



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

GRADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON LAS
CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA NORTE, DURANTE LA PANDEMIA
DE COVID-19. ABRIL- JUNIO 2021

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

Castellanos Delgado, Juan Manuel

Asesor:

Tambini Acosta, Moisés Enrique
(ORCID: 0000-0002-5505-4837)

Jurado:

La Rosa Botonero, José Luis
Castillo Bazán, Wilfredo Eusebio
Barboza Cieza, Reanio

Lima - Perú

2022

Referencia:

Castellanos, J. (2022). *Grado del síndrome de burnout y la asociación con las características del personal de los centros de atención de la Dirección Regional de Salud Lima Norte, durante la pandemia de Covid-19. Abril- junio 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5590>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
**GRADO DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACIÓN CON LAS
CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE
LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA NORTE, DURANTE LA
PANDEMIA DE COVID-19. ABRIL- JUNIO 2021**

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Castellanos Delgado, Juan Manuel

ASESOR:

Tambini Acosta, Moisés Enrique

(ORCID: 0000-0002-5505-4837)

JURADO:

La Rosa Botonero, José Luis

Castillo Bazán, Wilfredo Eusebio

Barboza Cieza, Reanio

LIMA – PERU

2022

DEDICATORIA

A mis padres por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mi hermano quien me motivo constantemente para alcanzar mis anhelos, que además de hermano es un verdadero amigo.

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por acompañarme, ser luz en mi camino y por permitirme alcanzar este sueño.
A mis padres y hermano quienes siempre estuvieron a mi lado y confiaron en mi durante todos
estos años*

*A mi alma mater Universidad Nacional Federico Villarreal por haberme acogido para poder
estudiar esta noble profesión.*

*A los docentes que me impartieron sus conocimientos y me guiaron durante mi formación
universitaria.*

*A mi asesor Dr. Moises Tambini Acosta por la orientación y sus valiosas recomendaciones durante
el desarrollo de la presente tesis.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	2
1.2. Antecedentes.....	4
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	9
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	9
1.4. Justificación.....	10
1.5. Hipótesis.....	11
II. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	13
III. MÉTODOLÓGÍA.....	28
3.1. Tipo de investigación.....	28
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	28
3.3. Variables.....	28
3.4. Población y muestra.....	31
3.5. Instrumentos.....	32
3.6. Procedimientos.....	32
3.7. Análisis de datos.....	33
3.8. Consideraciones éticas.....	33
IV. RESULTADOS.....	35
V. DISCUSION DE RESULTADOS.....	40
VI. CONCLUSIONES.....	43
VII. RECOMENDACIONES.....	44
VIII. REFERENCIAS.....	45
IX. ANEXOS.....	51

Índice de tablas

Tabla N° 1: <i>Factores etiológicos externos (ambientales) e internos (relacionados con la personalidad) del agotamiento</i>	18
Tabla N° 2: <i>Síndrome burnout en personal centros atención de Dirección Regional Salud Lima Norte durante la pandemia COVID-19</i>	35
Tabla N° 3: <i>Características del personal centros atención de Dirección Regional Salud Lima Norte durante la pandemia COVID-19</i>	36
Tabla N°4: <i>Análisis bivariado del síndrome burnout y características del personal centros de atención Dirección Regional Salud Lima Norte</i>	37
Tabla N°5: <i>Regresión logística para explicar el síndrome burnout a través de las características del personal centros de atención Dirección Regional de Salud Lima Norte</i>	39

RESUMEN

Objetivo: Establecer el grado de síndrome burnout y su asociación con las características del personal de salud. **Método:** Estudio tipo descriptivo, correlacional, corte transversal, cuya muestra fue de 110 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional: en médicos, enfermeras y obstetras. La información se obtuvo mediante el Inventario Maslach modificado. **Resultados:** Expresan frecuencia del síndrome burnout con un 60% en el nivel bajo y solo 3.6% en el nivel alto siendo las dimensiones de mayor compromiso el agotamiento emocional en 40%, la baja realización personal en 67.3% con un nivel de despersonalización de 52.7%. Respecto a edad el grupo entre 30-40 años fue el 32.7%; de género femenino un 67.3%, médicos 52.7%, que trabajan más de 150 horas/mes un 70%. El 50% fueron solteros y el 42.7% fue de estado civil casado. El análisis estadístico según la prueba de regresión logística con el método de Wald evidenció asociación significativa entre la edad, las horas trabajadas mayores de 150 horas/mes con la presencia del síndrome y ninguna asociación con las características de género y estado civil. **Conclusión:** La única variable con asociación estadísticamente significativa fue la edad ($p=,000$) según la prueba de ómnibus con una R cuadrado de Nagelkerke (0,407) y pruebas de Hosmer y Lemeshow.

Palabras clave: Síndrome burnout, personal de salud, horas de trabajo.

ABSTRACT

Objective: To establish the degree of burnout syndrome and its association with the characteristics of health personnel. **Method:** Descriptive, correlational, cross-sectional study, whose sample was 110 participants selected by intentional non-probabilistic sampling: in doctors, nurses and obstetricians. The information was obtained through the modified Maslach Inventory. **Results:** They express frequency of burnout syndrome with 60% at the low level and only 3.6% at the high level, the dimensions of greatest commitment being emotional exhaustion in 40%, low personal fulfillment in 67.3% with a level of depersonalization of 52.7 %. Regarding age, the group between 30-40 years was 32.7%; 67.3% female, 52.7% doctors, 70% who work more than 150 hours/month. 50% were single and 42.7% were married. The statistical analysis according to the logistic regression test with the Wald method, showed a significant association between age, hours worked greater than 150 hours/month with the presence of the syndrome and no association with the characteristics of gender and marital status. **Conclusion:** The only variable with a statistically significant association was age ($p=.000$) according to the omnibus test with a Nagelkerke R square (0.407) and the Hosmer and Lemeshow tests.

Keywords: Burnout syndrome, health personnel, working hour

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la expansión de la pandemia del COVID-19 afectó en grados diversos la operatividad de las organizaciones prestadoras de servicios, en especial aquéllas dedicadas al cuidado de la salud. En este contexto significaba el doble reto de asistir eficazmente a la población enferma y protegerse del contagio de este mal, cuya letalidad se evidenciaba muy elevada (Alharbi y Jackson, 2020)

Los déficits existentes en salud laboral, dados por los efectos del estrés y otras condiciones de trabajo en servicios de salud, enfrentaban ahora el riesgo de trabajar en abierta exposición a una pandemia de magnitud desconocida. Médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud experimentaron la incertidumbre, el temor y la tristeza de ver a muchas personas, amigos y familiares en situación de gravedad y aún vieron su partida post final de su vida (Shark et al., 2020)

Es así como surge la motivación por profundizar en el comportamiento del síndrome de desgaste o burnout en el personal de salud que labora en los centros que dependen de la Dirección Regional de Lima Norte; de manera que la información obtenida permitiese el diseño de intervenciones preventivas en salud mental. La prioridad de este abordaje se dio en razón de la alta y permanente exposición de médicos, enfermeras, obstetras, entre otros, al continuo contacto con el dolor, el sufrimiento, las demandas de los familiares y el desempeño en medio de medidas de protección altamente restrictivas.

A tal fin y por motivos netamente científicos protocolares, la investigación se integró en las siguientes secciones: Introducción, Marco teórico, Método, Resultados, Discusión De resultados, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias y Anexos.

1.1. Descripción y formulación del problema

A fines de diciembre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) dio a conocer la ocurrencia en China de múltiples casos de neumonía severa cuya etiología desconocida se realizaba inicialmente en Wuhan (OMS, Neumonía de causa desconocida – China, 2020b). Rápidamente se identificó al agente causal el 7 de enero del 2020, denominado virus ARN monocatenario perteneciente a la familia Coronaviridae (Palacios Cruz et al., 2021)

Posteriormente, con el incremento de casos similares, la OMS renombró virus como Síndrome Agudo Respiratorio Severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) revelando a este como la raíz del coronavirus (COVID-19) (OMS, 2020)

Por la magnitud de los acontecimientos la OMS (2020) elevó la situación de epidemia a pandemia previa validación mundial de más de 130000 casos en 125 países, solicitando que los mismos adopten una dirección pangubernamental y pansocial, con el propósito de manejar estrategias integrales que aseguren la prevención de infecciones, una forma de salvaguardar la vida humana y minimizar las secuelas de la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2021b). Brasil, el primer país de Sudamérica en informar la enfermedad el 25 de febrero 2020 (Burki, 2020).

A inicios del mes de marzo del 2020, en el Perú, el presidente de la Republica de entonces Martin Vizcarra reportó el primer caso de COVID-19. Era un joven de 25 años que regresó de Europa (España, Francia y República Checa), continente en que la enfermedad ya se expandía con rapidez (Segura, 2021)

La huella de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 está por encima del espectro de exteriorizaciones clínicas intrínsecas a la enfermedad, las que varían de forma asintomática: fiebre, tos o escalofríos, impedimento para una correcta respiración, molestias

digestivas a predominio de diarreas y náuseas; hasta neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria aguda y muerte.

La respuesta del personal de salud se vio obstaculizada por una serie de factores de orden administrativo: escasez de recursos humanos por contar en muchos centros con personas que sobrepasan los 65 años y personal con factores de riesgo que tuvo que acogerse a la licencia o posterior trabajo remoto. También las carencias logísticas de Equipos de protección personal, oxígeno y otros insumos, generó el desempeño del personal en condiciones poco seguras, de incertidumbre y con horarios extenuantes.

Diversos testimonios dan cuenta de cómo se afectó el personal de salud femenino, al tener que realizar una higiene prolija previa al retorno a sus hogares en prevención de la contaminación de hijos menores, familiares adultos mayores u otros miembros residentes en el domicilio. En su múltiple rol de trabajadora, madre y esposa, sintió mayor necesidad de cuidar que los procesos realizados en el hogar, centro de trabajo y traslado, fuese dentro de los más estrictos protocolos de bioseguridad, esfuerzo que incrementó para muchas, la fatiga emocional y redujo la condición de sentirse realizado en el trabajo.

En este sentido, es difícil percatarse de las consecuencias relevantes de esta pandemia, el compromiso en la salud mental del personal sanitario, ellos experimentan mayor contacto con pacientes portadores disneicos y angustiados, además de una mayor frecuencia de personas en agonía y muerte, en la atención de pacientes con COVID-19 (Torres, 2020)

En consecuencia, siendo un fenómeno frecuente en el ámbito laboral, el llamado Síndrome de Burnout, puede fácilmente incrementarse con el cambio de condiciones de trabajo. La OMS enfatiza que se caracteriza por la presencia conjunta de agotamiento emocional, desvinculación afectiva y reducción del sentido de eficiencia personal en los

profesionales y otros trabajadores de salud, quienes luego de haber evidenciado excelente desempeño, se tornan distantes, fríos y poco comprometidos con su labor. Los efectos de la pandemia no se hicieron esperar, identificando como estresores causales, la autoridad sanitaria, la acción de otros profesionales de salud y la demanda incrementada de pacientes.

Dentro de las implicaciones particulares e institucionales del síndrome de burnout se reconoce a la baja satisfacción laboral manifestada en rotación mayor en los puestos de trabajo y menor productividad, deterioro en la salud mental del personal de salud plasmado en el riesgo de desarrollar trastornos (ánimo, ansiedad y abuso de sustancias), reducción en la eficacia de la atención a los pacientes, riesgos de incremento de faltas en el cuidado de los médicos y disminución en el nivel de bienestar de los pacientes con el cuidado recibido por los sistemas de salud (Koppmann et al., 2021).

La pandemia también afectó a los internos de medicina humana haciendo que muchos de ellos realicen sus prácticas hospitalarias en centros de salud: Ellos disponen de poca información respecto a los efectos del Síndrome de Burnout en los centros de salud. En este contexto de COVID-19 se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es el grado del Síndrome de Burnout y la asociación con las características del personal de los centros de atención de la Dirección Regional de Salud Lima Norte (DIRIS Lima Norte) durante la pandemia COVID-19?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Duarte et al. (2020) en el estudio de 2008 personas revelaron que el género, la condición civil y parental además de la reducción del salario son importantes factores para la extenuación íntima. El contacto directo con personas infectadas y sus problemas de salud se asociaron de forma significativa con una susceptibilidad mayor a un alto desgaste laboral

y personal. Los puestos de trabajo de primera línea se asociaron con las dimensiones del burnout. Los más altos niveles de depresión y estrés en los trabajadores de salud se asociaron de forma significativa con los más altos niveles en las dimensiones del agotamiento, satisfacción con la vida; la resiliencia se asoció significativamente con los niveles más bajos de todas las dimensiones del agotamiento.

Jalili et al. (2020) en la investigación realizada en trabajadores de la salud en lugares donde habían estado atendiendo a pacientes con COVID-19 en ocho hospitales universitarios de la capital de Teheran (Irán) observaron que, de 326 sujetos el 53,0% experimentó niveles altos de síndrome burnout. La puntuación media en agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal fue 26,6, 10,2 y 27,3 respectivamente. El nivel de agotamiento en las tres subescalas varió según los factores personales y laborales, y el género fue la única variable que se asoció con altos niveles de los tres dominios.

Macía-Rodríguez et al. (2021) en el estudio observacional, transversal y descriptivo para el que se diseñó una encuesta realizada el mes de mayo del 2020. Se incluyeron médicos que realizaban su internado y que realizaron sus labores en España durante el brote de COVID-19. De un total de 1015 personas, el 58,3% presentó un agotamiento emocional alto, el 61,5% tenía un nivel alto de despersonalización y el 67,6% alcanzó una baja realización personal. El 40,1% presentó los tres criterios descritos. El síndrome de burnout se relacionó de manera independiente con el tratamiento de los pacientes con SRAS-CoV-2 (HR: 2,26; IC 95%: 1,15 a 4,45), la falta de disponibilidad de equipo de protección personal (HR: 1,41; IC 95%: 1,05 a 1,91), mayor responsabilidad (HR: 2,13; IC 95%: 1,51 a 3,01), no haber recibido compensación económica por las horas extraordinarias (HR: 0,43; IC 95%: 0,31 a 0,62), no haber descansado después de turnos de 24 horas (HR: 1,61 ; IC 95% 1,09 a 2,38), no haber tenido vacaciones en los 6 meses anteriores (HR: 1,36; IC 95% 1,01 a 1,84),

consumo de somníferos (HR: 1,83; IC 95% 1,28 a 2,63) y mayor ingesta de alcohol (HR: 1,95; IC 95%: 1,39 a 2,73).

Cortina-Rodríguez y Afanador (2020) En este estudio descriptivo que se enfoca en comprender el síndrome burnout en el personal clínico de Puerto Rico usando el Inventario Maslach (MBI). Se encontró que el nivel general de extenuación del personal clínico era moderado. 12,1% del personal médico tenía niveles de agotamiento severo en comparación del 13,1% en el personal de enfermería. El 92,4% del personal médico y el 100% del personal enfermero presentó extenuación de moderada a severa. En las tres subescalas, el personal de enfermería obtuvo altos niveles y el personal médico obtuvo un nivel alto en agotamiento emocional y nivel moderado en despersonalización y realización personal en el trabajo. Por lo cual se llegó a la conclusión de que hubo altos niveles de síndrome burnout en el personal clínico en Puerto Rico.

Lasalvia et al. (2021) en el estudio realizado en el Hospital Universitario de Verona, Italia. De 2195 participantes, 1961 trabajadores de la salud (89,3%) completaron la encuesta. Se identificó los factores asociados con el desgaste en cada dimensión del Maslach Burnout Inventory-General Survey “MBI-GS” (agotamiento emocional, EX; eficacia profesional, FE; cinismo, CY). El 38,3% mostró EX alto, el 46,5% EF bajo y el 26,5% CY alto. El desgaste fue frecuente entre el personal que trabaja en unidades de cuidados intensivos (EX 57,0%; EF 47,8%; CY 40,1%), y entre residentes (EX 34,9%; EF 63,9%; CY 33,4%) y enfermeras (EX 49,2%; EF 46,9%; CY 29,7%). El riesgo de agotamiento aumentó en los médicos que realizaban su residencia (casi 2,5 veces) en las tres subescalas del MBI y el riesgo de agotamiento aumentó en el personal de enfermería en la dimensión EX en comparación con los médicos. El personal de atención médica directamente involucrado con pacientes con COVID-19 mostró más EX y CY que aquellos que trabajaban en salas sin COVID. El riesgo de agotamiento en el personal que mostraba problemas psicológicos

preexistentes fue mayor, así como en aquellos que habían experimentado un evento traumático relacionado con el COVID y en aquellos que habían experimentado evitación interpersonal en el lugar de trabajo y en la vida personal.

María y Vinueza (2020) en su estudio realizado de tipo observacional de corte transversal en el cual participaron 224 sujetos que formaban parte del personal médico y profesionales de enfermería de instituciones pertenecientes a la red integral de salud de Ecuador, a los cuales se evaluó con el Inventario Maslach. Los resultados obtenidos reflejaron que más del 90% del personal médico y profesionales enfermeros presentó Síndrome Burnout moderado-severo, el cual se asoció de manera estadísticamente significativa a función (médico vs. enfermera/o), edad y género.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Flores y Muñoz (2021) en el estudio transversal y analítico con el personal asistencial (profesionales médicos, profesionales de enfermería y técnicos de enfermería) del Hospital Cayetano Heredia de Lima en el contexto de pandemia COVID - 19. Se les aplicó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario demográfico y laboral de forma virtual. Obteniendo como resultado una frecuencia de 3,10% del Síndrome Burnout, teniendo un mayor porcentaje en el grupo de médicos con 7,35%. Al evaluar cada esfera se encontró algunas asociaciones. En conclusión, la frecuencia del Síndrome Burnout encontrado fue similar al obtenido en estudios similares. La presencia del Síndrome de Burnout no fue asociado a las otras variables, pero entre sus tres dimensiones, la despersonalización estuvo presente con frecuencia mayor.

Quispe (2020) en la investigación de tipo descriptiva en el que participaron 49 médicos que realizaban su residencia y de las distintas especialidades del Hospital Goyeneche de Arequipa durante la Pandemia Covid – 19. Se usó el instrumento Maslach

Burnout Inventory para medir el Síndrome Burnout y una ficha sociodemográfica para conocer los factores que estén relacionados. Los resultados obtenidos precisan que, la frecuencia del síndrome Burnout fue de 14.3%. Con respecto a los factores sociodemográficos, el rango de edad es de 27 y 47 años (25 varones y 24 mujeres) promedio 30 a 35 años, un 55.1% son solteros, el 51% no tienen hijos, un 40.8% duerme 6 horas y el 83.7% y no tiene un trabajo aparte. En cuanto a la especialidad 57.1% son médicas, 30.6%, quirúrgicas y 12.2%, apoyo al diagnóstico; el 93.9% asegura que su especialidad está centrada en el paciente; los médicos del tercer año de residencia fue la que predominó con un 53.1%; las guardias mensuales son de 8 a más con un 68%; un 51% se encuentra satisfecho con el salario; el 100% ha atendido un caso sospechoso y solo un 93.9% un caso confirmado; todos aseguran no recibir los suficientes equipos de protección personal y un 71.4% se han realizado las pruebas serológicas: IgM, PCR, IgG. El 98% manifiesta que el hospital no le brinda información adecuada, y la totalidad de residentes tiene miedo de infectar a su familia.

Torres (2020) en el estudio de nivel descriptivo cuantitativo tipo básica, observacional y analítico estuvo encaminado a estudiar a una población de 96 profesionales de medicina y una muestra de 52 participantes. La información se obtuvo a través del Maslach Burnout Inventory. El resultado da a conocer una baja prevalencia de Síndrome Burnout en los profesionales de medicina del Hospital Regional de Moquegua en el primer cuatrimestre de la pandemia COVID-19; solo tres casos presentaron condiciones para diagnosticar Síndrome Burnout, lo cual representa el 5.77% de casos, frente a un 94.23% que no presenta indicios.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo General*

- Determinar el grado del Síndrome Burnout y la asociación con las características del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Establecer el grado del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Hallar el nivel de agotamiento emocional como dimensión del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Identificar el nivel de despersonalización como dimensión del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Establecer el nivel de realización personal como dimensión del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Identificar asociación entre horas de trabajo por mes y el síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Establecer asociación entre el género y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Evaluar la asociación entre la edad y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

- Hallar la asociación entre el estado civil y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

1.4. Justificación

La integridad en la salud de quienes brindan servicios de salud, es indispensable para ofertar calidad, contenido humano y prestaciones seguras. Cualquier condición extraña al desarrollo esperado de actividades puede resultar amenazante, por lo que todo responsable de la gestión hospitalaria se preocupa de asegurar la prevención y el control de eventos que merman la salud mental del trabajador.

Se conoce desde hace más de cuatro décadas, que el Síndrome Burnout es propio del ámbito laboral del personal más expuesto a intensa interacción con el público en instituciones de salud. Según la OMS formado por la siguiente triada; agotamiento emocional, falta de realización personal y cinismo, que disminuye la empatía del personal de salud hacia los pacientes transformando su comportamiento en menos diligente y hasta poco humano.

La presencia de la pandemia por Coronavirus (2020), incrementó el riesgo de desarrollar esta afección en el personal sanitario en virtud del gran número de estresores físicos, emocionales, sociales y laborales, que cambiaron la forma de vida de grandes poblaciones; incrementando a su vez el deterioro de las condiciones económicas y el horario de las actividades y descanso familiar. De este modo, los estudiantes de séptimo año de Medicina Humana al igual que otros estudiantes, tuvieron que adaptar las estrategias de enseñanza teórico práctica hospitalaria a centros de salud de diversa complejidad para continuar sus estudios.

Conocer la magnitud del síndrome burnout y las posibles asociaciones con características del personal sanitario, permitirá la identificación de aspectos que pueden ser susceptibles de ser mejorados mediante intervenciones de los docentes tutores por parte de la Universidad, personal responsable de la gestión clínica, a la vez que un mayor compromiso del estudiantado en la protección de sí mismo.

Lo que se pretende lograr con este trabajo de investigación es que según el grado del Síndrome Burnout evaluado por el conocido Maslach Burnout Inventory, se pueda prevenir el avance si el personal de salud del centro de salud presenta Burnout moderado o lograr su ausencia mediante capacitaciones o intervenir con estrategias de tratamiento a cargo de médicos especialistas, según el grado de compromiso de cada dimensión de este síndrome; en un proceso coherente con los derechos del trabajador, los derechos de la población usuaria y los planes de gestión y calidad de cada institución de salud.

La relevancia social del estudio radica en que favorece acciones de promoción de la salud y prevención del daño, viabilizando el logro de una mayor calidad de vida en el trabajo.

1.5. Hipótesis

1.5.1. *Hipótesis de trabajo*

- Existen diferentes grados del síndrome Burnout y asociación con las características del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.
- Existe alto nivel de agotamiento emocional del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Existe alto nivel de despersonalización como dimensión del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

- Existe alto nivel de realización personal como dimensión del síndrome burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

1.5.2. Hipótesis alternas

- Existe presencia de asociación entre horas trabajadas/mes y el síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- Existe presencia de asociación entre género y el síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.
- Existe presencia de asociación entre edad y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.
- Existe presencia de asociación entre estado civil y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.

1.5.3. Hipótesis nulas

- No existe presencia de asociación entre horas trabajadas/mes y el síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID-19.
- No existe presencia de asociación entre género y el síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.
- No existe presencia de asociación entre edad y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.
- No existe presencia de asociación entre estado civil y el Síndrome Burnout del personal de los centros de atención de la DIRIS Lima Norte durante la pandemia COVID- 19.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Aspectos generales con relación a la Pandemia COVID-19

La trayectoria de este letal evento se desarrolla de manera progresiva a partir de diciembre; la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (2019) provincia de Hubei, China, informó de 27 casos de neumonía (incluidos siete casos graves) de etiología desconocida dando lugar al cierre de mercados mayoristas abastecedores de pescado y animales vivos propios del consumo cultural.

Según la Comisión de Salud Municipal de Wuhan (2020), las muestras de personal que trabajaba en dicho centro dieron positivo para el nuevo coronavirus. Los casos mostraron sintomatología específica a fiebre, tos seca, disnea y los hallazgos radiológicos evidenciaron infiltrados pulmonares bilaterales (OMS, 2021).

Por un lado, el Centro Chino de Control y Prevención de Enfermedades (2020) informó que se había detectado un nuevo coronavirus llamado posteriormente SARS-CoV-2 como el agente que ocasionó 15 de los 59 casos de neumonía.

Posteriormente, la primera nueva secuencia del genoma del coronavirus se hizo pública y ubicó en la base de datos Gen Bank (2020) adicionándola en fuentes de la Iniciativa Global para Compartir Todos los Datos de Influenza (GISAID). Un análisis preliminar mostró que el nuevo coronavirus (SARSCoV-2) se concentra con el clado Co V relacionado con el SARS y difiere del genoma central de Co V de murciélago conocidos (INS, 2020)

El orden de confirmaciones sobre la expansión de la epidemia abarcó la secuencia de reportes sobre la expansión de la epidemia, abarcó casos confirmados en tres países fuera de China, Tailandia, Japón y Corea del Sur. El primer caso europeo se informó desde Francia.

Este caso tenía un historial de viajes a China. Recién en enero, fue declarado este primer brote del nuevo virus como una emergencia de salud Pública de alcance internacional (OMS, Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), 2021)

Con el ánimo de mayores precisiones en el manejo de la epidemia, el 11 de febrero (2020) la nueva denominación del virus fue la de COVID- 19 (Organización Mundial de la Salud, 2021a). El virus logró llegar a todos los continentes excepto en la Antártida, desde que fuera detectado por primera vez en diciembre en Wuhan, en el centro de China.

Brasil fue el primer país de la región en informar la enfermedad el 25 de febrero de 2020. Y en pocas semanas, varios países habían cerrado sus fronteras. Por otro lado, Argentina registro la primera muerte por coronavirus en América Latina el 7 de marzo del 2020. El 6 de marzo del 2020 confirman primer caso de COVID - 19 en el Perú procedente de Europa. El 7 de marzo se suman cuatro contactos del primer caso y 1 persona de Arequipa, que vino de Londres.

En el Perú, desde marzo 2020, se desarrollaron los casos en dos marcadas olas con una mortalidad 200, 373 fallecidos de un total de 2. 205. 486 casos positivos (INEI, 2021). El 9 de marzo se suman 3 contactos del primer caso confirmado. El 10 de marzo se suman dos nuevos casos de Huánuco, ellos regresaron de Europa. En América Latina a partir de 14 de abril, se registró más de 65 000 casos de COVID-19 (Burki, 2020).

2.1.2. *Burnout*

Para Torres et. al (2021) el síndrome burnout, tras una larga evolución, es un conjunto de manifestaciones que constituye una respuesta al estrés que experimenta el profesional en su vida laboral; estrechamente vinculado a condiciones de trabajo poco favorables desde la infraestructura, hasta las relaciones interpersonales con jefes, compañeros y público, además de la influencia propia de las características personales y sociales del propio trabajador.

El término fue introducido a principios de la década de 1970 por el psicoanalista Freudenberger y posteriormente fue definido por Maslach et al, consistente en tres dimensiones cualitativas: agotamiento emocional, cinismo y despersonalización, eficacia profesional reducida y realización personal.

La OMS (2020) luego de definir el burnout como resultado de la acción sostenida de estresores crónicos del trabajo sobre la persona que no alcanza un afrontamiento exitoso, considera a este síndrome un factor de riesgo laboral, debido a que tiene claro potencial para afectar la calidad de vida, la salud mental del profesional y aun poner en riesgo su vida.

Las dimensiones del síndrome burnout cuyas denominaciones pueden variar son esencialmente: (a) los sentimientos de deterioro de energía o agotamiento, (b) distanciamiento mental del trabajo, sentimientos negativos o indiferencia relacionada al trabajo y (c) eficacia profesional reducida. En el 2019 incluye al síndrome de burnout en la lista de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (QD85 Burnout), pero, no lo incluye como una condición médica, más bien como un fenómeno ocupacional intrínseco en los problemas que se encuentran asociados con el empleo o el desempleo (Juárez García, 2020).

El síndrome de Burnout puede ocurrir en cualquier tipo de profesión con alta interacción con el público; de manera enfática, en trabajadores de la salud. Especialmente los médicos parecen correr un riesgo particular de agotamiento y de modo similar las enfermeras, técnicos en Enfermería, psicólogos, y personal de salud, por enfrentar de modo permanente experiencias de sufrimiento, dolor y situaciones próximas a la muerte en los procesos de atención (Bermejo, 2016).

De esta forma, pueden generarse no solo efectos personales negativos importantes: abuso de sustancias, relaciones rotas e incluso suicidio, sino también importantes

consecuencias profesionales como un menor impacto en la satisfacción del paciente, calidad de la atención insuficiente, incluso errores médicos, que pueden concluir potencialmente en juicios por negligencia elevando los costos para cuidadores y gestores de hospitales. Por lo tanto, la atención al síndrome burnout mediante un reconocimiento oportuno junto con el desarrollo de estrategias personales y organizativas de afrontamiento adecuadas es fundamental para abordar este importante riesgo en el mundo laboral.

2.1.2.2. Prevalencia. Debido a la ausencia de una definición generalmente aceptada del Síndrome de Burnout, su origen multifactorial; la vaguedad y subjetividad de los criterios diagnósticos es difícil obtener una visión clara y correcta de la prevalencia del burnout en una población general. Las estimaciones informan valores de hasta el 20% de la población activa, pero el número depende en gran medida de los valores de corte para definir Burnout severo y de innumerables factores del estilo de vida personal, las condiciones socio demográficas y el perfil organizacional (Shark et al., 2020).

2.1.2.3 Burnout en médicos. Se ha demostrado que el Burnout ocurre en todo tipo de trabajos. Sin embargo, la incidencia parece ser mayor en los médicos. En un estudio que comparó las incidencias de agotamiento entre médicos estadounidenses y una muestra de control de la población, se observó una incidencia de síntomas de Burnout del 37,9% en los médicos en comparación con el 27,8% en la población de control. Médicos de especialidades en primera línea del acceso a la atención, como la medicina familiar, la medicina interna general y la medicina de emergencia, parece estar en mayor riesgo. Si bien los estudios en su mayoría coinciden con el hecho de que no existe un impacto real de género en la incidencia del agotamiento. Los datos del Informe Nacional de Médicos de Medscape indican que las mujeres médicas informaron con mayor frecuencia síntomas de Burnout que los médicos varones. Curiosamente, parece haber diferencias de género en la presencia de los diferentes síntomas: agotamiento, despersonalización y falta de eficacia. Por otro lado,

la sensación de falta de eficacia parece más común en las mujeres. Parece que los médicos varones tienen menos probabilidades de dudar de la calidad de su trabajo que las mujeres. No hubo asociaciones relevantes entre el Burnout y los factores demográficos (Shanafelt, 2018).

2.1.2.4 Síntomas. Las manifestaciones del Burnout comprenden signos y síntomas de encontrarse exhausto o al límite de las fuerzas personales para continuar realizando un trabajo por compromiso emocional, despersonalización y una sensación de baja realización personal que conduce a la percepción y disminución real de eficacia en el trabajo. El agotamiento parece ocurrir principalmente en profesiones que involucran una interacción con personas, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales y maestros. Sin embargo, el síndrome se ha descrito también en otras profesiones tal como en profesores, trabajadores nocturnos, entre otros. La sintomatología del agotamiento parece ser bastante compleja ya que el síndrome parece desarrollarse en varias etapas consecutivas. Inicialmente, Freudenberger describió su desarrollo en un modelo de 12 etapas. Posteriormente, hay mayor consenso por el modelo de cinco etapas (Morales et al., 2015)

Este modelo de 5 etapas comienza con la fase de luna de miel y se caracteriza por el entusiasmo. Sin embargo, inevitablemente, después de un tiempo, esto se asocia con experimentar el estrés del trabajo. Si en esta etapa no se implementan estrategias de afrontamiento positivas, se corre el riesgo de que se inicie el proceso de agotamiento. A esto le sigue una etapa de estancamiento caracterizada por la aparición del estrés. Esta segunda etapa comienza con la conciencia de que algunos días son más difíciles que otros. La vida se limita al trabajo y al cuidado de los negocios, mientras la familia, la vida social y las prioridades personales se descuidan y sufren y aparecen síntomas comunes de estrés, que afectan a la persona emocionalmente, pero también físicamente. Luego se desarrolla una etapa de estrés crónico que conduce a frustración. Los individuos tienen la sensación de

fracaso y una sensación de impotencia. Los esfuerzos no dan resultado visiblemente y la impresión o el hecho de no recibir suficiente reconocimiento le lleva a uno a sentirse incompetente e inadecuado. Esto luego conduce a la etapa de apatía, donde ocurren la desesperación y la desilusión. La gente no ve una salida a la situación y se resigna y se vuelve indiferente. La etapa final es el Burnout habitual. Los síntomas del agotamiento causan un problema físico o emocional significativo y, en última instancia, pueden llevarlo a buscar ayuda e intervención.

Los síntomas están relacionados con las diferentes etapas del síndrome y se han dividido en diferentes grupos. Estos incluyen síntomas de alerta en la fase temprana, seguida de una fase de compromiso reducido, reacciones emocionales y culpa, lo que finalmente conduce a la reducción del rendimiento cognitivo, la motivación, la creatividad y el juicio, el aplanamiento de la vida emocional, social e intelectual, las reacciones psicósomáticas y la desesperación.

2.1.2.5. Etiopatogenia. La etiopatogenia del agotamiento es multifactorial. Los diferentes factores etiológicos se resumen en (Tabla 1).

Tabla 1

Factores etiológicos externos (ambientales) e internos (relacionados con la personalidad) del agotamiento.

Factores externos	Factores internos
- Alta demanda en el trabajo	- Auto expectativa alta
- Problemas de liderazgo y colaboración	- Perfeccionismo
- Instrucciones contradictorias	- Gran necesidad de reconocimiento
- Presión del tiempo	- Siempre querer complacer a otras personas
	- Suprimir las necesidades propias

-
- | | |
|---|---|
| - Mal ambiente en el trabajo/
bullying | - Sentirse irremplazable |
| - Falta de libertad para tomar
decisiones | - Sobreestimación para hacer frente a
los desafíos |
| - Falta de influencia
organizacional | - Trabajar como única actividad
significativa |
| - Pocas oportunidades para
participar | - Trabajar como sustituto de la vida
social. |
| - Problemas de jerarquía | |
| - Mala comunicación interna | |
| - Restricciones administrativas | |
| - Presión de los superiores | |
| - Responsabilidad creciente | |
| - Mala organización del trabajo | |
| - Falta de recursos (Personal,
financiación) | |
| - Estructuras y reglas
institucionales problemáticas | |
| - Falta de oportunidades para la
promoción | |
| - Falta de retroalimentación
positiva | |
| - Pobre trabajo en equipo | |
| - Ausencia de apoyo social | |
-

Fuente: Local and Regional Anesthesia 2020, Bélgica

Nota: Estos factores se han tenido en cuenta en el desarrollo de los diferentes modelos psicológicos explicativos de la etiopatogenia del burnout. Son explicados a continuación.

A. Modelo de control de demanda de trabajo. Introducido por Karasek (1979) y se centra en el equilibrio entre la magnitud de las demandas (altura de la tensión) y el nivel de control (latitud de decisión) en la situación laboral de una persona. La altura de la tensión representa los requisitos que se establecen en el trabajo y que pueden causar estrés. Esto incluye todos los aspectos de la carga de trabajo de un trabajo en particular, como tasa de trabajo, disponibilidad, presión de tiempo, tiempo de viaje, dificultad de las tareas, etc. La latitud de decisión se refiere a las posibilidades y libertad de un empleado para organizar y administrar la carga de trabajo. A partir de estos conceptos se ha propuesto un diagrama que representa cuatro situaciones laborales distintas, donde se incorporan tanto el estrés que impone la situación laboral como la actitud personal y el compromiso del empleado.

El rectángulo de trabajo de baja tensión representa la combinación de un trabajo sin tareas exigentes importantes, pero en el que el empleado tiene cierta libertad de decisión laboral, por ejemplo, cierta libertad para decidir sus propios horarios y objetivos. Esta sección representa la mayoría de los trabajos de rutina. Las personas en esta categoría pueden aburrirse progresivamente en su trabajo situación. Un trabajo de alta tensión, por el contrario, se refiere a labores muy exigentes y / o complejos con poco control sobre las condiciones de trabajo y los objetivos por parte del empleado. Como consecuencia, el riesgo de estrés es muy alto. Los trabajos pasivos son trabajos simples, pero con muy poca libertad de decisión, típicamente trabajos de producción repetitivos. Estos trabajos presentan muy poco estrés, pero tampoco un desafío sustancial para los empleados. Trabajos activos, por otro lado, representan trabajos muy exigentes, pero donde los empleados tienen un alto nivel de libertad de decisión. De hecho, este modelo se centra en el equilibrio entre los requisitos de un puesto y el nivel de control que tiene el empleado en su situación profesional.

B. Modelo de desequilibrio. Propuesto por Siegrist (1996) quien define las condiciones laborales con acción amenazadora que ocasiona desajuste entre la alta carga

laboral y la escasa administración de recompensas por el desempeño en el largo plazo. Un punto adicional en el modelo es el concepto de compromiso excesivo con el trabajo, que puede afectar negativamente el equilibrio entre esfuerzo y recompensa.

C. Modelo de injusticia organizacional. Este modelo se introdujo por obra de Greenberg (1987) quien acuña el concepto de justicia organizacional. Esto se refiere a cómo un empleado juzga el comportamiento de la organización. Existen cuatro componentes de la justicia organizacional: justicia distributiva, procesal, interpersonal e informacional, requiriendo nuevos modelos para identificar la estructura de la percepción de la justicia organizacional, incluyendo un modelo de dos, tres y cuatro factores. Está más allá del alcance de esta revisión discutir estos. Se remite al lector interesado a artículos específicos sobre el tema.

2.1.2.6 Diagnóstico. Para establecer el diagnóstico del síndrome de burnout existen diversos recursos. No obstante, todavía no se ha estandarizado este arsenal. Uno de los más utilizados es el Maslach Burnout Inventory (MBI) y entre otros, están el cuestionario Shirom Melamed Burnout (SMBQ), el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) y el School Burnout Inventory (SBI). Estos diferentes cuestionarios están adaptados para la población específica estudiada, en términos de lengua y cultura y de ocupaciones específicas. Instrumentos que comparten un enfoque similar valorando el Burnout como una construcción multidimensional.

Después de 1981, evolucionan progresivamente nuevas versiones adaptadas del MBI para que se adapte a distintos grupos de diferentes entornos. Actualmente hay cinco versiones: Encuesta de servicios humanos (MBI-HSS), encuesta de servicios humanos para personal médico (MBI-HSS (MP)), encuesta para educadores (MBI-ES), encuesta general (MBI-GS) y encuesta general para Estudiantes (MBI-GS (S)). Los cuestionarios analizan las

diferentes dimensiones del agotamiento. La escala de agotamiento emocional (EE) de 9 ítems mide los sentimientos de sobre extensión emocional y agotamiento; se utiliza en variadas versiones con mayor fuerza la versión más corta de cinco elementos.

La escala de despersonalización de cinco ítems evalúa el grado de respuesta impersonal hacia los destinatarios de la propia atención, tratamiento o servicio; se utiliza en las versiones MBI-HSS, MBI-HSS (MP) y MBI-ES. Una escala de logro personal de ocho ítems que mide los sentimientos de competencia y logro en el trabajo de uno y se usa en el MBI-HSS, Versiones MBI-HSS (MP) y MBI-ES. El MBI-GS y MBI-GS (S) puntúan además cinismo (indiferencia hacia el trabajo) en una escala de 5 ítems y eficacia profesional (sentimientos de competencia y logro) en una escala de 6 ítems. Todos los ítems se califican en una escala de frecuencia de 7 niveles: nunca (0), algunas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), algunas veces al mes (3), una vez a la semana (4), algunas veces a la semana (5) y todos los días (6).

2.1.2.7. Impacto. De Hert (2020) agrupa sutilmente las consecuencias del Burnout en aquéllas de naturaleza personal y las segundas, de tipo organizativo. Sin duda la interacción entre ambas varía según la acción de cada condicionante. Entre las consecuencias personales, se encuentran: la disminución de la satisfacción laboral, personal, presencia de ansiedad, tendencia a la depresión, aislamiento, abuso de sustancias, conflictos con las personas e incluso, divorcio. Las experiencias de vida resultan insatisfactorias y su efecto trasciende diversas esferas de la vida.

Las consecuencias laborales se evidencian progresivamente. Jefes, compañeros y público más frecuente, no reconocen lo que está sucediendo con el trabajador hasta que se acentúa el comportamiento de absentismo, rotación de personal y cinismo. El agotamiento en los profesionales de medicina podría tener profesionalmente repercusiones más graves

que en cualquier otra. El agotamiento del médico está ligado a una atención subóptima al paciente, lo que deriva en una baja satisfacción del paciente y calidad del cuidado deteriorada. Eventualmente esto puede llevar a cometer faltas médicas, lo cual traería demandas por negligencia y litigios ulteriores, con pérdidas económicas sustanciales para los cuidadores y los hospitales como resultado del agotamiento.

2.1.3. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19

2.1.3.1. Demandas psicosociales y salud mental en situación de pandemia.

Durante el desempeño laboral cotidiano en servicios de salud, los profesionales de la salud experimentan las repercusiones de la carga física y mental de trabajo, la simultaneidad de intervenciones, el control sobre situaciones imprevistas, demandas emocionales, asimismo el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, liderazgo violencia laboral, procesos logísticos insuficientes, horarios y jornadas prolongadas, entre otros (Romo, 2015).

Las actividades que se desarrollaron, una vez llegada la epidemia, no solo incrementó las experiencias laborales mencionadas, sino que alteró profundamente la estructura de servicios existentes, el número de personal disponible mediado por los problemas de edad y otros factores de riesgo que redujo el potencial humano radicalmente para dar respuesta a las necesidades de la población enferma. Los trabajadores de salud en general empezaron a soportar la carga del transporte de su hogar al centro de trabajo en condiciones de riesgo, así como la búsqueda de soluciones creativas para permanecer antes de retornar a casa y evitar el contagio de familiares. Se trataba ahora de mayor incertidumbre y temor, sin descontar que la falta de recursos humanos trajo consigo la nueva demanda de trabajar jornadas prolongadas por falta de suplencia, hecho que física y mentalmente incrementó el agotamiento.

Situación respaldada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) quienes reconocen el grave impacto de la pandemia en la salud mental de los profesionales de la salud; cuyo desempeño se realiza en primera línea en servicios de emergencia, laboratorio, centro quirúrgico y todo servicio de asistencia Covid 19. Asimismo, en Perú, el Ministerio de Salud (2020) señala que 70% de los trabajadores refirió cambios en su salud mental, incluido el acoso y la estigmatización, cuando se alejan de ellos por temor al contagio.

Para la OIT (2021) las experiencias laborales generadas por la pandemia repercuten desfavorablemente no sólo por el trabajo en sí del personal de salud sino por los efectos concomitantes de la vida familiar y social: pérdida del empleo de miembros de la familia, cónyuge y del mismo modo, los efectos del confinamiento y pérdida de vidas que llevan a estado de ánimo bajo, poca motivación, mayor fatiga, depresión, ansiedad y otros efectos graves en la salud mental.

Del mismo modo que se describe las consecuencias en Perú, cabe señalar su replicación en diversas latitudes. En China, se describe como de 1,257 trabajadores de salud, entre quienes 76.7% eran mujeres; se encontró un 60.8% de enfermeras cuyas edades oscilaban entre 26 y 40 años. El 50.4% presentó síntomas de depresión; 44.6% ansiedad; 34% problemas de insomnio y 71.5% angustia. Sumando a esta realidad el desconocimiento sobre el comportamiento y las variantes de la pandemia, es comprensible el impacto de las nuevas condiciones (Lai, 2020).

2.1.3.2. El Burnout y su importancia en el contexto de la pandemia. Por ser considerado el Burnout u factor de riesgo que compromete la calidad de vida personal y en el trabajo, es indispensable reconocer oportunamente su presencia en el campo del servicio y simultáneamente identificar la posible asociación con los factores asociados. De esta labor

depende evitar el progreso de la afección al grave deterioro de la persona, su capacidad y consecuencias en la productividad organizacional.

Es más aun, trascendente tener en mente la innegable vulnerabilidad del ser humano en diferentes dimensiones: personal, social, física, mental, emocional y en el desempeño laboral; sobre todo cuando el objeto y sujeto de trabajo es el cuidado de la vida y salud de las personas, que nunca se hará realidad si el profesional no cuida de sí mismo. Boff (2012) expresa que, cuidar de otro es un modo de ser y estar en el mundo, por lo que el profesional de la salud necesita permanecer sano en la integralidad de su ser y actuar en consecuencia.

De forma que, aun bajo las consecuencias de la pandemia, el profesional mantenga la suficiente expansión de conciencia y seguridad, para llevar a cabo intervenciones preventivo-promocionales en las condiciones personales y organizativas para detener el avance del síndrome si se está a tiempo u ofrecer la ruta del tratamiento si el daño ha avanzado. La prevención en todos sus niveles requiere adecuado consenso, planificación, trabajo en equipo y el debido seguimiento.

Es necesario destacar que nada es más eficiente que dejar a cada experto, actuar desde su campo y sin embargo, es también fundamental, tener la apertura suficiente para dejarse ayudar viendo lo que antes no se vio y redireccionando acciones cuando alguien del equipo sustenta una mejor intervención o forma de aplicarla (Mental Terapy,2021).

La estimación de la OIT asumida por OMS (2021) llaman la atención en la importancia de revalorar que los cambios aparentemente simples en la modalidad de trabajar como es la vestimenta para usar y el cumplimiento de nuevos protocolos que se van perfeccionando conforme se dispone de evidencias científicas, puede perturbar la mente y emociones del trabajador, producir problemas de memoria y otro tipo de trastornos cognitivos que limitan el desarrollo de sus procesos de trabajo.

La asociación entre el síndrome Burnout, los nuevos condicionamientos de la Covid-19 y factores como la edad, condiciones sociodemográficas, entre otros, están ligados a los recursos emocionales de la persona y su forma de utilizarlos ante la nueva carga física y mental que puede experimentar.

2.1.3.3. Estrategias idóneas para disminuir o controlar el burnout en medio de la pandemia por COVID-19. Es difícil afirmar que se va a disminuir o controlar el síndrome. Sin embargo, la praxis ha demostrado el papel preponderante de un diagnóstico oportuno, hecho que conlleva un conocimiento concienzudo y responsable por parte de los responsables de la gestión administrativa de los servicios y del área de salud ocupacional. La Gestión de las personas organiza las tareas y recursos en un equilibrio que sopesa la orientación por las tareas y personas y salud ocupacional, vela por ley, por la seguridad y salud en el trabajo (Romo, 2015, p. 170)

En todo Plan Operativo institucional, se incluye intervenciones para el mantenimiento de la salud mental del trabajador; por ello, se atiende no solo a los elementos conocidos sino también se toma en cuenta la flexibilidad suficiente para incluir nuevas alternativas. El buen gestor integra al personal en equipos de apoyo que materializan los objetivos con ideas propias para el bien común.

A favor de estos logros están sin duda, la adecuación de espacios y decoración, tiempos para refrigerio, descanso, conservación de enseres y vestuario, que permiten la privacidad y respiro suficientes cuando la situación amerita. La buena observación de las interacciones y calidad del trabajo expresa por sí mismas la capacidad del trabajador, su compromiso y bienestar laboral. La prevención primaria no es imposible, es una de las acciones que requiere conocimiento e inteligencia emocional, en ella debe estar involucrado

cada profesional y esto implica un claro proceso de sensibilización que se inicia en el proceso formativo y se extiende a lo largo de toda la vida laboral.

Cuando el avance del síndrome se hizo realidad, las intervenciones profesionales multidisciplinares no se dejan esperar. Con la mayor cautela se ha de dinamizar toda acción que represente un pilar para la recuperación y rehabilitación del personal. Son pocos los países que han logrado legalizar el abordaje laboral de este síndrome, siendo España uno de ellos, no solo cubre el tratamiento sino una indemnización por los daños sufridos por el trabajador en su salud mental (Bermejo, 2016).

Son imperativos los procesos de monitoreo y aunque parezca innecesario decirlo, requieren mantenimiento de la reserva de la información, una manera de evitar la estigmatización del trabajador. Es irrelevante el grupo ocupacional al que el trabajador corresponda, porque todos merecen respeto, confidencialidad y sobre todo el apoyo para concluir el tratamiento y rehabilitación necesarios (Koppmann et al., 2021).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El estudio fue de naturaleza cuantitativa, por cuanto se midió el grado del síndrome de burnout en personal de salud: médicos, enfermeras y obstetras de diversos centros de atención de la Diris Lima Norte, precisando la frecuencia y porcentaje del burnout a nivel global y por dimensiones. Del mismo modo según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información, fue prospectivo (Hernández y Batista, 2018).

Por el período y secuencia de estudio, fue de corte transversal pues abarca un solo momento de toma de datos. Según el análisis y alcance de los resultados fue de tipo descriptivo. No obstante, dada la riqueza de subvariables, se realizó también algunas asociaciones entre variables, por lo que fue también un estudio correlacional.

Al estudiar el comportamiento de las dimensiones del síndrome burnout las demás subvariables, tal como se comportan en la realidad, se trata de un diseño sin intervención.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se desarrolló en los Centros de Salud Materno Infantil EL PROGRESO, ubicado en Av. Túpac Amaru 246 en el distrito de Carabayllo 15318, SANTA ROSA, sito en José Balta, Puente Piedra 15117, LOS SUREÑOS, ubicado en Cooperativa de Vivienda Los Sureños frente Mz. C Lot. 11, Calle 1 en el distrito de Puente Piedra y SANTA LUZMILA II, sito en Av. 22 de agosto 15311 en el distrito de Comas, Lima metropolitana-Perú, provincia Lima, Región Lima-Perú; durante abril- junio 2021.

3.3. Variables

La variable general fue: Síndrome de Burnout, de las cuales se disgregó en las siguientes subvariables (dimensiones):

- Dimensión agotamiento personal
- Dimensión despersonalización
- Dimensión realización personal
- Nivel de Burnout

La segunda variable consistió en las Características del personal de salud, comprende:

- Horas de trabajo por mes
- Género
- Edad
- Estado civil

La Operacionalización se indica en la siguiente tabla:

Variable 1: síndrome de burnout

Subvariables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Categoría	Escala de medición
Dimensión Agotamiento personal	Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Dimensión que corresponde según el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Dimensión agotamiento personal	1. Bajo ≤19 2. Media 19-26 3. Alta > 26	Cualitativa

Dimensión Despersonalización	El grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento	Dimensión que corresponde según el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) a los ítems 5, 10, 11, 15 y 22	Dimensión despersonalización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja <6 2. Media 6-9 3. Alta >9 	Cualitativa
Dimensión Realización personal	Sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.	Dimensión que corresponde según el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) a los ítems 4,7,9,12,17,18,19,21	Dimensión realización personal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo <34 2. Medio 34-39 3. Alto >39 	Cualitativa

Variable 2: Características del personal de salud

Subvariables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Categoría	Escala de medición
Horas de trabajo por mes	Número de horas laborales por mes	Horas de trabajo por mes registradas en la ficha de recolección de datos	Horas de trabajo por mes	<ol style="list-style-type: none"> 1. > 150 horas por mes 2. ≤ 150 horas por mes 	Cuantitativo
Género	Conjunto de características que se asignan para	Género registrado en la ficha de	Género	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	Cualitativo

	diferenciar hombres de mujeres	recolección de datos			
Edad	Diferencia entre año actual y el año de nacimiento	Edad registrada en la ficha de recolección de datos	Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20- 30 2. 30-40 3. 40-50 4. 50 a más 	Cuantitativo
Estado civil	Condición marital	Estado civil consignado en la ficha de recolección de datos	Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 	Cualitativo

Fuente: elaboración propia

3.4. Población y muestra

Población

Fue personal de salud (Médicos, enfermeras, obstetras) que laboran en los Centros de Salud Materno Infantil El Progreso, Santa Rosa, Sureños y Santa Luzmila II, abril-junio 2021. Se contó con un tamaño poblacional de 110 trabajadores. Se incluyeron participantes que cumplieran los siguientes criterios:

- Personal asistencial que labora en los Centros de Salud Materno Infantil El Progreso, Santa Rosa, Sureños y Santa Luzmila II entre médicos, enfermeras y obstetras
- Contar con e-mail o algún medio virtual para recibir las encuestas online.

Del mismo modo se excluyó al personal que se encuentre

- Personal de salud que se encuentra de licencia, vacaciones
- Personal que no desea participar en el estudio.

Muestra

No se seleccionó ninguna muestra, ya que se tuvo prevista la aplicación de una encuesta online a toda la población de estudio, que fueron los 110 trabajadores.

3.5. Instrumentos

Consistió en una ficha para el llenado con la información requerida (Anexo 1) y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el Síndrome de Burnout creado por Maslach y Jackson (Maslach & Jackson, 1981) traducido y validado al castellano en el 2002 (Gil-Monte, 2002). Dicho cuestionario fue adaptado y validado en el Perú (Fernández, 2002) y por otro lado el instrumento tiene una adaptación y validez de aplicación al personal de salud (Maticorena-Quevedo et al., 2016).

3.6. Procedimientos

Cómo primer paso el protocolo de investigación fue presentado a la Facultad de Medicina Humana. De este modo, el presente protocolo luego de ser evaluado por asesores designados, sus sugerencias fueron tomadas en cuenta e incorporadas en el plazo establecido por la UNFV. Cuando se consignó la aprobación del protocolo de investigación, este fue remitido nuevamente a la Escuela Profesional de Medicina Humana con vista a obtener la resolución de aceptación e inscripción de proyecto de tesis en la Oficina de Grados y Títulos de la UNFV.

Como segundo paso, se presentó una copia del protocolo de investigación a la Oficina del director de los Centros de Salud Materno Infantil El Progreso, Santa Rosa, Sureños y

Santa Luzmila II con el fin de obtener el permiso para ejecutar el estudio. Una vez logrado el permiso se envió la ficha de recolección de datos previamente diseñada en Google Forms por medio de correos electrónicos a los médicos, enfermeras y obstetras de los Centros de Salud Materno Infantil El Progreso, Santa Rosa, Sureños y Santa Luzmila II.

3.7. Análisis de datos

Una vez realizada las encuestas mediante el aplicativo Google Forms, se procedió a descargar los registros obtenidos. Los datos recolectados fueron ingresados en el Software para Ciencias Sociales IBM SPSS versión 26 en español. Los datos fueron introducidos considerando la codificación del instrumento.

Se realizó el proceso de limpieza considerando como criterio de eliminación aquellos casos que presentaron al menos un ítem sin responder, para garantizar que no existan errores de ingreso de datos se hizo una exploración inicial a través de datos de frecuencia validando que los datos ingresados tengan correspondencia con los valores de las categorías establecidas.

La preparación de los datos se realizó haciendo uso de la calculadora del paquete estadístico y la opción de recodificación en distintas variables para adecuar a las categorías establecidas en la Operacionalización de variables, y a la codificación respectiva para el uso en la regresión logística.

3.8. Consideraciones éticas

En el presente estudio no se vulneró la integridad de los participantes y se respetó su intimidad según los principios mencionados en la 64 va. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Cabe acotar que la información obtenida fue de uso académico exclusivo con fines de investigación.

Se respetará el principio de la autonomía al obtener el consentimiento del personal informante previa explicación de riesgos y beneficios, es decir se trabajará con el Consentimiento Informado de los participantes. Asimismo, se tuvo en cuenta el principio de confidencialidad mediante el anonimato. La honestidad se observó al respetar la autoría de quienes sustentan el marco teórico y las referencias de quienes respaldan el estudio.

Del mismo modo, se realizó el estudio con veracidad; al extraer conclusiones y recomendaciones derivadas única y exclusivamente del proceso seguido en el capítulo de resultados.

IV. RESULTADOS

Tomando en cuenta los objetivos del estudio, se presenta en esta sección, los resultados del análisis estadístico realizado en función de la jerarquía de variables y las subvariables; la variable de interés central es el grado de presencia del síndrome burnout de manera global y por dimensiones.

Tabla 2

Síndrome burnout en personal centros atención de Dirección Regional Salud Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

Dimensiones	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Agotamiento emocional	38	34.5	28	25.5	44	40.0
Despersonalización	58	52.7	19	17.3	33	30.0
Realización personal	16	14.5	20	18.2	74	67.3
Síndrome de burnout	66	60.0	40	36.4	4	3.6

Fuente: elaboración propia

Nota: La tabla 2 muestra que en el análisis global el síndrome burnout se presenta de modo predominante en un nivel bajo con un 60%, llegando a ser alto solo en un 3.6%. En el análisis por dimensiones, se evidencia que el agotamiento emocional presenta en mayor porcentaje en el nivel alto en un 40%, del mismo modo que la dimensión realización personal que en el nivel alto corresponde al 67.3%. Ocupa el nivel bajo la dimensión de la despersonalización en un 52.7%.

Tabla 3

Características del personal centros atención de Dirección Regional Salud Lima Norte durante la pandemia COVID-19.

Personal	n	%
Edad		
20 – 30 años	22	20.0
30 – 40 años	36	32.7
40 – 50 años	28	25.5
50 años a más	24	21.8
Género		
Femenino	74	67.3
Masculino	36	32.7
Personal de Salud		
Médico	58	52.7
Enfermera	45	40.9
Obstetra	7	6.4
Horas de trabajo		
≤ 150 horas	33	30.0
> 150 horas	77	70.0
Estado civil		
Soltero(a)	55	50.0
Casado(a)	47	42.7
Viudo(a)	2	1.8
Divorciado(a)	6	5.5
Muestra n=	110	(100.0)

Fuente: elaboración propia

Nota: La tabla 3 permite visualizar que, de las 110 personas que participaron en la investigación, respecto a edad, el 32.7% del personal tienen entre 30 y 40 años, 25.5% entre 40 y 50 años, 21% más de 50 años y un 20.0% entre 20 y 30 años. Referente al género, el 67.3% fueron mujeres; la mayoría de los participantes fueron médicos representando un 52.7%, seguido por los profesionales de enfermería con un 40.9% y un 6.4% obstetras. El 70% de los participantes afirmó trabajar más de 150 horas/mes durante el desarrollo de la pandemia. Acerca del estado civil la mayoría fueron solteros en 50% seguidos del grupo de casados en 42.7%.

Tabla 4

Análisis bivariado del síndrome burnout y características del personal centros de atención Dirección Regional Salud Lima Norte.

Características del personal	Sin Burnout		Con Burnout		χ^2	P-valor
	n	%	n	%		
Edad						
20 – 30 años	2	1.8	20	18.2	30.39	0.000
30 – 40 años	26	23.6	10	9.1		
40 – 50 años	19	17.3	9	8.2		
50 años a más	19	17.3	5	4.5		
Género						
Femenino	48	43.6	26	23.6	2.23	0.135
Masculino	18	16.4	18	16.4		
Personal de Salud						
Médico	30	27.3	28	25.5	^(a) 5,85	0.054
Enfermera	33	30.0	12	10.9		

Obstetra	3	2.7	4	3.6		
Horas de trabajo						
≤ 150 horas	27	24.5	6	5.5	9.35	0.002
> 150 horas	39	35.5	38	34.5		
Estado civil						
Soltero(a)	27	24.5	28	25.5	^(a) 7.29	0.063
Casado(a)	34	30.9	13	11.8		
Viudo(a)	2	1.8	0	0.0		
Divorciado(a)	3	2.7	3	2.7		
Total						

Nota: ^(a) Existen frecuencias esperadas menores a 5 en más del 20% de las casillas.

Fuente: elaboración propia

Nota: La tabla 4 presenta el análisis bivariado entre las características del personal y el síndrome de Burnout, se puede evidenciar que las variables edad ($\chi^2=30.39$, $p=0.000$) y horas de trabajo ($\chi^2=9.35$, $p=0.002$), tienen una asociación significativa a través de la prueba chi cuadrado. Las variables género ($\chi^2=2.23$, $p=0.135$), personal de salud ($\chi^2=5.85$, $p=0.054$) y estado civil ($\chi^2=7.29$, $p=0.063$) no aportan evidencia suficiente para afirmar existencia de asociación.

Tabla 5

Regresión logística para explicar el síndrome burnout a través de las características del personal centros de atención Dirección Regional de Salud Lima Norte.

Variables y constante	β	p	OR	IC 95% para OR	
				Inferior	Superior
Constante	-2.593	0.001	0.075		
Edad Ref. (50 años a más)		0.001			
Edad (20-30 años)	3.567	0.000	35.396	5.611	223.290
Edad (30-40 años)	0.684	0.314	1.981	0.523	7.506
Edad (40-50 años)	0.515	0.444	1.673	0.449	6.239
Horas de trabajo (>150 horas/mes)	1.101	0.050	3.006	0.999	9.044

Fuente: elaboración propia

Nota: La tabla 5 muestra las variables que explican el Burnout en el personal de los centros de atención de la Dirección Regional de Salud Lima Norte. La única variable que muestra significancia estadística es la edad evidenciando que el grupo etario que se encuentra entre 20 y 30 años tiene 35 veces mayor probabilidad de sufrir burnout que las personas de 50 a más años (OR=35.396, p=0.000, IC 95% [5.611-223.29]).

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La presencia del síndrome Burnout en el análisis global fue mayor en el nivel bajo en un porcentaje similar a estudios realizados en el ámbito nacional; de este modo coincide con los resultados obtenidos por Flores y Muñoz (2021) en Lima, donde el burnout fue de 3.1% y el porcentaje de médicos correspondía al 7.35%; hallazgos similares a otros estudios realizados durante la pandemia. No obstante, el estudio realizado posee diferencias al mostrar un nivel bajo de despersonalización en un 52.7% frente a los resultados de los autores mencionados que encontraron un alto nivel de despersonalización. También existe similitud con la baja presencia del síndrome entre el estudio realizado por Torres (2020) en Moquegua donde se encontró el 5.77% de médicos con Burnout y si se presentaron frecuencias mayores que divergen del presente estudio en la investigación de Quispe (2020) quien refiere el 14.3% del síndrome en población médica que realiza la etapa de especialización por residentado.

En el orden internacional Jalili et al. (2020) en Irán, difiere del presente estudio, al haber hallado alto nivel del síndrome burnout en un 53%; resultados que permiten analizar las variaciones en el comportamiento del desgaste del personal y la necesidad de conocer con mayor detenimiento la multiplicidad de factores que pueden estar inmersos, sin dejar de lado realidades que pueden mantenerse ocultas mientras las herramientas para descubrirlas necesiten mayor perfeccionamiento.

En lo concerniente al segundo, tercer y cuarto objetivo de la investigación que comprende el comportamiento del síndrome por dimensiones, fue muy contundente a pesar de su frecuencia, la presencia de nivel alto de agotamiento emocional en 40% y la realización personal en el 67.3%; resultados que muestran convergencia con el estudio

realizado por Macía-Rodríguez et al. (2021) en España, quienes encontraron nivel alto de agotamiento emocional en 58,3 y también nivel de realización personal en un 67.6%.

En consonancia con los aspectos señalados, Lasalvia et al (2021) en Italia, expresa el predominio del agotamiento emocional y la forma como ser residente médico se asocia 2,5 veces más al riesgo de sufrir burnout, al igual que haber sufrido eventos traumáticos por Covid 19 o haber sufrido problemas psico emocionales previos. Señalan, asimismo, que el personal de salud más involucrado en la atención de pacientes con Covid 19, es el grupo que experimenta mayor agotamiento emocional y despersonalización.

En lo concerniente a la asociación entre género y síndrome Burnout, se encontró varias divergencias entre las investigaciones realizadas en contexto covid 19 y esta investigación. Así, difiere de los resultados de María y Vinueza (2020) en Ecuador, donde los niveles moderados a severo del síndrome estuvieron asociados al género; tiene discrepancias con el estudio de Duarte et al. (2020) y Jalili et al. (2020), donde el género se asoció a la presencia del síndrome en todas las dimensiones.

Se puede pensar que el síndrome burnout es más frecuente en población laboral veterana, sin embargo, se observó en los resultados que, la población más joven desarrolla más burnout, aspecto que constituye una diferencia frente a otros estudios y con mayor necesidad de abordaje científico social para su conocimiento profundo. Respecto a la edad, solo la investigación de María y Vinueza (2020) señaló asociación con la presencia del síndrome; hecho que trae a colación el papel de la experiencia del personal a lo largo de su trayectoria laboral por las lecciones aprendidas en la interacción con otros profesionales.

Finalmente, la asociación entre estado civil y síndrome burnout, coincide con los resultados obtenidos por Duarte et al. (2020) para quienes tanto el género como el estado civil generaban mayor agotamiento emocional; agregan que el desempeño en puestos de

primera línea se asocian a niveles más altos de síndrome burnout en las tres dimensiones y difiere al señalar que los niveles de estrés no se asocian con los niveles altos de agotamiento emocional, en la medida que, en este estudio no se consideró los niveles de estrés para estudio sino el burnout que constituye una manifestación avanzada de estrés y sus consecuencias.

De las características personales y laborales, la asociación significativa entre edad y síndrome burnout, aun en porcentaje mínimo, explica que juega un rol importante por la destreza en las habilidades de respuesta frente a las demandas sociales y de cuidado clínico que enfrentan los profesionales; cuando se encuentran todavía en los primeros años de desempeño profesional, el riesgo de sufrir el síndrome es mayor por lo que el conocimiento anterior que sobrevalora el saber de la experiencia ha variado, representando en este sentido que, el esfuerzo preventivo por parte del personal directivo necesita ser mayor y por parte de los profesionales que laboran, también. En particular por los efectos desconocidos respecto a la pandemia (Macia y Vinueza, 2020). La significancia estadística presente únicamente entre la característica personal de edad y la presencia de síndrome burnout hace explícito que, en la muestra estudiada, el mayor riesgo de desarrollar el síndrome se encuentra entre el personal de 20-30 años, quienes desarrollan el burnout siendo los más jóvenes en el campo laboral y constituyen por tanto el grupo más vulnerable desde la perspectiva social, psicológica y clínica (Boff, 2012).

VI. CONCLUSIONES

- El grado de síndrome burnout en el personal de los centros de atención de la Dirección Regional Salud Lima Norte, es bajo en el contexto de la pandemia por la Covid-19.
- El nivel de agotamiento emocional como dimensión del síndrome de burnout se encontró porcentaje elevado.
- El nivel de despersonalización como dimensión del síndrome de burnout se encontró porcentaje elevado.
- El nivel de realización personal como dimensión del síndrome de burnout se encontró en porcentaje bajo.
- Se evidencia asociación significativa entre las horas de trabajo mayores a 150 horas/mes y la presencia del síndrome de burnout.
- No hubo asociación significativa entre el género y la presencia del síndrome de burnout.
- Se evidencia asociación significativa entre la edad de 20-30 años y la presencia del síndrome de burnout.
- No hubo asociación significativa entre la característica estado civil con la presencia del síndrome de burnout.

VII. RECOMENDACIONES

- Organizar y ejecutar programas de fortalecimiento de habilidades psicosociales en la modalidad de talleres de grupos pequeños destinados a incrementar la capacidad de respuesta del personal a las situaciones generadas por la pandemia.
- Organizar mejor las actividades, recursos y al potencial humano indispensable de manera que permita controlar el agotamiento emocional y la presión que conduce al estrés, ansiedad y trato deshumanizado.
- Promover educación para la salud a la familia centrandolo la temática en las necesidades formuladas en encuestas de opinión, problemas observados con mayor frecuencia y en los procesos básicos que disminuyan la carga del personal de Salud.
- Desarrollar una gestión con énfasis en el resultado de apoyar con mayor proximidad al grupo vulnerable de 20-30 años, mediante asesoría in situ o modalidad de coaching.
- Compatibilizar las horas laborales con las capacidades del personal en función de su experiencia y desempeño a través de entrevistas de mutuo acuerdo entre jefes y profesionales de la salud.

VIII. REFERENCIAS

- Alharbi, J. y Jackson, D. (2020). The potential for COVID- 19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses [El potencial del COVID- 19 para contribuir a la fatiga por compasión en enfermeras de cuidados intensivos]. *Journal Clinic of Nursing*, 29: 2762-3764.
- Antiporta, D. y Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers[Desafíos, estrategias y oportunidades emergentes en salud mental en el contexto de la pandemia]. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1-6. <https://www.paho.org/journal/es/articulos/desafios-estrategias-oportunidades-emergentes-para-salud-mental-contexto-pandemia-covid>
- Bermejo, J. (2016). Humanización de la gestión en salud. II Curso Internacional Calidad y Seguridad del Paciente. *Conferencia hospital Edgardo Rebagliati Martins. Lima.*
- Burki, T. (2020). COVID-19 in Latin America [COVID-19 en América Latina]. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 547–548.
- Cortina-Rodríguez, G. y Afanador, Y. (19 de julio de 2020). *Burnout in the Clinical Personnel of Puerto Rico during the COVID-19 Pandemic [Burnout en el Personal Clínico de Puerto Rico durante la Pandemia del COVID-19]*. Universidad de Puerto Rico: <https://www.preprints.org/manuscript/202007.0451/v1>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies [Burnout en Trabajadores de la Salud: Prevalencia, Impacto y Estrategias Preventivas]. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Duarte, Teixeira, Castro, Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P.,

- Nunes, R. y Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic [Agotamiento entre los trabajadores de la salud portugueses durante la pandemia de COVID-19]. *BMC Public Health*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09980-Z>
- Fernández, M. (2002). Desgaste psíquico (burnout) en profesores de educación primaria de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 27–66. <https://doi.org/10.26439/PERSONA2002.N005.842>
- Flores Maqui, H. R. y Muñoz López, D. H. (2021). *Frecuencia del síndrome de burnout en personal asistencial de primera línea contra la pandemia de COVID-19 en un Hospital III de Lima* [Tesis de Titulación, UPCH]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8969/Frecuencia_FloresMaqui_Hernan.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), 33–40. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- INEI (2021). *Fallecidos por Covid-19*. <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/fallecidos-por-covid-19-ministerio-de-salud-minsa>
- INS (2020). *Investigadores del INS logran realizar secuenciamiento del genoma completo del COVID-19*. Ministerio de Salud de Perú. <https://web.ins.gob.pe/index.php/es/prensa/noticia/investigadores-del-ins-logran-realizar-secuenciamiento-del-genoma-completo-del-covid>
- Jalili, M., Niroomand, M., F., H., Zeinali, K. y Fotouhi, A. (2020). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study [Burnout entre

- los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal]. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.12.20129650>
- Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista Salud UIS*, 52(4), 432–439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Koppmann, A., Cantillano, V. y Alessandri, C. (2021). Distrés Moral Y Burnout En El Personal De Salud Durante La Crisis Por Covid-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75–80. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2020.12.009>
- Lai, J. M. (2020). Factor associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to coronavirus Disease 2019 [Factor asociado con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019]. *Jama Netw open.* , 3, e203976. . <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Lasalvia, Amadeo, S., P., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M. y Bonetto, C. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open Journals*, 11(1), e045127. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-045127>
- Macía-Rodríguez, C., A. D., D., M.-I., Barrera-López, L., Pérez-Sanz, T., Moreno-Díaz, J. y González-Munera, A. (2021). Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey [Síndrome de burn-out en internistas españoles durante el brote de COVID-19 y factores asociados: una encuesta transversal]. *BMJ Open*, 11(2). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-042966>

- María, D. y Vinueza, F. (2021). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Correo Científico Médico (CCM)*, 25(2). <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1933>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout [La medida del agotamiento experimentado]. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/JOB.4030020205>
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., A., A.-B. y Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 241–247. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2016.332.2170>
- MINSA (2020). *Plan de Salud Mental Perú 2020-2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Morales, S., Murillo, L. e. y Fernando, L. (2015). Medicina Legal de Costa Rica. *Edición virtual*, 32(1). ISSN 1409-0015
- OIT. (2021). *El impacto de la pandemia en el empleo es más fuerte de lo previsto, según la OIT*. Organización Internacional del Trabajo: <https://bit.ly/3sX8Kue>
- OMS. (2020a). *Coronavirus*. Organización Mundial de La Salud: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- OMS. (5 de Enero de 2020b). *Neumonía de causa desconocida – China*. Organización Mundial de La Salud: <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>
- OMS. (2021). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- OMS. (2021a). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus->

2019?gclid=EAIaIQobChMIkPbboPaD8AIVjYCRCh1qxwa1EAAYASAAEgIHTf
D_BwE

Palacios Cruz, M., Santos, E., Velázquez Cervantes, M. A. y León Juárez, M. (2021). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 221(1), 55–61. <https://doi.org/10.1016/J.RCE.2020.03.001>

Quispe Leiva, J. A. (2020). *Factores sociodemograficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en medicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020*. [Tesis de Titulación, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11348/MCqulejg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Romo, F. (2015). *El perfil del líder. Razones y teorías. Métodos y análisis. Lenguaje y objetivos*. Trillas. https://etrillas.mx/libro/el-perfil-del-lider_11301

Segura, J. L. (6 de Marzo de 2021). COVID-19: A un año desde el primer caso confirmado en Perú a la fecha han fallecido 47,000 personas. <https://gestion.pe/peru/covid-19-hace-un-ano-se-confirmando-el-primer-caso-en-peru-y-desde-entonces-han-muerto-47-mil-personas-nndc-noticia/>

Shanafelt, T. (21 de junio de 2018). *Soluciones innovadoras: Aislamiento y síndrome de desgaste profesional en la cultura del médico*. Medscape: https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902854_print

Shark., Chandhari, Kamrai, Lail, A. y Patel, R. (2020). How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? [¿Qué tan esencial es enfocarse en la salud y el agotamiento del médico en la pandemia de coronavirus (COVID-19)?]. *Cureus*, 12(4), e7538. <https://doi.org/10.7759/cureus.7538>

Toala, T., Piñeiro, I., A., M., Casares Tamayo, J. y Mendoza Mallea, M. (Marzo de 2021).

Síndrome burnout en personal de salud en Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista virtual*, 8(1).

http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932021000100126

Torres, D. (2020). *Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional de Moquegua*

durante el primer cuatrimestre de la pandemia de COVID -19 en el año 2020 [Tesis de Titulación, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio de la Institución, Tacna, Perú.

<https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1663/Torres-Condori-Dulio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

IX. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta virtual cuyo objetivo es brindar información para la investigación titulada “GRADO GRADO DEL SINDROME DE BURNOUT Y LA ASOCIACION CON LAS CARACTERISTICAS DEL PERSONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA NORTE, DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. ABRIL- JUNIO 2021”

para lo cual necesitamos los siguientes datos

Edad	20-30	()	30-40	()	40-50	()	50 a más	()
Género	Femenino	()	Masculino	()				
Personal de salud	Médico	()	Enfermera	()	Obstetra	()		
Horas de trabajo	> 150 horas por mes	()	≤ 150 horas por mes	()				
Estado civil	Soltero	()	Casado	()	Viudo	()	Divorciado	()

Instrumento Maslach Burnout Inventory

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de la relación que tiene usted con su trabajo; el efecto que tiene en su salud y bienestar. Los resultados de estos enunciados son de uso estrictamente profesional y se ajustan al manejo de confidencialidad que éticamente implica. Por favor a cada una de los ítems debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento poniendo una cruz en la casilla correspondiente y el número que considere más adecuado.

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año

2 = Una vez al mes

3 = Pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

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

20	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
21	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
22	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							