

## Hostigamiento laboral y síndrome de *burnout* en personal sanitario en un hospital de referencia

Diego Marín Marín\* 1,2,a; Alonso Soto 3,4,b

El estudio fue presentado en el V Congreso Internacional “Premio APJ a la Investigación en Salud”, XXIX Curso Internacional del Policlínico Peruano Japonés y X Curso Internacional de la Clínica Centenario Peruano Japonés “Visión y Avances en la Medicina Actual”. Teatro Peruano Japonés. Lima, Perú.

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre la exposición a hostigamiento laboral y la presencia de síndrome de *burnout* en el personal sanitario de un hospital de referencia peruano.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal, analítico. Se incluyó a médicos internistas, cirujanos, enfermeras, residentes, internos de medicina y técnicos de enfermería de los departamentos de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima, Perú. Se usaron los cuestionarios Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) y Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) para la detección de *burnout* y hostigamiento, respectivamente. Adicionalmente, se evaluó la asociación con la edad, género, ocupación, estado civil, lugar de trabajo, conformidad con salario, carga familiar, actividad física, hábitos nocivos, vacaciones, afiliación religiosa, número de trabajos, remuneración mensual, tiempo de trabajo, horas laborales por semana, número de pacientes atendidos por día, guardias semanales y horas de descanso. El análisis multivariado se realizó mediante el uso de un modelo de regresión logística múltiple, para lo cual se utilizó como variable respuesta la presencia o no de *burnout*.

**Resultados:** Se incluyeron a 206 participantes. De ellos, 22 (10,7 %) presentaron *burnout* y 27 (14 %), hostigamiento moderado a elevado. En el análisis bivariado, la edad (OR 0,94; IC 95 % 0,89-0,99;  $p = 0,02$ ), el estado civil casados y convivientes (OR 2,85; IC 95 % 1,01-8,06;  $p = 0,04$ ) y el hostigamiento (OR 5,20; IC 95 % 1,92-14,09;  $p = 0,009$ ) se asociaron a la presencia de *burnout*. En el análisis multivariado, el único predictor significativo de *burnout* fue el hostigamiento laboral. La presencia de un hostigamiento moderado a elevado se asoció a un OR de 4,00 (IC 95 % 1,4-11,3;  $p = 0,009$ ) comparado con bajos niveles de hostigamiento.

**Conclusiones:** Es importante identificar a trabajadores de la salud con hostigamiento laboral por su fuerte asociación con el síndrome de *burnout*. Se considera indispensable la realización de una investigación complementaria que permita entender y abordar la problemática del hostigamiento laboral y su influencia en el desarrollo de *burnout*, así como estudios que permitan evaluar intervenciones destinadas a prevenir tanto el hostigamiento laboral como el *burnout*.

**Palabras clave:** Bullying; Acoso no Sexual; Agotamiento Profesional (Fuente: DeCS BIREME).

## Workplace harassment and burnout syndrome among health personnel at a referral hospital

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between workplace harassment and burnout syndrome among healthcare personnel of a Peruvian referral hospital.

**Materials and methods:** An analytical cross-sectional study which included internists, surgeons, nurses, residents, interns and nursing technicians from the Medicine and Surgery departments of Hospital Nacional Hipólito Unanue in Lima, Peru. The Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) and the Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) were used for the assessment of burnout and harassment, respectively. Additionally, the association with age, gender, occupation, marital status, workplace, salary satisfaction, family burden, physical activity, harmful habits, vacations,

1 Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

2 Hospital III Suárez Angamos, Departamento de Cirugía. EsSalud. Lima, Perú.

3 Universidad Ricardo Palma, Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB). Lima, Perú.

4 Hospital Nacional Hipólito Unanue, Departamento de Medicina. Lima, Perú.

a Médico otorrinolaringólogo, maestro en Salud Ocupacional.

b Médico internista, Ph. D. en Ciencias Médicas.

religious affiliation, number of jobs, monthly remuneration, job tenure, working hours per week, number of patients seen per day, weekly shifts and rest hours was evaluated. A multivariate analysis was conducted using a multiple logistic regression model and the presence or absence of burnout as an outcome variable.

**Results:** The study consisted of 206 participants, out of whom 22 (10.7 %) suffered burnout and 27 (14 %) moderate to severe harassment. In the bivariate analysis, age (*OR* 0.94; 95 % CI 0.89-0.99; *p* = 0.02), marital status such as married and cohabiting (*OR* 2.85; 95 % CI 1.01-8.06; *p* = 0.04) and harassment (*OR* 5.20; 95 % CI 1.92-14.09; *p* = 0.009) were associated with burnout. In the multivariate analysis, the only significant predictor of burnout was workplace harassment. Moderate to severe harassment was associated with *OR* 4.00 (95 % CI 1.4-11.3; *p* = 0.009) compared to mild harassment.

**Conclusions:** It is important to identify health workers suffering workplace harassment due to its strong association with burnout syndrome. It is essential to carry out further research to understand and address the problem of workplace harassment and its influence on the development of burnout, as well as studies to evaluate interventions aimed at preventing both workplace harassment and burnout.

**Keywords:** Bullying; Harassment, Non-Sexual; Burnout, Professional (Source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

El hostigamiento laboral y el síndrome de *burnout* en el personal sanitario tienen consecuencias psicopatológicas y conductuales, las cuales afectan la salud a nivel individual y organizacional<sup>(1,2)</sup>. El *burnout* se define como un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal que puede ocurrir entre individuos quienes trabajan con otras personas en alguna función. Esto puede afectar psicológicamente al trabajador y perjudicar los aspectos laboral (ausentismo, accidentes, desmotivación, negativismo) y familiar (divorcios e indiferencia), e incluso inducirlo al suicidio<sup>(3-5)</sup>. Asimismo, dicha condición está asociada a un pobre cuidado de los pacientes y al aumento de malpraxis en los médicos<sup>(4,5)</sup>. La presencia de *burnout* en trabajadores sanitarios muestra frecuencias muy disímiles, que pueden fluctuar entre 3 y el 78 % en diversos estudios<sup>(6-8)</sup>.

El hostigamiento laboral se define como la exposición sistemática a la humillación, los comportamientos hostiles y violentos y la comunicación opresiva y poco ética contra uno o más trabajadores<sup>(2)</sup>. Las personas que son hostigadas experimentan altos niveles de estrés, trastornos musculoesqueléticos, trastornos del sueño, cefaleas, hipertensión arterial y trastornos gastrointestinales<sup>(9)</sup>. Las tasas fluctúan entre el 8 % y el 40 % en personal de salud<sup>(2,9)</sup>. Un estudio encontró que más del 70 % de los hospitales presentaron casos de discriminación y hostigamiento laboral y sexual por parte de un cirujano<sup>(10)</sup>. Otros estudios encontraron que el 64 % de los residentes de cirugía, 57 % de mujeres y 30 % de los médicos de familia presentaron hostigamiento laboral<sup>(11,12)</sup>.

El hostigamiento laboral y el síndrome de *burnout* tienen consecuencias psicológicas y psicosomáticas que afectan la productividad, por ende, aumentan las horas de trabajo perdidas<sup>(1,2,13)</sup>.

Aunque la exposición al hostigamiento podría ser un importante factor asociado al desarrollo del síndrome de *burnout*, existen pocos estudios<sup>(13,14)</sup> que han determinado esta asociación en trabajadores sanitarios. El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre el hostigamiento laboral y la presencia del síndrome de *burnout* en el personal de salud en un hospital de referencia en Lima, Perú.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño y población de estudio

Se trató de un estudio analítico, transversal. El universo estuvo constituido por médicos internistas, cirujanos, enfermeras, residentes, internos de medicina y técnicos de enfermería de los departamentos de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima, Perú. Se calculó el tamaño de la muestra para una asociación con un *OR*<sup>(15)</sup> de 3 basado en una potencia de 80 % y nivel de confianza del 95 %. Considerando la posibilidad de datos incompletos y a fin de incrementar la potencia estadística del estudio, se decidió incluir a 207 participantes.

Se excluyó al personal de salud que no completó los cuestionarios en su totalidad y a los que se negaron a participar del estudio, así como al personal administrativo y de otros servicios que no atendían directamente a los pacientes.

### Variables y mediciones

La variable dependiente utilizada fue la presencia del síndrome de *burnout* en el personal sanitario, la cual se midió usando el cuestionario Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), mientras que la variable independiente fue la presencia del hostigamiento laboral, medida mediante la escala Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R). Se incluyeron covariables como la edad, género, ocupación, estado civil, lugar de trabajo, conformidad con salario, carga familiar, actividad física, hábitos nocivos, vacaciones,

## Hostigamiento laboral y síndrome de *burnout* en personal sanitario en un hospital de referencia

afiliación religiosa, número de trabajos, remuneración mensual, tiempo de trabajo, horas laborales por semana, número de pacientes atendidos por día, guardias semanales y horas de descanso.

Se utilizó el cuestionario MBI-HSS, adaptado al personal sanitario, para la evaluación del *burnout* <sup>(3,16)</sup> y el cuestionario NAQ-R para evaluar el hostigamiento laboral <sup>(17,18)</sup>. El MBI-HSS mide los 3 aspectos del síndrome de *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Una puntuación alta en las dimensiones agotamiento emocional (mayor a 27 puntos) y despersonalización (mayor a 10 puntos), y baja en realización personal (menor a 33 puntos) permiten diagnosticar este síndrome. El MBI-HSS ha sido estudiado y validado en grupos ocupacionales de atención a la salud <sup>(1,3,8,14,16)</sup>. El NAQ-R, validado en personal de salud <sup>(17,18)</sup>, mide la exposición al hostigamiento laboral dentro de los últimos seis meses <sup>(17,18)</sup> y está compuesto por tres factores interrelacionados: hostigamiento centrado en el trabajo de la persona (7 ítems), hostigamiento personal (12 ítems) y hostigamiento por intimidación física (3 ítems) <sup>(13,17,18)</sup>. Valores de 22-44, 44-66, 66-88 y 88-110 puntos fueron considerados para representar bajo, moderado, elevado y muy elevado puntaje de hostigamiento, respectivamente. El reclutamiento de participantes se realizó previa autorización de los departamentos de Medicina y Cirugía del referido nosocomio. Se entregó personalmente a cada participante la ficha de colección de datos con el consentimiento informado para su llenado personal de manera anónima. La colección de datos se realizó al terminar la ronda médica en la sala de hospitalización y al finalizar la consulta ambulatoria. Los datos fueron colectados durante los meses de febrero y marzo del 2018.

### Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 11 (Stata Corporation, College Station, TX). La estadística descriptiva (univariada) se realizó con medidas

de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) de acuerdo con la distribución de los datos. En el análisis bivariado se evaluó la asociación entre las variables dependientes (presencia o no del síndrome de *burnout*) e independientes mediante las pruebas de chi cuadrado y la *t* de Student para las variables categóricas y numéricas, respectivamente.

El análisis multivariado se realizó mediante el uso de un modelo de regresión logística múltiple utilizando como variable respuesta la presencia de *burnout*, y como variables predictoras, el hostigamiento y aquellas variables significativas en el análisis bivariado. El modelo multivariado resultante fue posteriormente refinado, y se excluyó sucesivamente aquellas variables con mayores valores de *p* hasta conseguir un modelo final en el que todas las variables predictoras resultaron significativas. Se consideró un valor de *p* < 0,05 como estadísticamente significativo.

### Consideraciones éticas

El estudio contempló las recomendaciones de la Declaración de Helsinki <sup>(19)</sup> y fue aprobado por los comités institucionales de ética en investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue (33821) y de la Universidad Científica del Sur (278-2018). Para la ejecución de las encuestas se incluyó un consentimiento informado.

### RESULTADOS

Se evaluó a 207 trabajadores de salud de los departamentos de Medicina y Cirugía, solo se excluyó a un participante por haber presentado datos incompletos en la encuesta. Entre los 206 participantes evaluados, 22 (10,7 %) presentaron *burnout*. La media de edad fue 37 +/- 12 años, y el número de mujeres que participaron en el estudio fue 128 (62 %) (Tabla 1). La mayoría de los participantes fueron personal de enfermería y técnicos en enfermería. La Tabla 2 presenta la clasificación según tipo de prestador con y sin *burnout*.

**Tabla 1.** Características personales y laborales del personal sanitario

| Variable                                    | Total<br>(n = 206) | <i>Burnout</i><br>(n = 22) | No <i>burnout</i><br>(n = 184) | Valor de <i>p</i> |
|---|--------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Edad (de)                                   | 37,57 (12,00)      | 31,68 (8,30)               | 38,28 (12,19)                  | 0,01              |
| Sexo femenino                               | 128 (62,14 %)      | 11 (50,00 %)               | 117 (63,59 %)                  | 0,21              |
| Profesionales                               | 98 (47,57 %)       | 9 (40,91 %)                | 89 (48,37 %)                   | 0,52              |
| Personal técnico                            | 70 (33,98 %)       | 7 (31,82 %)                | 63 (34,24 %)                   | 0,52              |
| Internos de medicina                        | 38 (18,45 %)       | 6 (27,27 %)                | 32 (17,39 %)                   | 0,52              |
| Personal estable                            | 131 (63,59 %)      | 12 (54,55 %)               | 119 (64,67 %)                  | 0,35              |
| Con pareja estable                          | 89 (43,20 %)       | 5 (22,73 %)                | 84 (45,65 %)                   | 0,04              |
| Lugar de trabajo: sala de hospitalización   | 158 (76,70 %)      | 17 (77,27 %)               | 141 (76,63 %)                  | 0,85              |
| Sala de hospitalización, emergencia y/o SOP | 23 (11,17 %)       | 3 (13,64 %)                | 20 (10,87 %)                   | 0,85              |

| Variable                                   | Total<br>(n = 206) | Burnout<br>(n = 22) | No burnout<br>(n = 184) | Valor de p |
|--|--------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Conforme con salario                       | 36 (17,48 %)       | 4 (18,18 %)         | 32 (17,39 %)            | 0,92       |
| Carga familiar                             | 111 (53,88 %)      | 8 (36,36 %)         | 103 (55,98 %)           | 0,08       |
| Escogería su carrera de nuevo              | 164 (79,61 %)      | 15 (68,18 %)        | 149 (80,98 %)           | 0,15       |
| Más de dos trabajos                        | 19 (9,20 %)        | 2 (9,00 %)          | 17 (9,20 %)             | 1          |
| Remuneración mensual menor a dos mil soles | 87 (42,20 %)       | 13 (59,00 %)        | 74 (40,20 %)            | 0,09       |
| Más de dos años en el trabajo              | 135 (65,50 %)      | 13 (59,00 %)        | 122 (66,30 %)           | 0,50       |
| Menos de 36 horas laborales por semana     | 42 (20,30 %)       | 2 (9,00 %)          | 40 (21,70 %)            | 0,16       |
| Más de veinte pacientes atendidos por día  | 99 (48,00 %)       | 11 (50,00 %)        | 88 (47,80 %)            | 0,84       |
| Más de dos guardias semanales              | 99 (48,00 %)       | 13 (59,00 %)        | 86 (46,70 %)            | 0,27       |
| Más de ocho horas de sueño al día          | 20 (9,70 %)        | 1 (4,50 %)          | 19 (10,30 %)            | 0,70       |

de: desviación estándar.

Tabla 2. Clasificación según tipo de prestador con y sin burnout

| Tipo de prestador              | Total<br>(n = 206) | Burnout<br>(n = 22) | No burnout<br>(n = 184) | Valor de p |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| Médicos internistas            | 9 (4,30 %)         | 0 (0,00 %)          | 9 (100,00 %)            | 0,20       |
| Cirujanos                      | 12 (5,80 %)        | 1 (8,30 %)          | 11 (91,70 %)            |            |
| Enfermeras                     | 62 (30,10 %)       | 4 (6,50 %)          | 58 (93,50 %)            |            |
| Personal técnico de enfermería | 70 (34,00 %)       | 7 (10,00 %)         | 63 (90,00 %)            |            |
| Residentes                     | 13 (7,90 %)        | 4 (30,80 %)         | 9 (69,20 %)             |            |
| Internos de medicina           | 37 (17,90 %)       | 6 (16,20 %)         | 31 (83,80 %)            |            |

El número de participantes con hostigamiento laboral bajo y moderado a elevado fue 178 (86 %) y 28 (14 %), respectivamente (Tabla 3). Ningún trabajador presentó un hostigamiento muy elevado. La media del puntaje NAQ-R en la población total fue 34. En la Tabla 4 se muestra la comparación de burnout con hostigamiento por grupo ocupacional.

Tabla 3. Tipo de prestador y hostigamiento laboral

| Tipo de prestador              | Total<br>(n = 206) | Hostigamiento<br>bajo (n = 178) | Hostigamiento moderado<br>a elevado (n = 28) | Valor de p |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------|--|------------|
| Médicos internistas            | 9 (100,00 %)       | 9 (100,00 %)                    | 0 (0,00 %)                                   | 0,009      |
| Cirujanos                      | 12 (100,00 %)      | 8 (66,60 %)                     | 4 (33,30 %)                                  |            |
| Enfermeras                     | 62 (100,00 %)      | 59 (95,20 %)                    | 3 (4,80 %)                                   |            |
| Personal técnico de enfermería | 70 (100,00 %)      | 62 (88,60 %)                    | 8 (11,40 %)                                  |            |
| Residentes                     | 13 (100,00 %)      | 10 (76,90 %)                    | 3 (23,00 %)                                  |            |
| Internos de medicina           | 37 (100,00 %)      | 27 (72,90 %)                    | 10 (27,00 %)                                 |            |

Hostigamiento laboral y síndrome de *burnout* en personal sanitario en un hospital de referencia

Tabla 4. Comparación de *burnout* con hostigamiento por grupo ocupacional

| Grupo ocupacional              | Hostigamiento      | Total<br>(n = 206) | <i>Burnout</i><br>(n = 22) | No <i>burnout</i><br>(n = 184) | Valor de p |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------------|------------|
| Médicos asistentes             | Bajo               | 17 (80,90 %)       | 0 (0,00 %)                 | 17 (80,90 %)                   | 0,035      |
|                                | Moderado a elevado | 4 (19,00 %)        | 1 (4,70 %)                 | 3 (14,20 %)                    |            |
| Enfermeras                     | Bajo               | 59 (95,10 %)       | 3 (4,80 %)                 | 56 (90,30 %)                   | 0,052      |
|                                | Moderado a elevado | 3 (4,80 %)         | 1 (1,60 %)                 | 2 (3,20 %)                     |            |
| Personal técnico de enfermería | Bajo               | 62 (88,50 %)       | 4 (5,70 %)                 | 58 (82,80 %)                   | 0,006      |
|                                | Moderado a elevado | 8 (11,40 %)        | 3 (4,20 %)                 | 5 (7,10 %)                     |            |
| Residentes                     | Bajo               | 10 (76,90 %)       | 3 (23,00 %)                | 7 (53,80 %)                    | 0,913      |
|                                | Moderado a elevado | 3 (23,00 %)        | 1 (7,70 %)                 | 2 (15,30 %)                    |            |
| Internos de medicina           | Bajo               | 27 (72,90 %)       | 4 (10,80 %)                | 23 (62,10 %)                   | 0,704      |
|                                | Moderado a elevado | 10 (27,00 %)       | 2 (5,40 %)                 | 8 (21,60 %)                    |            |

En cuanto al análisis bivariado, se encontró que la edad, con OR de 0,94 (IC 95 % 0,89-0,99;  $p = 0,02$ ); estado civil, con OR de 2,85 (IC 95 % 1,01-8,06;  $p = 0,04$ ), y los puntajes del NAQ-R, con OR de 5,20 (IC 95 % 1,92-14,09;  $p = 0,009$ ) (hostigamiento centrado en el trabajo, hostigamiento personal y hostigamiento por intimidación física), fueron estadísticamente significativos. Los participantes con *burnout* fueron significativamente menores (mediana de edad de 30 años vs. 36 años;  $p = 0,012$ ) y contaban con una pareja estable (22,7 % vs. 45,6 %;  $p = 0,04$ ).

Al analizar el NAQ-R como variable categórica, dicotomizándola en niveles bajo (22 a 44 puntos) y moderado a alto (>44 puntos) de hostigamiento, se encontró que 36 % de los participantes con *burnout* tenían un hostigamiento por lo menos moderado, mientras que solo el 10 % de los que no tenían *burnout* presentaron este nivel de hostigamiento ( $p < 0,01$ ).

En el análisis multivariado, el único predictor significativo de *burnout* fue el puntaje NAQ-R. La presencia de un hostigamiento moderado se asoció a un OR de 4,00 (IC 95 % 1,4-11,3;  $p = 0,009$ ) comparado con un nivel bajo de hostigamiento (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre *burnout* y hostigamiento laboral: resultados del análisis crudo y ajustado a edad y estado civil

| Variable   | Análisis crudo<br>OR (IC 95 %) | Valor de p | Análisis ajustado<br>OR (IC 95 %) | Valor de p |
|--|--------------------------------|------------|-----------------------------------|------------|
| Hostigamiento moderado a elevado (puntaje NAQ-R > 44)* | 5,20 (1,92-14,09)              | 0,001      | 4,00 (1,40-11,36)                 | 0,009      |
| Edad   | 0,94 (0,89-0,99)               | 0,020      | 0,96 (0,91-1,01)                  | 0,179      |
| Estado civil (casados y convivientes)                  | 2,85 (1,01-8,06)               | 0,040      | 2,16 (0,70-6,60)                  | 0,176      |

\*En comparación con bajo hostigamiento; NAQ-R: Negative Acts Questionnaire-Revised.

## DISCUSIÓN

El principal hallazgo del estudio es la fuerte asociación entre el hostigamiento laboral y la presencia de *burnout*. Esta asociación fue consistente tanto en el análisis crudo como en el ajustado. Los trabajadores de salud que no presentaron hostigamiento tuvieron una frecuencia muy baja de *burnout*, mientras que aquellos trabajadores hostigados presentaron una frecuencia de *burnout* cercana al 90 % independientemente de otros factores. A pesar de la importante magnitud evidenciada en el estudio, existen pocas publicaciones en la región que han asociado *burnout* y hostigamiento en el personal sanitario <sup>(13,14,20,21,22)</sup>. Investigaciones realizadas en Corea <sup>(13,22)</sup>, Portugal <sup>(14)</sup> y Francia <sup>(20)</sup> han mostrado resultados consistentes con el presente trabajo.

La frecuencia de *burnout* en investigaciones realizadas en trabajadores de salud ha sido altamente variable <sup>(4,5,8)</sup>, las cifras fluctúan entre 2,8 <sup>(8)</sup> y 52 % <sup>(4)</sup>, dependiendo de la población estudiada.

Con respecto a la frecuencia de hostigamiento laboral en el personal sanitario, el hallazgo de 14 % es diferente a lo encontrado en otros dos estudios <sup>(10,23)</sup>, que determinaron una prevalencia de 39 % en cirujanos y 57 % en residentes de los primeros años en Oceanía. Sin embargo, dicho resultado es similar a lo encontrado por Sá et al., quienes reportaron una prevalencia de 13 % de hostigamiento laboral en enfermeras del sistema de salud público en Portugal <sup>(14)</sup>.

Por otro lado, la frecuencia de 30,7 % de *burnout* y 23 % de hostigamiento moderado a elevado en residentes de medicina y cirugía es distinto a lo encontrado por Llewellyn et al. <sup>(23)</sup>, quienes en el 2015, en Australia, encontraron 57 % de hostigamiento en residentes de los primeros años. Hu et al. <sup>(24)</sup>, en el 2018, en Estados Unidos, identificaron que el hostigamiento ocurre con frecuencia entre los residentes de cirugía general, especialmente las mujeres, y está asociado con el agotamiento y los pensamientos suicidas.

Adicionalmente, en el estudio se encontró 33,3 % de hostigamiento moderado a elevado en cirujanos, similar a lo encontrado por Ling et al. <sup>(11)</sup>. La especialidad quirúrgica no está exenta de casos de hostigamiento laboral, ya que los asistentes y residentes de cirugía son más propensos a ser víctimas de hostigamiento en comparación con otros miembros del personal <sup>(11)</sup>.

La frecuencia de 6,4 % de *burnout* y 4,8 % de hostigamiento moderado a elevado en el personal de enfermería difiere de lo encontrado por Udho et al. <sup>(5)</sup>, quienes reportaron una frecuencia de *burnout* de 36 % en enfermeras de Uganda. Sá et al. <sup>(14)</sup> encontraron una prevalencia del 13 % de hostigamiento en enfermeras del sistema de salud público en Portugal. Las enfermeras hostigadas describieron

ausentismo y una alta rotación laboral <sup>(9)</sup>. El hostigamiento en enfermeras podría estar asociado con la cultura de la organización, incluyendo la gestión jerárquica y la falta de empoderamiento del personal de enfermería <sup>(25,26,27,28,29)</sup>.

Los resultados son importantes porque permiten identificar a un trabajador de salud con hostigamiento laboral como un grupo de riesgo que puede desarrollar síndrome de *burnout*. Las intervenciones dirigidas a resolver este problema pueden ser útiles para prevenir el desarrollo del síndrome de *burnout*. Sin embargo, la utilidad de estas posibles intervenciones debe ser evaluada mediante estudios de intervención adecuadamente diseñados.

Se considera que el presente estudio es el primero en el Perú, en el que se relaciona la exposición de hostigamiento laboral con la presencia del síndrome de *burnout* en trabajadores de salud. Sin embargo, existen algunas limitaciones que obligan a tomar los hallazgos con cautela. La principal limitación de este estudio es que el cuestionario NAQ-R puede ser un instrumento que no refleje la magnitud real del hostigamiento. Aunque ello no invalida los resultados, debería complementarse con estudios cualitativos para tener una visión más completa.

En conclusión, es importante identificar a trabajadores de la salud con hostigamiento laboral por su fuerte asociación con el síndrome de *burnout*. Se considera indispensable el desarrollo de una investigación complementaria que permita entender y abordar la problemática del hostigamiento laboral y su influencia en el desarrollo del *burnout*, así como estudios que permitan evaluar intervenciones destinadas a prevenir tanto el hostigamiento laboral como el *burnout*. Finalmente, es una prioridad que se incluya la salud mental de los propios trabajadores de salud y sus determinantes como parte de la gestión de los recursos humanos en los servicios de salud.

**Contribución de los autores:** Los autores han participado en la conceptualización, metodología, borrador original y redacción (revisión y edición) del artículo.

**Fuentes de financiamiento:** Este artículo ha sido financiado por los autores.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vandenbroeck S, Van Gerven E, De Witte H, Vanhaecht K, Godderis L. Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occup Med (Lond)* [Internet]. 2017;67(7):546-54.
2. Norton P, Costa V, Teixeira J, Azevedo A, Roma-Torres A, Amaro J, et al. Prevalence and determinants of bullying among health care workers in Portugal. *Workplace Health Saf* [Internet]. 2017;65(5):188-96.

## Hostigamiento laboral y síndrome de *burnout* en personal sanitario en un hospital de referencia

- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3ra ed. Palo Alto: CA; 1996. p. 191-218. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf)
- Doolittle BR. Association of burnout with emotional coping strategies, friendship, and institutional support among internal medicine physicians. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 2021;28(2):361-67.
- Udho S, Kabunga A. Burnout and associated factors among hospital-based nurses in northern Uganda: A cross-sectional survey. *Biomed Res Int* [Internet]. 2022;2022:8231564.
- Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019;94(9):1681-94.
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet]. 2012;344:e1717.
- Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016;33(2):241-7.
- Sauer PA, Mccoy TP. Nurse Bullying: Impact on nurses' health. *West J Nurs Res* [Internet]. 2017;39(12):1533-46.
- Crebbin W, Campbell G, Hillis DA, Watters DA. Prevalence of bullying, discrimination and sexual harassment in surgery in Australasia. *ANZ J Surg* [Internet]. 2015;85(12):905-9.
- Ling M, Young CJ, Shepherd HL, Mak C, Saw RP. Workplace bullying in surgery. *World J Surg* [Internet]. 2016;40(11):2560-6.
- Rouse LP, Gallagher-Garza S, Gebhard RE, Harrison SL, Wallace LS. Workplace bullying among family physicians: A gender focused study. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2016;25(9):882-8.
- Kim Y, Lee E, Lee H. Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(12):e0226506.
- Sá L, Fleming M. Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2008;29(4):411-26.
- Andrade C. Understanding relative risk, odds ratio, and related terms: as simple as it can get. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2015;76(7):e857-61.
- Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2005;39(1):1-8.
- Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress* [Internet]. 2009;23(1):24-44.
- Viterbo Silva I, de Aquino EML, de Matos Pinto IC. Psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire for the detection of workplace bullying: an evaluation of the instrument with a sample of state health care workers. *Rev Bras Saúde Ocup* [Internet]. 2017;42:e2.
- World Medical Association. Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. WMA.
- Desrumaux P, Gillet N, Nicolas C. Direct and indirect effects of belief in a just world and supervisor support on burnout via bullying. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018;15(11):2330.
- Takeuchi M, Nomura K, Horie S, Okinaga H, Perumalswami CR, Jagsi R. Direct and indirect harassment experiences and burnout among academic faculty in Japan. *Tohoku J Exp Med* [Internet]. 2018;245(1):37-44.
- Bae SR, Hong HJ, Chang JJ, Shin SH. The association between Korean clinical nurses' workplace bullying, positive psychological capital, and social support on burnout. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(21):11583.
- Llewellyn A, Karageorge A, Nash L, Li W, Neuen D. Bullying and sexual harassment of junior doctors in New South Wales, Australia: rate and reporting outcomes. *Aust Health Rev* [Internet]. 2019;43(3):328-34.
- Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *N Engl J Med* [Internet]. 2019;381(18):1741-52. doi: 10.1056/NEJMsa1903759.
- Wilson JL. An exploration of bullying behaviours in nursing: a review of the literature. *Br J Nurs* [Internet]. 2016;25(6):303-6.
- Pisanti R, Lombardo C, Lucidi F, Violani C, Lazzari D. Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Human Services among Italian nurses: a test of alternative models. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013;69(3):697-707.
- Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed* [Internet]. 2018;89(6-5):51-79.
- Purpora C, Cooper A, Sharifi C, Lieggi M. Workplace bullying and risk of burnout in nurses: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep* [Internet]. 2019;17(12):2532-40.
- Ajoudani F, Baghaei R, Lotfi M. Moral distress and burnout in Iranian nurses: The mediating effect of workplace bullying. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019;26(6):1834-47.

### Correspondencia:


Diego Marín Marín

Dirección: Jr. Río Amazonas 3215 Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho. Lima, Perú.

Teléfono: (+51) 950 181 879


Correo electrónico: [diego.franco.marin@gmail.com](mailto:diego.franco.marin@gmail.com)

Recibido: 02 de enero de 2023  
Evaluado: 08 de febrero de 2023  
Aprobado: 16 de febrero de 2023


© La revista. Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.  
 Licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

### ORCID iD

Diego Marín Marín

 <https://orcid.org/0000-0002-1913-328x>

Alonso Soto

 <https://orcid.org/0000-0001-8648-8032>