



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN  
PERSONAL DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA DE COVID-19  
HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO CHOSICA 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADO POR**

**RAUL ROBERTO SALVADOR PAUCAR**

**ASESOR**

**JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**LIMA - PERÚ**

**2022**



**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 cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN  
PERSONAL DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA DE COVID-19  
HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO CHOSICA 2022**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADO POR  
RAUL ROBERTO SALVADOR PAUCAR**

**ASESOR**

**DR. JOSE LUIS PACHECO DE LA CRUZ**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	<b>i</b>
<b>Índice</b>	<b>ii</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo General	
1.3.2 Objetivos Específicos	
1.4 Justificación	5
1.4.1 Importancia de la investigación	
1.4.2 Viabilidad de la investigación	
1.5 Limitaciones del estudio	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	14
2.3 Definición de términos básicos	21
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Formulación de la hipótesis	23
3.2 Variables y su definición operacional	24
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Diseño metodológico	26
4.2 Diseño muestral	26
4.3 Técnicas de recolección de datos	27
4.4 Procesamiento y análisis de datos	28
4.5 Aspectos éticos	<b>28</b>
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>30</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>31</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

PAPER NAME

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME D  
E BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD D  
E PRIMERA LÍNEA DE COVID-19 HOSPIT  
AL

AUTHOR

RAUL ROBERTO SALVADOR PAUCAR

WORD COUNT

9417 Words

CHARACTER COUNT

52052 Characters

PAGE COUNT

41 Pages

FILE SIZE

403.1KB

SUBMISSION DATE

May 12, 2022 10:37 PM GMT-5

REPORT DATE

May 12, 2022 10:41 PM GMT-5

● **16% Overall Similarity**

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

- 15% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database

● **Excluded from Similarity Report**

- Submitted Works database
- Bibliographic material
- Quoted material
- Cited material
- Small Matches (Less than 10 words)
- Manually excluded sources

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la enfermedad COVID-19 como una pandemia, la cual se ha propagado ampliamente y ha ocasionado a nivel mundial, 312 173 462 casos confirmados y 5 501 000 fallecidos. La data en Perú son 2 388 289 casos que incluye 203 097 fallecidos (1).

Huang Y, et al., en 2020, registraron un estudio transversal por internet con información relacionada con COVID-19. Completaron tres cuestionarios estandarizados que evaluaron el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), síntomas depresivos y la calidad del sueño. En 7236 participantes, se encontró prevalencia de síntomas de TAG, síntomas depresivos y calidad del sueño fueron de 35,1 %, 20,1 % y 18,2 %, respectivamente. Sin diferencias estadísticas por género ( $P > 0.05$ ), TAG y síntomas depresivos, la investigación determinó que fue significativamente mayor en menores de 35 años que en los participantes de 35 años o más ( $P < 0,001$ ), en comparación con otras ocupaciones, mientras que en los trabajadores de la salud se registró (23,6 %). Según informaron la tasa más alta de mala calidad del sueño fue de ( $P < 0,001$ ) (2).

Tedros Adhanom, director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que el impacto de la pandemia en la salud mental de las personas es extremadamente preocupante, además del aislamiento social, el miedo al contagio y la pérdida de familiares se ven agravados por la pérdida de ingresos (3).

Antes de la pandemia por COVID- 19 en países de Latinoamérica, ya se reportaba la ineficiencia de los servicios y a la poca calidad de públicos y privados dirigidos a la clase trabajadora y a las poblaciones de escasos recursos, ello a pesar de los intentos de universalizar el acceso a los servicios de salud a excepción de Chile, Costa Rica y Cuba; países que han alcanzado casi cobertura universal.

Por tanto, al aumentar la demanda de pacientes, gran parte de ellos graves, la falta de infraestructura adecuada, insumos y la cantidad de personal de salud limitada, el personal de salud se expuso a mayor exposición a contagio, mayor sobrecarga laboral y a un mayor estrés físico y mental (4).

La OMS define el síndrome de Burnout (SB) como múltiples signos y síntomas a consecuencia de factores de estrés permanentes en el área laboral, que no se ha conseguido superar, se caracteriza por tres componentes, el sentimiento de agotamiento, distanciamiento mental del trabajo o sentimientos de indiferencia relacionada al trabajo; y eficacia profesional reducida. Además, al SB lo demarca dentro de un contexto ocupacional y no aplicarse para experiencias en otras áreas de la vida (5).

Aunque el Burnout no es una enfermedad como tal, sus consecuencias sí comprenden trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, pero el agotamiento fue un predictor significativo de las siguientes consecuencias físicas: hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, cardiopatía coronaria, dolor musculoesquelético, cambios en las experiencias de dolor, fatiga prolongada, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios, lesiones graves y mortalidad por debajo de los 45 años. Los efectos psicológicos fueron insomnio, síntomas depresivos, uso de medicamentos psicotrópicos y antidepresivos, y mala salud psicológica. Se identificaron como resultados profesionales la insatisfacción laboral, el ausentismo, la nueva pensión de invalidez, las demandas laborales, los recursos laborales y ausentismo (6).

Raudenska et al. hicieron una revisión del síndrome de agotamiento emocional y estrés postraumático durante la pandemia por covid identificando factores asociados en el personal de salud como recursos limitados de los hospitales, riesgo de contagio adicional tener mayor exposición al virus, turnos largos, alteración de los patrones de sueño, equilibrio de la vida laboral/ social, dilemas con respecto al deber con el paciente y el miedo a exponer a los miembros de la familia. A ello se añade el descuido de las necesidades personales y familiares por la carga de trabajo. Factores asociados al aumento de la fatiga física y mental, la ansiedad, el estrés y el agotamiento (7).

El impacto negativo que tiene el síndrome de Burnout en la vida laboral de los trabajadores, así como la economía de las instituciones, ha llevado a la OMS a incluir este síndrome en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como suceso exclusivo del contexto laboral.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19 en el hospital José Agurto Tello Chosica 2022?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19 en el hospital José Agurto Tello Chosica 2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19.

Comparar cuál de los 3 componentes del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional) es más frecuente en el personal de salud de primera línea de COVID – 19.

Determinar si el tipo de profesión se asocia al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID 19.

Medir si el número de turnos de trabajo (número total de guardias, número de guardias nocturnas) están relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19

Comparar si las categorías demográficas: edad, sexo y estado civil, se asocian a síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19.

Determinar si antecedentes de ansiedad y/ o depresión están relacionados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

El síndrome de Burnout, si bien no se encuentra en la clasificación de enfermedades en el CIE X, está documentado en diversos perjuicios en la salud tanto en el ámbito físico, como social y psicológico pues afecta en el rendimiento asistencial, en la calidad y en la productividad del profesional.

En Perú, hay pocos estudios de síndrome de Burnout en personal asistencial para covid 19. Resalta un estudio realizado de enero- mayo 2021 en el hospital Luis Heysen Inchaustegui en Chiclayo donde se realizó una investigación analítica transversal en la cual se encontró prevalencia de Burnout de 2,2%. Frente a ello, es relevante conocer el impacto físico y psicológico en el personal de primera línea que atiende a los pacientes con COVID- 19 en hospital de baja complejidad José Agurto Tello Chosica por lo que este estudio ayudaría a tomar decisiones para disminuir la carga laboral y el estrés generado luego de atender pacientes graves, con riesgo de muerte y fallecidos.

### **1.4.2 Viabilidad**

La viabilidad del estudio se explica debido a que el investigador se encuentra laborando en el Hospital José Agurto Tello Chosica en el área COVID, además de contar con la autorización por parte de la jefatura del servicio de medicina interna y la jefatura del servicio de emergencia del mismo hospital.

La factibilidad del estudio se da debido a que el costo del estudio será presupuestado en el valor de las encuestas sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory (MBI), además del tiempo invertido en obtener los datos.

## **1.5. Limitaciones**

El estudio posee algunas limitaciones metodológicas, pues en el tamaño de la muestra la población de estudio son 55 participantes profesionales de salud y se tomará una muestra por conveniencia entre los voluntarios a participar en el estudio y con ello aumentar el tamaño de muestra.

A pesar de ello, se debe tener en cuenta que podría darse con personal de salud que se niegue a participar en el estudio llenando las encuestas y también con la disminución del mismo por licencia o vacaciones.

Igualmente, hay escasez de estudios de investigación similares previos a pesar que se realizó una búsqueda exhaustiva.

Las medidas para recoger datos es otra limitación ya que se usarán tres encuestas de fácil llenado, con palabras no complejas por lo que se considera que no debería haber inconvenientes en su llenado.

Otro aspecto a contemplar son los datos auto informados, los cuales podrían estar limitados por la autopercepción de cada participante, y que no se pueden verificar de forma independiente, por lo tanto, existe el riesgo de sesgos como la memoria selectiva a un evento, exageración, atribución de un resultado a fuerzas externas y el efecto telescopio, el cual consiste en hechos aislados que se recuerda como si ocurriera todo el tiempo.

Finalmente, las atribuibles al investigador respecto al acceso, lo cual no sería inconveniente debido a que el equipo para realizar el estudio trabaja en el mismo hospital José Agurto Tello, además de contar con el apoyo de la jefatura de medicina y de emergencia para las autorizaciones necesarias.

No obstante, podrían presentarse limitaciones culturales las cuales se refieren a la atribución errónea consciente o no del resultado en los investigadores que buscan probar una hipótesis, lo cual se va a corregir con encuestas iguales a los participantes y con clasificación de datos por parte de un estadístico externo.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

Xion J et al., en 2020, evaluaron el impacto psicológico del COVID-19 en la población general. Para ello, realizaron una revisión sistemática de estudios de prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEP) en la población general durante la pandemia de COVID-19, se seleccionaron 19 estudios, 12 de ellos la prevalencia de síntomas depresivos varió entre 14,6% y 48,3%, en 11 estudios los síntomas de ansiedad variaban entre 6% a 50% y síntomas de TEP de 7 A 53% (8).

Chigwedere O, et al., en 2021, elaboraron una revisión sistemática sobre el impacto de las pandemias en los trabajadores de salud. Seleccionaron 76 estudios hasta junio de 2020, 34 de SARS, 18 de COVID 19, 7 de MERS, 4 de Ébola, 2 de H1N1 y 01 de H7N9. La mayoría de los estudios fueron transversales (93%). El estrés fue el síntoma más común (42 estudios) con una variación de prevalencia de 5-80%, diez de los estudios determinaron que las enfermeras presentaban más angustia que los médicos. Los factores encontrados fueron no tener los equipos de protección personal (EPP), ver a un amigo enfermarse, estar grave o morir, todo ello se asoció a mayor estrés. En 29 estudios se valoró la ansiedad entre 7 y 78%. Una causa común de ansiedad fue la preocupación por transmitir la infección a la familia. Los síntomas de depresión se examinaron en 25 estudios, con una variación de 8,9% y 74,2%. En 11 estudios se reportó dificultad para dormir entre 26 y 45% sobre todo en personal de primera línea y sobretodo en enfermeras en comparación con demás personal de salud (9).

Brooks S et al. llevaron a cabo una revisión del impacto psicológico de la cuarentena en los que seleccionaron 24 artículos de cuarentenas por SARS, ÉBOLA, H1N1, Sd Respiratorio del oriente e influenza. Se describió en cinco de los estudios que en cuarentena había mayor agotamiento, ansiedad, irritabilidad, insomnio, falta de concentración e intención de renuncia al trabajo, en un estudio se describió que después de la cuarentena los participantes continuaron con su comportamiento de evitación. Entre los factores estresores de la cuarentena se relató duración mayor de diez días, miedo a infección, frustración, aburrimiento y suministro inadecuado (10).

Raofi S et al., en 2021, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de la ansiedad y factores asociados en el personal hospitalario. Recuperaron 46 artículos. Hallaron una prevalencia de ansiedad global del 26,1% y las tasas de mayor prevalencia de ansiedad fueron en técnicos de la salud y estudiantes de medicina de 39% y 36%, respectivamente. La comparación mujer varón mostró 37,7 % y 27,2 %, además se halló mayor prevalencia entre los 29 y 36 años de edad (11).

Sanghera J et al., en 2020, desarrollaron una revisión sistemática de afectación mental en los trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. Se incluyeron 44 estudios transversales con 69499 participantes para lo cual se realizó inventario de Ansiedad de Beck, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala de Trastorno de Estrés Agudo y la Lista de verificación de Trastorno de Estrés Post Traumático. Se comparó a los trabajadores de primera línea frente a los de otra sección. Se encontró en seis estudios prevalencia de depresión (13-44%), ansiedad (12-35%), trastorno de Estrés Post Traumático (7,4%-37,4%), insomnio (33%-38%), y Burnout. También se relacionó la exposición directa a pacientes con COVID-19 con un OR de 1.5 de presentar insomnio. En relación al Burnout, los factores asociados fueron ser enfermero o ser médico residente (12).

Abdula E et al., en 2021, evaluaron la prevalencia de depresión y ansiedad en los trabajadores de salud en la India con una revisión sistemática y metaanálisis, en cinco estudios la depresión en 41,9%, en 10 estudios, halló 42,9% de ansiedad y en 12 estudios, encontró estrés en 58% (13).

Lai J et al., en 2020, desarrollaron un estudio transversal en 34 hospitales de China, realizados en 1257 trabajadores de salud que respondieron encuestas validadas (PHQ-9(depresión), GAD-7(ansiedad generalizada), ISI(insomnio) e iES-R (depresión, ansiedad, angustia)) cuyos resultados obtenidos fueron depresión en 50%, ansiedad 44% , insomnio 34% angustia 71% , encontrándose mayor riesgo ser mujer, enfermera, trabajar en Wuhan y ser personal de primera línea(14).

Prasad K et al., en 2021, realizaron un estudio de correlación de estrés y agotamiento en trabajadores de salud en la pandemia COVID 19 en Estados Unidos. A través de una encuesta de mayo a octubre de 2021, en 42 organizaciones y 20947 encuestados, el 61% de ellos manifestó tener miedo a la exposición, 38% mostraron ansiedad o depresión, 43% sobrecarga de trabajo y 49% agotamiento. El personal con mayor puntuación de estrés se registró en auxiliares en enfermería, médicos y trabajadores sociales (15).

Koontalay A, et al., en 2021, elaboraron una revisión cualitativa de la carga sobre los trabajadores de salud durante la pandemia de COVID- 19. Se seleccionaron diez estudios de 7 países. En los participantes sobresalen cuatro variables frecuentes como son la preparación inadecuada, angustia emocional, agotamiento laboral lo cual lleva a menor rendimiento y equipo e información inadecuada (16).

Alanazi T et al., en 2021, efectuaron una revisión de alcance sobre los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 en trabajadores de la salud del servicio de emergencia. Se incluyeron: médicos, enfermeras, paramédicos, proveedores de práctica avanzada y voluntarios de emergencia (p. ej., la Cruz Roja). Se recuperaron 21 artículos para la revisión, se encontró que los médicos y las enfermeras tenían niveles de ansiedad, agotamiento, depresión y estrés más altos en comparación con otro personal de emergencia. El factor más importante de ansiedad era el miedo a contagiar a sus familiares (17).

Yu B et al., en 2020, Estados Unidos, evaluaron el impacto del trauma por COVID 19 en la salud mental de los trabajadores de salud en un hospital de Nueva York a través de encuesta online. Esta incluyó la escala Professional Quality of Life (ProQoL) con sus sub escalas de Satisfacción por Compasión (CS), Burnout (BO) y Estrés Traumático Secundario (STS). La CS se refiere al placer de hacer bien el trabajo, BO se traduce a pobre motivación y dificultades para afrontar el trabajo, mientras que el STS evalúa estrés postraumático. Además, se usaron dos encuestas más, la Escala de Ansiedad por el Coronavirus (CAS) y la Escala de Obsesión por el Coronavirus (OCS). Los resultados indicaron, que las mujeres tenían mayor trastorno postraumático. También se encontró un nivel moderado/alto en obsesión por el coronavirus (STS), agotamiento moderado y

quienes tenían problemas emocionales previos se relacionaron a mayor TEPT (18).

Rodríguez CM et al., en 2020, ejecutaron una investigación transversal que evaluó el impacto del brote de COVID-19 en la salud mental y el síndrome de Burnout en médicos internistas de España y los factores que podrían estar relacionados con su aparición. Fueron incluidos 1015 internistas, 62,9 % mujeres. Se halló que un 58,3% presentaba alto agotamiento emocional, el 61,5% un alto nivel de despersonalización y el 67,6% baja realización personal. El 40,1% presentó los tres criterios descritos, y por tanto síndrome de Burnout. Este último se relacionó de forma independiente con el manejo de pacientes con SARS-CoV-2, la falta de disponibilidad de EPP, miedo de contagiar a familiares, falta de descanso después de turnos de 24 horas, ausencia de vacaciones los seis últimos meses, consumo de somníferos y mayor alcohol ingesta (19).

Faria AR et al., en 2021, en Brasil llevaron a cabo un estudio transversal para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout (SB) en médicos activos en la primera línea o no durante la pandemia de COVID-19 e investigar la asociación entre el SB y las variables sociodemográficas y laborales de estos profesionales. La muestra obtenida se dividió en 2 grupos, grupo 1: 82 que trabajaban en la primera línea; Grupo 2: 44 no trabajaban en primera línea. Se encontró SB en ambos grupos, pero la diferencia fue estadísticamente significativa en el grupo 1 con un 85,5% frente a un 14,5% en el grupo 2, además las variables asociadas al SB que se hallaron fueron la edad (24-33 años), no tener hijos, trabajar en primera línea, trabajar en UCI COVID-19, estar de guardia y haber contraído COVID-19 (20).

Elghazally S et al., en 2021, ejecutaron un estudio transversal entre los médicos de los hospitales de la Universidad de Assiut (Egipto). El objetivo fue evaluar los niveles de Burnout en estos trabajadores, 201 médicos completaron el cuestionario versión online para la evaluación de los niveles de Burnout y sus determinantes en la población estudiada (datos sociodemográficos y características relacionadas con el trabajo). Para medir los niveles de Burnout se usó el Inventario de Burnout de Maslach diseñado para medir los 3 componentes

del síndrome: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (BRP). El estudio halló una prevalencia global de Síndrome de Burnout del 6 %; en las subescalas. Se observaron puntuaciones altas de AE, DP y BRP en el 35,5%, 70,6% y 26,4% de la muestra respectivamente, en relación a las características demográficas los hombres informaron puntuaciones de BRP significativamente más altas ( $p = 0,01$ ) en comparación con las mujeres, el grupo de edad más joven (20-30 años) registró la media más alta de AE y DP y la media más baja de BRP, mientras el grupo de mayor edad (>40 años) registró la media más baja de AE y la media más alta de BRP. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) (21).

Gualano M et al., en 2020, evaluaron la carga de agotamiento en el personal de salud que labora en UCI y en emergencia durante la pandemia de COVID-19, para ello realizaron una revisión sistemática con búsqueda del 01 de enero al 24 de noviembre del 2020, en la que seleccionaron 11 estudios con los siguientes resultados como agotamiento general de 49-58%, riesgo a escasez de recursos y miedo a contagiarse (22).

Azoulay E et al., en 2020, elaboraron un estudio transversal, para determinar síntomas de agotamiento grave, ansiedad y depresión entre los miembros de la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos (SEMCI), a través de un cuestionario en línea enviado a todos los miembros utilizando la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (EADH) y el Inventario de Bournout de Maslach (IBM). En total 1132 respondieron, Se halló que la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y desgaste profesional severo fue del 46,5 %, 30,2 % y 51 %, respectivamente, además se utilizaron escalas analógicas visuales (EVA) para clasificar su relación con los médicos, enfermeras y administradores de la UCI, la calidad de la toma de decisiones y el clima ético. Se encontró que los resultados fueron significativamente diferentes según la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y agotamiento severo, otorgaron puntajes significativamente más bajos al clima ético o la calidad de las calificaciones de toma de decisiones. Los factores asociados de forma independiente con la ansiedad y depresión fueron sexo femenino y la calificación del clima ético por parte del médico. Los factores

asociados de forma independiente con los síntomas de agotamiento grave incluyeron la edad y la calificación del clima ético por parte del médico (23).

Baro R et al., en 2021, compararon la prevalencia del síndrome de Burnout (SB) antes y después de la pandemia por COVID-19 en residentes de cardiología en una institución de Buenos Aires en setiembre del 2019 y luego setiembre del 2020, con 16 y 23 participantes respectivamente, a los residentes de cardiología se le realizó la misma encuesta usando el inventario de Burnout de Maslach. Como resultado se obtuvo síndrome de Burnout en el 30% de sus participantes en 2019 versus 39% de los participantes en 2020, no se encontró diferencia significativa de la prevalencia de síndrome de Burnout según el año de residencia ni tampoco se asoció a incremento significativo de SB en el 2020 (24).

Arias G et al., en 2017, Arequipa Perú realizaron un estudio transversal de prevalencia de síndrome de Burnout en personal de salud de Essalud, Ministerio de Salud y de las fuerzas armadas. Con el uso de Maslach cuestionario, y en una muestra de 213 participantes se encontró Burnout de 5.6%, y dentro de sus componentes despersonalización (33.3%), baja realización profesional (25.8%) y agotamiento emocional (23%). Llama la atención que los varones tuvieron mayor despersonalización y burnout dato que no se relaciona a demás estudios, médicos y enfermeras presentaron mayor despersonalización (25).

Contreras C et al., en 2020, efectuaron un estudio correlacional entre el autoestima y el síndrome de Burnout en médicos de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Dos de Mayo con 66 participantes a quienes se le hizo encuestas sociodemográfica y la de Maslach con resultados de 19 % con tendencia a Burnout (dos dimensiones ) y el 13,64 % tuvieron el Burnout (3 dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal ) despersonalización de 45 % de emergenciólogos , el 35 % en intensivistas y el 19,35 % de los internistas. Además, al 25% se le encontró la autoestima baja entre los que destaca que sean menores de 40 años. Se correlacionó autoestima y las dimensiones del burnout con correlación negativa entre autoestima y agotamiento emocional (r de Pearson: - 0,511) y una

correlación negativa entre autoestima y despersonalización (r de Pearson: -0,298) (26).

Se ha planteado que el síndrome de Burnout podría estar presente en el personal de salud desde etapas formativas, con resultados diversos. Por ejemplo, Gaspar J, Soto A, en el 2018, realizó un estudio en la ciudad de Huancayo el cual buscó la relación de este síndrome en los internos de diferentes carreras en el hospital de Essalud Ramiro Prialé Prialé y se encontró agotamiento emocional alto en 13% y muy alto en 16%, también ineficacia de 48% y Burnout en 1% (27).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Síndrome de Burnout**

Síndrome de burnout tiene varias traducciones al castellano: síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo.

Freudenberger et al., en 1974, admitieron el término burnout, y lo describió como un estado de agotamiento, fatiga y frustración a consecuencia de una actividad profesional que no satisface la expectativa del trabajador. Al inicio lo relacionó con los trabajadores voluntarios en un centro de salud que atendían a personas con trastornos mentales. Aquellos trabajadores percibieron disminución progresiva de la energía hasta el punto de agotamiento y desmotivación, así como agresividad hacia los pacientes (28).

Maslach C et al., en 1976, describió el burnout con énfasis en el agotamiento en la literatura científica y lo definió como un proceso gradual de fatiga, cinismo y compromiso disminuido en los profesionales que brindan asistencia social (29).

Maslach C y Jackson S en 1986, reformularon la definición del burnout como un síndrome psicológico como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico con tres rasgos importantes, agotamiento emocional, despersonalización y reducción de autopercepción de eficacia profesional en los cuidadores. Esta definición es la mejor reconocida, en la que ya se considera síndrome, con síntomas y signos característicos que coexisten (30).

La Organización Mundial de la Salud la considera desde el año 2000 como un riesgo laboral y no una enfermedad como tal. Está considerada en la clasificación internacional de enfermedades -10 (CIE10) en su capítulo 21 con código Z73.0, dentro del grupo denominado problemas relacionados con dificultad en el control de la vida. En el CIE 11, se encuentra el síndrome de desgaste profesional en el capítulo 24 con código QD85 dentro del grupo problemas asociados con el empleo y el desempleo.

Varios autores mencionan que este síndrome afecta más a profesiones donde hay contacto directo con personas y en la que amerite entrega y sacrificio en el trabajo, por lo tanto, muchos de los trabajadores afectados son enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, profesores, policías (31).

Los factores de riesgo que se han visto relacionados son jóvenes, género femenino, solteros, mayores turnos laborales, rasgos de personalidad idealistas, obsesivos, pero sobretodo la sobrecarga de trabajo.

Otros autores han argumentado que estas tres dimensiones no son completamente independientes, aunque no han obtenido evidencia definitiva, en ellos existe un orden causal entre las dimensiones del burnout, en que se inicia con elevado nivel de agotamiento emocional conducen a altos niveles de cinismo o despersonalización (32).

Montero J et al., en 2016, plantea que este síndrome hay deterioro progresivo del compromiso del trabajador con su puesto de trabajo y repercuten al momento de decidir la intervención a realizar. Plantea que el agotamiento aparece al inicio por el nivel de actividad del trabajador, luego de ello adopta distancia con los demás. A la larga, esto produce autopercepción reducida de eficacia (33).

Maslach C, en 2014, durante una conferencia en México manifestó que los tres componentes del Burnout se pueden presentar de diferente magnitud al inicio y cuando comienza a sucederle a las personas. Este trae resultados negativos en el desempeño laboral, efectividad al realizar su trabajo, cumplimiento en su asistencia al trabajo, problemas de salud, problemas en el ámbito familiar que

resulta por el estrés que llevan a casa. Los elementos estresantes afectan a los trabajadores, a su entorno laboral y la manera en la cual comprenden esta interacción, con todo ello la afección es personal y social. Maslach también comentó que el uso de la escala MBI para la investigación analítica, se obtenía de puntajes (bajos, medios y altos), no porque tuviera algún significado específico, solo para tener un promedio alto o medio alto y un promedio bajo como una forma de guía, pero que las puntuaciones obtenidas no están estrechamente relacionadas con el grado de afectación de Burnout (34).

## **Teorías del desarrollo de Síndrome de Burnout**

### **Teoría cognitiva social**

La teoría se enfoca en la autoconfianza y el auto concepto del individuo en la evolución del Burnout. Por tanto, el burnout se desarrolla cuando el trabajador tiene dudas sobre su propia eficacia, o la de su equipo de trabajo, Además está relacionada a experiencias de fracaso, crítica negativa y ausencia de reconocimiento al trabajo realizado. Esto llevará a una baja realización profesional que, de mantenerse, genera desgaste emocional y luego cinismo como manera de enfrentar el estrés.

### **Teoría del intercambio social**

Esta teoría se refiere cuando el trabajador percibe desigualdad entre el esfuerzo realizado y los resultados conseguidos en su trabajo; la falta de la recompensa ocasiona un desgaste emocional crónico. Por tanto, el agotamiento se produce por la sobredemanda interpersonal con los pacientes, por ello evita tener contacto con los usuarios, como consecuencia utilizará la despersonalización para intentar protegerse, por último, se producirá una baja realización personal.

### **Teoría organizacional**

A consecuencia de factores organizacionales, como la sobrecarga de trabajo o la ambigüedad de roles, esto desencadenaría en la despersonalización y luego un sentimiento de baja autorrealización y, finalmente, de agotamiento emocional.

### **Teoría estructural**

El agotamiento es ocasionado por el estrés laboral, con ello el trabajador intenta estrategias para no ser afectado, pero no lo consigue, esto lo conduce al fracaso profesional y sentimientos de baja realización personal y agotamiento emocional, así como a la despersonalización como una nueva forma de afrontamiento.

### **Teoría de las demandas y los recursos**

Consiste en el desequilibrio entre las demandas y los recursos del trabajo. Las demandas laborales son sobrecarga de trabajo, trabajo emocional, presión de tiempo o conflictos interpersonales lo cual conlleva al agotamiento físico y psíquico.

Los recursos laborales son los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo. Si las demandas superan los recursos, se producirá fatiga y esta decaerá en el burnout.

### **Teoría del contagio emocional**

Se refiere a la tendencia a sincronizar emociones, posturas de forma inconsciente con otras personas para encajar de forma no forzada con los demás. En esta teoría, las emociones de tristeza, miedo y agotamiento se generalizan a los demás trabajadores (35).

### **Factores que desencadenan el síndrome de burnout:**

- Sobrecarga de trabajo
- Falta de autonomía en el trabajo
- Ambigüedad de roles asignados
- Supervisión inadecuada
- Percepción de injusticia
- Percepción de escaso apoyo social
- Turnos de trabajo inadecuados

## **Presentación clínica**

El Síndrome de Burnout (SB) tiene 3 componentes:

### **Agotamiento emocional**

Disminución progresiva de energía, fatiga, cansancio.

**Despersonalización:** el sujeto crea una barrera para intentar protegerse de sentimientos negativos como impotencia y frustración.

**Baja Realización Profesional:** el trabajo deja de tener el valor que antes tenía.

Estos componentes se desarrollan de manera progresiva, así una trabajadora puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida. Se han descrito cuatro niveles según los síntomas:

Leve: cansancio, dificultad para levantarse a la mañana

Moderado: cinismo, aislamiento, negativismo

Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas

Extremo: aislamiento marcado, cuadros psiquiátricos, suicidios

## **Diagnóstico**

La prueba más usada para el diagnóstico de síndrome de burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), que tiene 22 ítems sobre los sentimientos en relación con a la vida laboral, con puntuaciones de 0 al 6 (36).

Dentro del MBI se hallan tres subescalas con puntuaciones independientes, con lo que permite determinar en qué área hay mayor afectación (37).

Oyola A desarrolló un estudio sobre validación del constructo y confiabilidad de la escala de Maslach, mediante un tamizaje a trabajadores peruanos y como resultado obtuvo 0,908 mediante la prueba de Alpha de Cronbach que confirma la confiabilidad de la versión en español del MBI-HSS cuando se aplica a médicos peruanos (38).

## **Interpretación de la escala**

Para cansancio emocional con menos de 19 puntos; bajo grado, si se obtenía de 19 a 26 puntos grado intermedio, si la puntuación es mayor de 27 hay un alto grado de cansancio emocional.

Para despersonalización si se obtiene menos de 6 puntos consiste en bajo grado, si se consigue de 6 a 9 puntos: grado intermedio y si la puntuación es mayor de 10 hay un alto grado de despersonalización.

Para realización profesional, si se obtiene menos de 34 puntos, se considera baja, si se consigue de 34 a 39 puntos valor intermedio y si la puntuación es mayor de 39 se considera una alta sensación de realización profesional despersonalización.

El diagnóstico de Síndrome de burnout lo integran los tres componentes: puntajes altos de cansancio o agotamiento emocional y despersonalización junto con puntajes bajos de realización profesional.

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Síndrome de Burnout:** Entidad caracterizada por una inadecuada forma de afrontar el estrés crónico ante los factores emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que puede afectar la calidad de vida (39).

**Agotamiento emocional:** Sensación de agotamiento por el esfuerzo psicológico realizado en el trabajo. Los trabajadores muestran dificultades para adaptarse al ambiente laboral ya que carecen de la energía emocional suficiente para afrontar las tareas laborales (40).

**Despersonalización:** Respuesta de desapego, indiferencia y despreocupación hacia el trabajo que se realiza y/o hacia las personas que lo reciben. Se presenta como actitudes y comportamientos negativos, irritabilidad, pérdida del idealismo y evitación interpersonal hacia los usuarios (pacientes) (40).

**Baja realización profesional:** Autoevaluación profesional negativa y dudas de la capacidad para desempeñar la labor con eficacia, también la tendencia a evaluar

negativamente los resultados. Esto se traduce en una disminución de la productividad, de las capacidades y la baja moral (40).

**Personal de salud de primera línea:** Personal del ámbito sanitario que tiene mayor riesgo de exposición por atender directamente a pacientes COVID 19 (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), involucra a médicos, enfermeras, personal técnico licenciados de laboratorio y de radiología (12).

**Infección por COVID -19:** Se refiere a la persona que se expone al virus SARS Cov -2, que puede o no tener síntomas, detectado a través de una prueba antigénica o una prueba molecular para COVID- 19 (41).

**Turno de trabajo (guardia hospitalaria):** Es la actividad de atención individual que realiza el personal de salud por necesidad del establecimiento de salud durante doce horas continuas que permite garantizar la atención en los servicios de salud (42).

**Profesión:** Actividad habitual de una persona, para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario (42).

**Tiempo de servicio:** Tiempo en años que lleva laborando en una institución sin importar el tipo de contrato (43).

**Sobrecarga laboral:** Asumir funciones adicionales al trabajador de forma excesiva, desproporcionada y constante (44).

**Ausentismo laboral:** Incumplimiento por parte del empleado de sus obligaciones laborales, faltando al trabajo, cuando estaba previsto que acudiese al mismo, de manera justificada o injustificada, o no desarrollando su cometido de forma voluntaria durante una parte o la totalidad de la jornada (45).

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Formulación de hipótesis**

Hipótesis general: Existen factores asociados al síndrome de burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19 en el hospital José Agurto Tello Chosica 2022.

Hipótesis específicas: El agotamiento emocional es el factor de riesgo más significativo para el personal de salud de primera línea de COVID – 19.

Existe mayor riesgo en los médicos de desarrollar Burnout comparado con el personal de enfermería y el personal técnico entre los trabajadores que atienden a pacientes COVID – 19.

Existe asociación entre el síndrome de Burnout y un trabajo asistencial mayor de 300 horas asistenciales en el personal de salud de primera línea de COVID – 19.

Existe asociación entre el estado civil con el síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID.

Existe relación entre los antecedentes de ansiedad y/ o depresión con la presencia de síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19

### **3.2 Variables y su definición operacional**

Variable	Definición	Tipo de variable según su relación y según su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Grupo de edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Independiente/ cuantitativa	Años cumplidos	continua	<30 30-39 40- 49 50- 59 > 60	Encuestas demográfica y la MBI
Sexo	Sexo con el cual se identificó al paciente y la que consigna en la encuesta	Independiente/ cualitativa	género	Nominal dicotómica	- Masculino - femenino	Encuestas demográfica y la MBI
Estado civil	Condición de pareja respecto a los derechos y deberes civiles	Independiente/ cualitativa	Condición civil	Nominal	- soltero - casado - viudo - divorciado - conviviente	Encuestas demográfica y la MBI
Tiempo de servicio	Cantidad de años laborando en el hospital	Independiente/ cualitativa	Años laborados	Nominal	- < 10 - ≥10	Encuestas demográfica y la MBI
Condición laboral	Tipo de contrato que posee cada participante.	Independiente/ cualitativa	Tipo de contrato	Nominal	- CAS COVID - CAS - Tercero - Nombrado	Encuestas demográfica y la MBI
Servicio donde labora	Servicio al que pertenece por contrato o por necesidad el hospital	Independiente/ cualitativa	Servicio hospitalario	Nominal	- Emergencia no covid - Triage covid - observación covid - uci covid	Encuestas demográfica y la MBI
Horas de trabajo	Número de horas laboradas en instituciones de salud.	Independiente/ cuantitativa	Horas de trabajo	intervalo	≤ 150 151-240 >240	Encuestas demográfica y la MBI
Guardias nocturnas	Turnos hospitalarios de noche de 12 horas	Independiente/ cuantitativa	Número de guardias nocturnas	intervalo	≤ 6 7- 10 >11	Encuestas demográfica
Profesión	Actividad habitual de una persona, para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Independiente/ cualitativa	cargo	Nominal	- médico c/ especialidad -médico general - Lic enfermería - Tec enfermería - Tec laboratorio - Tec radiología	Encuestas demográfica
Antecedente psiquiátrico	Antecedente de haber sido diagnosticado con ansiedad y/o depresión	Independiente/ cualitativa	Comorbilidad psiquiátrica	Nominal politómica	- Depresión - Ansiedad - Ninguno	Encuestas demográfica
Agotamiento emocional	pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga	Independiente/ cualitativa	Grado	ordinal	Alto: >27pts Intermedio 19-26 Bajo < 19 pts	Encuesta MBI
Despersonalización	Sentimiento de ser observador externo de los sentimientos propios, forma de protegerse de sentimientos negativos como impotencia y frustración.	Independiente/ cualitativa	grado	ordinal	Alto: >10 pts Intermedio 6- 9 Bajo < 6 pts	MBI
Realización profesional	Sensación de satisfacción con la profesión a la que se dedica.	Independiente/ cualitativa	grado	ordinal	Alto: >40 pts Intermedio 34-39 Bajo < 33 pts	MBI

Síndrome de Burnout	Inadecuada forma de afrontar el estrés crónico ante factores emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo.	Dependiente / cualitativa	Presencia de grado alto de los 2 primeros y baja del tercer ítem	nominal	-Agotamiento emocional - Despersonalización - Realización profesional	MBI
---------------------	--	---------------------------	--	---------	---	-----

**MBI:** Maslach Burnout Inventory

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipos y diseño**

Se utilizará un estudio observacional de tipo analítico y de corte transversal. Observacional, debido a que no hay intervención por parte del investigador, las variables se dan en su contexto natural. Analítico, pues se busca analizar la relación o asociación entre las dos o más variables que se utilizaran en el estudio. Transversal, porque se realizará en una sola medición de los sujetos a través de encuesta demográfica y la encuesta Maslach Burnout Inventory.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todo personal de salud de primera línea para COVID- 19 médico, licenciado de enfermería, técnico de enfermería, Lic. de laboratorio, Lic. de radiología que labora en el hospital José Agurto Tello- 2022.

#### **Población de estudio**

Personal de salud de primera línea para COVID- 19 médico, licenciado de enfermería, técnico de enfermería, Lic. de laboratorio, Lic. de radiología que labora en el hospital José Agurto Tello- 2022.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

Personal de salud que labore en contacto directo con pacientes covid 19 (médico, licenciado de enfermería, técnico de enfermería, Lic. de laboratorio, Lic. de radiología) en el hospital José Agurto Tello.

Encuestas correctamente llenadas (demográfica, Maslach Burnout Inventory) por el personal de salud

Firma del consentimiento informado por los participantes (personal de salud)

### **Criterios de exclusión**

Personal de salud que se niegue a participar en el estudio.

Llenado incompleto de las encuestas.

Consentimiento informado no firmado

Personal de salud con infección por covid 19 o con descanso médico durante la encuesta.

### **Tamaño de la muestra**

Al tener un total de 55 profesionales de salud de primera línea para COVID- 19, se tomará a todo el personal de salud que atiende a pacientes COVID -19 en el hospital José Agurto Tello- 2022.

### **Muestreo o selección de la muestra**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia (quienes acepten llenar las encuestas).

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

La recolección de datos se obtendrá con el uso de una encuesta de datos sociodemográficos y cuestionario validado para síndrome de Burnout “Maslach Burnout Inventory (MBI)”, en que se evalúa las tres dimensiones al Burnout; además de sus tres niveles alto, medio y bajo, explicado en el marco teórico.

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

Ver anexo 1, 2, y 3 así como la tabla N°1.

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Los resultados obtenidos de las encuestas serán introducidos en Excel 2016.

Se usará la estadística descriptiva para variables cualitativas y cuantitativas, para variables numéricas se usará medidas de tendencia central y de dispersión (media aritmética y la desviación estándar), que se procesará la información con ayuda de Excel 2016 y el software estadístico SPSS v. 26.

Se usará análisis inferencial para encontrar la fuerza de asociación entre las variables sociodemográficas y laborales con el síndrome de burnout., para ello se usará análisis paramétrico de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), considerando  $p < 0,05$  para dos variables cualitativas nominales y ordinales. Si se quiere asociar dos una cuantitativa y otra cualitativa se usará el análisis paramétrico de Kruskal- Wallis.

#### **4.5 Aspectos éticos**

El presente trabajo de investigación se encuentra bajo las normas éticas internacionales y basado en los principios bioéticos:

**Principio de Beneficencia:** La Información que se consiga se utilizará para ampliar el conocimiento del impacto en la salud física y mental en el personal asistencial expuesta a una enfermedad nueva que será precedente de nuevas medidas de protección al trabajador de salud.

**Principio de no-maleficencia:** a través de la observación, analítica, en la que no se realizará algún tipo de experimentación con los participantes, así como no se le expondrá a algún factor de riesgo.

**Principio de autonomía:** Los participantes decidieron ser parte del estudio, sin coacción, ni obligación a hacerlo. Se les menciona que los datos brindados son exclusivamente con fines del estudio, manteniendo en anonimato a los participantes. Además, se aclara que si deciden retirarse del estudio solo tienen que solicitarlo. Se le entregará un consentimiento informado a cada paciente previo a la encuesta, misma que será llenada y firmada por el mismo encuestado.

**Principio de justicia:** Se realizará la encuesta a todos los trabajadores de primera línea de covid, a menos de que alguno de ellos decida no hacerlo . Este trabajo será evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, antes de su ejecución.

Además, a lo antes mencionado, el departamento de Ética del Hospital José Agurto Tello Chosica, previo a la recolección de datos, evaluará el propósito y contenido de la investigación, el uso de consentimiento informado obligatorio para

obtener datos de los participantes, además, tendrá acceso de los datos obtenidos, manteniendo la confidencialidad de los participantes.

## CRONOGRAMA

fases \ meses	2022							
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre
<b>Redacción final del proyecto de investigación</b>	X							
<b>Aprobación del proyecto de investigación</b>		X	X	X				
<b>Recolección de datos</b>				X	X	X		
<b>Procesamiento y análisis de datos</b>							X	
<b>Elaboración del informe</b>								X

## PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
<b>Personal:</b>	
Digitador	500.00
Analista estadístico	500.00
<b>Suministros, insumos</b>	
Material de escritorio	200.00
Papel	50.00
Archivadores	25.00
USB	25.00
<b>Servicios:</b>	
Fotocopias, anillado, empastado	100.00
Internet	120.00
Logística	120.00
Refrigerio	100.00
Autorización del hospital	100.00
<b>TOTAL</b>	
	s/. 1840.00

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, <https://covid19.who.int/>.

2. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020; doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954

3. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) [www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis](http://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis)

4. Homenes N, Ugalde A. Las reformas de salud en América Latina ¿éxito o fracaso? *BVS UNMSM*, Marzo - Agosto 2001, Año 9 N° 18

5. World Health Organization. WHO | Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases, [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)

6. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE.* 2017; doi: 10.1371/journal.pone.0185781

7. Raudenská J, Steinerová V, Javurková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID19) pandemic. *Rev Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology [Internet]* 2020 [consultado 7 Octubre 2020]; 34 (3): 553 - 560. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152168962030063X?via%3Dihub> 5- Huarcaya V.

8. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 277 (2020) 55–64 , doi:10.1016/j.jad.2020.08.001
9. Chigwedere O, Sadath A, Kabir Z, et al, The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 6695, doi: 10.3390/ijerph18136695.
10. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 14 de marzo de 2020;395(10227):912-20.
11. Raoofi S, Pashazadeh Kan F, Rafiei S, Khani S, Hosseinifard H, Tajik F, Masoumi M, Raoofi N, Ahmadi S, Aghalou S, Torabi F, Dehnad A, Hoseinipalangi Z, Rezaei S, Shabaninejad H, Ghashghaee A. Anxiety during the COVID-19 pandemic in hospital staff: systematic review plus meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. 2021 Jul 26;bmjspcare-2021-003125. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003125. Epub ahead of print. PMID: 34312187.
12. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *Journal of Occupational Health*. 2020;62(1):e 12175.
13. Abdula E, Veladath S, Varghese A, et al, Depression and anxiety associated with COVID- 19 pandemic among healthcare professionals in India- A systematic review and meta-analysis, *Clin Epidemiol Glob Salud* .octubre-diciembre de 2021;12:100888. DOI: 10.1016/j.cegh.2021.100888
14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 23 de marzo de 2020;3(3):e203976.

15. Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study, *EClinicalMedicine* 35 (2021) 100879, doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100879
16. Koontalay A, Suksatán W, Prabsangob K, et al, Healthcare Workers' Burdens During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Systematic Review, *J Multidiscip Healthc* 27 de octubre de 2021; 14:3015-3025. DOI: 10.2147/JMDH.S330041
17. Alanazi TNM, McKenna L, Buck M, Alharbi RJ. Efectos informados de la pandemia de COVID-19 en el estado psicológico de los trabajadores de atención médica de emergencia: una revisión de alcance [publicado en línea antes de la impresión, 12 de noviembre de 2021]. *Australas Emerg Care* . 2021;S2588-994X(21)00076-2. doi:10.1016/j.auec.2021.10.002
18. Yu B, Barnett D, Menon V, Rabiee L, De Castro YS, Kasubhai M, et al. Healthcare worker trauma and related mental health outcomes during the COVID-19 outbreak in New York City. *PLoS One*. 29 de abril de 2022;17(4):e0267315.
19. Macía-Rodríguez C, Alejandre de Oña Á, Martín-Iglesias D, Barrera-López L, Pérez-Sanz MT, Moreno-Díaz J, et al. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 1 de febrero de 2021;11(2):e042966. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/11/2/e042966.abstract>
20. Faria ARQP, Coelho HFC, Silva AB, Damascena LCL, Carneiro RR, Lopes MT, Araújo KDT, Lima CMBL. Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2021 Jul;67(7):942-949. doi: 10.1590/1806-9282.20210244. PMID: 34817504.

21. 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*. (2021) 18:5368. doi: 10.3390/ijerph18105368
22. Gualano M, Sinigaglia T, Lo moro G, et al. Carga del agotamiento entre los profesionales de la salud de las unidades de cuidados intensivos y los departamentos de emergencia durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática, *Int J Environ Res Salud Pública* .2 de agosto de 2021; 18 (15): 8172. Doi: 10.3390/ijerph18158172
23. Azoulay, E, De Waele, J, Ferrer, R, et al. Síntomas de Burnout en especialistas de unidades de cuidados intensivos frente al brote de COVID-19. *Ana. Cuidados Intensivos* 10, 110 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
24. Baro R, Burgos L, Sigal A, et al. Burnout Syndrome in Cardiology Residents. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout Syndrome in Cardiology Residents. *Curr Probl Cardiol*. 2022 ene; 47(1): 1100873. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2021.100873
25. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Delgado Montesinos Y, Ortiz Puma M, Quispe Villanueva M. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*. diciembre de 2017;63(249):331-44.
26. Contreras C, Lira V, Condor B. (2021). Autoestima y síndrome de burnout en médicos de unidades críticas. Estudio correlacional. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 21 de junio de 2021;21(2): e1507. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n2.06>
27. Gaspar J, Soto A, Síndrome de burnout académico en estudiantes de internado de diferentes carreras profesionales de un hospital de la región Junín – 2018. Universidad Cesar Vallejo.

28. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [Internet]. enero de 1974 [citado 1 de marzo de 2022];30(1):159-65. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
29. Maslach C. Burned-Out. *Human Behavior*. 1 de septiembre de 1976;9:16-22.
30. Aceves, G, Celis M, Moreno S, et al, (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11, 4, 305-309.
31. Fortoul van der Goes T, Varela Díaz M. La motivación en la enseñanza de la medicina. *Rev Fac Med UNAM* 1999; 42 (3):100-3.
32. Taris TW, Le Blanc PM, Schaufeli WB, Schreurs PJG. Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress* [Internet]. 1 de julio de 2005 [citado 1 de marzo de 2022];19(3):238-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02678370500270453>
33. Montero-Marín J. EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS: UNA PROPUESTA PARA LA INTERVENCIÓN. *Anestesia Analgesia Reanimación* [Internet]. 2016 [citado 1 de marzo de 2022];29(1):4-4. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-12732016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12732016000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
34. Juárez A. Entrevista con Christina Maslach: reflexiones sobre el síndrome de Burnout. *Liberabit* [Internet]. julio de 2014 [citado 1 de marzo de 2022];20(2):199-208. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-48272014000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272014000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

35. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 4 de febrero de 2022 [citado 1 de marzo de 2022];19(3):1780. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834764/>
36. Gil, P , Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31, 205-214.
37. Maslach, C, Jackson, S. & Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California, USA: Palo Alto
38. Oyola A, Validación del constructo y confiabilidad de la escala de Maslach para el tamizaje de síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos. *Rev Fac Med UNMSM* 2021; tesis para optar el Grado de Magíster en Epidemiología pp38
39. Macía C, Oña A, Martín D, Barrera L, Pérez M, Moreno J, et al. Burnout syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 11 de mayo de 2022];11(2):e042966. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/2/e042966>
40. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral J, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 12 de noviembre de 2018 [citado 11 de mayo de 2022];13(11):e0206840. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206840>
41. Padhi A, Kumar S, Gupta E, Saxena SK. Laboratory Diagnosis of Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection. En: Saxena SK, editor. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics* [Internet]. Singapore: Springer; 2020 [citado 11 de mayo de

2022]. p. 95-107. (Medical Virology: From Pathogenesis to Disease Control).

Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7\\_9](https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_9)

42. Normatividad sobre guardias hospitalarias y comunitarias en los establecimientos asistenciales de salud [Internet]. [citado 11 de mayo de 2022].

Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352908-normatividad-sobre-guardias-hospitalarias-y-comunitarias-en-los-establecimientos-asistenciales-de-salud>

43. Ley N° 25460 [Internet]. [citado 11 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256924-25460>

44. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Sobolewski M. Working Excessively and Burnout Among Nurses in the Context of Sick Leaves. *Front Psychol* [Internet]. 25 de febrero de 2020 [citado 11 de mayo de 2022];11:285. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7052176/>

45. Díaz C, Gutiérrez H, Amancio A. Ausentismo y desempeño laboral en profesionales de enfermería de áreas críticas. *Rev Cuid* [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 11 de mayo de 2022];9(1):1973. Disponible en:

<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/426>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivo	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cuáles son los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19 en el hospital José Agurto Tello Chosica 2022?	Determinar los factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19 en el hospital José Agurto Tello Chosica 2022.	Existe factores asociados al síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea de COVID – 19 en el hospital José Agurto Tello Chosica 2022.	Estudio observacional, analítico, y transversal Con 55 participantes con muestreo no probabilístico o por conveniencia , con uso de encuestas en voluntarios	Personal de salud de primera línea para COVID -19 (médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y licenciados de radiología y laboratorio) 55 participantes  Se usará Excel 2016 y software estadístico SPSS v. 26 Se usará para evaluar fuerza de asociación chi cuadrado para dos variables cualitativas y kruskal wallis para evaluar 01 v. cuantitativa y 1 v cualitativa	Encuesta demográfica y la encuesta Maslach Burnout Inventory

## 2. Instrumento de recolección de datos

### ANEXO N°1

#### DATOS DEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS LABORALES

Marcar con aspa ( ✓ ) o con ( x ) en la alternativa correspondiente y llenar los datos en los puntos suspensivos.

1. Edad: .....

2. Sexo: 1.Masculino ( ) 2. Femenino ( )

3 Estado civil: 1. Casado ( ) 2. Conviviente ( ) 3. Soltero ( )  
4. Separado ( ) 5. Divorciado ( ) 6. Viudo ( )

4. profesión: 1. Médico con especialidad ( ) 2. Médico general ( )  
3. Licenciado en enfermería ( ) 4. Técnico de enfermería ( )  
5. Licenciado de laboratorio ( ) 6. Licenciados de radiología ( )

5. Servicio donde labora: 1. Triaje covid ( ) 2. Consultorio covid ( )  
(el mayor número de turnos) 3. Observación covid ( ) 4. UCI covid ( ) 5. Emg no covid ( )

5. Tiempo de servicio: .....

6. Situación laboral 1.Nombrado ( ) 2. Contratado ( ) 3. « Terceros » ( )

7. Horas de contacto con pacientes por día: 1. Menos 7 horas ( ) 2. doce horas ( )  
3. veinticuatro horas ( ) 4. Más de 24  
hs( )

8. Realiza alguna actividad laboral paralela:

1. Docencia 1. Si ( ) 2. No ( ) Especificar. ....

2. Estudios 1. Si ( ) 2. No ( ) Especificar. ....

3. asistencial Si ( ) 2. No ( ) Especificar. ....

4. Otra actividad diferente a su especialidad: 1. Si ( ) 2. No ( ) Especificar.

.....

9. Tiene Ud. Como antecedente el diagnóstico de ansiedad y/ depresión

1. Si ( ) 2. No ( ) Especificar. ....

10. Cuál es el número de guardias nocturnas que realizó el mes pasado (tener en cuenta en todos los sitios en que labora). ....

11. Cuál es el número de guardias diurnas y nocturnas que realizó el mes pasado (teniendo en cuenta en todos los sitios en que labora). ....

## ANEXO N°2

### ESCALA DE MASLACH BURNOUT

#### MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo/género: \_\_\_\_\_

Área de trabajo: \_\_\_\_\_ Tiempo de trabajo: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / 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 enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

### 3. Consentimiento informado

Acepto voluntariamente a participar en esta investigación: “Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de salud de primera línea de COVID-19 hospital José Agurto Tello Chosica 2022” liderada por el Dr. Raúl Roberto Salvador Paucar.

Me han solicitado que responda los cuestionarios: uno de datos demográficos y otro que es test de Maslach, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

He sido informado(a) que la información entregada en esta investigación es confidencial y no será usada para otro propósito sin mi consentimiento. También tengo conocimiento que puedo realizar preguntas acerca del proyecto en cualquier momento y que puedo decidir retirarme del mismo cuando así lo decida. De tener consultas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Raúl Roberto Salvador Paucar número de celular 941 695 603. Además, sé que puedo solicitar información sobre los resultados del estudio al haber concluido.

---

Nombre completo y firma del Participante

Fecha: