

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022**

TESIS

Presentado por:

Univ. Víctor Luis Zúñiga Gutiérrez

Asesor:

Dr. Pedro Ronald Cárdenas Rueda

Para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano

TACNA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar este trabajo a Dios, quien me ha dado la oportunidad de haber elegido esta bella carrera y por ser el guía en cada paso realizado durante la creación y desarrollo de esta investigación.

A mis padres, por ser parte de mi equipo, por siempre acompañarme y apoyarme en todo momento, por permitirme cumplir uno de mis más grandes sueños.

A mi hermana Arlette, quien es la persona que me motiva y me empuja a seguir adelante. A mi familia, por ser mi fortaleza para alcanzar mis metas.

Finalmente dedicárselo a mi abuelo Jahuel, mi gran amigo y mi fiel compañero, quien estuvo siempre conmigo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios, por todo lo que me ha dado y me sigue dando, por estar conmigo siempre de todas las maneras posibles.

A mis padres Miluska y Víctor, por la confianza que me han otorgado, por la formación que me han brindado y el amor que siempre me han demostrado.

A mis tíos Tenka y William, quienes siempre han estado para mí, por su soporte y su cariño. A mis amigos, por acompañarme y ser parte fundamental de mi vida.

A mi asesor, Dr. Pedro Cárdenas Rueda, por su apoyo y por todos los consejos recibidos durante el desarrollo de este trabajo.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Victor Luis Zúñiga Gutiérrez, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 73032514, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unzueta de Tacna, en tiempos de pandemia por el SARS-COV2, 2022."

Asesorada por Dr. Pedro Ronald Cárdenas Rueda, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI 73032514

Fecha: 14/03/2024

RESUMEN

Objetivo: Identificar la incidencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.

Material y Método: Estudio observacional correlacional. Se trabajó con 111 profesionales de enfermería de ambos sexos, que respondieron a un cuestionario aplicado.

Resultados: 1.8% del personal de enfermería tiene síndrome de burnout y el 9% se encuentra ya en riesgo de padecerlo. El 91% era de sexo femenino, el 42.3% tenía entre 30 a 39 años, el 55% tenía la condición de casado, el 68.5% tenía de 1 a 2 hijos, el 73.9% está satisfecho con el ambiente de trabajo en el que se desenvuelve. El 53.2% realiza 6 guardias al mes, el 37.8% refiere duerme 6 horas por día.

Conclusiones: En la escala de agotamiento emocional los factores relacionados fueron la influencia de la realización personal, la influencia del grado de despersonalización, la edad, el tiempo de servicio, el reconocimiento en el trabajo y la satisfacción con el ambiente laboral. En la escala de realización personal, las variables asociadas fueron el número de horas de sueño por día. Finalmente, para la escala de despersonalización la variable asociada indirectamente fue el tiempo de servicio.

Palabras clave: Burnout, Personal, Enfermería, pandemia.

ABSTRACT

Objective: Identify the incidence and factors associated with Burnout Syndrome in nursing staff at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna in the year 2022, during the SARS-COV2 pandemic period.

Material and Method: Correlational observational study. We worked with 111 nursing professionals of both sexes, who responded to an applied questionnaire.

Results: 1.8% of nursing staff have burnout syndrome and 9% are already at risk of suffering from it. 91% were female, 42.3% were between 30 and 39 years old, 55% were married, 68.5% had 1 to 2 children, 73.9% were satisfied with the work environment. 53.2% perform 6 shifts per month, 37.8% report sleeping 6 hours per day.

Conclusions: In the emotional exhaustion scale, the related characteristics were the influence of personal accomplishment and the influence of the depersonalization scale, age, length of service, recognition at work, and satisfaction with the work environment. In the personal accomplishment scale, the associated variables were number of hours of sleep per day. According to the depersonalization scale, the indirectly associated variable was service time.

Keywords: Burnout, Personal, Nursing, pandemic.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

- 1.1 Fundamento del problema
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3. Objetivos de la investigación
 - 1.3.1. Objetivo general
 - 1.3.2 Objetivos específicos
- 1.4 Justificación
- 1.5 Definición de Términos

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA

- 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION
 - 2.1.1. Internacionales
 - 2.1.2 Nacionales
- 2.2. MARCO TEÓRICO

3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- 3.1. Hipótesis
- 3.2. Operacionalización de variables

4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- 4.1. Diseño de investigación
- 4.2 Ámbito de estudio
- 4.3 Población y muestra
- 4.4 Criterios de selección
- 4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

5. CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

- 5.1 Procedimiento de recojo de datos
- 5.2 Consideraciones éticas

RESULTADOS

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

RECOMENDACIONES

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Podemos definir al síndrome de Burnout como aquel estado de desgaste mental o agotamiento psicológico, pérdida de personalidad y disminución de realización personal, que se presenta con mayor frecuencia en personal de la salud (1). El agotamiento provocado por este síndrome puede tener consecuencias personales en los profesionales del área de la salud, influyendo en su desempeño en el campo laboral, además de poner a los pacientes en riesgo (2).

Se han encontrado múltiples factores de riesgo (elementos personales, académicos, laborales, contextuales) y factores protectores (individuales, sociales, laborales) relacionado a la instauración del síndrome de Burnout (3). Dentro de los factores de riesgo laborales se incluyen aspectos como auto exigencia, competitividad, aislamiento social, sobrecarga horas de trabajo, guardias nocturnas, tipo de empleo, el no reconocimiento laboral, etc. (3)(4). Se añade también factores personales como estado civil, baja experiencia laboral y factores emocionales como trastornos concomitantes de la personalidad (ansiedad, depresión) (4).

Se ha podido identificar que el personal de enfermería, en relación a los demás profesionales que conforman el personal sanitario, es uno de los grupos más vulnerables a desarrollar riesgos ocupacionales, entre ellos se incluye principalmente al Burnout. (5)

El profesional de enfermería se caracteriza por enfrentar en su contexto laboral una mayor cantidad de situaciones críticas y demandantes que se traducen en riesgos psicosociales y altos niveles de estrés; además de participar de jornadas laborales largas y extenuantes, sobrecarga de trabajo, rotación por diferentes áreas de servicio, rotaciones no programadas, mayor contacto con los pacientes, entre otros(6) (7).

La pandemia y la crisis sanitaria generada por la enfermedad respiratoria por coronavirus COVID-19 ha evidenciado un incremento de la presión laboral y de los niveles de estrés tanto emocional como físico en el profesional sanitario, acentuado en el personal de enfermería, ya que el cuidado de los pacientes y el cuidado personal se encontraron en un conflicto por el riesgo a infectarse, lo que llevó a una alteración de la vida laboral cotidiana (8).

En el contexto pandémico en el que vivimos provocado por el SARS-COV 2 se ha demostrado que niveles de incidencia de Burnout han superado niveles encontrados en

condiciones pre-pandémicas (9).

El objetivo del presente estudio es identificar la incidencia del síndrome de Burnout y sus factores asociados en los profesionales de enfermería del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante la pandemia por el SARS-COV2.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación, desarrollada en personal de enfermería, en el contexto de pandemia, tiene por finalidad enfocar la investigación en 3 problemas principales: 1) El impacto perjudicial del COVID-19 en la salud mental. 2) La incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería. 3) La identificación de los factores de riesgo asociados al desarrollo de Burnout en los profesionales de enfermería.

En la pandemia por el SARS-COV-2, el impacto en el estado mental fue muy alto en el personal sanitario, ya sea por la carga de trabajo al que se estaba sometido, la incertidumbre de la pandemia, el alto número de contagios, etc.; todo esto predispone a dicho personal a experimentar niveles incrementados de ansiedad, estrés, fatiga y pérdida de la rutina, lo que puede conllevar a que desarrollen alteraciones a nivel mental (depresión, trastornos de estrés postraumático, insomnio, negación, hasta ideas suicidas) (10) (11).

En el caso del Síndrome de Burnout, la Organización Mundial de la salud (OMS) lo reconoce como un factor de riesgo del campo laboral, se describe que es una forma inapropiada de hacer frente a niveles de estrés crónico, que se manifiesta con cansancio, despersonalización y caída del desempeño personal, y además si lo asociamos al COVID-19 comparten la capacidad de afectar la salud mental (11) (12).

La enfermería es catalogada como una de las profesiones que, frente a los elevados grados de estrés por el COVID-19 asociado a un síndrome de Burnout ya establecido, sufre un gran impacto en la calidad de los servicios que le otorga a sus pacientes (13) (14).

Se ha evidenciado también que aquel personal de enfermería que padece de patologías en donde el estrés crónico y la insatisfacción laboral se consideran los principales factores causales, tienden a tener más chances de no asistir a sus jornadas laborales, lo que, de acuerdo a varios estudios internacionales, repercute en una peor atención hospitalaria y en una mayor tasa de

morbimortalidad de los pacientes. (15) (16)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la incidencia y cuáles son los factores asociados del Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a. ¿Cuál es la incidencia del síndrome Burnout en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2?
- b. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que presenta síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2?
- c. ¿Cuáles son los factores asociados al síndrome de Burnout en la dimensión de desgaste emocional en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2?
- d. ¿Cuáles son los factores asociados al síndrome de Burnout en la dimensión de despersonalización en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2?
- e. ¿Cuáles son los factores asociados al síndrome de Burnout en la dimensión de realización personal en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.
- b. Describir las características sociodemográficas del personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que presenta síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.
- c. Identificar los factores asociados al Síndrome de Burnout en su dimensión de desgaste emocional en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.
- d. Identificar los factores asociados al Síndrome de Burnout en su dimensión de despersonalización en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.
- e. Identificar los factores asociados al Síndrome de Burnout en su dimensión de realización personal en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.

1.4. JUSTIFICACIÓN:

Desde un enfoque académico el presente trabajo busca colaborar con el aumento de información referente a la incidencia del Burnout y a la identificación de los factores asociados al mismo y a sus dimensiones en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, en el contexto pandémico en el que nos encontramos; ya que, de acuerdo a la literatura revisada, existe poca información acerca de lo expresado en la ciudad de Tacna, por tanto, el estudio permitirá elevar el conocimiento de dicha enfermedad, en la línea de salud mental.

A nivel personal será de amplio beneficio para el personal de enfermería, ya que el identificar y comprender los factores que están asociados al Burnout propiamente dicho y de manera agrupada en sus tres dimensiones, será de útil relevancia para su diagnóstico y manejo; por otro lado, también será útil para prevenir la aparición de complicaciones futuras asociadas, como la depresión o el ausentismo laboral a nivel ocupacional. Se ha comprobado que el síndrome de Burnout en el área laboral es una de las mayores causas de ausentismo; el cual, en consecuencia, se traducirá en un decrecimiento de la calidad de servicio prestado por la institución en la que se desempeña el profesional de enfermería afectado.

En el aspecto institucional este estudio se justifica para que los sistemas de salud del Perú (MINSA-ESSALUD) consideren al síndrome de Burnout como una patología a identificar y manejar en el personal sanitario del país, específicamente en los profesionales del área de enfermería. En primer lugar, porque la profesión de enfermería es dentro de los grupos de riesgo uno de los más vulnerables y endebles por el contexto laboral en el que se desarrolla, y segundo, que en el período pandémico provocado por el coronavirus SARS COV-2, la incidencia de Burnout está en aumento con respecto a los niveles de incidencia pre-pandemia en el personal sanitario.

De acuerdo a la metodología del presente trabajo, se demuestra que es factible, existe disponibilidad y facilidad de contar con los recursos necesarios para realizar la investigación, ya que la misma está en base a cuestionarios que establecen índices de sospecha de la patología desarrollada en el estudio.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. SÍNDROME DE BURNOUT

Se define al Burnout como aquel síndrome psicológico que presenta cansancio emocional, despersonalización y deterioro de la realización personal, provocado por un evento que sobrepasa al individuo y altera su capacidad de adaptación al mismo (17).

1.5.2. ENFERMERA

Es aquel profesional que se encuentra en línea de acción prestando servicios en relación a la atención de personas y comunidades, desempeñando una función clave en un equipo de salud multiprofesional e interdisciplinario (18).

1.5.3. COVID – 19

Coronavirus Disease 2019 es aquella patología de etiología infecciosa descubierta en el año 2019, que fue ocasionada por un virus de genoma ARN, identificado como SARS COV-2 (19).

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TEO I. ET AL, en su investigación denominada “Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study” desarrollada en Singapur, en el año 2021, presentó como principal objetivo valorar los cambios y los grados tanto de estrés, ansiedad y de burnout en personal sanitario en el transcurso de pandemia entre los meses marzo y agosto del año 2020. Determinar también características laborales, factores asociados. En relación a material y métodos, la investigación es un estudio de tipo transversal, contiene 2744 profesionales de salud como muestra. Los instrumentos utilizados auto reportables aplicados: Perceived Stress Scale-4, también conocido como PSS-4. Generalized Anxiety Disorder-7 o GAD-7. Physician Work Life scale. De acuerdo a los resultados y las conclusiones identificadas, del total de la muestra un 60% fueron enfermeras. Del total el 33% presentó altos niveles de estrés, el 13% de ansiedad y el 24% de agotamiento. Hubo un aumento progresivo mensual de 1% y 1,2% de estrés y agotamiento respectivamente. (20).

TAN B. ET AL en su investigación titulada “Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic” desarrollada en Singapur, 2020 tiene como objetivo determinar y valorar los niveles de agotamiento y los factores que están asociados al mismo en trabajadores de salud. En referencia al apartado de materiales y metodología, se describe al estudio como una investigación de carácter transversal. Dentro de los cuestionarios utilizados encontramos: Inventario de Burnout de Oldenburg. Cuestionario de Actitudes de Seguridad. Escala HADS

para depresión. Existió una respuesta a las encuestas de 3075 personas. En relación a los resultados y conclusiones el 79,7% y el 75,3% del total de encuestados presentaron niveles de agotamiento en desvinculación y agotamiento respectivamente. Puntuaciones más altas al inventario de Burnout aplicado se asociaron a turnos mayores a 8 horas, reubicación laboral, puntuación de ansiedad y depresión de HADS por encima o igual a 8. (21).

ELGHAZALY S. ET AL, en su estudio denominado “Impacto del agotamiento por la pandemia de COVID-19 en los profesionales de la salud en los hospitales universitarios de Assiut, 2020.” Egipto, 2021 tuvo como objetivo la determinación de los niveles de Burnout en los profesionales sanitarios que se desenvuelve en los hospitales de la Univ. De Assiut en el período pandémico por el SARS-COV2. En lo referente a la metodología el estudio es considera de carácter transversal. El instrumento aplicado fue la Escala de Maslach para Burnout, en una muestra de 201 médicos. Dentro de los resultados y las conclusiones se determinó que un tercio, dos tercios y el 25% del total de encuestados presentaron respectivamente niveles altos de cansancio emocional, elevada despersonalización y una baja realización personal. Se encontró también que los turnos mayores a 8 horas y los que trabajan en áreas con pacientes COVID-19 presentaron puntuaciones significativamente más altas. (22).

CHANG J, ET AL, en su investigación titulada “Síntomas de agotamiento y trastorno de estrés postraumático entre los médicos residentes de medicina de emergencia durante la pandemia de COVID-19”. 2022, propuso como objetivo identificar los principales síntomas de agotamiento y de estrés pos traumático en médicos residentes que trabajan en emergencia durante el período pandémico. Dentro de los materiales y métodos de la investigación se observó que se aplicaron los instrumentos: Inventario de Maslach para agotamiento. Se aplicó previo a la pandemia desde julio 2019 hasta enero 2020 y otra vez durante la misma a fines de abril e inicios de mayo. Síntomas de estrés mediante la PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). 22 residentes participaron antes de la pandemia. Durante

pandemia 60 residentes completaron encuesta de Maslach y PCL-5. Con respecto a los resultados y conclusiones se halló que no hubo disimilitudes significativas entre las dimensiones de de Burnout antes y durante la pandemia. Sin embargo, el 35% del total de residentes presentó síntomas postraumáticos agudos durante la pandemia. (23).

SHAH M, ET AL en su estudio de título “Prevalencia y factores asociados con el agotamiento de las enfermeras en los EE. UU.” Estados Unidos, 2021, se observó que el objetivo principal es hallar los niveles de Burnout en las enfermeras y valorar los factores asociados. La investigación fue transversal, en una muestra total de 50273 personas. Los instrumentos utilizados: Información de la Encuesta nacional de muestra de enfermeras registradas en los Estados Unidos. Encuesta auto reportable con información sociodemográfica, factores organizacionales. Respecto a los resultados y conclusiones se identificó que la edad media encontrada fue de 48,7 años. Predominio femenino del 90,4%. En 2017 abandonaron trabajo 418769 enfermeros de los cuales el 31,5% reportó agotamiento como motivo. Más posibilidad de identificar agotamiento en personal que trabaja más de 40 horas semanales. Personal que informó dejar o considerar abandonar su trabajo por agotamiento debido al ambiente estresante representa un 68,6% y 59,5% respectivamente y por agotamiento debido al personal inadecuado en 63 y 60,9% respectivamente. (24)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

CORDOVA HUAMALINO A, en su proyecto de investigación titulado “Síndrome de Burnout en licenciados en enfermería y técnicos en enfermería, hospital de Casma y Huarmey, Ancash, 2016” tuvo como finalidad determinar las fases del síndrome de agotamiento que las profesionales enfermeras y técnicos presentan en los hospitales mencionados, ambos de Ancash. En relación a material y a la metodología, el trabajo es de característica

cuantitativa, descriptiva, no experimental y transversal. Presentó una muestra de 75 personas, 28 de ellos enfermeros y 47 son técnicos. Dentro de sus resultados y conclusiones se determinó que del grupo total de enfermeros el 14,3% están padeciendo la fase final de Burnout (14,3% elevado cansancio emocional, 3,6% alteración de la personalización, 92,9% con realización personal), mientras que un 17% del total de técnicos de enfermería presentan la fase final del síndrome. (25)

MAVILA TORRES D, en su estudio titulado “Burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana”, desarrollado en Lima, Perú, 2022 tuvo la finalidad de valorar la correlación entre el Burnout y el bienestar mental del personal sanitario en el período pandémico que trabajaban en una clínica de Surco, Lima. Dentro del apartado de metodología y materiales se observó que es una investigación correlacional, no experimental. El instrumento aplicado fue la Escala de Maslach para Burnout y Escala de Bienestar psicológico de Díaz y colaboradores. Muestra de 131 personas. En relación a las conclusiones se halló que existe una asociación negativa, de baja intensidad y significativa entre el síndrome de agotamiento y el bienestar psicológico. Burnout en 68,7% de la muestra. (26)

TURPO MAMANI K, en su investigación denominada “Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en tiempos de COVID 19, en el Hospital Manuel Nuñez Butrón Puno – 2021” desarrollada en Puno, Perú, 2021, tuvo como objetivo principal hallar los grados de agotamiento en los profesionales de enfermería en el período de pandemia en el hospital en mención. Con respecto a la metodología y materiales, el estudio se consideró de carácter descriptiva y transversal. Se trabajó con una muestra de 86 profesionales. Instrumentos utilizados: Escala de Maslach para Burnout. En relación a los resultados y conclusiones se determinó que un total de 58% del personal de enfermería padece de Síndrome de agotamiento de grado medio. Un 30% de un grado bajo. 38% presenta despersonalización. 45% con alto grado de realización personal. (27)

CORCUERA SEGURA G, ET AL, en su proyecto de investigación titulado “Factores psicosociales y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal en época de pandemia COVID 19”, desarrollado en Lima, 2021, tuvo como finalidad hallar la interrelación entre los factores psicosociales y el agotamiento en las profesionales de enfermería del departamento de UCI neonatal. El trabajo de investigación es de carácter cuantitativo, deductivo. No experimental, transversal y de correlación. Se trabajó con una población de 89 personas entre enfermeros y técnicos. Instrumentos: Escala de Maslach para Burnout y un cuestionario para los factores psicosociales en el área laboral. Como resultados se halló grado del riesgo alto en exigencias laborales en un 55,1%. Insatisfacción con salario en un 59,6%. Grado de riesgo moderado en factores con gran carga de trabajo (79,8%), características del ambiente laboral (74,2%), etc. Burnout en 3,4% del total y un 66,3% del total con tendencia al síndrome. Correlación significativa entre Burnout y factores psicosociales. (28)

FLORES H, MUÑOZ D, en su investigación denominada “Frecuencia del síndrome de Burnout en Personal asistencial de primera línea contra la Pandemia de COVID-19 en un hospital III de Lima.” Tuvo como objetivo identificar la prevalencia del de Burnout en los profesionales sanitarios durante el contexto pandémico, además de evaluar la relación del síndrome con respecto a las características laborales que hospital presenta. El estudio es de carácter transversal analítico. Dentro de los instrumentos utilizados encontramos al Maslach Burnout Inventory para la identificación del agotamiento. Como resultado más resaltante se halló un 3,10% de prevalencia en los participantes muestreados. Un 7,35% del mismo correspondía al grupo de médicos. La dimensión de despersonalización fue la más frecuente (29).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. SÍNDROME DE BURNOUT

2.2.1.1. DEFINICIÓN

Según Maslach el Burnout se define clásicamente como aquel síndrome psicológico que incluye dentro de su presentación el cansancio emocional, despersonalización y la disminuida realización personal, ocasionada por un acontecimiento que rebalsa al individuo y que agota su capacidad de adaptarse al nuevo entorno en el que vive (17).

La aparición del síndrome es la consecuencia predecible de un desencadenante inmerso en el ámbito de trabajo, como lo es un estresor continuo y crónico, al cuál le sigue un desajuste en la adaptabilidad y en la contención fisiológica para mantener la estabilidad mental. Se continúa con la aparición posterior de síntomas graduales que indican una mala respuesta de la persona frente al evento estresor (30).

2.2.1.2. ANTECEDENTES

Graham Greens, un escritor británico, fue el hombre que realizó el primer reporte de un paciente típico de Síndrome de agotamiento en 1961, a través de una de sus novelas “A burnout case” (31).

Fue 13 más tarde que el especialista en psiquiatría Herbert J. Freudenberger, quien se desempeñaba en una clínica para drogodependientes en EEUU, se dio cuenta que un alto porcentaje del total de sus compañeros que trabajan junto a él, posterior a los 10 años de trabajo presentaban las siguientes manifestaciones: Desmotivación por el trabajo, trastornos de

personalidad, caída de energía y empatía, clínica de cansancio crónico, trastornos depresivos y de ansiedad. Fue así que a partir de lo observado que fue el primero en conceptualizar la enfermedad (32).

Para el año 1982, Cristina Maslach junto a Michael P. Leiter, ambos psicólogos de profesión, desarrollaron lo que actualmente es la herramienta más usada para diagnosticar el Burnout en personas que están en constante interacción e interrelación con otros individuos como lo es el personal sanitario (33).

2.2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA

A partir de una revisión sistémica sobre el síndrome del quemado en profesionales sanitarios en países latinoamericanos en un período entre los años 2015-2020 realizada por Tapullima C. y colaboradores, en donde el objetivo fundamental era hallar la prevalencia del Burnout a partir de 43 artículos incluidos, se demostró la existencia una prevalencia que va desde el 4,1% hasta al 100% de las personas estudiadas (34).

Toala J. en otra revisión sistemática enfocada en médicos residentes, demostró que la prevalencia fue en promedio de 57%, en un total de 2269 médicos residentes estudiados a partir de 30 artículos analizados (35).

2.2.1.4. FISIOPATOLOGÍA

El estrés es la llave para entender el proceso fisiopatológico de este conjunto de manifestaciones clínicas. El síndrome general de adaptación frente al estrés consta de 3 etapas: 1) ETAPA DE ALERTA: Primera respuesta frente al evento estresor. Producción mayor de catecolaminas (adrenalina) por parte de las

glándulas suprarrenales, con el fin de generar la energía para una rápida reacción. 2) ETAPA DE DEFENSA: Etapa se produce solamente si la reacción inicial frente al estrés se mantiene en el tiempo. La hormona encargada es el Cortisol, la cual mantendrá niveles de glucosa, de reserva y de energía constante para esta respuesta más duradera. 3) ETAPA DE AGOTAMIENTO: La respuesta se desborda. Si el estresor perdura mucho en el tiempo, provocará alteraciones hormonales crónicas (menor eficacia y acción de las hormonas), que posteriormente desencadenarán manifestaciones psicológicas y físicas (36).

2.2.1.5. FACTORES DE RIESGO

Se han encontrado múltiples factores de riesgo asociados al agotamiento, lo cuáles se mencionan a continuación (37):

- Actividad laboral con interacción directa con personas (clientes).
- Trabajos con excesivo número de horas. Cargas elevadas de trabajo.
- Trabajos con elevados grados de exigencia.
- Mínimos grados de desafío y falta de expectativas personales.
- Malas condiciones del lugar de trabajo.
- Baja remuneración del rendimiento.

De acuerdo a una investigación de autores Castañeda y García de Alba en el año 2010 en una muestra de un total de 240 médicos de familia, se describe en las conclusiones que hay mucho más riesgo de desarrollar Burnout en médicos de sexo femenino, con una edad por encima de los 40 años, con hijos, con un tiempo de

trabajo >10 años (38).

En una investigación en donde se observó la prevalencia global de un total de 161 auxiliares de enfermería, se halló un 44,7% de agotamiento y se mostraron dos puntos que elevaron la posibilidad de desarrollar el síndrome: Jornadas de trabajo por encima de 48 horas semanales y el no sentirse bien con el trabajo que hace. (39)

2.2.1.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Podemos clasificar las manifestaciones clínicas del Burnout de acuerdo a lo siguiente (40):

- **MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS:** Depresión. Crisis de ansiedad. Ansiedad. Trastornos de personalidad. Disfunción familiar. Adicción. Suicidio.
- **MANIFESTACIONES SOMÁTICAS:** Estrés con variedad de expresiones: Cuadros psicósomáticos que pueden ser musculares, endocrinos, nerviosos, etc.
- **MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA**
- Afectación de relaciones sociales laborales y desempeño laboral.
- Ausencia de compromiso emocional: Con el entorno y con los pacientes. Con el trabajo.
- Irritabilidad crónica.
- Alteración de respuestas emocionales: Depresión agresión. Ausencia de compromiso emocional con el entorno.
- Impulsividad.
- Pérdida de Motivación, creatividad.
- Embotamiento y negación de las manifestaciones

clínicas que uno presenta.

2.2.1.7. DIAGNÓSTICO

Han aparecido múltiples instrumentos y herramientas para diagnosticar el Burnout, pero dentro de todos es el más usado el MBI (Maslach Burnout Inventory), el cuál en su formato original incluye un total de 22 ítems, estos agrupados en 03:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL.: 09 ítems.
- DESPERSONALIZACIÓN: 05 ítems.
- REALIZACIÓN PERSONAL: 8 ítems (40).

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 9 ítems
 - 1,2,3,6,8,13,14,16,20.
 - Puntuación máxima de cincuenta y cuatro puntos.
- DESPERSONALIZACIÓN: 5 ítems:
 - 5,10,11,15,22.
 - Puntuación máxima de treinta puntos.
- REALIZACIÓN PERSONAL: 8 ítems:
 - 4,7,9,12,17,18,19,21.
 - Puntaje máximo de 48 puntos.

Puntuaciones independientes no tienen valor interpretable. Se necesita interrelación o asociación de las puntuaciones en todas las dimensiones para poder realizar una interpretación y diagnóstico. Se considera como síntoma: El asociar una puntuación alta en las dos primeras dimensiones y un puntaje bajo en la realización personal. Con estos tres aspectos juntos se puede hacer el diagnóstico definido del Burnout (40).

Existen otras pruebas y variaciones como se puede ver en la imagen para realizar el diagnóstico de las cuales

destacan (41):

Generales	Autores
Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B)	Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles (1997)
*Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). (Versión 3)	Autor adaptación al español: Gil-Monte (2002b) Autor Original: Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996).
El Burnout Measure (BM)	Pines y Aronson (1988)
Específicos	Autores
Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse p el Trabajo (CESQT)	Gil-Monte (2005)
Inventario de burnout de psicólogos (IBP)	Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, (2002)
Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)	Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000a)
Cuestionario de Burnout del profesorado rev. (CBP-R)	Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000b)
Cuestionario de Burnout del profesorado (CBP)	Moreno-Jiménez, Oliver y Aragoneses (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Teacher Burnout Questionnaire	Hock (1988)
*MBI- Educator Survey (MBI ES). (Versión 2)	Maslach, Jackson y Schwab (1986)
*Maslach Burnout Inventory (MBI) o MBI-Human Services Survey (MBI-HSS). (Versión 1, clásica)	Maslach y Jackson (1981, 1986).
Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)	Jones (1980)

2.2.1.8. TRATAMIENTO

Con respecto al tratamiento para el síndrome de burnout, este debe enfocarse en las 3 dimensiones (32).

Las actividades incluidas en el manejo son:

- Proceso de adaptación personal con respecto a las actividades del día a día.
- Estabilidad del entorno y áreas vitales: Familiar, amigos. Campo laboral. Descanso.
- Mejorar el trabajo en equipo.
- Organización y límites de agenda laboral.

El tratamiento según los investigadores HILERT Y MARWITZ debe enfocarse en los hábitos de la persona y la práctica de estrategias para aliviar el estrés, técnicas de relajación, de la mano con la realización de algún deporte. Menciona también que es importante dejar de lado las ideas de perfección y centrarse en la realidad (42).

Si se cataloga al síndrome de Burnout como grave según la clasificación del MBI, las intervenciones deben ser

integrales, tanto del lado psiquiátrico con el uso de antidepresivos, y del lado psicológico con Psicoterapia: Terapia cognitivo conductual (40).

2.2.2. SÍNDROME DE BURNOUT Y COVID – 19

No es un misterio que la pandemia ha tenido una fuerte repercusión en todas las personas del mundo, sobre todo con respecto a las medidas para la contención de la transmisión implementadas por los gobiernos para disminuir el número de contagios y de muertes (43). Sin embargo, el impacto se ha tornado más intenso en los profesionales de la salud que ya de por sí, desde antes del surgimiento del SARS-COV2, se enfrentaban a muchos desencadenantes de estrés en sus obligaciones cotidianas, siendo la pandemia un invento estresor extra que multiplicó el efecto de los mismos (44) (45). Un estudio desarrollado antes de la pandemia en internos de Medicina en Perú, demuestra lo mencionado, se demostró la presencia del síndrome en una prevalencia promedio entre 11,49% y 57,2% (46). La respuesta a la actual realidad y los nuevos estilos de vida adoptados han generado una mayor susceptibilidad en el personal de salud de aumentar sus niveles de ansiedad y también han aumentado el riesgo de presentar trastornos mentales (47). Dentro de los factores estresantes psicosociales en los profesionales sanitarios durante la pandemia encontramos a la incertidumbre por el bienestar individual, familiar y laboral, escasez de equipos de protección personal, estrictos protocolos de seguridad, deseo de manejar pacientes de la mejor manera con las limitaciones de los servicios de salud. Estos factores, de acuerdo a la Organización Internacional de Trabajo, se van a repercutir en la salud mental y se traducirá en pérdida de la motivación, decaimiento del ánimo, más cansancio y estrés negativo; todos estos forman parte del Síndrome del quemado (45) (48). En un estudio desarrollado en China aplicado a 107 enfermeras que se desenvolvían en la primera línea de respuesta frente al coronavirus, se encontró Burnout leve,

específicamente agotamiento emocional en un 78,6% y despersonalización en 92,5% (49). Otra investigación en Rumania, en este caso enfocada a 100 residentes médicos, desarrollada a los 60 días de iniciada la pandemia presentó como resultados un promedio de Burnout del 76% (9). Investigaciones respaldan el aumento de las tasas de Burnout en los profesionales sanitarios en el período pandémico en el que nos encontramos.

2.2.3. COVID-19

2.2.3.1. ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN

En el mes de diciembre, finalizando el año 2019, se produjo el brote de COVID-19 en Wuhan, provincia de Hubei, China y se propagó rápidamente por toda China, y luego surgió en todo el mundo (50).

Frente a los primeros casos presentados en China, se realizaron tomas de muestra de lavado broncoalveolar en 3 pacientes lo que permitió estudiar por primera vez el ARN del virus, encontrándose que posee más del 85% de identidad con un CoV similar a SARS demurciélago (51). Luego de aislarse el virus de células epiteliales de las vías respiratorias y conocerse que se trataba efectivamente de un nuevo coronavirus, se le incorporó en el conjunto de los beta coronavirus que incluye también al SARS-CoV y se le llamó 2019-nCoV, que luego paso a denominarse SARS-CoV-2 debido a que se encuentran genéticamente relacionados (51).

El SARS-CoV-2 es aquel agente infeccioso que provoca una patología respiratoria aguda conocida como Enfermedad por Coronavirus del 2019 o COVID-19 debido al año en que se lo descubrió, infecta a los seres humanos y también a algunos animales. La transmisión se da por vía respiratoria al contacto con microgotas (19).

2.2.3.2. MORFOLOGÍA VIRAL

Los coronavirus tienen un genoma caracterizado por ser una molécula de ácido ribonucleico (ARN) de polaridad positiva y cadena sencilla. Pertenece al género Beta coronavirus (familia Coronaviridae) y puede penetrar en las células respiratorias mediante el receptor de la enzima convertidora de Angiotensina II (ACE2) (52).

Para realizar la caracterización morfológica de un virus, en este caso del SARS-COV2, se utilizó la microscopía electrónica como un método fiable y versátil sobre todo para el estudio de agentes atípicos nuevos que generan brotes emergentes inusuales (53) (54). Dentro de las técnicas más utilizadas está la de concentración inicial de muestra, filtración tinción, deshidratación y el uso de recubrimientos conductores para poder identificar las diferentes estructuras virales (55). Con el uso del microscopio electrónico, la morfología viral del SARS-COV2 se distingue por una proteína interna que se encarga de esconder el componente genético viral, y una especie de corona en su superficie conformada por un grupo de proteínas que se caracterizaban por tener la forma de espigas, que tendrán la función posterior de penetrar las células epiteliales huésped mediante su membrana celular (55).

El virión posee en su estructura 4 proteínas: Proteína S (Spike), E (Envoltura), M (Membrana) y N (Nucleocápside); siendo la proteína de la nucleocápside aquella que contiene el genoma viral ARN y las demás conformarán la envoltura viral (56). Es la proteína S la que permitirá una mejor adhesión entre el virus y el receptor (ACE2), para luego ingresar a la célula huésped. Es la proteasa TMPRSS2 (Proteasa transmembrana serina 2) la encargada de la activación de la proteína spike para que suceda la fusión de la membrana del virus con la célula

endotelial (57).

2.2.3.3. EPIDEMIOLOGÍA

Hasta el 26 de febrero del 2022 los casos confirmados en el mundo del virus Sars-Cov 2 fueron de 433.311.649 personas, el número de fallecidos es de 5.940.051 y el número de dosis de vacunas administradas es de 10.475.493.401 según la información recabada por la Universidad Johns Hopkins (58).

Respecto al continente americano fueron 146.449.865 los casos confirmados hasta el 26 de febrero del 2022, con un reporte de número de fallecidos es de 2.618.433 personas, según los datos de laOMS (59).

El Perú hasta el 20 de febrero del 2022 tiene un total de 3.496.009 casos confirmados, el número de personas fallecidas es de 209.468, teniendo una letalidad del 5.99%, siendo Lima metropolitana la región más afectada con 1.467.917 casos confirmados, 84.437 personas fallecidas y una mortalidad de 5.75% (60).

2.2.3.4. FACTORES DE RIESGO: MORTALIDAD

De acuerdo a una revisión de característica sistemática y meta análisis de 42 investigaciones (61), que incluye alrededor de 423mil pacientes, los principales factores de riesgo relacionados con tasas mortalidad de COVID-19 son los siguientes:

- Patologías crónicas: Diabetes Mellitus.
- Injuria renal aguda.
- EPOC.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Patologías neoplásicas.

- Aumento de dímero D.
- Género masculino.
- Edad avanzada.
- Tabaquismo.
- Obesidad.

Debe ser objetivo de cada gobierno adaptar las intervenciones frente a la pandemia en estos grupos de personas que presentan mayor susceptibilidad de un desenlace fatal y aparición de complicaciones por la infección del COVID-19.

Otro metaanálisis de 45 estudios y 18 300 pacientes, concluye su investigación en 4 puntos importantes (62):

- Elevado riesgo de muerte intrahospitalaria: Asociación de aumento de riesgo de morir en un hospital por COVID-19. ocurrió en 1 de cada 8 pacientes ingresados.
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda y ventilación mecánica son dos grandes índices de gravedad y de probabilidad de ingresar a la unidad de terapia intensiva.
- Edad y Diabetes Mellitus, predictores independientes de mortalidad.
- Hipertensión arterial no presenta asociación significativa con riesgo de muerte intrahospitalaria.

El mal seguimiento de los niveles de glucosa interfiere de forma negativa en fisiopatología de la enfermedad por medio de muchos mecanismos, por tanto, diabéticos positivos a SARS-COV-2 poseen mayor riesgo de muerte, independientemente del grupo etario en el que se

encuentren (63).

2.2.3.5. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

La principal vía de transmisión del COVID-19 se produce mediante las gotitas respiratorias, ya sea por contacto directo de una persona sana con una persona que contenga el virus o de manera indirecta al estar en contacto con manos contaminadas o con sus pertenencias como la ropa, manubrios de puertas, etc (64). Cuando se habla de la vía directa partículas virales ingresan a vías respiratorias por el aire, lo que se conoce como transmisión por aerosoles; gotitas pequeñas con partículas virales se generan durante el habla y la tos y van desde submicras hasta 10um de diámetro, manteniendo partículas viables y con capacidad de infectar durante 3 horas (65) (66).

El período de tiempo de incubación como mediana se encuentra en 4 días (1-12 días) (67).

2.2.3.6. FISIOPATOLOGÍA

Una vez establecido el SARS-COV-2 en el organismo después de ingresar a las células epiteliales huésped al interactuar con los receptores ACE2, entran en constante replicación y liberación hacia células contiguas, propagándose desde el epitelio respiratorio superior en fosas nasales hasta llegar a área alveolar pulmonar (68). Ya en las células alveolares generan alteración de la integridad vascular, aumentando permeabilidad, con consecuente edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia respiratoria y daño pulmonar progresivo (69).

Los pulmones no son la única diana del virus, por vía hematológica se dirige también a otros órganos que expresan receptores ACE2 (vasos sanguíneos, cerebro,

tracto digestivo, corazón, riñón e hígado) pudiendo causar también: trastornos hemorrágicos, cerebrales, enfermedades cerebrovasculares, parálisis, hasta la muerte (70) (71). Es importante resaltar que susceptibilidad de personas de desarrollar un cuadro de mayor gravedad está íntimamente relacionado con una mejorada expresión del receptor ACE2, esto se produce en enfermedades como hipertensión arterial, enfermedades pulmonares, Diabetes Mellitus (71).

2.2.3.7. CUADRO CLÍNICO Y CLASIFICACIÓN

Los infectados de COVID-19 pueden ser asintomáticos, pero algunos pueden desarrollar la enfermedad grave e incluso llegar a la muerte. Como sintomatología general, los pacientes pueden presentar: Fiebre, tos, disnea, escalofríos, fatiga, mialgias, cefalea, Odinofagia, congestión nasal, náuseas, vómitos, diarrea. Al laboratorio se caracteriza por linfocitopenia y a la tomografía computarizada a nivel de tórax por cambios de opacidad en vidrio esmerilado; además, en los centros de salud que reciben a una gran cantidad de pacientes se están detectando un número importante que presentan anosmia y ageusia asociada a fiebre por encima de los 37,5 grados centígrados como síntoma de inicio (72). Según los institutos nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos podemos clasificar clínicamente a los casos de COVID-19 de la siguiente manera (73) (74):

Clasificación COVID-19 (NIH) [†]	
Caso asintomático	Personas que dan positivo al SARS-CoV-2 mediante una prueba virológica (es decir, una prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) o una prueba de antígeno) pero que no presentan síntomas compatibles con COVID-19
Caso presintomático	Personas que dan positivo al SARS-CoV-2 mediante una prueba virológica (es decir, una prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) o una prueba de antígeno), que no presentan síntomas compatibles con COVID-19 al momento pero que desarrollarán síntomas en el futuro
Caso Leve	Personas que presentan cualquiera de los signos y síntomas de COVID-19 (fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y del olfato) pero que no tienen dificultad para respirar, disnea o radiografía de tórax anormal
Caso Moderado	Personas que muestran evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores durante la evaluación clínica o en las imágenes radiológicas y que tienen una saturación de oxígeno (SatO ₂) ≥ 94% a nivel del mar
Caso Severo	Personas que tienen SatO ₂ ≤ 93% con aire ambiental a nivel del mar, presión parcial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno (PaO ₂ /FiO ₂) ≤ 300 mmHg, frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/minuto, compromiso pulmonar > 50% predominantemente de tipo consolidación, saturación de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno (SaO ₂ /FiO ₂) < 310 - 460, Trabajo Respiratorio ≥ 2 o Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) Tipo L *En pacientes con hipoxemia crónica, se define caso severo como la disminución desde el valor inicial de > 3% hasta los 2500 msnm. Para pacientes que residen por encima de los 2500 msnm una disminución de ≥ 3% desde el valor promedio normal de la región
Caso Crítico	Personas que tienen insuficiencia respiratoria, shock séptico, disfunción multiorgánica, sepsis, SDRA moderado o severo, SDRA tipo H, necesidad de ventilación mecánica invasiva, necesidad de terapia vasopresora y/o falla a la Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF)/Presión Positiva Continua en la vía aérea (CPAP) o sistema artesanal de ser el caso

Adaptado de: *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines*. National Institutes of Health (NIH) (2020)

2.2.3.8. DIAGNÓSTICO

Como punto de inicio para el correcto diagnóstico de la enfermedad, se debe evaluar que manifestaciones del paciente sean compatibles con COVID-19 (inicio agudo, fiebre, pérdida del gusto, pérdida del olfato, malestar general, dolor de garganta, etc.). Como puntos importantes tenemos los siguientes (75):

- Como prueba inicial para detectar infección activa se empleará RT-PCR (reacción en cadena de polimerasa-transcripción inversa) o prueba de detección de antígenos. Indicación inmediata tras inicio de síntomas.
- De obtener resultado negativo, si sospecha

clínicasigue siendo muy alta se repetirá prueba.

- Si primera prueba fue de antígenos y fue negativa, laprueba confirmatoria se realizará mediante RT-PCR.
- Si primera prueba fue RT-PCR y fue negativa, pruebase repetirá a las 48 horas.

2.2.3.9. TRATAMIENTO

De acuerdo a la guía de práctica clínica: Manejo de COVID-19, desarrollada por EsSalud en su segunda versión en julio de 2021, el tratamiento debe individualizarse de acuerdo a la clasificación clínica del paciente, enfocándolo de la siguiente manera (76):

- CASO LEVE – MODERADO: El manejo debe ser ambulatorio. Según criterio médico se podrá realizar un tratamiento sintomático a dosis mínimas, por cortos períodos. (Analgésicos, antipiréticos, antitusígenos, antihistamínicos, relajantes musculares.)
- CASO SEVERO – CRÍTICO:
- El manejo consistirá en la administración de apoyo oxigenatorio. (En casos muy severos ventilación mecánica).
- Escalas de ISARIC4C se emplearán para valorar riesgo de mortalidad y empeoramiento.
- Dexametasona 6mg VO o EV, 1 vez por día hasta 10 días o hasta el alta. Posteriormente suspensión brusca.
- Enoxaparina a dosis profilácticas.
- Tocilizumab 8mg/kg si proteína C reactiva es mayor o igual a 75mg/L. A criterio médico ya que beneficios son mínimos y puede haber

consecuencias potenciales secundarias.

- Frente a pacientes con shock manejo conservador con cristaloides.

CAPÍTULO III

3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. HIPÓTESIS ALTERNA O DEL INVESTIGADOR

Existen algunos factores personales, sociales y organizacionales que están significativamente asociados al Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el contexto de pandemia por el SARS.COVID durante el año 2022.

3.1.2. HIPÓTESIS NULA

No existen factores personales, sociales ni organizacionales que están significativamente asociados al Síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el contexto de pandemia por el SARS.COVID durante el año 2022.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES PERSONALES				
SEXO	Género del individuo encuestado.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal dicotómica.	0 = Masculino 1 = Femenino
EDAD	Años cumplidos.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua.	Edad en número de años cumplidos.

ESTADO CIVIL	Situación física y emocionalmente actual con alguna persona.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal politómica.	0= Soltero 1 = Casado / Conviviente 2 = Divorciado 3 = Viudo
HIJOS	Cantidad de hijos.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua.	Número de hijos.
OTRAS OCUPACIONES FUERA DEL HOSPITAL	Otras ocupaciones profesionales fuera del hospital.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica.	0 = Sí. (Especificar) 1 = No.
AÑOS DE TRABAJO	Número de años trabajando como personal de enfermería.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua.	Años de trabajo cumplidos expresado en números.
HORAS DE TRABAJO SEMANAL	Nº de horas de trabajo semanal del personal sanitario.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua.	Horas de trabajo semanal expresado en números.
Nº DE GUARDIAS NOCTURNAS AL MES	Nº de guardias nocturnas mensuales.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua.	Número de guardias nocturnas mensuales.
SATISFACCIÓN LABORAL Y DE SALARIO	Satisfacción laboral y de salario como personal de enfermería.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica.	0 = Si. 1 = No.
SATISFACCIÓN CON AMBIENTES DE TRABAJO	Satisfacción personal del personal de enfermería con los ambientes de trabajo.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica.	0 = Si. 1 = No.

SERVICIO HOSPITALARIO DE TRABAJO	Servicio del hospital en el que el profesional de enfermería se desempeña.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal politómica.	0 = Servicio de Pediatría. 1 = Neonatología. 2= Gineco – Obstetricia. 3 = Cirugía. 4 = Medicina. 5 = Emergencia. 6 = UCI. 7 = UCI COVID. 8 = Hospitalización COVID. 9 = Otro.
DESARROLLO DE ACTIVIDAD FÍSICA	Realización de actividad física moderada más de 2 horas y media a la semana.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica.	0 = Si. 1 = No.
Nº DE HORAS DE SUEÑO POR DÍA	horas de sueño al día.	Ficha de recolección de datos.	Cuantitativa continua.	Número de horas de sueño al día.
COMORBILIDADES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS				
COMORBILIDADES (ENF. CRÓNICAS)	Enfermedades diagnosticadas presentes en el personal sanitario.	Ficha de recolección de datos.	Cualitativa nominal politómica.	0 = HTA 1 = DM2 2 = Depresión 3 = Dolor crónico 4 = Otro...
SÍNDROME DE BURNOUT	Diagnóstico de Sd. DeBurnout a partir de MBI, constituida por 22 ítems y por 3 dimensiones. <u>DIMENSIONES:</u> Desgaste emocional. Despersonalización Realización	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Intervalos.	<u>Agotamiento emocional:</u> Bajo = menor a 19. Moderado = Entre 19-27. Alto = Mayor a 27. <u>Despersonalización.</u> Bajo = Menor a 6. Moderado = Entre 6-9. Alto = Mayor a 9.

	personal.			<u>Realización personal</u> Bajo = <33 Moderado = 34-39 Alto = >40.
--	-----------	--	--	--

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.DISEÑO

4.1.1. TIPO

El estudio es observacional, analítico, prospectivo, transversal. Observacional ya que no hubo intervención en el transcurrir normal de las variables incluidas en la investigación. Transversal ya que se realizaron mediciones a las variables en una sola oportunidad en todo el período de tiempo que emplee el estudio. Analítico ya que se busca establecer relaciones y correlaciones estadísticas entre las variables. Prospectivo debido a que la investigación se ha diseñado previa a la aparición o hallazgo del fenómeno a investigar.

4.1.2. NIVEL

El nivel de investigación del presente trabajo de investigación corresponde a uno correlacional.

4.1.3. DISEÑO

El presente estudio tiene un diseño de carácter no experimental de corte transversal, ya que se realizaron las mediciones de las variables de la investigación en una oportunidad, durante el período de tiempo que duró el estudio, para poder observar y recoger los datos.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Se ejecutó en el distrito y ciudad de Tacna, se aplicaron cuestionarios en personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con una muestra calculada a partir de la población total, que corresponde a 140 enfermeras pertenecientes al área asistencial del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2022, en los servicios seleccionados para

el estudio (77). Test fue aplicado en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el mes de diciembre del año 2022.

- UNIDAD DE ANÁLISIS: Personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2022.
- TAMAÑO DE POBLACIÓN: 140 profesionales de enfermería.
- TAMAÑO DE MUESTRA CALCULADA: 103 profesionales de enfermería a un nivel de confianza del 95%. (ANEXO IV)
 - FÓRMULA PARA CÁLCULO DE MUESTRA:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{NE^2 + Z^2 \cdot p \cdot q} \rightarrow \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) (1-0.5) (140)}{(140) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (1-0.5)} \rightarrow 103.$$

4.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2022.
- b. Personal de enfermería que desee participar del estudio.

4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Personal de enfermería que no llene correctamente las encuestas.

Cabe precisar que, a la ejecución de la investigación, considerando los criterios de selección, se contó con la participación total de 111 profesionales de enfermería.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.5.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para esta investigación se emplearon múltiples cuestionarios para recolectar la información necesaria con respecto a las variables mencionadas. Dichos formularios se aplicaron de forma impresa.

El primer cuestionario a aplicar fue una ficha de recolección de los

principales datos en donde se incluyen las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, número de hijos, otras ocupaciones profesionales fuera del hospital, años de trabajo, horas de trabajo semanal, servicio hospitalario de trabajo, número de guardias nocturnas mensuales, satisfacción laboral y de salario, satisfacción con los ambientes de trabajo, desarrollo de actividad física y número de horas de sueño por día), las comorbilidades o patologías diagnosticadas presentes en el personal de enfermería. (Enfermedades como DM, HTA, DEPRESIÓN, etc.)

Se empleó también el MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) que es un cuestionario para valorar el agotamiento o Burnout del personal de salud. Cuestionario cuenta con un conjunto de 22 ítems en forma de afirmaciones, las cuáles se subdividen en 3 subescalas para valorar los siguientes aspectos: Agotamiento emocional (9 ítems: 1,2,3,6,8,13,14,16,20.), realización personal (8 ítems: 4,7,9,12,17,18,19,21) y despersonalización (5 ítems: 5,10,11,15,22), con una puntuación máxima de 54, 48 y 30, respectivamente (40).

Para obtener un correcto valor interpretable y poder realizar el diagnóstico definitivo del Sd. De Burnout, se necesita de la interrelación de las 3 dimensiones, resultando de un alto puntaje en la primera que es el agotamiento emocional (mayor a 27 puntos) y en la segunda que es la despersonalización (mayor a 9), añadiéndose un bajo puntaje en la última dimensión que es la de realización personal (menor de 34). Instrumento fue adaptado y validado por Gil-Monte P. para trabajadores profesionales de salud españoles (78). Instrumento original cuya autoría y validación pertenece a Maslach C., Jackson S. en el año 1981 en EEUU y se puede descargar en idioma español en la página web citada (79) (80). Inventario cuenta con una adaptación peruana realizada por Sarriá Rojas, C., García P. y Llaja V. en el año 2007, en donde se demuestra un adecuado nivel de consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0,91 para la dimensión de agotamiento personal, 0,92 para despersonalización y 0,86 para realización personal (81).

4.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS

A partir de la data obtenida y en base a los objetivos propuestos del presente estudio se buscó obtener los siguientes datos: Incidencia del Burnout y las características sociodemográficas del personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que presenta Síndrome de Burnout y sus dimensiones en el año 2022, durante el período pandémico por el SARS-COV2.

Como medidas de resumen para variables cualitativas como SEXO, ESTADO CIVIL, OTRAS OCUPACIONES PROFESIONALES FUERA DEL HOSPITAL, SATISFACCIÓN LABORAL Y DE SALARIO, SATISFACCIÓN CON AMBIENTES DE TRABAJO, SERVICIO HOSPITALARIO DE TRABAJO, DESARROLLO DE ACTIVIDAD FÍSICA, COMORBILIDADES (ENF. CRÓNICAS), y SÍNDROME DE BURNOUT, se utilizaron frecuencias relativas.

Como medidas de resumen para variables cuantitativas como EDAD, N° HIJOS, N° AÑOS DE TRABAJO, N° HORAS DE TRABAJO SEMANAL, N° DE GUARDIAS NOCTURNAS AL MES Y N° DE HORAS DE SUEÑO POR DÍA, se trabajó como medida de tendencia central a la media. Como medidas de dispersión a la desviación estándar y rango.

CAPÍTULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS

5.1.PROCEDIMIENTOS DE RECOJO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos a partir de los cuestionarios impresos, esta información se recopiló y se ordenó en hojas de cálculo de Excel, posteriormente se analizaron las respuestas y se depuraron aquellos datos que se encuentren incongruentes o incompletos.

Posteriormente mediante el programa IBM SPSS v.24 (IBM Statistical Package for de Social Sciences) se realizó el análisis estadístico. Finalmente, los resultados se presentan por medio de gráficos y tablas, trabajando con frecuencias relativas como medidas de resumen para las variables cualitativas de esta investigación (Sexo, estado civil, otras ocupaciones profesionales fuera del hospital, satisfacción laboral y de salario, satisfacción con ambientes de trabajo, servicio hospitalario de trabajo en el hospital, desarrollo de actividad física, comorbilidades, y síndrome de burnout), y con medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas (Edad, número de hijos, número años de trabajo, número de horas de trabajo semanal, número de guardias nocturnas al mes y número de horas de sueño por día). Se trabajó con un nivel de confianza al 95% y se consideró un valor $p < 0.05$ como significativo. Se aplicó el coeficiente de Pearson para correlación. Se utilizó regresión logística para medir asociación.

5.2.CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación ha seguido los principios éticos propuestos para la realización de investigaciones médicas en seres humanos y no fue en contra de ellos ya que se respetó la dignidad del ser humano, ingresando al estudio solo aquellas personas que desearon participar de forma voluntaria por medio del consentimiento informado, manteniendo la privacidad y la confidencialidad al proteger los datos de los participantes, que fueron custodiados por los investigadores de acuerdo a los criterios acordados en la declaración de Helsinki.

Una vez terminado el presente proyecto de tesis, y tras ser evaluado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, se empezó a aplicar el instrumento de la investigación una vez el protocolo recibió la aceptación y los permisos correspondientes para su ejecución por parte del comité de ética.

RESULTADOS

Tabla 1: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		n	%
Sexo	No responde	0	0,0%
	Masculino	10	9,0%
	Femenino	101	91,0%
	Total	111	100,0%
Edad	< 30 AÑOS	8	7,2%
	30 A 39	47	42,3%
	40 A 49	24	21,6%
	50 A 59	12	10,8%
	> 59	20	18,0%
	Total	111	100,0%
Estado civil	Soltero	42	37,8%
	Casado/conviviente	61	55,0%
	Divorciado	5	4,5%
	Viudo	3	2,7%
	Total	111	100,0%
Número de hijos	NINGUNO	26	23,4%
	1 A 2 HIJOS	76	68,5%
	3 A MÁS HIJOS	9	8,1%
	Total	111	100,0%

En la tabla 01 podemos observar que, el 91% de la muestra en estudio cual era de sexo femenino, el 42.3% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21.6% para el grupo entre 40 a 49 años. Según el estado civil, el 55% tenía la condición de casado o conviviente seguido de un 37.8% en la condición de soltero. Según el número de hijos, el 68.5% tenía de 1 a 2 hijos, pero un 23.4% sin carga familiar con esta característica.

Tabla 2: SERVICIO DE DESEMPEÑO Y TIEMPO DE SERVICIO EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		n	%
Servicio del hospital en el que se desempeña	Pediatría	6	5,4%
	Neonatología	20	18,0%
	Ginecología	10	9,0%
	Cirugía	13	11,7%
	Medicina	20	18,0%
	Emergencia	26	23,4%
	UCI	10	9,0%
	Hospitalización COVID	6	5,4%
Total		111	100,0%
Número de años de trabajo como personal de salud	Hasta 5 años	26	23,4%
	6 a 10 años	35	31,5%
	11 a 15 años	16	14,4%
	16 a 20 años	4	3,6%
	mas de 20 años	30	27,0%
	Total	111	100,0%

En la tabla 2 se puede observar que el 23.4% del personal en estudio trabajó principalmente en el servicio de emergencia seguido de un 18% en el servicio de neonatología y un 18% similar en el servicio de medicina. Con respecto al número de años de trabajo el 27% ha trabajado más de 20 años y, por otro lado, el 23,4% lleva trabajando hasta 5 años.

TABLA 3: COMORBILIDADES Y CARACTERÍSTICAS LABORALES Y PERSONALES EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS COV-2, 2022

		n	%
Comorbilidades/patologías previas diagnosticadas	Ninguna	87	78,4%
	Diabetes mellitus	3	2,7%
	Hipertensión	4	3,6%
	Depresión	1	,9%
	Alergias	1	,9%
	Dermatitis atópica	1	,9%
	Obesidad	1	,9%
	Asma leve	3	2,7%
	Hipotiroidismo	2	1,8%
	Anemia crónica	1	,9%
	Otro	2	1,8%
	Estrés	1	,9%
	Gastritis crónica	2	1,8%
	Insuficiencia venosa	1	,9%
	Mastitis crónica	1	,9%
Total	111	100,0%	
Siente que su trabajo es reconocido y se encuentra satisfecho con el salario que obtiene por el mismo	No	61	55,0%
	Si	46	41,4%
	No opina	4	3,6%
	Total	111	100,0%
Se encuentra usted satisfecho con el ambiente de trabajo en el que se encuentra	No	29	26,1%
	Si	82	73,9%
	Total	111	100,0%
Número de guardias nocturnas al mes	Ninguna	16	14,4%
	2.00	1	,9%
	5.00	3	2,7%
	6.00	59	53,2%
	7.00	8	7,2%
	8.00	2	1,8%
	10.00	3	2,7%
	12.00	19	17,1%
Total	111	100,0%	
Realiza usted actividad física moderada por más de dos horas y media a la semana	No	57	51,4%
	Si	54	48,6%
	Total	111	100,0%
Número de horas de sueño por día	5.00	10	9,0%
	6.00	42	37,8%
	7.00	31	27,9%
	8.00	23	20,7%
	9.00	3	2,7%
	10.00	2	1,8%
	Total	111	100,0%

En la tabla 3 podemos observar la distribución de frecuencia de las principales características de comorbilidad reconocimiento en el trabajo, satisfacción con el

mismo, número de guardias nocturnas al mes, presencia de actividad física en la semana y horas de sueño por día. Podemos observar que el 78% no tenía el antecedente de alguna comorbilidad o patología previa diagnosticada. El 55% refiere no sentirse reconocido en su trabajo y satisfecho con el salario que recibe, el 73.9% refiere que sí se encuentra satisfecho con el ambiente de trabajo. Respecto al número de guardias el 53.2% realiza principalmente 6 guardias al mes seguido de un 17.1% con 12 guardias al mes, pero un 14.4% manifiesta no realizarlas. Según actividad física moderada por más de 2 horas y media a la semana, el 51.4% refiere que no las realiza y un 48.6% que sí tiene esta rutina. Respecto a las horas de sueño, el 37.8% refiere que éstas alcanzan a 6 horas seguido de un 27.9% a 7 y un 20.7% a 8 horas por día.

Tabla 4: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		n	%
Ha sufrido usted la pérdida de algún familiar por covid-19	No	76	68,5%
	Si	35	31,5%
	Total	111	100,0%
Número de personas dependientes de usted	.00	11	9,9%
	1.00	24	21,6%
	2.00	36	32,4%
	3.00	28	25,2%
	4.00	6	5,4%
	5.00	6	5,4%
	Total	111	100,0%

En la tabla cuatro podemos observar que el 68.5% no tenía el antecedente de haber perdido a un familiar durante la pandemia por covid-19 pero un 31.5% sí. Respecto al número de personas bajo su dependencia, un 32.4% del total refiere que son 2 personas dependientes, seguido de un 25.2% que llegan hasta 3 y un 21.6% con una persona bajo su dependencia.

Tabla 5: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN DE LAS ESFERAS DE LA ESCALA DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		n	%
Agotamiento Emocional	Bajo	59	53,2%
	Moderado	33	29,7%
	Alto	19	17,1%
	Total	111	100,0%
Realización personal	Bajo	17	15,3%
	Moderado	21	18,9%
	Alto	73	65,8%
	Total	111	100,0%
Despersonalización	Bajo	83	74,8%
	Moderado	23	20,7%
	Alto	5	4,5%
	Total	111	100,0%

En la tabla 5 podemos observar la distribución de frecuencia del resultado de la aplicación del instrumento de medición de la escala de burnout. Las 3 esferas o dimensiones del síndrome de Burnout se describen y agrupan en los niveles de bajo, moderado y alto. Según la escala de agotamiento emocional, el 53.2% refiere a que esta es bajo, seguida de un 29.7% como moderado, pero un 17.1% se encuentra con alto agotamiento emocional. Según la esfera de realización personal, el 65.8% se encuentra con un nivel alto, sin embargo, un 18.9% se encuentra con un nivel moderado y un 15.3% como bajo. Finalmente según la escala de despersonalización el 74.8% se encuentra con un nivel bajo, continuado de un 20.7% como moderado y un 4.5% en un nivel alto de despersonalización.

Tabla 6 : FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		n	%
Síndrome Burnout	Sin Síndrome de Burnout	109	98,2%
	Con Síndrome Burnout	2	1,8%
	Total	111	100,0%

En la tabla 6 podemos observar que el 1.8% el total de la muestra en estudio tiene el diagnóstico de síndrome de burnout. Dicha identificación permite considerar al grupo que necesariamente necesita apoyo clínico.

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE HOY PROFESIONALES EN RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		n	%
	Bajo riesgo	101	91,0%
En Riesgo	En riesgo	10	9,0%
	Total	111	100,0%

En la tabla 7 se hizo el aporte de clasificar a las personas en riesgo de síndrome de burnout. Este criterio consideraba a aquellos profesionales que tenían dos dimensiones comprometidas en nivel alto. Podemos observar que el 9% se encuentra ya en riesgo de padecer síndrome de burnout. La intervención clínica de dicho grupo generaría la oportunidad de prevención de dicha patología.

TABLA 8: CARACTERÍSTICAS CORRELACIONADAS A AGOTAMIENTO EMOCIONAL, REALIZACIÓN PERSONAL Y DESPERSONALIZACIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022

		Correlaciones			
			Agotamiento Emocional	Realización personal	Despersonalización
Rho Spearman	Agotamiento emocional	Coeficiente de correlación	1,000	-.277**	-.513**
		Valor p		,003	,000
	Realización personal	Coeficiente de correlación	-.277**	1,000	-.314**
		valor p	,003		,001
	Despersonalización	Coeficiente de correlación	.513**	-.314**	1,000
		valor p	,000	,001	
	Sexo	Coeficiente de correlación	,104	-,090	,113
		valor p	,276	,347	,238
	Edad	Coeficiente de correlación	-.197*	,180	-,172
		valor p	,038	,058	,071
	Estado civil	Coeficiente de correlación	,121	,108	,025
		valor p	,206	,258	,795
	Número de hijos	Coeficiente de correlación	-,015	,180	,068
		valor p	,878	,058	,477
	Servicio de desempeño	Coeficiente de correlación	-,050	,133	-,007
		valor p	,600	,164	,940
	Tiempo de servicio	Coeficiente de correlación	-.204*	,103	-.189*
		valor p	,032	,283	,047
	Comorbilidades	Coeficiente de correlación	,037	,032	,101

	valor p	,699	,738	,292
Reconocimiento del trabajo y se encuentra satisfecho con el salario	Coeficiente de correlación	-.283**	,062	-,102
	valor p	,003	,515	,288
Satisfecho con el ambiente de trabajo	Coeficiente de correlación	-.214*	-,111	-,027
	valor p	,024	,245	,778
Número de guardias nocturnas al mes	Coeficiente de correlación	-,112	-,002	,109
	valor p	,241	,984	,253
Realiza usted actividad física moderada por más de dos horas y media a la semana	Coeficiente de correlación	-,086	-,139	-,068
	valor p	,371	,147	,476
Número de horas de sueño por día	Coeficiente de correlación	,067	.193*	,122
	valor p	,482	,043	,203
Número de personas dependientes de usted	Coeficiente de correlación	-,084	,142	-,013
	valor p	,380	,137	,890
Ha sufrido usted la pérdida de algún familiar por covid-19	Coeficiente de correlación	-,025	,004	,032
	valor p	,791	,964	,739
	N	111	111	111

En las tablas 8 se correlacionaron las principales características con la probabilidad de estar asociadas a agotamiento, emocional realización personal y despersonalización. Se utilizó la escala de correlación de Rho Spearman con un intervalo de confianza del 95%. Dicha escala permite no solamente identificar las características asociadas sino predecir la intensidad correlativa.

En la escala de agotamiento emocional los factores o aspectos relacionados fueron la influencia de la realización personal (Rho: -0.277, p: 0,003), la influencia de la escala de despersonalización (Rho 0,513 p: 0,000), la edad (Rho: -0.197 p: 0,038), tiempo de servicio (Rho: -0.204 p: 0,032), reconocimiento en el trabajo (Rho: -.283 p: 0,003) y satisfacción con el ambiente laboral (Rho: -0.214 p: 0,024), principalmente. Se puede concluir que la realización personal influye negativamente en el agotamiento

emocional, este agotamiento emocional depende hasta en un 27,7% de la realización personal. Asimismo, la escala de personalización tiene una influencia directamente proporcional, pudiéndose decir que a mayor despersonalización mayor agotamiento emocional siendo esta dependencia de 51.3%. Según la edad se puede deducir que a menor edad mayor agotamiento emocional siendo esta dependencia hasta en 19.7%. Según el tiempo de servicio, el nivel de relación es indirectamente proporcional, pudiéndose deducir que a menor tiempo de servicio mayor agotamiento emocional siendo esta dependencia del 20.4%. Según el reconocimiento en el trabajo, la relación es indirecta, pudiéndose deducir que a mayor reconocimiento en el trabajo menor agotamiento emocional, siendo este nivel de dependencia en un 28.3%. Según la satisfacción con el ambiente laboral la relación también es indirecta teniendo un nivel de dependencia del 21.4%. Podemos deducir que a menor satisfacción con el ambiente laboral mayor es el de agotamiento emocional. Estas diferencias fueron altamente significativas.

Según la escala de realización personal, además de la correlación ya descritas anteriormente con agotamiento emocional y despersonalización, las variables asociadas fueron número de horas de sueño por día (Rho: 0.193 p:0,043). Podemos deducir que a mayor hora de sueño mayor probabilidad positiva de realización personal.

Según la escala de despersonalización además de las correlaciones ya descritas anteriormente con el agotamiento emocional y la realización personal la variable asociada indirectamente fue el tiempo de servicio (Rho: -0.189 p: 0,047). Podemos deducir que a menor tiempo de servicio mayor nivel de despersonalización siendo el nivel de dependencia hasta en un 18.9%.

DISCUSIÓN

Los desórdenes de salud mental entre los trabajadores sanitarios representan un serio problema en el sistema de salud. Entre los desórdenes en la índole psicológico mental el más común es el agotamiento, y no discrimina entre las diferentes profesiones sanitarias. Para los propósitos de la presente investigación, el agotamiento se observó como el resultado sostenido de encontrarse frente a factores estresantes, emotivos e interpersonales crónicos caracterizados por desgaste emocional, despersonalización y ausencia de una adecuada realización social. El agotamiento ocurre en los profesionales de la salud cuyos trabajos traen consigo una interrelación constante e intensa con otras personas. Las variables asociadas al desarrollo de este problema incluyen principalmente, exigencias emocionales y mentales, presencia de una sobrecarga de trabajo y características de estrés relacionados con el entorno físico y psicológico. La creciente cantidad de personas con enfermedades crónicas que necesitan apoyo continuo y la continua carga de exigencia física y mental sobre el personal hospitalario han llevado a una reorientación de las actividades hacia un enfoque sistemático de los protocolos de prevención. Aunque el agotamiento puede atacar a cualquier servidor, la “fatiga por compasión” afecta especialmente a los trabajadores de la salud. Eso hace que los centros de atención sanitaria sean entornos de labor extremadamente difíciles y de alto riesgo.

TEO I. ET AL desarrolla en Singapur la valoración de los cambios y los grados tanto de estrés, ansiedad y de burnout en personal sanitario donde un 60% fueron enfermeras. El 33% presentó altos niveles de estrés, el 13% de ansiedad y el 24% de agotamiento. (20) AN B. ET AL valora los niveles de agotamiento y los factores que están asociados al mismo en 3075 trabajadores de salud. El 79,7% y el 75,3% presentaron niveles de agotamiento en desvinculación y agotamiento respectivamente y se asociaron a turnos mayores a 8 horas y reubicación laboral. (21) ELGHAZALY S. ET AL, determinó que un tercio de los trabajadores de salud presentaron niveles altos de cansancio emocional, elevada despersonalización y una baja realización personal. Se encontró también que los turnos mayores a 8 horas presentaron puntuaciones significativamente más altas. (22) CHANG J, ET AL, con respecto a los resultados y conclusiones se halló que no hubo disimilitudes significativas entre las dimensiones de Burnout antes y durante la pandemia. Sin embargo, el 35% del total de residentes presentó síntomas postraumáticos agudos durante la pandemia. (23) SHAH M, ET AL observó que el objetivo principal

era hallar los niveles de Burnout en 50273 enfermeras y valorar los factores asociados. Identificó que la edad media encontrada fue de 48,7 años. Predominio femenino del 90,4%. Identifica más agotamiento en personal que trabaja más de 40 horas semanales. (24) En Perú, CORDOVA HUAMALINO A, en Ancash, 2016” tuvo como finalidad determinar las fases del síndrome de agotamiento en 75 enfermeras. Determinó que el 14,3% están padeciendo la fase final de Burnout (14,3% elevado cansancio emocional, 3,6% alteración de la personalización, 92,9% con realización personal). (25) MAVILA TORRES D, en una clínica de Lima Metropolitana, en 131 personas halló que existe una asociación negativa, de baja intensidad y significativa entre el síndrome de agotamiento y el bienestar psicológico. Burnout en 68,7% de la muestra. (26) TURPO MAMANI K, en Puno – 2021 en 86 profesionales de enfermería observó que un total de 58% del personal de enfermería padece de Síndrome de agotamiento de grado medio. Un 30% de un grado bajo. 38% presenta despersonalización. 45% con alto grado de realización personal. (27) CORCUERA SEGURA G, ET AL en el servicio de cuidados intensivos neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, en 89 personas entre enfermeros y técnicos halló grado del riesgo alto en exigencias laborales en un 55,1%. Insatisfacción con salario en un 59,6%. Grado de riesgo moderado en factores con gran carga de trabajo (79,8%), características del ambiente laboral (74,2%), etc. Burnout en 3,4% del total y un 66,3% del total con tendencia al síndrome. (28) FLORES H, MUÑOZ D, en un hospital III de Lima halló un 3,10% de prevalencia de Síndrome de Burnout en los participantes muestreados. Un 7,35% del mismo correspondía al grupo de médicos. La dimensión de despersonalización fue la más frecuente (29).

En nuestro estudio observamos que el 91% de la muestra en estudio era de sexo femenino, el 42.3% tenía entre 30 a 39 años, el 55% tenía la condición de casado, el 68.5% tenía de 1 a 2 hijos, pero un 23.4% sin carga familiar con esta característica. El 23.4% del personal trabajó principalmente en el servicio de emergencia seguido de un 18% en el servicio de neonatología y un 18% similar en el servicio de medicina. El 78% no tenía el antecedente de alguna comorbilidad o patología previa diagnosticada. El 55% refiere no sentirse reconocido en su trabajo y satisfecho con el salario que recibe, el 73.9% refiere que sí se encuentra satisfecho con el ambiente de trabajo. El 53.2% realiza principalmente 6 guardias al mes. Según actividad física moderada, el 51.4% refiere que no las realiza. El 37.8% refiere duerme 6 horas, un 37.9% unas 7 y un 20.7% a 8 horas

por día. Respecto a los resultados del estudio del síndrome, el 17.1% se encuentra con alto agotamiento emocional. Según la esfera de realización personal, el 65.8% se encuentra con un nivel alto pero un 15.3% como bajo y un 18.9% como moderado. Según la escala de despersonalización un 4.5% en un nivel alto de despersonalización. El 1.8% el total de la muestra en estudio tiene el diagnóstico de síndrome de burnout, pero el 9% se encuentra ya en riesgo de padecer dicho síndrome. La intervención clínica de dicho grupo generaría la oportunidad de prevención de dicha patología.

CONCLUSIONES

- a. Del total de la muestra estudiada el 1.8% tiene el diagnóstico establecido de síndrome de burnout y el 9% se encuentra ya en riesgo de padecerlo, ya que cuenta con al menos 2 de los 3 componentes del Síndrome de Burnout.
- b. El 91 era de sexo femenino, el 42.3% tenía entre 30 a 39 años, el 55% tenía la condición de casado, el 68.5% tenía de 1 a 2 hijos. El 78% no tenía el antecedente de alguna comorbilidad o patología previa diagnosticada. El 55% refiere no sentirse reconocido en su trabajo, el 73.9% está satisfecho con el ambiente de trabajo. El 53.2% realiza 6 guardias al mes. Según actividad física moderada, el 51.4% refiere que no las realiza. El 37.8% refiere duerme 6 horas, un 37.9% unas 7 y un 20.7% a 8 horas por día.
- c. En la escala de agotamiento emocional, las características relacionadas a un aumento del mismo fueron la influencia de una baja realización personal (Rho: -0.277, p: 0,003), la influencia de la despersonalización (Rho 0,513 p: 0,000), la edad (Rho: -0.197 p: 0,038), el tiempo de servicio (Rho: -0.204 p: 0,032), el reconocimiento en el trabajo (Rho: -.283 p: 0,003) y la satisfacción con el ambiente laboral (Rho: -0.214 p: 0,024)
- d. En la escala de realización personal, las variables asociadas para una disminución o una baja realización personal corresponde al número de horas de sueño por día (Rho: 0.193 p:0,043).
- e. Según la escala de despersonalización, la variable asociada indirectamente a la misma fue el tiempo de servicio (Rho: -0.189 p: 0,047).

RECOMENDACIONES

- a. Identificar a los profesionales que se encuentran en riesgo del síndrome en estudio y realizar con ellos, conjuntamente con aquellos que ya lo padecen, labores de asistencia personalizada en el menor tiempo posible.
- b. Es primordial a nivel institucional fomentar estrategias de fortalecimiento de la capacidad de adaptación y afrontamiento del personal a las situaciones de estrés, promoviendo el trabajo en equipo a partir de medidas que mejoren las relaciones y la comunicación efectiva entre el personal de salud para identificar, enfrentar y disminuir el impacto de un estresor partiendo de la confianza, la autoestima, el consejo mutuo, el soporte emocional y el trabajo compartido. (82)
- c. Es importante a nivel ocupacional elevar el nivel de resiliencia del personal sanitario para que puedan adaptarse de manera positiva al estrés, incrementando el bienestar laboral. Para esto debe implementarse programas de adquisición de habilidades para la identificación y resolución de problemas, la toma de decisiones, el correcto uso y organización del tiempo, programas análisis positivo de las circunstancias. (82)
- d. Implementar espacios dentro de la misma institución que brinden la oportunidad de distanciarse de la rutina cotidiana y del mismo trabajo en horario extralaboral, espacios para adoptar estilos de vida más saludables donde se fomente el ejercicio físico, la adquisición de nuevas habilidades mediante la capacitación continua, el manejo del estrés a partir de técnicas de relajación, terapias de aceptación y contacto con el presente. (83)
- e. Finalmente implementar el monitoreo periódico de la salud tanto física como mental del personal sanitario, para valorar estrategias de reorganización de los métodos de trabajo y así disminuir las fuentes de estrés haciéndolos partícipes efectivos en la toma de decisiones a partir de sus opiniones.
- f. Realizar el seguimiento a todos los profesionales de la salud mediante un sistema de identificación oportuna como el presente estudio, con un periodo de aplicación de por lo menos cada 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 1 de marzo de 2018;16(3):311-7.
2. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. enero de 2016;50(1):132-49.
3. Bitran M, Zúñiga D, Pedrals N, Echeverría G, Vergara C, Rigotti A, et al. [Burnout in students of health-care professions. Risk and protection factors]. *Rev Med Chil*. abril de 2019;147(4):510-7.
4. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 10 de diciembre de 2018;15(12):E2800.
5. Cuesta MIS, Cámara RS. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería clínica*. 2005;15(3):123-30.
6. Guillén RS. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario: un estudio descriptivo. *Revista Enfermería del Trabajo*. 2017;7(3):65-9.
7. Cruz Robazzi ML do C, Chaves Mauro MY, Barcellos Dalri R de C de M, Almeida da Silva L, de Oliveira Secco IA, Jorge Pedrão L. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*. marzo de 2010;26(1):52-64.
8. Bellver Capella V, Bellver Capella V. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfermería*. junio de 2020;29(1-2):46-50.
9. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the

COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. noviembre de 2020;144:109972.

10. Torres-Muñoz V, Farias-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Guillén-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. 80:10.
11. Lozano-Vargas A, Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. enero de 2020;83(1):51-6.
12. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Medicina Legalde Costa Rica*. marzo de 2015;32(1):119-24.
13. Rendón Montoya MS, Peralta Peña SL, Hernández Villa EA, Hernández RI, Vargas MR, Favela Ocaño MA, et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*. 2020;19(59):479-506.
14. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. marzo de 2020;7(3):e14.
15. Bargas EB, Monteiro MI. Fatores relacionados ao absentéismo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. *Acta paul enferm*. diciembre de 2014;27:533-8.
16. McGahan M, Kucharski G, Coyer F, Winner ACCCN Best Nursing Review Paper 2011 sponsored by Elsevier. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *AustCrit Care*. mayo de 2012;25(2):64-77.
17. Maslach C. Burnout: A Multidimensional Perspective. En: *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. 1993. p. 19-32.
18. Enfermería - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>

19. Definición de SARS-CoV-2 - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 5 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sars-cov-2>
20. Teo I, Chay J, Cheung YB, Sung SC, Tewani KG, Yeo LF, et al. Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. *PLoS One*. 2021;16(10):e0258866.
21. Tan BYQ, Kanneganti A, Lim LJH, Tan M, Chua YX, Tan L, et al. Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. diciembre de 2020;21(12):1751-1758.e5.
22. Elghazally SA, Alkarn AF, Elkhayat H, Ibrahim AK, Elkhayat MR. Burnout Impact of COVID-19 Pandemic on Health-Care Professionals at Assiut University Hospitals, 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 18 de mayo de 2021;18(10):5368.
23. Chang J, Ray JM, Joseph D, Evans LV, Joseph M. Burnout and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Among Emergency Medicine Resident Physicians During the COVID-19 Pandemic. *West J Emerg Med*. 28 de febrero de 2022;23(2):251-7.
24. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Netw Open*. 1 de febrero de 2021;4(2):e2036469.
25. Cordova Huamaliano AE. Síndrome de burnout en licenciados en enfermería y técnicos en enfermería, hospital de casma y huarmey, ancash, 2016. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo [Internet]. 2017 [citado 5 de septiembre de

2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2797372>

26. Mavila Torres DA. Burnout y bienestar psicológico del personal de salud en pandemia por COVID-19 de una clínica de Lima Metropolitana. Burnout and psychological well-being of health personnel in a COVID-19 pandemic of a clinic in Lima Metropolitan [Internet]. 12 de agosto de 2022 [citado 5 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3215150>
27. Turpo Mamani KF. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en tiempos de COVID 19, en el Hospital Manuel Nuñez Butrón Puno - 2021. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 7 de febrero de 2022 [citado 5 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3224189>
28. Factores psicosociales y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal en época de pandemia COVID 19, Lima – 2021 | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 1 de julio de 2022 [citado 6 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/262>
29. Flores Maqui HR, Muñoz López DH. Frecuencia del Síndrome de Burnout en personal asistencial de primera línea contra la pandemia de COVID-19 en un hospital III de Lima. Frequency of Burnout Syndrome in the first line health personnel against COVID-19 pandemic in a III level hospital in Lima [Internet]. 2021 [citado 5 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8969>
30. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. Entorno. 30 de diciembre de 2020;(70):110-20.
31. Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E, Berdejo Pacheco H, Racedo Rolón K, Ruiz Sará J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del

- Hospital Universidad del Norte. Revista Salud Uninorte. julio de 2007;23(1):43-51.
32. Aceves GAG. Síndrome de burnout. 2006;11(4):5.
 33. Carretero N. Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Revista Latinoamericana de Psicología; a. 1 de enero de 2006;38(1):176-9.
 34. Mori CT, Girón ENM, Cántaro EMR, Gonzales EBS. Revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020. Revista de Investigación en Psicología. 18 de junio de 2021;24(1):197-221.
 35. Zambrano JRT. Síndrome de Burnout en Médicos Residentes. “Revisión Sistemática”. Revista San Gregorio [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 5 de marzo de 2022];1(33). Disponible en: <https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/966>
 36. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Revista chilena de neuropsiquiatría. diciembre de 2010;48(4):307-18.
 37. Álvarez RF. El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. 2011;(160):4.
 38. Aguilera EC, de Alba García JEG. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo*. Revista Colombiana de Psiquiatría. marzo de 2010;39(1):67-84.
 39. Bergonzoli G, Jaramillo-López C, Delgado-Grijalba D, Duque F, Vivas G, Tinoco-Zapata FJ, et al. Factores asociados al síndrome de desgaste laboral en auxiliares de enfermería. Universidad y Salud. mayo de 2021;23(2):120-8.
 40. Carrillo Esper R, Gómez Hernández K, Espinoza de los Monteros Estrada I. Síndrome de burnout en la práctica médica. Medicina interna de México.

2012;28(6):579-84.

41. Quiceno JM, Alpi YSV. BURNOUT:“SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT)” .:10.
42. Hillert A, Marwitz M. Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus? C.H.Beck; 2006. 340 p.
43. Rivero M, Gutiérrez Cacciabue D, Rajal VB, Irazusta VP. Propuestas para el control y la mitigación de la diseminación de COVID-19: un manejo estratégico de la enfermedad. diciembre de 2020 [citado 6 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/137749>
44. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M. Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occup Environ Med.* julio de 2011;68(7):479-86.
45. Juárez García A, Juárez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud.* diciembre de 2020;52(4):432-9.
46. Suca-Saavedra R, López-Huamanrayme E. Síndrome de burnout en internos de medicina del Perú: ¿es un problema muy prevalente? *Revista de Neuro-Psiquiatría.* enero de 2016;79(1):69-70.
47. Barreto TM, Tavares MR, Azi ML, Azi LMTA, Sadgursky D, Alencar D. Impact of the COVID-19 Pandemic in the Prevalence of Burnout among Residents in Orthopedics. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo).* febrero de 2022;57(1):159-66.
48. Organización Internacional del Trabajo. Frente a la pandemia: Garantizar la seguridad y el salud en el trabajo. [Internet]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf
49. Zhang Y, Wang C, Pan W, Zheng J, Gao J, Huang X, et al. Stress, Burnout, and

- Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Front Psychiatry*. 2020;11:565520.
50. Meng X, Deng Y, Dai Z, Meng Z. COVID-19 and anosmia: A review based on up-to-date knowledge. *Am J Otolaryngol*. octubre de 2020;41(5):102581.
51. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 20 de febrero de 2020;382(8):727-33.
52. Xw X, Xx W, Xg J, Kj X, Lj Y, Ci M, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 19 de febrero de 2020 [citado 6 de marzo de 2022];368. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32075786/>
53. Hazelton PR, Gelderblom HR. Electron Microscopy for Rapid Diagnosis of Emerging Infectious Agents - Volume 9, Number 3—March 2003 - *Emerging Infectious Diseases journal - CDC*. [citado 6 de marzo de 2022]; Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/9/3/02-0327_article
54. Golding CG, Lamboo LL, Beniac DR, Booth TF. The scanning electron microscope in microbiology and diagnosis of infectious disease. *Sci Rep*. 23 de mayo de 2016;6(1):26516.
55. Buitrago-Sierra R, Guzmán Á, Santa-Marín JF. Caracterización morfológica del SARS-CoV-2 mediante microscopía electrónica. *Tecnológicas*. 30 de enero de 2021;24(50):e1675-e1675.
56. Wu C, Liu Y, Yang Y, Zhang P, Zhong W, Wang Y, et al. Analysis of therapeutic targets for SARS-CoV-2 and discovery of potential drugs by computational methods. *Acta Pharm Sin B*. mayo de 2020;10(5):766-88.
57. Characterization of spike glycoprotein of SARS-CoV-2 on virus entry and its

immune cross-reactivity with SARS-CoV | Nature Communications [Internet]. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-15562-9>

58. COVID-19 Map [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/>
59. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [citado 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://covid19.who.int/1>.
60. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [citado 26 de febrero de 2022]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
61. Dessie ZG, Zewotir T. Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. *BMC Infectious Diseases*. 21 de agosto de 2021;21(1):855.
62. Silverio A, Di Maio M, Citro R, Esposito L, Iuliano G, Bellino M, et al. Cardiovascular risk factors and mortality in hospitalized patients with COVID-19: systematic review and meta-analysis of 45 studies and 18,300 patients. *BMC Cardiovasc Disord*. 7 de enero de 2021;21(1):23.
63. Giugliano D, Maiorino MI, Bellastella G, Chiodini P, Esposito K. Glycemic Control, Preexisting Cardiovascular Disease, and Risk of Major Cardiovascular Events in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Systematic Review With Meta-Analysis of Cardiovascular Outcome Trials and Intensive Glucose Control Trials. *J Am Heart Assoc*. 18 de junio de 2019;8(12):e012356.
64. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. 25 de febrero de 2020;323(8):709-10.
65. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as

- Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 16 de abril de 2020;382(16):1564-7.
66. Somsen GA, Rijn C van, Kooij S, Bem RA, Bonn D. Small droplet aerosols in poorly ventilated spaces and SARS-CoV-2 transmission. *The Lancet Respiratory Medicine*. 1 de julio de 2020;8(7):658-9.
 67. Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection*. 1 de abril de 2021;49(2):199-213.
 68. Mason RJ. Pathogenesis of COVID-19 from a cell biologic perspective. *Eur Respir J*. 9 de abril de 2020;2000607.
 69. Teuwen LA, Geldhof V, Pasut A, Carmeliet P. Author Correction: COVID-19: the vasculature unleashed. *Nat Rev Immunol*. julio de 2020;20(7):448-448.
 70. Singh SP, Pritam M, Pandey B, Yadav TP. Microstructure, pathophysiology, and potential therapeutics of COVID-19: A comprehensive review. *J Med Virol*. enero de 2021;93(1):275-99.
 71. Zaim S, Chong JH, Sankaranarayanan V, Harky A. COVID-19 and Multiorgan Response. *Curr Probl Cardiol*. agosto de 2020;45(8):100618.
 72. Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and Ageusia: Common Findings in COVID-19 Patients. *Laryngoscope*. julio de 2020;130(7):1787.
 73. Guía para el cuidado de Pacientes adultos críticos de COVID-19 en las Américas [Internet]. [citado 11 de julio de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53894/OPSIMSEIHCOVID-1921010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 74. Information on COVID-19 Treatment, Prevention and Research [Internet]. COVID-19 Treatment Guidelines. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

75. Vila Muntadas M, Agustí Sunyer I, Agustí Garcia-Navarro A. Pruebas diagnósticas COVID-19: importancia del contexto clínico. Med Clin (Barc). 27 de agosto de 2021;157(4):185-90.
76. Aristondo FM, Moyano AB, Vélez CD, Sánchez ERP, Segura MAA, FarroHMG, et al. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD. :73.
77. Fuentes Cañi N. Calidad de vida laboral del profesional de enfermería en los hospitales Manuel Núñez Butrón de Puno e Hipólito Unanue de Tacna, 2018. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 12 de junio de 2019 [citado 23 de agosto de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/10870>
78. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. Rev Saude Publica. febrero de 2005;39(1):1-8.
79. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organiz Behav. abril de 1981;2(2):99-113.
80. License to Reproduce - Maslach Burnout Inventory [Internet]. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.mindgarden.com/maslach-burnout-inventory-mbi/173-mbi-license-to-reproduce.html>
81. Mbi Inventario Burnout De Maslach & Jackson, Muestra Peruana | ISBN 978-9972-33-376-7 - Libro [Internet]. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789972333767/mbi-inventario-burnout-de-maslach-jackson-muestra-peruana/>
82. Serna-Corredor D, Martinez-Sanchez L. Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. Correo Científico Médico [Internet]. 2020 [citado 23 Ene 2024]; 24 (1) Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3061>
83. Juárez Jiménez M.V. Estrategias en el síndrome de Burnout del personal sanitario.

ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN:
“SÍNDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR EL SARS-COV2, 2022”

El propósito de la presente ficha de consentimiento es brindarle a usted una clara explicación de la naturaleza de la investigación que se va a realizar, así como su papel en la misma como participantes.

El estudio está siendo realizado por Víctor Luis Zúñiga Gutiérrez, un estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna, y tiene como objetivo identificar la incidencia del Síndrome de Burnout y los factores individuales, sociales y organizacionales asociados al mismo en el personal de enfermería del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el contexto pandémico actual.

Se busca obtener información clara y precisa acerca de la salud mental del personal de enfermería y de los diversos factores que pueden colocar en riesgo a la misma, para así poder ofrecer una base para el desarrollo futuro de intervenciones de salud con el fin de reducir el impacto del síndrome de Burnout tanto en el desempeño laboral como en la calidad de vida del personal sanitario de nuestra ciudad.

Si desea participar de la investigación, se le pedirá desarrollar las preguntas de la presente encuesta con la mayor seriedad y veracidad. Esto le tomará menos de 5 minutos de su tiempo. Los datos recogidos se manejarán con confidencialidad y solo se usarán para la actual investigación. Recuerde que la participación es estrictamente voluntaria y que si desea puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún problema. Si usted manifiesta alguna duda, puede realizar sus preguntas al investigador responsable, Univ. Víctor Luis Zúñiga Gutiérrez, al siguiente correo electrónico victor.luis44@gmail.com. Desde ya le agradecemos su participación.

¿Desea usted participar de la investigación? Si () / No (). FIRMA:

ANEXO II: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2022

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

Complete o marque con un aspa (x) la alternativa correspondiente según corresponda:

- a. Sexo: Masculino () Femenino ()
- b. Edad: (Años cumplidos)
- c. Estado civil: Soltero () Casado o conviviente () Divorciado () Viudo ()
- d. Nº hijos:
- e. Otras ocupaciones profesionales fuera del hospital: No () Sí ()
Especificar:
- f. Servicio del hospital en el que el profesional de enfermería se desempeña:
Pediatría () – Neonatología () – Ginecología Obstetricia () – Cirugía () –
Medicina () – Emergencia () – UCI () – UCI COVID () – Hospitalización
COVID () – Otro:
- g. Nº de años de trabajo como personal de salud:
(Número de años de trabajo cumplidos)
- h. Nº horas de trabajo semanal (Número de horas)
- i. Comorbilidades / patologías previas diagnosticadas: Diabetes Mellitus 2 ()
Hipertensión Arterial ()
Depresión () Otras () Mencionar de haber
otras:.....
- j. ¿Siente que su trabajo es reconocido y se encuentra satisfecho con el salario que
obtiene por el mismo? Sí () No ()
- k. ¿Se encuentra usted satisfecho con el ambiente de trabajo en el que se encuentra?
Sí () No ()


ANEXO III: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI-HSS)

Marque con una (X) según corresponda:

	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO	UNA VEZ AL MES O MENOS	POCAS VECES AL MES	UNA VEZ POR SEMANA	POCAS VECES POR SEMANA	TODOS LOS DIAS
	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 enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fuera objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí.							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas.							

10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy trabajando demasiado.							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
19. Siento que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión.							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

ANEXO IV: CÁLCULO DE LA MUESTRA

Reset  X

Population Survey or Descriptive Study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:

Expected frequency:

Acceptable MOE:

Design effect:

Clusters:

Conf. Level	Cluster Size	Total Sample
80%	76	76
90%	92	92
95%	103	103
97%	108	108
99%	116	116
99.9%	124	124
99.99%	128	128

ANEXO V: ANÁLISIS ESTADÍSTICO

		Síndrome Burnout					
		Sin S. Burnout		Con S. Burnout		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	No responde	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Masculino	10	9.2%	0	0.0%	10	9.0%
	Femenino	99	90.8%	2	100.0%	101	91.0%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Edad	< 30 AÑOS	8	7.3%	0	0.0%	8	7.2%
	30 A 39	45	41.3%	2	100.0%	47	42.3%
	40 A 49	24	22.0%	0	0.0%	24	21.6%
	50 A 59	12	11.0%	0	0.0%	12	10.8%
	> 59	20	18.3%	0	0.0%	20	18.0%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Estado civil	Soltero	42	38.5%	0	0.0%	42	37.8%
	Casado/conviviente	59	54.1%	2	100.0%	61	55.0%
	Divorciado	5	4.6%	0	0.0%	5	4.5%
	Viudo	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Número de hijos	NINGUNO	26	23.9%	0	0.0%	26	23.4%
	1 A 2 HIJOS	74	67.9%	2	100.0%	76	68.5%
	3 A MÁS HIJOS	9	8.3%	0	0.0%	9	8.1%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Servicio del hospital en el que se desempeña	Pediatría	6	5.5%	0	0.0%	6	5.4%
	Neonatología	20	18.3%	0	0.0%	20	18.0%
	Ginecología	10	9.2%	0	0.0%	10	9.0%
	Cirugía	13	11.9%	0	0.0%	13	11.7%
	Medicina	18	16.5%	2	100.0%	20	18.0%
	Emergencia	26	23.9%	0	0.0%	26	23.4%
	UCI	10	9.2%	0	0.0%	10	9.0%
	Hospitalización covid	6	5.5%	0	0.0%	6	5.4%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Número de años de trabajo como personal de salud	Hasta 5 años	24	22.0%	2	100.0%	26	23.4%
	6 a 10 años	35	32.1%	0	0.0%	35	31.5%
	11 a 15 años	16	14.7%	0	0.0%	16	14.4%
	16 a 20 años	4	3.7%	0	0.0%	4	3.6%
	mas de 20 años	30	27.5%	0	0.0%	30	27.0%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Número de horas de trabajo semanal	24,00	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	30,00	4	3.7%	0	0.0%	4	3.6%
	34,00	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	35,00	3	2.8%	1	50.0%	4	3.6%
	36,00	44	40.4%	0	0.0%	44	39.6%

	37,00	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	37,50	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	38,00	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	40,00	10	9.2%	0	0.0%	10	9.0%
	42,00	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	45,00	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	46,00	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	48,00	21	19.3%	1	50.0%	22	19.8%
	60,00	4	3.7%	0	0.0%	4	3.6%
	72,00	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	78,00	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	100,00	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	150,00	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%

		Síndrome Burnout					
		Sin S. Burnout		Con S. Burnout		Total	
		n	%	n	%	n	%
Comorbilidades/ patologías previas diagnosticadas	Ninguna	85	78.0%	2	100.0%	87	78.4%
	Diabetes mellitus	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	Hipertensión	4	3.7%	0	0.0%	4	3.6%
	Depresión	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Alergias	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Dermatitis atópica	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Obesidad	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Asma leve	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	Hipotiroidismo	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	Anemia crónica	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Otro	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	Estrés	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Gastritis crónica	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	Insuficiencia venosa	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	Mastitis crónica	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%	
Siente que su trabajo es reconocido y se encuentra satisfecho con el salario que obtiene por el mismo	No	60	55.0%	1	50.0%	61	55.0%
	Si	45	41.3%	1	50.0%	46	41.4%
	No opina	4	3.7%	0	0.0%	4	3.6%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Se encuentra	No	28	25.7%	1	50.0%	29	26.1%
	Si	81	74.3%	1	50.0%	82	73.9%

usted satisfecho con el ambiente de trabajo en el que se encuentra	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Número de guardias nocturnas al mes	,00	16	14.7%	0	0.0%	16	14.4%
	2,00	1	.9%	0	0.0%	1	.9%
	5,00	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	6,00	58	53.2%	1	50.0%	59	53.2%
	7,00	8	7.3%	0	0.0%	8	7.2%
	8,00	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	10,00	2	1.8%	1	50.0%	3	2.7%
	12,00	19	17.4%	0	0.0%	19	17.1%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Realiza usted actividad física moderada por más de dos horas y media a la semana	No	56	51.4%	1	50.0%	57	51.4%
	Si	53	48.6%	1	50.0%	54	48.6%
	No responde	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Número de horas de sueño por día	5,00	10	9.2%	0	0.0%	10	9.0%
	6,00	41	37.6%	1	50.0%	42	37.8%
	7,00	30	27.5%	1	50.0%	31	27.9%
	8,00	23	21.1%	0	0.0%	23	20.7%
	9,00	3	2.8%	0	0.0%	3	2.7%
	10,00	2	1.8%	0	0.0%	2	1.8%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Se ha contagiado usted de covid-19 desde que inició la pandemia	No	32	29.4%	0	0.0%	32	
	Si	77	70.6%	2	100.0%	79	71.2%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%
Número de personas dependientes de usted	,00	11	10.1%	0	0.0%	11	9.9%
	1,00	24	22.0%	0	0.0%	24	21.6%
	2,00	35	32.1%	1	50.0%	36	32.4%
	3,00	27	24.8%	1	50.0%	28	25.2%
	4,00	6	5.5%	0	0.0%	6	5.4%
	5,00	6	5.5%	0	0.0%	6	5.4%
	Total	109	100.0%	2	100.0%	111	100.0%

ANEXO VI: PRUEBAS DE CHI CUADRADO DE PEARSON

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Síndrome Burnout
Sexo	Chi cuadrado	.202
	gl	1
	Sig.	,653 ^{a,b}
Edad	Chi cuadrado	2.773
	gl	4
	Sig.	,596 ^{a,b}
Estado civil	Chi cuadrado	1.669
	gl	3
	Sig.	,644 ^{a,b}
Número de hijos	Chi cuadrado	.938
	gl	2
	Sig.	,626 ^{a,b}
Servicio del hospital en el que se desempeña	Chi cuadrado	9.267
	gl	7
	Sig.	,234 ^{a,b}
Número de años de trabajo como personal de salud	Chi cuadrado	6.658
	gl	4
	Sig.	,155 ^{a,b}
Número de horas de trabajo semanal	Chi cuadrado	14.662
	gl	17
	Sig.	,620 ^{a,b}
Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.		
a. Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.		
b. Las frecuencias esperadas de casilla mínimas en esta subtabla son inferiores a uno. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.		

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Síndrome Burnout
Comorbilidades/patologías previas diagnosticadas	Chi cuadrado	.562
	gl	14
	Sig.	1,000 ^{a,b}
Siente que su trabajo es reconocido y se encuentra satisfecho con el salario que obtiene por el mismo	Chi cuadrado	.118
	gl	2
	Sig.	,942 ^{a,b}
Se encuentra usted satisfecho con el ambiente de trabajo en el que se encuentra	Chi cuadrado	.601
	gl	1
	Sig.	,438 ^{a,b}
Número de guardias nocturnas al mes	Chi cuadrado	17.761
	gl	7
	Sig.	,013 ^{a,b,*}
Realiza usted actividad física moderada por más de dos horas y media a la semana	Chi cuadrado	.001
	gl	1
	Sig.	,969 ^{a,b}
Número de horas de sueño por día	Chi cuadrado	1.132
	gl	5
	Sig.	,951 ^{a,b}
Se ha contagiado usted de covid-19 desde que inició la pandemia	Chi cuadrado	.825
	gl	1
	Sig.	,364 ^{a,b}
Número de personas dependientes de usted	Chi cuadrado	1.552
	gl	5
	Sig.	,907 ^{a,b}
Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.		
*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel .05.		
a. Más del 20% de las casillas de esta subtabla esperaban frecuencias de casilla inferiores a 5. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.		
b. Las frecuencias esperadas de casilla mínimas en esta subtabla son inferiores a uno. Puede que los resultados de chi-cuadrado no sean válidos.		