

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA**



Tesis

**AGOTAMIENTO OCUPACIONAL EN MÉDICOS RESIDENTES
DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA
EN EL AÑO 2022**

Presentada por el Bachiller:

Valdivia Lopez, Carlos Alberto

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesora:

Med. Cala Rodriguez, Yenny Del Pilar

Médica Cirujana

Especialista en Medicina Familiar

AREQUIPA - PERU

2022

DEDICATORIA

A Dios, quien ha sido mi fiel acompañante en cada momento de mi vida, iluminándome y ayudándome a seguir adelante.

A mi madre, Lilia, mi mayor ejemplo de lucha y perseverancia, quien ha forjado mi camino con amor y apoyo incondicional, celebrando mis triunfos y ayudando a recuperarme de mis derrotas.

A mi padre, José, quien con su ejemplo me ha educado en un hogar lleno de valores y principios, que han hecho de mí una persona buena y correcta.

A mi hermano, José, mi mejor amigo, mi compañero de vida, aquel que ha estado siempre a mi lado, brindándome su cariño y siendo mi soporte en los momentos más difíciles.

A mis abuelos, Pedro y Fortunata, quienes, desde que tengo uso de razón, me han llenado de cariño, amor y sabios consejos, y a pesar de que hoy ya no están a mi lado, su recuerdo es suficiente motivo para seguir adelante.

Y finalmente, a todas aquellas personas que por el reducido tamaño de este papel no puedo mencionar, pero cuyo apoyo guardo en mi corazón y he usado como impulso para lograr este anhelado sueño, de ser médico cirujano.

AGRADECIMIENTO

A mi querida Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, alma mater del conocimiento que se me impartió durante mis años de formación y que hicieron de mí el gran profesional en el cual estoy a punto de convertirme.

A todos mis docentes de pregrado, quienes compartieron conmigo largas horas de aprendizaje y formación, tanto médica como personal.

A mis compañeros de estudio, quienes me acompañaron y apoyaron durante los años de formación, y sobre todo a los que me ayudaron en el desarrollo de este proyecto.

A mi asesora, la doctora Yenny Cala, y a todos los doctores que me orientaron y apoyaron en la realización de la presente investigación.

A los médicos jefes de departamento y sobre todo a los médicos residentes de las diferentes áreas de los hospitales Goyeneche, Honorio Delgado Espinoza, Yanahuara y Carlos Alberto Seguin Escobedo, por la colaboración, amabilidad y predisposición para participar en el presente estudio.

INDICE

RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO	07
1. SINDROME DE BURNOUT	08
1.1. HISTORIA	08
1.2. CONCEPTUALIZACIÓN	09
1.3. DIMENSIONES	10
1.4. EPIDEMIOLOGÍA	11
1.5. DESARROLLO	13
1.6. FISIOPATOLOGÍA	14
1.7. FACTORES DE RIESGO EN PROFESIONALES DE LA SALUD ...	17
1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	21
1.9. DIAGNÓSTICO	22
1.10. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	24
2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	26
2.1. INTERNACIONALES	26
2.2. NACIONALES	30
2.3. LOCALES	31
CAPÍTULO II: MÉTODOS	33
1. ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO	34
2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	34
3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS	43
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	53
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
1. CONCLUSIONES	68
2. RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	79

RESUMEN

En los últimos años ha existido un gran debate sobre si la residencia médica representa o no un riesgo para la salud mental del residente, pues durante ella el médico es sometido a largos periodos de estrés, que al ser constantes en el tiempo e intensidad pueden saturar sus mecanismos de adaptación generando finalmente un cuadro de agotamiento psicobiológico conocido como Síndrome de Burnout. **Objetivos:** Determinar el nivel de agotamiento ocupacional y los factores relacionados a él en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022. **Métodos:** Según Altman D., se desarrolló un estudio observacional, prospectivo y transversal en 151 médicos a los que se les aplicó una encuesta que contenía una ficha de recolección y el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Servicios Humanos. El análisis estadístico fue mediante Chi Cuadrado (X^2). **Resultados:** El 31,8% de los residentes estuvo en riesgo de desarrollar agotamiento, el 23,8 presentó tendencia y el 8,6% desarrolló el Síndrome de Burnout. De los factores relacionados a él solo se encontró relación significativa en satisfacción con el salario, donde el 32,1%, el 29,6% y el 12,3% de los no satisfechos estaban en riesgo, tenían tendencia y desarrollaron Burnout respectivamente; en carga laboral, donde el 31%, el 28,7% y el 13,8% de los que tenían una alta carga estaban en riesgo, tenían tendencia y presentaron Burnout respectivamente; en ambiente laboral hostil, donde el 36,6%, el 29,3% y el 19,5% de los que referían trabajar en tales circunstancias estaban en riesgo, presentaban tendencia y tuvieron Burnout respectivamente; en relación con los superiores, donde el 43,1%, el 32,8% y el 12,1% de los que refirieron tener mala relación estaban en riesgo, tenían tendencia y tuvieron Burnout respectivamente; y finalmente en recurrencia de guardias, donde el 33,8%, el 25,4% y el 10,0% de los que refirieron que esta era frecuente estaban en riesgo, desarrollaron una tendencia y presentaron Burnout respectivamente. **Conclusiones:** Los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 2022 mayormente se encontraban en riesgo de desarrollar el agotamiento existiendo relación estadísticamente significativa entre esta y la satisfacción con el salario recibido, la carga laboral, la presencia de ambiente laboral hostil, la relación con superiores y la recurrencia de guardias. **PALABRAS CLAVE:** Burnout, nivel de agotamiento, residente.

ABSTRACT

In recent years there has been a great debate about whether or not the medical residency represents a risk to the mental health of the resident, since during it the doctor is subjected to long periods of stress, which, being constant in time and intensity, can saturate its adaptation mechanisms finally generating a picture of psychobiological exhaustion known as Burnout Syndrome. **Objectives:** To determine the level of occupational exhaustion and the factors related to it in the resident physicians who work in the hospitals of the city of Arequipa in the year 2022. **Methods:** According to Altman D., an observational, prospective and cross-sectional study was developed in 151 physicians who were given a survey containing a collection form and the Maslach Burnout Inventory (MBI) of Human Services. Statistical analysis was by Chi Square (X²). **Results:** 31.8% of the residents were at risk of developing burnout, 23.8% presented a tendency and 8.6% developed Burnout Syndrome. Of the factors related to it, a significant relationship was only found in satisfaction with salary, where 32.1%, 29.6% and 12.3% of those who were not satisfied were at risk, had a tendency and developed Burnout, respectively; in workload, where 31%, 28.7% and 13.8% of those with a high workload were at risk, had a tendency and presented Burnout, respectively; in a hostile work environment, where 36.6%, 29.3% and 19.5% of those who reported working in such circumstances were at risk, presented a tendency and had Burnout, respectively; in relation to the superiors, where 43.1%, 32.8% and 12.1% of those who reported having a bad relationship were at risk, had a tendency and had Burnout, respectively; and finally in recurrence of shifts, where 33.8%, 25.4% and 10.0% of those who reported that this was frequent were at risk, developed a tendency and presented Burnout, respectively. **Conclusions:** The resident doctors who work in the hospitals of the city of Arequipa in the year 2022 were mostly at risk of developing exhaustion, with a statistically significant relationship between this and satisfaction with the salary received, the workload, the presence of environment hostile labor, the relationship with superiors and the recurrence of guards.

KEY WORDS: Burnout, level of exhaustion, resident.

INTRODUCCIÓN

El residentado médico es una etapa de formación académica en la que se adquieren las competencias necesarias para poder ejercer una determinada especialidad en medicina (1). No obstante, durante los últimos años ha existido un gran debate sobre si la residencia médica representa un riesgo para la salud mental del residente, y es que durante dicho tiempo los médicos residentes son sometidos a largos periodos de estrés y deben lidiar con nuevas situaciones que para muchos de ellos suele ser estimulante y beneficioso, pero para otros puede generar una sobrecarga de la respuesta al estrés del organismo, que al ser constante en el tiempo e intensidad no permite una adecuada adaptación, generando finalmente un cuadro de agotamiento psicobiológico conocido como burnout (2).

Algunas investigaciones sobre estrés en médicos residentes han demostrado que este grupo de profesionales es especialmente vulnerable y presenta una elevada prevalencia de agotamiento (2), siendo esta aún mayor que en estudiantes de medicina o que en médicos recientemente graduados (3), generando un gran impacto negativo en su desarrollo profesional e incrementando la incidencia de accidentes laborales y el ausentismo, así como provocando una disminución en la productividad, la calidad de atención y la seguridad del paciente (4).

Desde finales del año 2019, en que fueron notificados los primeros casos de COVID-19 en el mundo, en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei en China, la enfermedad por coronavirus ha presentado una muy acelerada y extensa propagación, de carácter global, que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a caracterizarla como una pandemia (5). Es por ello que durante los últimos años las naciones se han preocupado principalmente en satisfacer la alta demanda de servicios de salud y sobre todo hospitalarios, llegando a saturarse en su mayoría y en muchas ocasiones ser insuficientes para la enorme cantidad de pacientes que necesitaban atención (6), siendo los profesionales de la salud, y en especial los que trabajan en primera línea, expuestos a una presión mayor y continua (1).

En tal sentido, durante dicha coyuntura, muchos médicos residentes tuvieron que afrontar la atención de pacientes COVID-19, incluso aun así sus especialidades no estén directamente relacionadas al manejo de los mismo (7), teniendo que enfrentar al igual que los demás profesionales de la salud otros estresores propios de tal terrible escenario pandémico, adicionales a los inherentes a la residencia persé (8), generando un efecto negativo aún mayor en su salud mental.

El síndrome de Burnout, que fue inicialmente propuesto por Herbert Freudenberger, tuvo su primera conceptualización por Cristina Maslach como un estado de afección tridimensional caracterizado por elevado cansancio emocional, elevada despersonalización y baja realización personal, desarrollando poco después junto a Susan Jackson un instrumento para medir dicha entidad llamado el Burnout Maslach Inventory. (9) Desde entonces han sido múltiples las investigaciones desarrolladas a nivel internacional, nacional y local sobre dicho síndrome, definiendo su presencia en sujetos que presentaban la alteración de las tres dimensiones propuestas por Maslach, sin embargo, en dichos estudios se ha dejado de lado a aquellos que presentaban la alteración de una o dos dimensiones, por lo que en el año 2007 Llaja, Sarriá y García desarrollaron un estudio en el que proponen un algoritmo de clasificación de los niveles de Burnout considerando aquella población antes obviada (10).

Es por ello que resulta de suma importancia la presente investigación, pues busca establecer niveles de agotamiento en los médicos residentes de los principales hospitales de la ciudad de Arequipa, considerando aquellos que presenten la afección de una, dos o las tres dimensiones características del Burnout, y los factores relacionados a ello, con el fin de que dichos nosocomios puedan fomentar una cultura de prevención de dicho síndrome diseñando intervenciones efectivas en sus residentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de agotamiento ocupacional y cuáles son los factores relacionados a él en los médicos residentes que laboran en hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022?

HIPOTESIS

Existe una alta prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022 que guarda relación significativa con tener menor edad, ser de sexo femenino, estar soltero, tener de hijos, trabajar en un hospital de alta capacidad resolutive, estar en el tercer año de residencia, estudiar una especialidad quirúrgica, estar insatisfecho con el salario recibido, tener una alta carga laboral, trabajar en un ambiente hostil, tener una mala relación con superiores, presentar una alta recurrencia de guardias, haber sido diagnosticado de COVID-19 durante la residencia, haber tenido contacto directo con pacientes con COVID-19 durante la residencia, haber participado en el tratamiento de pacientes COVID-19 durante la residencia y haber sentido miedo de contagiar de COVID-19 a un familiar durante la residencia.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de agotamiento ocupacional y los factores relacionados a él en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características generales de la población estudiada.
2. Determinar el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022.
3. Determinar si la edad, el sexo, el estado civil y la tenencia de hijos se relacionan significativamente con el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022.
4. Determinar si el lugar de trabajo, el año de residencia, la especialidad estudiada, la satisfacción con el salario recibido, la carga laboral, la

presencia de ambiente laboral hostil, la relación con superiores y la recurrencia de guardias se relacionan significativamente con el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022.

5. Determinar si el diagnóstico de COVID-19 durante la residencia, contacto directo con pacientes con COVID-19 durante la residencia, tratamiento de pacientes COVID-19 durante la residencia y el miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar durante la residencia se relacionan significativamente con el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad Arequipa en el año 2022.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. SINDROME DE BURNOUT

1.1. HISTORIA

El término Burnout fue utilizado originalmente en ingeniería para hacer referencia a un elemento que ejerciera esfuerzo físico en una estructura. En cuanto a sistemas biológicos dicho término es utilizado en referencia a una condición perturbadora de la homeostasis fisiológica y/o psicológica de un organismo. Es así como en 1936 Hans Selye describe por primera vez las consecuencias fisiológicas profundas del estrés como un síndrome producido por diversos agentes nocivos. Otras investigaciones han demostrado efectos fisiológicos nocivos del estrés tanto en animales como en humanos dentro de los que podemos mencionar atrofia del timo y de los ganglios linfáticos, incremento del tono cardiovascular y supresión, crecimiento de las glándulas suprarrenales y úlceras gástricas, así como efectos negativos en las funciones cerebrales (11).

El primer reporte del término fue en 1961, en una publicación titulada "A burnout case" por Graham Green, donde narra la historia de un arquitecto, el cual es atormentado por la rutina en el ejercicio de su profesión, por lo que toma la decisión de dejar la vida que lleva y radicar en la selva africana en busca de paz (11).

Es así como en 1974, Herbert Freudenberger, un médico psiquiatra que laboraba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos al igual que otros jóvenes voluntarios (12), observó en ellos que después de un año de trabajo repetitivo en el cual recibían poco o nada de recompensa por su esfuerzo, comenzaban a manifestar una pérdida progresiva de energía con desmotivación y ausencia de interés hasta llegar al agotamiento, lo que los llevaba a desarrollar cuadros de ansiedad y depresión (11). Ante dicha situación los voluntarios continuaban con su labor en la clínica, pero desmotivados, lo que repercutía en su trato hacia los pacientes, pues en muchas oportunidades se comportaban agresivos y apáticos con ellos. Es así como Freudenberger hace uso del término "burnout", cuya traducción al español significa "estar quemado", para referirse al desgaste

ocasionado por demandas crónicas y excesivas de un trabajo poco recompensado (12).

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN

El síndrome de Burnout fue definido como tal por primera vez en 1974 por Hebert Freudenberger, como un estado de desgaste físico y mental en trabajadores de salud originado por una sobrecarga de las demandas laborales (13).

No obstante, uno de los conceptos más aceptados ha sido el desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, quienes propusieron al Burnout como una reacción a la exposición constante y continua a estrés emocional caracterizada por alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal (13).

Por otro lado, Gil Monte y Peiró en 1997 definen al Burnout como una respuesta que surge ante la falla constante de los mecanismos adaptativos que presenta un sujeto para el afrontamiento adecuado de situaciones laborales estresantes, comportándose como una variable mediadora entre estrés percibido y sus consecuencias (14).

Es así como Gil Monte en el año 2003, remarca la tendencia de los trabajadores con Burnout a caracterizar negativamente sus habilidades para desarrollar sus labores y entablar relaciones no adecuadas con las personas que tratan, sintiéndose de esa manera cansados a nivel emocional, desarrollando sentimientos y actitudes negativas y conductas cínicas hacia los receptores de sus servicios, siendo vistos como poco humanizados por el endurecimiento afectivo (15).

Por otro lado, en el año 2000 Guillen propone al síndrome de burnout como “una pérdida del idealismo, de objetivos y de energía entre quienes tienen como trabajo el servicio directo a personas, secundario a dificultades laborales” (16).

Finalmente, Gil Monte y Peiró en el año 2011 plantean al Burnout como una reacción psicológica al estrés laboral crónico caracterizada por (17).

- El desgaste cognitivo que consiste en la disminución progresiva de la ilusión laboral, la decepción profesional o la decreciente realización personal (17).
- El desgaste afectivo, caracterizado por agotamiento emocional y físico (17).
- La aparición de actitudes y conductas negativas hacia los usuarios de los servicios prestados puestos en manifestó como comportamientos apáticos, poco empáticos y, en ocasiones, dañinos, por lo que eventualmente pueden cursar con sensaciones de culpabilidad (17).

Dentro de las primeras concepciones de Maslach sobre el síndrome recalca su aparición en trabajadores que brindan servicios a otras personas, remarcando como factor importante de su desarrollo a las relaciones interpersonales (18). Sin embargo, en el año de 1988, Pines y Aronson realizan una ampliación de la concepción de Burnout a trabajadores no asistenciales, proponiendo la existencia de tal estado de agotamiento mental y físico en consecuencia varios factores relacionados a una excesiva demanda laboral y no solamente por la prestación de un servicio a otra persona, extendiendo el concepto a cualquier situación de trabajo y a otras variables propias de medio laboral como las relaciones interpersonales con otros trabajadores, la supervisión que recibe el trabajador y las oportunidades de aprendizaje y crecimiento profesional que se le brinda (19).

En tal sentido algunos autores alejan la concepción del Síndrome de Burnout como un estado, considerándolo como un proceso, postulando que dicha entidad no tiene su origen en el trabajador, sino su medio de trabajo y su desarrollo se da de acuerdo a la relación entre las condiciones laborales y variables individuales, tanto sociodemográficas como de personalidad (20, 21, 22).

1.3. DIMENSIONES

La conceptualización que dieron Maslach y Jackson al síndrome de Burnout como una entidad clínica de afección tridimensional, se ha

mantenido vigente hasta la actualidad, considerado dentro de ellas tres dimensiones clásicas, las cuales son (23):

- a) Cansancio emocional donde el trabajador siente un desgaste emocional presentando una disminución su capacidad de servicio a los demás (23).
- b) Despersonalización en la que el trabajador desarrolla sentimiento y actitudes negativas y cínicas hacia las personas usuarias de sus servicios (23).
- c) Falta de realización personal con la concepción negativa de un sujeto sobre sí mismo y sensación de infelicidad consigo mismo y con su labor realizada (23).

Es en base a la llamada afección en tres dimensiones que Cristina Maslach y Susan Jackson postularon, elaboraron el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), para poder realizar la medición de Burnout en los trabajadores de las áreas de servicios humanos (18).

1.4. EPIDEMIOLOGÍA

Desde sus primeras referencias hasta la actualidad se han desarrollado multiples estudios e investigaciones de su prevalencia en los diferentes grupos poblacionales a nivel mundial.

Es así como un estudio desarrollado en personal sanitario de habla hispana reportó una prevalencia en residentes en España de 14,9%, en Argentina de 14,4% y en El Salvador de 7,9%. Por otro lado, en cuanto a los demás profesionales se presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%, siendo mayor en médicos con una prevalencia del 12,1%, en comparación que el personal de enfermería con un 7,2% u Odontología, Psicología y Nutrición con menos del 6%. Siendo más frecuente en médicos que laboran en urgencias con un 17% e internistas con un 15,5% (24).

En cuanto al estudio de la prevalencia de Burnout en el contexto peruano se puede afirmar que son realmente pocas las investigaciones que se han desarrollado.

Fernández desarrolla en el año 2010 un resumen sobre resultados de estudios sobre Burnout realizados en Perú entre los años 2000 y 2009 en varios grupos profesionales dentro de los que incluye al personal de salud, afirmando que los trabajadores de salud conforman un grupo humano abandonado en políticas gubernamentales, recalcando el trabajo en hospitales como “caldo de cultivo para el Síndrome de Burnout”. En el analiza 18 estudios sobre estrés en profesionales de la salud de la ciudad de Lima, en los cuales se obtuvo una prevalencia de Burnout que oscila entre el 5% y 45%, encontrándose nuevamente el carácter variable de la frecuencia de Burnout inclusive dentro de una misma ciudad. Así mismo reporta que existen mayores niveles de burnout de acuerdo al número de guardias nocturnas, horas de trabajo a la semana y de acuerdo a la especialidad, donde los médicos residentes de las especialidades quirúrgicas se encuentran más afectados por el estrés que los médicos residentes de las especialidades clínicas, encontrándose en cuanto a factores de riesgo el sexo masculino, la edad entre 25 a 30 años, el estado civil soltero, ser procedente de una universidad particular, estudiar una especialidad quirúrgica, laborar más semanales y realizar guardias diurnas y nocturnas (25). En dicho análisis es también importante recalcar la evidente mayor cantidad de estudios descriptivos simples versus comparativos o correlacionales, lo que debería marcar un hito para el desarrollo de futuras investigaciones.

En el año 2011 se desarrolló una investigación que tuvo por objetivo estudiar la frecuencia de coexistencia de Síndrome Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes encontrando una frecuencia de Burnout de 54.9% y de sintomatología depresiva de 38.6%, presentando una coexistencia de ambos de 32,9% (1).

También se reportan hallazgos interesantes en cuanto al lugar de trabajo en el estudio de Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper realizado en el año 2005, donde solo un médico fue diagnosticado con dicha entidad clínica donde “La baja prevalencia del burnout está

asociada con las ventajas que presenta el trabajar en una compañía extranjera, con mejores niveles de ingreso, sistema privado de atención de la salud, buenas condiciones de trabajo y la participación en un permanente programa de capacitación” (24).

Del mismo modo otro estudio de Burnout y los niveles de sus dimensiones realizado en médicos, enfermeras y técnicos de enfermería del servicio de emergencia de pediatría de un hospital de Lima en el año 2014 reportó una prevalencia de 3,76%, concluyendo que la falta de trabajo de la cónyuge, sexo, condición laboral y tiempo de trabajo mantenía una relación con el desarrollo de dicha alteración (26).

1.5. DESARROLLO

A lo largo del tiempo se ha admitido que el Síndrome de Burnout es un proceso, producido por la vivencia frecuente de situaciones que finalmente desencadenan en el desarrollo de signos y síntomas. No obstante, la gran variación en su forma de presentación ha hecho que muchos estudiosos del tema pretendan definir tal proceso, postulando múltiples modelos de desarrollo, de los que actualmente ninguno ha sido considerado como definitivo (22).

Edelwich, J. y Brodsky, A. describen en la década de los 80 un modelo progresivo consistente en 4 etapas (22):

- La primera etapa consiste en el entusiasmo que presenta el sujeto al afrontar el empleo, con altas expectativas de lograr su desarrollo personal (22).
- La segunda etapa consiste en el estancamiento que “supone una paralización tras la constatación de la irrealidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmos iniciales” (27).
- La tercera fase corresponde a la frustración donde después de encontrarse el sujeto por un largo tiempo estancado, presenta una sensación en la que se siente incapaz de alcanzar sus metas a pesar del esfuerzo que ponga en ello, por lo que sus expectativas se ven frustradas (27).

- Finalmente se da la fase de apatía donde el sujeto muestra desinterés e indiferencia hacia las actividades que desarrolla que se manifiesta mediante sentimientos y actitudes negativas hacia su trabajo y hacia las personas con las que trata en él (27).

Llaja en 2006 menciona incluso que el modelo progresivo de Edelwich es realmente cíclico, adjudicando que se puede presentar en diferentes momentos o situaciones que involucren al sujeto (27).

Leiter plantea un modelo procesual a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach, en el que propone que el síndrome aparece mediante un proceso que inicia por la presencia de una baja capacidad de adaptación del sujeto ante las altas demandas laborales lo que generaría el cansancio emocional del trabajador, posteriormente el sujeto pretende afrontar negativamente dicha situación produciéndose la despersonalización y teniendo finalmente como producto la baja realización personal (18).

Tanto Lee y Ashfort en 1990 como Gil Monte y cols., en 1993 proponen un modelo de diferenciación etiológica de las 3 dimensiones clásicas del Síndrome de Burnout quedando el agotamiento emocional y la autorrealización sujetas al concepto de ser producto de una presión por el sometimiento a estrés, en tanto que la despersonalización sería una forma de adaptación. En ese sentido la despersonalización y el agotamiento tendrían un base afectivo/emocional frente al carácter cognitivo/aptitudinal de la falta de autorrealización, fuertemente relacionada con la autoconfianza y las expectativas de autoeficacia (27).

1.6. FISIOPATOLOGÍA

Para poder entender la fisiopatología del síndrome de Burnout, es importante tomar como punto de partida el concepto de estrés, el cual usualmente es considerado como un efecto negativo, lo que no es muy cierto. Se define como estrés al estado de activación generalizada que se produce como un intento de adaptación del organismo a las demandas de su entorno inmediato, por ejemplo, una reacción de huida

o lucha, pero que le protege y favorece la conservación de la especie. Cuando el sujeto es sometido a una situación de sobredemanda y logra adaptarse, se le conoce como eustrés, que está definido como el conjunto de respuestas eficaces y controladas en el individuo que son necesarias para su adaptación al entorno, proporcionando una sensación de realización y optimismo (12).

Sin embargo, los estilos de vida actuales están comprendidos de varios estresores, siendo los relacionados al trabajo los frecuentes, por lo que la exposición sostenida a dichos estímulos genera a repetición cuadros de estrés agudo que a lo largo del tiempo se vuelven crónicos (28), produciéndose un conjunto de respuestas descontroladas y exageradas conocidas como distrés (29).

Inicialmente se produce el análisis del estresor mediante la recepción del factor estresante y el filtrado de la información sensorial por el tálamo; posteriormente procede a programar la respuesta al estrés involucrando la corteza prefrontal, implicada en la toma de decisiones, la atención, la memoria a corto plazo, y el sistema límbico para el análisis comparativo entre nuevas situaciones y recuerdos, ejecutándose una respuesta en base a la experiencia; finalmente se da la activación de la respuesta del organismo mediante la amígdala (memoria emocional) y el hipocampo (memoria explícita), activándose el eje hipotálamo-hipofisario, así como la formación reticular y el locus coeruleus, particularmente este último liberará noradrenalina que se distribuye por el sistema nervioso central incrementando la activación del mismo, conllevando al sujeto a una sensación de alerta (12).

El síndrome general de adaptación se divide en tres fases:

- 1) La primera fase es la de alerta en la que, en reacción a un estresor, el hipotálamo, mediante neuronas preganglionares simpáticas, estimula por sinapsis colinérgicas a las células cromafines, en la zona medular de las glándulas suprarrenales, las cuales secretan catecolaminas, principalmente epinefrina, con el objetivo de aportar la energía necesaria al organismo en caso de urgencia

incrementando la vigilancia, la frecuencia cardiaca y generando vasoconstricción a fin de aumentar el aporte sanguíneo a los principales órganos que participan en las reacciones de lucha o huida (12).

- 2) La segunda fase es la defensa o de resistencia, la cual se activa solamente si la respuesta al estrés persiste en el tiempo. En ella el núcleo paraventricular produce un aumento del factor liberador de corticotropina (CRF) que, al llegar al lóbulo anterior de la hipófisis, estimula la secreción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH), y está en última instancia actúa sobre la zona fascicular de la corteza suprarrenal produciendo la síntesis y liberación de glucocorticoides, especialmente cortisol, cuya función, es la de mantener constante el nivel de glucosa sanguínea para nutrir los músculos, el corazón y el cerebro. Teniendo, por un lado, a la epinefrina que aporta la energía de urgencia y, por otro lado, el cortisol que garantiza la renovación de las reservas energéticas (12).
- 3) Finalmente, la tercera fase es la de agotamiento, que se produce si la situación estresante se prolonga aún más en el tiempo, acompañándose de una alteración hormonal crónica que se manifiestan con síntomas orgánicos y psiquiátricos, desbordándose el organismo en su propia respuesta donde poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces y comienzan a acumularse en la circulación para finalmente encontrarse el organismo invadido de hormonas que tendrán un impacto negativo sobre la salud del individuo (12).

Es así como el estrés repetitivo genera, en la fase de agotamiento, un estado de hipercortisolemia crónica, el cual resulta ser neurotóxico para estructuras cerebrales vulnerables, tal como se ha demostrado en animales. Dicha toxicidad neurológica provoca daños a nivel del hipocampo con la pérdida de ramificaciones y el acortamiento reversible de las dendritas apicales de las neuronas piramidales CA3 en los cuernos de Ammon, y con la inhibición de la neurogénesis a nivel

del gyrus dentado produciendo una reducción en el número y el volumen de las neuronas localizadas en él (30).

La atrofia del hipocampo secundaria a estrés se ha relacionado con una disminución de la formación nuevas neuronas, una reducción en la síntesis de factores neurotróficos como el brain-derived neurotrophic factor (BDNF) que inhibe la apoptosis celular, un aumento de la excitotoxicidad (glutamato) debido a una pérdida de células gliales y una neurotoxicidad debido a la hipercortisolemia con reducción de la plasticidad neuronal, que inicialmente suele ser reversible, pero posteriormente puede tornarse permanente. Así también la disminución del volumen del hipocampo se ha relacionado con el desarrollo de desórdenes psiquiátricos, tales como depresión y trastorno por estrés postraumático (30).

1.7. FACTORES DE RIESGO EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Los profesionales de la salud han reportado una gran variedad de estresores como la falta de personal, el incremento de la carga laboral, la recurrencia de guardias, el trato con pacientes conflictivos, el contacto directo con enfermedades, con el dolor y la muerte, la falta de especificidad en sus funciones, la falta de autonomía en la toma de decisiones, entre otros. Sin embargo, a través de diferentes estudios se ha podido notar que el estrés de los trabajadores en salud es causado por una interacción de variables físicas, psicológicas y sociales (31).

Gil-Monte y Peiró desarrollaron el año 1997 una clasificación de los estresores en cuatro niveles:

- a) A el nivel individual, los profesionales de la salud tienden a comprometerse extremadamente en los problemas de los usuarios, transformando la solución de los mismos en algo personal, por lo que se sienten responsables en caso de no lograrlo y ello les genera una sensación de baja realización personal laboral y elevado cansancio emocional (31).

- b) A nivel de las relaciones interpersonales, cuando el trato con los usuarios o con los compañeros de trabajo es conflictivo o problemático a lo largo del tiempo, y existe una sensación de ausencia de respaldo o consideración por parte de sus demás compañeros o de sus superiores, los profesionales suelen experimentar frecuentemente agotamiento (31).
- c) A nivel organizacional, los profesionales suelen distribuirse en base a sistemas burocráticos que generan problemas en la coordinación entre sus integrantes y suelen desordenarse por la ineptitud cualquiera de sus miembros, la autonomía en sus acciones y las respuestas ineficientes ante problemas, generando estresores como la ambigüedad y desacuerdo en sus funciones, y en consecuencia la sobrecarga de labores (31).
- d) Finalmente, a nivel social, los cambios en las condiciones laborales como las variaciones en la legislación que regula sus servicios, la actualización en la práctica de su profesión, los cambios en el perfil demográfico de la población a su cargo, la variación en los agentes patológicos según temporadas, el incremento en la demanda de sus servicios, entre otros, han sido importantes desencadenantes de agotamiento (31).

Christina Maslach en su artículo titulado “Comprendiendo el Burnout”, reportó que una revisión de la literatura de investigación ha permitido identificar seis áreas principales del entorno organizacional que son factores de riesgo para el síndrome de burnout (21):

- 1) La sobrecarga laboral, que ha sido la más considerada por todos los trabajadores, quienes se sienten saturados de funciones y con tiempo insuficiente para desarrollarlas adecuadamente, generando un desequilibrio entre las demandas laborales su capacidad para satisfacerlas. Siendo incluso considerado como el mejor predictor de la dimensión de agotamiento del burnout (21).
- 2) La falta de control, que fue considerada como la segunda área más importante por la clara relación que se ha encontrado entre ella y altos niveles de estrés, presentándose predominantemente en

empleados constantemente supervisados a los que no se les permite emplear sus conocimientos para poder tomar decisiones sintiendo que carecen de autonomía laboral o sintiéndose incluso responsables de aquello sobre lo cual no pueden ejercer control (21).

- 3) Las recompensas insuficientes, que constituyen el tercer dominio crítico, suelen generar en los trabajadores la sensación de no ser compensados adecuadamente por su desarrollo laboral, lo cual no necesariamente hace referencia a retribuciones económicas, si no también a reconocimientos por parte de los usuarios o de sus superiores. No obstante, en cuanto a los trabajadores en salud, generalmente los usuarios o pacientes acuden a ellos cuando presentan alguna enfermedad o necesidad relacionada a su campo, sin embargo, cuando ello es resuelto se van y son sustituidos por nuevos usuarios, generando la sensación de que sus “éxitos” se van, sintiéndose menos recompensados por lo que hacen (21).
- 4) La ruptura en la comunidad, que es considerada la cuarta área más importante, y hace referencia a la presencia de malas relaciones entre el sujeto y los demás empleados en su centro de trabajo, caracterizadas por ausencia de confianza y apoyo, y por la presencia de conflictos no resueltos que generan un quiebre en el significado de comunidad y dificultan el desenvolvimiento e interacción de los trabajadores (21).
- 5) La falta de equidad, que es un área nueva de investigación en agotamiento siendo considerado el mejor predictor de la dimensión de cinismo del Burnout, donde los trabajadores pueden percibir que su ambiente laboral es arbitrario y poco equitativo, generando sentimientos de cólera y enfrentamiento, y ante lo cual pueden optar por comportamientos o medidas para restablecer dicha equidad (21).
- 6) Los conflictos de valor, es un área que no ha sido abordada por muchas investigaciones pero que según Maslach tiene un rol importante en la predicción de niveles de agotamiento, y hace referencia a situaciones laborales en las que los trabajadores se

encuentran una lucha entre valores personales y organizaciones, es decir entre lo que ellos quieren hacer y lo que tienen que hacer, indicando Maslach que la experimentación crónica de dichas situaciones generaría el desarrollo de Burnout (21).

En cuanto al agotamiento durante la residencia médica la revisión sistemática de Navinés R, et al. que fue desarrollada sobre investigaciones realizadas antes y durante la pandemia por COVID-19, ha identificado una gran variedad de factores de riesgo, entre ellos han relacionado el agotamiento (21):

- Al género femenino por la ya conocida vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar cuadros de ansiedad y depresión, y más aún ante la actual coyuntura pandémica; a la no satisfacción con la especialidad elegida.
- Al estudio de especialidades quirúrgicas.
- A ser residente de primer año.
- A la elevada carga laboral con exceso de horas de trabajo
- A la presencia de un ambiente laboral hostil y en general a las malas condiciones de trabajo
- A la baja supervisión y apoyo insuficiente
- A no tener un responsable identificado.
- A la mala relación con superiores.
- Al tipo de hospital, dado que hospitales más grandes comprenden una mayor cantidad de residentes, quienes pueden distribuirse de una mejor manera en sus labores y al mismo tiempo generar mayor competitividad en el desarrollo de ellas, no obstante, los hospitales más pequeños contienen grupos laborales más reducidos, y por lo tanto más organizados para satisfacer las demandas de sus usuarios, con un ambiente laboral más familiar.
- A los turnos de guardia, que para algunos residentes pueden representar una actividad estimulante, mientras que para otros puede ser una fuente anticipada de ansiedad, y ello en base a investigaciones que han confirmado una mayor actividad del eje

hipotálamo-hipofisario-adrenal con la elevación de la curva de concentración plasmática de cortisol antes y durante las guardias.

Considerando que el síndrome de burnout durante la residencia continúa siendo un tema pendiente debido a que sus desencadenantes se basan no solo aspectos psicosociales del entorno laboral, sino también en los cambios biológicos (21).

1.8. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Según la concepción propuesta por Maslach quien describió los tres componentes del Síndrome de Burnout, se ha podido asociar ciertas manifestaciones a ellos como el cansancio emocional relacionado con la ausencia de energía, desaliento y extenuación; la despersonalización o deshumanización relacionada con el desarrollo de comportamientos negativos, pérdida de la sensibilidad y cinismo; o la baja realización personal relacionada con desesperanza y frustración (11).

Herbert Freudenberger clasificó los signos del agotamiento en (32):

- a) Signos físicos como la sensación de debilidad y extenuación, presentación frecuente de cefaleas, diarrea, insomnio y otras manifestaciones psicósomáticas (32).
- b) Signos conductuales como irritabilidad, frustración, paranoia, impulsividad, rabia, depresión y pensamientos rígidos e inflexibles (32).

Por lo que, a pesar de que los signos y síntomas que se presentan en el Síndrome de Burnout son diversos, según las principales investigaciones desarrolladas podemos mencionar:

- a) Manifestaciones psiquiátricas, como el deterioro personal silencioso, ansiedad crónica, depresión crónica y desarrollo de tendencia a autolisis, trastornos del carácter, disfunción familiar y desarrollo adicciones (33). Ahora bien, entre los síntomas emocionales se han reportado la enemistad, rencor, irritabilidad,

dificultad para expresar y controlar las emociones, hastío, desesperación, ansia, confusión y somatología depresiva (34).

- b) Manifestaciones cognitivas como la ausencia de valores, ausencia de expectativas, deterioro en la autoconcepción, disminución en de la creatividad, desorientación cognitiva, cinismo, desatención y presencia de una actitud crítica exagerada (35). En el aspecto conductual se ha mencionado desorganización, ausentismo, irresponsabilidad, autosabotaje, incapacidad de toma de decisiones y abuso de café, tabaco, alcohol y drogas (36).
- c) Manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, hipertensión, diarrea, insomnio, dolor torácico, asma, recurrencia de cuadros gripales, trastornos en la menstruación, cansancio crónico, dolores lumbares, dolores cervicales y reacciones de hipersensibilidad (37).

1.9. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del Síndrome de Burnout han sido utilizados diferentes métodos. Inicialmente las investigaciones han empleado entrevistas estructuradas, observaciones sistemáticas y tests proyectivos para su evaluación, sin embargo, a lo largo del tiempo se ha dado cada vez mayor importancia a los cuestionarios o autoinformes, siendo los más destacados el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Burnout Measure (BM), no obstante, existen muchos otros instrumentos que han ido apareciendo a lo largo del tiempo (18).

a) Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los estudios realizados por Maslach y Jackson se dividieron en dos periodos. En el primero definieron el Burnout aplicando el conocido Maslach Burnout Inventory (MBI) a trabajadores de servicios humanos. Siendo dicho instrumento un cuestionario que consta de 22 preguntas, cuyas respuestas dan a conocer la apreciación que tiene un sujeto sobre su trabajo y su desarrollo en él, basada en la conceptualización tridimensional de Maslach, donde cada interrogante evalúa una de las tres dimensiones clásicas. Es así como el sujeto evaluado le otorga un puntaje como respuesta a

cada pregunta, que al ser sumado con las puntuaciones de las demás interrogantes que evalúan la misma dimensión, le proporcionan un valor total mediante el cual se puede calificar con un nivel alto, medio o bajo, a través de puntos de corte específicos para distintos grupos humanos, estableciéndose el diagnóstico de Burnout en individuos con alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal (18).

El cuestionario de Maslach y Jackson ha sido aplicado en diferentes poblaciones, obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre las tres escalas mencionadas. Es así como, en la revisión de 1986, la evaluación de las tres dimensiones por el Maslach Burnout Inventory, alcanzaron niveles de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0,80 y siendo la validez convergente y la discriminante adecuadas (18).

En términos generales dicho cuestionario es el más utilizado y sus dimensiones evaluadas también son las más aceptadas internacionalmente en la definición del constructo de Burnout. Por lo que Nicolás Seisdedos Cubero realiza la traducción del instrumento a la lengua hispana siendo publicada por TEA ediciones en 1997 (18).

Los estudios de Maslach y Jackson continuaron en 1996 junto con Leiter y Schaufeli, cuyos postulados marcaron un segundo periodo de en la conceptualización del Síndrome de Burnout, donde se logra aceptar la presencia de dicho síndrome en trabajadores ajenos a la prestación de servicios humanos. Como resultado de ello se desarrolla una nueva versión del cuestionario llamada, Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS) que a diferencia del original puede ser utilizado para cualquier profesional (18).

b) Burnout Measure (BM)

Es el segundo instrumento más utilizado en la evaluación del agotamiento que fue elaborado originalmente para la medida del

Tedium, un constructo mucho más grande que abarca el Burnout junto a otros síndromes. Dicho inventario fue producto del luego de una revisión conceptual por Pines y Aronson en 1988. Consta de 21 ítems, con formato tipo Likert de siete puntos con rango de nunca a siempre. Las dimensiones conceptualizadas por los autores que expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental (18).

Otros instrumentos, que también han sido utilizados en investigaciones, son el Cuestionario de desgaste profesional en enfermería (CDPE), el Cuestionario breve de Burnout (CBB), el Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo, la Escala de Burnout en directores de colegios, la Holland Burnout Assessment Survey, la Staff Burnout scale for health professional (SBSS-HP), el Stress profile for Teachers, entre muchos otros (12). No obstante, los más recientemente desarrollados han sido el Copenhagen Burnout Inventory, el Oldenburg Burnout Inventory y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (38).

1.10. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Las graves consecuencias personales y organizacionales que ha generado el Síndrome de Burnout han dado lugar a varios intentos por intervenirlos eficazmente. Algunos de ellos se han basado en el tratamiento temprano una vez ocurrido, mientras que otros se han enfocado en la prevención. Sin embargo, dichas estrategias han coincidido en priorizar la intervención a nivel personal sobre la social u organizacional, argumentando que el trabajador adquiere el síndrome principalmente por aspectos de su propia personalidad, carácter o conducta, a pesar de que la evidencia en investigación hace énfasis en la gran influencia del entorno en su desarrollo. No obstante, algunos autores han elaborado un enfoque social indicando que la causa del agotamiento se encuentra en la interacción entre las personas y sus sistemas de trabajo existentes, postulando que para su prevención resulta esencial desarrollar cambios en la organización laboral y en las

relaciones interpersonales, es decir, modificaciones estructurales y no solo funcionales (39).

Las sugerencias más comunes para la prevención han incluido (39):

- Modificar los estándares laborales como evitar la sobrecarga laboral, respetar los descansos, evitar el trabajar en horas extras, mantener en equilibrio el tiempo de trabajo y el tiempo dedicado a otras actividades.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento como la remodelación cognitiva, la resolución de conflictos y la gestión del tiempo
- Obtener apoyo social tanto de compañeros de trabajo como de familiares.
- Utilizar estrategias de relajación.
- Promover la buena salud y el buen estado físico.
- Desarrollar una mejor autocomprensión a través de diversas técnicas de autoanálisis, asesoramiento o terapia.

Por otro lado, debido a la alta incidencia que han reportado los diversos estudios sobre el Síndrome de Burnout también se han planteado mecanismos de prevención según diferentes tipos de apoyo (40):

- a) Apoyo emocional, relacionado con las muestras de afecto, confianza y preocupación que el trabajador recibe por parte de sus compañeros (40).
- b) Apoyo instrumental, que consiste en la adecuada implementación material del centro laboral, así como también la adecuada retribución económica por el trabajo realizado (40).
- c) Apoyo informativo, que ponga a conocimiento de los trabajadores la información necesaria sobre el Síndrome de Burnout y los medios necesarios para hacerle frente (40).
- d) Apoyo evaluativo, que hace referencia a la reflexión del profesional sobre su desempeño laboral y la forma de optimizarlo (40).

En cuanto a la invención Whiton Stewart Paine fue uno de los primeros en elaborar un modelo de cuatro pasos a seguir ante la detección temprana del síndrome, los cuales consistieron en (12):

- 1) Identificar el riesgo de Burnout.
- 2) Incidir en la prevención, proporcionando la información necesaria para su identificación y afrontamiento.
- 3) Mediar la disminución o reversión el proceso que conlleva al desarrollo de síndrome.
- 4) Restablecer, o en otras palabras aplicar un tratamiento en los trabajadores diagnosticados, siendo los dos métodos más eficaces que se conocen son las terapias cognitivas conductuales y la psicoterapia.

Respecto a la intervención en cada una de las tres dimensiones clásicas del Burnout se ha postulado que medidas para amortiguar las demandas laborales, complementándose con mejoras en la recuperación de los trabajadores a través de una mejor calidad de sueño, buen estado físico y buen estado nutricional tienen un gran poder en la modelación del cansancio emocional. En cuanto al cinismo, su intervención se relaciona más con medidas orientadas a desarrollar el sentido de pertenencia hacia la organización en la que labora. Finalmente, lograr en el trabajador un sentido de eficiencia, así como el autorreconocimiento de la importancia de la labor que realiza, resulta más sensible que el reconocimiento de los demás en la intervención de la realización personal (39).

2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1. INTERNACIONALES

Navinés R, et al. desarrollaron entre los años 2016 y 2020 una revisión sistemática de 98 artículos de investigación en inglés y español, sobre agotamiento en residentes, en las bases de datos de PubMed, con el objetivo de realizar una actualización sobre el síndrome de Burnout en los médicos residentes, su prevalencia y factores de riesgo y de protección, antes y durante la pandemia por la COVID -19. Ellos obtuvieron como resultados que antes de la pandemia la prevalencia del síndrome de Burnout osciló entre un 30 y el 50%, mientras que

durante ella la prevalencia se encontró entre el 26% y 76%. En cuanto los factores de riesgo, la edad y el género fueron contradictorios, sin embargo, durante la pandemia el género femenino fue considerado como un factor de riesgo para desarrollar burnout; en cuanto al estado civil, estar casado o con pareja pareció ser un factor protector al igual que la responsabilidad del cuidado de los hijos; en cuanto a la especialidad elegida Radiología, Neurología y Cirugía General fueron las especialidades con mayor prevalencia de Burnout en sus residentes (> 60%), seguidos de Medicina Interna, Traumatología, Dermatología, Ginecología y Neurocirugía (50%), y finalmente los de Oncología Médica y Medicina de Familia (40%), no obstante durante la pandemia las especialidades quirúrgicas se han relacionado más al agotamiento; así también tanto el primer año como el último año de residencia y la no satisfacción con la especialidad elegida constituyeron factores de riesgo; la carga laboral elevada con exceso de horas de trabajo, un ambiente laboral hostil y en general las malas condiciones en el lugar de trabajo también fueron factores de riesgo para la aparición de estrés y Burnout. Por otro lado, reportaron que mayores horas y una mejor calidad de sueño, realización de ejercicio físico regular y de técnicas de relajación, un soporte social adecuado, la realización de actividades sociales y un adecuado equilibrio entre trabajo y vida personal son factores que se comportaron como protectores de burnout en residentes. Concluyendo en que la prevalencia media del Síndrome de Burnout estuvo alrededor del 50%, pareciendo aumentar con el paso del tiempo a lo largo de la residencia; que los factores de riesgo de presentar Burnout son estudiar una especialidad quirúrgica, cometer errores, dormir poco, tener dificultades en la conciliación entre la vida familiar y laboral, y sobrecarga laboral; y que los factores protectores fueron inteligencia emocional, empatía y poder desarrollar carrera profesional (2).

Jácome S, et al., en el año 2017, determinaron la prevalencia del síndrome de Burnout en 40 residentes de especialidades médicas de una universidad pública en el departamento del Cauca Colombia; en un

estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, analítico y que utilizó como instrumento el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). Los resultados obtenidos fueron que el Síndrome de Burnout estuvo presente en el 47,5% de los participantes, así mismo la razón de la prevalencia para riesgo de Burnout y el sexo fue de 0,9 siendo esta mayor en el sexo femenino en relación al masculino, mientras que la prueba de Chi cuadrado y el Odds ratio entre edad y riesgo de Burnout mostraron que ser menor de 25 años es un factor de riesgo ($p=0,013$; 2,462 IC95% 1,619-3,742). Concluyendo que existe una alta prevalencia de síndrome de Burnout en residentes de medicina con mayor compromiso en el sexo femenino y la edad menor de 35 años. (41).

Muñoz N, et al. desarrollaron, en el año 2017, un estudio de corte transversal en 103 médicos residentes de cirugía con el objetivo de evaluar la presencia del Síndrome de Burnout en la población estudiada. Dicha investigación reportó que la edad apareció como un factor protector con un OR 0,8 (IC 95% 0,64-0,99) y que el tener hijos apareció como un factor de riesgo con un OR 4,94 (IC 95% 1,03-23,52); así mismo el 72,81% de los encuestados presentó el Síndrome de Burnout, de los cuales el 26%, 27% y 19% tuvieron Burnout en al menos una, dos y tres subescalas, respectivamente. Concluyendo que la prevalencia de dicho síndrome en los residentes de cirugía general de Chile fue del 72,8%, encontrándose principalmente en jóvenes, con hijos, mujeres y de región metropolitana. (42).

Ramírez M, et al. determinaron la prevalencia del Síndrome de Burnout y evaluaron los factores asociados en los médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid en el año 2019, en una investigación de tipo observacional y transversal, para lo cual utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados obtenidos indicaron que la prevalencia de Burnout fue de 29,4%, así mismo el único factor que se vio asociado a una mayor prevalencia de Burnout fue ser mujer. Concluyendo que la prevalencia de agotamiento en los médicos

residentes estuvo de acuerdo con estudios anteriores y que la identificación temprana de los factores de riesgo es esencial para desarrollar soluciones e intervenciones mejoren las condiciones laborales de los residentes (43).

Alkhamees A, et al. realizaron, en el año 2020, un estudio transversal en 121 residentes de psiquiatría de Arabia Saudita con el fin de evaluar la prevalencia de agotamiento y síntomas depresivos, y su correlación, durante la pandemia de COVID-19, para lo cual utilizaron una encuesta que recopiló datos sociodemográficos, la ubicación y el nivel del programa de residencia, conjuntamente con el Inventario de agotamiento de Maslach (Encuesta de servicios humanos; MBI-HSS) y el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la evaluación del agotamiento y la depresión respectivamente. Los resultados encontrados fueron que el 27,3 % de los médicos residentes presentaron Burnout e igualmente el 27,3% de ellos padecía síntomas depresivos teniendo los encuestados que sufrían de agotamiento 8,88 veces más probabilidades de experimentar depresión significativamente, así mismo los solteros o divorciados tenían más probabilidades de experimentar agotamiento aunque no encontraron significancia en dicha relación, del mismo modo, los que estaban en los primeros años de residencia tenían más probabilidades de sufrir desgaste profesional que los que estaban en los años últimos años. Por otro lado, los encuestados entre las edades de 24 y 28 años, hombres y actualmente criando niños tenían menos probabilidades de sufrir agotamiento ($p > 0,05$). Con respecto a los factores que influyen en los síntomas depresivos se encontró que también los que tenían entre 24 y 28 años, que eran varones y que no recibieron alguna ayuda de salud mental en los últimos 2 años fueron menos susceptibles de tener síntomas depresivos, sin embargo, los que se encontraban en los primeros años de residencia presentaban más probabilidades. Finalmente dicho estudio concluyó en que los médicos participantes que estaban en los primeros 2 años de capacitación y que tenían un historial de recibir servicios de salud mental en los últimos 2 años

presentaban un mayor riesgo de desarrollar agotamiento y síntomas depresivos (44).

Vittale F, et al. desarrollaron una investigación observacional, descriptiva, prospectiva y de corte transversal, en 50 residentes de Medicina Interna del Hospital de Clínicas de San Lorenzo en Paraguay, en el año 2019, en la que tenían por objetivo determinar la frecuencia de síndrome de Burnout y factores de riesgo asociados en la población estudiada, para lo cual aplicaron el cuestionario del Maslach Burnout Inventory. Los resultados encontrados fueron que el sexo masculino, estado civil soltero, trabajo fuera de la residencia y sueño < 6 horas diarias se relacionaron con el desarrollo del Síndrome de Burnout (OR <1) pero sin significancia estadística. Concluyendo finalmente en que el sexo más afectado fue el masculino y que en su mayoría también lo fueron los solteros (45).

2.2. NACIONALES

Noriega Ch. buscó determinar la incidencia y los factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en 48 médicos residentes de las distintas especialidades del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2021, mediante un estudio cuantitativo, con diseño observacional, descriptivo, transversal y de incidencia, en el que utilizó como instrumento el Maslach Burnout Inventory para medir el agotamiento y una ficha sociodemográfica para conocer los factores relacionados. Los resultados de dicha investigación indicaron que la incidencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes fue de 14,58%, de los cuales el 71,4% no tenían hijos, el 42,9% fueron el 1er y 2do año de residentado, también el 71,4% tenían hasta 5 guardias al mes, el 85,7% tenían miedo de contagiar a sus familiares de COVID-19, así también el 85,7% no estaba conforme con su salario, observando que hubo una diferencia significativa con los que sí estaban conformes, y finalmente que el 57,1% estaban satisfechos con sus equipos de protección (46).

Pacovilca O, et al. desarrollaron un estudio analítico y transversal, en 332 médicos residentes que laboraban en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), de los Gobiernos Regionales y de ESSALUD en los niveles II y III, de la Provincia Constitucional del Callao y los 24 departamentos del Perú, buscando identificar los factores de riesgo del síndrome del trabajador quemado en residentes peruanos, para lo cual aplicaron el Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey. Los resultados obtenidos en tal investigación fueron que el síndrome de burnout estuvo presente en el 31,6 % de los residentes, encontrando mayor riesgo en aquellos cuyo tiempo transcurrido desde la titulación hasta el momento de la encuesta era menor de seis años (RP=2,93; IC95 %=1,59-5,39) y entre 6 a 10 años (RP=2,28; IC95 %=1,21-4,30), en aquellos cuyas cargas laborales no les daba tiempo para su vida personal y familiar (RP=2,45; IC95 %=1,72-3,50), los que manifestaron tener una enfermedad provocada o agravada por el trabajo (RP=2,21; IC95 %=1,63-2,99) y los que habían sido víctimas de amenazas en su lugar de trabajo. Finalmente, el estudio concluyó en que la sobrecarga laboral que desequilibra la relación de la vida laboral con la vida personal/familiar, el sufrimiento de violencia psicológica en el centro laboral especialmente cuando el residente se encuentra en los primeros diez años de ejercicio profesional y la presencia de alguna morbilidad aumentan el riesgo de desarrollar el síndrome del trabajador quemado (4).

2.3. LOCALES

Ortiz H. desarrolló, en el año 2021, un trabajo de investigación que tuvo por finalidad determinar la prevalencia y factores asociados a Síndrome de Burnout en 101 médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa en el contexto de la pandemia por COVID 19, mediante la aplicación de un instrumento cuyo contenido era una ficha de datos y el Maslach Burnout Inventory (MBI), siendo un estudio observacional, prospectivo y transversal. Los resultados obtenidos mostraron que el Síndrome de Burnout estuvo presente en el 20,79% de la población estudiada, siendo estos el

29,63% de las mujeres, el 33,33% de los residentes del departamento de Cirugía, el 21,43% de Gineco-Obstetricia, y el 46% de los de pediatría, encontrando una relación significativa ($p < 0.05$). Finalmente, la conclusión del estudio fue que el Síndrome de Burnout afectó a una quinta parte de residentes de medicina, y que se hallaba en relación con el sexo femenino, con la falta de equipos de protección personal y con las especialidades quirúrgicas y de Pediatría (47).

Quispe J. realizó un estudio cuantitativo, con diseño observacional, prospectivo, transversal y analítico, en 49 médicos residentes que laboraban en las distintas especialidades del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el año 2020, con el objetivo de establecer los factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia por COVID-19. Dicha investigación tuvo como resultado que la frecuencia del Síndrome de Burnout fue de 14,3%, siendo los que estudiaban una especialidad de apoyo diagnóstico o que tenían menos guardias por mes quienes presentaban mayor agotamiento. La conclusión de tal análisis fue que tanto la especialidad estudiada como el número de guardias guardan relación estadísticamente significativa con las tres dimensiones del agotamiento (48).

CAPÍTULO II

METODOS

1. ÁMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó durante los meses de junio y julio del año 2022 en las instalaciones del Hospital Goyeneche, el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE), el Hospital III Yanahuara y el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE), ubicados en la ciudad Arequipa.

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por los médicos residentes que se encontraron laborando en el Hospital Goyeneche, el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE), el Hospital III Yanahuara y el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE) de la ciudad de Arequipa, durante los meses de junio y julio del año 2022.

De los cuales fueron 151 los residentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, y que aceptaron participar voluntariamente del presente estudio previo consentimiento informado.

a) Criterios de inclusión

- Médicos residentes que se encontraron matriculados en su año de residentado correspondiente.
- Médicos residentes que se encontraron laborando en su sede original de residentado asignada.
- Médicos residentes que aceptaron participar voluntariamente del estudio.

b) Criterios de exclusión

- Médicos residentes que se encontraron realizando rotaciones externas fuera de su sede original de residentado asignada.
- Médicos residentes que refirieron presentar patologías mentales diagnosticadas o encontrarse en tratamiento psiquiátrico.
- Médicas residentes que se encontraban embarazadas.
- Médicos residentes que refirieron haber presentado un diagnóstico de COVID-19 en las últimas tres semanas.

3. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a) Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo y transversal según Altman.

b) Producción y registro de datos

Con la finalidad de obtener la información necesaria para el presente estudio se elaboró un cuestionario que incluyó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, laborales y relacionados a la actual coyuntura pandémica, así como el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) en la versión de Llaja, Sarria y García adaptada al contexto peruano (Anexo 1).

Para proceder a la aplicación del instrumento, inicialmente se coordinó de forma verbal con los jefes de departamento de cada área de los hospitales en estudio, indicando el objetivo de la investigación y solicitando autorización para su desarrollarlo. Posteriormente se acudió durante tres semanas a cada uno de los nosocomios, encuestando a los médicos residentes que se encontraban de turno.

El cuestionario fue resuelto en forma anónima e individual, explicando previamente a cada participante el objetivo del estudio y solicitando su participación voluntaria en el mismo, después de lo cual se procedía a entregarles el instrumento explicando su forma de llenado y permitiendo la realización de preguntas durante su realización.

De acuerdo a la revisión bibliográfica la ficha de recolección de datos estuvo conformada por 18 preguntas cuyas respuestas buscaban recopilar información sociodemográfica como sexo, edad, estado civil y tenencia de hijos; laboral como hospital en el que trabajan, tipo de especialidad, año de residencia, satisfacción con el salario recibido, carga laboral, presencia ambiente laboral hostil, relación con superiores y recurrencia de guardias; y finalmente vinculadas a la actual pandemia por COVID-19 como diagnóstico de COVID-19 durante la residencia, contacto con pacientes COVID-19 durante la residencia, participación en

el tratamiento de pacientes COVID-19 durante la residencia y miedo de contagiarse de COVID-19 a algún familiar durante la residencia.

El instrumento utilizado por la presente investigación para definir la presencia de agotamiento fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) consiste en una escala desarrollada por Christina Maslach y Susan E. Jackson en 1997, considerada como Gold Standard para el diagnóstico y cuantificación del Síndrome de Burnout a través de un cuestionario autoadministrado con 22 ítems que recopilan mediante sus respuestas la percepción que tiene un sujeto hacia su trabajo mediante sentimientos, pensamientos, emociones y conductas (18).

Tanto Maslach como Jackson consideraron al Síndrome de Burnout como un constructo que abarca tres dimensiones, por dicha razón dividieron su inventario en tres subescalas que son (7):

- Agotamiento emocional, valorada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20).
- Despersonalización, valorada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22).
- Realización personal, valorada por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, y 21).

donde la valoración de cada ítem se realiza a través de una escala tipo Likert donde (8):

- 0 es nunca
- 1 es pocas veces al año o menos
- 2 es una vez al mes o menos
- 3 es unas pocas veces al mes
- 4 es una vez a la semana
- 5 es pocas veces a la semana
- 6 es todos los días

la suma de los puntajes asignados a cada ítem correspondiente a una subescala, le otorgan una puntuación total cuyo máximo valor es de 54 para la dimensión de agotamiento emocional, 30 para despersonalización y 48 para realización personal.

El agotamiento se detecta entonces utilizando puntajes de corte que clasificaran cada subescala en niveles alto, medio y bajo, tales puntajes han sido variables en diversos estudios, sin embargo, según datos normativos en 1104 profesionales médicos, se ha definido la presencia del Síndrome de Burnout en sujetos con agotamiento emocional alto definido por una puntuación mayor o igual a 27, despersonalización alta definida por una puntuación mayor o igual a 10 y realización personal baja por una puntuación menor o igual a 33 (49) valores que también han sido utilizados en el presente estudio. Los puntos de corte para los niveles medio y bajo también se muestran en la tabla N° 1.

Tabla N° 1. Puntos de corte basados en percentiles.

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	≤ 18	≤ 6	≤ 33
Medio	19 a 26	7 a 9	39 a 34
Alto	≥ 27	≥ 10	≥ 40

Llaja, Sarriá y García desarrollaron en el año 2007 un estudio en nuestro medio, en el cual realizaron la adaptación peruana del inventario original, la que fue utilizada en la presente investigación (10).

Así mismo Llaja V, et al. plantearon en su análisis un enfoque distinto respecto a la clásica definición de agotamiento, estableciendo la existencia de niveles de acuerdo alteración de una, dos o las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, mediante un algoritmo de clasificación presentado en la tabla N° 2.

Tabla N° 2. Algoritmo para clasificación de los niveles de Burnout según Llaja, Sarriá y García (2007)

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Riesgo	Alto	Medio o bajo	Alto o medio
	Medio o bajo	Alto	Alto o medio
	Medio o bajo	Medio o bajo	Bajo
Tendencia	Alto	Medio o bajo	Bajo
	Medio o bajo	Alto	Bajo
	Alto	Alto	Alto o medio
Burnout	Alto	Alto	Bajo

Es así como nuestra investigación definió la existencia de (10):

- Riesgo en sujetos que presentaban la alteración de una de las tres dimensiones del Burnout es decir o agotamiento emocional alto, o despersonalización alta, o realización personal baja (10).
- Tendencia en sujetos que presentaban la alteración de dos de las tres dimensiones del Burnout es decir o agotamiento emocional alto con despersonalización alta, o despersonalización alta con realización personal baja o agotamiento emocional alto con realización personal baja (10).
- Y finalmente, Síndrome de Burnout en sujetos que presentaban clásicamente la alteración de las tres dimensiones, es decir agotamiento emocional alto con despersonalización alta y realización personal baja (10).

Procediendo finalmente a calificar los cuestionarios correctamente llenados en base a los criterios antes mencionados, cuyos resultados fueron recolectados y vaciados en una base de datos del programa Microsoft Excel, para posteriormente ser analizados por el programa estadístico SPSS versión 26.

c) Instrumento

En cuanto a la confiabilidad del Maslach Burnout Inventory (MBI), se valoró la consistencia interna a través del coeficiente de alfa de Cronbach en un estudio de 1316 casos donde se obtuvieron índices de 0,90 en Cansancio Emocional, 0,79 en Despersonalización y 0,71 en Realización Personal. Dos estudios originales utilizaron la fiabilidad de Test-retest, uno con una muestra de 53 egresados universitarios del área de servicio social con un intervalo de dos a cuatro semanas entre las aplicaciones, obteniéndose índices de fiabilidad de 0,82 en Agotamiento Emocional, 0,60 en Despersonalización y 0,80 en Realización Personal. El otro estudio tuvo una muestra de 248 docentes con intervalo de un año entre aplicaciones encontrándose índices de 0,60 en Agotamiento Emocional, 0,54 en Despersonalización y 0,57 en Realización personal. Dichos índices expuestos son de tipo moderado pero significativo al nivel de confianza del 1% (23).

En lo que refiere a validez se desarrollaron tres tipos de análisis en los que las puntuaciones obtenidas en la aplicación del Inventario de Burnout fueron relacionadas con la evaluación del comportamiento de los sujetos de estudio por una persona que los conozca bien como un compañero de trabajo o pareja sentimental; también fueron relacionadas con la presencia de algunas características laborales que generalmente provocan estrés, y medidas en otras variables que por hipótesis están relacionadas con el estrés (23).

La adaptación peruana del inventario de Maslach y Jackson por Llaja Rojas, Sarriá Joya y García Pizarro, fue desarrollada en un estudio que tuvo por objetivo valorar la incidencia de Burnout en la población peruana, teniendo como muestra 313 trabajadores de un hospital de la ciudad de Lima (10).

Para la adaptación de la estructura y contenido, el inventario fue sometido al criterio de 15 expertos en Psicología Clínica y de la Salud, desarrollándose un análisis cualitativo de cada ítem, calificando las observaciones y comentarios que hicieron los expertos sobre el

instrumento, quienes coincidían en realizar una mejora en la semántica de los ítems y reajustar la escala de frecuencia de los sentimientos, no obstante, la mayoría de los enunciados permanecieron similares a la traducción original al español (10).

Llaja, Sarriá y García plantean otro enfoque para describir la existencia de Burnout mediante la realización de un cálculo basado en las puntuaciones obtenidas de los síntomas clínicos y su orden de aparición. En tal sentido se puede iniciar con la cuantificación de los puntajes obtenidos por subescalas, clasificándolo como altos, medios o bajos, posteriormente, dado que el desarrollo del Síndrome de Burnout puede ser entendida como una variable continua y creciente en el tiempo, Llaja, Sarriá y García plantean que (10):

- En un determinado momento el sujeto presenta un solo síntoma, que puede ser o agotamiento emocional alto o despersonalización alta o realización personal baja, considerando dicha situación como riesgo.
- Después de ello crece el desarrollo del síndrome en el tiempo presentándose 2 síntomas, considerando tal situación como una tendencia.
- Finalmente, se da la aparición de los 3 síntomas clásicos tanto agotamiento emocional alto, como despersonalización alta y realización personal baja, considerando tal situación como la presencia de Burnout persé.

Para valorar la confiabilidad y validez del inventario de Maslach en su versión peruana es necesaria una revisión del estudio desarrollado por Fernández en el año 2002 conjuntamente con otros docentes, en el cual realizó un análisis de los puntajes de cada una de las áreas del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo (50):

- En la subescala de agotamiento emocional una confiabilidad de 0,78 lo que concluye que los puntajes obtenidos en ella son fiables.
- En la subescala de Despersonalización una confiabilidad de 0,76 lo que concluye que los puntajes obtenidos en ella son también son fiables.

- En la subescala de Despersonalización una confiabilidad de 0,74 lo que concluye que los puntajes obtenidos en ella son del mismo modo fiables.

Fernández también obtuvo evidencia de validez mediante el análisis de jueces expertos en la materia, donde para realizar la cuantificación de la relevancia de los ítems a partir de las valoraciones de los expertos utiliza el coeficiente V de Aiken, siendo los resultados indicativos de que todos los ítems alcanzan niveles adecuados de significación estadística. Así mismo se estudiaron evidencias de validez referidas a la estructura interna por medio del método intra prueba, realizándose un análisis factorial confirmatorio concluyendo mediante los resultados que el inventario de Maslach presenta adecuadas evidencias de validez referidas a la estructura interna (50).

d) Análisis estadístico

Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y relativas, asimismo para el análisis bivariado se aplicó la prueba Chi cuadrado de Pearson para establecer la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con los niveles de agotamiento, considerando la presencia de significación estadística si el valor de p era menor de 0,05. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics en su versión número 26.0.

e) Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó previamente la coordinación verbal con los jefes de departamento de las diferentes áreas de los hospitales en estudio, informándolos sobre el presente trabajo y solicitando la autorización para su desarrollo.

Así mismo antes de iniciar la aplicación del instrumento se pidió verbalmente el consentimiento informado de cada uno de los encuestados, donde expresaron libremente y de forma voluntaria su deseo de participar o no en la presente investigación.

Finalmente, no se solicitó ningún tipo de información personal a los sujetos en estudio, a fin de proteger su identidad y favorecer a la veracidad de la información proporcionada.

f) Limitaciones

Dado que la presente investigación fue de participación voluntaria, no todos los médicos residentes decidieron participar en él. Así mismo, ya que este estudio fue realizado en hospitales de alta capacidad resolutive y gran afluencia de pacientes, resultó muy dificultoso encontrar un momento adecuado para encuestar a los residentes, pues usualmente se encontraban ocupados, siendo esa también la razón por la que muchos de ellos no participaron.

Debido a la actual coyuntura pandémica el servicio de medicina interna del Hospital III Yanahuara se trasladó al Hospital Docente de la Universidad Nacional de San Agustín ubicado en la Avenida Aeropuerto S/N en Zamacola, al que acudimos a fin de encuestar a los médicos residentes de dicha especialidad, no obstante, negaron nuestro ingreso a sus instalaciones en varias oportunidades.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N°1
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES PARTICIPANTES SEGÚN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Características		N°	%
Edad	24 a 34	120	79,5
	≥ a 35	31	20,5
Sexo	Masculino	88	58,3
	Femenino	63	41,7
Estado civil	Soltero	112	74,2
	Casado o con pareja	39	25,8
Tenencia de hijos	Si	58	38,4
	No	93	61,6
Total		151	100,0

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES PARTICIPANTES SEGÚN
CARACTERÍSTICAS LABORALES

Características	N°	%	
Lugar de trabajo	Hospital Goyeneche	50	33,1
	H.R.H.D.E.	48	31,8
	Hospital Yanahuara	10	6,6
	H.N.C.A.S.E.	43	28,5
Tipo de especialidad	Clínica	85	56,3
	Quirúrgica	26	17,2
	Clínico-quirúrgica	36	23,8
	De apoyo al diagnóstico	4	2,6
Año de residencia	Primero	56	37,1
	Segundo	48	31,8
	Tercero a más	47	31,1
Satisfacción con el salario	No	81	53,6
	Si	70	46,4
Carga laboral ^(a)	Alta	87	57,6
	Media	64	42,4
Presencia de ambiente laboral hostil	Si	40	27,2
	No	110	72,8
Relación con superiores ^(b)	Buena	93	61,6
	Mala	58	38,4
Recurrencia de guardias ^(c)	Frecuente	130	86,1
	Media	21	13,9
Total	151	100.0	

H.R.H.D.E.: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; H.N.C.A.S.E.: Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Notas: (a) Ninguno refirió tener una carga laboral baja. (b) Ninguno refirió tener una relación regular con sus superiores. (c) Ninguno refirió presentar escasa recurrencia de guardias.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES PARTICIPANTES
SEGÚN CARACTERÍSTICAS VINCULADAS A LA ACTUAL
PANDEMIA POR COVID-19

Características		N°	%
Diagnóstico de COVID-19	Si	96	63,6
	No	55	36,4
Contacto directo con pacientes con COVID-19	Si	144	95,4
	No	7	4,6
Tratamiento de pacientes COVID-19	Si	118	78,1
	No	33	21,9
Miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar	Si	86	57,0
	No	65	43,0
Total		151	100.0

TABLA N°4
FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES DEL AGOTAMIENTO
OCUPACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE LOS
HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Dimensiones		N°	%
Agotamiento emocional	Bajo	45	29,8
	Medio	39	25,8
	Alto	67	44,4
Despersonalización	Bajo	66	43,7
	Medio	29	19,2
	Alto	56	37,1
Realización personal	Bajo	36	23,8
	Medio	41	27,2
	Alto	74	49,0
Total		151	100.0

TABLA N°5
FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES DEL AGOTAMIENTO
OCUPACIONAL RELACIONADO AL LUGAR DE TRABAJO EN LA
POBLACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA

Hospital	Agotamiento emocional alto		Despersonalización alta		Realización personal baja	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	21	42,0	20	40,0	14	28,0
H.R.H.D.E.	22	45,8	19	39,6	10	20,8
Hospital Yanahuara	3	30,0	4	40,0	2	20,0
H.N.C.A.S.E	21	48,8	13	30,2	10	23,3

H.R.H.D.E.: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; H.N.C.A.S.E.: Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin.

TABLA N°6
FRECUENCIA DE LOS NIVELES DE AGOTAMIENTO OCUPACIONAL EN
LA POBLACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA

Niveles de agotamiento	N°	%
Riesgo	48	31,8
Tendencia	36	23,8
Burnout	13	8,6
Sin agotamiento	54	35,8
Total	151	100

TABLA N°7
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL NIVEL DE
AGOTAMIENTO OCUPACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MÉDICOS
RESIDENTES DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Factores	Riesgo		Tendencia		Burnout		Sin agotamiento		X ² P	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad	25 a 34	39	32,5	29	24,2	12	10,0	40	33,3	2,396 0,494
	≥ a 35	9	29,0	7	22,6	1	3,2	14	45,2	
Sexo	Masculino	23	26,1	24	27,3	8	9,1	33	37,5	3,396 0,334
	Femenino	25	39,7	12	19,0	5	7,9	21	33,3	
Estado civil	Soltero	38	33,9	28	25,0	10	8,9	36	32,1	2,509 0,474
	Casado o con pareja	10	25,6	8	20,5	3	7,7	18	46,2	
Tenencia de hijos	Si	16	27,6	13	22,4	5	8,6	24	41,4	1,435 0,697
	No	32	34,4	23	24,7	8	8,6	30	32,3	

TABLA N°8
FACTORES LABORALES RELACIONADOS AL NIVEL DE AGOTAMIENTO
OCUPACIONAL EN LA POBLACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE LOS
HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Factores	Riesgo		Tendencia		Burnout		Sin agotamiento		X ² P	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Lugar de trabajo	Hospital Goyeneche	16	32,0	12	24,0	5	10,0	17	34,0	8,135 0,521
	H.R.H.D.E.	20	41,7	11	22,9	3	6,3	14	29,2	
	Hospital Yanahuara	1	10,0	4	40,0	0	0,0	5	50,0	
	H.N.C.A.S.E.	11	25,6	9	20,9	5	11,6	18	41,9	
Tipo de especialidad	Clínica	30	35,3	20	23,5	4	4,7	31	36,5	12,475 0,188
	Quirúrgica	7	26,9	7	26,9	6	23,1	6	23,1	
	Clínico-quirúrgica	9	25,0	9	25,0	3	8,3	15	41,7	
	De apoyo diagnóstico	2	50,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	
Año de residencia	Primero	18	32,1	14	25,0	6	10,7	18	32,1	8,036 0,235
	Segundo	19	39,6	13	27,1	4	8,3	12	25,0	
	Tercero a más	11	23,4	9	19,1	3	6,4	24	51,1	
Satisfacción con el salario	No	26	32,1	24	29,6	10	12,3	21	25,9	10,021 0,018
	Si	22	31,4	12	17,1	3	4,3	33	47,1	
Carga laboral	Media	21	32,8	11	17,2	1	1,6	31	48,4	13,497 0,004
	Alta	27	31,0	25	28,7	12	13,8	23	26,4	
Presencia de ambiente laboral hostil	Si	15	36,6	12	29,3	8	19,5	6	14,6	15,899 0,001
	No	33	30,0	24	21,8	5	4,5	48	43,6	
Relación con superiores	Buena	23	24,7	17	18,3	6	6,5	47	50,5	23,025 0,000
	Mala	25	43,1	19	32,8	7	12,1	7	12,1	
Recurrencia de guardias	Media	4	19,0	3	14,3	0	0,0	14	66,7	10,794 0,013
	Frecuente	44	33,8	33	25,4	13	10,0	40	30,8	

H.R.H.D.E.: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; H.N.C.A.S.E.: Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin.

TABLA N°9
FACTORES VINCULADOS A LA ACTUAL PANDEMIA POR COVID-19
RELACIONADOS AL NIVEL DE AGOTAMIENTO OCUPACIONAL EN LA
POBLACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA

Factores		Riesgo		Tendencia		Burnout		Sin agotamiento		X ² P
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Diagnóstico de COVID-19	Si	29	30,2	24	25,0	11	11,5	32	33,3	3,275 0,351
	No	19	34,5	12	21,8	2	3,6	22	40,0	
Contacto directo con pacientes con COVID-19	Si	46	31,9	33	22,9	13	9,0	52	36,1	1,875 0,599
	No	2	28,6	3	42,9	0	0,0	2	28,6	
Tratamiento de pacientes COVID-19	Si	39	33,1	29	24,6	11	9,3	39	33,1	1,821 0,610
	No	9	27,3	7	21,2	2	6,1	15	45,5	
Miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar	Si	27	56,3	21	58,3	10	76,9	28	51,9	2,725 0,436
	No	21	43,8	15	41,7	3	23,1	26	48,1	

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En la presente investigación se recopiló información sobre las características sociodemográficas de la población participante, tal como se muestra en la **tabla N°1**, encontrándose que en su mayoría presentaban edades comprendidas entre los 25 a 34 años en un 79,5%, así mismo eran prevalentemente de sexo masculino en un 58,3%, en cuanto al estado civil eran mayormente solteros en un 74,2% y predominantemente no tenían hijos en un 61,6% ; dicha información contrasta con la obtenida por Ortiz H. en un estudio realizado en el año 2021 sobre Síndrome de Burnout en 101 médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza donde la población de estudio de sexo femenino era ligeramente mayor, representando el 53,47% (47); analógicamente, un estudio realizado por Quispe J. sobre factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en 49 médicos residentes del Hospital Goyeneche en el año 2020 encontró que la población de sexo masculino era mínimamente mayor que la de sexo femenino, equivalente al 51%, así también los residentes solteros y que no tenía hijos fueron levemente mayores en número representando el 55,1% y el 51% del total respectivamente (48); pudiendo atribuirse tales diferencias a que dichas investigaciones se realizaron en un solo hospital.

También se analizó la distribución de las características laborales de la población en estudio, como se puede observar en la **tabla N°2**, la cual estuvo constituida en su mayoría por médicos residentes de los hospitales Goyeneche en un 33,1%, del HRHDE en un 31,8% y del HNCASE en un 28,5%, en comparación con el número de residentes del Hospital III Yanahuara que solo representaban el 6.6% del total, la razón de ello es que en dicho nosocomio existe un muy reducido número de plazas de residencia en comparación con los tres primeros y a que en su mayoría está conformado por residentes rotantes de otros hospitales. En cuanto al **tipo de especialidad** la población estuvo conformada en su mayoría por médicos estudiantes de especialidades clínicas en un 56,3%, Ortiz H. también encontró en su estudio una mayor cantidad de ellos en un 50,5% (47) e igualmente Quispe J. en un 57,1% (48). Respecto al **año de residencia** se encontró una cantidad ligeramente mayor de residentes que cursaban el primer año equivalente al 37,1%. En cuanto a la **satisfacción con el salario** fue levemente mayor el número de médicos residentes que refirieron no estar satisfechos en un 53,6% lo que es congruente con el estudio realizado por

Quispe J. donde el 51% refirió también no estar de acuerdo con el salario recibido (48). Por otro lado, se encontró un mayor número de residentes que presentaba una **carga laboral** alta en un 57,6%, lo que no fue muy distante de los que presentaban una carga laboral media en un 42,4%, no encontrándose ningún residente que presente una carga laboral baja, no se han reportado investigaciones actuales en nuestro medio que estudien la carga laboral como factor relacionado a Burnout en médicos residentes, no obstante, Pacovilca O, et al. en un estudio desarrollado en 332 médicos residentes en la provincia Constitucional del Callao y los 24 departamentos del Perú en el año 2016 sobre factores de riesgo del síndrome del trabajador quemado reportó que el 48,2 % de ellos señaló que la carga laboral no les daba tiempo para su vida personal o familiar (4). Así mismo en relación al **ambiente laboral** en su mayoría refirieron que este no era hostil en un 72,8%, sin embargo, tampoco se han encontrado estudios sobre Síndrome de Burnout en nuestro medio que aborden dicho factor como tal, Teniente K. 2019 encontró en un estudio sobre la percepción de la formación académica y del ámbito laboral en 97 residentes del H.R.H.D.E. de la ciudad de Arequipa que respecto a haber recibido algún tipo de violencia el 14% fue víctima de violencia física, el 55,7% fue amenazado, el 65% fue víctima de violencia verbal en algún momento y el 6.2% fue víctima de acoso sexual (51), así mismo CONAREME en un análisis de las características del residentado médico en el Perú halló que un 16,2%, 68,5% y 8,3% de residentes habían sufrido violencia verbal, física y acoso sexual respectivamente (52). La **relación de los residentes con sus superiores** fue mayormente buena en un 61,6%, sin embargo, al respecto Teniente K. 2019 reportó en su estudio que el 30,9% de la población total refirió haber sido amenazado por algún médico asistente, el 42,3% habría sido víctima de violencia verbal por parte de algún médico asistente e incluso el 3,1% refirió haber recibido acoso sexual por parte de algún residente de años superiores lo que contrasta con los resultados de nuestra investigación (51). En lo que respecta a la **recurrencia de guardias** la gran mayoría de residentes refirió que esta era frecuente en un 86,1%, siendo tan solo un 38,4% los que refirieron que esta era media y no habiendo ningún residente que refiriera que esta era escasa; Quispe J. encontró que él 34,7% del total de su población refirió presentar de 10 a más guardias al mes, otro 34,7% de 8 a 9 guardias al mes y el 30,6% de 5 a 7 guardias al mes, en comparación con el presente

estudio, en el que se prefirió no utilizar puntos de corte por la variabilidad en la distribución de turnos entre los diferentes hospitales a diferencia del análisis de Quispe J. que se desarrolló en un solo hospital (48).

En cuanto a la actual coyuntura, en la **tabla N°3** se muestra la distribución de los médicos residentes según características vinculadas a la pandemia por el nuevo coronavirus, donde el 63,6% refirió haber sido **diagnosticado de COVID-19 durante la residencia** lo que coincide con la investigación desarrollada por Ortiz H. quien halló que el 43,56% su población también tuvo diagnóstico de COVID-19 (47); así mismo casi todos los residentes tuvieron **contacto directo con pacientes con COVID-19 durante la residencia** en un número equivalente al 95,4% siendo ello semejante con lo encontrado por Ortiz H. donde el 95,05% tuvo también contacto con pacientes COVID-19 (47); en lo referente al **tratamiento de pacientes COVID-19** el 78,1% refirió haber tratado o al menos haber participado en el mismo, y la razón del sentido de dicha afirmación es que varios residentes refirieron que muchos pacientes tuvieron resultados positivos para el nuevo coronavirus durante su hospitalización por una patología diferente; así mismo fue mayor la cantidad de residentes que refirieron haber presentado **miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar durante la residencia** representando el 57% de la población total, encontrando al respecto en el estudio Quispe J. que todos los residentes participantes tuvieron miedo infectar a su familia (48).

El presente estudio también desarrolló un análisis de los niveles en las dimensiones del agotamiento ocupacional de la población en estudio, como puede notar en la **tabla N°4**, donde el 44,4% de los residentes presentaron un alto nivel de agotamiento emocional, el 37,1% presentaron alta despersonalización y el 24,5% presentaron baja realización personal; dichos resultados pueden compararse con el estudio realizado por Campos A, et al. en 70 médicos residentes que laboraban en áreas COVID del Hospital Cayetano Heredia en el año 2020 donde se encontró que el 47,1% de los residentes presentó alto agotamiento emocional, el 40% presentó alta despersonalización y el 37,1% presentó baja realización personal (53), que a pesar de haberse desarrollado en residentes que trabajaban exclusivamente en la atención de

pacientes COVID los resultados no son muy diferentes a los obtenidos en la presente investigación.

En cuanto las frecuencias de las dimensiones del agotamiento ocupacional relacionadas al lugar de trabajo que se exponen en la **tabla N°5**, podemos observar que el 48,8% de los residentes que laboraban en el H.N.C.A.S.E. presentaron alto agotamiento emocional siendo este hospital en el que se encontró la mayor frecuencia de dicha alteración en comparación a los demás nosocomios, en segundo lugar estuvo el H.R.H.D.E. donde el 45,8% de los residentes presentaron un nivel alto de cansancio emocional, lo que parece discordar con lo reportado por Ortiz H. en su estudio, que fue desarrollado en el mismo nosocomio y en el contexto de la actual coyuntura pandémica, donde poco más de la mitad de la población estudiada presentó alto agotamiento emocional representado por el 55,45% (47); tanto el 40% de los médicos residentes del Hospital Goyeneche como también el 40% de los residentes del Hospital Yanahuara presentaron alta despersonalización, siendo del mismo modo estos hospitales en los que se encontraron las más altas frecuencias de dicho desorden, al respecto Quispe J. reportó en su investigación que el 28,6% de los residentes del Hospital Goyeneche presentaron un nivel alto de despersonalización lo que no coincide con lo encontrado por este estudio, a pesar de que ambos se desarrollaron en el contexto pandémico y en un número similar de residentes (48); finalmente en cuanto a la realización personal baja la más alta frecuencia fue encontrada también en el Hospital Goyeneche donde el 28% de los residentes presentó dicha alteración, lo que no fue muy distante a los reportado por Quispe J. quien encontró tal desorden en el 32,7% de los residentes del mismo nosocomio (48).

Considerando la nueva perspectiva expuesta por Llaja, Sarriá y García en el año 2007, la **tabla N°6** nos muestra la frecuencia de los niveles agotamiento ocupacional en la población total de médicos residentes donde 31,8% de ellos se encontraba en riesgo de presentar agotamiento, el 23,8% presentaba una tendencia para desarrollar agotamiento y el 8,6% había desarrollado Burnout, dichos resultados pueden compararse con los encontrados por el estudio realizado por Pacovilca O, et al. quienes reportaron que de 332 médicos residentes el 31,6% presentó Síndrome de Burnout lo que no coincide con lo

hallado por nuestro estudio (4); así también Campos A, et al. halló que el 15,7% de su población de estudio presentaba Burnout (53).

Respecto a la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de agotamiento ocupacional expuesta en la **tabla N°7**, se puede evidenciar que en lo referente a la **edad** existe una mayor frecuencia de agotamiento, en sus diferentes niveles, en los residentes de 25 a 34 años, encontrándose que el 32,5% de ellos estaba en riesgo de desarrollar agotamiento, el 24,2% de ellos presentaba una tendencia y el 10% presentó el síndrome de Burnout, observándose también que la mayoría de los residentes con una edad mayor o igual a 35 años no presentó agotamiento, lo que fue equivalente al 45,2%, sin embargo dicha relación resultó ser estadísticamente no significativa ($p = 0,494$); Ortiz H. reportó que al parecer la frecuencia de Burnout aumenta con la edad, lo que no concuerda con nuestros resultados, estando presente en el 19,64% de los residentes de 21 a 30 años y en el 26,32% de los residentes de 31 a 40 años, no obstante no halló residentes de 41 años a más que presentaran dicho síndrome, no encontrando tampoco una relación significativa ($p = 0,27$) (47); Pacovilca O, et. al. reportaron en su estudio que los médicos residentes menores de 30 años tenían mayor riesgo de desarrollar de desarrollar Burnout, lo que, si coincide con lo reportado por nuestro análisis, sin embargo, dicha investigación si encontró una relación significativa ($p = 0,003$) (4); Navinés R, et al. desarrollan una revisión sistemática de 98 artículos de investigación, donde menciona que la edad parece ser un factor contradictorio dado que encontró estudios que relacionaban el Burnout tanto a residentes menores como a mayores (2); sin embargo, Jácome S, et al. que desarrollan en año 2017 un estudio en 40 residentes de especialidades médicas de una universidad pública en Colombia, encontraron que ser menor de 25 años guarda relación significativa ($p = 0,013$) con el riesgo de desarrollar Burnout (41) por lo que en base a lo antes mencionado podemos inferir que al parecer una menor edad en residentes predispone al desarrollo de agotamiento y ello en razón al nivel de madurez con la cual los residentes mayores se adaptan a un medio estresante, afirmando incluso un estudio realizado por Muñoz N. en 79 residentes de la especialidad de cirugía general de Chile en el año 2017, que una mayor edad sería factor protector para el desarrollo del síndrome de Burnout (OR 0,8 IC 95% 0,649-

0,991) (42). En el presente estudio también se analizó la relación entre el **sexo** y los niveles de agotamiento, encontrándose resultados no tan claros, pues el 39,7% de los residentes de sexo femenino se encontraban en riesgo de desarrollar agotamiento siendo esta frecuencia mayor que la encontrada en el sexo masculino, sin embargo por otro lado el 66,7% de los residentes varones tenía una tendencia y el 61,5% de los mismos presentaron Burnout, siendo también ambas frecuencias mayores que en las mujeres, por lo que tampoco encontramos una relación significativa ($p = 0,334$); el análisis de Ortiz H. encontró Síndrome de Burnout en el 10,64% de los varones y en el 29,63% de las mujeres relacionándolo mayormente al sexo femenino con significancia ($p = 0.02$) (47); no obstante, Pacovilca O, et al. hallaron en su investigación que el síndrome del trabajador quemado en residentes se relacionaría más al sexo masculino con un 71,4%, sin embargo tampoco encontró significancia ($p= 0,943$) (4); ahora bien, un estudio realizado por Kocalevent et al., en el año 2020 sobre agotamiento asociado a conflicto trabajo-familia y crisis de gratificación en 1011 médicos residentes alemanes, concluyó que especialmente el sexo femenino estuvo altamente asociado con las tasas de agotamiento durante los 6 años de formación (54); de la misma manera la investigación desarrollada por Ramírez M, et al. concluyó que el único factor que se ha visto asociado a una mayor prevalencia de Burnout fue ser mujer (43); es por ello que podemos coincidir con lo reportado por la revisión sistemática de Navinés R, et al. quienes mencionan que en cuanto al género la relación con el agotamiento parece ser contradictoria encontrando estudios que más lo asociaron al género masculino y otros más al género femenino, lo que puede explicarse por las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por hombres y mujeres cuando se enfrentan al estrés a largo plazo (2). En lo referente al **estado civil**, la presente investigación encontró mayor relación del estar soltero con el nivel de agotamiento, donde el 33,9% de ellos se encontraba en riesgo, el 25% de ellos presentaban una tendencia y el 8,9% desarrollaron Burnout, encontrando también que fue mayor el número de residentes casados o con pareja que no presentaron agotamiento equivalente al 46,2%, sin embargo tampoco encontramos una relación estadísticamente significativa ($p = 0,474$); del mismo modo Ortiz H. reportó una mayor frecuencia de agotamiento en los médicos residentes solteros equivalente al 25,33% pero tampoco fue significativa ($p = 0.06$) (47); en base a ello entonces, podemos

colegir que a pesar de que un razonamiento básico nos podría hacer pensar que el estar soltero estaría menos relacionado con la presencia de agotamiento por representar un menor nivel de responsabilidad y compromiso como lo supone el tener una pareja, parece no ser así, e incluso existen investigaciones que consideran que el estar casado sería un factor protector para el agotamiento como lo reportado por Navines R, et al (2). En cuanto a la **tenencia de hijos**, nuestro estudio encontro que el 34,4% de los residentes que no tenían hijos se encontraban en riesgo y el 24,7% de ellos presentaban una tendencia, sin embargo tanto el 8,6% de los médicos residentes que no tenían hijos como el 8,6% de los que sí los tenía presentaron Burnout, además el 41,4% de los que si tenía hijos no presentaron agotamiento, siendo dicha relación no significativa ($p = 0,697$); al respecto, Ortiz H. halló una mayor relación entre el no tener hijos y el agotamiento, siendo el 23,29% de los médicos residentes sin hijos quienes presentaron el síndrome de Burnout. (47); ello se contrapone con lo reportado por Muñoz N, et al. quienes encontraron en su estudio que el tener hijos aparecía como un factor de riesgo para presentar Burnout con un OR de 4,94 (IC 95% 1,03-23,52) (42), por lo que dicha relación parece tambien ser confusa a pesar de que, del mismo modo que lo mencionado respecto al estado civil, un razonamiento básico nos haría suponer que el no tener hijos implicaría una menor responsabilidad y por lo tanto una exposición a menores niveles de estrés, sin embargo, eso no parece ser tan cierto según nuestros resultados.

Muchos autores han destacado la influencia de los factores laborales sobre el agotamiento, por lo que en la **tabla N°8** podemos observar que en cuanto al **lugar de trabajo** el 41,7% de los médicos residentes que laboraban en el H.R.H.D.E. se encontraban en riesgo de desarrollar agotamiento, el 40% de los que trabajaban en el hospital Yanahuara presentaban una tendencia y finalmente el 11,6% de los residentes del H.N.C.A.S.E. tuvieron Burnout, siendo dichas frecuencias las más altas en cada uno de los niveles de agotamiento mencionados, sin embargo, tal relación no tuvo significancia ($p = 0,521$); al respecto Ortiz H. reportó que el 20,79% de los médicos residentes del H.R.H.D.E. presentaron el Síndrome de Burnout, no obstante, en nuestro estudio solo se encontró dicho síndrome en el 6,3% de ellos; lo puede deberse a que la investigación de Ortiz H. se desarrolló durante los meses de mayo y junio del

año 2021, periodo en el que se presentaron altas tasas de contagio en la actual coyuntura pandémica y el colapso de muchos de los hospitales de la ciudad, siendo incluso el dicho hospital de atención exclusiva a pacientes COVID-19, pudiendo agravar los casos de agotamiento (47), del mismo modo el estudio de Campos A, et al. realizado también en residentes que trabajaban en áreas de atención a pacientes COVID encontró una frecuencia del síndrome de Burnout del 15,7 (53); por otro lado, Quispe J. encontró que el 14,3% de los médicos residentes del hospital Goyeneche presentaron el Síndrome de Burnout, resultado que no fue muy distante del encontrado en este estudio con un 10,0%; finalmente, Maslach. C. en su estudio titulado “Comprendiendo el Burnout” considera que laborar en un hospital más grande representa un mayor riesgo de agotamiento debido a que contiene un mayor número de residentes, lo implicaría una menor carga para cada uno de ellos y por ende mayor individualismo y competitividad, lo que parece ser parcialmente real según la presente investigación, dado que a pesar de no haberse encontrado residentes con Burnout en Hospital Yanahuara, que es el más pequeño y con menor número de residentes que los demás hospitales, se pudo encontrar la más alta frecuencia de residentes con tendencia al agotamiento, y así mismo en dicho nosocomio se encontró la mayor cantidad de residentes sin agotamiento equivalente al 50%. Respecto al **tipo de especialidad**, la evidencia en investigación ha reportado que durante la actual coyuntura pandémica las especialidades quirúrgicas se han encontrado más relacionadas al Síndrome de Burnout (2), sin embargo, en el presente estudio se ha hallado que las frecuencias más altas en los diferentes niveles de agotamiento estuvieron en el 50% de los residentes que estudiaban una especialidad de apoyo diagnóstico y el 35,3% de los que estudiaban especialidades clínicas quienes se encontraban en riesgo, el 26,9% de los residentes de especialidades quirúrgicas quienes tenían una tendencia y el 23,1% de los que estudiaban una especialidad de tipo clínico quienes desarrollaron Burnout, por otro lado el más alto porcentaje de residentes sin agotamiento estuvo tanto en los estudiantes de especialidades de apoyo diagnóstico con un 50% así como en el 41,7% de los residentes de especialidades clínico-quirúrgicas, no encontrando tampoco significancia en tal relación ($p = 0,188$); en cuanto a ello Ortiz H. reportó en su investigación que la más alta frecuencia del Síndrome de Burnout se encontró en los residentes de

especialidades quirúrgicas, representando el 28,57% (47) lo que coincide con la literatura revisada pero no concuerda con lo encontrado por este estudio. En lo referente al **año de residencia**, el 39,6% de los residentes que se encontraban en segundo año presentaron riesgo de desarrollar agotamiento, el 27,1% de ellos también presentaron una tendencia y el 10,7% de los médicos residentes de primer año tuvieron Burnout, siendo también tales porcentajes los más altos en cada uno de los niveles de agotamiento mencionados, habiendo una mayor cantidad de residentes de tercer año a más que no presentaron agotamiento, equivalente al 51,1%, no obstante en dicha relación tampoco se halló significancia estadística ($p = 0,235$); la investigación realizada por Ortiz H. encontró que la frecuencia más alta del Síndrome de Burnout se presentó en el 27,59% de los residentes de primer año que a pesar de ser distante a lo encontrado por el presente análisis, coincide en que en ambos se dio con mayor frecuencia en el mismo año de estudio (47); del mismo modo la revisión sistemática realizada por Chan M, et al. de 22 artículos sobre Burnout en médicos residentes de la especialidad de psiquiatría halló también que los residentes de los primeros años de formación son más vulnerables a desarrollar agotamiento (55); por lo que se puede entender que al parecer los residentes de primer año han presentado una menor capacidad de adaptación que sus iguales de años superiores y eso puede deberse, sobre todo si consideramos estudios desarrollados en la actual coyuntura pandémica, a que dichos médicos iniciaron recientemente su especialización y por lo tanto también su proceso de adaptación al ambiente de trabajo hospitalario, que, por encontrarse saturado de pacientes, los enfrentaron tempranamente a situaciones muy estresantes cada vez más constantes en un corto tiempo, tal como lo mencionaron por Navinés R, et al. en su análisis. Maslach Ch. también considera que las recompensas insuficientes son la tercera área más importante para el desarrollo de agotamiento (21), en tal sentido la presente investigación encontró que el no presentar **satisfacción con el salario** recibido guarda una relación significativa con el nivel de agotamiento ($p = 0,018$), es así como el 32,1% de los médicos residentes no satisfechos presentaron riesgo de desarrollar agotamiento, el 29,6% de ellos desarrollaron una tendencia y el 12,3% también de los residentes insatisfechos tuvieron Burnout, siendo al mismo tiempo mayor el porcentaje de los residentes satisfechos con su remuneración que no presentaron

agotamiento, equivalente al 47,1% de ellos; al respecto el estudio realizado por Noriega Ch. en 48 médicos residentes del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2021 reportó que el 85,7% de los que presentaban Burnout no estaban conformes con su salario lo que a pesar de representar una frecuencia mayor que la encontrada por nuestro análisis concuerda con el presente trabajo de investigación considerando que ambos estudios se desarrollaron en el mismo contexto pandémico (46). Maslach Ch. (2009) también mencionó que la **carga de trabajo** es la primera área relacionada al desarrollo de Burnout, reflejando conjuntamente con la falta de control el modelo de estrés laboral Demanda Control propuesto por Karasek y Theorell en 1990 (21), en referencia a ello este estudio encontró que el 32,8% de los residentes que refirieron presentar una carga laboral media se encontraban en riesgo de tener agotamiento, superando mínimamente al 31% que mencionaron tener una carga laboral alta, así también el 28,7% de los que manifestaron tener alta carga de trabajo tenían una tendencia y el 13,8% de los mismos desarrollaron el síndrome de Burnout, siendo de la misma manera mayor el número de residentes que presentaban una carga de trabajo media y no presentaban agotamiento, en un 48,4%, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre la carga de trabajo y el nivel de agotamiento ($p = 0,004$); del mismo modo Pacovilca O, et al. concuerda con esta investigación al reportar en su análisis que el riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout fue mayor en los residentes cuyas cargas laborales no les daba tiempo para su vida personal y familiar, con una relación también significativa ($p = 0,000$) (4). Dentro del grupo de factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales Fidalgo. M en el 2006 consideró que la presencia de un **ambiente laboral hostil** estaría relacionado al desarrollo de agotamiento ocupacional, en dicho sentido en el presente estudio se halló que el 36,6% de los médicos residentes que refirieron si encontrar un medio laboral conflictivo estaban en riesgo de presentar agotamiento, el 29,3% de los mismos tenían una tendencia y el 19,5% ya desarrollaron Burnout, siendo del mismo modo el 43,6% de los residentes que referían no laborar en un ambiente hostil los que no presentaron agotamiento, encontrando una relación significativa ($p = 0,001$); al respecto Pacovilca O, et al. reportó que los residentes que habrían sido víctimas de amenazas en su lugar de trabajo, tuvieron mayor riesgo de desarrollar el síndrome del trabajador quemado también con una relación

significativa ($p = 0,000$) (4). La revisión sistemática de Navinés R, et al. concluyó que la mala **relación con los superiores** se encontraba asociada al desarrollo de estrés y agotamiento en los residentes (2), por lo que en lo referente a ello los resultados reportados por el presente análisis fueron que el 43,1% de los residentes que referían presentar una mala relación con sus superiores estaban en riesgo de desarrollar agotamiento, el 32,8% de los que mencionaban lo mismo presentaban una tendencia y el 12,1% de ellos desarrollaron el síndrome de Burnout, encontrando una mayor cantidad de residentes que dijeron tener una buena relación y no presentar agotamiento equivalente al 50,5%, siendo dicha relación también estadísticamente significativa ($p = 0.000$). La **recurrencia de guardias** ha sido siempre un factor muy asociado al desarrollo de agotamiento en el personal de salud, de hecho, diversos estudios han demostrado que las guardias representan una de las situaciones más estresantes para los residentes (56), en tal sentido la presente investigación consultó a la población de residentes estudiada sobre la recurrencia de guardias que tenían, no colocándose un número como límite para definir dicha frecuencia porque en nuestro estudio participaron médicos de diferentes hospitales y las diferencias en la distribución de turnos entre los nosocomios harían de dicha percepción mucho más subjetiva, por lo que, en lo referente a ello obtuvimos que hubo una mayor proporción de residentes que refirieron un elevado número de guardias y que tenían agotamiento, encontrando que el 33,8% de los que dijeron tener alta recurrencia de guardias se encontraban en riesgo, el 25,4% de los residentes que mencionaron lo mismo presentaban una tendencia y el 10,0% de ellos tuvieron Burnout, teniendo también una mayor frecuencia de residentes que tenían una regular recurrencia de guardias y que no presentaban agotamiento, equivalente al 66,7%, siendo dicha relación significativa ($p = 0,013$); Apaza V. también encontró que el número de guardias por mes está asociado con el desarrollo del Síndrome de Burnout ($p = 0, ,000$) lo que coincide con los resultados del actual estudio, siendo desarrolladas ambas investigaciones en el contexto pandémico (57).

Algunos estudios han hallado gran relación entre la actual coyuntura pandémica y el agotamiento, al respecto en la **tabla N°9** se evidencia que nuestra investigación encontró que el 34,5% de los residentes que no tuvieron COVID-

19 durante la residencia estuvieron en riesgo de desarrollar agotamiento, el 25% de los que sí tuvieron **infección por COVID-19 durante la residencia** presentaban una tendencia, el 11,5% de los mismos desarrollaron el síndrome de Burnout y el 40% de los que no tuvieron diagnóstico de COVID-19 durante la residencia no presentaron agotamiento, no habiendo una relación estadísticamente significativa ($p = 0,351$) según nuestra investigación; así también; Ortiz H. encontró que el tener COVID-19 estuvo acompañado del síndrome de Burnout en el 20,5% pero también se observó en el 21,05% de las personas sin COVID-19, sin significancia estadística ($p = 0,94$). Sobre el **contacto directo con pacientes con COVID-19** durante la residencia se encontró que el 31,9% de los que sí lo tuvieron se encontraban en riesgo de desarrollar agotamiento, el 42,9% de los que no tuvieron contacto presentaban una tendencia, el 9% de los que sí lo tuvieron desarrollaron Burnout y el 36,1% también de los que tuvieron contacto no presentaron agotamiento, no hallando significancia en dicha relación ($p = 0,599$); al respecto la investigación de Ortiz H. halló que el 21,88% de los residentes que tuvieron contacto con pacientes COVID desarrollaron el Síndrome de Burnout no encontrando tampoco una relación estadísticamente significativa ($p = 0,24$) a diferencia del análisis realizado por Magnavita et al. en el año 2021 en siete revisiones sistemáticas donde si se encontró relación significativa entre el desarrollo de Burnout y el contacto directo con pacientes COVID-19 (58). La presente investigación tampoco encontró una relación estadísticamente significativa entre el **tratamiento de pacientes COVID-19 durante la residencia** y el agotamiento ($p = 0,610$) siendo un 33,1% de los residentes que si participaron en el tratamiento de pacientes infectados por el nuevo coronavirus quienes se encontraban en riesgo, un 24,6% de los mismo quienes tuvieron una tendencia y un 9,3% también de los médicos residentes que trataron pacientes COVID quienes tuvieron el Síndrome de Burnout, existiendo un mayor porcentaje de residentes que no trataron tales pacientes quienes no desarrollaron agotamiento, respecto a ello Coleman J. encontró en su estudio realizado en 465 residentes y 695 cirujanos que el Burnout en la pandemia de COVID-19 que si hubo relación significativa entre este y el tratamiento de pacientes infectados ($p = 0,007$) (OR ajustado 1,62; IC 95%, 1,21 a 2,17) (59), siendo el número de pacientes con COVID-19 atendidos directamente por el residente incluso considerado por

Navines R, et al. el factor de riesgo asociado más importante (2). En cuanto al **miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar durante la residencia** en el presente estudio se encontró que el 56,3% de los residentes que si lo tenían estaban en riesgo de desarrollar agotamiento, el 58,3% de ellos presentaron una tendencia y finalmente el 76,9% de los mismos desarrollaron Burnout, encontrando así mismo que también el 51,9% de los residentes que tuvieron tal miedo no presentaron agotamiento, no existiendo una relación significativa ($p = 0,436$).

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- Los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 2022 prevalentemente eran de sexo masculino, solteros, no tenía hijos, trabajaban en el hospital Goyeneche, estudiaban una especialidad clínica, se encontraban en el primer año de residencia, no estaban satisfechos con el salario recibido, tenían una carga laboral alta, no presenciaban un ambiente laboral hostil, tenían una buena relación con sus superiores, presentaban una frecuente recurrencia de guardias, tuvo diagnóstico de COVID-19 durante la residencia, tuvo contacto con pacientes COVID-19 durante la residencia, trató o participó en el tratamiento de pacientes COVID-19 durante la residencia y tuvo miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar durante la residencia.
- Los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 2022 mayormente se encontraban en riesgo de desarrollar el agotamiento.
- No existe relación estadísticamente significativa de la edad, el sexo, el estado civil, ni la tenencia de hijos con el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 2022.
- Si existe relación estadísticamente significativa de la satisfacción con el salario recibido, la carga laboral, la presencia de ambiente laboral hostil, la relación con superiores y la recurrencia de guardias con el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 2022.
- No existe relación estadísticamente significativa del diagnóstico de COVID-19 durante la residencia, el contacto directo con pacientes con COVID-19 durante la residencia, el tratamiento de pacientes COVID-19 durante la residencia, ni el miedo de contagiar de COVID-19 a algún familiar durante la residencia con el nivel de agotamiento ocupacional en los médicos residentes que laboran en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 2022.

2. RECOMENDACIONES

- Desarrollar, a partir la información proporcionada por el presente estudio, estrategias de promoción de buenas relaciones entre compañeros de trabajo, una adecuada implementación de los ambientes laborales, una campaña de promoción sobre la existencia del Síndrome de Burnout y sus consecuencias, así como una evaluación orientada al crecimiento profesional en las áreas hospitalarias donde se encontró la mayor cantidad de residentes en riesgo o con tendencia al agotamiento ocupacional.
- Desarrollar intervenciones terapéuticas en los principales grupos en los que se encontró la presencia del Síndrome de Burnout enfatizando en el aumento de incentivos laborales, el aligeramiento de la carga laboral, la mejora del ambiente laboral, la mejora de la relación con los superiores y disminuir la recurrencia de guardias.
- Promover la evaluación de la salud mental en los médicos residentes para la detección oportuna de alguna alteración, con la finalidad de optimizar su desempeño profesional y mejorar la calidad de atención a sus pacientes.
- Replicar la presente investigación con un diseño longitudinal, donde se realice una evaluación antes y después de la aplicación de estrategias de intervención para la valoración de su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mariños A, Otero M, Málaga G, Tomateo J. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered* [Internet]. 2011 [consultado 11 Abr 2022]; 22(4): 159-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400003&lng=es.
2. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y desgaste de los residentes, antes y durante la pandemia del COVID-19: una puesta al día. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021 [consultado 11 Abr 2022]; 157(3): 130-140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8101798/>.
3. Dyrbye L, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt T. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* [Internet]. 2014 [consultado 11 Abr 2022]; 89(3): 443-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24448053/>.
4. Pacovilca O, Zea C, Reginaldo R, Lacho P, Quispe R, Pacovilca G, et al. Factores de riesgo del síndrome del trabajador quemado en médicos residentes peruanos: Análisis de la ENSUSALUD 2016. *Rev CES Med* [Internet]. 2022 [consultado 19 Jul 2022]; 36(1): 3-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v36n1/0120-8705-cesm-36-01-3.pdf>.
5. Alrawashdeh H, Al Tammemi A, Alzawahreh M, Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 [consultado 11 Abr 2022]; 21 (811): 1. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10897-4>.
6. Ishak W, Lederer S, Mandili C, Nikravesh R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ*

- [Internet]. 2009 [consultado 11 Abr 2022]; 1(2): 236–242. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931238/>.
7. Herrera P, J.Toro C. Educación médica durante la pandemia del COVID-19: Iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta méd Perú [Internet]. 2020 [consultado 11 Abr 2022]; 37(2): 169-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200169&lng=es.
 8. Juárez A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: Un semáforo naranja en la salud mental. Universidad Rev Ind Santander Salud [Internet]. 2020 [consultado 11 Abr 2022]; 52(4): 432-439. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000400432&lng=en.
 9. Muñoz del Carpio A, Arias W, Caycho T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). Rev chil neuro-psiquiatr [Internet]. 2019 [consultado 11 Abr 2022]; 57(2): 139-148. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200139&lng=es.
 10. Llaja V, Sarria C, García P. MBI Inventario “Burnout” de Maslach & Jackson. Muestra Peruana. Lima: Pinedo Grafic; 2007.
 11. Gutiérrez G, Celis M, Moreno S, Farias F, Suárez J. Síndrome de burnout. Arch Neurocién (Mex) [Internet]. 2006 [consultado 12 Abr 2022]; 11 (4): 305-309. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>.
 12. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Entorno [Internet]. 2020 [consultado 12 Abr 2022]; (70): 110-120. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/10371/12034>.
 13. Fernández M. Realidad psicosocial del maestro de primaria. Lima: Fondo de Desarrollo Editorial; 2002.
 14. Gil-Monte P, Peiró J. Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
 15. Gil-Monte P. Burnout Syndrome: ¿Síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Psicología del

- Trabajo y de las Organizaciones [Internet]. 2003 [consultado 12 Abr 2022]; 19(2), 181-197. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>.
16. Guillén C, Guil R. Psicología del trabajo para relaciones laborales. Madrid: McGraw-Hill; 2000.
 17. Gil-Monte P. CESQT Manual del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo [Internet]. Madrid: Tea Ediciones; 2011 [consultado 12 Abr 2022]. Disponible en: https://web.teaediciones.com/Ejemplos/Manual_CESQT.pdf.
 18. Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Revista de Comunicación Vivat Academia [Internet]. 2010 [consultado 12 Abr 2022]; (112): 42-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>.
 19. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
 20. Papovic S. Professional Burnout Syndrome. Bosnia y Herzegovina: Materia Socio Médica: Journal of the Society of Social Medicine; 2009: 213 - 215.
 21. Maslach C. Comprendiendo el Burnout. Ciencia & Trabajo [Internet]. 2009 [consultado 12 Abr 2022]; 11(32): 37-43. Disponible en: <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/40/51640.pdf>.
 22. Mesías A. Plan de prevención del Síndrome de Burnout y su influencia en la satisfacción del usuario del servicio de consulta externa de una institución de salud pública. Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Internet]. 2016 [consultado 12 Abr 2022]. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1590/1/76124.pdf>.
 23. Maslach C, Jackson E. Manual del Inventario de Burnout de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
 24. Grau A, Flichtentrei D, Suñer S, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 [consultado 14 Abr 2022]; 83(2): 215-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es.

25. Fernández M. El estrés laboral en los peruanos: hallazgos recientes. Teoría e investigación en Psicología [Internet]. 2010 [consultado 14 Abr 2022]; 19:37-59. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Fernandez-Arata/publication/281849602_Estres_laboral_en_los_peruanos_hallazgos_recientes_Work_stress_in_Peruvian_Recent_findings/links/55fb35ff08ae07629e07bb2c/Estres-laboral-en-los-peruanos-hallazgos-recientes-Work-stress-in-Peruvian-Recent-findings.pdf.
26. Vásquez J, Maruy A, Verne 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. Revista de Neuro Psiquiatría [Internet]. 2014 [consultado 11 Abr 2022]; 77(3): 168-174. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf>.
27. Llaja V. Rasgos de personalidad y el síndrome de burnout en el profesional de cuidados intensivos en un hospital de EsSalud de Lima. Tesis Doctoral. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres, 2006.
28. Kopp M, Skrabski Á, Székely A, Stauder A, Williams R. Chronic stress and social changes: socioeconomic determination of chronic stress. Annals of the New York Academy of Sciences [Internet]. 2007 [consultado 14 Abr 2022]; 1113(1): 325-338. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17483208/>.
29. Romero E, Young J, Salado R. Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. Rev Méd Cient [Internet]. 2021 [consultado 14 Abr 2022]; 32(1): 61-70. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/535/988>.
30. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Rev. chil. neuro-psiquiátrico [Internet]. 2010 [consultado 14 Abr 2022]; 48(4): 307-318. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006&lng=es.
31. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista PsicologíaCientífica.com [Internet]. 2001 [consultado 14 Abr 2022]; 3(5). Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Gil-Monte/publication/242114408_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_aproximaciones_teoricas_para_su_explicacion_y_recomendaciones_para_la_intervencion/links/0deec534528db5d80e000000/EI-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-sindrome-de-burnout-aproximaciones-teoricas-para-su-explicacion-y-recomendaciones-para-la-intervencion.pdf

32. Gil-Monte P. (1991). Una nota sobre el concepto de burnout, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Informació Psicològica* [Internet]. 1991 [consultado 14 Abr 2022]; 46: 4-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263235794_Una_nota_sobre_el_concepto_de_burnout_sus_dimensiones_y_estrategias_de_afrontamiento.
33. Carrillo R, Gómez K, Espinoza I. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex* [Internet]. 2012 [consultado 14 Abr 2022]; 28(6): 579-584. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>.
34. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta colombiana de psicología* [Internet]. 2007 [consultado 14 Abr 2022]; 10(2): 117-125. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/218>.
35. Carlin M, Garcés E. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología* [Internet]. 2007 [consultado 14 Abr 2022]; 26(1): 169-180. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>.
36. Caballero C, Hederich C, Palacio. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista latinoamericana de psicología* [Internet]. 2010 [consultado 14 Abr 2022]; 42(1): 131-146. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880012.pdf>.
37. Savio S. El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática* [Internet]. 2008 [consultado 14 Abr 2022]; 1(8), 121-38. Disponible en: http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf.
38. Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote J. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional

- médico. *Aten Primaria* [Internet]. 2006 [consultado 14 Abr 2022]; 38(10): 544-549. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656706705753?token=4CAA4AC5E734663E478E879CA2017F9DBFE50266C645D0AA54BBF15B8468413DA0F6A71E51515283589567177558B89&originRegion=us-east-1&originCreation=20220817175606>.
39. Maslach C, Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 [consultado 14 Abr 2022]; 15(2): 103-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911781/>.
 40. Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina* [Internet]. 2006 [consultado 14 Abr 2022]; 153(1): 18-21. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista153/5_153.htm.
 41. Jácome S, Villaquiran A, García C, Duque I. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 [consultado 11 Abr 2022]; 10(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n1/2346-3414-cuid-10-1-e543.pdf>.
 42. Muñoz N, Campaña N, Campaña G. Prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía general de Chile y sus factores asociados. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2018 [consultado 11 Abr 2022]; 70(6): 544-550. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262018000600544&script=sci_arttext_plus&tlng=es.
 43. Ramírez M, Garicano L, González J, González E, Sánchez M, Del Campo M. Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet]. 2019 [consultado 11 Abr 2022]; 28: 57-65. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v28n1/1132-6255-medtra-28-01-57.pdf>.
 44. Alkhamees A, Assiri H, Yousef H, Nasser A, Alkhamees M. Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 [consultado 11 Abr 2022]; 19(46): 1478-449. Disponible en: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00584-1#auth-Abdulmajeed_A_-Alkhamees.

45. Vittale F, Velázquez S, Ortiz I. Frecuencia del síndrome de Burnout en residentes de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Rev virtual Soc Parag Med Int [Internet]. 2020 [consultado 11 Abr 2022]; 7(2): 72-79. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v7n2/2312-3893-spmi-7-02-72.pdf>.
46. Noriega Ch. Incidencia y factores sociodemográficos asociados al síndrome de burnout en médicos residentes durante la pandemia COVID-19 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2021 [Internet]. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, 2021. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4181/T016_47264169_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
47. Ortiz H. Prevalencia y factores asociados a Síndrome de Burnout en residentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el contexto de pandemia por COVID 19 [Internet]. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12390/MCorcrho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
48. Quispe J. Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa, agosto 2020 [Internet]. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11348/MCqulej.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
49. Maslach C, Jackson S, Leiter M. El inventario de agotamiento de Maslach. En: Zalaquett C, Wood R, editores. Evaluación del estrés: un libro de recursos. 3ra ed. USA: MD: Prensa del espantapájaros; 1997.
50. Fernández M. Realidad psicosocial del maestro de primaria. Lima, Peru: Universidad de Lima; 2002.
51. Teniente K. Percepción de la formación académica y del ámbito laboral de los médicos residentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE), Arequipa 2019 [Internet]. Tesis para optar el título de Médico

- Cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8206/MDtecakw.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 52.** Consejo Nacional de Residencia Médico, Escobedo S, Nieto W, Taype A, Timaná R, Alva C, et al. Características del residentado médico en el Perú: resultados de la primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016). *Acta Med Peru* [Internet]. 2017 [consultado 19 Jul 2022]; 34(4): 273-82. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400004#:~:text=Resultados%3A%20De%20los%207%20393,por%20una%20universidad%20de%20Lima.
- 53.** Campos A, Charqui F. Frecuencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia del coronavirus (COVID-19) en médicos residentes de un hospital nacional de tercer nivel de Lima, Perú. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2020 [consultado 19 Jul 2022]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8617/Frecuencia_CamposRamirez_%c3%81ngel.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 54.** Kocalevent R, Pinnschmidt H, Selch S, Nehls S, Meyer J, Boczor S, Scherer M, Van-Den H. Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 [consultado 19 Jul 2022]; 20(1): 145. Disponible en: <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02061-0>.
- 55.** Chan M, Chew Q, Sim K. Burnout and associated factors in psychiatry residents: a systematic review. *Int J Med Educ* [Internet]. 2019 [consultado 19 Jul 2022]; 10: 149-160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6766386/>.
- 56.** Verougstraete D, Hachimi S. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. *Acta Clin Belg* [Internet]. 2020 [consultado 19 Jul 2022]; 75(1): 57-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31835964/>.
- 57.** Apaza V. Factores Sociodemográficos y Laborales asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Residentes durante la Pandemia SARS-COV-2 en

un Hospital Público de Lima, 2021 [Internet]. Tesis para obtener la maestría en Gestión de los Servicios de la Salud. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo, 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/66916/Apaza_MVR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- 58.** Magnavita N, Chirico F, Garbarino S, Bragazzi N, Santacroce E, Zaffina S. SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare Workers. An Umbrella Systematic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [Consultado 19 Jul 2022]; 18(8): 1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8072681/>.
- 59.** Coleman J, Abdelsattar J, Glocker R, RAS-ACS COVID-19 Task Force. COVID-19 Pandemic and the Lived Experience of Surgical Residents, Fellows, and Early-Career Surgeons in the American College of Surgeons. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2021 [Consultado 19 Jul 2022]; 232(2): 119-135. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069850/>.

ANEXOS

ANEXO 1

**Ficha de recolección de datos sociodemográficos y laborales
e Inventario de Burnout adaptado por Llaja, Sarria y García, 2007**

