización personal; siendo estas diferencias altamente significativas ($p < .005$).

Tabla VII. Comparaciones según el cargo.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento emocional	Inter-grupos	1110.693	5	222.139	1.804	.113
	Intra-grupos	25484.358	207	123.113		
	Total	26595.052	212			
Despersonalización	Inter-grupos	718.666	5	143.733	3.781	.003
	Intra-grupos	7869.400	207	38.016		
	Total	8588.066	212			
Baja realización profesional	Inter-grupos	1277.336	5	255.467	3.519	.004
	Intra-grupos	15027.884	207	72.598		
	Total	16305.221	212			
Síndrome de burnout	Inter-grupos	899.908	5	179.982	.836	.525
	Intra-grupos	44548.665	207	215.211		
	Total	45448.573	212			

En cuanto a la profesión, las comparaciones mediante el análisis de varianza, indican que los trabajadores del sector salud, que son médicos y enfermeras, presentan mayores niveles de despersonalización, baja realización profesional y síndrome de burnout, que aquellos que pertenecen a profesiones tales como psicología, nutrición, obstetricia y odontología. Estas diferencias son significativas en los casos mencionados ($p < .05$) (ver **tabla VIII**).

Tabla VIII. Comparaciones según la profesión.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento emocional	Inter-grupos	1239.524	7	177.075	1.432	.194
	Intra-grupos	25355.528	205	123.686		
	Total	26595.052	212			
Despersonalización	Inter-grupos	984.370	7	140.624	3.791	.001
	Intra-grupos	7603.696	205	37.091		
	Total	8588.066	212			
Baja realización profesional	Inter-grupos	1742.596	7	248.942	3.504	.001
	Intra-grupos	14562.625	205	71.037		
	Total	16305.221	212			
Síndrome de burnout	Inter-grupos	3004.688	7	429.241	2.073	.048
	Intra-grupos	42443.884	205	207.043		
	Total	45448.573	212			

Finalmente, se aplicó la prueba de correlación de Pearson para valorar el grado de correlación entre las dimensiones del síndrome de burnout y la edad, y se encontraron relaciones significativas entre la edad y la despersonalización, aunque esta fue baja y negativa ($r = -.293$; $p = .000$). El agotamiento emocional se relacionó de manera positiva y moderada con la despersonalización ($r = .592$; $p = .000$), de manera negativa y moderada

con la baja realización personal ($r = -.300$; $p = .000$), y de manera fuerte y significativa con el síndrome de burnout ($r = .843$; $p = .000$). La despersonalización se relacionó de manera moderada y negativa con la baja realización personal ($r = -.485$; $p = .000$), y positivamente con el síndrome de burnout ($r = .598$; $p = .000$). La baja realización personal se relacionó de manera baja, positiva y significativamente, con el síndrome de burnout ($r = .159$; $p = .05$).

DISCUSIÓN

El presente estudio se ha valorado la prevalencia del síndrome de burnout en 213 trabajadores del sector salud de la ciudad de Arequipa, en el sur del Perú. Los datos sugieren que, aunque la prevalencia del síndrome es baja (5.6%), sí hay una presencia alta de despersonalización (33.3%), baja realización profesional (25.8%) y agotamiento emocional (23%). Estas cifras se encuentran por encima de las reportadas en provincias como Cusco⁴⁶ y Tacna⁴⁷, aunque tales estudios son de hace más de diez años. Es importante en ese sentido, realizar mayor cantidad de estudios en trabajadores del sector salud, pues, aunque la psicología de la salud ocupacional es un tema emergente en el país⁵¹, los factores psicológicos del riesgo psicosocial, no reciben la atención que se requiere para disminuir las altas tasas de déficit de salud mental en los trabajadores de este sector.

Por otro lado, diversos factores sociodemográficos y laborales, han revelado diferencias significativas que merecen ser comentadas. En primer lugar, se encontró que los varones en comparación con las mujeres presentan mayor despersonalización y prevalencia de síndrome de burnout, dato que contradice lo reportado en diversas investigaciones, donde las mujeres presentan mayor sobrecarga laboral y por ende mayor estrés, debido al conflicto trabajo-familia, y a otras condiciones laborales, que son más perjudiciales para ellas^{24,25}. La explicación a nuestros resultados podrían relacionarse con el hecho de que los varones suelen ser menos sociables que las mujeres, lo que implicaría un trato más distante con los pacientes, y por ende una mayor propensión hacia la despersonalización, cuyos puntajes afectan directamente a la puntuación total del síndrome de burnout, ya que se relaciona de manera moderada y significativa con este ($r = .598$).

Además, los trabajadores con menor tiempo de servicio fueron los que presentaron mayores niveles de síndrome de burnout, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. Esto se explica porque los trabajadores más jóvenes son quienes tienen menos experiencia laboral y menor tiempo de servicios. La edad y la despersonalización, por ejemplo, se correlacionaron de manera baja y negativa ($r = -.293$), lo que refuerza lo anteriormente dicho. En ese sentido, la limitada experiencia de los trabajadores con menor tiempo de servicio, puede ser un factor coadyuvante de diversos factores de riesgo psicosocial¹⁵. A ello se suma, que los estudiantes de las carreras del sector salud, tienen algunas manifestaciones clínicas que merman su salud mental⁴⁵, lo que supone dar una mejor preparación académica, profesional y personal a los futuros profesionales de la salud, de modo que estén mejor capacitados para hacer frente a las condiciones desencadenantes de estrés y otros factores de riesgo psicosocial como el burnout.

Por otro lado, los trabajadores que laboran en hospitales obtuvieron puntajes más altos en despersonalización, hecho que tendría que ver con una mayor sobrecarga laboral y, por ende, con un trato más distante y comprometido con los pacientes, dada la alta tasa de atenciones que se suele registrar en este tipo de nosocomios. En un estudio previo en la ciudad de Arequipa, también se registró que quienes laboran en hospitales de nivel III tienen mayor agotamiento emocional que las enfermeras que trabajaban en hospitales de categorías inferiores⁴⁸. En tal sentido, es importante organizar mejor las condiciones de trabajo, adecuándolos a las necesidades del personal de salud⁶.

Con respecto al cargo, los profesionales que ocupan puestos de mayor jerarquía son quienes tienen un menor índice de despersonalización y baja realización personal. En ese

sentido, el ocupar un cargo de mayor responsabilidad implica mayor control y menores demandas asistenciales²³, que podrían tener un efecto protector, pues se reduce el contacto con los pacientes y se tiene mayor libertad para tomar decisiones. Además de ello, el cargo de jefatura o de médico asistente, suele implicar un sueldo superior al de los trabajadores de menor jerarquía, así como condiciones laborales más estables, que favorecen el bienestar psicológico, social y laboral. No resulta sorprendente, por tanto, que se hayan encontrado diferencias significativas bajo este criterio de comparación.

Asimismo, fueron las enfermeras y los médicos quienes presentaron mayor nivel de despersonalización y baja realización profesional. En ese sentido, si se concibe la despersonalización como un mecanismo de defensa para hacer frente al estrés³⁰, es posible que estos grupos profesionales, que tienen actividades más demandantes y riesgosas, sean quienes se distancian más de los pacientes. Por otro lado, la baja realización profesional puede relacionarse con las condiciones físicas de los ambientes laborales en el sector salud, que se encuentran desprovistos de equipos e instrumental adecuado, en la mayoría de los casos.

Para poder mejorar las condiciones de trabajo que permitan revertir las cifras de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización reportadas, es necesario implementar medidas a nivel personal, organizacional y social. Pero se puede comenzar estableciendo turnos de trabajo más equilibrados, fomentar el balance familia-trabajo, promover ambientes de trabajo más agradables y desarrollando políticas sociolaborales que impacten positivamente en la salud y el bienestar de los trabajadores²⁷. Es importante, también que los trabajadores del sector salud valoren más la salud mental, pues, de acuerdo con algunos estudios en el país, el personal de salud, suelen tener concepciones binarias y estigmatizadas sobre dicho constructo⁵², que obstaculizan desarrollar una comprensión más cabal y fidedigna de los factores desencadenantes del síndrome de burnout y otras formas de riesgo psicosocial. Es importante entender que el síndrome de burnout puede afectar seriamente la salud física y mental de quien lo padece⁵³, así como afectar a los usuarios de los servicios médico-asistenciales. En tal sentido, sería conveniente contar con mecanismos laborales adecuados que mejoren el desempeño laboral de los trabajadores, como mayor retroalimentación, apoyo técnico especializado, reconocimiento de logros, códigos de conducta claros para mejorar la calidad de la atención y el ambiente de trabajo⁵⁴. Estos mecanismos se relacionan con modelos de alta eficiencia en la actividad asistencial de los servicios de salud^{55,56}, pero deben tomar en cuenta los puntos anteriormente tratados, para lograr que los factores organizacionales jueguen a favor de los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cobos D, Vilariño CM, Vazquez Y, Ramos M, Torres A. Percepción del riesgo biológico en dos entidades de ciencia del sector salud en Holguín. Cuba. Med Segur Trab (Internet). 2016; 62(244): 212-222.
2. Muñoz AI. Control de la exposición ocupacional a tuberculosis en instituciones de salud. Med Segur Trab. 2016; 62(244): 188-198.
3. García A, de Juanes JR, Arrazola MP, Herreros FJ, Sanz MI, Lago E. Accidentes con exposición a material biológico contaminado por VIH en trabajadores de un hospital de tercer nivel de Madrid (1986-2001). Rev Esp Salud Pública. 2004; 78(1): 41-51.
4. Argote L. Mortalidad en médicos y enfermeros del municipio Arroyo Naranjo. 2001-2010. Rev. Cuba Salud Trab. 2014; 15(1): 31-4.
5. Gómez DA, Muñoz DP. Caracterización de los accidentes laborales en un hospital de alta complejidad de la región de Antioquia, Colombia. Rev. Cuba Salud Trab. 2015; 16(2): 31-6.
6. López-Clavero CM, Solano S, Riesco MI. Adecuación de puesto de trabajo en el ámbito sanitario. Med. Segur. Trab. 2007; 52(206): 1-7.
7. Delgado D, Aguilera MA, Delgado F, Cano I, Ramírez O. Calidad de vida en el trabajo y condiciones de trabajo, en auxiliares de esterilización. Cienc Trab. 2013; 15(48): 148-51.
8. Ruiz F, Palomino J, Zambrano R, Llap C. Prevalencia, impacto en la productividad y costos totales de las principales enfermedades en los trabajadores de un hospital al sur del Perú en el año 2003. Rev Med Hered. 2006; 17(1): 28-34.

9. Franco SA, Salazar M, Ramírez JL, Preciado L. Los costos en riesgos de trabajo y su impacto en las condiciones de salud. UMAE. Hospital de Especialidades del Centro Médico nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Jalisco. 2012. *Rev. Cuba Salud Trab.* 2015; 16(2): 10-5.
10. Jennings ME. Utilization of patient satisfaction-patient retention strategies in primary care healthcare setting. *Glob. Adv. Res. J. Manag. Bus. Stud.* 2012; 1(1): 1-5.
11. Moreno A, Aranda C, Preciado ML, Valencia S. Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud, Tamaulipas, México 2010. *Cienc Trab.* 2011; 13(39): 11-6.
12. Linares TME, Díaz W, Rabelo G, Díaz H, Almirall PJ. Evaluación epidemiológica de la incapacidad laboral en trabajadores de la salud. *Rev. Cuba Salud Trab.* 2002; 3(1-2): 17-25.
13. Cabrera CE, Franco SA. Comportamiento del ambiente de trabajo en prestadores de servicios de salud en medicina familiar. *Rev. Cuba Salud Trab.* 2011; 12(2): 3-8.
14. Arias WL, Zegarra J. Clima organizacional, síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de un hospital oncológico de Arequipa. *Rev. Psicol. Trujillo (Perú).* 2013; 15(1): 37-54.
15. Acevedo GE, Sánchez J, Farías MA, Fernández AR. Riesgos psicosociales en el equipo de salud de Hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Cienc Trab.* 2013; 15(48): 140-7.
16. Pérez-Zapata D, Zurita R. Calidad de vida laboral en trabajadores de salud pública en Chile. *Salud & Sociedad.* 2014; 5(2): 172-180.
17. Franco SA, Preciado ML, García LJ, Vázquez JM. Análisis de los accidentes de trabajo y de trayecto de los trabajadores de un hospital de especialidades, en Jalisco México. *Cienc Trab.* 2011; 13(41): 187-90.
18. Oliver A, García-Layunta M, Tomás JM. Modelo estructural para evaluar los predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario. *Arch. Prev. Riesgos Labor.* 2006; 9(2): 61-6.
19. Gil F, Paz M, León JM, Medina S, Alcover CM. Assessing social skills in health professional services: The case of health-transport technicians. *European Journal of Psychological Assessment.* 2005; 21(3): 173-81.
20. Oramas A, Vergara A, Huerta J, Fernández SC. El Boar, un cuestionario de indicadores salutogénicos para población trabajadora. *Rev Cuba Salud Trab.* 2013; 14(3): 65-71.
21. Rodríguez G, López GM, Marrero ML. Confiabilidad test-retest del cuestionario «Índice de capacidad de Trabajo» en trabajadores de la salud de servicios hospitalarios de Arroyo Naranjo, La Habana. *Rev. Cuba Salud Trab.* 2013; 14(2): 45-54.
22. Aguado JI, Bátiz A, Quintana S. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab.* 2013; 59(231): 259-275.
23. Juárez A, Vera A, Merino C, Gómez V, Feldman L, Hernández E. Demanda/Control y la salud mental en profesionales de la salud: Un estudio en seis países latinoamericanos. *Información Psicológica.* 2014; 108: 2-18.
24. Almirall PJ, del Castillo NP, Parada C, Reyes L, González A, Hernández JS. Estrés y fatiga en el ámbito hospitalario: Un estudio con enfoque de género. *Rev. Cuba Salud Trab.* 2013; 14(1): 46-50.
25. Marrero ML. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para el peso al nacer en trabajadoras embarazadas en la edad juvenil. *Rev. Cuba Salud Trab.* 2007; 8(2): 20-6.
26. Mamani A, Obando R, Uribe AM, Vivanco M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf.* 2007; 3(1): 50-7.
27. García-Moran MC. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona.* 2016; 19: 11-30.
28. Cano-Langreo M, Cicirello-Salas S, López-López A, Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab.* 2014; 60(234): 198-218.
29. Irarrázaval M, Halpern M, Huneeus J. Calidad de vida en psiquiatras infanto-juveniles, neuropediatras y residentes de psiquiatría infanto-juvenil: Uso de la encuesta WHOQOL-BREF. *Rev. Chil. Psiquiatr. Infanc. Adolesc.* 2012; 23(1): 8-19.
30. Arias WL, Jiménez NA. Estrés crónico en el trabajo: Estudios sobre el síndrome de burnout en Arequipa. Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2012.
31. Freudenberger HJ. *Burnout.* New York: Doubleday; 1980.
32. Maslach C. *Burnout.* *Human Behavior.* 1976; 5(9): 16-22.
33. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981; 12: 99-113.
34. Olivares VE, Gil-Monte PR. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en trabajadores de servicios en Chile. *Información Psicológica.* 2007; 91: 43-52.
35. Carlotto MS, Pizzinato A, Bones K, Oliveira-Machado R. Prevalence and factors associated with burnout syndrome in professionals in basic health units. *Cienc Trab.* 2013; 15(47): 76-80.

36. Marucco MA, Gil-Monte PR, Vázquez L, Flamenco E. Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en odontólogos residentes en seis hospitales de la Pcia. de Buenos Aires. *Revista Argentina de Odontología*. 2008; 96(1): 49-52.
37. Carballo R, Román JJ, Rosado YR, Rosado YI. Estrés y síndrome de burnout en estomatólogos. *Rev. Cuba Salud Trab*. 2014; 15(1): 42-9.
38. Gil-Monte PR, Marucco MA. Depresión y su relación con el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras del conurbano bonaerense. *Diagnos*. 2006; 3: 27-38.
39. Borda M, Navarro E, Aun E, Berdejo H, Racedo K, Ruiz J. Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*. 2007; 23(1): 43-51.
40. Camacho-Ávila A, Juárez-García A, Arias F. Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Cienc Trab*. 2010; 12(35): 251-256.
41. Suca RD. Síndrome de burnout en internos de medicina del Perú: ¿es un problema muy prevalente? *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79(1), 69.
42. Sánchez-Marín C, Chinchón-Peralta J, León-Jiménez F, Alipazaga-Pérez P. Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana de tres universidades de Lambayeque, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79(4), 197-206.
43. Rodríguez MR, Sanmiguel MF, Jiménez J, Esparza RI. Análisis de los estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios del área de la salud. *Revista de Estilos de Aprendizaje*. 2016; 9(17): 54-73.
44. Sánchez V, Donat R, Formons D, Vaqué C. Análisis del comportamiento de los estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios y profesionales de ciencias de la salud. *Revista de Estilos de Aprendizaje*. 2015; 8(16): 137-161.
45. Eguiluz LL, Mera J. Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a las carreras de salud. *Rev. Investig. Psicol*. 2014; 17(1): 43-53.
46. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. *Situa*. 2001; 23: 11-21.
47. Dueñas M, Merma L, Ucharico R. Prevalencia de burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL*. 2003; 8(1): 34-37.
48. Arias WL, Jiménez NA. Incidencia del síndrome de burnout en enfermeras de los hospitales de Arequipa. *Nuevos Paradigmas*. 2011; 5(1): 37-50.
49. Arias WL, Muñoz A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2016; 42(4): 1-19.
50. Arias WL, Justo O, Muñoz E. Síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos de la ciudad de Arequipa. *Rev. Psicol. (Arequipa. Univ. Catól. San Pablo)*. 2014; 4(4): 25-42.
51. Fernández M, Calderón-De la Cruz G, Navarro-Loli JS. Psicología de la salud ocupacional: una especialidad emergente en el Perú. *Rev Med Hered*. 2016; 27: 193-194.
52. Moll S. Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Rev. Psicol. (Lima)*. 2013; 31(1): 99-128.
53. Diana IS. Burnout y prescripción de incapacidad laboral temporal. *Med Segur Trab*. 2009; 55(215): 72-81.
54. Cortez R, García A. Mejoramiento del desempeño laboral de los trabajadores del sector salud: el caso de Nicaragua. *Apuntes*. 2011; 38(69): 81-100.
55. Jiménez FJ, Plaza-Nieto JF, Navacerrada F, Alonso-Navarro H, Pilo-de-la-Fuente B, Arroyo-Solera M, Guillán M, Calleja M, Moreno-Puestas D. Actividad asistencial neurológica en un hospital comarcal de reciente creación: modelo de alta eficiencia. *Rev. Neurol*. 2015; 60(5): 193-201.
56. Leyzeaga M, Azuaje J, Mesías A. La calidad de los servicios médicos asistenciales: estudio de caso en una institución privada. *Ind. data*. 2014; 17(1): 16-23.

