



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN  
MÉDICOS Y ENFERMERAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2020 –  
2021**

TESIS

PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE  
SALUD

PRESENTADA POR

**LUDWIG CÁCERES FARFÁN**

ASESOR

**WILDE LYONEL LAVADO ACUÑA**

LIMA - PERÚ

2023



**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**

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN  
MÉDICOS Y ENFERMERAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS  
2020 - 2021**

**TESIS**

**PARA OPTAR**

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR  
LUDWIG CÁCERES FARFÁN**

**ASESOR  
MGTR. WILDE LYONEL LAVADO ACUÑA**

**LIMA, PERÚ  
2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Elsa Liliana Gómez Talavera, doctora en Psicología.

**Miembro:** Gladys Castillo Castro, maestra en Gerencia de Servicios de Salud.

**Miembro:** Joseph Jesús Sánchez Gavidia, maestro en Ciencias Básicas Médicas con Mención en Farmacología.

A mi padre, cada logro y cada paso dado están inspirados en ti papá

A mi madre, por tu apoyo siempre incondicional y tu gran amor

## **AGRADECIMIENTOS**

A Wilde Lyonel Lavado Acuña, magister en Administración de Empresas de Salud,  
por su asesoría.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	9
<b>III. METODOLOGÍA</b>	41
<b>IV. RESULTADOS</b>	54
<b>V. DISCUSIÓN</b>	73
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	86
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	87
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	88
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar los niveles de burnout y satisfacción laboral en trabajadores de un hospital de referencia nacional del Perú durante los meses más álgidos de la pandemia COVID-19. Se aplicó una encuesta electrónica a médicos y enfermeras que laboraron en áreas COVID-19. Para medir el estrés y la satisfacción laboral se usaron los cuestionarios MBI-HSS y SL-SCP, respectivamente. Se emplearon estadísticas descriptivas, de correlación y modelos de regresión lineal para analizar los datos. Se incluyeron 258 personas; 123 médicos (52.3%) y 135 enfermeras (47.7%). El síndrome de burnout estuvo presente en el 67.4%, siendo severa en el 33.7% y ausente en un 32.6%. Los factores que se asociaron fueron la cantidad de horas de trabajo y turnos nocturnos, haber dado positivo en la prueba de SARS-CoV-2, insuficiente acceso a equipos de protección personal y el área de trabajo, existiendo mayores puntuaciones en sala de operaciones y UCI. En cuanto a la satisfacción laboral, se vio que un 76.7% presentó una satisfacción regular, 21.7% insatisfacción y un 1.6% estuvieron satisfechos. Las variables que mejor predijeron satisfacción fueron la edad, la ausencia de estrés laboral, los incentivos financieros, el tipo de contrato y el área de trabajo, viéndose mejores puntuaciones en áreas no críticas. Se concluye que la pandemia COVID-19 provocó niveles elevados de burnout, aunque se mantuvieron niveles regulares de satisfacción laboral. Se deben implementar medidas para la protección de la salud mental del personal, mejorando sus condiciones de trabajo, especialmente en situaciones de crisis.

**Palabras clave:** Estrés laboral, Burnout, Satisfacción laboral, COVID-19, Pandemia, Médicos, Enfermeras.



## ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the levels of burnout and job satisfaction in healthcare professionals at a national reference hospital in Peru during the most critical months of the COVID-19 pandemic. An electronic survey was applied to physicians and nurses who worked in COVID-19 areas. To measure occupational stress and job satisfaction, the MBI-HSS and SL-SCP questionnaires were used, respectively. Descriptive statistics, of correlation and linear regression models were applied to analyze the data. A total of 258 people were included; 123 physicians (52.3%) and 135 nurses (47.7%). Burnout syndrome was present in 67.4%, being severe in 33.7% and absent in 32.6%. The factors associated were the greater number of working hours and night shifts, having positive tested for SARS-CoV-2, insufficient access to personal protective equipment and the working area, with higher scores in the operating room and ICU. Regarding job satisfaction, it was seen that 76.7% presented regular satisfaction, 21.7% dissatisfaction and 1.6% satisfaction. The factors that best predicted satisfaction were age, absence of occupational stress, financial incentives, type of job contract and the working area, with better scores in non-critical areas. It is concluded that the COVID-19 pandemic caused high levels of burnout, although regular levels of job satisfaction were maintained. Efforts must be implemented to protect the mental health of staff, improving their working conditions, especially in crisis situations.

**Keywords:** Occupational stress, Burnout, Job satisfaction, COVID-19, Pandemic, Physicians, Nurses.

NOMBRE DEL TRABAJO

**SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

AUTOR

**LUDWIG CÁCERES FARFÁN**

RECUENTO DE PALABRAS

**29478 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**162532 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**110 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**566.6KB**

FECHA DE ENTREGA

**Oct 19, 2023 8:41 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Oct 19, 2023 8:43 AM GMT-5**

● **18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Descripción de la situación problemática

El estrés laboral se ha convertido en uno de los síndromes más frecuentes en todo el mundo en tiempos modernos. Según muchas publicaciones, este problema afecta la salud de uno de cada cinco trabajadores a nivel mundial, pero además está en incremento, considerándose en muchos lugares incluso como un problema de salud pública sobre todo en países industrializados donde se suman las enfermedades mentales y los problemas sociales como la inseguridad, contaminación ambiental y la diferenciación social <sup>(1)</sup>. De hecho, según reportes, aproximadamente la mitad de las personas en edad activa está descontenta con su trabajo, y de ellos un 30% padecen sus efectos, consecuencia del exceso de trabajo o el esfuerzo demandante al que están sometidas algunas profesiones que genera niveles altos de ansiedad <sup>(2)</sup>.

Enfocándonos en los profesionales de la salud, vemos que existe una constante exposición pública de su trabajo añadido a su vocación de servicio. En realidad, la relación interpersonal y profesional con los pacientes no es fácil y requiere una serie de herramientas, competencias, destrezas y actitudes que permita mantener una distancia terapéutica apropiada sin perder la empatía y el compromiso <sup>(2)</sup>. Factores añadidos de este síndrome son la obligación de actualización constante de conocimientos, la utilización de tecnologías emergentes, el afrontamiento a nuevas realidades sanitarias como las pandemias y los recortes presupuestarios del sistema público, sobre todo en países como el nuestro <sup>(3)</sup>.

Si mencionamos a los médicos, vemos que existe un nivel de estrés académico visto desde que son estudiantes de medicina y que se va acrecentando a medida que va afrontando diferentes realidades y escenarios clínicos y laborales <sup>(4)</sup>. En 1988, el psiquiatra Okinoura planteó el término de “síndrome médico” o “síndrome de burnout” o de desgaste profesional, definido como un trastorno en donde los médicos creen que su profesión los hace invulnerables y están protegidos de este, que amenaza a otras personas; aunque se trate de una percepción fuera de la realidad, ya que el agotamiento es una constante y este ocurre principalmente en

los centros de salud y hospitales que tienen asignados una población grande <sup>(2,3)</sup>. Por otro lado, en las enfermeras se ve reflejada en varios estudios como el de Miralles y Gómez <sup>(5)</sup>, donde se identificaron factores de estrés relacionadas con la organización de la institución donde laboran como la falta de personal, la sobrecarga de tareas que muchas veces no son propias de su profesión, no tener tiempo para dar apoyo emocional al paciente, entre otras. En cuanto al ámbito profesional, los factores más importantes son el afrontamiento del dolor, sufrimiento y muerte ajenos <sup>(2)</sup>.

Pero ¿este estado de estrés laboral en el personal de salud puede verse exacerbado aún más? La respuesta es sí, y esta realidad se ve como efecto de la pandemia por COVID-19 vivida a nivel mundial y que trajo muchas consecuencias negativas en nuestro país y a nuestro sistema de salud.

Todo este gran problema de salud pública comenzó el 31 de diciembre de 2019, cuando la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (Hubei, China) alertó la aparición de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en personas que tenían como exposición común un mercado de animales vivos en la ciudad de Wuhan, dentro de los cuales siete eran graves. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causal un nuevo tipo de virus perteneciente a la familia Coronaviridae, llamado posteriormente SARS-CoV-2 <sup>(6)</sup>. El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo catalogó como una emergencia de salud global (basada en las crecientes tasas de notificación de casos en China y otros países) <sup>(7)</sup>; y el 11 de marzo finalmente, se declara como pandemia, la cual ha alcanzado millones de casos notificados, que llevaron consigo grandes cifras de morbilidad asociadas y de mortalidad <sup>(8)</sup>.

Según el informe de situación sobre la enfermedad del coronavirus de la OMS, para el 6 de enero de 2022, en el mundo se habían reportado 288 867 634 casos confirmados y 5 437 636 muertes por esta enfermedad. En América las cifras se estimaron en 104 698 449 casos y 2 411 818 muertes <sup>(9)</sup>. En el Perú, hasta el 16 de enero del 2022, se notificaron 2 631 826 casos positivos confirmados y 203 550 muertes acumuladas, entre adultos mayores y gente joven, habiendo un porcentaje

de letalidad del 8.84% durante la primera ola y de 9.11% durante la segunda ola, siendo los periodos más álgidos de esta pandemia <sup>(10)</sup>.

Los profesionales de la salud han enfrentado riesgos para su propio bienestar desde el comienzo del brote del coronavirus. Se ha creado según el psicólogo clínico y director del Programa de Asistencia al Empleado de Northwell Health en Nueva York, Curtis Reisinger, lo que se conoce como “segundas víctimas”. Este término, se refiere al personal de salud que experimenta un trauma relacionado con la atención de una persona infectada, lo que se ve reflejado en que el profesional se siente impedido de tratar completamente todas las necesidades de su propio paciente <sup>(11)</sup>. En la lucha contra esta enfermedad, los trabajadores sanitarios, se enfrentaron a un gran estrés debido al alto riesgo de infección que conlleva y la falta de protección adecuada, aislamiento, incremento de la demanda de trabajo, frustración, cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes que expresan emociones negativas <sup>(12)</sup>.

El estrés en el personal médico se ha manifestado de diversas formas; desde la aparición del miedo al contagio, a sí mismos o a sus familiares, hasta diversos grados de ansiedad, inseguridad, depresión e incluso el reporte de casos de suicidio como el suscitado en una médica de EE. UU. en el mes de abril del año 2020 <sup>(13)</sup>. Los riesgos para su propia salud y las largas horas de trabajo hacen que el quehacer médico sea un campo difícil incluso en tiempos normales. El enfrentar una enfermedad nueva, sin antecedentes, sin tener un esquema de tratamiento completamente establecido, el no disponer de una vacuna 100% efectiva sobre todo al inicio de la pandemia, la aparición de nuevas cepas y la gran virulencia de este microorganismo potencian el grado de estrés de todos los trabajadores de salud <sup>(11,14)</sup>. Además, al correr el riesgo de transmitir el virus a sus seres queridos, hicieron que muchos opten por separarse temporalmente de sus familias para evitar su propagación. La escasez de equipos de protección personal (EPP) y el estigma del que pueden ser víctimas muchos trabajadores, con el consecuente rechazo y discriminación por miedo de la gente al contagio (lo cual se vio en muchos lugares en donde a los médicos se les impedía el ingreso a sus departamentos o se les prohibía el uso de ascensores, entre otros desafortunados ejemplos), han exacerbado el temor, la ansiedad e incluso la aparición de depresión <sup>(14)</sup>.

Según cifras del Colegio Médico del Perú (CMP), al 20 de mayo del 2021, se estimó 15 589 médicos contagiados con coronavirus en nuestro país, de los cuales muchos se encontraban en una unidad de cuidados intensivos (UCI) con pronóstico reservado; y al 1 de enero de 2022 se reportaron 554 muertes <sup>(15)</sup>. Ante el desborde del sistema de salud y el estado grave de muchos en diferentes puntos del país, el Colegio Médico incluso, tuvo que coordinar y efectivizar su traslado a la ciudad de Lima para que puedan recibir atención especializada <sup>(16)</sup>. Todo esto, sumado a la percepción de una falta de apoyo por parte de la población y del gobierno, hicieron que la ansiedad en médicos se incrementa, mermando así su desempeño y satisfacción laboral, lo cual constituye un verdadero problema. Desafortunadamente, esta pandemia sigue incrementando la tasa de mortalidad en la población mundial, exponiendo a las personas más vulnerables. La misión esencial del médico es salvar vidas y el hecho de que no pueda hacerlo le afecta y lo liga a emociones negativas como tristeza, desesperanza y miedo, e, inclusive, puede reaccionar con sentimientos de cólera debido a la impotencia <sup>(17)</sup>.

Según un informe de Nature <sup>(18)</sup>, sobre el COVID-19 desde el inicio de su brote, la gran mayoría de artículos científicos publicados se enfocaban en temas clínicos y en las políticas sanitarias; sin embargo, a pesar de su relevancia, los problemas mentales es un tema poco estudiado en nuestro medio y hasta considerado sin valor. Habiendo establecido su importancia, el presente trabajo buscó estudiar el grado de estrés y de satisfacción laboral, sus características y factores asociados, en el personal médico y de enfermería del hospital en estudio, relacionados con la pandemia por COVID-19; con el fin de iniciar la implementación de programas de salud mental, enfocadas en la prevención y en la mejora de las condiciones laborales, sobre todo durante periodos de crisis sanitaria.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cómo es el comportamiento y relación del síndrome de burnout y la satisfacción laboral en el personal médico y de enfermería que atienden a pacientes con COVID-19 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante la pandemia?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general**

Determinar el comportamiento y relación del síndrome de burnout y la satisfacción laboral en el personal médico y de enfermería que atienden a pacientes con COVID-19 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante la pandemia.

#### **Objetivos específicos**

Determinar el grado de burnout y los niveles de satisfacción laboral del personal médico y de enfermería que estuvieron en la primera línea de atención de pacientes con COVID-19 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Analizar la relación entre burnout y satisfacción laboral y su asociación con factores sociodemográficos y laborales en el personal médico y de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en tiempos de crisis sanitaria por COVID-19.

Encontrar diferencias en los niveles de burnout y de satisfacción laboral entre médicos y enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante la pandemia COVID-19.

Describir los niveles de burnout y satisfacción laboral en los médicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en relación con su especialidad clínico-quirúrgica y su clasificación profesional durante la pandemia por COVID-19.

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **Importancia de la investigación**

El presente trabajo tiene una gran trascendencia, pues al momento contamos con pocos estudios en el Perú enfocado en el síndrome de burnout de los trabajadores de salud en tiempos de pandemia COVID-19. Así mismo, no se estudió su real

relación con la actual satisfacción laboral de médicos y enfermeras de los establecimientos de salud públicos del país.

El estudio no solo permite conocer los grados de burnout y el nivel de satisfacción laboral, sino también explorar su asociación con otros factores y su magnitud en el personal que labora en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el cual constituye uno de los más grandes del país, y uno de los principales centros de atención y de referencia de pacientes que padecen de esta enfermedad.

La pandemia por COVID-19 genera el riesgo de desarrollo o incremento de problemas de salud mental, y estos se pueden manifestar de diferentes formas siendo el estrés uno de las más importantes. Es sustancial conocer sus repercusiones en las personas que forman parte de la primera línea de atención y el principal apoyo de muchos pacientes.

La presente investigación, haciendo uso de herramientas estadísticas, genera datos objetivos que se pueden extrapolar y en base a estos se puede establecer estrategias que permitan disminuir el impacto negativo sobre la salud mental del personal, mejorando los protocolos de prevención y manejo, y que uno de los beneficios de estas medidas sea la de optimizar el nivel de satisfacción laboral.

### **Viabilidad de la investigación**

Realizar el presente estudio fue viable, lo cual se vio respaldado por las siguientes características:

Se dispuso del tiempo necesario para su planificación, recolección de datos y elaboración de resultados.

El encargado de la investigación es el autor, pero se tuvo la colaboración de médicos y enfermeras que laboran en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).



Se contó con un número adecuado de sujetos de estudio, ya que la población de médicos y enfermeras del HNERM, es bastante alta.

El tipo de estudio y diseño de investigación es posible de realizar, y se respaldó de un equipo estadístico virtual actualizado.

No se generó problemas con los recursos económicos, ya que el presente trabajo fue autofinanciado.

El investigador dispuso de herramientas físicas y virtuales para realizar el muestreo e ingresar los datos obtenidos para la investigación; además de tener experiencia en el uso de paquetes estadísticos y de informática básicos.

El presente estudio se realizó con previa autorización de la institución (HNERM) y con el consentimiento informado y/o pleno permiso de los sujetos de estudio. Fue políticamente viable y no conllevó problemas o impedimentos éticos.

### **1.5. Limitaciones del estudio**

Entre algunas de las limitaciones de este estudio se encuentran:

La aplicación del instrumento de recolección de datos de manera física, debido a que el personal se encontraba dentro de áreas aisladas por seguridad de contagio y transmisión del COVID-19, por lo cual se estableció herramientas virtuales.

La presencia de barreras físicas hace muy difícil la interrelación del investigador con los sujetos de estudio, lo cual puede generar sesgos en el muestreo.

Riesgo de contagio por coronavirus por poca cantidad o acceso a equipos de protección personal para el investigador.

Existen áreas del hospital con acceso restringido como las Unidades de Cuidados Intensivos, limitando el contacto directo con el personal que labora en estas áreas,

y por lo cual, se tuvo que optar por otras estrategias para la efectivización de las encuestas, como son llamadas telefónicas, mensajería y uso de aplicaciones de comunicación.

El carácter transversal del estudio impide hacer inferencias sobre la secuencia de eventos y no excluye la posibilidad de causalidad inversa.

El estudio se centra a un período corto, durante el cual los efectos crónicos de la pandemia no han tenido tiempo de manifestarse.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

Alnazly E <sup>(19)</sup>, en su estudio publicado el año 2021, tuvo como objetivo evaluar los niveles de miedo, ansiedad, depresión, estrés, apoyo social y los factores asociados que experimentan los trabajadores de salud en Jordania durante la pandemia. Se vio 365 trabajadores, en los cuales se encontró un nivel elevado de miedo al COVID-19 (puntuación media: 23.64). Las puntuaciones para depresión ( $21.30 \pm 10.86$ ), ansiedad ( $20.37 \pm 10.80$ ), estrés ( $23.33 \pm 10.87$ ) también fueron altos. Los factores que se asociaron a estos hallazgos, fueron ser hombre, estar casado, mayores de 40 años y con más experiencia. En la evaluación del apoyo social, se encontraron niveles moderados a altos de apoyo percibido (familia:  $5.03 \pm 1.30$ , amigos:  $5.05 \pm 1.30$ ). Se concluyó la importancia de que las organizaciones presten atención al bienestar mental de los trabajadores de salud y también el apoyo social ya que, como consecuencia del distanciamiento, hay menos interacción social.

Savitsky B <sup>(20)</sup>, desarrolló el año 2021 un trabajo donde tomó 130 enfermeras israelitas, utilizando el cuestionario Minnesota Satisfaction and Measure of Job Satisfaction para evaluar la satisfacción laboral. Encontró que las enfermeras que trabajaban en comunidad tuvieron mayor satisfacción laboral que aquellas que trabajaban en los hospitales ( $p=0.032$ ); así mismo, aquellas que dieron positivo a COVID-19 tuvieron una satisfacción significativamente menor ( $p=0.009$ ). Las enfermeras que experimentaron falta de equipos de protección personal (EPP) informaron una menor satisfacción ( $p=0.039$ ). Se observó un aumento de su carga laboral como resultado de una escasez de personal, pero esto no se relacionó a una menor satisfacción laboral. Como conclusión vieron que a pesar de las condiciones de pandemia no hubo niveles elevados de insatisfacción laboral, resaltando los valores ocupacionales como el desafío profesional, interés en el trabajo, crecimiento y desarrollo personal e independencia en su práctica.

En un artículo similar hecho por Alrawashdeh <sup>(21)</sup>; tuvo como objetivo evaluar el agotamiento y la satisfacción laboral en médicos de Jordania (2021), explorando además las opiniones, percepciones y experiencias durante la pandemia COVID-19. Utilizaron los cuestionarios abreviados de Burnout Measure-Short version (BMS) y Short Index of Job Satisfaction (SIJS). Se incluyeron 973 médicos. La prevalencia de burnout fue de 57.7% asociándose varios factores como el género femenino, trabajo en hospitales con sobrecarga de pacientes, horas de trabajo extendidas, turnos nocturnos, falta de acceso a equipos de protección personal y la prueba positiva del SARS-CoV-2. En cuanto a la satisfacción laboral, se vio mediante una prueba de regresión lineal que la edad se asoció a mayores niveles de satisfacción. Por el contrario, ser médico de áreas con congestión de pacientes, sueldos bajos y sufrir de estrés predijeron tener menores niveles de satisfacción. Este estudio concluyó que la pandemia conllevó una carga física y psicológica significativa en el personal de salud, por lo que es importante realizar esfuerzos para proteger el bienestar físico y mental de los médicos, mejorar las condiciones de trabajo y concientizar sobre el agotamiento laboral.

En una investigación realizada por Monterrosa-Castro A <sup>(22)</sup>, del año 2020, se tuvo como objetivo el determinar síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos sometidos a la cuarentena. Se aplicó la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD) y el FCV-19S (Fear of COVID-19) en dos grupos poblacionales: médicos que laboraron en el municipio capital y en el municipio no capital. Se incluyeron 531 médicos, de los cuales el 73.3% laboraban en el municipio capital. De ellos, en un 33% se encontró estrés laboral leve y en un 6% estrés severo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos. En un 72.9% se identificó síntomas de ansiedad más frecuente en los que trabajan en la capital ( $p=0.04$ ) y en un 37.1% síntomas de miedo al COVID-19. Como conclusión se vio que 7 de cada 10 médicos tuvieron síntomas de estrés o ansiedad, mientras que 4 de cada 10 tenían miedo a laboral por el COVID-19, sin encontrarse asociación con el municipio donde trabajaban.

Yu X <sup>(23)</sup>, en su trabajo publicado el 2020, analizaron la satisfacción laboral en el personal de salud de primera línea contra la COVID-19 (en la provincia de Hubei, China). Usaron un muestreo randomizado simple y para medir la satisfacción en el

trabajo emplearon el Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ). Se entrevistaron 455 médicos, obteniéndose un score de satisfacción promedio de  $82.58 \pm 11.11$ , siendo los principales factores asociados la educación ( $p=0.002$ ), años de experiencia ( $p=0.006$ ), horas de trabajo con pacientes enfermos ( $p=0.048$ ), duración del sueño ( $p<0.001$ ) y tipo de participación ( $p<0.001$ ). Como conclusión y en palabras del mismo autor, se encontró que la satisfacción laboral en médicos de primera línea estuvo “relativamente decente” en comparación a anteriores estudios similares. Sin embargo, recomienda el cambio de gestión para satisfacer todas las demandas razonables de los médicos, así como el fortalecimiento de la respuesta a emergencias y la mejora en los tiempos para dormir y descansar.

Liu C et al. <sup>(24)</sup>, realizaron una investigación el año 2020, donde identificó factores que influyeron en la ansiedad de médicos en China durante el brote del coronavirus utilizando la Escala de Ansiedad autocalificada (SAS). Se encontró que, de 512 médicos, 32.03% tuvieron contacto directo con pacientes infectados hasta ese momento. La prevalencia de ansiedad fue del 12.5% (leve: 10.35%; moderada: 1.36%; y severa: 0.78%). Aquellos que habían tenido contacto directo presentaron niveles de angustia más altos (OR: 2.33; IC95% 0.65-4.00;  $p=0.0068$ ). También evaluaron la misma variable en médicos con sospecha de infección, los cuales tuvieron puntuaciones más elevadas (OR: 4.44, IC95% 1.55-7.33;  $p=0.0028$ ). En conclusión, todos los médicos mostraron síntomas de ansiedad, sobre todo los que atendieron directamente a los enfermos. El autor propone aplicar programas de intervención psicológica para prevenir, aliviar o tratar este problema de salud mental en el personal de salud.

Bohlken J <sup>(25)</sup> en su trabajo hace un análisis de diversos estudios relacionados a estrés en trabajadores de salud durante la pandemia, incluyendo 14 artículos (entre enero a marzo del 2020), donde usaron como instrumentos de medición al Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ9), la Escala de Autocalificación-Ansiedad (SAS) y el Impacto de la Escala de Eventos (IES-R). Se dispuso de tamaños de muestras variables, con un número entre 37 y 1257 profesionales de salud en su mayoría médicos y enfermeros. De un 7.5% a un 100% fue el porcentaje relacionado a actividades afines al coronavirus. Se encontró una gran proporción de personas con estrés y síntomas de depresión y ansiedad, incluso en grados

graves hasta en un 2.2% y un 14.5%, respectivamente. Existió una correlación directamente proporcional entre la gravedad de los síntomas y la edad, género, ocupación, especialización, tipo de actividades realizadas y la proximidad a los pacientes con coronavirus. Como conclusión, se vio una alta frecuencia de síntomas mentales en el personal de salud, por lo que el autor recomienda el acompañamiento a los problemas mentales e intervenciones para ayudar al afrontamiento.

Magnavita N <sup>(26)</sup> publicó una investigación donde analizó las condiciones laborales y de salud en las que trabajan los médicos anesthesiologists de un hospital central COVID-19 en Italia, el año 2020. Entraron en el estudio 90 participantes, de los cuales 48% eran varones. El estrés laboral se evaluó con el cuestionario Effort Reward Imbalance (ERI), la justicia organizacional con la Escala de Colquitt, el insomnio con el Sleep Condition Indicator (SCI) y la salud mental con la Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS). Se encontró un 71.1% de estrés laboral, el nivel de justicia organizacional fue modesta, siendo la actividad física y la meditación los comportamientos comunes para aumentar la resiliencia. Se informó insomnio en un 36.7%, ansiedad en 27.8% y depresión en un 51.1%. El esfuerzo realizado por el medico se correlacionó con la presencia de síntomas depresivos ( $r=0.396$ ). Se concluyó que los anesthesiologists deben de gozar de buena salud mental para garantizar la adecuada atención de pacientes con COVID-19.

Huang JZ, et al <sup>(27)</sup>, en su artículo estudiaron al personal que trabajó en la primera línea en la epidemia COVID-19 en China el año 2020, para lo cual aplicaron la Escala de Ansiedad autocalificada (SAS) y la Escala de Autocalificación de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD-SS). 246 participantes fueron incluidos. En el personal médico se encontró ansiedad en un 23.04% con una puntuación SAS de  $42,91 \pm 10,89$ . De ellos, la ansiedad de grado grave estuvo presente en un 2.17%, grado moderado en 4.78% y grado leve en un 16.09%. Además, se halló que la ansiedad en el personal médico femenino fue mayor ( $p=0.045$ ). Al analizar la incidencia de este problema en las enfermeras, se encontró que esta fue mayor al de los médicos (26.88% vs 14.29%;  $p=0.039$ ), así como la puntuación de SAS ( $p<0.001$ ). La incidencia de estrés en médicos fue del 27.39% con puntuación del PTSD-SS de  $42.92 \pm 17,88$ . De igual manera, esta puntuación fue mayor en

mujeres ( $p=0.014$ ). Conclusión: Se mostró una incidencia de ansiedad y trastorno por estrés altas en el personal médico y de enfermería, siendo el sexo femenino el más afectado.

Spoorthy <sup>(28)</sup>, realizó un estudio el año 2020, donde mediante búsqueda en varios gestores de información electrónicos, se enfocaron en artículos entre enero y abril del 2020, con la idea de encontrar el estado de la salud mental en tiempos de pandemia. Al analizarlos, se encontró que la mayor parte se orientó en varios factores y aspectos relacionados a la salud mental del personal de salud, básicamente variables sociodemográficas. El sexo, el grupo profesional, la edad, las características del lugar de trabajo y variables psicológicas como la falta de apoyo social, el abandono y la autoeficacia, se asociaron con un incremento en los niveles de estrés, depresión, síntomas de ansiedad e insomnio, sobre todo en aquellos que se encuentran en contacto directo con infectados. Se planteo como conclusión, que es importante el cribado en salud mental para todo el personal que está enfrentando la pandemia del COVID-19, ya que hay evidencia que el coronavirus es un factor de riesgo independiente de estrés laboral y trastornos en la salud mental.

En el estudio hecho el 2020 por Lai J <sup>(29)</sup>, analizaron el nivel de estrés en trabajadores expuestos al coronavirus y sus factores asociados. El artículo fue realizado en China, incluyendo 1257 trabajadores de salud de 34 hospitales. 764 profesionales (60.8%) eran enfermeras, y 493 (39.2%) médicos; 60.5% trabajaron en hospitales de Wuhan, y el 41.5% estaban en la primera línea. De todos ellos, se notificaron los siguientes síntomas: depresión, ansiedad, insomnio y angustia en una proporción de 50.4%, 44.6%, 34.0% y 71.5%, respectivamente. Estos síntomas se presentaron en grados más elevados y en una mayor proporción en mujeres, trabajadores de primera línea, enfermeras y aquellos que trabajaban en los principales hospitales de Wuhan ( $p<0.05$ ). El análisis de regresión logística mostró que personas fuera de la provincia de Hubei tenían menor riesgo de generar angustia y depresión en comparación con la gente de Wuhan ( $p=0.008$ ). Como conclusión, se vio que todos los profesionales de salud que trabajan en la primera línea de atención COVID-19, presentaron algún grado de depresión, ansiedad, insomnio y angustia, especialmente enfermeras y mujeres.

Khanmohammadi S <sup>(30)</sup>, en su trabajo seleccionó 150 enfermeras que trabajaron al menos un mes en salas de coronavirus, aplicando la Escala Ampliada de Estrés de Enfermería (ENSS) de French y el cuestionario de Resiliencia de Connor y Davidson. Las puntuaciones encontradas fueron de  $147.12 \pm 27.19$  y de  $67.43 \pm 10.25$ , respectivamente. El coeficiente de correlación de Spearman mostro una relación significativa e inversa ( $r = -0.187$ ,  $p = 0.022$ ). En las pruebas estadísticas no se encontraron diferencias en relación con el estado civil, educación, salario, genero, cargo o turno. Mediante este estudio se concluyó un nivel alto de estrés en el personal de enfermería siendo sus principales factores la incertidumbre sobre los tratamientos, los pacientes y sus familias. A medida que aumenta la resiliencia, disminuye su estrés laboral, por lo que se determinó que la resiliencia es un modificador del estrés ocupacional.

Pappa S, et al. <sup>(31)</sup>, en su estudio del año 2020, analizaron toda la evidencia existente a la fecha para determinar la prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio en los trabajadores de salud. Ingresaron 13 trabajos en donde estuvieron incluidos 33062 participantes. La depresión fue estudiada en 10 artículos, encontrándose una tasa de prevalencia del 8 al 22%, mientras que la ansiedad se evaluó en 12 estudios, teniéndose como prevalencia un 2 al 23%. Al analizar los subgrupos, se encontraron diferencias en cuanto a género y grupo profesional, siendo las enfermeras y mujeres un conjunto con mayor tasa de síntomas afectivos, en comparación al personal médico o los varones. En cuanto al insomnio, se calculó una prevalencia del 9 al 38% en 4 estudios. Como conclusión, se vio que el personal de salud puede experimentar trastornos negativos sobre su estado de ánimo y el sueño desde tempranas fases de la pandemia COVID-19.

En un artículo publicado el año 2020 realizado por Li Z <sup>(32)</sup>, se evaluó el impacto de la pandemia del COVID-19 en el personal de enfermería. Al estudio entraron 526 enfermeros, de los cuales 234 se encontraban en la primera línea y 292 estaban trabajando en otras áreas. Se midió la traumatización vicaria a través de un cuestionario virtual. Se halló puntajes de traumatización, incluyendo puntuaciones para respuestas fisiológicas y psicológicas, significativamente más bajas en las enfermeras de primera línea que en aquellas no de primera línea ( $p < 0.001$ ). De manera curiosa, las puntuaciones de traumatización en el público general fue más



elevada que el de las enfermeras de primera línea ( $p < 0.001$ ); sin embargo, no se vio diferencias estadísticamente significativas al compararlos con las enfermeras no de primera línea. Se concluyó que no solo se debe prestar atención a la salud mental y problemas de depresión, ansiedad y estrés en los grupos profesionales que trabajan directamente con los pacientes COVID positivo, sino también en aquellos que se encuentran fuera de la primera línea de batalla, sobre todo, en los allegados a pacientes enfermos y aquellas personas más vulnerables.

Tiete J <sup>(33)</sup>, realizó una publicación el año 2021. Se evaluó el agotamiento, el insomnio, la depresión, la ansiedad y el estrés, y tuvo como objetivo el determinar diferencias en la salud mental en médicos y enfermeras que trabajaban en unidades de atención de pacientes COVID y no COVID. Para hacer las mediciones usaron las escalas Stanford Professional Fulfillment Index (PFI), Insomnia Severity Index (ISI) y Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS), respectivamente. Participaron 647 personas. Se obtuvo que casi la mitad de los participantes tuvo un nivel significativo de burnout, y solo uno de cada tres participantes informó sentirse satisfecho profesionalmente. Dos de cada tres tenían síntomas de insomnio. La mitad tenían síntomas de depresión y ansiedad, y poco menos de la mitad tenían síntomas de estrés significativo. Después de ajustar los factores de confusión, el análisis no mostro diferencias entre trabajadores de áreas COVID y no COVID. Los modelos de regresión lineal revelaron mayores niveles de estrés, insomnio y ansiedad en enfermeras versus médicos. Factores de riesgo para peores resultados fueron ser enfermera, joven, con mayor carga de trabajo y el haber estado aislado. Se concluyó que el cuidado directo de pacientes COVID no está asociado a peores resultados de salud mental y que los trastornos identificados requieren atención especial y es necesario implementar intervenciones específicas.

Piotrowski A <sup>(34)</sup>, hizo un estudio el año 2022. El objetivo fue identificar los niveles de intención de dejar la organización y la satisfacción laboral en una muestra de 390 enfermeras polacas. Se encontró que casi el 25% de la muestra reportó alta intención de rotación, y una proporción similar indicó baja satisfacción laboral. La resiliencia estuvo estadísticamente relacionada a esta última. En los modelos predictivos de satisfacción laboral, el factor organizativo resultó significativo (relacionado positivamente), mientras que la experiencia laboral fue un predictor

negativo de la intención de abandono. Se determinó que el estrés ocupacional fue un mediador entre la resiliencia y la intención de dejar su trabajo, y la propia satisfacción laboral. Se concluye que las variables estudiadas están íntimamente relacionadas y que es importante mejorar las condiciones de trabajo aun en tiempos de crisis.

Said RM <sup>(35)</sup>, el 2021 publicó un estudio cuyo propósito fue evaluar el estrés ocupacional, la satisfacción laboral y la intención de irse, entre las enfermeras que tratan con pacientes sospechosos de COVID-19. Se tuvo una muestra de 210 personas, de las cuales tres cuartas partes (75.2%) tenían niveles de estrés altos. Los estresores identificados de mayor prioridad fueron la sobrecarga de trabajo (98.6%), el trato con la muerte (96.7%), las demandas personales y los miedos (95.7%), el empleo de estrictas medidas de bioseguridad (95.2%), y el estigma (90.5%). La exposición y riesgo de infección fue una de las variables predictoras más importantes (97.6%). Mas de la mitad del personal evaluado (51.0%) presentaron niveles bajos de satisfacción laboral y solo el 4.8% indicaron que definitivamente no tenían intención de dejar su actual trabajo. Como conclusión se vio que la pandemia COVID-19 agregó una carga adicional a esta labor ya estresante. Un ambiente de trabajo con alto estrés resultó en insatisfacción laboral con tendencia a dejar el trabajo en el futuro. Hay que dar énfasis en la adopción de estrategias para reducirlo.

Caillet A <sup>(36)</sup> el 2020 hizo un trabajo que propuso una encuesta utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Impacto de Evento - Revisada (IES-R) a las personas que trabajaban en cinco UCI de un hospital universitario francés. La incidencia de ansiedad y depresión fue del 48% y 16%, respectivamente. Síntomas de trastorno de estrés post traumático (TEPT) estaban presentes en el 27% de los encuestados. Los factores de riesgo para ansiedad fueron estar asignado a una UCI-COVID (OR = 2.081; IC95%: 1.035 - 4.184), y el no estar capacitado en medicina intensiva (OR = 2.570; IC95%: 1.344 - 4.901). Por otro lado, el antecedente de burnout fue un factor de riesgo importante para TEPT (OR = 4.591; IC95%: 1.464 - 14.397). Se concluyó que el COVID-19 tuvo un impacto fuerte sobre los trabajadores de las UCI, lo que debe incentivar a la creación de protocolos de prevención en personas de riesgo.

A nivel nacional son pocos los estudios relacionados al presente trabajo, sin embargo, resaltan por su cercanía y similitud los siguientes:

Olga Carrasco <sup>(37)</sup>, en su trabajo del año 2020, tuvieron como objetivo determinar la relación entre factores estresores y la satisfacción laboral en un hospital público de Chimbote, Perú. Se reclutaron 60 enfermeras a las cuales se les aplicó el cuestionario Nursing Stress Scale (NSS) y la encuesta de satisfacción del personal de salud del MINSA. Al analizar los estresores se vio que todos ellos se asociaron a un grado de estrés medio o moderado, siendo las prevalencias del 63.3% en el aspecto ambiental, 83.3% en el laboral y 51.7% en el aspecto personal. Respecto a la satisfacción ocupacional, se vio que en enfermeras que laboraban en servicios críticos, 53.4% tenían un nivel medio de satisfacción, 28.3% una baja satisfacción y un 18.3% un nivel alto de satisfacción. Se encontró una asociación significativa entre la satisfacción laboral y estresores ambientales ( $p < 0.01$ ) y estresores personales ( $p < 0.05$ ). Se concluye que la presencia de factores ambientales y personales positivos o negativos se asocian a satisfacción ocupacional en enfermeras peruanas.

Carlos Virto-Concha <sup>(38)</sup>, en su estudio (año 2020), estableció la relación entre estilos de afrontamiento y estrés, ansiedad y depresión en enfermeras que trabajaron en la primera línea contra el COVID-19. Se realizaron 91 encuestas aplicando el Test DASS-21 (escala de depresión, ansiedad y estrés) y el Brief-Cope 28 (inventario de estrategias de afrontamiento al estrés). Se encontró una prevalencia de depresión del 30.8%, ansiedad del 41.8% y estrés del 34.1%. En los estilos de afrontamiento, prevaleció el de tipo espiritual con un 83.3%, seguido del afrontamiento cognitivo (79.1%) y el afrontamiento de apoyo social (67.0%). El bloqueo de afrontamiento fue de un 27.8%. El estrés estuvo relacionado con la depresión ( $p < 0.01$ ) y la ansiedad ( $p < 0.01$ ); así como la ansiedad a la depresión ( $p < 0.01$ ). Se concluyó que la relación del afrontamiento social podría fortalecer relaciones familiares del personal de salud, por el contrario, el bloqueo de afrontamiento o afrontamiento de evitación podría generar problemas posteriores.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Coronavirus: COVID-19 o SARS-CoV-2**

Los coronavirus son una amplia familia de virus que generan patologías a gran variedad de animales y también afectan al hombre. Se caracterizan por poder transmitirse desde los mismos animales hacia el ser humano, constituyendo así enfermedades de tipo zoonosis. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) generan cuadros clínicos variados desde un resfriado común de tipo estacional, muy parecido al patrón anual del virus de la influenza, hasta cuadros graves como los que son generados por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, de sus siglas en inglés) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV). Es así, que en el año 2003 se generó una epidemia del virus SARS que generó más de 8000 casos en 27 países con una tasa de letalidad del 10%. Otro ejemplo se produjo en el 2012, donde se reportaron 2499 casos de MERS-CoV en 27 países (sobre todo en la región de Arabia Saudí), con una letalidad de 34%, por generación de cuadros respiratorios graves <sup>(39)</sup>.

Todos estos son virus ARN de la subfamilia Orthocoronavirinae, dentro de la familia Coronaviridae (orden Nidovirales) <sup>(40)</sup>. Son molecularmente grandes, envueltos con una membrana lipídica y de cadena positiva. Se dividen en cuatro géneros: alfa, beta, delta y gamma, de los cuales se conoce que los CoVs alfa y beta infectan al hombre <sup>(39,40)</sup>. Estos virus se han aislado en gran diversidad de murciélagos, lo que sugiere que son su principal reservorio <sup>(41)</sup>. El nuevo coronavirus SARS-CoV-2, es el séptimo virus de esta familia siendo aislado, y es capaz de generar infección en el humano <sup>(39)</sup>.

Estructuralmente miden entre 100 a 160 nm de diámetro, son esféricos y con cubierta. Su material genético es un ARN monocatenario, este codifica 4 proteínas principales: la proteína S (spike protein), la proteína E (envelope), la proteína M (membrane) y la proteína N (nucleocapsid). De estos, la proteína S se caracteriza por ser parte de la estructura de la cubierta del virus, el cual sobresale y contiene el dominio de unión a manera de receptor celular, y determina el tropismo del virus y su afinidad por estructuras proteicas determinadas del hospedero. Al unirse a

estos receptores se permite la fusión con la membrana celular y su liberación al interior de la célula infectada, para posteriormente proseguir con su replicación y su liberación <sup>(42)</sup>.

## **Transmisión**

Según estudios que se realizaron con diferentes cepas de coronavirus, se vio que su manera de transmisión de animales enfermos a humanos se daba a partir de secreciones respiratorias y gastrointestinales <sup>(43)</sup>. La nueva pandemia del COVID-19, se detectó inicialmente en personas que habían estado en contacto con carne de murciélago expendido en un mercado de la ciudad de Wuhan, siendo por tal razón la principal vía de contagio inicial sospechada de esta nueva enfermedad. La vía de transmisión entre humanos se da principalmente a través de secreciones respiratorias de personas infectadas, ya que el virus se encuentra en gotas respiratorias mayores de 5 micras que son capaces de viajar y permanecer hasta una distancia de 2 metros. La transmisión se puede dar también mediante las manos y los fómites contaminados con las secreciones mencionadas y con las mucosas de la nariz, boca y ojos <sup>(44)</sup>.

Por otro lado, se investigó la permanencia del virus en el ambiente y a diferentes condiciones. Por ejemplo, puede quedar viables en superficies de cobre, cartón, acero y plástico por un tiempo de 4, 24, 48 y 72 horas respectivamente, cuando se mantiene el ambiente de 21 a 23°C y con 40% de humedad relativa. En otros estudios se vio que pueden permanecer hasta 3 horas sobre superficie de papel, de 1 a 2 días sobre madera, ropa o vidrio y más de 4 días cuando se aplica en billetes de dinero y mascarillas quirúrgicas <sup>(45)</sup>.

Así mismo, se detectó este virus en muestras de aire en hospitales de Wuhan. Aunque la mayoría de estas fueron negativas, se detectó concentraciones variables sobre todo en los baños de los pacientes y en habitaciones designadas para el retiro de los implementos de protección personal (18-42 copias/m<sup>3</sup>). Tras aumentar la limpieza de los ambientes mencionados, se pudo reducir la concentración de virus en las superficies comprometidas <sup>(46)</sup>.

Aunque el virus del COVID-19 puede producir síntomas gastrointestinales, no ha quedado demostrado que las heces sean una vía infectiva, y en caso de existir, tendría un impacto menor en la evolución de la pandemia <sup>(47)</sup>. Finalmente, no hay evidencia contundente sobre la transmisión vertical, no encontrándose muestras de este virus en líquido amniótico, cordón umbilical o leche materna <sup>(48)</sup>.

## **Fisiopatología**

El virus del COVID-19 afecta principalmente las vías respiratorias bajas, generando en casos severos respuestas inflamatorias sistémicas exacerbadas y fenómenos protrombóticos a nivel de diversos órganos <sup>(49)</sup>.

El virus utiliza la proteína de espiga (S) de su superficie, la cual está densamente glicosilada y tiene afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), la cual se expresa en las células alveolares de tipo II. Al unirse a dicho receptor el RNA de virus ingresa a las células del tracto respiratorio expresándose proteínas virales a través del proceso de traducción <sup>(42)</sup>. A partir de aquí, se generan procesos fisiopatológicos relacionados <sup>(50)</sup>:

**Efecto citopático directo:** Predominante en las primeras etapas de la infección.

**Respuesta inflamatoria del huésped no regulado:** Predominante en las últimas etapas de la enfermedad.

La superposición de estas etapas determina los 3 estadios básicos de la enfermedad, los que se resumen a continuación <sup>(49,50)</sup>:

**Estadio I (fase temprana):** Posterior a la replicación viral se genera un efecto citopático en las células con activación de la respuesta inmunitaria innata del huésped. Es la fase clínica caracterizada por síntomas generales, por lo usual leves, como fiebre, malestar, mialgias, artralgias y que se acompaña de linfopenia y elevación del dímero-D y DHL.

**Estadio II (fase pulmonar):** Al activarse la respuesta inmunitaria adaptativa del huésped se genera una disminución de la viremia, sin embargo, inicia una cascada inflamatoria capaz de generar daño en los tejidos, formando a nivel del parénquima pulmonar múltiples infiltrados alveolo-intersticiales, empeorando el cuadro clínico con disnea e insuficiencia respiratoria. Esto suele acompañarse de mayor linfopenia y elevación del PCR y de las transaminasas.

**Estadio III (fase hiperinflamatoria):** Se caracteriza por el desencadenamiento de disfunción multiorgánica, con empeoramiento del cuadro pulmonar y riesgo de mortalidad elevada. Esta respuesta inmune no regulada también es denominada como síndrome de tormenta de citoquinas.

Las citoquinas proinflamatorias y las quimiocinas (factor de necrosis tumoral alfa TNF $\alpha$ , interleucinas 1 y 6, factor estimulante de colonias de granulocitos, etc), se encuentran elevadas en los pacientes con COVID-19 <sup>(49)</sup>. Por lo que la tormenta de citoquinas descrito juega un papel importante en la gravedad del cuadro clínico y en el inicio de la disfunción multiorgánica; sin embargo, según los estudios se vio que previo a este estado proinflamatorio se genera una etapa de inmunosupresión secundaria a un agotamiento funcional de los linfocitos CD4 y CD8, lo que se ha asociado a un alto riesgo de sobreinfección bacteriana <sup>(50)</sup>.

El virus del COVID-19 también se relaciona con estados de hipercoagulabilidad secundario al efecto citopático del virus sobre el endotelio vascular y también a la respuesta inflamatoria del huésped <sup>(47)</sup>. Este trastorno se traduce en la generación de microtrombos en el lecho vascular pulmonar (generando incremento de la hipoxia) y posterior asociación a coagulación intravascular diseminada con repercusión sistémica severa <sup>(49)</sup>.

El tiempo de incubación medio de este virus es de 3 a 6 días, tiempo a partir del cual inicia la sintomatología. El tiempo desde que inicia los síntomas hasta que se genera disnea es de 5 a 6 días, requiriendo hospitalización al séptimo u octavo día. Al inicio los pacientes suelen estar estables, pero luego se descompensan con cuadros de hipoxia grave, siendo muy característico el ARDS (Síndrome de distrés

respiratorio agudo), que suele manifestarse 8 a 12 días después del inicio de los síntomas <sup>(49,50)</sup>.

### **Expresión clínica y gravedad**

El espectro de síntomas del coronavirus es amplio, comenzando con los múltiples casos asintomáticos que, como su mismo nombre lo dice, no generan molestias pero que pueden transmitir la enfermedad. Dentro de los síntomas y signos más frecuentes tenemos: fiebre (síntoma más común), tos sin expectoración, debilidad y astenia, tos productiva en menos cantidad de casos, dificultad respiratoria (hasta en un 18.6%), dolor de garganta y odinofagia, dolores de cabeza, mialgias, artralgias, malestar general, escalofríos, náuseas, congestión nasal, diarrea, y en casos seleccionados incluso se puede ver hemoptisis y adenopatías dolorosas <sup>(6)</sup>.

De igual manera, se han descrito síntomas menos comunes relacionados a la infección por coronavirus en series de casos con afectación en diferentes órganos, como por ejemplo: accidentes cerebro vasculares, alteración del estado de conciencia, ataxia, epilepsia, hipogeusia, hiposmia, neuralgias, miocarditis, visión borrosa, congestión conjuntival, e incluso casos de hipercoagulabilidad manifestada en cuadros de infartos agudos de miocardio y trombosis vascular arterial y venosa <sup>(51)</sup>.

La afectación pulmonar es la más representativa de esta enfermedad. La neumonía por COVID-19 genera imágenes tomográficas características, con infiltrados en “vidrio delustrado” o “vidrio esmerilado” múltiples y bilaterales con consolidaciones parcheadas prominentes, generalmente de distribución periférica con predilección de los lóbulos inferiores, aunque también puede generar imágenes consolidativas francas. Todas estas son responsables de los diferentes grados de dificultad respiratoria manifestada por los pacientes y los cuales son el principal motivo de hospitalización e ingreso a unidades de cuidados intensivos <sup>(50)</sup>.

En cuanto a la gravedad de la sintomatología y de la enfermedad en general, a lo largo de los meses de pandemia han salido múltiples reportes sobre la experiencia y la recolección de datos clínicos, sacando como común denominador que



aproximadamente el 80% de todos los pacientes confirmados presentaron síntomas leves a moderados, incluyendo cuadros de neumonía leve; un 15% se caracterizaron por generar síntomas graves que incluyen disnea progresiva, taquipnea y desaturación que desencadenaron finalmente cuadros de insuficiencia respiratoria con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> bajos y la presencia de infiltrados pulmonares múltiples y bilaterales con afectación parenquimal incluso mayor al 50%; y en un 5% se reportaron cuadros críticos de insuficiencia respiratoria asociados a sobreinfección, septicemia, shock séptico y falla multiorgánica que necesitaron manejo en una unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica y soporte multidisciplinario <sup>(6)</sup>. Como se puede apreciar, estas cifras hacen referencia a pacientes sintomáticos, ya que no se tiene un reporte exacto de pacientes asintomáticos, los cuales probablemente constituyan la mayor parte de pacientes con esta enfermedad <sup>(9)</sup>.

En cuanto a la letalidad, se realizaron muchos reportes con cifras comparables. Según series publicadas en el CDC Chino, se reportó una letalidad bruta de 2.3%. Se vio que el grupo etario más afectado son los ancianos, encontrándose que en mayores de 80 años hubo una letalidad que llegaba a cifras cercanas a un 15%. Si enfocamos la letalidad en razón de las comorbilidades de los pacientes, se vio que en aquellos sin antecedentes de importancia tuvieron una tasa de letalidad del 0.9%, a diferencia de aquellos con comorbilidades, que tuvieron cifras más elevadas de hasta un 10.5% para pacientes con enfermedad cardiovascular, 7.3% con diabetes mellitus, 6.3% para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 6.0% para hipertensión arterial y 5.6% para pacientes con cáncer <sup>(52)</sup>.

En múltiples estudios de cohortes se analizaron los factores de riesgo más importantes que están asociados a un incremento de la gravedad y de la mortalidad por COVID-19. Estos factores son la edad avanzada, el sexo, enfermedades pulmonares como el EPOC o la fibrosis pulmonar, antecedentes de hábito tabáquico, la enfermedad coronaria obstructiva crónica, la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertensión arterial, la enfermedad renal crónica (sobre todo en estadios avanzados o dependientes de hemodiálisis), cáncer y estados de inmunosupresión <sup>(6)</sup>. Resultado de estos factores de riesgo y de las condiciones de los servicios de salud a nivel mundial, se reportaron cifras elevadas de muerte acumulada, siendo para mediados de mayo del 2021 un total de 3 364 446 muertes

reportados a nivel mundial y en el Perú, para la misma fecha, un total de 65,608 fallecidos por esta enfermedad <sup>(9)</sup>.

### **Pandemia, crisis y perspectivas**

El potencial de propagación del patógeno se representa por  $R_0$  y se refiere a la cantidad de personas que podrán contagiarse a partir de una persona enferma en una población susceptible, no protegida por la vacunación o la intervención. La infección por SARS-CoV-2 tiene un  $R_0$  de alrededor de 2.0-2.5, lo que significa que un paciente con COVID-19 puede infectar a un máximo de 2 a 3 personas <sup>(53)</sup>. En base a esta premisa, esta sustentados todos los esfuerzos como las cuarentenas, el encierro, el distanciamiento social, el lavado de manos, el uso de máscaras y/o protectores faciales, etc., los cuales en su conjunto son intervenciones para alterar el  $R_0$  del SARS-CoV-2 y así la curva epidémica se aplane o disminuya <sup>(54)</sup>.

Con la llegada de la pandemia se rompieron muchos sistemas de salud, afectando significativamente la economía de muchos países. La infraestructura sanitaria y los espacios vacíos fueron superpoblados por necesidad de atención médica, y todas las naciones tuvieron que hacer y hacen un enorme esfuerzo para tratar de contener la transmisión comunitaria generalizada. La pandemia de COVID-19 tiene el potencial de crear devastadoras crisis sociales, económicas y políticas que dejan profundas cicatrices, por lo que requiere que toda la sociedad limite la propagación de la enfermedad y amortigüe su impacto <sup>(54)</sup>.

En ciertos países se está volviendo obvio que después de la pandemia, las personas que se recuperen de la infección por coronavirus podrían ser rechazadas o estigmatizadas. Los trabajadores de salud necesitarán tiempo para recuperarse de la gran carga laboral y emocional que supone esta pandemia. Las personas que pasaron por largos períodos en cuarentena y/o enfermos en una cama, llevarán las cicatrices de su experiencia <sup>(54)</sup>. Las diferentes comunidades se adaptaron al nuevo estilo de vida y van encontrando nuevas maneras de unirse, haciendo uso de la tecnología, incluso cuando deben de mantenerse separadas. Puede que surja un nuevo orden social cuando termine esta pandemia, aunque aún queda en la

imaginación el desarrollo de la misma sobre todo en sociedades que en suma tienen que afrontar una recuperación lenta de su propia economía <sup>(53)</sup>.

Las enfermedades han desestabilizado muchas veces ciudades y sociedades, y al momento de ser elaborado el presente trabajo de investigación, la pandemia por COVID-19 aún no ha terminado. Aún permanece la crisis sanitaria y el golpe socioeconómico que trajo consigo, sobre todo en países en desarrollo como el Perú; persiste la incertidumbre de cuando acabará realmente este problema de salud pública, cuantas “olas” habrá y cuando regresará a la normalidad la vida de las personas. Solo queda la certeza de mejora con el advenimiento de las tan esperadas y ansiadas vacunas que, si bien muestran resultados alentadores y se espera que puedan ser los medios principales que bloqueen la propagación de manera explosiva de este virus, aun no se conocen sus verdaderos efectos protectivos a largo plazo. Se necesita salvar vidas ahora y a la vez mejorar la forma en que enfrentamos a los brotes de enfermedades en general y en el futuro.

### **2.2.2. Estrés y estrés laboral**

Estrés y estrés laboral son dos términos ampliamente conocidos pero que los autores aun no tienen un consenso en su definición. La Organización Mundial de la Salud en el año 2010, definió el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. Se entiende que, ante un estímulo externo, el organismo pone en marcha una serie de mecanismos fisiológicos y psicológicos que lo preparan a enfrentarse al mismo. Por lo que, debemos de entender que este es un mecanismo natural, sin embargo, se producen situaciones en que esta respuesta es exagerada o insuficiente, generándose trastornos psicológicos en diferente intensidad, así como cambios físicos que se encuentran estrechamente ligados, denominándose a esto somatización <sup>(55)</sup>.

El estrés como una respuesta normal o mecanismo de protección, puede ser estimulante y saludable (eustrés) con el fin de llevar a cabo tareas rápidas y eficaces, permitiendo al cuerpo reaccionar favorablemente a retos y cambios en la vida diaria, sin embargo, este estado de “normalidad” puede pasar a ser distrés

(respuesta exagerada ante un estímulo), el cual puede darse de manera aguda (producto de una agresión intensa) cuando tiene una duración menor a cuatro semanas, o crónica cuando es de larga duración. El distrés mientras más tiempo permanezca puede condicionar un deterioro en la calidad de vida de la persona, deterioro en su vida social y personal, que puede generar muchas consecuencias negativas <sup>(55)</sup>.

El estrés crónico, no es necesariamente intenso, pero si prolongado en el tiempo; requiere adaptación permanente pudiendo llegar a sobrepasar el umbral de resistencia de la persona, lo que finalmente generará las llamadas enfermedades de adaptación. Si el cuerpo se encuentra sobreestimulado y se agotan las resistencias fisiológicas de la persona, el estrés se convierte en distrés <sup>(56)</sup>. El estrés crónico se da por un estímulo prolongado a factores externos (como sucede en el personal de salud), o por condiciones crónicas en respuesta al estrés (como sucede en personas deprimidas o con estrés post traumático). Fisiológicamente, es aquí donde el sujeto es sometido a las llamadas hormonas del estrés (catecolaminas, adrenalina, noradrenalina y los corticoides), liberadas por el sistema nervioso autónomo simpático y glándulas suprarrenales <sup>(55,56)</sup>.

Dentro de las posibles consecuencias de la cronificación del distrés, está la aparición de un abanico de síntomas, tanto físicos como psíquicos; entre los que más destacan, tenemos:

**Síntomas físicos:** Los más prevalentes son las cefaleas, síntomas de irritación gástrica, incremento de la presión arterial e incremento de los síntomas o manifestaciones abruptas del síndrome de colon irritable. En muchos reportes, se evidencia cuadros progresivos e intermitentes caracterizados por taquicardia, sudoración, temblores, tics nerviosos, caída del cabello, dismenorrea en la mujer, bruxismo, tensión y contracturas musculares, falta o incremento del apetito, obesidad, alteraciones dermatológicas, fatiga e incluso mayor susceptibilidad a la adquisición de enfermedades infectocontagiosas por disminución de la inmunidad natural del organismo <sup>(55)</sup>.

**Síntomas psíquicos:** Se describen una defectuosa concentración, ralentización en la toma de decisiones, incremento de los errores técnicos en el trabajo, pérdida de la memoria, aparición de cuadros de ansiedad y de “ideas parásito” con contenidos negativos o de naturaleza catastrófica, y bradipsiquia. Estos trastornos pueden desencadenar cambios emocionales en la persona, con presencia de labilidad emocional y cambios en el estilo y calidad de vida, asociados a inquietud, miedo o pánico, preocupación excesiva, irritabilidad, reducción de la libido, disminución de la autoestima y constantes cambios de humor. Si estos cambios progresan, pueden finalmente aparecer o virar a trastornos mentales totalmente establecidos, como son cuadros de extrema ansiedad por el trabajo, depresión mayor, psicosis y en casos extremos, incluso la aparición de ideas de autoeliminación <sup>(55,56)</sup>.

Si hablamos de estrés laboral, el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), define a este problema como “un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del entorno o la organización del trabajo” <sup>(57)</sup>. El factor estresante principal es la propia naturaleza del trabajo que, en ocasiones, carece de experiencias positivas, y en otras, presenta un exceso de aspectos laborales negativos, como la falta de seguridad, situaciones de riesgo o peligro, o un excesivo número de horas de trabajo <sup>(55,57)</sup>.

Un informe publicado por la OMS, define el estrés laboral como “la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para enfrentar la situación”. También afirma que, “se considera que el estrés laboral afecta negativamente a la salud psicológica y física de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan” <sup>(58)</sup>. Esto refleja que las altas demandas y malas condiciones de trabajo en profesionales de salud afectan significativamente la calidad de vida del trabajador. Las consecuencias de tener condiciones adversas y el subsecuente incremento de estrés son principalmente el aumento de la tasa de accidentes, la morbilidad y el absentismo, entre otros <sup>(55)</sup>.

## Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout, o síndrome del trabajador quemado, es un término muy utilizado actualmente. Este término fue acuñado en 1974 por primera vez, gracias a Herbert Freudenberger, y posteriormente autores como Hartman, Maslach, Cherniss, Jackson, Salanova, entre otros, expusieron su creciente interés de estudio por asociarse a aspectos como el bienestar emocional y laboral, así como la llegada de nuevos conocimientos sobre sus efectos en el trabajador <sup>(59)</sup>. Entre todos estos autores resalta Maslach (1978), quien menciona que esta patología es un síndrome psicológico que aparece como respuesta a múltiples estresores crónicos del ambiente laboral en el que se desenvuelve la persona, y que puede traer consigo, múltiples consecuencias a posterior <sup>(55,59)</sup>.

Este síndrome es muy común en el personal sanitario y también en trabajadores de educación. Es así como Maslach, agrupa los síntomas principales en tres grupos muy reconocidos <sup>(55,59)</sup>:

**Cansancio emocional:** Componente individual básico del síndrome de Burnout. Esta manifestado por agotamiento físico y psíquico, apatía, desesperanza y un autoconcepto negativo. Se refiere a sentimientos que nacen al estar sobre exigidos y vacíos de recursos emocionales y/o recursos físicos.

**Evitación y aislamiento:** Relacionado al componente interpersonal. A la larga lleva al absentismo laboral, con evitación a las reuniones laborales y generación de hábitos negativos como conductas hostiles o cambios en el estado de humor e incluso el desempeño profesional puede reducirse en tiempo y calidad.

**Sentimiento de inadecuación personal y profesional:** Presencia de deterioro de la capacidad laboral y pérdida de sentido de gratificación. Es un factor de autoevaluación, en donde el sentimiento de autoeficacia se encuentra disminuido y se ve intensificado por la carencia de logros y productividad, falta de recursos en el trabajo, falta de apoyo social y de oportunidades de superación.

Al hablar de síndrome de Burnout y estrés laboral, algunos autores indican que se refiere a lo mismo, sin embargo, otros señalan matices que las diferencia. Por ejemplo, Starrin afirma que la diferencia es que el Burnout es un síndrome netamente negativo con todas sus consecuencias, en cambio el estrés ocupacional puede llevar a situaciones positivas y negativas. Para Maslach, el Burnout es una reacción a la sumatoria continua de estresores laborales, cuyas consecuencias se expresan en el ámbito físico, psicológico y social de la persona afectada <sup>(59)</sup>.

## **Fuentes de estrés laboral**

Las fuentes de estrés laboral o denominados estresores se han categorizado, por muchos autores, en dos grupos: desencadenantes y facilitadores.

Los desencadenantes son aquellos que incrementan el riesgo de padecer estrés laboral, siendo los más importantes <sup>(56,59)</sup>:

**Factores ambientales:** Relacionado a condiciones ambientales negativas, como los problemas económicos, las políticas laborales, cambios tecnológicos que dificulta o mejoran el buen desempeño de tareas, discomfort físico incluyéndose la sobrecarga laboral demandante.

**Factor organizacional:** Relacionado a la situación en la cual se encuentra la institución en relación con los servicios que ofrece, las relaciones interpersonales con jefes, pares o subordinados, el clima organizacional, estructura, jerarquización, centralización, participación, autonomía y funcionamiento.

**Factor individual:** Relacionado a factores personales en los que los jefes o superiores no pueden tener influencia, como son problemas familiares del trabajador, problemas económicos, angustias y aspectos propios de su personalidad o carácter. Además, aquí se puede incluir el término de desempeño de roles, el cual va estar en relación a expectativas y demandas que se espera del trabajador que ocupa cierto cargo o posición.

Por otro lado, los factores facilitadores son aquellos de naturaleza personal que intervienen en el trabajador incrementando o disminuyendo su estado de estrés. Son numerosos factores, siendo los más importantes los siguientes <sup>(59)</sup>:

**Edad:** Al momento se mantiene como un tema controversial, teniéndose como concepto general que a mayor edad menor es la tendencia de Burnout, ya que estos manejan de mejor manera estrategias de afrontamiento y tienen expectativas mucho más realistas, a diferencia de personas jóvenes que se encuentran empezando su carrera profesional, siendo vulnerables en sus primeros años de trabajo, y tienden a ser más idealistas y con expectativas altas que muchas veces no se satisfacen.

**Sexo:** Hay muchas controversias sobre el sexo y su relación con el estrés, ya que clásicamente se relacionan a estereotipos de rol de género o por la inclinación del sexo hacia ciertos tipos de trabajo (por ejemplo, es más común ver enfermeras mujeres que varones o existe mayor probabilidad que un policía sea varón que mujer). Existen muchos estudios que indica que las mujeres sufren de estrés en mayor proporción y otros que inclinan esta premisa hacia los varones.

**Tiempo de servicio:** Se vio en muchos trabajos de investigación, que durante los primeros años de carrera, y luego de los 10 años de experiencia se genera menos asociación a estrés laboral o Burnout. Aquellas personas que se encuentran muy afectadas por este síndrome tienen a abandonar sus trabajos, sin embargo, aquellos que tienen más años de experiencia presentan menos Burnout y generalmente siguen laborando.

**Estado civil:** Algunos reportes indican que aquellas personas solteras tienen más riesgo de estrés laboral que los casados y divorciados, lo cual se puede explicar por la madurez emocional que presentan y porque por lo general, tienen mayor capacidad para afrontar problemas por el apoyo familiar que reciben.



**Personalidad:** Esta es una variable muy importante en relación al estrés laboral, considerándose que aquellas personas sensibles, entusiastas, idealistas y con niveles altos de empatía, tienen más riesgo de desarrollar síndrome de Burnout.

Es importante destacar que, a pesar de que el síndrome de Burnout gira alrededor de las condiciones laborales, variables organizacionales y del entorno de trabajo, los factores personales e interpersonales juegan un papel importante en su desarrollo ya sea estimulándolo o inhibiéndolo <sup>(59)</sup>. Todos estos factores descritos se ven intensificados por factores externos como la actual pandemia COVID-19, ya que este genera un impacto psicológico en la población, agravado por factores socioeconómicos desfavorables y el miedo a contraer la enfermedad, sobre todo en personas que trabajan directamente con pacientes enfermos (como el personal de salud), lo cual empeora los niveles de ansiedad <sup>(60)</sup>.

### **Consecuencias del estrés laboral**

El estrés permanente en el tiempo, si no se controla, puede generar consecuencias negativas en la persona, tanto físicas como psicológicas. Inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad de la persona generando una potenciación de sus habilidades como la atención, la memoria, el rendimiento, entre otros, lo que es positivo al aumentar su productividad. Sin embargo, si este estado estresante se mantiene en el tiempo o es muy intenso, todos estos recursos se agotan y llega el cansancio a la persona con la subsecuente pérdida de rendimiento y la productividad <sup>(56)</sup>.

Las organizaciones corren el riesgo de lidiar con una calidad de trabajo disminuido por parte de un empleado que sufre de síndrome de Burnout, ya que como consecuencia, tendremos estándares de producción mínimos, mayor riesgo de errores y disminución de la capacidad creativa e innovadora del empleado <sup>(60)</sup>. Un mayor problema se verá en aquellas instituciones que brindan servicios directos a las personas, como servicios de salud, donde debido a una baja calidad de atención se pueden cometer negligencias <sup>(58)</sup>.

Entre las principales consecuencias que puede generar el presentar estrés laboral, tenemos las siguientes <sup>(56,59)</sup>:

**Carencia de motivación:** Cuando disminuye la motivación en el empleado se suman sentimientos negativos hacia su propio desempeño que van desde la indiferencia hasta la desesperación en el mismo trabajo.

**Disminución del rendimiento:** Lo cual se ve reflejado en el quehacer humano con pérdida del desempeño profesional y personal.

**Actitud negativa:** El trabajador puede desarrollar sentimientos y actitudes negativas hacia los propios clientes, a los que puede llegar a tratar de manera despersonalizada e incluso inhumana.

**Incapacidad:** Se puede generar un sentimiento de incapacidad para realizar el trabajo de manera eficiente y correcta, a pesar de que este pueda mostrar mucho interés por el mismo.

**Rotación:** Los trabajadores que sufren de síndrome de Burnout se caracterizan por presentar índices de rotación superiores al normal. Por lo general, requieren cambios continuos en los puestos que ejercen.

**Intención y abandono de trabajo:** El trabajador empieza a presentar cada vez mayor dificultad para desarrollar su trabajo, por lo que le cuesta mayor esfuerzo soportar las consecuencias físicas y psicológicas secundarias al estrés laboral que padece, por lo cual, en casos severos tienden a abandonar o renunciar al trabajo.

**Absentismo, retrasos y pausas prolongadas:** Los trabajadores empiezan a relajarse e incumplir sus obligaciones laborales, lo que conduce a retrasos, necesidad de descansos prolongados y absentismo laboral. Este último ocurre de manera involuntaria desde la aparición del Burnout, siendo una consecuencia indefectible del mismo.

En términos generales, el estrés laboral puede conducir a consecuencias negativas múltiples en el mismo trabajador, perturbando su salud, su rendimiento y su integridad cognitiva, pero también afecta a la institución y a la sociedad por lo que es importante la aplicación de estrategias de intervención para su prevención y para su manejo <sup>(60)</sup>.

A nivel individual el estrés laboral puede generar influencias negativas en la salud del trabajador, lo cual se genera por muchas vías que se pueden explicar cronológicamente de la siguiente manera <sup>(58,60)</sup>:

Primero se tienden a **modificar los hábitos relacionados con la salud**, incrementándose conductas no saludables (ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, ingesta copiosa de alimentos o consumo de comida rápida). De igual manera, disminuyen las conductas saludables (ejercicio físico, dietas, higiene, entre otras). Estas conductas negativas pueden llevar al desarrollo de alteraciones del hábito alimenticio como la obesidad o a la aparición de adicciones (tabaquismo, alcoholismo e incluso drogadicción, con futuras consecuencias negativas a nivel personal, familiar y social). La aparición de estas adicciones incrementa per se el estado de estrés en la persona, perpetuándose el problema.

En segundo lugar, se generan **disfunciones psicofisiológicas o psicósomáticas**, que se manifiestan con un espectro de síntomas como las cefaleas tensionales, problemas cardiovasculares, trastornos digestivos, disfunciones sexuales, trastornos musculoesqueléticos e incluso la aparición de estados de inmunosupresión, haciendo a la persona susceptible a enfermedades infecciosas. El estado de ansiedad se incrementa en la persona, exacerbándose de manera progresiva.

Progresivamente, la persona desarrolla **trastornos cognitivos** que a la larga lo lleva a desarrollar temores irracionales, hasta fobias, que forman parte de un conjunto de psicopatologías englobadas en los trastornos de ansiedad. Una persona sometida a estrés prolongado puede desarrollar ataques de pánico y descargas autonómicas con taquicardia, hiperventilación, falta de aire, náuseas y mareos. Estos cuadros pueden complicarse con la aparición de agorafobia

(evitación de situaciones que generan ansiedad), con posterior dependencia de ansiolíticos. Todos estos estados de ansiedad son mucho más comunes en mujeres que en varones siendo las edades de aparición promedio, entre los 17 a 35 años, coincidiendo con la edad laboralmente más productiva. Finalmente, se pueden generar trastornos cognitivos superiores (atención, percepción, toma de decisiones, juicios, conocimientos, etc), con posterior deterioro de rendimiento académico o laboral.

El afrontamiento del estrés laboral o del síndrome de Burnout va depender de cada persona, para lo cual se cuenta con diversas conductas que permiten disminuir las consecuencias negativas. El afrontamiento es un mecanismo de defensa que permite recuperar el estado de equilibrio en la persona <sup>(60)</sup>.

### **2.2.3. Satisfacción laboral**

En la actualidad no existe una definición unánimemente aceptada sobre satisfacción laboral, habiendo muchas interpretaciones según diferentes autores. Una forma de definirlo es: “la capacidad emocional y afectiva que tiene una persona sobre su trabajo, que procede de sus responsabilidades y sus destrezas”. Otra manera de verlo es como “un conjunto de emociones, pensamientos, sentimientos y acciones de un individuo en respuesta a su desempeño en el trabajo, siendo su ineficiente impulso lo que genera la insatisfacción laboral” <sup>(61)</sup>. Otros grupos de autores consideran que la satisfacción laboral va más allá de las emociones concibiéndose como una actitud generalizada ante el trabajo <sup>(62)</sup>. La actitud mencionada supone la evaluación de un hecho como positivo o negativo, deseable o indeseable; esta evaluación involucra a la esfera del pensamiento, los sentimientos y el establecimiento de la conducta en la persona <sup>(59)</sup>.

La satisfacción laboral a pesar de no tener una definición exacta y totalmente aceptada debe entenderse como un estado afectivo o emocional positivo, gracias a la percepción también positiva de nuestro entorno laboral y derivada de todas las experiencias vividas en nuestro quehacer; y todo esto, finalmente expresado

mediante actitudes, creencias y valores que la persona desarrolla y que influirán en su desarrollo y su productividad en el trabajo de manera significativa <sup>(63)</sup>.

Estudios que relacionaron la satisfacción laboral y la productividad del trabajador, revelaron que “un trabajador contento es un trabajador productivo”, sin embargo, posteriormente se vieron resultados discrepantes ya que, si bien es cierto encontraron la misma relación positiva, se planteó que la correlación no es tan fuerte <sup>(58)</sup>. Por otro lado, si hablamos de causalidad se ve que la productividad conduce a la satisfacción y no viceversa. Esta conclusión se sustenta en que las personas sienten satisfacción al haber realizado su trabajo correctamente, bajo el supuesto que el empleador recompense su esfuerzo ya sea a través de un reconocimiento verbal o una compensación económica, y/o posibilidades de obtener un ascenso. Si llegan estas recompensas de manera justa, el empleado desarrollará mayor satisfacción con su trabajo y consigo mismo <sup>(62,63)</sup>.

### **Dimensiones de la satisfacción laboral**

En relación con lo mencionado anteriormente, debido a la existencia de varios enfoques teóricos sobre satisfacción laboral, diferentes autores plantean diferentes dimensiones. Estos factores se pueden clasificar de la siguiente manera <sup>(59)</sup>:

**Factor I - Condiciones físicas y materiales:** Aquí se incluyen la infraestructura del lugar de trabajo, la tecnología, los equipos, el acondicionamiento físico en donde se desempeña el trabajador, y que además facilita su quehacer. Se encuentra relacionado al confort y comodidad del lugar de trabajo.

**Factor II - Beneficios laborales y remunerativos:** Relacionado a la satisfacción que se tiene con una buena compensación económica mensual y los incentivos adicionales al sueldo. Es muy importante, ya que con esto se cubren las necesidades económicas del trabajador y la de su familia, influyendo positiva o negativamente en su satisfacción, según se cubran o no las mismas.

**Factor III - Políticas administrativas:** Es el grado de conformidad y adaptabilidad del trabajador a las normas institucionales que regulan su labor. Si

todas estas normas facilitan el desenvolvimiento del trabajador, incrementará su satisfacción.

**Factor IV - Relaciones sociales:** Indica la satisfacción que tienen los trabajadores en relación con las interacciones diarias con sus compañeros de labor. Estas relaciones interpersonales son muy importantes, partiendo desde el punto de vista que el ser humano es un ser social por naturaleza, y el incentivo positivo de las mismas, generará mejora en los procesos productivos y administrativos.

**Factor V - Desarrollo personal:** Relacionado a las posibilidades del trabajador de realizar actividades que potencien su autorrealización. Lo ideal es que el trabajo sea una herramienta de aprendizaje, desarrollo y realización personal que permita el cumplimiento de metas.

**Factor VI - Desempeño de tareas:** Se refiere al modo en que el trabajador desempeña sus tareas disfrutando realizarlas. Se puede entender como la valoración que el empleado da a sus quehaceres cotidianos en la entidad que labora.

**Factor VII - Relación con la autoridad:** Expresa cuan satisfechos están los trabajadores con los directivos y las autoridades de su centro de labor. Las interacciones directas que tengan con ellos, sobre todo con el jefe inmediato, marca la forma en que se desempeñan.

Si vemos estos determinantes desde el punto de vista de la insatisfacción laboral, se pueden identificar varios factores detonantes que se relacionan a una falta de estímulo del crecimiento personal y profesional, como la sobrecarga laboral, el maltrato a los trabajadores, la falta de capacitación, la ausencia de medidas de protección contra accidentes, entre otros. Todos estos factores traen consigo consecuencias negativas, relacionadas a efectos en la salud física y mental, que influyen en las actitudes y pensamientos de los trabajadores, entre los cuales se pueden incluir al estrés laboral, la frustración, la inconformidad, el absentismo, la ineficiencia, la falta de rendimiento y la despersonalización <sup>(61)</sup>.

## Generación de la satisfacción laboral

Existe una teoría planteada por Herzberg (1959), en la cual se plantea un modelo de causas de satisfacción e insatisfacción laboral denominada “teoría de motivación-higiene”, que señala 2 categorías de necesidades que influyen en la conducta del trabajador <sup>(64)</sup>:

**Factores motivadores centrados en el trabajo:** Reconocimiento, logro, progreso, crecimiento, responsabilidad, autonomía, desarrollo personal y profesional, entre otros.

**Factores externos del trabajo:** Políticas de trabajo y normativas, relaciones interpersonales, supervisores y subordinados, calidad de la supervisión, condiciones laborales, seguridad, estabilidad, etc.

Factores que van a influir positiva o negativamente en la generación de satisfacción en el trabajador. Por otro lado, se puede entender que la satisfacción es un estado en el que el hombre cubre todas sus necesidades, desde las más básicas, hasta necesidades sociales, psicológicas y de autorrealización <sup>(64)</sup>. Sin embargo, la satisfacción laboral también va a estar relacionado con las actitudes del propio trabajador dentro de su entorno laboral, incluyendo <sup>(62)</sup>:

**Dedicación al trabajo:** El trabajo constituye parte de la vida de las personas, en lo cual invierten tiempo y energía. Si tenemos un trabajo que cuente con todas las condiciones para nuestro desenvolvimiento y lo realizamos de manera satisfactoria, nos brindará una buena imagen de nosotros mismos, mejorará la ética laboral, aumentará las necesidades de crecimiento, no habrá tardanzas ni ausentismos, y el personal estará dispuesto a jornadas largas y con buen rendimiento.

**Estado de ánimo en el trabajo:** Pueden variar entre estados positivos de entusiasmo, energía y proactividad, hasta negativos con apatía, desinterés y mal humor.

**Compromiso organizacional:** Relacionado a la lealtad del personal respecto a la institución, reflejado en la participación continua y su finalidad de permanecer en la misma en el futuro. Por lo general, el compromiso suele ser mayor en trabajadores más antiguos y con éxito profesional, los que por lo general, tienen más apego a las políticas laborales.

La generación de satisfacción laboral es un tema muy complejo pero importante, ya que influye sustancialmente en la percepción positiva o negativa de los trabajadores, lo cual a su vez influye en su compromiso y productividad <sup>(64)</sup>.

### **Importancia de la satisfacción laboral**

Tiene una importancia vital, ya que las personas pasan más tiempo en sus trabajos que en sus propias casas y, por ende, la satisfacción laboral podrá tener dos componentes: en el plano personal y en el plano organizacional:

**En el plano personal**, el trabajo debería estar relacionado a una buena salud física y mental, proporcionando prestigio, entrenamiento, realización personal, crecimiento tanto económico, mental y moral, contacto social e incluso entretenimiento <sup>(64)</sup>. Se vio en algunos estudios que los empleados con altos niveles jerárquicos gozan de mejor bienestar general y alta satisfacción con sus propias vidas. Por otro lado, la insatisfacción laboral está relacionada a ansiedad, depresión, desesperanza y efectos negativos físicos y psicológicos llegando a afectar incluso las relaciones familiares o amicales <sup>(59)</sup>.

**A nivel organizacional**, una buena satisfacción laboral se relaciona con una buena calidad en el servicio, aumentando la satisfacción de los clientes. Por ende, el bienestar de la organización está íntimamente relacionada, es así como bajos niveles de satisfacción se han relacionado con jubilación anticipada, ausentismo, tardanzas, quejas, comportamientos inadecuados, baja productividad, actitudes hostiles y mayor actividad sindical. Todo esto, puede llevar a pérdidas económicas y interrupción de una carrera tranquila dentro de la institución <sup>(64)</sup>.



Los beneficios de una buena satisfacción ocupacional no solo trascienden en el ámbito personal y organizacional, sino que puede influir positivamente en otras esferas como la familiar, social y comunitaria. Trabajadores satisfechos cuentan con buena salud y calidad de vida optimas <sup>(59)</sup>.

### 2.3. Definición de términos básicos

**Pandemia:** Extensión de una enfermedad epidémica más allá de una región y/o continente y que se caracteriza por la transmisión comunitaria.

**COVID-19:** Acrónimo del inglés *coronavirus disease 2019*. Enfermedad infectocontagiosa causada por el virus SARS-CoV-2.

**Coronavirus:** Amplia familia de virus que causan enfermedades variadas en el humano. Para el presente trabajo, hace referencia al SARS-CoV-2, causante de la actual pandemia.

**Estrés:** Estado de cansancio mental con manifestaciones físicas y psicológicas, generado por una alta exigencia de rendimiento que se suele manifestar cuando la demanda supera los recursos disponibles.

**Estrés laboral:** Estrés derivado de la excesiva presión generada en un entorno de trabajo asociada a altas exigencias y demandas laborales y con consecuencias negativas en la salud física y psicológica.

**Burnout:** Trastorno secundario a un estrés laboral crónico. Para el presente trabajo estrés laboral y burnout se consideran sinónimos.

**Estrés postraumático:** Estado de estrés secundario al afrontamiento de una situación traumática, lo que genera una reacción de miedo intenso frente a las amenazas.

**Satisfacción:** Sentimiento de placer o bienestar generado cuando se cumple un deseo o se cubre una necesidad personal.

**Satisfacción laboral:** Sentimiento de conformidad de un empleado respecto a su trabajo, su entorno laboral y las condiciones con las cuales trabaja, potenciando su productividad y destrezas.

**Ansiedad:** Estado mental que se caracteriza por gran inquietud, angustia, excitación e inseguridad como respuesta anticipada e involuntaria frente a estímulos externos e internos.

**Depresión:** Trastorno psicológico caracterizado por estados de profunda tristeza, decaimiento, aplanamiento emocional, pérdida de interés por las cosas y disminución de las funciones psíquicas.

**Resiliencia:** Capacidad de una persona para el afrontamiento y/o superación de circunstancias traumáticas.

## 2.4. Formulación de la hipótesis

H1

Existe una relación estadística entre niveles altos de burnout y niveles bajos de satisfacción laboral en el personal médico y de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante la pandemia COVID-19.

H0

No existe una relación estadística entre niveles altos de burnout y niveles bajos de satisfacción laboral en el personal médico y de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante la pandemia COVID-19.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño metodológico

##### Tipo y diseño de estudio

De acuerdo con el enfoque metodológico, la presente investigación reúne variables cuantitativas y cualitativas con el uso instrumentos estructurados y de técnicas estadísticas, constituyendo un estudio cuantitativo.

El diseño del estudio se define por los siguientes parámetros: **según la intervención del investigador**, el estudio es observacional, ya que el investigador no controló la variable de estudio; **según el alcance**, el trabajo es analítico/correlacional, porque se usaron técnicas de análisis estadísticos para demostrar correlación, asociación o relación entre las variables estudiadas; **según el número de mediciones de la variable de estudio**, el estudio es transversal, porque se midieron las variables de estudio una sola vez, sin haber hecho seguimiento o segundas mediciones de las mismas; **según el momento de la recolección de datos**, es prospectivo, porque se reunieron los datos durante la ejecución del estudio, sin haber hecho uso de otras fuentes anteriores.

#### 3.2. Diseño muestral

##### Población universo

Personal médico y de enfermería del Perú, que trabajan en la atención y manejo de pacientes enfermos con SARS-CoV-2.

##### Población de estudio

Personal médico y de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que atienden a paciente enfermos con COVID-19.

La distribución del personal de medicina y de enfermería contratados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante la pandemia COVID-19 (periodo 2020-2021) se obtuvo gracias a datos de la Oficina de Recursos Humanos del hospital, la cual se muestra a continuación (Tabla 1):

**Tabla 1.** Distribución del personal del HNERM

<b>Trabajador de salud</b>	<b>Total contratados año 2020</b>
Médicos	1000
Enfermeras	1500

Fuente: Oficina de Recursos Humanos del HNERM.

### **Criterios de elegibilidad**

Se tomó como muestra a todos aquellos médicos y enfermeras del HNERM que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

#### **Inclusión:**

- Personal médico que tenga un contrato vigente con EsSalud y que brinden sus servicios en la atención de pacientes COVID-19 en las diferentes áreas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins;
- Personal de enfermería que tenga un contrato vigente con EsSalud y que brinden sus servicios en la atención de pacientes COVID-19 en las diferentes áreas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins;
- Se incluyen médicos residentes y también personal de enfermería que se encuentren realizando su especialización en el HNERM;
- Personal médico y/o de enfermería que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado.

### **Exclusión:**

Personal médico y/o de enfermería

- con cuestionarios incompletos o inadecuadamente llenados;
- que se encontraban con licencia por la pandemia del COVID-19;
- que trabajen en áreas administrativas y/o no laboren en áreas de atención a pacientes;

Internos de medicina o de enfermería no entran dentro de la muestra para el presente estudio.

### **Tamaño de la muestra**

Se determinó el tamaño de muestra utilizando la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

En este caso, los valores indicados tienen el siguiente significado:

n = Tamaño de muestra

N = Número total de la población = 2500

Z<sub>α</sub> = Coeficiente Z o nivel de seguridad = Para seguridad del 95% = 1.96p

= Proporción esperada = 80% = 0.80

q = 1 - p = 0.20

d = Precisión = 5% = 0.05

Aplicando nuestros valores obtenemos:

$$\eta = \frac{(2500)(1.96)^2(0.80)(0.20)}{(0.05)^2(2499) + (1.96)^2(0.80)(0.20)} = 224$$

En base al diseño del presente estudio, basándonos en la formulación para tamaño de muestra indicada y debido al tipo de muestreo, se obtiene que el tamaño de muestra mínimo es de 224 participantes.

El presente trabajo aplica un muestreo estratificado, por lo que en base al tipo de composición de la población se hará una asignación proporcional al tamaño de cada estrato considerado en el muestreo propuesto; para lo cual se aplicó la siguiente fórmula:

$$\eta_h = N_h \times f_h$$

Donde:

$\eta_h$  = Tamaño de muestra obtenida.

$N_h$  = Tamaño de la población.

$f_h$  = Fracción del estrato ( $\eta / N$ ).

Entonces:

$$f_h = \eta / N = 224 / 2500 = 0.089$$

Finalmente, esta fracción de estrato se aplica al tamaño total de muestra calculada, obteniéndose un valor de dimensión para cada estrato propuesto en el presente trabajo. El tamaño de muestra final (mínimo) por estrato se presenta en la siguiente tabla (Tabla 2):

**Tabla 2.** Estratificación de la muestra

<b>Trabajador de salud</b>	<b>Total</b>
Médicos	90
Enfermeras	134
Total	224

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

El tipo de muestreo aplicado es el probabilístico estratificado. La aplicación del instrumento de recolección de datos se dio en base a 2 estratos definidos por la ocupación del personal de salud estudiado, en: personal médico y personal de enfermería. En cada estrato se eligió los participantes al azar, teniendo como

requisito el cumplir con los criterios de inclusión y que dieran su consentimiento para participar en el estudio.

### **3.3. Técnicas y procedimiento de recolección de datos**

Una de las limitaciones mencionadas para la aplicación del instrumento de recolección de datos al personal de salud (dentro de los ambientes hospitalarios asignados a la atención de pacientes COVID positivo), fue el riesgo de exposición al contagio al personal de salud y al investigador; por tal motivo, se realizó la aplicación de una encuesta elaborada de manera virtual a través de la plataforma Google Forms®.

La manera en qué se distribuyó la encuesta fue a través de la red social WhatsApp®, conversando previamente con la persona seleccionada de manera directa, por mensajería o vía telefónica, explicando el propósito de la investigación, solicitando su participación y posteriormente a su aceptación, se enviaba el link de enlace.

El instrumento de recolección de datos tiene las siguientes secciones: (Anexo 2)

Consentimiento informado. (Anexo 1)

Sección 1: Datos generales.

Sección 2: Cuestionario de estrés laboral (MBI-HSS).

Sección 3: Escala de satisfacción laboral (SL-SPC).

La primera sección consta de 13 ítems referidos a datos generales o perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil) y perfil laboral del participante (ocupación, especialización, clasificación profesional médica, tipo de contrato, área de trabajo, horas de trabajo en áreas COVID, numero de guardias nocturnas, disponibilidad de EPP suficiente, incentivos económicos, prueba para COVID-19 positiva). Las siguientes 2 secciones contienen los cuestionarios para determinación de estrés y satisfacción laborales. La puntuación final e interpretación de los resultados de dichos cuestionarios estuvo a cargo del

investigador. Todo el cuestionario virtual está compuesto de alternativas de selección múltiple que facilitan su desarrollo.

### **Cuestionario “Inventario Burnout de Maslach” (MBI):**

El cuestionario Burnout de Maslach aplicado a Servidores de Salud (MBI-HSS) es un instrumento con validez internacional, aplicado para la obtención de información acerca del estrés laboral y/o síndrome de Burnout en trabajadores de salud. Cuenta con 3 dimensiones y 22 ítems descritas a continuación <sup>(65)</sup>:

**Cansancio emocional:** Dimensión que evalúa la sensación de agotamiento emocional en el personal de salud, generado por las altas exigencias laborales. Comprende 9 ítems distribuidos de manera aleatoria en el cuestionario (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Tiene como puntuación máxima 54 puntos, correlacionando un puntaje alto con mayores niveles de estrés y desgaste emocional.

**Despersonalización:** Esta dimensión evalúa conductas de indiferencia y/o desapego del trabajador hacia su institución y hacia los mismos pacientes. Comprende 5 ítems (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22) que pueden generar una puntuación máxima de 30 puntos, los cuales correlacionan con la mayor severidad del problema de estudio.

**Realización personal:** Dimensión que evalúa el sentimiento de éxito, logro y bienestar del personal de salud dentro de su ambiente de trabajo y como producto de este. Se evalúa mediante 8 ítems (preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), obteniéndose como puntaje máximo 48 puntos. Esta dimensión tiene una relación inversamente proporcional con el estrés laboral, es decir a mayor sea su puntaje, menor será la prevalencia de estrés en el trabajador.

Cada una de estas dimensiones fueron calificadas haciendo uso de una escala ordinal tipo Likert, en base a la presencia de los elementos valorados, su intensidad e importancia para el trabajador <sup>(56,65)</sup>. Tal como se ve a continuación:



0 PUNTOS	=	Nunca
1 PUNTO	=	Muy raras veces
2 PUNTOS	=	Una vez al mes
3 PUNTOS	=	Unas cuantas veces al mes
4 PUNTOS	=	Una vez a la semana
5 PUNTOS	=	Mas de una vez a la semana
6 PUNTOS	=	Todos los días

Mediante la sumatoria de puntajes obtenidos en las tres dimensiones, finalmente se elaboró la calificación final, que estima la presencia de estrés laboral como ausente, grado medio y alto grado. Para establecer el grupo al que pertenece cada encuestado, se tomó como puntos de corte el percentil 33 y 66, tal y como se detalla a continuación <sup>(66)</sup>:

Mayor al percentil 66	=	Alto grado de burnout.
Percentiles 33 al 66	=	Nivel medio de burnout.
Menor al percentil 33	=	Ausencia de burnout.

### **Validación y confiabilidad**

El cuestionario Burnout de Maslach aplicado a servidores de salud (MBI-HSS), es una herramienta conocida y ampliamente aplicada en diversos estudios nacionales e internacionales. Dichos estudios aplican a favor de su validez y confiabilidad, siendo considerado como el instrumento de medición de estrés más utilizado a nivel mundial, lo que es muy importante ya que permite hacer comparaciones de resultados y nos ayuda a elaborar estrategias de prevención y tratamiento del síndrome de Burnout <sup>(66)</sup>. Este cuestionario presenta una alta consistencia interna guardada en sus ítems y una confiabilidad significativa para cada una de sus tres dimensiones <sup>(65)</sup>.

En los análisis de validez aplicados a esta escala, se vio que realmente mide el estrés laboral, el cual es el motivo de su uso. Maslach y Jackson <sup>(65,66)</sup>, obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre diversas escalas conductuales

y el MBI, evidenciando de esta manera una validez concurrente. De igual forma, se encontró una validez divergente al comparar las puntuaciones de la escala y la sobrecarga laboral, el tiempo de contacto con pacientes, conductas del trabajador en su hogar y presencia de correlaciones negativas con sus conductas sociales y la satisfacción laboral <sup>(66)</sup>. Las puntuaciones expresadas en dichos trabajos hacen que este instrumento sea psicométricamente adecuado. Así mismo, su validez discriminante es mejor que el encontrado en otros instrumentos, por lo que actualmente muchos autores lo catalogan como el cuestionario que más conceptualiza y define al estrés laboral con todas sus dimensiones <sup>(65,66)</sup>.

En Perú, se realizaron diversos estudios aplicando este instrumento, valorando su validez y confiabilidad a la hora de medir estrés laboral. Es así que, Alfredo Oyola en su tesis intitulada “Validación del constructo y confiabilidad de la escala de Maslach para el tamizaje de síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos”, encontró un coeficiente alfa de Cronbach para toda la escala de 0.908 y para sus dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal fueron 0.897, 0.769 y 0.722 respectivamente. Así mismo, para valorar la validez del constructo se observó correlaciones significativas entre los resultados de la escala y el poco interés en hacer las cosas ( $Rho=0.399$ ,  $p=0.000$ ) y la percepción de estar tristes, desanimados o sin esperanza ( $Rho=0.322$ ,  $p=0.000$ ). Estos resultados indican que la escala MBI-HSS es válida para aplicarse en médicos peruanos, al mostrar propiedades psicométricas satisfactorias y debido a su alta confiabilidad puede ser utilizado en estudios posteriores. Una conclusión muy importante de este estudio es la mejor valoración de esta escala de manera global y no en forma independiente por cada dimensión, como es propuesta en otros estudios <sup>(67)</sup>.

En otros trabajos como los mencionados por De la Cruz <sup>(56)</sup>, se evidencia un coeficiente alfa de Cronbach de 0.78 para la dimensión cansancio emocional, 0.71 para la dimensión despersonalización y 0.76 para la dimensión realización personal, lo cual lo hace altamente confiable para su aplicación en el presente estudio. De igual manera, Fernández <sup>(68)</sup>, en su trabajo “Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory – General Survey en una muestra de docentes de Lima (Perú)”, concluye que las dimensiones de esta escala arrojan puntajes

confiables útiles para su aplicación en grupos, siendo cada uno de sus ítems suficientemente discriminativos respecto a sus constructos.

### **Escala de “Satisfacción Laboral SPC” (SL-SPC):**

El cuestionario de Satisfacción Laboral de Sonia Palma Carrillo, o también conocida por sus siglas SL-SPC, es una escala elaborada en el año 1993, validada en el Perú, cuyo objetivo es evaluar el grado de satisfacción laboral global y específica en base a 7 dimensiones o factores y 36 ítems que utilizan una escala tipo Likert. Dichas dimensiones engloban diferentes variables que pueden influir directa o indirectamente en el grado de satisfacción que tiene una persona en relación con su trabajo. Estas se detallan a continuación <sup>(69)</sup>:

**Factor I:** Evalúa las condiciones físicas y la infraestructura donde labora el trabajador, y los materiales con los que dispone. Comprende 5 ítems dispuestos aleatoriamente (1, 13, 21, 28 y 32) con un puntaje de 25 puntos como máximo.

**Factor II:** Evalúa la percepción del trabajador respecto a los beneficios laborales y remunerativos dispuestos por su empleador. Se evalúa mediante 4 ítems (2, 7, 14 y 22) con un puntaje máximo de 20 puntos.

**Factor III:** Evalúa el grado de satisfacción del trabajador respecto a las normas institucionales y su política administrativa. Comprende 5 ítems (8, 15, 17, 23 y 33) con un puntaje máximo de 25 puntos.

**Factor IV:** Examina el grado de satisfacción del trabajador respecto a los otros miembros de la institución, teniendo como base las relaciones sociales establecidas y su calidad. Los ítems asociados son 4 distribuidos de manera aleatoria en el cuestionario (3, 9, 16 y 24). Su puntaje máximo es de 20 puntos.

**Factor V:** Tiene como núcleo de evaluación al desarrollo personal como producto de todas las oportunidades obtenidas en el entorno laboral como

vehículo de evolución personal y autorrealización. Comprende 6 ítems (4, 10, 18, 25, 29 y 34), siendo 30 puntos su calificación máxima.

**Factor VI:** Evalúa la valoración cotidiana del desempeño y la realización de tareas por parte de trabajador. Cuenta con 6 ítems (5, 11, 19, 26, 30 y 35) con un puntaje máximo de 30 puntos.

**Factor VII:** Este último factor evalúa las relaciones del trabajador con la autoridad, el grado de apreciación con los jefes y también la interrelación del empleador con el trabajador. Comprende 6 ítems (6, 12, 20, 27, 31 y 36). Su puntaje máximo es de 30 puntos.

Para la valoración de cada uno de estos factores se elaboró una escala de calificación en base a la percepción y valoración del trabajador, tal y como se detalla a continuación <sup>(69)</sup>:

1 PUNTO	=	Totalmente en desacuerdo.
2 PUNTOS	=	Desacuerdo.
3 PUNTOS	=	Indeciso.
4 PUNTOS	=	Acuerdo.
5 PUNTOS	=	Totalmente de acuerdo.

Finalmente, para la calificación final, se realiza la sumatoria de todas las dimensiones evaluadas obteniéndose las siguientes categorías diagnósticas <sup>(70)</sup>:

168 o MAS PUNTOS	=	Alta satisfacción laboral.
149 – 167 PUNTOS	=	Parcial satisfacción laboral.
112 – 148 PUNTOS	=	Regular satisfacción laboral.
93 – 111 PUNTOS	=	Parcial insatisfacción laboral.
92 o MENOS PUNTOS	=	Baja satisfacción laboral.

## **Validación y confiabilidad**

Como fue mencionado anteriormente, la escala de satisfacción laboral de Palma fue validado en nuestro país. Esta escala inicialmente contaba con 165 ítems sistematizado en los 7 factores previamente mencionados. Se hizo un análisis de representatividad de todos los componentes de la escala respecto al universo y fue sometida a la opinión de jueces dedicados al área laboral y expertos en el tema. Esta validación permitió la reducción de los ítems, y luego de un proceso de aplicación piloto de este instrumento, se efectuó la correlación puntaje-ítem test quedando en la versión final, un total de 36 ítems. Luego de haberse estimado la validez del constructo también se correlaciono su puntaje con la del Cuestionario de Satisfacción Laboral de Minnesota, en una muestra de 300 personas, obteniéndose índices de validez muy aceptables (con esto se estableció la validez concurrente de la prueba) <sup>(59)</sup>.

Este instrumento fue validado por la autora, aplicando el cuestionario en 1058 trabajadores de Lima Metropolitana, generándose valores de consistencia interna mayores a 0.8 para el índice alfa de Cronbach y Guttman. Su confiabilidad analizada en cada una de sus 7 dimensiones genera coeficientes de Cronbach con los siguientes valores: 0.79; 0.68; 0.67; 0.59; 0.79; 0.66; 0.79, respectivamente. Todo esto hace que sea un instrumento confiable para el presente estudio, el cual es además aplicado en población peruana <sup>(59,70)</sup>.

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

En vista a la coyuntura vivida durante la pandemia por el COVID-19, se utilizaron herramientas electrónicas para la recolección de datos. Los cuestionarios completados se extrajeron de la plataforma Google Forms® siendo exportados en hojas de cálculo de Microsoft Excel® versión 2020, por medio de la creación de una base de datos. Posteriormente, los datos extraídos se ingresaron en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences, SPSS® versión 25.0.

Los resultados se reportaron en dos bloques: un estudio descriptivo y uno analítico. Inicialmente se realizó el estudio descriptivo de la muestra. Las variables cuantitativas se presentaron numéricamente con la media más o menos de su desviación estándar. Para las variables cualitativas, se usaron medidas de distribución de frecuencia con sus respectivos porcentajes. Las frecuencias, proporciones, medias y rangos se representaron en gráficas y tablas, según corresponda, dependiendo del tipo de variable de estudio.

Posteriormente, se realizó el estudio analítico de la muestra. Para establecer diferencias, relaciones o asociaciones entre los resultados de los subgrupos o variables de la muestra obtenida, se utilizaron pruebas estadísticas (dependiendo de la naturaleza de la variable), considerándose significativas a aquellas con un valor p menor a 0.05. Para determinar el tipo de prueba a usar (paramétrica o no paramétrica), primero se analizó el tipo de distribución de las variables dependientes (normal o no normal).

En relación con los objetivos planteados, el estudio analítico se dividió en cuatro fases. Se inicio con el análisis de correlación entre las variables dependientes (estrés y satisfacción laboral), y luego se estableció su relación y/o asociación con las variables no dependientes (factores sociodemográficos y laborales). Posteriormente, se determinaron diferencias en los resultados en relación a la ocupación de los participantes, y finalmente se realizó un análisis exclusivo para el grupo ocupacional de médicos, haciendo énfasis en su especialidad clínico-quirúrgica y su clasificación profesional. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de significancia del 95%.

Como principales pruebas estadísticas, se emplearon a la correlación de Pearson, la regresión lineal simple y los modelos de regresión lineal múltiple, para predecir la asociación entre el estrés y la satisfacción laboral y las otras múltiples variables incluidas en el estudio; tanto en médicos como en el personal de enfermería. Los resultados se presentaron en tablas, mostrando los valores de significancia, potencia estadística y tamaño del efecto, entre otros. Se incluyó las ecuaciones de regresión y se reportaron indicadores de multicolinealidad (VIF y Tolerancia).

### **3.5. Aspectos éticos**

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont y en la Ley N° 26842 “ley general de salud” y Código Penal: Título XI “Delitos contra la salud pública”; este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- Expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.
- Ajustar y explicar brevemente los principios éticos que justifican la investigación de acuerdo con una normatividad a nivel internacional y a nivel nacional.
- Establecer que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación.

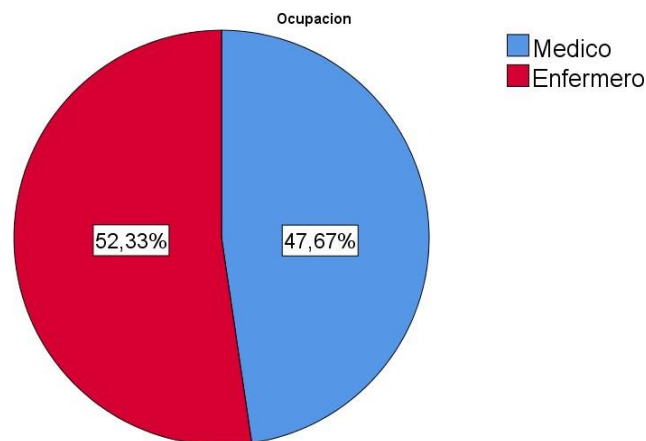
El presente estudio no generó ningún riesgo que afecte a los individuos de estudio, interaccionando con ellos solo al momento de la recolección de datos, aplicándose esta herramienta siempre y cuando exista la autorización expresa por el mismo individuo (se utilizó el consentimiento informado). En lo que respecta al uso y análisis de los datos obtenidos, los principios éticos de confidencialidad, secreto profesional, no maleficencia, beneficencia y autonomía fueron respetados en su totalidad. De igual forma, no se generó ninguna modificación al contenido de la misma, solamente extrayendo datos de relevancia para la presente investigación garantizando su veracidad.

Todos los aspectos relacionados con el presente estudio están regidos bajo los principios de ética y deontología médica, establecido dentro del reglamento de Colegio Médico del Perú.

## IV. RESULTADOS

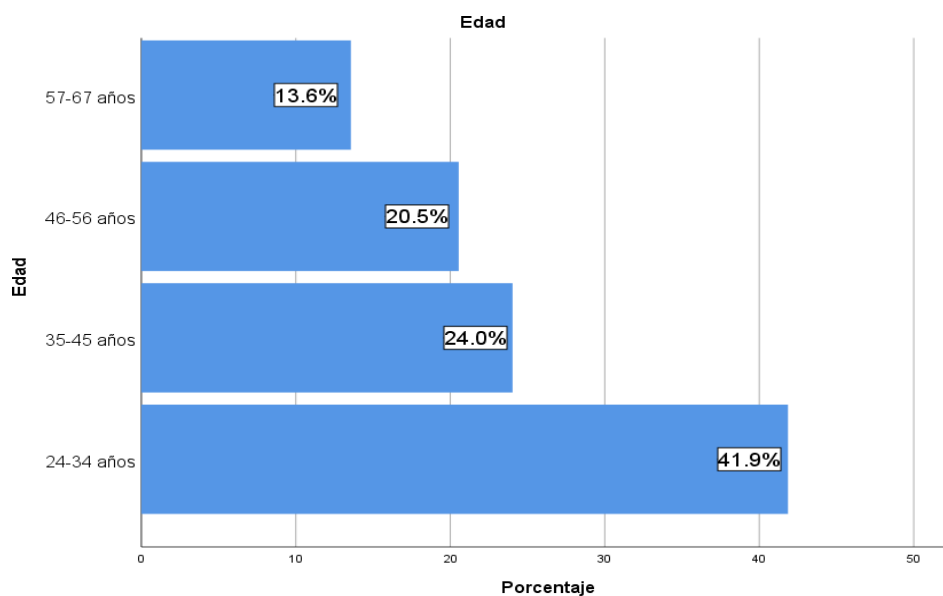
### Estudio descriptivo

Se obtuvo una muestra de 258 personas que participaron en el estudio, luego de haber depurado encuestas mal llenadas, sin consentimiento informado o con información inconsistente. De ellos 123 fueron médicos (52.33%) y 135 enfermeras (47.67%), tal y como se representa en la figura 1.



**Figura 1.** Distribución de la muestra según ocupación.

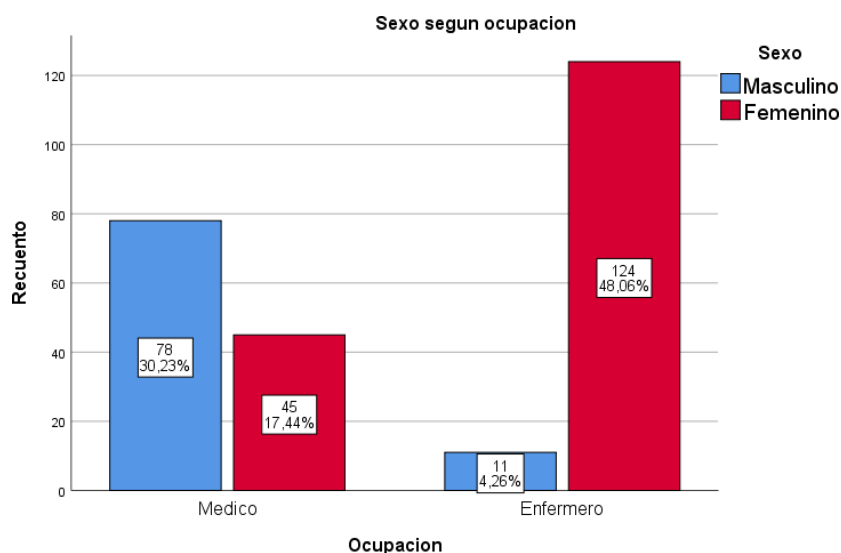
Los participantes tuvieron edades comprendidas entre los 25 y 63 años, con una media de 40.54 años. Las edades por estratos se muestran en la figura 2.



**Figura 2.** Distribución de la muestra por edades.

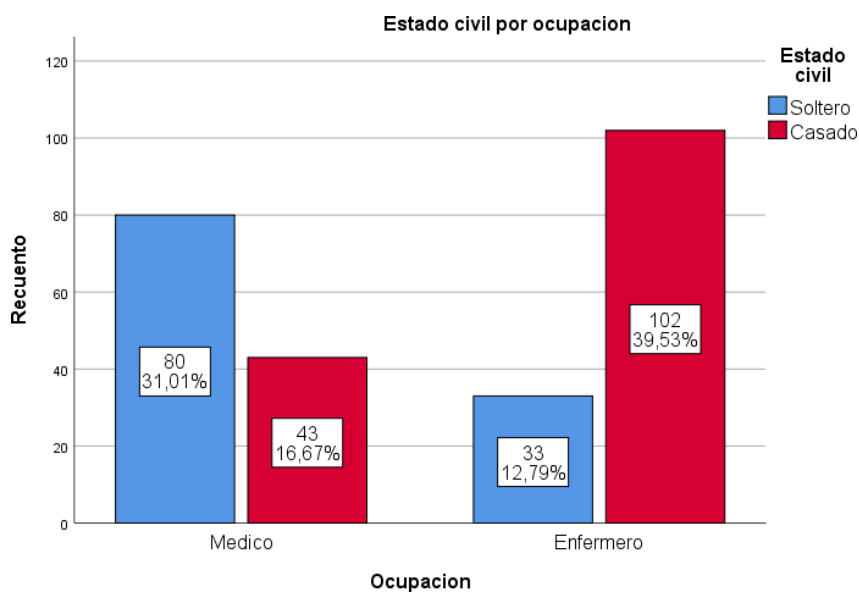


En cuanto al sexo, hubo 89 varones (34.5%) y 169 mujeres (65.5%). Si dividimos la muestra según la ocupación, vemos que en el grupo de médicos hay una mayor proporción de varones que de mujeres (63.4% vs 36.6%); en cambio, en el grupo de enfermeros sucede lo contrario, siendo más frecuente la presencia de mujeres que de varones (91.8% vs 8.2%). El recuento y las proporciones dentro del total de la muestra se ven en la figura 3.



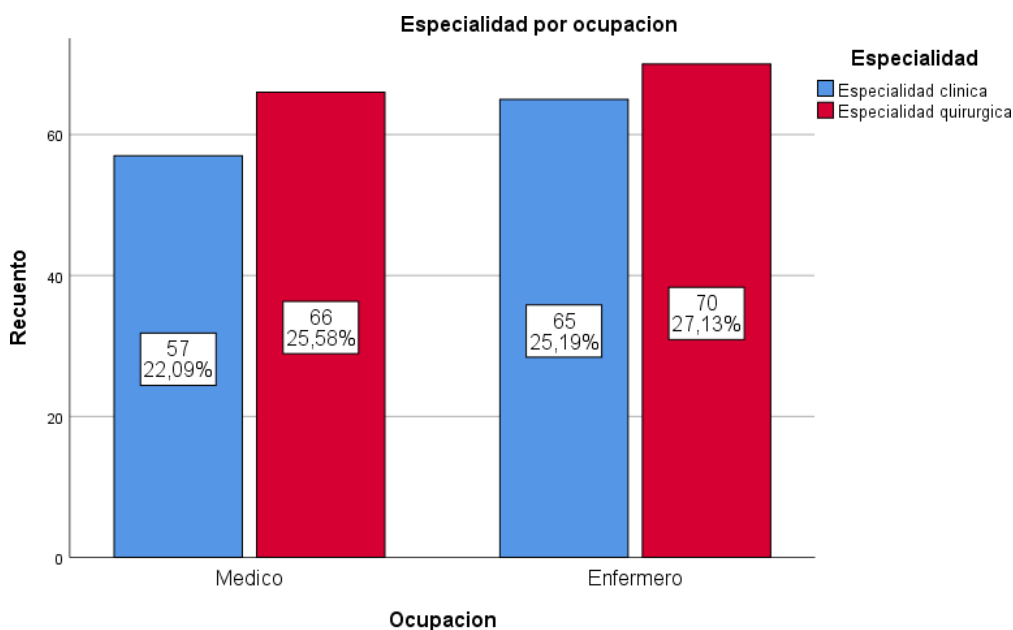
**Figura 3.** Distribución de la muestra por ocupación y sexo.

El estado civil de los participantes fue de 113 personas dentro del grupo de solteros (43.8%) y 145 casados (56.2%). La figura 4 nos muestra el estado civil según ocupación.



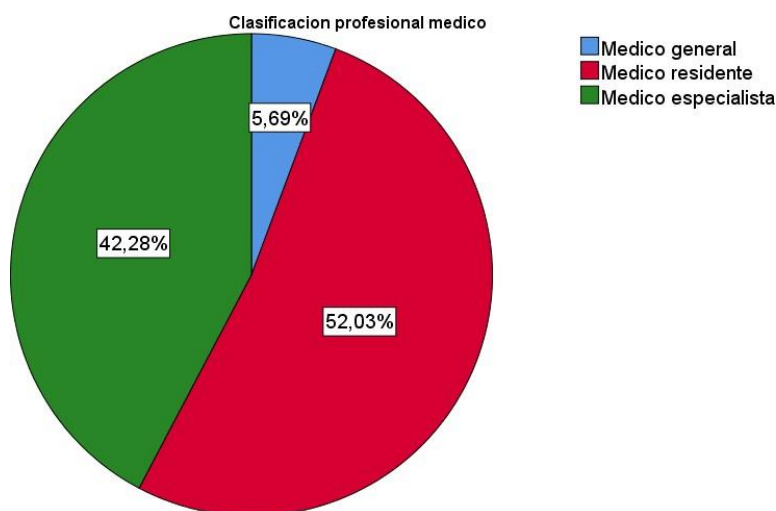
**Figura 4.** Distribución de la muestra por estado civil y ocupación.

Dentro de las variables laborales, una de las más importantes es la especialidad, la cual indica el grado de especialización clínica o quirúrgica alcanzada por el profesional. Del total de la muestra de médicos y enfermeros, se vio 122 personas con especialidad clínica (47.3%) y 136 con especialidad quirúrgica (52.7%). Si dividimos por ocupación, vemos lo reflejado en la figura 5.



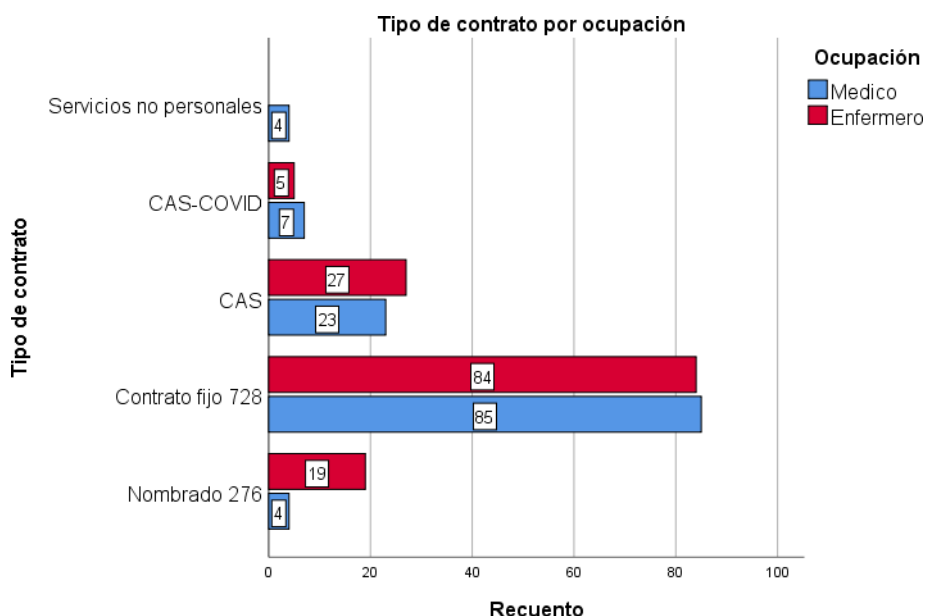
**Figura 5.** Distribución de la muestra por especialidad y ocupación.

Dentro del grupo de galenos, la variable clasificación profesional, nos muestra 64 médicos residentes, seguido de 52 especialistas y de 7 médicos generales (sin especialidad). Se detalla en la figura 6.

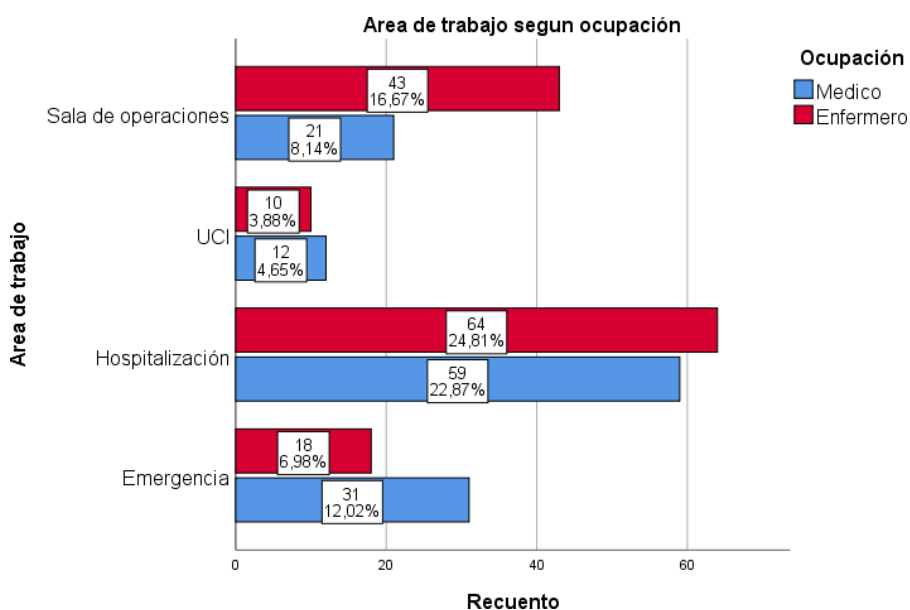


**Figura 6.** Clasificación profesional en médicos.

En cuanto al tipo de contrato laboral, vemos que el contrato fijo 728 fue el que mayor proporción de profesionales tuvo (n=169, 65.5%), seguido del CAS (n=50, 19.4%), personal nombrado 276 (n=23, 8.9%), CAS-COVID (n=12, 4.7%) y el de menor proporción fueron los servicios no personales (n=4, 1.5%). En el área de trabajo, se vio 123 personas laborando en hospitalización (47.7%), seguido de 64 en sala de operaciones (24.8%), 49 en emergencia (19.0%) y 22 en unidad de cuidados intensivos (8.5%). Las figuras 7 y 8, nos muestra con detalle ambas variables según ocupación médica y de enfermería.



**Figura 7.** Distribución de la muestra según tipo de contrato y ocupación.



**Figura 8.** Distribución de la muestra según área de trabajo y ocupación.

La tabla 3, presenta las variables: horas de trabajo en áreas COVID por semana y turnos noche en áreas COVID por semana; especificando el recuento por ocupación y el recuento total, así como los porcentajes relativos y absolutos en relación al grupo ocupacional y al total de la muestra obtenida. Podemos ver que, aproximadamente un 50% del personal que ingreso en el estudio, realizó más de 36 horas en dichas zonas. Así mismo, la cantidad de guardias nocturnas en más del 50% de los encuestados fue de 1 a 2 por semana (sobre todo en el personal médico, alcanzando un porcentaje de hasta 75.6%).

**Tabla 3.** Cantidad de horas de trabajo y turnos nocturnos por semana y por ocupación.

		Ocupación		Total	
		Medico	Enfermero		
Hora de trabajo/Semana	<12 horas	Recuento	4	9	13
		% dentro de Ocupación	3.3%	6.7%	
		% del total	1.6%	3.5%	5.0%
	12-36 horas	Recuento	57	58	115
		% dentro de Ocupación	46.3%	43.0%	
		% del total	22.1%	22.5%	44.6%
	>36 horas	Recuento	62	68	130
		% dentro de Ocupación	50.4%	50.3%	
		% del total	24.0%	26.4%	50.4%
Turnos noche/Semana	Ninguno	Recuento	5	24	29
		% dentro de Ocupación	4.1%	17.8%	
		% del total	1.9%	9.3%	11.2%
	1-2 guardias	Recuento	93	68	161
		% dentro de Ocupación	75.6%	50.4%	
		% del total	36.0%	26.4%	62.4%
	>2 guardias	Recuento	25	43	68
		% dentro de Ocupación	20.3%	31.8%	
		% del total	9.7%	16.7%	26.4%

En cuanto a las variables EPP suficiente, incentivos financieros y prueba COVID positiva; se pudo ver una alta percepción de falta de equipos de protección personal hasta en un 76.7% de médicos y enfermeras. Así mismo, un 95.7% de los encuestados indicaron no haber recibido ningún tipo de incentivo económico, por el trabajo realizado en áreas COVID. Algo importante, es que aproximadamente un

20% del personal médico y un 18% del de enfermería, dieron positivo a una prueba de COVID en los meses que laboraron (hasta el momento que realizaron la encuesta). La tabla 4 nos muestra con más detalle las variables mencionadas.

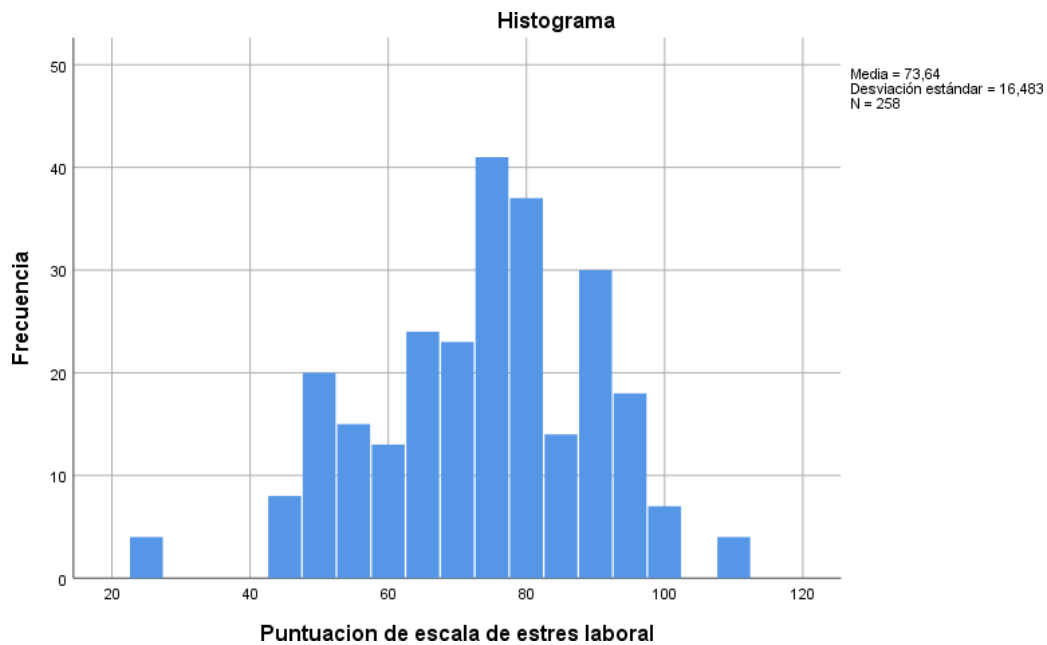
**Tabla 4.** Presencia de EPP suficiente, incentivos financieros y prueba COVID positiva según ocupación.

			Ocupación		Total
			Medico	Enfermero	
<b>EPP suficiente</b>	<b>Si</b>	<b>Recuento</b>	35	25	60
		<b>% dentro de Ocupación</b>	28.5%	18.5%	
		<b>% del total</b>	13.6%	9.7%	23.3%
	<b>No</b>	<b>Recuento</b>	88	110	198
		<b>% dentro de Ocupación</b>	71.5%	81.5%	
		<b>% del total</b>	34.1%	42.6%	76.7%
<b>Incentivos financieros</b>	<b>Si</b>	<b>Recuento</b>	0	11	11
		<b>% dentro de Ocupación</b>	0.0%	8.1%	
		<b>% del total</b>	0.0%	4.3%	4.3%
	<b>No</b>	<b>Recuento</b>	123	124	247
		<b>% dentro de Ocupación</b>	100.0%	91.9%	
		<b>% del total</b>	47.7%	48.1%	95.7%
<b>Prueba COVID positiva</b>	<b>Si</b>	<b>Recuento</b>	25	24	49
		<b>% dentro de Ocupación</b>	20.3%	17.8%	
		<b>% del total</b>	9.7%	9.3%	19.0%
	<b>No</b>	<b>Recuento</b>	98	111	209
		<b>% dentro de Ocupación</b>	79.7%	82.2%	
		<b>% del total</b>	38.0%	43.0%	81.0%

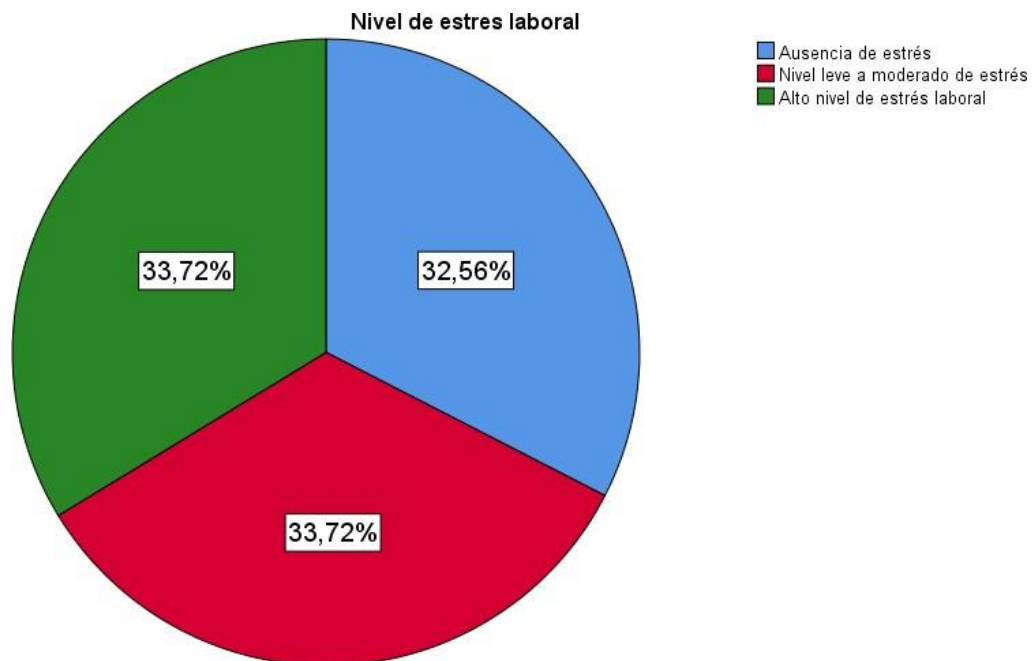
Las variables dependientes de este estudio fueron el burnout y la satisfacción laboral. Si hablamos de **síndrome de burnout** en el personal de salud, se vio puntuaciones desde 25 hasta 112, con una media de  $74 \pm 17$  puntos. El histograma de distribución de los valores obtenidos está representado en la figura 9.

Como se mencionó dentro de la metodología, esta variable se dividió en tres categorías: ausencia de estrés, estrés leve a moderado y alto grado de estrés. La división se hizo en base al percentil de la puntuación obtenida; es así, que el percentil 33 correspondió a 68 puntos y el percentil 66 a 80 puntos. Por ende, valores menores a 68 indicaron “ausencia de burnout”, mayores a 80 equivalieron a “alto nivel de burnout” y entre 68 y 80 puntos a “nivel leve a moderado de burnout”.

La figura 10 representa la distribución del personal en base a estas categorías. Es importante resaltar que el 67.44% mostró algún nivel de síndrome de burnout (siendo éste severo en el 33.72%), y que solo un 32.56% de la muestra no lo presentó.

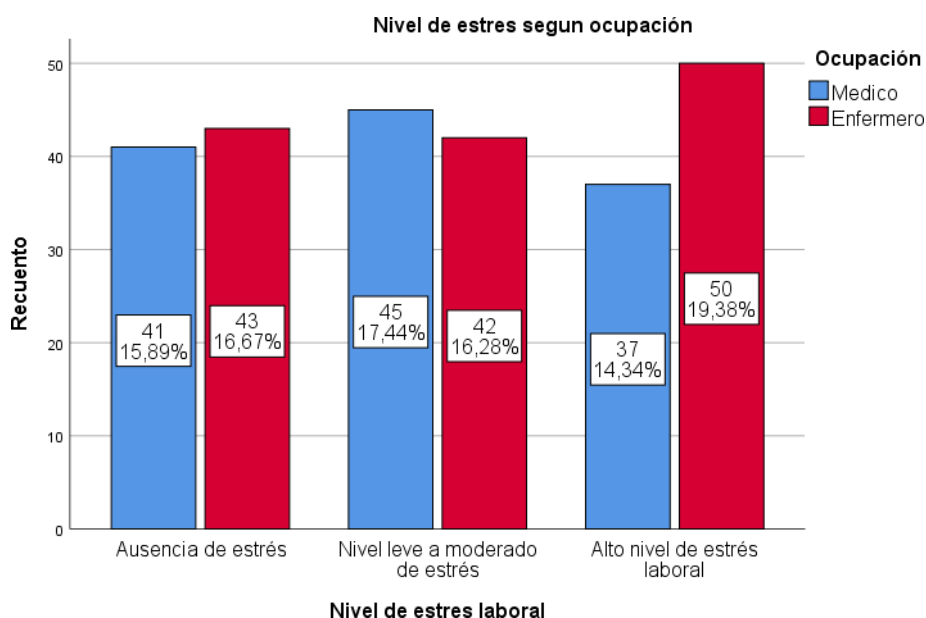


**Figura 9.** Puntuaciones de síndrome de burnout obtenidas.



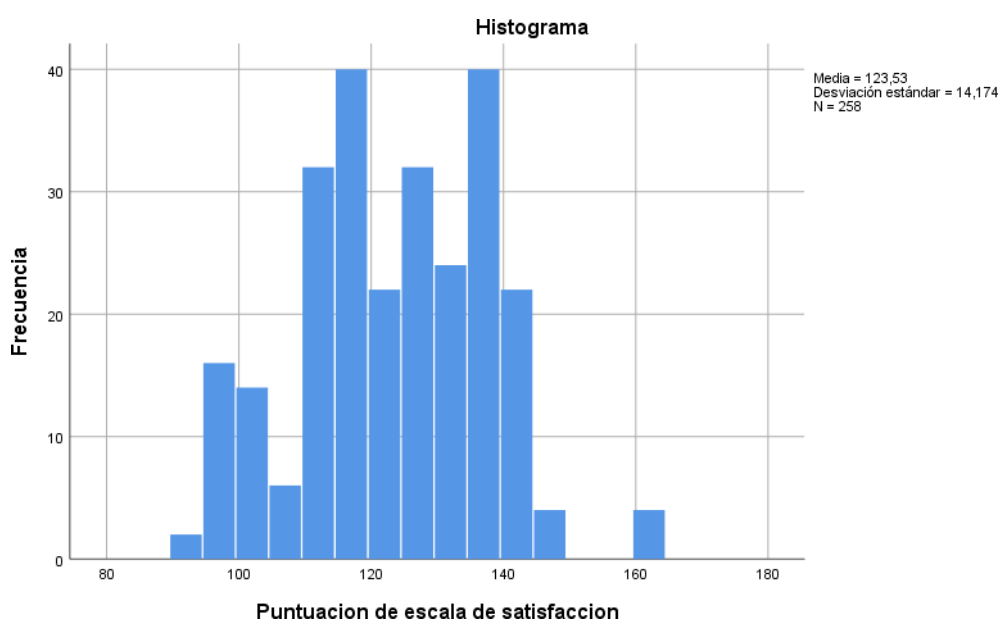
**Figura 10.** Niveles de burnout en médicos y enfermeras.

Si describimos esta variable en relación a la ocupación, encontramos que en médicos y enfermeros los niveles de burnout fueron muy similares, solo obteniéndose ligeras diferencias en el grupo de “alto grado de burnout”, donde las enfermeras tienen un mayor porcentaje. La figura 11, resume estos resultados.



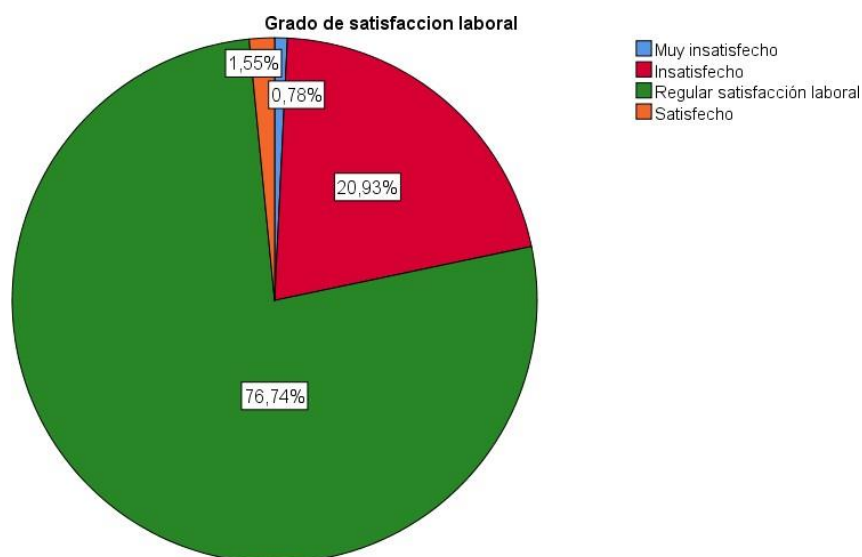
**Figura 11.** Niveles de síndrome de burnout según ocupación.

En cuanto a la **satisfacción laboral**, se encontró puntuaciones entre 92 y 160, con una media de  $123 \pm 14$  puntos. La figura 12 nos muestra el histograma de distribución de los valores obtenidos.



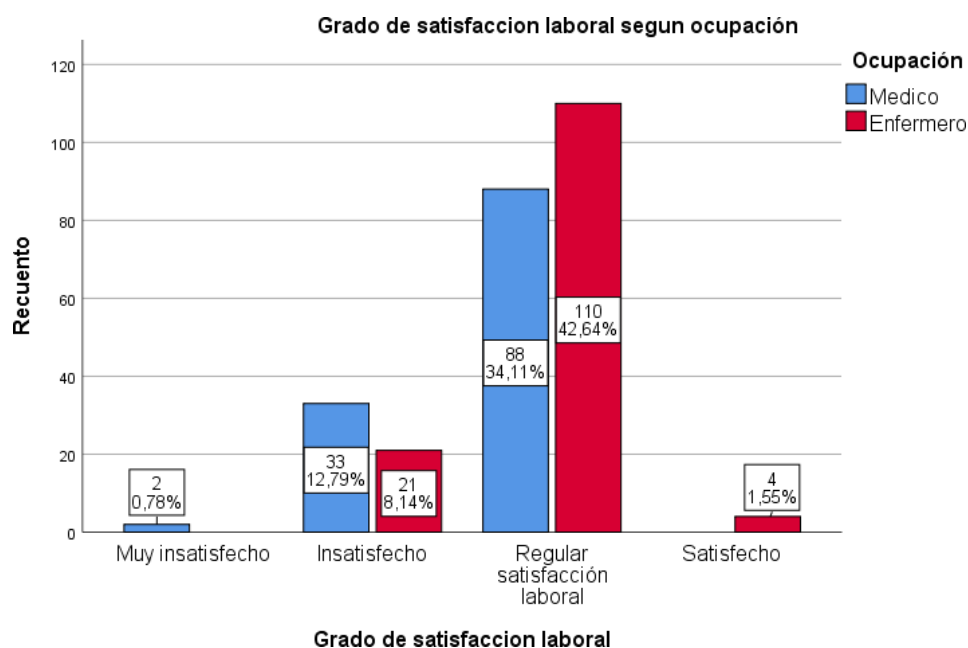
**Figura 12.** Puntuaciones de satisfacción laboral obtenidas.

Cuando dividimos esta variable en grados, vemos que un 76.74% de la muestra estudiada presentan una “satisfacción laboral regular”, seguidos de un 20.93% que indican estar “insatisfechos”. Los porcentajes más bajos son aquellos con grados de “satisfecho” (1.55%) y “muy insatisfecho” (0.78%), no encontrándose ningún participante con grado de “muy satisfecho” (figura 13).



**Figura 13.** Grados de satisfacción laboral en médicos y enfermeras.

De igual manera, al ver el grado de satisfacción laboral en médicos y enfermeras no se encuentra diferencias significativas entre ambos grupos (figura 14).



**Figura 14.** Grados de satisfacción laboral según ocupación.



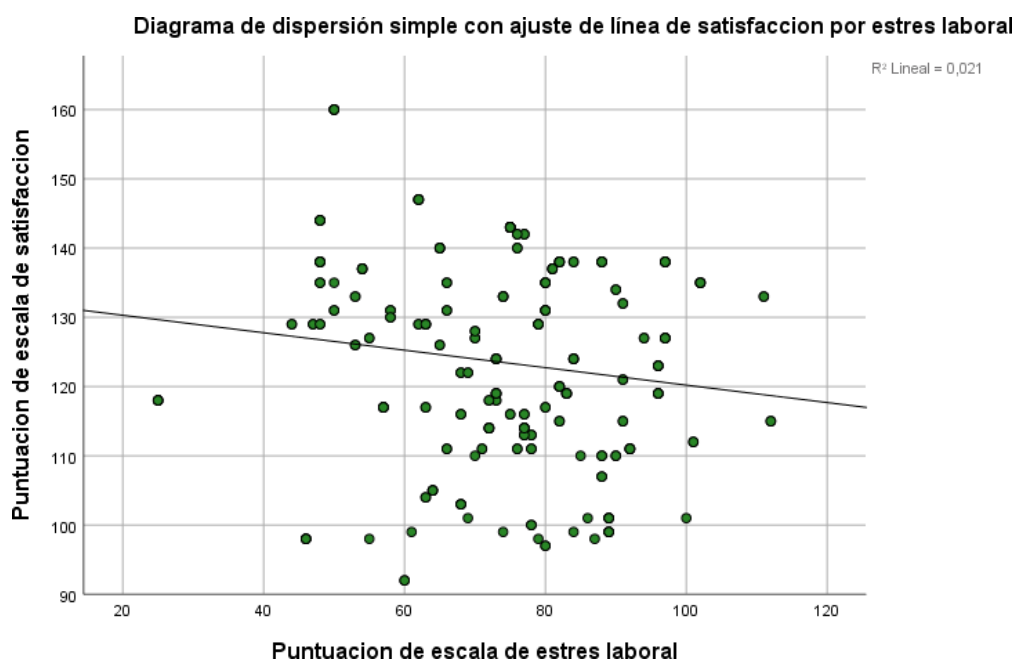
## Estudio analítico

El estudio analítico se dividió en cuatro partes:

- Primero, se analizó la correlación entre el burnout y la satisfacción laboral.
- Luego, se examinó la relación y/o asociación de cada una de estas dos variables con los diferentes factores sociodemográficos y laborales.
- Se determinó la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeras en relación a las variables estudiadas.
- Finalmente, se analizó el burnout y satisfacción laboral en médicos, en relación a su especialidad clínico-quirúrgica y su nivel de especialización.

### Burnout y satisfacción laboral:

En los resultados de correlación (Pearson) entre estas variables dependientes, se obtuvo un valor de  $r_{(256)} = -.147$ ,  $p = .009$ . Es decir, ambas están correlacionadas: a mayor burnout, menor satisfacción laboral. A continuación (figura 15), se presenta el diagrama de dispersión generado:



**Figura 15.** Correlación entre burnout y satisfacción laboral - Diagrama de dispersión.

Como parte del análisis se calculó un modelo de regresión lineal simple para ambas variables, usando el método de entrada Enter para predecir el efecto del burnout sobre la satisfacción laboral. La ecuación de regresión fue estadísticamente significativa:  $F_{(1, 256)} = 5.625$ ;  $p = .018$ . El valor de la  $R^2$  fue de .021, lo que indica que el 2.1% del cambio de la puntuación de la satisfacción puede ser explicada por este modelo que incluye al burnout. La ecuación obtenida fue:  $132.829 - 0.126 * (\text{síndrome de burnout})$ ; donde la puntuación de la satisfacción laboral disminuye 0.126 puntos por cada punto de estrés.

Esto significa que el cambio de ambas variables, no se explican en plenitud por sí mismas, sino que están influidos otros factores sociodemográficos y/o laborales que analizaremos a continuación.

### **Síndrome de burnout y factores sociodemográficos y laborales:**

Para el análisis del burnout en relación a los factores sociodemográficos y laborales de los médicos y enfermeras del HNERM, se consideró como prueba estadística, la regresión lineal múltiple.

Para ingresar estas variables dicha prueba, se consideró inicialmente los siguientes requisitos:

- Que cada una de estas variables predictoras estén correlacionadas con la variable de interés,
- Que tengan una varianza diferente de cero,
- Que no se presenten criterios de multicolinealidad y,
- Que estas variables no estén relacionadas con variables externas.

Además, se realizó previamente un análisis de regresión lineal simple para cada una de las posibles variables predictoras, considerándose aquellas con significancia estadística ( $p < 0.05$ ), las que finalmente entraron en el modelo final de regresión múltiple.

A continuación, en la tabla 5 se muestran las correlaciones entre las variables predictoras y el burnout, reportándose los valores de r (Pearson) y su significancia estadística. Así mismo, para cada una de estas variables se muestra el modelo de regresión simple obtenido por el método Enter, exponiendo los valores de F con sus grados de libertad, el R<sup>2</sup>, el coeficiente no estandarizado B, el coeficiente estandarizado  $\beta$ , el error estándar y la significancia del modelo. La siguiente tabla solo contiene las variables con valores estadísticamente significativos:

**Tabla 5.** Correlaciones y Modelos de regresión lineal simple para el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome de burnout.

Variables	Correlación		Modelo de regresión lineal simple					
	r	p	F <sub>(1,256)</sub>	R <sup>2</sup>	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Sexo</b>	.132	.017	4.548	.017	4.573	2.144	.132	.034
Constante					70.640	1.735		
<b>Área de trabajo</b>	.124	.023	4.001	.015	1.933	0.967	.124	.047
Constante					70.945	1.688		
<b>Horas trabajo/semana</b>	.555	<.001	113.665	.307	15.450	1.449	.555	<.001
Constante					51.179	2.274		
<b>Turnos noche/semana</b>	.569	<.001	122.585	.324	15.753	1.423	.569	<.001
Constante					55.501	1.843		
<b>EPP suficiente</b>	.269	<.001	20.040	.073	10.492	2.344	.269	<.001
Constante					65.583	2.053		
<b>Prueba COVID +</b>	-.307	<.001	26.725	.095	-12.895	2.494	-.307	<.001
Constante					84.082	2.245		
<b>Clasificación profesional medica</b>	-.224	.006	6.394 <sup>a</sup>	.050	-5.725	2.264	-.224	.013
Constante					81.031	3.367		

Nota: a. El valor F para la variable clasificación profesional medica tuvo como grados de libertad a 1 y 121.

La edad, estado civil, ocupación, especialidad, tipo de contrato e incentivos financieros no presentaron correlaciones ni modelos de regresión lineal simple estadísticamente significativos, por lo que se excluyeron para el análisis de regresión lineal múltiple.

Para conocer si el síndrome de burnout está predicho por el sexo, el área de trabajo durante la pandemia COVID-19, el número de horas trabajadas por semana, el número de guardias nocturnas por semana, la cantidad de EPP suficiente y la presencia de una prueba COVID-19 positiva; se llevó a cabo una prueba de regresión lineal múltiple mediante un modelo por inclusión o hacia adelante ("forward"). Los resultados de la tabla 6, muestran que todos los índices de significancia ( $p$ ), potencia estadística ( $1-\beta$ ) y tamaño del efecto ( $f^2$ ) son adecuados y que en conjunto las variables predicen el 42.3% del estrés laboral.

**Tabla 6.** Modelos de regresión lineal múltiple para el efecto de las variables sociodemográficas y laborales seleccionadas sobre el burnout.

Modelos	F	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	B	Error estándar	$\beta$	p	1- $\beta$	f <sup>2</sup>
<b>Modelo 1</b>	122.585 (1,256)	.324	.321	55.501	1.843		<.001	1	.479
Turnos noches/semana				15.753	1.423	.569	<.001		
<b>Modelo 2</b>	79.540 (2,255)	.384	.379	49.086	2.180		<.001	1	.623
Turnos noches/semana				10.024	1.779	.362	<.001		
Horas de trabajo/semana				8.951	1.790	.321	<.001		
<b>Modelo 3</b>	57.364 (3,254)	.404	.397	55.725	3.141		<.001	1	.678
Turnos noches/semana				9.522	1.762	.344	<.001		
Horas de trabajo/semana				8.201	1.784	.294	<.001		
Prueba COVID positiva				-6.135	2.117	-.146	.004		
<b>Modelo 4</b>	44.598 (4,253)	.414	.404	53.661	3.282		<.001	1	.706
Turnos noches/semana				9.605	1.752	.347	<.001		
Horas de trabajo/semana				8.026	1.775	.288	<.001		
Prueba COVID positiva				-6.026	2.105	-.144	.005		
Área de trabajo				1.533	0.752	.098	.042		
<b>Modelo 5</b>	36.959 (5,252)	.423	.412	51.904	3.373		<.001	1	.733
Turnos noches/semana				9.155	1.755	.331	<.001		
Horas de trabajo/semana				7.533	1.780	.270	<.001		
Prueba COVID positiva				-6.145	2.092	-.147	.004		
Área de trabajo				1.557	0.747	.100	.038		
EPP suficiente				3.981	1.950	.102	.042		

El análisis de regresión lineal múltiple mostro que, al irse incorporando variables al modelo, este tuvo un mayor poder de explicación del síndrome de burnout, así como un mayor tamaño de efecto ( $f^2$ ), con un nivel de potencia estadístico ( $1-\beta$ ) alto. Como vemos el modelo 5 tiene un nivel de potencia de 1 (mayor a 0.80) y un tamaño de efecto de 0.73 (mayor a 0.35), ambos considerados como índices altos; lo que permite afirmar que los resultados son relevantes y que las variables turnos noche/semana, horas de trabajo/semana, prueba COVID positiva, área de trabajo y EPP suficiente, predicen al burnout. La variable Sexo fue excluida de estos modelos a pesar de ser estadísticamente significativa en el análisis de regresión simple.

La ecuación de regresión fue:  $51.904 + 9.155 * (\textit{Turnos noche/semana}) + 7.533 * (\textit{Horas de trabajo/semana}) - 6.145 * (\textit{Prueba COVID positiva}) + 1.557 * (\textit{Área de trabajo}) + 3.981 * (\textit{EPP suficiente})$ ; donde la puntuación de burnout aumenta 9.155 puntos por cada turno nocturno a la semana adicional, 7.533 por cada hora de trabajo adicional a la semana, 1.557 puntos si trabajas en áreas críticas como unidades de cuidados intensivos o sala de operaciones, 3.981 puntos si hay déficit de EPP y disminuye 6.145 puntos ante la presencia de una prueba COVID negativa (o caso contrario, aumenta si la prueba COVID sale positiva y hubo contagio).

Así mismo, los indicadores de multicolinealidad VIF (Variance Inflation Factor) fueron menores de 10 y los valores de Tolerancia fueron mayores a 0.20, lo que indica que no existen correlaciones elevadas entre los factores incluidos y por ende no existe multicolinealidad en este modelo.

### **Satisfacción laboral y factores sociodemográficos y laborales:**

Para el análisis de la satisfacción laboral en relación a los factores sociodemográficos y laborales de los médicos y enfermeras del HNERM, se tomaron las mismas consideraciones y requisitos empleados en el análisis anterior. En la tabla 7, se muestran aquellas variables predictoras que tuvieron valores de significancia menores a 0.05 para el análisis de correlación y de regresión lineal simple en relación a la satisfacción laboral.

**Tabla 7.** Correlaciones y Modelos de regresión lineal simple para el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre la satisfacción laboral.

Variables	Correlación		Modelo de regresión lineal simple					
	r	p	F <sub>(1,256)</sub>	R <sup>2</sup>	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Edad</b>	.251	<.001	17.284	.063	3.299	0.793	.251	<.001
Constante					120.045	1.199		
<b>Sexo</b>	.218	<.001	12.801	.048	6.494	1.815	.218	<.001
Constante					119.281	1.469		
<b>Ocupación</b>	.238	<.001	15.367	.057	6.740	1.719	.238	<.001
Constante					120.008	1.244		
<b>Tipo de contrato</b>	-.213	<.001	12.155	.045	-4.065	1.166	-.213	.001
Constante					128.593	1.688		
<b>Área de trabajo</b>	-.177	.002	8.282	.031	-2.372	0.824	-.177	.004
Constante					120.234	1.440		
<b>Horas trabajo/semana</b>	-.166	.004	7.249	.028	-3.979	1.477	-.166	.008
Constante					129.314	2.317		
<b>Turnos noche/semana</b>	-.247	<.001	16.578	.061	-5.871	1.442	-.247	<.001
Constante					130.293	1.868		
<b>Incentivos financieros</b>	-.189	.001	9.448	.036	-13.210	4.298	-.189	.002
Constante					136.182	4.205		
<b>Clasificación profesional medica</b>	.336	<.001	15.374 <sup>a</sup>	.113	7.585	1.934	.336	<.001
Constante					109.648	2.877		

Nota: a. El valor F para la variable clasificación profesional medica tuvo como grados de libertad a 1 y 121.

Las variables estado civil, especialidad, EPP suficiente y prueba COVID positiva presentaron pruebas estadísticamente no significativas, por lo que no entraron en el posterior análisis de regresión lineal múltiple.

Para determinar si la satisfacción laboral estaba predicha por la edad, el sexo, la ocupación, el tipo de contrato, el área de trabajo, las horas trabajadas por semana, los turnos nocturnos por semana y los incentivos financieros; se llevó a cabo una prueba de regresión lineal múltiple mediante el método por inclusión o hacia delante ("forward"). A continuación, la tabla 8 nos muestra los modelos de regresión múltiple

obtenidos, todos ellos con valores de significancia, potencia estadística y tamaño del efecto aceptables. Se determinó que las variables consideradas en el modelo final predicen un 17.4% de la satisfacción laboral.

**Tabla 8.** Modelos de regresión lineal múltiple para el efecto de las variables sociodemográficas y laborales seleccionadas sobre la satisfacción laboral.

Modelos	F	R2	ΔR2	B	Error estándar	β	p	1- β	f <sup>2</sup>
<b>Modelo 1</b>	18.383 (1,256)	.067	.063	110.196	3.226		<.001	.955	.072
Edad				0.329	0.077	.259	<.001		
<b>Modelo 2</b>	16.291 (2,255)	.113	.106	106.794	3.286		<.001	.997	.127
Edad				0.360	0.075	.284	<.001		
Burnout				-6.539	1.792	-.217	<.001		
<b>Modelo 3</b>	13.563 (3,254)	.138	.128	104.635	3.343		<.001	.999	.160
Edad				0.339	0.075	.267	<.001		
Burnout				-6.702	1.771	-.222	<.001		
Área de trabajo				-2.123	0.786	-.158	.007		
<b>Modelo 4</b>	12.131 (4,253)	.161	.148	118.291	6.164		<.001	.999	.192
Edad				0.261	0.080	.206	.001		
Burnout				-7.256	1.764	-.240	<.001		
Área de trabajo				-2.438	0.786	-.182	.002		
Incentivos financieros				-11.597	4.418	-.166	.009		
<b>Modelo 5</b>	10.651 (5,252)	.174	.158	121.339	6.307		<.001	.999	.211
Edad				0.209	0.083	.164	.013		
Burnout				-7.324	1.753	-.243	<.001		
Área de trabajo				-2.559	0.783	-.191	.001		
Incentivos financieros				-9.499	4.510	-.136	.036		
Tipo de contrato				-2.502	1.230	-.131	.043		

El presente análisis de regresión lineal múltiple agregó las variables consideradas una a una, manteniendo aquellas que contribuyeron significativamente al modelo; mientras se añadían cada elemento, se vio un mejor poder de explicación, un mayor tamaño de efecto y un nivel de potencia estadística adecuada. El modelo 5 generó

un nivel de potencia alto de 0.99 y un tamaño de efecto moderado de 0.21 (mayor a 0.15 y menor a 0.35); por lo que se puede afirmar que los resultados obtenidos son importantes y que las variables edad, área de trabajo, incentivos financieros, tipo de contrato y el burnout, predicen a la satisfacción laboral.

El sexo, la ocupación, las horas de trabajo por semana y los turnos noche por semana, a pesar de haber resultado estadísticamente significativas en el análisis de regresión simple fueron excluidos en la regresión múltiple.

La ecuación de regresión final para la satisfacción fue:  $121.399 + 0.209 * (Edad) - 7.234 * (Síndrome\ de\ burnout) - 2.559 * (Área\ de\ trabajo) - 9.499 * (Incentivos\ financieros) - 2.502 * (Tipo\ de\ contrato)$ ; donde la puntuación de satisfacción laboral aumenta 0.209 puntos por cada año de edad cumplido; así mismo, disminuye 7.234 puntos ante la presencia de algún grado de burnout, 2.502 puntos si trabajas en áreas críticas como UCI o sala de operaciones, 9.499 puntos ante la ausencia de incentivos financieros para los trabajadores de áreas COVID (o aumenta ante la presencia de estos) y 2.502 puntos si perteneces a contratos CAS o servicios no personales (en comparación a contratos estables 728 o plazas nombradas).

Los valores de VIF y Tolerancia para el presente análisis estadístico, mantuvieron valores aceptables, por lo que se descartó la multicolinealidad.

### **Diferencias entre médicos y enfermeras:**

En la tabla 9, se muestra las correlaciones y las pruebas de regresión lineal entre la ocupación y el burnout / satisfacción laboral. Estas revelan que el síndrome de burnout no estuvo relacionado con el tipo de ocupación. En cuanto a la satisfacción laboral, se encontró una correlación estadísticamente significativa, lo cual inclinaba los resultados a que las enfermeras tenían mejores niveles de satisfacción, sin embargo, el análisis de regresión lineal evidencia que la variable ocupación no contribuye significativamente al modelo.



**Tabla 9.** Correlación y regresión lineal simple para el efecto de la ocupación sobre el burnout y la satisfacción laboral.

Ocupación Vs	Correlación		Modelo de regresión lineal					
	r	p	F	R <sup>2</sup>	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Burnout</b>	.025	.347	0.155	.001				
Constante			(1,256)		73.211	1.489	.025	.694
<b>Satisfacción laboral</b>	.238	<.001	10.651	.174			.097	.184
Constante			(5,252)		121.339	6.307		

### **Análisis de la especialidad y clasificación profesional en médicos:**

Para el presente análisis se evaluó la muestra conformada solo por médicos, en los cuales se realizó nuevamente las pruebas de correlación, regresión lineal simple y múltiple para cada una de las variables, haciendo énfasis en la especialidad y la clasificación profesional médica; evaluando la significancia estadística y la influencia de estas dos variables sobre el burnout y la satisfacción laboral. En la tabla 10 se muestra la correlación y los modelos de regresión lineal de las variables especialidad y clasificación profesional sobre el síndrome de burnout:

**Tabla 10.** Correlación y Modelos de regresión lineal para el efecto de la especialidad y la clasificación profesional sobre el síndrome de burnout en médicos.

Síndrome de Burnout Vs	Correlación		Modelo de regresión lineal					
	r	p	F	R <sup>2</sup>	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Correlación</b>								
Especialidad	-.282	.001						
Clasificación profesional medica	-.224	.006						
<b>Regresión simple</b>								
Especialidad			10.457 <sup>a</sup>	.080	-8.499	2.628	-.282	.002
Clasificación profesional medica			6.394 <sup>a</sup>	.050	-5.725	2.264	-.224	.013
<b>Regresión múltiple</b>								
Especialidad			20.060 <sup>b</sup>	.509	52.102	4.243		<.001
Clasificación profesional medica					-5.321	2.113	-.177	.013
							.018	.811

Nota: a. El valor F tuvo como grados de libertad a 1 y 121; b. El valor F tuvo como grados de libertad a 6 y 116.

Es importante resaltar que ambas variables se encuentran correlacionadas con el burnout, viéndose mayores puntajes en médicos de áreas clínicas en comparación a los de áreas quirúrgicas, y también en médicos generales y residentes en comparación a médicos especialistas. En el análisis de regresión lineal, se puede ver que ambas variables son estadísticamente significativas en la regresión simple, pero al ser incluidas la regresión múltiple, solamente la especialidad muestra influencia significativa.

En la tabla 11, se puede ver el mismo análisis, pero aplicada a la satisfacción laboral:

**Tabla 11.** Correlación y Modelos de regresión lineal para el efecto de la especialidad y la clasificación profesional sobre la satisfacción laboral en médicos.

Satisfacción laboral Vs	Correlación		Modelo de regresión lineal					
	r	p	F	R <sup>2</sup>	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Correlación</b>								
Especialidad	-.170	.030						
Clasificación profesional medica	.336	<.001						
<b>Regresión simple</b>								
Especialidad			3.602 <sup>a</sup>	.029	-4.530	2.387	-.170	.060
Clasificación profesional medica			15.374 <sup>a</sup>	.113	7.585	1.934	.336	<.001
<b>Regresión múltiple</b>								
Clasificación profesional medica			15.374 <sup>b</sup>	.201	110.954	2.765		<.001
					9.918	1.952	.439	<.001

Nota: a. El valor F tuvo como grados de libertad a 1 y 121; b. El valor F tuvo como grados de libertad a 2 y 120.

A diferencia del burnout, para la satisfacción laboral vemos que a pesar de que ambas variables se hallan correlacionadas, solamente la clasificación profesional medica presenta pruebas de regresión lineal simple y múltiples estadísticamente significativas, es decir, el personal médico asistencial especialista tuvieron mejores niveles de satisfacción laboral en comparación de los médicos generales o los residentes en formación.

## V. DISCUSIÓN

De acuerdo con el enfoque metodológico, y respondiendo a cada uno de los objetivos propuestos, se genera la siguiente discusión:

### **Síndrome de burnout y niveles de satisfacción laboral del personal médico y de enfermería que estuvieron en la primera línea.**

Este estudio encamina a la evaluación de un tema importante; ya que, el estrés es un problema global que afecta a los trabajadores de salud y que fue acentuado durante la pandemia COVID-19. Respondiendo al primer objetivo vimos que solo el 32.6% del personal de salud no presentaron burnout, al contrario del otro 67.4% donde se encontró algún nivel de burnout, siendo de grado severo en el 33.7%. Algo importante a resaltar es la ausencia de diferencias entre el personal médico y de enfermería. Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, en su investigación encontró un porcentaje de estrés del 57.7%, igualmente elevado, aunque con la diferencia que dicho estudio fue realizado solo en médicos y con el instrumento de medición de Malach-Pines abreviado. En un trabajo hecho por Magnavita <sup>(26)</sup> realizado en médicos anestesiólogos, se encontró un 71.1% de burnout durante la pandemia COVID-19, aunque utilizando otro instrumento de medición. Por otro lado, Lai <sup>(29)</sup> encontró en el personal de salud, cifras elevadas de estrés de hasta el 71.5% asociado además a depresión, ansiedad e insomnio. En otro artículo realizado por Tiete <sup>(33)</sup>, se evaluó el impacto de la pandemia en el personal que laboraba en unidades críticas, hallándose que casi la mitad de los participantes reportaron un nivel significativo de agotamiento, viéndose en un 25.1% síntomas de moderado a extremadamente graves niveles de estrés. En general, podemos destacar que haciendo comparación de los resultados del presente estudio con otros trabajos internacionales, vemos que las cifras de estrés laboral se mantuvieron elevados sobre todo en los meses más álgidos de la pandemia COVID-19 y que su impacto fue negativo sobre la salud mental del personal de salud de primera línea.

En cuanto a la satisfacción laboral, a pesar de las cifras elevadas de estrés se vio un 76.7% de regular satisfacción y un 20.9% de insatisfacción. Es de resaltar que las cifras de buena satisfacción laboral fueron muy bajas y que no hubo diferencia

en los grupos ocupacionales. En un estudio realizado por Savitsky <sup>(20)</sup>, enfocada a la satisfacción ocupacional en enfermeras durante el periodo de pandemia, mostró cifras más bajas en aquellas que atendieron pacientes positivos para COVID-19 y también en las que laboraban en hospitales, en comparación a las que realizaban trabajos comunitarios. Trabajos como el de Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, también encontraron puntuaciones intermedias de satisfacción laboral en el personal médico y de enfermería a pesar de las cifras elevadas de Burnout. En otro trabajo realizado en China por Yu <sup>(23)</sup>, se mostró que el personal médico que laboraba en la primera línea de atención tenía “niveles decentes” de satisfacción laboral, más altos incluso que medidas similares tomadas al mismo personal anteriormente, lo cual fue explicado por un mayor nivel de satisfacción personal en los trabajadores al ayudar a pacientes con coronavirus. Una investigación peruana realizada por Jiménez <sup>(61)</sup>, evaluó la satisfacción laboral en profesionales de primera línea en la ciudad de Tacna, encontrándose un promedio por encima de la media. Es de resaltar que, a pesar de los trastornos en la salud mental del personal de salud secundarios a la pandemia COVID-19, se mantiene cifras moderadas de satisfacción laboral en la mayor parte de estudios. Por todo lo indicado, nos podemos dar cuenta que la satisfacción ocupacional, a pesar de estar relacionado con el estrés laboral, abarca una esfera mucho más amplia siendo determinada por otros múltiples factores.

### **Relación entre burnout y satisfacción laboral en el personal de primera línea durante la pandemia COVID-19.**

En el presente trabajo se pudo establecer una correlación inversa entre el burnout y la satisfacción laboral, con un  $r = -.147$ , la cual constituye una correlación baja. De igual manera, al realizar la prueba de regresión lineal entre ambas variables, se vio un  $R^2 = .021$ , que indica que un porcentaje bajo de la puntuación de satisfacción está explicada solo por el burnout. Entonces podemos deducir que tanto el estrés como la satisfacción laboral deben ser predichas por muchos otros factores, que en su conjunto determinan el grado o fuerza de manifestación de estas variables en una persona. Son pocos los estudios que correlacionaron con exactitud estrés y satisfacción en épocas de pandemia, siendo uno de ellos el de Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, donde en el análisis de regresión lineal múltiple se reveló que el nivel de burnout es un predictor importante de la satisfacción laboral ( $\beta = -0.60$ ;  $p < 0.001$ ; IC 95%:

-2.225, -1.888). Piotrowski <sup>(34)</sup>, al analizar la satisfacción ocupacional, la resiliencia y el estrés laboral en enfermeras de primera línea, encontró una correlación fuerte y negativa entre satisfacción y estrés con un  $r = -.55$ ; así mismo, una correlación positiva entre satisfacción y resiliencia ( $r = .30$ ) y entre estrés e intención de dejar el trabajo ( $r = .46$ ). El autor resalta a la satisfacción laboral como un mediador entre el estrés e intención de abandono del trabajo, así como al estrés laboral como mediador entre la resiliencia y la satisfacción. Es fácilmente entendible la asociación de estas dos variables, sin embargo, por si solas no pueden predecirse la una a la otra, por lo cual es importante identificar otros componentes asociados.

### **Relación del síndrome de burnout con factores sociodemográficos y laborales en el personal de primera línea.**

En el estudio de los factores asociados al síndrome de burnout y a la satisfacción laboral se analizaron trece variables entre sociodemográficas y laborales, considerándose finalmente las estadísticamente significativas en la prueba de regresión lineal múltiple. Si hablamos de estrés laboral, se identificó su asociación con 5 variables predictoras: turnos noche/semana, horas de trabajo/semana, prueba COVID positiva, área de trabajo y EPP suficiente. El burnout empeoró en relación al mayor número de horas laborales en áreas COVID y al mayor número de guardias nocturnas en dichas zonas; así mismo, la ausencia de equipos de protección personal y el contagio del coronavirus al personal, intensificó su aparición. El área de trabajo también fue un factor asociado, encontrándose mayores puntuaciones de estrés en áreas críticas como la unidad de cuidados intensivos y sala de operaciones.

Las actividades médicas y de enfermería ya son estresantes fuera de condiciones de pandemia. El mayor número de horas de trabajo y de turnos nocturnos en áreas COVID, estuvo asociado a una gran demanda de pacientes y mayor exposición al virus, sobre todo durante las primeras olas de pandemia y en hospitales grandes de referencia, como el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. En estudios como el de Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, se resalta como fuentes de agotamiento a la sobrecarga laboral (por mano de obra insuficiente), que se sumó a la incertidumbre sobre el curso de la pandemia (cambios en protocolos y roles operativos), equilibrio

trabajo-familia desafiante y relaciones de trabajo tensas entre colegas y pacientes. Said <sup>(35)</sup>, hizo una comparación entre dos hospitales, uno que trataban exclusivamente pacientes con coronavirus, y el otro que no era hospital de aislamiento y solo veían pacientes sospechosos. Se vio que las enfermeras del primer hospital presentaban niveles de estrés elevados (75.2%), siendo los principales estresores la carga de trabajo (98.6%), trato con la muerte y miedo a morir (96.7%) y el estigma (90.5%). Por otro lado, Alnazly <sup>(19)</sup>, encontró puntuaciones de estrés más bajas en aquellos que tomaron vacaciones durante los meses de pandemia ( $p < .001$ ).

El déficit de EPP fue marcado, sobre todo en los primeros meses del brote del coronavirus, al haber alta demanda y pobre abasto en los hospitales públicos, donde el personal de salud a veces disponía de un solo kit de protección para su labor durante el día y por ende se expusieron a mayor riesgo de contagio. Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, también halló como fuentes importantes de burnout a la falta de acceso a equipo de protección y el tener una prueba positiva para SARS-CoV-2; y Said <sup>(35)</sup> por otro lado, encontró mayores niveles de estrés y discomfort asociado al empleo de estrictas medidas de bioprotección (95.2%) en el personal de enfermería. El riesgo y miedo al contagio fue una constante en los trabajadores de salud, ya que como se vio en los resultados, la cantidad de pruebas COVID positivas fue significativa.

En cuanto al área de trabajo, existen estudios donde se reportaron niveles altos de burnout en unidades de cuidados intensivos y en sala de operaciones, en comparación a otras áreas hospitalarias, al igual que lo encontrado en el presente trabajo. Caillet <sup>(36)</sup>, nos hace recordar que el personal de las UCI han tratado pacientes críticos y en fase aguda del coronavirus con una alta tasa de morbi-mortalidad inicial. La sobrecarga laboral al tratar de cumplir con este desafío intensificó los niveles de estrés, sumado a la ardua labor de liberar camas hospitalarias ante la gran demanda de pacientes. Magnavita <sup>(26)</sup>, reportó altos grados de estrés en médicos anestesiólogos intensivistas, que estuvo relacionado a largas jornadas y a un desequilibrio entre alto esfuerzo y baja recompensa. Tenemos que recordar que hay especialidades que se exponen más a la generación de aerosoles (tal cual sucede en la intubación traqueal), como son los

médicos anestesiólogos y de medicina intensiva, y por ende tienen más riesgo al contagio. El estrés laboral en sala de operaciones también afectó a los médicos cirujanos y residentes; esta relación se discute más adelante en otro apartado.

El sexo, edad, estado civil, tipo de contrato, entre otras, no se comportaron como variables predictoras de burnout en el presente estudio. Sin embargo, trabajos como el de Alnazly <sup>(19)</sup>, mostraron puntuaciones de estrés más altos en el sexo masculino ( $p = .001$ ), en mayores de 40 años ( $p < .001$ ), en los casados ( $p = .012$ ) y en participantes de mayor experiencia ( $p < .001$ ). Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, encontró que el burnout estaba más relacionado con el sexo femenino, aunque en este trabajo, este género a su vez se relacionó a una mayor sobrecarga laboral (sobre todo en personal de enfermería). Por su parte, Magnavita <sup>(26)</sup>, no encontró diferencias significativas en cuanto a edad y sexo, pero si había mayor tendencia en mujeres y jóvenes.

Los resultados de estos trabajos son diferentes y dependen mucho del lugar donde fueron realizados; sin embargo, se puede inferir que el miedo al COVID-19 fue un factor común para todos ellos, sobre todo en los primeros meses de pandemia donde el desconocimiento de la enfermedad y el no saber cómo enfrentarlo, condujo al personal de salud a preocupación, ansiedad y estrés. Por ejemplo, Monterrosa-Castro <sup>(22)</sup> encontró que más del 70% de los encuestados manifestaron miedo al COVID-19. Este miedo puede explicar el mayor estrés - encontrado en otros estudios - en personas casadas (por temor al contagio a sus propias familias), en personas mayores (al constituir un grupo más vulnerable) o en profesionales de menor experiencia (al no estar preparados para enfrentar crisis sanitarias o no poder manejar pacientes críticos). Finalmente, es importante considerar que la falta de actividad física, meditación y otras actividades (producto del confinamiento en casa durante la cuarentena impuesta por el gobierno), el malestar psicológico, las experiencias insatisfactorias, el duelo al haber perdido algún familiar o amigo por coronavirus, el impacto de la pandemia en la comunicación médico-paciente y los daños económicos secundarios al confinamiento; en su conjunto, afectan la resiliencia en cualquier individuo y lo predisponen a mayores niveles de burnout.

## **Relación de la satisfacción laboral con factores sociodemográficos y laborales en el personal de primera línea.**

El segundo pilar de la presente investigación fue analizar la satisfacción laboral en el personal de salud de primera línea del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Al realizar el análisis de regresión lineal múltiple se obtuvo que, de todas las variables incluidas en el estudio, las que mejor explicaban a la satisfacción eran la edad, el área de trabajo, los incentivos financieros, el tipo de contrato y el mismo estrés laboral. En términos generales, se encontró mejores niveles en personas de mayor edad y en los que habían recibido algún incentivo económico; y menores niveles con la presencia de estrés laboral. Así mismo, se halló mejores puntuaciones de satisfacción en áreas de emergencia y hospitalización (contrariamente al comportamiento de la misma variable con el estrés laboral), y en aquellas personas que presentaban un contrato laboral estable (nombrados y contrato 728).

Otros estudios hechos durante la pandemia, como el de Alrawashdeh <sup>(21)</sup>, encontraron que la edad se asoció positivamente a mejores puntuaciones de satisfacción, no habiendo diferencia en relación al sexo. Esta relación es explicada por la mayor experiencia y madurez que se obtiene a mayor edad, que permite un mejor afrontamiento a factores estresantes y una mejor apreciación de nuestro trabajo. Por el contrario, ser médico general o especialista, trabajar en hospitales muy cargados, salarios bajos y el sufrir de Burnout mostraron niveles bajos de satisfacción en este estudio. Zhang <sup>(71)</sup>, vio mejores niveles de satisfacción en el personal de mayor edad, en los que incluso tenía un impacto positivo sobre las horas de labor, en comparación de los jóvenes, lo que lleva a pensar que las organizaciones deben prestar atención a los trabajadores de menor edad que laboran muchos días a la semana. En este estudio no influyó sobre la satisfacción el género, ni la educación, aunque la redistribución del personal a áreas diferentes si la afectó. Satitsky <sup>(20)</sup>, al hacer una investigación en enfermeros que atendieron pacientes con COVID-19, vio que tuvieron niveles de satisfacción laboral significativamente inferiores, lo cual estuvo relacionado a la falta de EPP. Las organizaciones de salud no anticiparon el alcance y la transmisión de la nueva enfermedad y esta falta de conocimiento y planificación resultó en la escasez de



equipos de protección, afectándose el principio en el que el empleador debe minimizar los riesgos para la salud de sus empleados.

Es importante mencionar que, a pesar de la asociación de las variables mencionadas, en su conjunto predecían un porcentaje bajo de la satisfacción laboral; lo cual puede indicar que hay más factores (no considerados en el presente estudio), que predicen cuán satisfecho puede estar una persona con su trabajo. Satitsky <sup>(20)</sup>, por ejemplo, encontró que el principal componente de satisfacción laboral estuvo relacionado a la realización personal, lo que significa que, a pesar de las condiciones de pandemia, los valores ocupacionales más importantes fueron sus logros personales, desafíos e interés en el trabajo, independencia en la práctica y desarrollo personal, lo que se vinculó a la sensación de haber brindado ayuda y un servicio de calidad a todos los pacientes.

Yu <sup>(23)</sup>, por otro lado, resalta niveles de satisfacción más altos incluso que valores tomados anteriormente a la pandemia en la misma población, haciendo hincapié que esto se deba probablemente a que el arduo trabajo del personal médico fue reconocido por la sociedad y sus necesidades fueron garantizadas por las políticas y mejoras en sus condiciones de trabajo. Entre estas medidas adoptadas se incluyen: la seguridad en el entorno laboral, materiales de protección, acceso al tratamiento, implementación de turnos y rotaciones, asesoramiento psicológico e introducción de políticas de recompensas. Todo esto elevó el valor profesional y el entusiasmo en el trabajo. Así mismo, al asumir el gobierno todos los costos de tratamiento se alivió la economía familiar, lo que facilitó la cooperación y la confianza entre médicos y pacientes; y esta gratitud mejoró la realización profesional y la satisfacción laboral del personal de primera línea. Por otro lado, se vio que los elementos asociados a un puntaje bajo en la satisfacción, incluyeron la intensidad de trabajo asociado a una sobrecarga de pacientes en los periodos más críticos de la pandemia, la falta de camas e impotencia del personal. Así mismo, asociado a mayor satisfacción estaban la experiencia laboral, duración de la labor antiepidémica, duración del sueño diario, mayor nivel educativo, mejor preparación y mayores habilidades profesionales para enfrentarse a una emergencia sanitaria de gravedad.

Piotrowski <sup>(34)</sup>, resalta que la rápida incorporación de nuevos procedimientos de trabajo, la reubicación del personal y los pacientes, cambios estructurales y organizacionales, y la aparición de un riesgo de enfermedad y muerte, impactaron negativamente en los factores relacionados a la satisfacción laboral, aunque la resiliencia fue un factor potencial e importante con una influencia positiva. Finalmente, Said <sup>(35)</sup> encontró que la satisfacción ocupacional en más de la mitad de los enfermeros estudiados fue baja, viéndose que tan solo un 4.8% definitivamente no tenían intención de dejar su trabajo. Por ende, el tipo de hospital y su carga laboral fueron predictores de gran importancia.

Ante una epidemia, se ha visto que los profesionales de salud sacrifican sus propias necesidades para cuidar y brindar asistencia a los pacientes. Estos contextos pueden afectar el bienestar emocional y psicológico de los cuidadores. Si analizamos conceptos comunes entre estrés y satisfacción laboral, vemos que los factores institucionales juegan un papel importante en el compromiso laboral, así como el bienestar físico y mental, y la satisfacción relacionada a su propio ambiente laboral <sup>(21)</sup>. La pandemia se configuró como una misión extraordinaria del personal de salud, con mayor cantidad de horas de trabajo, reubicación y adquisición de nuevas responsabilidades y habilidades, entrenamiento, capacitación y sacrificios que exponían su salud física y mental. Aunque la evaluación de las variables estudiadas puede diferir según diversos contextos y entornos, la concordancia del presente estudio con varios trabajos internacionales indica que la pandemia COVID-19 trajo consigo una crisis que pasó fronteras.

### **Diferencias en los niveles de burnout y satisfacción laboral en profesionales médicos y de enfermería durante la pandemia por COVID-19.**

El presente estudio no encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en los niveles de burnout y/o satisfacción laboral en relación a la ocupación médica o de enfermería. Esto coincide con investigaciones como la de Alnazly <sup>(19)</sup>, en donde no encontraron diferencias entre profesiones en ninguna de las variables consideradas en su estudio. Yu <sup>(23)</sup>, por otro lado, al realizar su investigación en China, tampoco encontró diferencias entre ambas profesiones, ya que durante la

pandemia se formaron grupos temporales cuyo objetivo era el combate de esta enfermedad independientemente de su título.

También hay estudios que muestran diferencias en sus resultados al comparar grupos ocupacionales. Tiete <sup>(33)</sup>, vio que el conjunto de enfermeras tenía síntomas de ansiedad más graves que los médicos, sin embargo, en relación al estrés y depresión no se encontraron diferencias, aunque el autor resalta que, en términos generales existió peores resultados de salud mental en ellas. En este estudio, además, las enfermeras tenían cerca del doble de probabilidades de tener síntomas graves de ansiedad, y los profesionales jóvenes (20 a 25 años) tenían casi seis veces más. Por ende, se puede ver que estos dos grupos son más vulnerables a factores estresantes. La mayor exposición del personal de enfermería en cuestión de tiempo e interacción con pacientes se explica por sus propias funciones clínicas y la adquisición de más responsabilidades para las trabajadoras más jóvenes, debido probablemente a la protección del personal de mayor edad, lo que puede llevarlos a estar más expuestos y explicaría estos hallazgos.

Lai <sup>(29)</sup>, por su lado, encontró un porcentaje considerable de síntomas de depresión (50.4%), ansiedad (44.6%), insomnio (34.0%) y angustia (71.5%) en ambos grupos ocupacionales. Estos niveles fueron mayores en enfermeras y mujeres, aunque es de destacar que el 76.7% de todos los participantes eran mujeres, 60.8% eran enfermeras, de ellas 90.8% eran de sexo femenino y el 71.5% de todas las enfermeras tenían títulos junior, lo que indica menor experiencia.

Otros autores como Moncada <sup>(72)</sup> muestran todo lo contrario, en donde si bien ambos grupos profesionales se encuentran expuestos a situaciones que ponen en riesgo su salud física y mental, los médicos presentaron puntuaciones más altas de burnout en la escala de medición utilizada, la cual incluía variables de severidad del estrés, presión laboral e índice de falta de apoyo de la institución, entre otros. Este resultado fue justificado por las responsabilidades asociadas al cargo de los médicos, que incluía la toma de decisiones, gestión de recursos, niveles de presión laboral más altos y la pobre respuesta de sus demandas ante sus superiores o ante el Ministerio de Salud Nacional.

## **Niveles de burnout y satisfacción laboral en médicos de primera línea, en relación con su especialidad clínico-quirúrgica y su nivel de especialización.**

En este apartado se quiso analizar las variables estudiadas solo en médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas, dado que realizan diferentes actividades hospitalarias y el afronte a la pandemia no necesariamente es la misma. De igual manera, el grado de especialización, desde un médico general, a un médico residente hasta llegar a ser especialista, denota muchas diferencias en cuanto al nivel de habilidades médicas, conocimientos y experiencia profesional, factores que pueden mediar en el impacto de una crisis sanitaria tanto a nivel personal como profesional.

Los resultados mostraron que tanto la especialidad clínico-quirúrgica como el nivel de especialización, están correlacionados con el burnout y la satisfacción laboral. Tras el análisis de regresión lineal múltiple, se determinó que niveles más elevados de estrés laboral están asociados a la especialidad clínica versus la especialidad quirúrgica; y esto se puede explicar por la distribución del personal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de pandemia, donde se designó a los médicos de especialidades quirúrgicas sobre todo a áreas de hospitalización; y a los de especialidades clínicas, a áreas de hospitalización, emergencia, cuidados críticos y unidades de cuidados intensivos (áreas que se asociaron a niveles de estrés más elevados en el presente estudio). Otra manera de poder explicar esta diferencia, es que los médicos de especialidades clínicas que no están relacionados con enfermedades infecciosas como el COVID-19 (por ejemplo: hematología, endocrinología, dermatología, reumatología, etc), dejaron de hacer sus actividades cotidianas para pasar a atender pacientes con coronavirus, lo que pudo haber estado relacionado a mayor desgaste profesional y emocional. Sin embargo, médicos de especialidades quirúrgicas también estuvieron expuestos directamente a esta enfermedad y realizaron actividades muy similares al de médicos clínicos e incluso, muchos de ellos tuvieron que ejecutar procedimientos y cirugías en pacientes enfermos, manteniendo mayor riesgo de exposición y contagio. No todos los pacientes que se sometieron a cirugías tuvieron acceso a prueba moleculares, siendo imposible el descarte de la enfermedad en todos ellos por dichos métodos, sobre todo en los primeros meses de pandemia; por ende, los

cirujanos tuvieron que asumir inevitablemente el tratamiento quirúrgico, aun siendo elevado el riesgo para su propia salud.

Xu <sup>(73)</sup>, resaltó que la ansiedad y estrés no solo afectó a los médicos clínicos, sino también al personal médico quirúrgico, que de igual manera estuvieron sometidos a gran presión. Encontraron cifras de ansiedad, depresión y estrés significativamente más elevados en cirujanos durante la pandemia en comparación a periodos prebrote. Tenemos que recordar que el medio de propagación del COVID-19 es la vía respiratoria, teniendo más riesgo de contagio al estar en contacto directo con una persona enferma, incrementándose este riesgo mientras más tiempo se mantenga la cercanía, como sucede durante un procedimiento o una cirugía. El estrés quirúrgico normal se incrementó significativamente al tratar de reducir el tiempo de duración de las cirugías para disminuir la exposición, sumado a la falta de ambientes adecuados para pacientes infectados con un adecuado sistema de ventilación, la prohibición del uso de aire acondicionado, el uso de doble guante y el tener que usar equipos de protección personal incómodos que cubrían la totalidad del cuerpo, fuera de la vestimenta quirúrgica tradicional; realidad muy presente en la mayor parte de hospitales de nuestro país. Por lo tanto, es necesario prestar atención a la salud mental del personal médico quirúrgico.

Otro punto importante, fue analizar el grado de especialización en relación al burnout, obteniéndose en la prueba de regresión lineal simple un mayor nivel de estrés laboral en médicos residentes en comparación a médicos especialistas. Esta relación perdía su significancia estadística al ser incluido junto con las demás variables en la regresión lineal múltiple; sin embargo, es importante resaltar esta tendencia, la cual también fue encontrada en muchos otros estudios. La forma de interpretar esta relación es que los médicos residentes se encuentran en una etapa de formación y especialización, lo cual demanda largas jornadas hospitalarias y múltiples responsabilidades, lo cual ya de por sí genera un mayor nivel de desgaste y agotamiento. Durante la pandemia COVID-19, los médicos residentes clínicos y quirúrgicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins fueron desplazados hacia áreas COVID-19 como parte del equipo de atención y apoyo, alejándose de sus actividades normales, dejando de ver pacientes propios de cada una de sus especialidades, y en caso de residentes de cirugía, dejando de lado ser partícipes

de las intervenciones quirúrgicas que no fuesen de emergencia, y por ende, abandonaron su entrenamiento y aprendizaje en favor del tratamiento de pacientes con coronavirus.

Al-Jabir <sup>(74)</sup>, resalta como la pandemia causó una interrupción marcada de las actividades de formación y rotación de los médicos residentes, tanto de especialidades clínicas y quirúrgicas. En razón a ello, muchos lugares se han adaptado a estas deficiencias, haciendo uso de herramientas virtuales, con el afán de continuar con actividades académicas y así evitar una repercusión negativa en su aprendizaje. Sin embargo, estas medidas pueden ayudar a la adquisición de conocimiento teóricos, pero no prácticos, siendo los más perjudicados aquellos residentes de áreas quirúrgicas que suspendieron su entrenamiento, sumado a la cancelación de todas las cirugías electivas y de no emergencia a nivel nacional.

El Mouedden <sup>(75)</sup>, hizo un estudio en estudiantes de medicina y médicos residentes, donde vio niveles moderados a altos de desgaste profesional y niveles bajos de desgaste académico. Examinó cada dimensión del desgaste profesional por separado, viéndose que los que atienden pacientes con coronavirus, muestran una mayor sensación de logro, pero experimentan más riesgo de agotamiento en otras dimensiones. Se encontró incrementados niveles de agotamiento emocional y despersonalización, pero no niveles muy elevados en la realización personal. Los participantes de este estudio mencionaron a la interrupción de las actividades docentes, como una fuente de estrés más que como un alivio, similar a la realidad dentro del presente estudio.

Si analizamos el impacto de la pandemia en médicos residentes en relación a su especialidad clínico-quirúrgica, encontramos estudios como el de Abati <sup>(76)</sup>, en donde se exhiben diversos puntos importantes a destacar. Encontró que un 40.5% de los residentes clínicos creían que sus competencias no habían cambiado y un 40% consideraban que habían mejorado frente al 19.5% que dijeron que habían empeorado. Al comparar residentes clínicos versus quirúrgicos, se vio que la percepción de mejora de competencias fue mayor en los clínicos (47.1% vs 20.7%,  $p < .001$ ). En general, se determinó que residentes (clínicos y quirúrgicos) de especialidades no afines al COVID-19 tenían menos probabilidad de percibir mejora

en sus habilidades y conocimientos en comparación de residentes afines al mismo (neumología, infectología, cuidados intensivos, medicina de emergencias). En cuanto a las competencias quirúrgicas, se vio que la mayoría de residentes (60.7%) indicaron que sus habilidades habían empeorado y un 36% que no habían cambiado. Los residentes involucrados en consultas externas o servicios de hospital de día informaron un impacto más dramático por el COVID-19.

Si bien es cierto, el presente estudio no hizo un análisis tan amplio en el grupo de residentes, las asociaciones estadísticas encontradas apoyan a que el impacto de la pandemia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, fue muy similar al de otras realidades internacionales, siendo los médicos residentes un grupo muy vulnerable.

En cuanto a la satisfacción laboral, vimos en los resultados, que la clasificación profesional medica muestra una relación estadísticamente significativa positiva para el personal médico especialista en comparación con los residentes, sin importar su especialidad clínica o quirúrgica, lo cual puede estar relacionado a menos horas de trabajo, menos turnos nocturnos, mayor edad, mayor experiencia, entre otras variables explicativas. Abati <sup>(76)</sup>, encontró en médicos residentes, que la satisfacción con su trabajo tuvo una reducción desde el periodo previo y durante la pandemia, de un 68.4% a 45.8%. Al comparar el grado de satisfacción laboral entre residentes clínico y quirúrgicos tras pandemia, se vio una diferencia significativa (38% vs 18%, respectivamente) sin importar el año de residencia. Este estudio encontró, además, una reducción estadísticamente significativa en la duración del sueño, el estado de ánimo, la calidad de las relaciones familiares y sociales, y en la satisfacción laboral durante la primera ola del COVID-19; lo cual nos hace pensar en un impacto negativo en su calidad de vida. Por lo tanto, se puede deducir un mayor riesgo de ansiedad, agotamiento e insatisfacción en residentes, sobre todo en aquellos con mayor exposición a pacientes con COVID-19 y con escaso acceso a medidas preventivas.

## VI. CONCLUSIONES

En relación con los objetivos planteados, la presente investigación tiene las siguientes conclusiones:

1. La pandemia COVID-19 generó en el personal médico y de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, niveles altos de síndrome de Burnout, no encontrándose estrés significativo en tan solo un tercio del personal evaluado. A pesar de ello, los puntajes de satisfacción laboral se mantuvieron en niveles de regular satisfacción en la mayoría de los profesionales.
2. El síndrome de Burnout y la satisfacción laboral están inversamente correlacionados, lo que significa que a mayor nivel de estrés laboral descenderá el grado de satisfacción del trabajador. Los principales factores relacionados a mayor estrés laboral fueron el número de horas de trabajo, el número de turnos nocturnos, el área de trabajo durante la pandemia, la ausencia de EPP y el contagio por COVID-19. Así mismo, los mejores factores predictivos para satisfacción laboral fueron la edad, el tipo de contrato, los incentivos financieros, la presencia de burnout y el área de trabajo.
3. No se encontraron diferencias entre médicos y enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en relación con el burnout y la satisfacción laboral durante la pandemia COVID-19.
4. La especialidad clínico-quirúrgica y la clasificación profesional fueron factores que influyeron en los niveles de burnout y satisfacción laboral en los médicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.



## VII.

## RECOMENDACIONES

Se puede generar las siguientes recomendaciones:

1. A nivel institucional, se deben realizar esfuerzos unificados para abordar el burnout y el agotamiento profesional, identificar sus causas y prevenirlo, junto con la mejora del ambiente laboral, estimulando todos aquellos elementos que lo favorezcan.
2. Establecer la salud mental del personal de salud como una de las prioridades de cuidado. No solo basta con la publicación de Guías Técnicas (Resolución Ministerial 180-2020-MINSA), sino la aplicación real de éstas en cada uno de los niveles de atención a nivel nacional.
3. Explorar todos los factores relacionados a la motivación y satisfacción laboral del personal médico y no médico. Elaborar planes de intervención sobre todos los factores que influyan negativamente, con el objetivo de mejorar los niveles de satisfacción.
4. Se sugiere ampliar el presente estudio, examinando las mismas variables en un periodo post pandemia en el mismo personal de salud, haciendo comparación, seguimiento y análisis a los probables efectos a largo plazo de la pandemia COVID-19 sobre su salud mental.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Freire-Garabal M. El estrés amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores [Internet]. La voz de Galicia. 2011 [citado el 28 de mayo del 2020]. Disponible en:  
[https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/2011/08/10/estres-amenaza-salud-cinco-trabajadores/0003\\_201108S10C3991.htm](https://www.lavozdegalicia.es/noticia/santiago/2011/08/10/estres-amenaza-salud-cinco-trabajadores/0003_201108S10C3991.htm)
- (2) García-Moran M de C. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud [Internet]. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza; 2016 [citado el 1 de junio del 2020]. Disponible en:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4131.pdf>
- (3) Yslado R, Atoche R, Quispe M, Ruiz L, Medina J. Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de salud de Hospitales. Ancash Perú. 2011. Revista de Investigación en Psicología. 2011; 14(2): 57-71.
- (4) De Celis J, Bustamante M, Cabrera D, Cabrera M, Alarcón W, Monge E. Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. Anales de la Facultad de Medicina. 2001; 62(1):25-30.
- (5) Yegler MC, Diez T, Gómez JL, Carrasco B, Miralles T, Gómez JA. Identificación de los estresores laborales en el personal sanitario enfermero de una urgencia hospitalaria [Internet]. Madrid, España: Universidad de Alcalá; 2003 [citado el 1 de junio del 2020]. Disponible en:  
[http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2003/octubre/estresores.htm](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2003/octubre/estresores.htm)
- (6) Enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid, España: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad España; 2020 [citado el 4 de junio del 2020]. Disponible en:  
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- (7) Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. Trop Med Int Health. 2020; 25(3): 278-280.

- (8) WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]; 2020 [citado el 2 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- (9) World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation reports [Internet]. 2022 [citado el 6 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- (10) Plataforma digital única del Estado Peruano. Coronavirus en el Perú: casos confirmados [Internet]. 2022 [citado el 16 de enero del 2022]. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- (11) Levenson E. El estrés en los trabajadores de la salud está creando ‘segundas víctimas’ en la pandemia de coronavirus [Internet]. CNN español. 2020 [citado el 30 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/04/30/el-estres-en-los-trabajadores-de-la-salud-esta-creando-segundas-victimas-en-la-pandemia-de-coronavirus/>
- (12) Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):e14.
- (13) Taylor R. Médica que se recuperó de covid-19 y siguió atendiendo a contagiados se suicidó [Internet]. CNN. 2020 [citado el 6 de junio del 2020]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/04/28/medica-de-la-ciudad-de-nueva-york-que-se-recupero-de-covid-19-y-siguio-atendiendo-a-pacientes-con-coronavirus-muere-por-suicidio/>
- (14) Sector salud en alerta: personal médico que combate el coronavirus podría desarrollar miedo, estrés y ansiedad [Internet]. Infobae. 2020 [citado el 31 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/05/10/sector-salud-en-alerta-personal-medico-que-combate-el-coronavirus-podria-desarrollar-miedo-estres-y-ansiedad/>
- (15) Médicos con COVID-19 del Perú (autoreporte) [Internet]. Colegio Médico del Perú. 2021 [citado el 20 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/>

- (16) CMP traslada a la ciudad de Lima a médicos contagiados con COVID-19 [Internet]. Colegio Médico del Perú. 2020 [citado el 4 de junio del 2020]. Disponible en:  
<https://www.cmp.org.pe/cmp-traslada-a-la-ciudad-de-lima-a-medicos-contagiados-con-covid-19/>
- (17) Coronavirus: guía para manejar riesgo de estrés del personal médico [Internet]. Andina. 2020 [citado el 30 de mayo del 2020]. Disponible en:  
<https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-guia-para-manejar-riesgo-estres-del-personal-medico-792986.aspx>
- (18) Stoye E. China coronavirus: how many papers have been published? Springer Nature. 2020 [citado el 26 de marzo del 2020]. Disponible en:  
<https://www.nature.com/articles/d41586-020-00253-8>
- (19) Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. PLoS ONE. 2021; 16(3):e0247679.
- (20) Savitsky B, Radomislensky I, Hendel T. Nurses' occupational satisfaction during Covid-19 pandemic. Appl Nurs Res. 2021; 59:151416.
- (21) Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. BMC Public Health. 2021; 21(1):811.
- (22) Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. MedUNAB. 2020; 23(2):214-232.
- (23) Yu X, Zhao Y, Li Y, Hu C, Xu H, Zhao X, et al. Factors Associated With Job Satisfaction of Frontline Medical Staff Fighting Against COVID-19: A Cross-Sectional Study in China. Front Public Health. 2020; 8:426.
- (24) Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. Epidemiol Infect. 2020; 148:e98.
- (25) Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. Psychiatr Prax. 2020; 47(4):190-197.

- (26) Magnavita N, Soave PM, Ricciardi W, Antonelli M. Occupational Stress and Mental Health among Anesthetists during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21):8245.
- (27) Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental Health Survey of Medical Staff in a Tertiary Infectious Disease Hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020; 38(3):192-195.
- (28) Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic - A review. *Asian J Psychiatr*. 2020; 51:102-119.
- (29) 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 Netw Open*. 2020; 3(3):e203976.
- (30) Khanmohammadi S, Hajibeglo A, Rashidan M, Bekmaz K. Relationship of resilience with occupational stress among nurses in coronavirus ward of Khatam Al-Anbia Hospital, Gonbad Kavous, 2020. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*. 2020; 15(1):1-6.
- (31) Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020; 88:901-907.
- (32) Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020; 88:916-919.
- (33) Tiete J, Guatteri M, Lachaux A, Matossian A, Hougardy JM, Loas G, et al. Mental Health Outcomes in Healthcare Workers in COVID-19 and Non-COVID-19 Care Units: A Cross-Sectional Survey in Belgium. *Front Psychol*. 2021; 11:612241.
- (34) Piotrowski A, Sygit-Kowalkowska E, Boe O, Rawat S. Resilience, Occupational Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization among Nurses and Midwives during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(11):6826.
- (35) Said RM, El-Shafei DA. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2021; 28(7):8791-8801.

- (36) Caillet A, Coste C, Sanchez R, Allaouchiche B. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020; 39(6):717-722.
- (37) Carrasco-Crivillero O, Castillo-Saavedra E, Salas-Sánchez R, Reyes-Alfaro C. Estresores laborales y satisfacción en enfermeras peruanas durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería [Internet].* 2022 [citado el 17 de enero del 2022]; 38. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4398>
- (38) Virto-Concha CA, Virto-Farfán CH, Cornejo-Calderón AA, Loayza-Bairo W, Álvarez-Arce BG, Gallegos-Laguna Y, et al. Estrés, ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 Cusco Perú. *Rev. RECIEN.* 2020; 9(3):50-56.
- (39) Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold. *JAMA.* 2020; 323(8):707–708.
- (40) De Wilde AH, Snijder EJ, Kikkert M, van Hemert MJ. Host factors in coronavirus replication. *Curr Top Microbiol Immunol.* 2018; 419:1-42.
- (41) De Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol.* 2016; 14(8):523-534.
- (42) Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet.* 2020; 395(10224):565-574.
- (43) Hung LS. The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *J R Soc Med.* 2003; 96(8):374-378.
- (44) To KK-W, Tsang OT-Y, Chik-Yan Yip C, Chan K-H, Wu T-C, Chan JMC, et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis.* 2020; 71(15):841-843.
- (45) Doremalen N van, Bushmaker T, Morris D, Holbrook M, Gamble A, Williamson B, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020; 382:1564-1567.
- (46) Liu Y, Ning Z, Chen Y, Guo M, Liu Y, Gali NK, et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature.* 2020; 582(7813):557-560.

- (47) Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395:507-513.
- (48) Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020; 395(10226):809-815.
- (49) Alves AL, Quispe AA, Ávila A, Valdivia A, Chino JM, Vera O. Breve historia y fisiopatología del COVID-19. *Cuad Hosp Clín*. 2020; 61(1):130-43.
- (50) Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China. *Radiology*. 2020; 296(2):E15-E25.
- (51) Zheng Y-Y, Ma Y-T, Zhang J-Y, Xie X. COVID-19 and the Cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol*. 2020; 17(5):259-260.
- (52) The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19). *China CDC Weekly*. 2020; 2(8):113-122.
- (53) Tabish SA. COVID-19 Pandemic: the crisis and the longer-term perspectives. *J Cardiol Curr Res*. 2020; 13(2):41–44.
- (54) Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239–1242.
- (55) García-Moran MC, Gil-Lacruz M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona [Internet]*. 2016; 19:11-30 [citado el 14 de septiembre del 2020]. ISSN: 1560-6139. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147149810001>
- (56) De la Cruz Ramírez Y. Estrés laboral y desempeño profesional servicio de emergencia Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Carhuaz 2016 [Tesis de Maestría]. Universidad San Martín de Porres - USMP; 2018.

- (57) NIOSH National Institute of Occupational Safety and Health. El Estrés...En el Trabajo [Internet]. CDC. 1999 [citado el 14 de septiembre del 2020]. Disponible en:  
[https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101\\_sp/default.html](https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/default.html)
- (58) Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y estrés [Internet]. 1 ed. Francia: Biblioteca OMS; 2004 [citado el 1 de abril del 2021]. Disponible en:  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9241590475>
- (59) Atalaya-Pisco M. Satisfacción laboral y síndrome Burnout en trabajadores administrativos de una universidad estatal [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM; 2018.
- (60) Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020; 37(2):327-334.
- (61) Jiménez AC. Satisfacción laboral y Salud mental en los profesionales de salud de primera y segunda línea durante el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión - EsSalud, Tacna - 2020 [Tesis de Grado]. Universidad Privada de Tacna - UPT; 2020.
- (62) Chiang MM, Ojeda JF. Estudio de la relación entre satisfacción laboral y el desempeño de los trabajadores de las ferias libres. Contaduría y Administración. 2013; 58(2):39-60.
- (63) Vargas-Vega T de J, Vizzuett-Balderas V, Amador-Montiel E, Becerra-Córdova LE, Villegas-González E. La satisfacción laboral y su influencia en la productividad. Teuken Bidikay. 2018; 9(13):129-153.
- (64) Cruz R. Factores asociados al nivel de satisfacción laboral del personal médico Hospital III Suárez Angamos 2016 [Tesis de Maestría]. Universidad San Martín de Porres - USMP; 2016.
- (65) Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W. Measuring Burnout. En: The Oxford Handbook of Organizational Well-Being [Internet]. 1 ed. New York; 2009 [citado el 20 de mayo del 2021]. pp. 86–108. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/46703718\\_Measuring\\_Burnout](https://www.researchgate.net/publication/46703718_Measuring_Burnout)
- (66) Olivares V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. C&T. 2017; 19(58): 59–63.



- (67) Oyola-Garcia AE. Validación del constructo y confiabilidad de la escala de Maslach para el tamizaje de síndrome del trabajador quemado en médicos peruanos [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM; 2021.
- (68) Fernandez M, Merino C, Guimet M. Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory – General Survey en una muestra de docentes de Lima (Perú). En: Homenaje a Reynaldo Alarcón. 1 ed. Lima: Editorial Universitaria, Universidad Ricardo Palma; 2015. pp. 371–391.
- (69) Palma S. Elaboración y validación de una Escala de Satisfacción Laboral SL-SPC para trabajadores de Lima metropolitana. *Teoría e Investigación en Psicología*. 1999; 9(1):27-34.
- (70) Boada NA. Satisfacción laboral y su relación con el desempeño laboral de trabajadores operativos en una Pyme de servicios de seguridad peruana en 2018 [Tesis de grado]. Universidad San Ignacio del Oyola - USIL; 2019.
- (71) Zhang SX, Chen J, Afshar Jahanshahi A, Alvarez-Risco A, Dai H, Li J, et al. Succumbing to the COVID-19 Pandemic-Healthcare Workers Not Satisfied and Intend to Leave Their Jobs. *Int J Ment Health Addict*. 2022; 20(2):956-965.
- (72) Moncada B, Suárez M, Duque L, Escobar K. Job stress in primary care medical and nursing personnel in the COVID-19 health emergency. *Perf*. 2021; 1(25):13-23.
- (73) Xu J, Xu QH, Wang CM, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. 2020; 288:112955.
- (74) Al-Jabir A, Kerwan A, Nicola M, Alsafi Z, Khan M, Sohrabi C, et al. Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 1. *Int J Surg*. 2020; 79:168-179.
- (75) El Mouedden I, Hellemans C, Anthierens S, Michels NR, DeSmet A. Experiences of academic and professional burn-out in medical students and residents during first COVID-19 lockdown in Belgium: a mixed-method survey. *BMC Med Educ*. 2022; 22(1):631.
- (76) Abati E, Nelva Stellio L, Manini A, Moroni F, Azzalini L, Vilca LM. A cross-sectional survey study of the impact of COVID-19 pandemic on the training and quality of life of Italian medical residents in the Lombardy region. *Ann Med*. 2022; 54(1):2326-2339.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO “SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”.**

Mediante el presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado: “SINDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”.

El estudio tiene como objetivo determinar el grado de estrés laboral y de satisfacción laboral en el personal médico y de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) durante la pandemia COVID-19, evaluando su repercusión en el personal y en las variables estudiadas. La información que se recoja en el siguiente cuestionario electrónico es estrictamente confidencial y no podrá ser utilizado con otro fin que no esté contemplado dentro de la investigación.

Soy consciente que mi participación es netamente voluntaria y que los datos suscritos en el presente formulario se mantendrán de manera anónima. Entiendo que puedo finalizar mi participación en cualquier momento que yo lo desee, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Para proseguir con el cuestionario electrónico deberá responder a la siguiente pregunta:

**¿USTED ACEPTA PARTICIPAR EN EL SIGUIENTE CUESTIONARIO DE MANERA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA?**

ACEPTO

NO ACEPTO

## Anexo 2

### FICHA DE REGISTRO DE DATOS PARA ESTUDIO “SÍNDROME DE BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19”.

Reciba usted mis cordiales saludos.

Le pido su valiosa colaboración en cuanto al llenado del presente cuestionario. Las preguntas que conteste serán utilizadas con fines de una investigación para determinar el grado y relación del estrés laboral y la satisfacción profesional de los trabajadores de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, durante la pandemia generada por el COVID-19.

Este cuestionario es totalmente anónimo y, por lo tanto, todas sus respuestas tienen carácter confidencial, requiriéndose como tal que sean verdaderas, honestas y lo más exactas posibles.

Agradezco de antemano su valiosa participación.

Muchas gracias.

#### SECCIÓN 1: DATOS GENERALES

Por favor, conteste todos los ítems presentados a continuación, marcando la alternativa que usted considere correcta.

Todas las preguntas de aquí hasta el final de este cuestionario están referidas a su labor, percepción y atención como personal de salud durante el periodo de crisis nacional generado por la pandemia COVID-19.

##### A. Edad (años):

- 24 - 34 años.
- 35 - 45 años.
- 46 - 56 años.
- 57 - 67 años.

Especifique: \_\_\_\_\_ años.

**B. Sexo:**

- Masculino.
- Femenino.

**C. Estado civil:**

- Soltero (nunca casado, divorciado, viudo).
- Casado.

**D. Ocupación:**

- Médico.
- Enfermero.

**E. Especialidad:**

- Clínica.
- Quirúrgica.

**F. Clasificación profesional médica (Solo personal médico):**

- Médico general
- Residente.
- Especialista.

**G. Tipo de contrato laboral:**

- Nombrado (276).
- Contrato fijo (728).
- Contrato Administrativo de Servicios (CAS).
- CAS-COVID.
- Servicios no personales.

**H. Área de trabajo:** *Indicar el área donde trabaja atendiendo pacientes con COVID-19 durante la pandemia.*

- Emergencia.
- Hospitalización.
- UCI.
- Sala de operaciones.

**I. Horas de trabajo / semana:** *Indicar el número de horas promedio que estuvo programado en áreas COVID por semana.*

- <12 horas.
- 12-36 horas
- >36 horas

**J. Turnos noche / semana:** *Indicar el número de guardias nocturnas promedio que estuvo programado en áreas COVID por semana.*

- Ninguna.
- 1-2 guardias.
- >2 guardias.

**K. EPP suficiente:** *En su percepción: ¿Hubo adecuada cantidad de Equipos Protección Personal (EPP) para cumplir su labor?*

- Si.
- No.

**L. Incentivos financieros:** *¿Usted recibió algún incentivo monetario o bonificación extra a su salario por haber trabajado con pacientes COVID?*

- Si.
- No.

**M. Prueba COVID positiva:** *¿Usted se contagió de COVID-19 confirmándose con una prueba COVID positiva?*

- Si.
- No.

## SECCIÓN 2: CUESTIONARIO DE ESTRÉS LABORAL (MBI-HSS)

A continuación, se presenta el cuestionario MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory. Human Services Survey) para determinar estrés laboral (burnout). Los siguientes enunciados se refieren a algunos sentimientos que pueden tener el personal de salud del HNERM en el cumplimiento de sus labores durante la pandemia COVID-19.

Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma durante su labor y atención de paciente con COVID-19, respondiendo de acuerdo a los siguientes criterios:

- 0 = Nunca
- 1 = Muy raras veces
- 2 = Una vez al mes
- 3 = Unas cuantas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Mas de una vez a la semana
- 6 = Todos los días

Nº	PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							

13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

**PUNTUACIÓN: Solo llenado por el encuestador:**

**PUNTAJE FINAL:** \_\_\_\_\_ puntos.

**PUNTAJES POR SUBCATEGORÍA:**

CANSANCIO EMOCIONAL: \_\_\_\_\_ puntos.

DESPERSONALIZACIÓN: \_\_\_\_\_ puntos.

REALIZACIÓN PERSONAL: \_\_\_\_\_ puntos.

### SECCIÓN 3: ESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL (SL-SPC)

A continuación, se presenta la escala de satisfacción laboral SL-SPC (Cuestionario de Satisfacción Laboral de Sonia Palma Carrillo). Por favor, responda a cada una de los enunciados eligiendo la alternativa que usted crea conveniente de acuerdo a su satisfacción con su trabajo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) durante este periodo de pandemia COVID-19.

Las alternativas de respuesta son las siguientes:

- 1 = Totalmente en desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Indeciso.
- 4 = Acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

Nº	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1	La distribución física del ambiente de trabajo facilita la realización de mis labores.					
2	Mi sueldo es muy bajo en relación a la labor que realizo.					
3	El ambiente creado por mis compañeros es el ideal para desempeñar mis funciones.					
4	Siento que el trabajo que hago está acorde para mi manera de ser.					
5	La tarea que realizo es tan valiosa como cualquier otra.					
6	Mi(s) jefe(s) es (son) comprensivo(s).					
7	Me siento mal con lo que gano.					
8	Siento que recibo de parte de EsSalud mal trato.					
9	Me agrada trabajar con mis compañeros.					
10	Mi trabajo permite desarrollarme personalmente.					
11	Me siento realmente útil con la labor que realizo.					
12	Es grata la disposición de mi(s) jefe(s) cuando les pido alguna consulta de mi trabajo.					
13	El ambiente donde trabajo es confortable.					
14	Siento que el sueldo que tengo es bastante aceptable.					
15	La sensación que tengo de mi trabajo es que me están explotando.					



16	Prefiero tomar distancia con las personas con las que trabajo.					
17	Me disgusta mi horario.					
18	Disfruto de cada labor que realizo en mi trabajo.					
19	Las tareas que realizo las percibo como algo sin importancia.					
20	Llevarse bien con el jefe beneficia la calidad del trabajo.					
21	La comodidad que me ofrece el ambiente de mi trabajo es inigualable.					
22	Felizmente mi trabajo me permite cubrir mis expectativas económicas.					
23	El horario de trabajo me resulta incómodo.					
24	La solidaridad es una virtud característica en nuestro grupo de trabajo.					
25	Me siento feliz por los resultados que logro en mi trabajo.					
26	Mi trabajo me aburre.					
27	La relación que tengo con mis superiores es cordial.					
28	En el ambiente físico donde me ubico, trabajo cómodamente.					
29	Mi trabajo me hace sentir realizado(a).					
30	Me gusta el trabajo que realizo.					
31	No me siento a gusto con mi(s) jefe(s).					
32	Existen las comodidades para un buen desempeño de las labores diarias.					
33	No te reconocen el esfuerzo si trabajas más de las horas reglamentarias.					
34	Haciendo mi trabajo me siento bien conmigo mismo(a).					
35	Me siento complacido con la actividad que realizo.					
36	Mi(s) jefe(s) valora el esfuerzo que hago en mi trabajo.					

**PUNTUACIÓN: Solo llenado por el encuestador:**

**PUNTAJE FINAL: \_\_\_\_\_ puntos.**

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**