

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
DE MOQUEGUA DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DE LA  
PANDEMIA DE COVID-19 EN EL AÑO 2020”**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. DULIO RICHARD TORRES CONDORI**

**ASESOR:**

**MED. WALTER ADALBERTO NEIRA FLORES**

Tacna – Perú

2020

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a todos aquellos que me apoyaron moral y económicamente.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar quiero agradecer a mi asesor, quien con sus conocimientos y apoyo me guió a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba.

También quiero agradecer a mis compañeros y a mi familia, por apoyarme aún cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención de mi madre, que siempre estuvo ahí para darme palabras de apoyo.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020”, a fin de optar por el título de Médico Cirujano de la Universidad Privada de Tacna.

El objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

La metodología empleada es de diseño no experimental, exploratorio y de corte transversal, de tipo básica, observacional y analítico, de nivel descriptivo cuantitativo, dirigido a una población de 96 médicos y una muestra participante de 52, empleando como instrumento el Maslach Burnout Inventory para medir el Síndrome de Burnout.

Se concluye que la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua en el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020 es baja, encontrándose solamente tres casos de médicos que presentan condiciones para diagnosticar Síndrome de Burnout, lo que representa el 5.77% de casos, frente a un 94.23% que no presenta indicios, por lo que se puede deducir que no existen indicios para que se afirme que el Síndrome de Burnout es un problema que prevalece en el personal médico aun en el momento.

*Palabras clave:* Síndrome de burnout, desgaste emocional, despersonalización, realización personal

## **ABSTRACT**

This research work is entitled "Burnout syndrome in doctors at the Moquegua Regional Hospital during the first four months of the COVID-19 pandemic in 2020", in order to qualify for the title of Surgeon at the Private University of Tacna.

The objective of the work is to determine the existence of the prevalence of Burnout syndrome in doctors of the Moquegua Regional Hospital during the first four months of the COVID-19 pandemic in 2020.

The methodology used is of a non-experimental, exploratory and cross-sectional design, of a basic, observational and analytical type, of a quantitative descriptive level, aimed at a population of 96 doctors and a participant sample of 52, using the Maslach Burnout Inventory as an instrument to measure burnout syndrome.

It is concluded that the prevalence of Burnout syndrome in doctors of the Moquegua Regional Hospital during the first four months of the COVID-19 pandemic in 2020 is low, with only three cases of doctors who present conditions to diagnose burnout syndrome, which represents 5.77 % of cases, compared to 94.23% who do not present evidence, so it can be deduced that there are no evidence to affirm that Burnout Syndrome is a problem that prevails in medical personnel even at the moment.

*Keywords:* Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>12</b>
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2.    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	12
1.2.1.    Problema General.....	14
1.2.2.    Problemas Específicos .....	14
1.3.    OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN .....	14
1.3.1.    Objetivo general .....	14
1.3.2.    Objetivos específicos .....	15
1.4.    JUSTIFICACIÓN .....	15
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>17</b>
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1.    ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
2.1.1.    Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2.    Antecedentes Nacionales .....	21
2.2.    MARCO TEÓRICO .....	25
2.2.1.    Estrés Laboral.....	25
2.2.2.    Síndrome de Burnout (S.B.).....	27
2.2.3.    COVID-19.....	33
2.2.4.    Síndrome de Burnout y la pandemia de COVID-19 en el personal de salud.....	35
2.3.    DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	44
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>45</b>

<b>HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>	<b>45</b>
.....	
3.1. HIPÓTESIS .....	45
3.2. VARIABLES.....	45
3.2.1. Operacionalización de las Variables .....	45
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>48</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>48</b>
4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	48
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	48
4.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	48
4.4. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	48
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	48
4.5.1. Población:.....	48
4.5.2. Criterios de inclusión: .....	49
4.5.3. Criterios de exclusión:.....	49
4.6. TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49
4.6.1. Técnica .....	49
4.6.2. Instrumentos .....	50
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>51</b>
<b>PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>51</b>
5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS .....	51
5.2. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS .....	52
5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	52
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>53</b>
<b>RESUTADOS .....</b>	<b>53</b>
5.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	53
5.1.1. Datos Generales .....	53
5.1.2. Desgaste emocional.....	57

5.1.3. Realización personal .....	62
5.1.4. Despersonalización .....	66
5.1.5. Cumplimiento del Objetivo General: Evaluación global del síndrome de burnout .....	69
5.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS .....	73
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre Estrés Laboral y Síndrome de Burnout	26
Tabla 2. Edad de los médicos evaluados	53
Tabla 3. Tiempo de trabajo de los médicos evaluados	54
Tabla 4. Condición laboral de los médicos evaluados	55
Tabla 5. Sexo de los médicos evaluados	56
Tabla 6. Área de trabajo de los médicos evaluados	56
Tabla 7. Frecuencia de los componentes evaluados en desgaste emocional	57
Tabla 8. Frecuencia de los componentes evaluados en realización personal	62
Tabla 9. Frecuencia de los componentes evaluados en despersonalización	66
Tabla 10. Medición del síndrome de Burnout	69
Tabla 11. Medición del desgaste emocional	70
Tabla 12. Medición de la realización personal	71
Tabla 13. Medición de la despersonalización	72
Tabla 14. Estadísticos para la muestra	73
Tabla 15. Prueba T para la muestra	73

## INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el sector salud está enfrentando después de 100 años una pandemia de proporciones catastróficas que perjudica a muchas personas en su salud y ha cobrado la vida de otros miles en todo el mundo (1). En la actualidad el mundo entero se enfrenta a la enfermedad por coronavirus (COVID-19) que es ocasionada por el virus SARS-CoV-2, su origen se dio a conocer en diciembre del 2019 en la ciudad Wuhan provincia de Hubei – China, tiene una expansión rápida a nivel mundial ocasionando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declare el estado de Pandemia el 11 de marzo del 2020 por haberse extendido a más de cien países en todo el mundo (2). Posterior a esta declaratoria por la OMS, en el Perú se registra el primer caso de infección por COVID 19 el día 6 de marzo del 2020 que tuvo como procedencia España, razón por la cual mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA se declara al Perú en emergencia sanitaria con la finalidad de prevenir y contener el contagio por COVID-19 (3)(4).

Desde el inicio de la declaración de pandemia, el virus del COVID-19 ha tenido una propagación rápida, si se compara con la influenza H1N1, motivo por el cual el personal de salud de primera línea se enfrenta a retos diarios al haber un gran número de infectados que sobrepasa la capacidad diaria de atención, este contexto genera agotamiento físico, pero sobre todo mental por las exigencias en época de pandemia. Los cuidados en bioseguridad del personal médico, el tiempo para atender a los pacientes que acuden a instalaciones sanitarias que suelen superar la capacidad del personal, la infraestructura insuficiente y recursos e insumos mínimos son factores estresantes que manejados de forma inadecuada permiten el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Este virus ha obligado a muchos países a implementar medidas necesarias como cuarentenas para controlar la propagación del COVID-19 (5), provocando en la población sensación de ansiedad y angustia, debido al encierro y la sensación de la ausencia de control sobre la situación (6). Los médicos que laboran en la primera línea de defensa ante el COVID-19 no están excluidos de sentir lo mismo que el resto de la población, incluso lo hacen en mayor intensidad por el riesgo constante

a contagiarse, a las extenuantes y cargadas horas de trabajo, la fatiga física y psicológica, y el desgaste ocupacional, estos factores de estrés pueden llevar al desarrollo de falta de empatía con los pacientes, con sus compañeros de trabajo y un mal desempeño laboral.

En diversos países como en Italia y Estados Unidos el 54,4% de los médicos han mostrado al menos un síntoma de agotamiento emocional, despersonalización o reducción del sentido de realización (7) ya que el número de pacientes infectados ha aumentado exponencialmente de un momento a otro haciendo que los médicos no se dieran abasto para poder atender a todos de manera óptima, convirtiéndose en el personal más vulnerable en la población por el riesgo de contagio y el nivel de estrés provocado por la situación.

En Perú tenemos un sistema de salud deteriorado desde hace muchos años con falencias en infraestructura y escasos de personal lo que ha hecho que el sistema colapse por la demanda en los servicios de emergencia por los pacientes infectados con COVID-19, un claro ejemplo tenemos cuando vemos que en Perú tenemos 2.3 camas por cada 100 mil habitantes según la Organización Mundial de la Salud cuando lo idóneo sería tener 10 camas por cada 100 mil habitantes.

La presencia de estrés psicológico y emocional es conocido como el Síndrome de Burnout el cual es medido por tres dimensiones: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) realización personal (8). La pandemia ha ocasionado una mayor saturación de trabajo en el personal de salud, que no solo debe cuidarse de no contagiarse sino también de sufrir Síndrome de Burnout que tiene un impacto negativo produciendo fatiga, estrés, ansiedad, depresión, suicidios, atención de mala calidad del paciente, jubilaciones anticipadas y renunciadas inesperadas, por lo que el objetivo del presente trabajo de investigación radica en saber la prevalencia de Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital Regional de Moquegua en el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El virus del COVID-19 genera una gran carga emocional en profesionales en el campo de la salud ya que al estar trabajando en primera línea con casos positivos de este virus genera incertidumbre por el riesgo de contagio, según la Journal of Psychiatric el Síndrome de Burnout ha afectado entre el 29 al 35,1% de profesionales de la salud a nivel mundial siendo los más afectados médicos y enfermeras, esto se debe a la filosofía humanística de estas profesiones y las situaciones de estrés que se puede llegar a dar dentro del ambiente laboral como la competitividad y el perfeccionismo (9) (10). En el contexto nacional, la saturación del sistema de salud, la falta de equipos de protección personal, insumos para la atención, la necesidad de más profesionales de la salud y la constante presión de parte de pacientes y familiares por una atención que sea rápida y oportuna aumentaron los niveles de estrés y de tensión emocional en el personal de salud (11).

El contexto de la pandemia para el sector salud a nivel mundial es un desafío físico y mental, en especial para los médicos, es así que se puede observar en diferentes países como Noruega, Reino Unido, España y Australia se llevan a cabo estudios sobre la salud mental en personal de salud durante la aparición de enfermedades virales epidémicas y su relación con la frecuencia de la presencia de ansiedad, problemas de depresión, estrés agudo y el Síndrome de Burnout, se han logrado identificar que los médicos y las enfermeras presentan el mayor porcentaje de casos. En Moquegua desde la aparición del primer caso que fue en la semana epidemiológica 12 hasta la semana 27 ,que fue el período dentro de la cuarentena a nivel nacional, la curva de casos nuevos de COVID-19 se mantuvo en números bajos hasta la semana 20 donde hubo un pico pero que en las semanas siguientes el número de casos nuevos fue reduciendo, registrándose el número más alto en este período en la semana 27 siendo de 364 nuevos casos, a partir de la semana 27 los

casos de COVID-19 aumentaron rápidamente siendo el pico de casos nuevos durante la semana 33 registrándose 1627 casos nuevos, siendo esta una semana importante donde los médicos de diferentes especialidades tuvieron que laborar como una sola especialidad como lo hacen los intensivistas, ellos enfrentaron muchos retos por el alto número de casos positivos detectados en esa semana, sumado a los casos que ya se tenían en calidad de internados en el nosocomio, enfrentando arduas jornadas de trabajo con todo lo que implica la atención de pacientes con alto riesgo de complicación durante la pandemia, ante esta situación y la preocupación por el bienestar de su salud se ha planteado medidas para mantener una adecuada estabilidad mental y emocional, mediante la aplicación de herramientas para la identificación temprana de casos probables, ayudando a que los médicos no se sobre saturen y pongan en riesgo su salud mental y física (12).

A partir de la semana epidemiológica 28 empezaron a colapsar hospitales en ciertas regiones del país, no siendo la excepción la ciudad de Moquegua que vivió este contexto entre la semana epidemiológica 30 y 31, el personal de salud ha afrontado el exceso de población infectada por el virus del COVID -19, exceso que superó la capacidad de atención con la que contaban los hospitales de la región, sin tener los insumos necesarios, las camillas y el personal extra para poder enfrentar un problema de esta magnitud es que los médicos que pudieron trabajar (personal médico que no se encuentra en el grupo de riesgo de contraer la enfermedad) dieron lucha durante muchas semanas con la incomodidad de soportar horas con el traje de protección, el exceso de pacientes a ser atendidos y el estrés producido por el riesgo de contraer la enfermedad y poder contagiar a sus familias al retornar a sus casas, han hecho que la realidad de atención durante la emergencia sanitaria se convierta en un factor de estrés predominante en varios escenarios que sector salud.

(12)

## **1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál será el nivel de desgaste emocional en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020?
- ¿Cuál será el nivel de realización personal en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020?
- ¿Cuál será el nivel de despersonalización en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020?

## **1.3.OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Hallar la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.
- Identificar el nivel de desgaste emocional en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.
- Identificar el nivel de realización personal en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.
- Identificar el nivel de despersonalización en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El Síndrome de Burnout es una condición actual muy frecuente en el ámbito laboral del personal de salud que está condicionado por eventos de alta exigencia laboral. La emergencia sanitaria actual ha generado situaciones de riesgo en los médicos y sus pacientes, el aumento de casos positivos de COVID-19 ha superado la capacidad de atención en todos los hospitales de las ciudades del Perú. Este evento de gran magnitud ha sido difícil para los médicos porque se han visto sin insumos, sin equipos de protección personal, sin medicamentos, sin espacios y condiciones mínimas de atención provocando altos niveles de estrés. El sistema de salud en Moquegua se ha visto saturado después del período de cuarentena a nivel nacional por el aumento rápido de casos nuevos, siendo necesario evaluar la presencia de Síndrome de Burnout en los médicos en distintos períodos de la pandemia de COVID-19, así mismo considerar los factores que intervienen en este como la evolución de la curva epidemiológica

y el estado del sistema de salud, esto ayudara a poder plantear soluciones y alternativas para disminuir el riesgo de presentar problemas de salud mental.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Vinueza V. y colaboradores (Ecuador -2020)** en su estudio sobre el **Síndrome de Burnout entre médicos y enfermeras ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19.**

El estudio ha tenido como objetivo determinar la ocurrencia e intensidad del Síndrome de Burnout (SB) en médicos y enfermeras ecuatorianas durante la pandemia de COVID-19. El estudio fue observacional transversal y participaron 224 personas entre médicos y enfermeras de establecimientos de la red de salud ecuatoriana, personal que fue sometido al cuestionario de Burnout para posteriormente analizaron los datos por medio de análisis de regresión lineal mediante R. los resultados indicaron que más del 90% de médicos y enfermeras presentó SB moderada – severa, que se asoció estadísticamente de manera significativa con la función (médico vs. enfermero), edad y el sexo. Concluyendo que durante la época de pandemia más del 90% del personal médico y personal de enfermeras presentó SB moderada a severa, siendo el personal médico el más afectado (13).

**Ogboghodo y colaboradores (Nigeria -2020)** en su estudio sobre la **Evaluación del agotamiento entre los médicos residentes en la ciudad de Benin, estado de Edo, Nigeria.**

Se tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia y el patrón de agotamiento entre los médicos residentes en la ciudad de Benin. Con respecto a la metodología el estudio utilizó un diseño de estudio descriptivo y transversal, a la población total de médicos que cursaban el programa de

residencia en la ciudad de Beni. El nivel de significancia se fijó en  $P < 0,05$ . Con respecto a los resultados, los médicos residentes evaluados en este estudio fueron de 448 con una edad media de  $33,9 \pm 0,4$  años. Una mayor proporción (279, 62.3%) de los encuestados eran hombres. Un total de 267 (59,6%) encuestados sufrieron agotamiento emocional (EE), mientras que 211 (47,1%) y 153 (34,2%) sufrieron despersonalización y reducción de logros personales, respectivamente. La prevalencia global de Burnout fue del 41,7%. Se encontró que jornadas laborales con largas horas de duración ( $P < 0,001$ ) y la especialidad ( $P = 0,039$ ) se asociaron significativamente con el agotamiento. Concluyendo que el agotamiento prevaleció entre los médicos residentes en la ciudad de Benin. El agotamiento emocional fue el tipo más informado (14).

**Palacios y Paz (México -2020) en su estudio sobre el estrés, agotamiento, síntomas somáticos y su asociación con las condiciones laborales en residentes y médicos superiores.**

Los investigadores plantearon como objetivo de este estudio identificar la asociación entre las condiciones laborales, el agotamiento por estrés y los síntomas somáticos residentes y médicos superiores. Se realizó un estudio transversal con 724 médicos de hospitales de la Ciudad de México, evaluando características sociodemográficas, condiciones laborales, estrés, Burnout y síntomas somáticos. Se utilizaron los inventarios de Wolfgang, Maslach y Kroenke. Tenían una fiabilidad de 0,91, 0,83 y 0,78, respectivamente. Hubo diferencias significativas en las condiciones laborales de los residentes y médicos superiores,  $p < 0,001$ . Hubo una mayor prevalencia de estrés en residentes que en médicos,  $p = 0,006$ . La prevalencia de agotamiento emocional fue del 44% para los residentes y del 23% en los médicos,  $p < 0,001$ . El nivel de despersonalización fue del 51% y 46%, respectivamente,  $p = 0,004$ . Estos tenían diferencias significativas según las condiciones de trabajo. El riesgo de presentar síntomas somáticos graves fue 3,5 veces mayor en los que tenían un nivel de estrés elevado (IC

2,45-5,33). El riesgo de presentar síntomas graves fue tres veces mayor en quienes percibieron supervisiones (IC 1,49-2,9) y la carga de trabajo como excesiva (IC 2,06-4,11). El riesgo de agotamiento fue dos veces mayor para aquellos que informaron una carga de trabajo excesiva, realizaron guardias y atendieron a más de 20 pacientes por día. Se encontró diferencias significativas en los niveles de estrés, agotamiento y gravedad de los síntomas según la categoría profesional y las condiciones laborales entre residentes y médicos superiores. (15)

**Barello y colaboradores (Italia -2020)** en su investigación sobre el **Agotamiento y síntomas somáticos entre los profesionales de la salud de primera línea en el pico de la pandemia italiana de COVID-19.**

El objetivo de los investigadores fue identificar los niveles de agotamiento de los profesionales y los síntomas físicos de los trabajadores de la salud italianos de primera línea directamente involucrados en la atención de pacientes con COVID-19 en el pico de la pandemia en este país, comparándolos entre género y roles ocupacionales. También investigó la relación entre el agotamiento de los profesionales y los síntomas de salud negativos. Se tomaron en cuenta a 1.153 profesionales de la salud italianos, de esta población 376 informaron haber tenido contacto con pacientes infectados con COVID-19. Como resultado de la aplicación de la encuesta, un gran porcentaje de los profesionales de la salud reportaron puntajes altos en al menos uno de los dominios del MBI: en particular, más de 1 de cada 3 mostraron puntajes altos de Agotamiento emocional y 1 de cada 4 reportaron altos niveles de despersonalización, mientras que solo alrededor del 15% informó niveles bajos de gratificación personal. Se utilizó una serie de prueba t para una muestra para comparar las medias en nuestra muestra con valores normativos: los análisis revelaron que los niveles de agotamiento emocional eran más altos que en la muestra normativa ( $t(320) = 3.765; p < .001$ ; diferencia en medias = 2,53), mientras que los niveles de despersonalización parecen algo más bajos ( $t(320) = -$

2,906;  $p = .004$ ; diferencia de medias = -0,91) y la gratificación personal más alta ( $t(320) = 11,856; p < 0,001$ ; diferencia de medias = 5,02). Los investigadores concluyeron que el resultado requiere atención, ya que estudios anteriores mostraron que la angustia emocional tiene un efecto duradero en la salud, incluido el riesgo de trastorno de estrés postraumático. (16)

**Cortina y Afanador (Puerto Rico -2020)** en su estudio sobre el síndrome de **Burnout en el personal clínico de Puerto Rico durante la pandemia COVID-19.**

El objetivo de este estudio fue examinar el Síndrome de Burnout en el personal de salud de Puerto Rico durante la pandemia de COVID-19. *Métodos:* Estudio descriptivo. Se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). *Resultados:* Se encontró que el nivel general de agotamiento del personal clínico era moderado. No obstante, en los médicos, el 12,1% tenía Síndrome de Burnout en comparación con una puntuación del 13,1% en las enfermeras. Además, el 92,4% de los médicos y el 100% de las enfermeras presentaban agotamiento de moderado a severo. En las tres subescalas, las enfermeras obtuvieron niveles altos en todas y los médicos fueron altos en agotamiento emocional y nivel moderado en despersonalización y realización personal en el trabajo. Hubo altos niveles de Síndrome de Burnout del personal clínico en Puerto Rico. *Conclusión:* Desde el inicio de la pandemia COVID-19, más del 90% de los profesionales de la salud en Puerto Rico han estado trabajando con el síndrome de burnout moderado a severo, siendo las enfermeras las más afectadas. (17)

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**Torres García (Lima - 2020)** en su investigación sobre la **Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en el área de emergencia frente al COVID 19 en un hospital del Perú.**

El objetivo de la investigación fue evaluar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en el área de emergencia frente al COVID 19 en un Hospital del Perú. Materiales y Métodos: Estudio analítico, prospectivo, en el que se utilizara el Maslach Burnout Inventory, Se mostrarán los resultados descriptivos y se evaluarán las asociaciones de las características con la variable independiente que medirá la presencia de Síndrome de Burnout. (18)

**Sarmiento (Lima -2019)** en su trabajo de investigación sobre el Síndrome de **Burnout en el servicio de emergencia de un hospital.**

El objetivo fue describir la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud que trabaja en el área de emergencia de un hospital público del Cusco, se realizó un estudio descriptivo transversal analítico en 110 trabajadores, entre médicos, enfermeros, obstetras y personal técnico. Se encontró que el 10 % de la población presentó Síndrome de Burnout. El grupo de médicos presentó 16,3 % de Burnout; el personal de enfermería y obstetras, 8,6 %; y en el personal técnico de enfermería no se encontró Burnout. El personal con contratos temporales, un tiempo de servicio entre 1 a 10 años y de sexo masculino presentaron Burnout con mayor frecuencia. Se halló un cuadro leve en un 34,5 % y moderado en un 18,2 %, asimismo se halló un 15,5 % de nivel alto de agotamiento emocional, un 33,6 % de nivel alto en la dimensión de despersonalización. Finalmente, un 51,8 % de la población presentó una baja realización personal. Se concluyó que uno de cada 10 trabajadores del servicio de emergencia presentaba Síndrome de Burnout en el momento de la encuesta, fue mayor en los médicos y trabajadores con contratos temporales. (19)

**Vilchez- Cornejo y colaboradores (Amazonas -2019)** en su investigación sobre el **Síndrome de Burnout en médicos de un hospital de la Amazonía peruana.**

El objetivo de este estudio fue determinar la presencia del Síndrome de Burnout (SBO) en médicos que atienden en la consulta externa de un hospital de la Amazonía peruana durante el 2017. Métodos: Estudio analítico transversal; el cual incluyó a 30 médicos cirujanos que atendieron en los consultorios externos de las especialidades de Medicina Interna, Ginecología General y Cirugía Pediátrica del Hospital Regional de Pucallpa, se determinó el agotamiento profesional a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) y la percepción del médico-paciente relación mediante la escala (PREMEPA). Resultados: el 76,7% de los médicos eran hombres, ocho de cada diez sufrían Burnout. El 20% de los pacientes estaban satisfechos y solo el 16,7% indicó que tenían una relación mediana médico-paciente. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los que padecían Burnout y las consultas atendidas por el servicio de cirugía (RPa: 1,46; IC 95%: 1,20-1,76), ginecología obstétrica (RPa: 1,69; IC 95%: 1,41-2,03) o en aquellas pacientes que no estaban satisfechas con la consulta brindada (RPa: 1,59; IC 95%: 1,22-2,07), tener residencia médica fue un factor protector para desarrollar Burnout (RPa: 0,62; IC 95%: 0,62-0,77). Conclusión: Los pacientes afirman tener niveles adecuados de relación médico-paciente a pesar de la alta tasa de médicos que padecen Burnout, las especialidades quirúrgicas predisponen a los médicos a desarrollar Burnout. Sin embargo, haber realizado la residencia médica predispuso al médico a tener menos Síndrome de Burnout. (20)

**Flores Sierra (Lima -2018)** en su trabajo de investigación sobre la **Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos asistentes del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina SCCIPA en el periodo setiembre – noviembre 2017.**

La investigación ha tenido como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en los médicos asistentes del servicio de emergencia del hospital Marino Molina Sccipa en el período setiembre – noviembre 2017. Material y métodos. La metodología fue observacional de tipo analítico y de corte transversal. La población estuvo constituida por el personal médico de emergencia, según los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 59, ya que todos fueron evaluados. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory para la determinación del Síndrome de Burnout y un cuestionario acerca de aspectos sociodemográficos y laborales. Se aplicó la prueba paramétrica de Chi cuadrado y la razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ( $p \leq 0.05$ ). Resultados. La prevalencia de Burnout en el hospital Marino Molina Sccipa es de 37.3%. Más del 50% de la población fueron de sexo masculino, tienen igual o mayor a 45 años, está casado, tienen trabajo extra, llevan laborando más de 10 años, pertenecen a la condición laboral de plazo indeterminado, no están conforme con su salario, pero si conforme con su profesión. El 33,9 % pertenecían al servicio de medicina. El Burnout estuvo asociado con el sexo (OR: 3.6 IC95%: 1.10-11.56), edad (OR: 3.6 IC95%:1.09-11.76) y tiempo de servicio (OR: 6.2 IC95%: 1.88-20.92); sin embargo, no hubo asociación con las demás variables. Por lo cual se concluye que la prevalencia del Síndrome de Burnout en el servicio de emergencia es alta y se asocia a los factores sociodemográficos, sexo y edad y al factor laboral, tiempo de servicio (21).

**Ollachica Arce (Camaná – 2019)** en su investigación sobre la **Prevalencia del Síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de Depresión en Médicos e Internos de Medicina, del Hospital de apoyo Camaná, febrero 2019.**

El objetivo fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de Medicina del Hospital Apoyo Camaná, Febrero 2019. Se realizó un estudio tipo

Observacional, descriptivo-prospectivo, transversal. La población estuvo conformada por 34 médicos y 15 internos de medicina pertenecientes a los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Pediatría, Anestesiología e Imagenología del Hospital Apoyo Camaná. El periodo de estudio fue en febrero del 2019. Se aplicó las escalas de Beck Depression Inventory y Maslach Burnout Inventory. Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Los resultados fueron: El 15.0% de los médicos e internos del Hospital Apoyo Camaná presentan Síndrome de Burnout. El 75.0% de los médicos e internos del Hospital Apoyo Camaná presentan depresión mínima, el 10.0% tienen depresión leve, el 7.5% presentan depresión moderada, mientras que el 7.5% tienen depresión severa. Según la prueba chi cuadrado ( $X^2=20.13$ ) muestra que el Síndrome de Burnout y la depresión presenta relación estadísticamente significativa ( $P<0.05$ ). Se obtuvo un OR de 9.33 con intervalos de confianza (1.37 - 63.33); lo que significa que el Síndrome de Burnout desarrolla 9.33 veces más en personas que sufren depresión (22).

## **2.2.MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Estrés Laboral**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés en el ámbito laboral es la respuesta de un trabajador sometido a exigencias y presiones en el trabajo que en muchas oportunidades no se encuentra acorde a sus conocimiento y capacidades (23). Según Sauter y colaboradores en 1998 en su capítulo sobre factores psicosociales y de organización de la Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo explican que existe una relación establecida entre estrés y los trabajos con efectos psicosociales (24). Para que el Síndrome de Burnout se desarrolle es preciso estar sometido a un factor o varios factores que provoquen estrés.

Las exigencias que se mencionan en el trabajo son: infrautilización de habilidades, exceso de carga laboral, repetitividad, ritmo y turno de trabajo, entre otros (25). Entre las cualidades del propio trabajador es de mayor importancia aspectos como las destrezas, formación y conocimientos adquiridos, los malos hábitos de salud, las necesidades del individuo y la mala condición física. Es importante señalar que Síndrome de Burnout y estrés laboral son conceptos similares, pero no son sinónimos.

Tabla 1. Diferencias entre Estrés Laboral y Síndrome de Burnout

Estrés Laboral	Síndrome de Burnout
Sobre implicación de los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotellamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La presión en burnout es como un perdida de ideas de referencia – tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas	El SQT solo tiene efectos negativos

**Fuente:** Síndrome de Burnout en el personal de salud del centro de salud de Santa Ana de la localidad de Huancavelica. Ramos – 2016 (26).

## **2.2.2. Síndrome de Burnout (S.B.)**

### *2.2.2.1. Definición*

El Síndrome de Burnout en el año 2000 es declarado por la OMS como un factor de riesgo laboral que causa efectos en la calidad de vida, efectos en la salud mental hasta el punto de poner en riesgo la vida de quien lo padece. La definición no se encuentra en el manual de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (27). La definición más aceptada es la planteada por C. Maslach que lo considera una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (28).

### *2.2.2.2. Tipos de Burnout*

Ante la limitación y como una alternativa a la definición del Síndrome de Burnout se propone diferentes perfiles, en función a sus características clínicas, estos perfiles son (29):

#### **- Burnout frenético:**

Se caracteriza porque el trabajador desempeña su función hasta el agotamiento, buscando el éxito a la altura de su esfuerzo. Además, presentan síntomas de ambición desmedida a causa de la necesidad de obtener logros importantes, sin reconocer sus limitaciones para lograrlo. Por último, manifiestan sobrecarga laboral, dando la sensación de estar arriesgando su vida y salud personal en la carrera de conseguir sus mejores resultados en su trabajo.

Este perfil suele presentar abundantes quejas respecto a la estructura jerárquica de la organización para la cual trabaja. Su estrés proviene de la tensión que generan sus altas expectativas y la frustración ante la perspectiva de no conseguirlas (30).

- **Burnout sin desafíos:**

Se caracteriza por condiciones monótonas y poco estimulantes, que fracasan por no dar la satisfacción necesaria, ya que se realiza ciertas tareas de forma superficial y sin interés y por supuesto con aburrimiento, ya que no existe estimulación y solo es una actividad monótona el desarrollo de tareas esto produce ausencia de desarrollo personal y el deseo de cambiar de puesto de trabajo. Los afectados por este perfil pierden la objetividad de su derecho natural de experimentar la necesidad de desarrollo personal lo que genera una gran frustración (30).

- **Burnout desgastado:**

Es el perfil de los trabajadores que actúa con negligencia frente al estrés y la ausencia de gratificaciones. Se presenta sentimientos de desesperanza por la sensación de falta de control sobre los resultados de su trabajo; y la falta de reconocimiento respecto a los esfuerzos invertidos; resultando en la desatención y el abandono como respuesta ante cualquier dificultad. Este tipo de perfil de Burnout se encuentra asociado a la sensación de incompetencia, y se ve ligado a una gran cantidad de años de servicio dentro de organizaciones de trabajo con sistemas de contingencia inadecuados, en lo respectivo a premios y castigos sobre la conducta (30).

### *2.2.2.3.Fases del Proceso de Burnout*

El estrés laboral es una base óptima para el desarrollo del Síndrome de Burnout, al cual se llega por un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante. En este proceso se distinguen tres fases (31):

- **Fase de estrés:**

Existe un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.

- **Fase de agotamiento:**

Se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.

- **Fase de agotamiento defensivo:**

Se dan cambios en la conducta del trabajador, tales como el cinismo, entre otras muchas de carácter nocivo.

### *2.2.2.4.Síntomas*

Para Maslach y Jackson se manifiestan mediante tres síntomas característicos:

- **Agotamiento Emocional (AE)**

Se detecta por la presencia de síntomas como la pérdida de energía y vitalidad, falta de placer por las cosas, falta de entusiasmo, agotamiento físico y psíquico, desmotivación general, y sensación desanimado por las labores encomendadas (32).

- **Despersonalización:**

El trabajador lo desarrolla y manifiesta en sus actitudes y respuestas frente a otros con un trato indiferente en relación a la interacción humana (colegas, clientes, pacientes, amigos, etc.) manifiesta un comportamiento deshumanizado, cínico, que usa medios despectivos cuando se refiere a los demás o cuando los culpa de sus problemas o frustraciones. Esto se da dentro de un contexto asfixiante y demandante de trabajo (32).

- **Frustración Personal:**

Es un síntoma que los trabajadores poseen por una valoración negativa de su propia persona, es una sensación de ausencia de capacidad de una forma técnica o de inseguridad de conocimiento de ciertas tareas que anteriormente realizaba sin problemas e insatisfacción con respecto al crecimiento y desarrollo en lo laboral (32).

*2.2.2.5.Principales Causante del SB en Médicos:*

La atención a los pacientes es la principal causa de estrés (33), es por ello que hablando sobre la satisfacción laboral, el estrés o el sufrimiento interpersonal tienen origen por la identificación con la angustia y preocupación de los enfermos y sus familiares o acompañantes con respecto al padecimiento del enfermo.

- **La edad:**

No parece influir en la aparición del SB, en algunos casos puede existir un periodo de sensibilización en los primeros años de vida profesional donde serían más vulnerables al Síndrome de Burnout por la transición de ciertas expectativas idealistas hacia las verdaderas prácticas diarias de su labor como médico.

- **Sexo:**

El sexo femenino es el grupo más vulnerable, podría ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.

- **El estado civil:**

Aun no se ha establecido pero distintos estudios han mostrado que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización. La existencia de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, por la tendencia encontrada en los padres a ser personas más maduras y estables, la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales.

- **La turnicidad laboral y el horario laboral:**

Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, se encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que experimentan más Burnout, abandonan su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y la sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, este factor produce en algunos casos la disminución en la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo, no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout. También el salario ha sido

considerado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout, aunque no queda claro en la literatura.

#### *2.2.2.6. Síntomas de Burnout según la gravedad*

Una serie de síntomas se manifiesta cuando un trabajador de salud padece el Síndrome, dependiendo del nivel de Burnout que muestren, tales como:

- **Leve:** síntomas físicos indefinibles: cefalea, contracturas musculares, dolores de espalda, y entre otros. Observándose cambios en el carácter y reducir la capacidad laboral competente.
- **Moderado:** alteraciones de sueño, dificultad en las relaciones interpersonales, problemas para concentrarse, se reduce apetito sexual, alteraciones del peso, pesimismo. Por lo general acuden a la automedicación.
- **Grave:** baja actividad laboral, baja autoestima, impresión de disgusto y ausentismo, pudiendo haber un consumo exceso de licor y otros.

### **2.2.3. COVID-19**

#### *2.2.3.1. Agente etiológico y cuadro clínico*

A finales de diciembre del 2019 se notificó en Wuhan (China) una serie de casos que presentaban un cuadro clínico que se relacionó al Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), los pacientes en los que se identificó esta enfermedad emergente presentaban alteración respiratoria progresiva grave, fiebre, mialgias y fatiga, se identificó como agente causal un betacoronavirus con un ARN monocatenario que presentaba similitudes filogenéticas con el SARS-CoV recibiendo el nombre de SARS-CoV-2 (perteneciente a la familia de virus *Coronaviridae* que es capaz de causar enfermedades en animales y humanos) denominándose la enfermedad como COVID-19. La mayoría de pacientes identificados en las semanas posteriores mediante pruebas de laboratorio eran asintomáticos o con sintomatología similar a un resfrío común, con tos seca, dolor de garganta, fiebre que suele resolverse espontáneamente, pero en ciertos casos llegaban a presentar complicaciones como shock séptico, neumonía grave, trombosis, dificultad respiratoria grave siendo el grupo más vulnerable los pacientes con factores de riesgo asociados como sobrepeso, edad mayor de 60 años y enfermedades cardiovasculares. (18,34,35)

#### *2.2.3.2. Contexto de la enfermedad en Perú y el mundo*

La organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 30 de enero del 2020 al COVID-19 una emergencia de salud pública de interés internacional, y en Marzo del mismo año se cataloga como pandemia. Las autoridades gubernamentales de todos los países, los organismos asesores en salud y las sociedades científicas regionales e internacionales han tomado acciones y brindado recomendaciones para afrontar este nuevo contexto que trajo esta enfermedad en términos de sanidad, economía y seguridad social.(18)

La crisis de seguridad sanitaria ha generado estrés y pánico en la población general, así como en los profesionales de salud, por el miedo a adquirir esta nueva enfermedad y morir.

Actualmente se ha estimado que la pandemia por COVID-19 tiene cuatro olas o huellas en la salud de la humanidad, la primera, es el impacto directo de morbi-mortalidad por contagios, la segunda es el impacto por la limitación de recursos o atenciones a condiciones de salud que no son COVID-19, la tercera se refiere al impactos por la interrupción de atención a pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, y la cuarta ola se ha previsto como la más grande, están inmerso el incremento de casos de Burnout, trastornos mentales y traumas psíquicos a causa de los sucesos sociales y económicos relacionados con la pandemia. Los profesionales en salud mental estarán en primera línea de atención, por lo que se está llevando a cabo el diseño de estrategias tempranas y programas preventivos exhaustivos para el daño colateral producido por esta crisis sanitaria. (36)

El primer caso de COVID-19 reportado en Perú fue el 6 de Marzo del 2020 identificado como un varón de 25 años que estuvo en Francia, España y República Checa, desde entonces los casos han ido aumentando siendo los picos más altos en la curva epidemiológica de casos nuevos en el mes de Agosto y junto al sistema de salud deteriorado ha llevado al colapso de hospitales en la mayoría de departamentos. La capacidad de las camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) antes de la pandemia era de 2.3 camas por cada 100 mil habitantes, según planteamientos de la OMS lo ideal sería tener 10 de camas por cada 100 mil habitantes, hasta la última semana de Junio del 2020 se ha podido aumentar el número la capacidad hasta 4.4 camas por cada 100 mil habitantes según el portal de la sala situacional del Ministerio de Salud (MINSA).(18)

En el departamento de Moquegua los 3 primeros casos sospechosos fueron identificados durante la semana epidemiológica 12 siendo el primer caso confirmado de COVID-19 una niña de 4 años que tuvo contacto con residentes de Arequipa, con el resultado positivo de una prueba molecular

con fecha 5 de abril. En la semana epidemiológica 27 se registraron 364 nuevos casos, la progresión de pacientes COVID-19 positivos era lenta hasta que a partir de la semana 27 los casos aumentaron rápidamente llegando a su pico de casos nuevos en la semana epidemiológica 33, lo cual coincide con el periodo de término de la cuarentena a nivel nacional, manteniendo los nuevos casos hasta la semana 37 entre 500 y 800 por semana, llegando a tener la tasa más alta de ataque siendo de 6.30 por cada 100 habitantes y tiene el tercer lugar respecto a mortalidad por COVID-19 siendo de 13.23 por cada 10 000 habitantes. (12)

Durante la semana epidemiológica 20 en algunos departamentos empezaron a colapsar distintos hospitales tanto unidades COVID como no COVID, Moquegua no fue la excepción ya que en la semana 30 y 31 colapso los hospitales en la ciudad por el aumento de casos nuevos de forma rápida. (12)

#### **2.2.4. Síndrome de Burnout y la pandemia de COVID-19 en el personal de salud**

El COVID-19 ha llevado a muchos países a implementar medidas como cuarentenas tempranas para controlar su propagación, esto ha ocasionado histeria masiva, ansiedad y angustia, por factores como la sensación de ser acorralado y la pérdida de control. El personal de salud al encontrarse en la primera línea de defensa ante el COVID-19, se enfrenta a múltiples factores al ser responsables directos en el cuidado de personas infectadas y con enfermedades graves, experimentando estrés al manejar brotes de enfermedades, algunos de esos factores de riesgo son la exposición al patógeno, largas horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento ocupacional y violencia física y psicológica. Este contexto de agotamiento laboral predispone a presentar disminución en la empatía con los pacientes y en algunos casos cometer errores médicos, y a esto se suma que en la mayoría de sistemas sanitarios existe un déficit de suministros hospitalarios

y de profesionales de la salud necesarios para una adecuada cobertura en la atención lo que conduce a un deterioro funcional considerable que puede llegar al desarrollo del Síndrome de Burnout, pero este trastorno y algunos componentes de este como el estrés, la ansiedad y la depresión se ha considerado como reacciones emocionales normales ante una pandemia, tomando en consideración esto se llega a la conclusión de que es un problema potencial. (36,37)

La pandemia ha provocado una mayor saturación de trabajo en el personal de salud, que aparte de cuidarse para no contagiarse también debe intentar evitar sufrir el Síndrome de Burnout que generaría un impacto negativo llevando a la fatiga, el estrés, ansiedad, depresión, suicidios, mala atención del paciente, jubilaciones anticipadas y renunciaciones inesperadas.(36)

En términos de salud mental, la pandemia de COVID-19 presenta 2 grandes desafíos: el impacto psicológico del confinamiento de la población en general y el impacto en la salud mental de los profesionales de la salud, esto ha producido cambios en el ámbito laboral sanitario como trabajar turnos extra, jornadas laborales impredecibles, realización de tareas que no pertenecen a su rutina diaria, cambio de unidad y equipo y la necesidad de reorganizar la vida privada y social. Tanto enfermeras como médicos están expuestos constantemente a los distintos factores de riesgo del Síndrome de Burnout porque en su labor diaria están sometidos a un alto nivel de exigencia y sobrecarga de tareas. El agotamiento emocional en médicos y enfermeras se han manifestado en estudios realizados en Europa, estos señalan al agotamiento emocional y las crisis de ansiedad como síntomas principales, señalando que el agotamiento físico y mental pertenecen al Síndrome de Burnout. El porcentaje de profesionales de la salud con altos niveles de agotamiento fue significativo en algunos países durante la primera fase de pandemia de COVID-19, en comparación con el período anterior a la pandemia.(37,38)

Es posible alinear el proceso del Síndrome de Burnout con los paradigmas de prevención primaria, secundaria y terciaria en salud pública y aplicarlo

al contexto actual de la pandemia por COVID-19. Planteando que las acciones de prevención primaria corresponden a la atención de factores causales o predisponentes, como en el caso de las condiciones estresantes del trabajo que enfrentan los profesionales de la salud; la prevención secundaria se centra en la sintomatología del estrés y el Síndrome de Burnout como proceso previo a trastornos más severos y estables, por lo que el monitoreo es importante; y la prevención terciaria son las medidas dirigidas al tratamiento de trastornos clínicamente más severos y con menor probabilidad de reversibilidad, aplicando estrategias orientadas a la rehabilitación.(35)

Como ya se ha descrito, se acerca una cuarta ola que es equivalente a una pandemia de salud mental la cual incluye a los trabajadores de la salud donde será muy común la depresión, ansiedad severa y el estrés postraumático, por lo que se requiere de un monitoreo y atención temprana del estrés negativo y el Síndrome de Burnout, estas estrategias no deben ser evitadas porque podrán aminorar el impacto en la salud mental producidos por el COVID-19. Este contexto genera un enorme esfuerzo adaptativo en el personal de salud, que tiene que trabajar en duras condiciones en una situación extrema. Hay que tener en consideración que es un problema multifactorial en el cual se ve envuelto la atención del paciente y la carga de trabajo, de estos se destaca la inseguridad en el cuidado del paciente y el desconocimiento de aspectos fisiopatológicos de la enfermedad. Otro factor identificado que genera gran aprehensión en el personal de salud es el número de muertes por COVID-19 entre los propios profesionales, Brasil es uno de los países que tiene un el mayor número en mortalidad de enfermeras debido a la pandemia COVID-19; hasta el 28 de Mayo de 2020, hubo 157 muertes y más de 17 000 casos confirmados, teniendo cifras más altas a comparación que Estados Unidos que según la National Nurses United hay 100 muertes.(35–38)

El nivel de deterioro de la salud mental en profesionales sanitarios que han trabajado en la primera línea contra el COVID-19 osciló entre medio y alto,

hallándose como síntomas principales: ansiedad, síntomas depresivos, preocupación, insomnio y altos niveles de estrés. Entre estos problemas se ha podido establecer que la angustia psicológica, el miedo y la ansiedad tuvieron una aparición inmediata pero fueron disminuyendo en las primeras etapas de la pandemia, sin embargo otros problemas de salud mental como depresión, síntomas psicofisiológicos del estrés postraumático aparecieron más adelante y tuvieron una mayor duración, generando un gran impacto; se llegó a la conclusión que trabajar en situaciones de alto riesgo y tener contacto con personas infectadas son causas comunes de trauma. Si bien es cierto que las diferencias en el número de pacientes fallecidos distintos países, el Síndrome de Burnout debe plantearse como una preocupación mundial, ya que el contexto del COVID-19 ha puesto en peligro a los sistemas de salud y a los profesionales. (37)

El monitoreo y evaluación del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, así como sus factores asociados, son de gran importancia en esta crisis. En estudios publicados sobre el Síndrome de Burnout en trabajadores de salud en tiempos de COVID-19 se ha identificado como posibles factores de riesgo: la privación del sueño por las exigencias actuales, la constante exposición a riesgo biológico, la respuesta tardía de autoridades mediante procesos ineficientes, el impacto económico, la cuarentena obligada que tienen que acatar los trabajadores de la salud fuera de casa y los dilemas éticos al tomar decisiones respecto a la atención de los pacientes. Sin embargo, un estudio mostró que los estresores más frecuentes que tienen un vínculo al Síndrome de Burnout son la falta de equipo de protección personal, el miedo al contagio tanto personal como a las personas de su entorno principalmente la familia. Estudios preliminares hechos en México han demostrado una asociación del Burnout en el personal de salud con la presencia de enfermedades crónicas, tener o haber tenido sintomatología o ser diagnosticado de COVID-19, haber sufrido la pérdida de un colega o familiar por COVID-19, sentir mayor temor y daños por riesgo de contagio, y el número de semanas y pacientes atendidos por COVID-19.(35,36)

Conociendo los principales problemas identificados, se puede plantear las siguientes soluciones: contratar médicos y enfermeras con formación específica de atención en catástrofes, destinar una mayor inversión en los profesionales que trabajan en la primera línea de COVID-19, mejorar la infraestructura de los hospitales adecuados para pacientes con COVID-19, mejorar los horarios de trabajo y la infraestructura de los hospitales de campaña y garantizar horas de descanso efectivas. Los principales factores asociados con el Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en la primera línea en la lucha contra el COVID-19 tienen una gran probabilidad de estar directamente relacionados con la organización, la estructura del trabajo, la capacidad de afrontamiento y gestión de los factores estresantes en el trabajo. El Síndrome de Burnout es un problema que se manifiesta de muchas formas y causa problemas de salud graves. (37) El personal sanitario es el más vulnerable en la cadena de atención a la pandemia porque las estadísticas de contagio apuntan que hasta 20% de los pacientes infectados por COVID-19 son personal de salud, y se enfrentan a una variedad amplia de demandas psicosociales muy altas que los hace vulnerables al estrés y alteraciones mentales en general, esto deteriora su calidad de vida, su entorno y su capacidad funcional. Esto conforma un círculo vicioso entre riesgos biológicos y psicosociales, con impacto a su persona, su trabajo y la sociedad en general. El Síndrome de Burnout forma parte del estrés crónico laboral, y en algunos casos es una respuesta inicial de alguna alteración a la salud mental. Su monitoreo y control se enmarca en las estrategias de prevención (secundarias), antes de adoptar estrategias más centradas en la rehabilitación. (36,38)

#### *2.2.4.1. Problemas para una atención adecuada durante la pandemia de COVID-19*

A pesar de que haya un adecuado suministro de equipos de protección personal, estrategias de control de infecciones y se contrate más

profesionales de la salud para reducir la intensidad del trabajo, aún persiste un flujo creciente de casos sospechosos y confirmados de la enfermedad. El personal de salud necesitaba tener a su disposición el equipo de protección personal el mayor tiempo posible, pero el acceso a este fue haciéndose escaso. Esto generó incomodidad y fatiga para los trabajadores.

Otro problema fue la formación adecuada de los profesionales de la salud para la prevención y el control del COVID-19 que es fundamental para reducir el pánico psicológico y la inseguridad al brindar una atención de calidad. En algunos hospitales se ha aplicado la capacitación a profesionales de la salud en tres etapas antes de atender a los pacientes: formación pre-laboral, formación general y formación en la sala de presión negativa, se observó que al aplicar este método hubo un aumento de confianza y la capacidad de autoprotección y control.(38)

La disponibilidad de camas en salas generales y cuidados intensivos para los pacientes también es otro factor fundamental, se ha establecido que existe relación entre la transmisión de COVID-19 al equipo de salud y el brindar atención a personas infectadas, tomando en cuenta el tiempo de hospitalización.

El uso de equipo de protección personal se ha visto que puede influir al desarrollo de niveles cambiantes de estrés y ansiedad. Además de la incomodidad que produce el propio equipo de protección, al usar este no se puede comer ni ir al baño durante aproximadamente seis horas para no contaminar el equipo, también se requiere capacitación, para evitar la autocontaminación al quitarse el equipo de protección personal fuera del horario de trabajo. Al regresar a casa antes de tener contacto con sus familiares o cualquier elemento del hogar deben realizarse una limpieza completa, esto también genera ansiedad por temor a contaminar a la familia. El cumplimiento de precauciones universales y el uso de equipos de seguridad por parte del personal de salud, se reportaron durante el brote del virus del Ébola, en estos contextos es donde el uso de equipo de protección personal en entornos de atención médica se considera obligatorio por las

organizaciones internacionales de salud y dentro de las políticas sanitarias de países en riesgo inminente de epidemias. La experiencia de esta pandemia revela la importancia de la demanda de inversiones financieras en el sistema público de salud, para poder fortalecerlo y que pueda soportar contextos como el actual, además de dar inversiones en saneamiento básico, seguridad laboral para profesionales de salud y sistema de vigilancia.(38) Además del uso correcto de equipo de protección personal (que está compuesto por ropa protectora, máscara N95 o superior y gafas eficaces), es necesario evitar otros posibles riesgos de contaminación invirtiendo en dispositivos de ingeniería de seguridad, eliminación adecuada de elementos contaminados y el correcto manejo de equipos médicos y desechos hospitalarios. (38)

#### *2.2.4.2. Carga y desgaste emocional de los profesionales de la salud en la pandemia contra el COVID-19*

La experiencia psicológica del personal de salud que atienden a pacientes con COVID-19, se describe con emociones negativas en la etapa inicial de la pandemia, estas incluyen fatiga, malestar e impotencia, que son causadas por el trabajo de alta intensidad, miedo, ansiedad y preocupación por los pacientes y parientes. Ser mujer se identificó como un factor de riesgo alto para síntomas depresivos, ansiedad, insomnio y agonía. Se observó que, en brotes epidémicos, los profesionales de la salud experimentan emociones positivas y negativas al mismo tiempo. En la etapa inicial, las emociones negativas son dominantes y las emociones positivas aparecen en personas con un mejor autocontrol, autorreflexión, responsabilidad profesional, actos altruistas y de apoyo al equipo y mejor cognición racional.(38)

Sin embargo, al experimentar períodos de estrés constante, se puede desarrollar síntomas de traumatismo indirecto, que suelen manifestarse con pérdida de apetito, fatiga, deterioro físico, trastornos del sueño, irritabilidad, falta de atención, somnolencia, miedo y desesperación, cuando el grado de

daño excede la tolerancia psicológica y emocional, hay una gran probabilidad que aparezcan trastornos mentales. (38)

La transmisibilidad del COVID-19 de persona a persona con su alta morbilidad y una potencial fatalidad aumenta la percepción de peligro. La respuesta psicológica del personal de salud ante una epidemia de enfermedades infecciosas incluye sentimientos de vulnerabilidad, pérdida de control, preocupación por el paciente, la propagación del virus y ansiedad por cambios en la rutina laboral.(38)

En la región del brote en Wuhan, el aumento de médicos y enfermeras como casos positivos y sospechosos para COVID-19 ha provocado una escasez significativa de personal médico, lo que ha llevado a una mayor presión laboral y carga mental en los trabajadores de la salud que aún se mantenían en su puesto de trabajo, además se vio una reducción en su pensamiento crítico.(38)

Se ha demostrado que la estigmatización a largo plazo afecta el bienestar psicológico de las personas.

#### *2.2.4.3. Las consecuencias después de la pandemia de COVID-19 para la salud mental de los profesionales de la salud*

Existen consecuencias negativas en el personal de salud durante el afrontamiento de un brote de una enfermedad, ya que el estrés psicológico agudo activa el sistema simpático de la médula suprarrenal y el eje suprarrenal hipotálamo-pituitario, esto da como resultado una respuesta al estrés que afecta la salud física y mental a corto o largo plazo, entonces es necesario tener servicios continuos de salud mental para los profesionales que se enfrentan a diario a situaciones críticas.(38)

El personal de salud trabaja en entornos estresantes, para salvar vidas. Sin embargo, hay que considerar las repercusiones de este tipo de servicio. Con base en experiencias pasadas, como el brote de SARS en 2003, el terremoto de Wenchuan en 2008 y durante las infecciones por el virus de la influenza

aviar humana A (H7N9) en 2013, después de contextos donde ha habido brotes epidémicos, la mayoría de los profesionales de la salud que trabajaron en primera línea desarrollaron algún tipo de trastorno mental siendo el más reportado el trastorno de estrés postraumático (TEPT).(38)

## **2.3.DEFINICIÓN DE TERMINOS**

### **Estrés:**

Situación de agotamiento físico general del sujeto, producido por un estado nervioso (39).

### **Estrés laboral:**

Trastorno asociado a una ocupación o un trabajo, la creciente presión en el medio laboral puede provocar la saturación mental o física del trabajador, provocando diversas consecuencias que afectan a su salud y su entorno (40).

### **Personal de Salud:**

Personal sanitario, son los individuos que realizan labores que tienen como principal finalidad promover la salud (41).

### **Síndrome:**

Complejo de signos y síntomas provocados por una causa común, en combinación, para presentar el cuadro clínico de una enfermedad (42).

### **COVID-19:**

Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto recientemente. Este nuevo virus y su enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente es una pandemia. (43)

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

#### 3.1.HIPÓTESIS

La prevalencia de Síndrome de Burnout es alta en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

#### 3.2.VARIABLES

##### 3.2.1. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIAS
Síndrome de Burnout	Desgaste emocional	1.1 Agotamiento por el trabajo 1.2 Sentimiento de vacío al terminar el trabajo 1.3 frustración en el trabajo 1.4. Trabajar con personas que genere el estrés	1,2,3,6,8,13,14,16,20	Bajo: <17 Moderado: 17-26 Alto: >26
	Despersonalización	2.1 Falta de trato a los pacientes 2.2 Sentimiento de insensibilidad 2.3. Preocupación por cambios emocionales	5,10,11,15,22	Bajo: <7 Moderado: 7-12 Alto: >12

	Realización personal	3.1 Comprendo fácil a los pacientes 3.2 Influyo positivamente en la vida de los demás. 3. 3Me siento con mucha energía al trabajar	4,7,9,12,17,18,19,21	Bajo: <32 Moderado: 32-38 Alto: >38
Sexo				- Masculino - Femenino
Edad		Años cumplidos		- 31-40 - 41-50 - 51-60 - 61-70
Tiempo de trabajo		Años ejerciendo la profesión desde médico cirujano		- 1-5 - 6-10 - 11-15 - 16-20 - 21-25 - 26-30 - 31-35 - 36-40 - 41 a más
Condición laboral		Modo de contrato		- Contratado - Nombrado
Especialidad	Médicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico-cirujano</li> <li>• Medicina interna</li> <li>• Emergencias</li> <li>• Infectología</li> <li>• Geriatría</li> <li>• Psiquiatría</li> <li>• Cardiología</li> <li>• Gastroenterología</li> <li>• Endocrinología</li> <li>• Neumología</li> <li>• Medicina intensiva</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina familiar y comunitaria</li> <li>• Neurología</li> <li>• Oncología clínica</li> <li>• Pediatría</li> </ul>		
	Quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía general</li> <li>• Traumatología</li> <li>• Ginecología-obstetricia</li> <li>• Urología</li> <li>• Neurocirugía</li> <li>• Oftalmología</li> <li>• Cirugía-pediátrica</li> <li>• Anestesiología</li> </ul>		

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1.DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Investigación no experimental, exploratoria de corte transversal

#### **4.2.TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Básica, observacional y analítico

#### **4.3.NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo cuantitativo

#### **4.4.ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Moquegua, en el Hospital Regional de Moquegua, en hospitalización de área COVID y no COVID, unidad de cuidas intensivos, centro quirúrgico y emergencia.

#### **4.5.POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **4.5.1. Población:**

Conformada por 96 médicos que laboran actualmente en el área clínica, quirúrgica y de apoyo diagnóstico en el Hospital Regional de Moquegua en el año 2020.

#### **4.5.2. Criterios de inclusión:**

- Ambos sexos.
- Laborando actualmente en el hospital Regional de Moquegua.
- Personal con el título de médico-cirujano.
- Personal que haya alcanzado terminar el programa de segunda especialización residencia.
- Personal médico que se dedique al área clínica.
- Personal que se dedique al área quirúrgica.

#### **4.5.3. Criterios de exclusión:**

- Médicos mayores de 71 años.
- Personal médico que labora en el área administrativa.
- Médicos que no quieran participar del estudio.
- Médicos con licencia, permiso o vacaciones durante el período de ejecución del proyecto.

Cabe precisar que, a la ejecución de la investigación, considerando los criterios de inclusión y exclusión, se contó con la participación de 52 médicos.

### **4.6.TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **4.6.1. Técnica**

Se utilizó una encuesta para la recolección de los datos necesarios para la elaboración de los cuadros y tablas de los resultados.

#### **4.6.2. Instrumentos**

**- Ficha de recolección de datos:**

Se elaboró una ficha para el llenado con la información requerida. (**Anexo 1**)

**- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory:**

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el Síndrome de Burnout creado por Maslach y Jackson (44) para posteriormente ser traducido y validado al castellano en el 2002 por Gil-Montes (45). Dicho cuestionario fue adaptado y validado en el Perú por Fernández en el 2002 (46) y por otro lado el instrumento tiene una adaptación y validez de aplicación al personal de salud en su investigación doctoral de Llaja en el 2007 (47) el mismo que se usó en el presente trabajo de investigación. (**Anexo 2**)

## **CAPÍTULO V**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

#### **5.1.PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS**

La recolección de datos se realizó mediante visita al Hospital, la misma que permitió la programación del Maslach Burnout Inventory (MBI), realizando para ello la entrega del cuestionario, con fines de lograr el llenado por 96 médicos que laboran actualmente en el área clínica, quirúrgica y de apoyo diagnóstico en el Hospital Regional de Moquegua, quienes accedieron al llenado. Cabe precisar que solamente se tuvo participación de 52 médicos que aceptaron participar del instrumento.

Previamente a ello se informó la finalidad del instrumento y la naturaleza académica del estudio, solicitando de esta forma las facilidades para que puedan completar el cuestionario, y también haciendo firmar el consentimiento informado.

El proceso de ejecución de encuestas se realizó mediados del mes de marzo a mediados de julio de 2020, periodo en el que se registró la curva más baja de contagio de la pandemia de COVID-19.

Es importante mencionar que los médicos del Hospital Regional de Moquegua que se encontraban dentro del grupo de riesgo de contagiarse COVID-19 se mantuvieron en su puesto de trabajo durante el periodo de pandemia, lo que facilitó la posibilidad de acceder a ellos.

## **5.2.PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez realizada la recolección de datos por medio del instrumento, se procedió a elaborar una base de datos empleando el programa IBM SPSS Windows XXIV, en el cual se realizó la tabulación de datos.

Del mismo modo, mediante el programa se elaboraron las tablas y figuras de información, las cuales presentan los resultados mediante el uso de frecuencias, permitiendo que se realice la interpretación correspondiente.

Por otro lado, con uso del programa también se realizó la prueba T-Student, la que permite calcular el valor de significancia o P-valor, determinando el cumplimiento de la hipótesis formulada.

## **5.3.CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Como criterios éticos se consideró:

- Mantener la confidencialidad de datos de los médicos participantes.
- Criterios de anonimato para el llenado de los instrumentos.
- La información presentada en el documento es fidedigna, no habiendo sido manipulada.
- Se aplicó la totalidad de cuestionarios correspondientes a la muestra calculada.
- Se aplicó el consentimiento informado para cada uno de los participantes del cuestionario.

## CAPÍTULO VI RESULTADOS

### 6.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 6.1.1. Datos Generales

##### 6.1.1.1. Edad

Tabla 2. Edad de los médicos evaluados

<b>Edad (años)</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
31 a 40	24	46.15%
41 a 50	13	25.00%
51 a 60	10	19.23%
61 a 70	5	9.62%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

La aplicación del cuestionario de medición del Síndrome de Burnout fue dirigido y calificado a un total de 52 médicos participantes.

De acuerdo a la edad la mayor frecuencia de participación corresponde a aquellos entre 31 a 40 años, quienes representan el 46.15%, seguido por el 25.0% de entre 41 a 50 años y el 19.23% de entre 51 a 60 años.

La menor frecuencia está representada por el 9.62%, correspondiente a los médicos con 61 a 70 años.

### 6.1.1.2. Tiempo de trabajo

Tabla 3. Tiempo de trabajo de los médicos evaluados

<b>Tiempo de trabajo</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
1 a 5 años	4	7.69%
6 a 10 años	11	21.15%
11 a 15 años	11	21.15%
16 a 20 años	7	13.46%
21 a 25 años	5	9.62%
26 a 30 años	6	11.54%
31 a 35 años	3	5.77%
36 a 40 años	2	3.85%
41 a más años	3	5.77%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

De acuerdo al tiempo de trabajo, las mayores frecuencias, se identificaron el grupo de los que tuvieron laborando entre 6 a 10 años con el 21.12% y entre 11 a 15 años con el mismo porcentaje, seguidos por el 13.46% que indicaron laborar entre 16 a 20 años.

Las menores frecuencias corresponden a aquellos con 36 a 40 años, con el 3.85% y 41 a más y 31 a 35 años con el 5.77% ambos grupos.

### 6.1.1.3. Condición laboral

Tabla 4. Condición laboral de los médicos evaluados

<b>Condición laboral</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Contratado	32	61.54%
Nombrado	20	38.46%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

Respecto a la condición laboral, se evaluó si el médico tiene condición de contratado o nombrado.

Los resultados muestran que el 61.54% de médicos son contratados, siendo esta la predominante, seguido por el 38.46% que indicó tener condición de nombrado.

#### 6.1.1.4.Sexo

Tabla 5. Sexo de los médicos evaluados

<b>Sexo</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Masculino	37	71.15%
Femenino	15	28.85%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

En relación al sexo de los médicos participantes, el mayor porcentaje de ellos son de sexo masculino, con el 71.15%, en tanto que los de sexo femenino corresponden al 28.85%.

#### 6.1.1.5.Área de trabajo

Tabla 6. Área de trabajo de los médicos evaluados

<b>Área de trabajo</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Médica	29	55.77%
Quirúrgica	23	44.23%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

Respecto al área de trabajo, los médicos que participaron en su mayoría corresponden al área médica, con el 55.77%, en tanto que aquellos que laboran en el área quirúrgica representan el 44.23%.

## 6.1.2. Desgaste emocional

### 6.1.2.1. Cumplimiento del Objetivo Específico 2

Tabla 7. Frecuencia de los componentes evaluados en desgaste emocional

Variable	Frecuencia											
	Pocas veces al año		Una vez al mes		Pocas veces al mes o menos		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	20	38.46	25	48.08	1	1.92	4	7.69	2	3.85	0	0
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	27	51.92	18	34.62	1	1.92	1	1.92	4	7.69	1	1.92
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	21	40.38	24	46.15	0	0	3	5.77	3	5.77	1	1.92
Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo	18	34.62	23	44.23	4	7.69	3	5.77	3	5.77	1	1.92
Trabajar directamente con personas me produce estrés	10	19.23	29	55.77	6	11.54	4	7.69	3	5.77	0	0
Siento que me preocupa poco lo que le ocurra a mis pacientes	16	30.77	24	46.15	5	9.62	4	7.69	3	5.77	0	0

<b>Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusa por algunos de sus problemas</b>	19	36.54	20	38.46	6	11.54	4	7.69	2	3.85	1	1.92
<b>Trato muy ineficazmente los problemas de los pacientes</b>	17	32.69	20	38.46	8	15.38	4	7.69	2	3.85	1	1.92
<b>Me siento poco estimulado después de trabajar con mis pacientes</b>	11	21.15	23	44.23	11	21.15	3	5.77	4	7.69	0	0

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

### **Interpretación:**

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse emocionalmente agotados, según el 48.08% una vez al mes, seguido por el 38.46% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa pocas veces al mes o menos.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no suelen sentirse emocionalmente agotados según las mayores frecuencias.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse cansados al final de la jornada laboral, según el 51.92% pocas veces al año, seguido por el 34.62% que consideran una frecuencia de una vez al mes, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa pocas veces al año, al igual que otro mismo porcentaje una vez al año y todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no suelen sentirse cansados al final de la jornada laboral, y con prevalencias de pocas veces al año y una vez al mes.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse fatigados al levantarse por las mañanas para ir a trabajar, según el 46.15% una vez al mes, seguido por el 40.38% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos, en mayor frecuencia, no suelen sentirse del todo fatigados por las mañanas para ir a trabajar.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse frustrados o aburridos por su trabajo, el 44.23% una vez al mes, seguido por el 34.62% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos, según mayores frecuencias, no suelen sentirse frustrados o aburridos por su labor, siendo la opción más frecuente una vez al mes y pocas veces al año.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentir estrés de trabajar directamente con personas, el 55.77% una vez al mes, seguido por el 19.23% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 5.77% que indicaron la alternativa pocas veces a la semana.

Estos resultados permiten concluir que los médicos en su mayoría no suelen sentir estrés por trabajar con personas de forma directa, lo que se manifiesta a nivel de sentimiento con poca frecuencia, es decir, pocas veces al año o una vez al mes.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentir poca preocupación por lo que pueda suceder a sus pacientes, según el 46.15% una vez al mes, seguido por el 30.77% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 5.77% que indicaron la alternativa pocas veces a la semana.

Estos resultados permiten concluir que los médicos se preocupan por sus pacientes, estando este sentimiento presente con bajas frecuencias, una vez al mes y pocas veces al año mayormente.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentir que otras personas que laboran con ellos los acusan por algunos problemas, según el 38.46% una vez al mes, seguido por el 36.54% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no sienten que otros los culpen por problemas que puedan suscitarse, y con un sentimiento de poca prevalencia, de pocas veces al año y una vez al mes.

Los resultados revelan que los médicos suelen tratar muy ineficazmente los problemas de los pacientes, según el 38.46% una vez al mes, seguido por el 32.69% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no tratan de manera ineficaz los problemas de sus pacientes, la misma que tiene escasa frecuencia, es decir, pocas veces al año o una vez al mes, denotando plena preocupación por ellos.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse poco estimulados tras trabajar con pacientes, según el 44.23% una vez al mes, seguido por el 21.15% que

consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que la menor frecuencia corresponde al 5.77% que indicaron la alternativa una vez a la semana.

Estos resultados permiten concluir que los médicos se sienten estimulados tras atender a sus pacientes.

### 6.1.3. Realización personal

#### 6.1.3.1. Cumplimiento del Objetivo Específico 3

Tabla 8. Frecuencia de los componentes evaluados en realización personal

Variable	Frecuencia											
	Pocas veces al año		Una vez al mes		Pocas veces al mes o menos		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante	1	1.92	3	5.77	6	11.54	1	1.92	20	38.46	21	40.38
Creo que estoy trabajando demasiado	2	3.85	3	5.77	3	5.77	3	5.77	24	46.15	17	32.69
Me siento acabado, como si no pudiese dar más	3	5.77	2	3.85	2	3.85	1	1.92	17	32.69	27	51.92
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	3	5.77	2	3.85	3	5.77	2	3.85	15	28.85	27	51.92
Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	1	1.92	2	3.85	5	9.62	2	3.85	20	38.46	22	42.31
Me siento muy activo	2	3.85	2	3.85	3	5.77	4	7.69	17	32.69	24	46.15

<b>Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes</b>	2	3.85	2	3.85	3	5.77	4	7.69	9	17.31	32	61.54
<b>He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión</b>	0	0	4	7.69	2	3.85	3	5.77	19	36.54	24	46.15

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

### **Interpretación:**

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse tensionados tras trabajar todo el día con mucha gente, según el 40.38% todos los días, seguido por el 38.46% que consideran una frecuencia de pocas veces a la semana, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa pocas veces al año.

Estos resultados permiten concluir que los médicos sienten una alta tensión respecto al esfuerzo que generan para tratar con mucha gente.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentir que están trabajando demasiado, según el 46.15% pocas veces a la semana, seguido por el 32.69% que consideran una frecuencia de todos los días, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa pocas veces al año.

Estos resultados permiten concluir que los médicos consideran que están trabajando demasiado, sentimiento que se refleja todos los días y unas pocas veces a la semana, demostrando altas frecuencias.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse acabados, como si no pudieran más, según el 51.92% todos los días, seguido por el 32.69% que

consideran una frecuencia de pocas veces a la semana, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa una vez a la semana.

Estos resultados permiten concluir que los médicos suelen sentirse acabados, revelando que existen condiciones para deducir agotamiento y estrés.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse preocupados porque la labor que realizan los endurezca emocionalmente, según el 51.92% todos los días, seguido por el 28.85% que consideran una frecuencia de pocas veces a la semana, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa una vez a la semana

Estos resultados permiten concluir que los médicos sienten preocupación que la labor que realizan genere que se endurezcan emocionalmente, hecho que puede acarrear consecuencias en su desenvolvimiento personal, laboral y familiar.

Los resultados revelan que los médicos suelen considerar que su labor genera una influencia positiva, según el 42.31% todos los días, seguido por el 38.46% que consideran una frecuencia de pocas veces a la semana, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa pocas veces al año.

Estos resultados permiten concluir que los médicos consideran que su labor influye de forma positiva sobre la vida de las personas, lo que resalta la relevancia que tiene la labor médica y que se manifiesta con sentimientos diarios y con frecuencia semanal.

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse activos, según el 46.15% todos los días, seguido por el 32.69% que consideran una frecuencia pocas veces a la semana, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa una vez al mes al igual que otro 3.85% que indicó pocas veces al año.

Estos resultados permiten concluir que los médicos consideran sentirse altamente activos a partir de su trabajo, lo que resulta positivo dado que denota un sentimiento de realización personal.

Los resultados revelan que los médicos suelen crear una atmósfera relajada con sus pacientes, según el 61.54% todos los días, seguido por el 17.31% que consideran una frecuencia de pocas veces a la semana, en tanto que la menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa una vez al mes, al igual que un porcentaje similar pocas veces al año.

Estos resultados permiten concluir que los médicos pueden crear atmósferas propicias relajantes con sus pacientes, hecho que se manifiesta todos los días y pocas veces a la semana.

Los resultados revelan que los médicos suelen hacer cosas útiles en su profesión, según el 46.15% todos los días, seguido por el 36.54% que consideran una frecuencia de pocas veces a la semana, en tanto que la menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa pocas veces al mes o menos.

Estos resultados permiten concluir que los médicos consideran que su profesión les permite lograr muchas cosas útiles, lo que refleja que se sienten conformes y realizados respecto a la labor que realizan.

### 6.1.4. Despersonalización

#### 6.1.4.1. Cumplimiento del Objetivo Específico 4

Tabla 9. Frecuencia de los componentes evaluados en despersonalización

Variable	Frecuencia											
	Pocas veces al año		Una vez al mes		Pocas veces al mes o menos		Una vez a la semana		Pocas veces a la semana		Todos los días	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo	13	25.00	16	30.77	17	32.69	2	3.85	4	7.69	0	0
Creo que trato a los pacientes de una manera, apática	13	25.00	18	34.62	13	25.00	2	3.85	5	9.62	1	1.92
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	13	25.00	20	38.46	12	23.08	3	5.77	2	3.85	2	3.85
Comprendo fácilmente como se sienten los demás	15	28.85	19	36.54	11	21.15	4	7.69	2	3.85	1	1.92
En mi trabajo se me dificulta tratar los problemas emocionales con mucha calma	13	25.00	22	42.31	12	23.08	1	1.92	2	3.85	2	3.85

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

### **Interpretación:**

Los resultados revelan que los médicos suelen sentirse desgastados, es decir cansados por el trabajo, según el 32.69% pocas veces al mes o menos, seguido por el 30.77% que consideran una frecuencia de una vez al mes, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa una vez a la semana.

Estos resultados permiten concluir que los médicos regularmente se sienten agotados por el trabajo que realizan, pero también sobresale un importante grupo que indica que siente dicha sensación en bajo grado.

Los resultados revelan que los médicos suelen tratar a los pacientes de forma personal, según el 34.62% una vez al mes, seguido por el 25% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no suelen ser apáticos con sus pacientes, realizando un trato debido sin que sea tomado como algo personal que pueda afectar a los mismos.

Los resultados revelan que los médicos suelen considerar haberse vuelto insensibles a partir del ejercicio de la profesión, según el 38.46% una vez al mes, seguido por el 25% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no consideran haberse vuelto insensibles, sensación que apenas suelen sentirla una vez al mes y/o pocas veces.

Los resultados revelan que los médicos suelen comprender fácilmente lo que sienten los demás, según el 36.54% una vez al mes, seguido por el 28.85% que

consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 1.92% que indicaron la alternativa todos los días.

Estos resultados permiten concluir que los médicos suelen comprender lo que sienten los demás, lo que indica que han desarrollado cierto grado de empatía.

Los resultados revelan que los médicos no suelen tener problemas para tratar temas emocionales con calma, según el 42.31% una vez al mes, seguido por el 25% que consideran una frecuencia de pocas veces al año, en tanto que le menor frecuencia corresponde al 3.85% que indicaron la alternativa todos los días al igual que el mismo porcentaje pocas veces a la semana.

Estos resultados permiten concluir que los médicos no presentan problemas para manejar sus emociones, las mismas que mayormente son afrontadas con mucha calma.

### 6.1.5. Cumplimiento del Objetivo General: Evaluación global del Síndrome de Burnout

#### 6.1.5.1. Síndrome de Burnout

En cumplimiento del objetivo general y primer objetivo específico:

Tabla 10. Medición del Síndrome de Burnout

<b>Diagnóstico de Síndrome de Burnout</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Cumple condiciones	3	5.77
No cumple condiciones	49	94.23
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

Las condiciones para determinar si un médico padece de Síndrome de Burnout consideran que debe contemplar niveles altos de desgaste emocional y despersonalización y a la vez una realización personal baja.

Los resultados muestran que fueron tres los casos de médicos que presentan dicha condición, representando el 5.77% de la totalidad, en tanto que el restante 94.23% no presentó estas condiciones.

Se concluye que según los hallazgos la mayor población de médicos no presenta Síndrome de Burnout en el período evaluado.

### 6.1.5.2. Desgaste emocional

En cumplimiento del segundo objetivo específico:

Tabla 11. Medición del desgaste emocional

<b>Desgaste emocional</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Bajo	37	71.15
Moderado	8	15.38
Alto	7	13.46
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

La medición del desgaste emocional revela que el 71.15% de médicos evaluados presenta bajo grado de desgaste, siendo el porcentaje predominante, seguido por el 15.38% que es moderado y otro 13.46% con un alto grado de desgaste emocional.

Estos resultados concluyen que el grado de desgaste emocional es bajo en los médicos.

### 6.1.5.3. Realización personal

En cumplimiento del tercer objetivo específico:

Tabla 12. Medición de la realización personal

<b>Realización personal</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Bajo	9	17.30
Moderado	2	3.85
Alto	41	78.85
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

Los resultados de la evaluación de la realización personal indican que los médicos evaluados sienten en su mayoría que la profesión que ejercen les permite realizarse personalmente, según el 78.85% de médicos, en tanto que el 17.30% indicó calificaciones bajas y otro 3.85% calificaciones moderadas.

Los resultados concluyen que los médicos en su mayoría sienten que la profesión y labor que realizan les permite realizarse personalmente, lo cual es positivo para deducir ausencia de Síndrome de Burnout en la mayoría de médicos en el período en que se realizó este estudio.

#### 6.1.5.4.Despersonalización

En cumplimiento del cuarto objetivo específico:

Tabla 13. Medición de la despersonalización

<b>Despersonalización</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Bajo	0	0.00
Moderado	44	84.62
Alto	8	15.38
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

#### **Interpretación:**

Los hallazgos de la medición de la despersonalización muestran existencia de tendencias moderadas, con un 84.62% de médicos con niveles moderados de despersonalización, seguido por un 15.38% con calificaciones altas, en tanto que ninguno mostró resultados bajos.

Con esto se concluye que de forma regular los médicos suelen sentirse absorbidos por la labor que ejercen según el trabajo que desarrollan y ello amenaza con que puedan tener una percepción alterada de sí mismos.

## 6.2.PRUEBA DE HIPÓTESIS

La hipótesis formula:

H0: La prevalencia de Síndrome de Burnout no es alta en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

H1: La prevalencia de Síndrome de Burnout es alta en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020.

Para determinar si se cumple o no la hipótesis se ejecuta la prueba T-student, siendo el resultado:

Tabla 14. Estadísticos para la muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Síndrome de Burnout	52	1.94	.235	.033

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

Tabla 15. Prueba T para la muestra

	t	gl	Sig. (bilateral)	Valor de prueba = 2 Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Síndrome de Burnout	-1.767	51	.083	-.058	-.12	.01

Fuente: Elaborado con IBM SPSS Windows XIV

Dado que el valor de significancia es mayor a 0.05 se determina que la prevalencia de Síndrome de Burnout no es alta en los médicos evaluados, rechazando de este modo la hipótesis alterna planteada.

## DISCUSIÓN

El siguiente trabajo evaluó la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19, el cual también fue la duración de la cuarentena a nivel nacional, según la Dirección General de Epidemiología fue un período en el cual la curva de contagios en la ciudad de Moquegua se mantuvo en números bajos.

Las características demográficas laborales en médicos son variables con el tiempo y el lugar siendo los grupos predominantes en este estudio de sexo masculino, los que tenían edades entre 31 a 40 años, los que se dedican al área clínica o médica, con experiencia laboral entre 6 a 10 y 11 a 15 años, trabajar bajo la condición de contratado; al compararse con estudios hechos en otros países como el de **Vinueza V. y colaboradores** (13) y **Cortina y Afanador** (17) se observa diferencias respecto a los médicos evaluados siendo en estos dos casos el sexo femenino el que tuvo mayor participación; sin embargo en estudios hechos en Perú se ve que concuerda en algunos aspectos con el estudio presentado como en el estudio de **Vilchez- Cornejo y colaboradores** (20), y **Flores Sierra** (21) donde el sexo, la edad promedio y el tiempo de trabajo fue similar a los hallados en este trabajo.

El resultado de este trabajo mostró que existe una baja prevalencia en nuestro grupo de estudio con el 5.77% de médicos afectados, hay que tener en consideración que el Síndrome de Burnout evaluado de forma global en otros continentes se halló que existe una mayor prevalencia en médicos laborando en hospitales de África y que existe una menor prevalencia en Europa y Asia, pero ante este nuevo contexto de pandemia por COVID-19 se debe tomar en cuenta como afecta esta nueva enfermedad a cada país de forma individual ya que países con sistemas de salud con pocas deficiencias se han visto colapsados como en Italia y Estados Unidos, también hay que tener en cuenta el período en que es evaluado ya que es distinto el nivel de estrés al que uno se somete cuando la curva de contagios va en ascenso de forma rápida, tomando esto en cuenta los resultados obtenidos fue con una curva epidemiológica baja con pocos casos por semana, es por eso que al compararse con otros estudios internacionales como el de **Vinueza V. y colaboradores** (13) que se

realizó en Ecuador en el mes de Abril del 2020, los resultados son diferentes con un 12.58% de afectados con Síndrome de Burnout los cuales cumplían las mismas características evaluadas en este trabajo de tesis, esto es debido a que este fue uno de los países que fue afectado severamente por el COVID-19 en los primeros meses de pandemia teniendo la tasa más alta de casos siendo de 13.5 por cada 100 000 habitantes superando incluso la tasa a nivel mundial que fue de 10.9 al momento de realizarse su estudio, e incluso se ve que es similar a los resultados obtenidos por **Cortina y Afanador** (17) que realizó su estudio en un período similar hallando que el 12.10% fue afectado, pero en estudios hechos antes de la pandemia de COVID-19 como en el realizado por **Palacios y Paz** (15) donde se evaluó a médicos residentes y adjuntos en la ciudad de México, la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos adjuntos fue del 12%, demostrando que el tiempo y el lugar es variable para el desarrollo de Síndrome de Burnout, pero también es necesario tomar el contexto individual de cada país considerando su sistema sanitario, como influye este en el ámbito laboral de los médicos. En nuestro país se está realizando estudios evaluando el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en el personal de salud enfocándose principalmente en médicos y enfermeras, en estudios hechos antes de la emergencia sanitaria se ve que existe una alta prevalencia de Síndrome de Burnout, pero en estos estudios se toma servicios por separado como lo son consultorios externos en el caso del estudio de **Vilchez- Cornejo y colaboradores** (20) donde se halló que el 80% de médicos evaluados presentaban Síndrome de Burnout, **Sarmiento** (19) y **Flores Sierra** (21) evaluaron a los médicos que laboraban en el servicio de emergencia hallando que el 62.70% y el 37.29% presentaba Síndrome de Burnout respectivamente, estos resultados no concuerdan con los nuestros y se ve una gran diferencia entre ellos, pero hay que evaluar el contexto sanitario de los hospitales ya que varía según la región y el servicio al cual se evalué como el de emergencias donde hay más probabilidad de desarrollar altos niveles de estrés. En un estudio hecho a nivel de todo el Perú en el año 2014 se halló que la incidencia del Síndrome de Burnout en médicos fue del 3.7%, en estudios posteriores a nivel de toda Latinoamérica se pudo establecer que el riesgo

de presentar Síndrome de Burnout oscila entre 0-67%, estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en este trabajo de tesis. (21)

Las dimensiones del Síndrome de Burnout que fueron evaluadas durante la pandemia de COVID-19 dio como resultado que el 71.15% de médicos tuvo niveles bajos de desgaste emocional, el 78.85% tuvo niveles altos de realización personal, el 84.62% tuvo niveles moderados de despersonalización, al comparar nuestros resultados con estudios hechos en otros países se ve que hay un mayor nivel de alteración en las dimensiones del Síndrome de Burnout como en el estudio de **Vinueza V. y colaboradores** (13) donde hubo niveles altos de agotamiento emocional en el 52.98%, despersonalización en 45.21% y una baja realización personal en 49% de médicos, **Barello y colaboradores** (16) realizaron su estudio en Italia, que fue una de las ciudades más golpeadas por la pandemia de COVID-19, se halló que el 37% de la población estudiada presentó niveles altos de agotamiento emocional, el 33.5% presentó niveles bajos de despersonalización y el 53.2% presentó una alta realización personal, **Cortina y Afanador** (17) hallaron niveles altos de agotamiento emocional y moderados de realización personal, , siendo necesario una comparación epidemiológica y del sistema sanitario de los países comparados para poder establecer una relación con los resultados obtenidos. En estudios hechos antes de la pandemia de COVID-19 como en el de **Palacios y Paz** (15) donde el 43.9% tuvo niveles bajos de agotamiento emocional, el 46.2% tuvo niveles altos de despersonalización y el 53.9% tuvo una alta realización personal, siendo semejantes a los obtenidos en este estudio solo habiendo niveles más altos de despersonalización. Actualmente en Perú no hay estudios finalizados de Síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19, **Torres García** (18) realiza un estudio de Síndrome de Burnout en un hospital adaptado para atender solo pacientes COVID, ejecutado el mes de agosto en la ciudad de Lima.

La diferencia de resultados obtenidos refleja las diferencias tanto en tiempo y lugar al realizarse un estudio evaluando la salud mental en profesionales de la salud, ya que es algo dinámico por la intensidad y variabilidad de situaciones estresantes.

## **CONCLUSIONES:**

1. La prevalencia de síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020 es baja, encontrando el 5.77% de casos que representa 3 médicos.
2. El nivel de desgaste emocional en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020 es bajo, con un 71.15% de médicos con niveles bajos de desgaste emocional.
3. El nivel de realización personal en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020 es alto, siendo representado por el 78.85% de médicos.
4. El nivel de despersonalización en los médicos del Hospital Regional de Moquegua durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 en el año 2020 es moderado siendo representado por un 84.62% de médicos.

## **RECOMENDACIONES:**

1. Dar a conocer los resultados obtenidos de este trabajo de investigación a las autoridades del hospital, para poder realizar medidas preventivas ante la carga laboral dentro del contexto de pandemia que somete al personal médico a grandes cantidades de estrés; realizar más estudios en distintos períodos de la pandemia de COVID-19 y en otros grupos dentro del personal de salud para identificar factores de riesgo y analizar los grupos más vulnerables dentro del personal que atiende de forma directa a pacientes con COVID-19 y conocer el impacto que significa esta nueva enfermedad en la salud mental del personal de salud para poder realizar un seguimiento adecuado e identificar de forma oportuna la presencia de Síndrome de Burnout.
2. Evaluar si la cantidad de personal es el necesario para afrontar el contexto de pandemia para considerar el aumento de personal y poder tener una mejor distribución en la carga laboral del personal médico e implementar medidas para afrontar el desgaste de la jornada laboral creando espacios de descanso provistos de material y herramientas (tales como equipos audio visual).
3. Realizar capacitaciones y/o programas que permitan medir el impacto de la labor médica sobre la sociedad para generar una mayor retroalimentación positiva y desarrollar políticas sociolaborales que puedan dar las condiciones necesarias para un adecuado desempeño laboral dando como resultado el bienestar de los médicos.
4. Implementar programas de capacitación al personal médico en relaciones interpersonales con el resto del personal de salud y sus pacientes, y realizar campañas enfocadas en reforzar sus habilidades blandas e inteligencia emocional para identificar factores estresantes a los que puedan estar sometidos y poder dar un abordaje oportuno para afrontar situaciones laborales con una mayor motivación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vera Calderón AF, Piscocoya A, Vera Calderón AF, Piscocoya A. En momentos de pandemia. *Revista de Gastroenterología del Perú* [Internet]. enero de 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020];40(1):5–6. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1022-51292020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292020000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Gobierno del Perú. Coronavirus en el Perú: casos confirmados [Internet]. 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/8662-coronavirus-en-el-peru-casos-confirmados>
4. Gobierno del Perú. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19-DECRETO SUPREMO-N° 008-2020-SA [Internet]. 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>
5. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* [Internet]. el 28 de enero de 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020];368. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m313>
6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* [Internet]. el 14 de marzo de 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020];395(10227):912–20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608>
7. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician’s Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic?

- Cureus [Internet]. [citado el 15 de septiembre de 2020];12(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198080/>
8. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. Rev Saúde Pública [Internet]. enero de 2005 [citado el 14 de septiembre de 2020];39:1–8. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsp/2005.v39n1/1-8/>
  9. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? Encephale [Internet]. junio de 2020 [citado el 15 de septiembre de 2020];46(3):S73–80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174182/>
  10. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Rev Clin Esp [Internet]. 2004;206(2):77–83. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13085357%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13085357%20(1).pdf)
  11. Macía-Rodríguez C, Martín Iglesias D, Moreno Diaz J, Aranda Sánchez M, Ortiz Llauradó G, Montañó Martínez A, et al. Síndrome de burnout en especialistas de medicina interna y factores asociados a su desarrollo. Revista Clínica Española [Internet]. el 1 de agosto de 2020 [citado el 15 de septiembre de 2020];220(6):331–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256519302978>
  12. Ministerio de Salud. Situación actual COVID19 Moquegua 2020 (hasta la semana 38) [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2020. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2020/09/SALA-MOQUEGUA-22.09.2020idania.pdf>
  13. Vinuesa Veloz AF, Aldaz Pachacama NR, Mera Segovia CM, Pino Vaca DP, Tapia Veloz EC, Vinuesa Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. 2020;21.
  14. Ogboghodo EO, Oghoritsewarami ME. Assessment of burnout amongst resident doctors in Benin City, Edo State, Nigeria. Postgrado Med J [Internet].

2020 [citado el 16 de septiembre de 2020];23(3):215–23. Disponible en: <http://www.npmj.org/article.asp?issn=1117-1936;year=2020;volume=27;issue=3;spage=215;epage=223;aulast=Ogbogho>

15. Palacios-Nava artha E, Paz Roman M del pilar. Diferencia en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de burnout en médicos residentes y adjuntos. *Med Segur Trab.* el 30 de marzo de 2020;65(255):76–86.
16. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psichatry Research* [Internet]. agosto de 2020;290. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120311975>
17. Cortina-Rodríguez G, Afanador Y. Burnout in the Clinical Personnel of Puerto Rico during the COVID-19 Pandemic. *PrePrints.* el 19 de julio de 2020;13.
18. Torres García LC. Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en el área de emergencia frente al COVID-19 en un hospital del Perú [Internet]. [Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8192/Prevalencia\\_TorresGarcia\\_Lorena.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8192/Prevalencia_TorresGarcia_Lorena.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Sarmiento Valverde GS. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horiz Med.* marzo de 2019;19(1):6.
20. Vilchez-Cornejo J, Romaní-Ojeda L, Ladera-Porta K, Marchand-Gonzales M. Síndrome de Burnout en médicos de un hospital de la Amazonía peruana. *Revista de la Facultad de Medicina Humana.* octubre de 2019;19(4):60–7.
21. Flores Sierra JB. Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del servicio de emergencia del Hospital Marino Molina SCCIPA en el periodo setiembre – noviembre 2017. [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/249984469.pdf>
22. Ollachica Arce JS. Prevalencia del Síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de Depresión en Médicos e Internos de Medicina, del Hospital de

- apoyo Camana, Febrero 2019 [Internet]. [Camaná]: Universidad San Agustín de Arequipa; 2019 [citado el 17 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8381>
23. OMS | La organización del trabajo y el estrés [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado el 17 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/occupational\\_health/publications/stress/es/](https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/)
  24. Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ, Levi L. Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.; 1998. 2–34 p.
  25. Departamento de Asistencia Técnica, para la Prevención de Riesgos Laborales, UGT Andalucía. Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo [Internet]. Lienzo Gráfico; 2005. Disponible en: [http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones\\_new/files\\_riesgospsicosocial/esand/publication.pdf](http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_riesgospsicosocial/esand/publication.pdf)
  26. Ramos Quispe M. Síndrome de Burnout en el personal de salud del centro de salud de Santa Ana de la localidad de Huancavelica -2016. [Internet]. [Ica]: Universidad Autónoma de Ica; 2016. Disponible en: <http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/173/1/MA-DAME%20RAMOS%20QUISPE-SINDROME%20DE%20BURNOUT%20EN%20PERSONAL%20DE%20SALUD.pdf>
  27. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. marzo de 2015 [citado el 18 de septiembre de 2020];32(1):119–24. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
  28. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. (PDF) The Maslach Burnout Inventory Manual. ResearchGate [Internet]. 1997 [citado el 18 de septiembre de 2020];192–218. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual](https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual)

29. Montero-Marin J, García-Campayo J, Andres E. Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de Burnout. *CMed psico som* [Internet]. 2008 [citado el 21 de septiembre de 2020];88:41–9. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232701725\\_Analisis\\_exploratorio\\_de\\_un\\_modelo\\_clinico\\_basado\\_en\\_tres\\_tipos\\_de\\_Burnout](https://www.researchgate.net/publication/232701725_Analisis_exploratorio_de_un_modelo_clinico_basado_en_tres_tipos_de_Burnout)
30. Montero-Marín J. EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS: UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN. *Anestesia Analgesia Reanimación* [Internet]. 2016 [citado el 22 de septiembre de 2020];29(1):4–4. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-12732016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12732016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Forbes Álvarez R. El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresarial* [Internet]. 2011;160. Disponible en: [https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion\\_160\\_160811\\_es.pdf](https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf)
32. Arayago R, González Á, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Salus* [Internet]. abril de 2016 [citado el 18 de septiembre de 2020];20(1):13–21. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1316-71382016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1316-71382016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
33. García-Moran M de C, Gil-Lacruz M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. 2016;1(1):20. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4131.pdf>
34. Monterrosa- Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Med UNAB*. noviembre de 2020;23(2):195–213.
35. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impacto del SARS-COV-2

- (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. el 23 de julio de 2020;94:20.
36. Juárez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*. diciembre de 2020;52(4):8.
  37. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-pandemia-covid-19-sindrome-burnout-profesionales-S1130862120305088>
  38. Paiano M, Estevam Jaques A, Bezerra Nacamura PA, Aparecida Salci M, Trindade Radovanovic CA, Carreira L. Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. el 18 de septiembre de 2020;73.
  39. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. noviembre de 2002 [citado el 22 de septiembre de 2020];40:8–19. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-92272002000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272002000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  40. Oramas Viera A, Almirall Hernandez P, Fernández I. Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos. *Salud de los Trabajadores* [Internet]. diciembre de 2007 [citado el 22 de septiembre de 2020];15(2):71–87. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1315-01382007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1315-01382007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
  41. Trucco B M, Valenzuela A P, Trucco H D. Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista médica de Chile* [Internet]. diciembre de 1999 [citado el 22 de septiembre de 2020];127(12):1453–61. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98871999001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=n](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98871999001200006&lng=es&nrm=iso&tlng=n)

42. Atance Martínez. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. mayo de 1997 [citado el 22 de septiembre de 2020];71(3):293–303. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57271997000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57271997000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
43. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
44. Malash C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR*. 1981;2:99–113.
45. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México* [Internet]. enero de 2002 [citado el 20 de septiembre de 2020];44(1):33–40. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
46. Fernández M. Desgaste psíquico (burnout) en profesores de educación primaria de Lima metropolitana. 2002;5:72–66. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/842-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2789-1-10-20161024.pdf>
47. Llaja V. Rasgos de personalidad y el síndrome de burnout en el profesional de cuidados intensivos en un hospital de EsSalud de Lima [Internet]. [Lima]: Universidad de San Martín de Porres; 2007. Disponible en: [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3282/Nunura\\_Linare\\_s\\_%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/3282/Nunura_Linare_s_%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

##### **SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL AÑO 2020**

Investigador: Dulio Richard Torres Condori

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

La conservación de la salud mental es de gran importancia ya que nos ayuda a desempeñarnos adecuadamente en nuestra convivencia diaria. El trabajo o el desarrollar de una profesión con normalidad nos ayuda a realizarnos como personas pero en el trayecto de este no se puede evitar cursar con momento de fatiga emocional que pueden ser transitorios como permanentes los cuales no llevaran a una disminución en la productividad de nuestras labores y llegando incluso a sobrepasar este llevándolo a nuestro desarrollo personal del día a día, por lo que el diagnóstico oportuno de este con el tratamiento adecuado puede ayudar a mantener una estabilidad mental y física.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua en el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID-19 el año 2020.

En caso de participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, en una ficha de recolección de datos y el cuestionario para el diagnóstico de síndrome de Burnout.

**ACLARACIONES:**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida en estricta confidencialidad.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha

**Anexo 2**  
**CUESTIONARIO**

El siguiente cuestionario tiene como objetivo brindar información para la investigación titulada “SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL AÑO 2020” para lo cual necesitamos de los siguientes datos.

**DATOS GENERALES:**

**Edad:**

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Área de trabajo:** Médica ( ) Quirúrgica ( ) Apoyo diagnóstico ( )

**Modo de contrato laboral:** Nombrado ( ) Contratado ( )

**Años de trabajo:** \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY**

A continuación, ponemos a su disposición un conjunto de preguntas que están destinados a conocer cómo se relaciona Ud. con su trabajo y el efecto que esto tiene en su salud y bienestar. Los resultados sólo serán utilizados para uso estrictamente profesional y se ajustarán al manejo confidencial que éticamente esto implica.

Por favor, lea despacio las orientaciones y responda con sinceridad; recuerde que de su respuesta dependen nuestras acciones. Al finalizar, cerciórese de que no dejó preguntas sin contestar. Si tiene alguna duda, no demore en preguntar.

Escriba en cada cuadrícula el número correspondiente. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

**0** = Nunca

**1** = Pocas veces al año

**2** = Una vez al mes

**3** = Pocas veces al mes o menos

**4** = Una vez a la semana

**5** = Pocas veces a la semana

**6** = Todos los días

		0	1	2	3	4	5	6
1)	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2)	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3)	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4)	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante							
5)	Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo							
6)	Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo							
7)	Creo que estoy trabajando demasiado							
8)	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
9)	Me siento acabado, como si no pudiese dar más							
10)	Creo que trato a los pacientes de una manera personal, apática							
11)	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
12)	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
13)	Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes							
14)	Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusa por algunos de sus problemas							
15)	Comprendo fácilmente como se sienten los demás							
16)	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
17)	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
18)	Me siento muy activo							
19)	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes							
20)	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
21)	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
22)	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							

### Anexo 3

## PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	52	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	52	100.0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.854	22