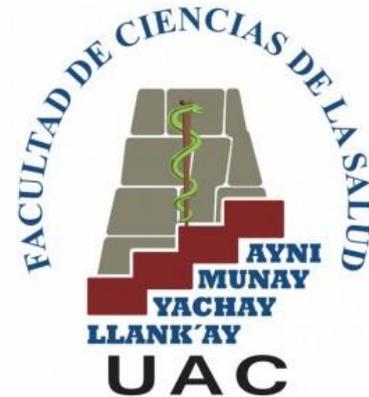




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Universidad
Andina
del Cusco



TESIS

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-
19 EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CUSCO, 2021.

Presentado por el Bachiller:

Sánchez Conza, Brian Patrick
Lawrence.

Para optar al Título Profesional de
Médico Cirujano.

Asesor:

Mag. Carlos Alberto Virto Concha.

CUSCO – PERÚ

2021



AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A mis padres Alexander y Rosana que siempre me apoyaron incondicionalmente, a mis hermanos Ariana y Kael, quién me acompañó los últimos años de mi vida universitaria, sin su ayuda esto no sería posible.

A mis docentes, Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco, compartieron conmigo el conocimiento teórico-práctico, así como lo bueno y lo malo de esta digna profesión.

A mi asesor, por guiarme en el desarrollo de este trabajo.

A mis maestros y personal que labora en las Instituciones donde realicé mi Internado médico clínico, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud y Hospital Alfredo Callo Rodríguez, considerándolos mi segundo hogar.



DEDICATORIA

A mis padres Rosana y Alexander

Kael y Ariana, mis queridos hermanos.

A mi familia, en especial a mis abuelitos Zenón, José, Marta y Margarita.

A mi enamorada, amiga y compañera, Karen.

Brian Patrick Lawrence, Sánchez Conza



PRESIDENTA DEL JURADO Y DICTAMINANTE

Cristabel Nilda Rivas Achahui.

Directora del Departamento Académico de Medicina Humana.

Médico cirujana con Maestría en Medicina Ocupacional.

Docente del Departamento de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco.

DICTAMINANTE

Jakeline Jayo Silva.

Médico asistente del servicio de Psiquiatría, Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

Docente del Departamento de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco.

REPLICANTES

Elmer Amadeo Palomino Vega

Jefe de la unidad de Psiquiatría del Hospital Adolfo Guevara Velasco – EsSalud Cusco.

Docente del Departamento de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco.

Deoblinger Duberly Sánchez Del Mar

Médico asistente del servicio de Psiquiatría del Centro de salud mental comunitario San

Sebastián Cusco.

Docente del Departamento de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco.

ASESOR

Carlos Alberto Virto Concha.

Médico asistente del servicio de Psiquiatría, Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II.

Docente del Departamento de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco.



INDICE

CONTENIDO

INDICE	iv
ABREVIATURAS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE IMÁGENES	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Justificación	4
1.3.1. Conveniencia	4
1.3.2. Relevancia Social	5
1.3.3. Implicancias Prácticas	5
1.3.4. Valor Teórico	5
1.3.5. Utilidad Metodológica.....	5
1.4. Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
1.5. Delimitación del estudio	7



1.5.1. Delimitación espacial:	7
1.5.2. Delimitación temporal:	7
1.6. Aspectos éticos	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del Estudio	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	14
2.2. Bases Teóricas	19
2.3. Marco conceptual (Definición de términos básico)	25
2.4. Hipótesis	26
2.4.1. Hipótesis General	26
2.4.2. Hipótesis Específicas	26
2.5. Variables e indicadores	27
2.5.1. Identificación de Variables	27
2.5.2. Operacionalización de variables	28
CAPÍTULO III: MÉTODO	37
3.1. Alcance del Estudio	37
3.2. Diseño de la investigación	37
3.3. Población	37
3.3.1. Descripción de la población	37
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión	37
3.4. Muestra	38
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos implicados en el estudio	39



3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos.....	40
3.7. Plan de análisis de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
4.1. Resultados respecto al Objetivo General	44
4.2. Resultados respecto a los Objetivos Específicos	54
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	85
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	85
5.2. Limitaciones del estudio	87
5.3. Comparación crítica con la literatura existente.....	87
5.4. Implicancias del estudio.....	90
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	100
ANEXO 02: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	105



ABREVIATURAS

CE: Cansancio Emocional.

DP: Despersonalización.

EPP: Equipo De Protección Personal.

ESSALUD: Seguro Social De Salud.

IC95%: Intervalo De Confianza al 95%

MBI: Maslach Burnout Inventory.

MINSA: Ministerio De Salud Del Perú.

OMS: Organización Mundial De La Salud.

OPS: Organización Panamericana De La Salud.

OR: Odds Ratio

PHQ-9: Patient Health Questionnaire.

RP: Realización Personal.

SB: Síndrome de Burnout.

SPSS: Statistical Package For Social Sciences.



ÍNDICE DE TABLAS

OBJETIVO GENERAL

TABLA N° 1. DATOS DE LAS VARIABLES DEL PERSONAL DE SALUD	44
TABLA N° 2. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT	48
TABLA N° 3. FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT	49
TABLA N° 4. FACTORES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT	50
TABLA N° 4.1. RELACIÓN DE PROFESIÓN Y SINDROME DE BURNOUT	51
TABLA N° 4.2. RELACIÓN DE TIPO DE CONTRATO/RÉGIMEN LABORAL Y SINDROME DE BURNOUT	51
TABLA N° 5. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT	52
TABLA N° 5.1. RELACIÓN DE INGRESO ECONÓMICO MENSUAL Y SINDROME DE BURNOUT	53

OBJETIVO ESPECIFICO 3

TABLA N° 6. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL.....	62
TABLA N° 6.1. RELACIÓN DE SEXO Y CANSANCIO EMOCIONAL.....	62
TABLA N° 7. FACTORES PERSONALES ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL.....	63
TABLA N° 7.1. RELACIÓN DE ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19 Y CANSANCIO EMOCIONAL.....	64
TABLA N° 8. FACTORES LABORALES ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL.....	65
TABLA N° 8.1. RELACIÓN DE TIPO DE CONTRATO/RÉGIMEN LABORAL Y CANSANCIO EMOCIONAL.....	66



TABLA N° 8.2. RELACIÓN DE AMBIENTE LABORAL Y CANSANCIO EMOCIONAL.....	66
TABLA N° 8.3. RELACIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO Y CANSANCIO EMOCIONAL	67
TABLA N° 9. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL	68
TABLA N° 9.1. RELACIÓN DE INGRESO ECONÓMICO MENSUAL Y CANSANCIO EMOCIONAL	68
TABLA N° 9.2. RELACIÓN DE SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN PERCIBIDA Y CANSANCIO EMOCIONAL	69
OBJETIVO ESPECÍFICO 4	
TABLA N° 10. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN	70
TABLA N° 10.1. RELACIÓN DE RELIGIÓN Y DESPERSONALIZACIÓN	70
TABLA N° 11. FACTORES PERSONALES ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN	71
TABLA N° 11.1. RELACIÓN DE ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19 Y DESPERSONALIZACIÓN	72
TABLA N° 11.2. RELACIÓN DE COMORBILIDAD FÍSICA Y DESPERSONALIZACIÓN	73
TABLA N° 12. FACTORES LABORALES ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN	74
TABLA N° 12.1. RELACIÓN DE PROFESIÓN Y DESPERSONALIZACIÓN	75
TABLA N° 13. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN	76
TABLA N° 13.1. RELACIÓN DE SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN PERCIBIDA Y DESPERSONALIZACIÓN	76
OBJETIVO ESPECÍFICO 5	



TABLA N° 14. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL	77
TABLA N° 15. FACTORES PERSONALES ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL	78
TABLA N° 15.1. RELACIÓN DE ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19 Y REALIZACIÓN PERSONAL	79
TABLA N° 15.2. RELACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO Y REALIZACIÓN PERSONAL	79
TABLA N° 16. FACTORES LABORALES ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL	80
TABLA N° 16.1. RELACIÓN DE PROFESIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL	81
TABLA N° 16.2. RELACIÓN DE CONTRATO/RÉGIMEN LABORAL Y REALIZACIÓN PERSONAL	82
TABLA N° 16.3. RELACIÓN DE AMBIENTE LABORAL Y REALIZACIÓN PERSONAL	82
TABLA N° 17. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL	83
TABLA N° 17.1. RELACIÓN DE INGRESO ECONÓMICO MENSUAL Y REALIZACIÓN PERSONAL	84



ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

CUADRO 01: CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN PUNTUACIÓN POR DIMENSIONES	23
CUADRO 02: RESUMEN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES	47
OBJETIVO ESPECIFICO 1	
GRÁFICO N° 1. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	54
GRÁFICO N° 2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES NO IMPLICADAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT	55
GRÁFICO N° 3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES PERSONALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT	56
GRÁFICO N° 4. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES LABORALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT	58
GRÁFICO N° 5. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT	60
OBJETIVO ESPECIFICO 2	
GRÁFICO N° 6. PREVALENCIA DE DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	61

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN N° 1: EXPERTO A	107
IMAGEN N° 2: EXPERTO B	108
IMAGEN N° 3: EXPERTO C	109
IMAGEN N° 4: EXPERTO D	110



RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CUSCO, 2021.

Introducción: El síndrome de Burnout o también llamado Síndrome de desgaste profesional, es considerado como factor de riesgo laboral, repercutiendo en la salud mental, calidad de vida y factores laborales. La coyuntura actual, la pandemia de la COVID-19 trajo consigo consecuencias que, sumado a la condición actual de la Salud Pública, agravaron la salud mental de los trabajadores sanitarios.

Objetivo: Determinar los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.

Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, la muestra fue conformada por 175 individuos, personal de salud del Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani, 2021. El análisis permitió el estudio de la distribución de frecuencias, prueba paramétrica Chi Cuadrado y razón de probabilidades Odds Ratio, con un intervalo de confianza al 95% con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: La prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 8%, tener el contrato/régimen laboral CAS ($P = 0.002$, $OR = 8$, $IC_{95\%} = 1.73 - 39.91$) y un ingreso económico por debajo de 2500 nuevos soles ($P = 0.001$, $OR = 8.86$, $IC_{95\%} = 1.91 - 40.91$), muestran asociación estadísticamente significativa y riesgo a padecer este trastorno.

Conclusión: La prevalencia del Síndrome de Burnout no fue tan alta como otros estudios durante la pandemia de la COVID-19, sin embargo, existen factores asociados al Síndrome de Burnout y sus dimensiones. La data nos permitirá la formulación de estrategias preventivas, diagnósticas y tratamiento oportuno en el personal de salud.

Palabras Clave: COVID-19, burnout, salud mental, factores de riesgo.



ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH BURNOUT SYNDROME IN HEALTH PERSONNEL DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN A HOSPITAL IN THE CUSCO REGION, 2021.

Introduction: Burnout syndrome or also called professional burnout syndrome, is considered a risk factor at work, affecting mental health, quality of life and work factors. The current situation, the COVID-19 pandemic brought with it consequences that, added to the current condition of Public Health, aggravated the mental health of health workers.

Objective: To determine the factors associated with Burnout Syndrome in health personnel during the COVID-19 pandemic in a Hospital in the Cusco Region, 2021.

Methods: Quantitative, observational, descriptive cross-sectional study, the sample was made up of 175 individuals, health personnel from the Alfredo Callo Rodríguez Sicuani Hospital, 2021. The analysis allowed the study of the frequency distribution, the Chi Square parametric test and the Odds odds ratio. Ratio, with a 95% confidence interval with a significance level of $p < 0.05$.

Results: The prevalence of Burnout Syndrome was 8%, having the CAS contract / labor regime ($P = 0.002$, $OR = 8$, $95\% CI = 1.73 - 39.91$) and an economic income below 2500 nuevos soles ($P = 0.001$, $OR = 8.86$, $95\% CI = 1.91 - 40.91$), show a statistically significant association and risk of suffering from this disorder.

Conclusions: The prevalence of Burnout Syndrome was not as high as other studies during the COVID-19 pandemic, however, there are factors associated with Burnout Syndrome and its dimensions. The data will allow us to formulate preventive, diagnostic and timely treatment strategies in health personnel.

Key Words: COVID-19, burnout, mental health, risk factor



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El Síndrome de Burnout, llamado también como síndrome de desgaste profesional, fue declarado así por considerarse un factor de riesgo laboral, debido a que se implican factores como la salud mental y la calidad de vida que llegan a poner en riesgo la vida de las personas que lo sufren⁽¹⁾. Otro enfoque lo define como el compromiso laboral del estado afectivo motivacional persistente⁽²⁾. Desde una perspectiva psicosocial es conceptualizado a partir de 3 dimensiones: Cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal⁽³⁾. Se manifiestan por un conjunto de signos y síntomas como el agotamiento psicológico y físico, actitud fría y despersonalizada en la interacción con su entorno y un sentimiento de inadecuación a las tareas que debe realizar⁽⁴⁾.

Las repercusiones implican dos esferas: Personales - familiares (Manifestaciones psicósomáticas, conductuales, emociones defensivas y secuelas familiares) y Laborales (Descontento y desmedro del ambiente laboral, ausencia laboral, reducción de la calidad de trabajo, reconversión profesional y deserción de la profesión), el abandono de la profesión es la consecuencia más drástica del Síndrome de Burnout siendo voluntaria o en algunos casos como consecuencia de problemas legales, influyendo aún más de forma perjudicial en la vida personal – laboral y familiar⁽⁵⁾. Ciertos factores se asociaron más a este síndrome: Horas de trabajo, ingreso mensual, tiempo que le toma en llegar al trabajo^(6,7), falta de reconocimiento, baja remuneración, turnos nocturnos, clima laboral inadecuado, falta de equipo y recursos técnicos, actividad física^(8,9).

En enero del año 2020, la Organización Mundial de la salud (OMS) emitió un comunicado dando a conocer el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) como emergencia de salud pública de trascendencia mundial, así mismo en marzo del



mismo año es caracterizado como una pandemia⁽¹⁰⁾. El primer caso confirmado de COVID-19 en el Perú fue el 6 de marzo del 2020, el Gobierno Peruano mediante Decreto Supremo N.º 0044-2020-PCM, decretó: “Estado de Emergencia Nacional por la graves circunstancias que afecta a la vida de la Nación y se dispuso el aislamiento social obligatorio (cuarentena) a partir del 15 de marzo”⁽¹¹⁾.

Las repercusiones psicológicas, familiares y sociales en el personal de salud que trae consigo una pandemia⁽¹²⁾, además de afectación laboral que implica⁽⁵⁾, llevan consigo una serie de cambios que merma la situación de los afectados.

El personal de salud de nuestro País no es ajeno a la situación actual, debido a la cual el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) mediante Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA emitió la “GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID-19”⁽¹³⁾, así mismo el Seguro Social del Perú (ESSALUD) publicó “RECOMENDACIONES CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PERSONAL DE SALUD EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVI-19”⁽¹⁴⁾, demostrando en ambas guías clínicas que el Síndrome de Burnout forma parte del problema de salud mental en el personal de salud en la pandemia COVID-19.

Los datos positivos para la enfermedad por COVID-19, a la fecha 19 de marzo del 2021 son en total de 1'460,779 personas positivas, con una letalidad de 3.43% a nivel nacional, en la Región Cusco es de 40,306 personas positivas con una letalidad de 2.05%⁽¹⁵⁾, en la provincia de Canchis perteneciente al departamento del Cusco dónde se efectúa el estudio, se emitió en la semana epidemiológica número 8 (al 27 de febrero) los siguientes datos: 5,269 personas positivas, con una letalidad de 7%⁽¹⁶⁾. Para el 1 de diciembre del 2020 el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de la RM 294-2020-JUS publica su “Primer listado del Personal de Salud fallecido por COVID-19 en ejercicio de



sus funciones”, siendo un total de 385⁽¹⁷⁾, así mismo el 30 de mayo del 2021 emite la segunda lista mediante la RM 0099-2021-JUS con un total de 559 fallecidos⁽¹⁸⁾. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), dio como dato que 598 trabajadores de salud fallecieron a causa de COVID-19, dichos datos fueron colectados hasta el 15 de enero del 2021, así colocando al Perú en el tercer lugar por fallecimiento del personal de salud después de Estados Unidos y México, así mismo el 52% de la cifra eran médicos, y sexto lugar en la lista de personal de salud contagiado por COVID-19 con 30,675 personas⁽¹⁹⁾.

La situación actual genera en el personal de salud síntomas depresivos y ansiosos, estrés, trastornos del sueño, exasperación y pánico, estos problemas de salud mental influyen de forma negativa la capacidad de toma de decisiones, así como un efecto nocivo en su labor y vida personal⁽²⁰⁾. Las posibles consecuencias tras la Pandemia serán alta tasas de estrés postraumático, depresión y otras enfermedades de salud mental, a razón de esto debe existir un monitoreo e identificación temprana⁽²¹⁾.

Actualmente no hay estudios en la región sobre el síndrome de Burnout en el personal de salud asociados a la pandemia de la COVID-19, el presente ayudará a tener un panorama sobre la salud mental-física del personal de salud y sobre el desempeño que tiene en esta emergencia sanitaria.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021?



1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la prevalencia y características del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021?
2. ¿Cuál es la prevalencia de las dimensiones del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021?
3. ¿Cuáles son los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos asociados a la dimensión Cansancio emocional del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021?
4. ¿Cuáles son los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos asociados a la dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021?
5. ¿Cuáles son los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos asociados a la dimensión Realización personal del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021?

1.3. Justificación

1.3.1. Conveniencia

El Trabajo está dirigido al personal de salud de los Hospitales del Perú que laboran actualmente en la Pandemia de la COVID-19 y que se ven afectados por múltiples



factores que generan el Síndrome de Burnout, es importante pues ayudará a generar información sobre el tema en estudio y mejorar el abordaje en esta población que no es ajena ni invulnerable.

1.3.2. Relevancia Social

Este trabajo de investigación nos posibilitará ayudar al personal de salud, pues es un tema bastante frecuente pero poco conocido en nuestra sociedad. El personal que sea diagnosticado oportunamente tendrá la oportunidad de mejorar su condición laboral, familiar, etc.

1.3.3. Implicancias Prácticas

Teniendo un trabajo precedente en este tema, futuras investigaciones en diferentes Hospitales del Perú podrán prevenir y/o manejar factores que se asocian al Síndrome de Burnout.

1.3.4. Valor Teórico

La importancia de la investigación es generar nuevos conocimientos sobre los factores asociados al Síndrome de Burnout en la Pandemia COVID-19, además de la prevalencia de esta. Actualmente en la región no hay trabajos específicos sobre el tema a investigar, por lo que tiene un excelente valor agregado para mejorar las directrices de cada Centro Hospitalario orientada a la Salud mental de sus trabajadores.

1.3.5. Utilidad Metodológica

Se verificarán los datos por medio de encuestas especializadas respecto al tema, ayudando a obtener un mejor panorama de la Salud mental del personal de Salud en esta pandemia.



1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia y características del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.
2. Determinar la prevalencia de las Dimensiones del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.
3. Determinar los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos asociados a la dimensión Cansancio emocional del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.
4. Determinar los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos asociados a la dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.
5. Determinar los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos asociados a la dimensión Realización personal del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.



1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial:

Hospital Alfredo Callo Rodríguez ubicado en la Avenida Manuel Callo Zevallos Nro. 519, Departamento de Cusco, Provincia Canchis, Distrito de Sicuani.

1.5.2. Delimitación temporal:

El periodo que se considera en el estudio está comprendido del 1 de marzo hasta el 31 de abril del 2021, finalizando la segunda ola de la Pandemia de la COVID-19 en el Perú.

1.6. Aspectos éticos

El trabajo tomó en cuenta los principios bioéticos de la investigación científica, la encuesta a realizar posee un consentimiento informado direccionado a Beneficencia, No maleficencia, juicio, autonomía y anonimato por parte de los sujetos de estudio, además centrados en la Declaración de Helsinki y Código de Nuremberg.



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Vinueza A, Aldaz N, Mera C, Pino D, Tapia E, Vinueza M. (Quito - Ecuador, 2020)

en el estudio “Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19”, cuyo objetivo fue “Determinar la ocurrencia e intensidad de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros/as ecuatorianos/as durante la pandemia del COVID-19”.

Se efectuó un estudio de tipo observacional, transversal, donde participaron 224 médicos/as y enfermeros/as de establecimientos de la red integral de salud Ecuatoriana, a quienes se les aplicó el Inventario de Burnout de Maslach. Los datos se analizaron por medio de modelos de regresión lineal usando R.

De los 224 encuestados, 151 fueron médicos (67.41%) y 73 enfermeros/as (32.59%), gran mayoría del personal encuestado médicos/as y enfermeros/as presentaron agotamiento emocional severo y moderado (78.15%), (63.02%) respectivamente, despersonalización severa y moderada (72.61%), (65.63%) respectivamente, y la realización personal en el trabajo fue de baja y moderada, también fue alta entre personal médico y de enfermería (85.41%), (78.09%) respectivamente, 95.36% del personal médico muestra SB moderado y severo, en tanto el personal de enfermería en un 95.89%. Las variables: profesión médico y menor edad presentan asociación positiva con el puntaje de MBI⁽²²⁾.

Civantos A, Bertelli A, Gonçalves A, Getzen E, Chang C, Long Q, Rajasekaran K.

(São Paulo - Brasil, 2020) El estudio “Salud mental en cirujanos de cabeza y cuello en Brasil durante la pandemia COVID-19: un estudio nacional”, cuyo objetivo fue evaluar los síntomas de salud mental en cirujanos de cabeza y cuello durante la pandemia de la



COVID-19. El tipo de estudio fue transversal, se les evaluó con: Síndrome de Burnout por Mini-Z de un solo ítem, la escala de trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems, Escala de impacto de eventos revisada de 22 ítems y cuestionario de salud del paciente de 2 ítems.

De los 163 médicos evaluados, 74.2% eran varones y 25.8% mujeres. Se informaron síntomas de ansiedad, angustia, Síndrome de Burnout y depresión en 74 (45.5%), 43 (26.3%), 24 (14.7%) y 26 (16.0%) médicos respectivamente. En el análisis multivariable, las mujeres médicas tenían más probabilidades de informar un cribado positivo para el Síndrome de Burnout en comparación con los varones (OR 2.88, IC [1.07–7.74]). Los médicos de 45 años o más tenían menos probabilidades de experimentar síntomas de ansiedad que los menores de 45 años (OR 0.40, IC [0.20–0.81]). Los médicos sin afecciones psiquiátricas previas auto informadas tenían menos probabilidades de tener síntomas de angustia en comparación con aquellos con tales antecedentes (OR 0.11, IC [0.33–0.38]). La salud mental de los Cirujanos de Cabeza y cuello presentan alteraciones durante la pandemia COVID-19, entre los cuales podemos nombrar: Síndrome de Burnout, ansiedad, angustia y depresión⁽²³⁾.

Khalafallah A, Lam S, Gami A, Dornbos D, Sivakumar W, Johnson J, Mukherjee D. (Baltimore - EE.UU, 2020) En el estudio “Una encuesta nacional del impacto de la pandemia COVID-19 sobre el Síndrome de Burnout y la satisfacción profesional entre los residentes de neurocirugía”. Cuyo por objetivo fue “Investigar el impacto de la pandemia COVID-19 en los residentes de neurocirugía de EE.UU. relacionado al Síndrome de Burnout, satisfacción profesional y flujo de trabajo”.

Se realizó el estudio de diseño descriptivo transversal, se utilizaron encuestas online de tipo anónima que evalúa el Síndrome de Burnout y satisfacción personal, constaba de 26



preguntas (demografía, estresores personales y profesionales relacionado con COVID-19), satisfacción profesional y Síndrome de Burnout (MBI).

De los 111 participantes, la mayoría de los encuestados fueron varones (65.8%) y caucásicos (75.7%). Los residentes informaron menos horas de trabajo (67.6%) y les preocupa que el COVID-19 perjudique su logro de los hitos quirúrgicos (65.8%). Se identificó Síndrome de Burnout en 29 (26.1%) encuestados y satisfacción profesional en 82 encuestados (73.9%). En el análisis multivariado, el agotamiento se asoció significativamente con alteraciones en los horarios de rotación electiva / vacaciones ($p = .013$) y la decisión de no continuar con la neurocirugía si se les da la opción ($p < .001$). Un año de posgrado superior se asoció con un menor desgaste ($p = .011$). Los residentes mostraron una mayor satisfacción profesional al centrar su trabajo clínico en la atención neuroquirúrgica ($p = .065$). Los factores relacionados con COVID-19 han contribuido a cambios en el flujo de trabajo entre los residentes de neurocirugía de EE. UU. Existe un Síndrome de Burnout moderado y una tasa de satisfacción profesional paradójicamente alta entre los residentes de neurocirugía⁽²⁴⁾.

Zerbini G, Ebigo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. (Augsburg – Alemania, 2020) en el estudio “Carga psicosocial de los profesionales de la salud en tiempos de COVID-19: una encuesta realizada en el Hospital Universitario de Augsburg”, cuyo objetivo fue investigar la “Carga psicosocial de los profesionales de la salud en contacto con pacientes con COVID-19”. Se efectuó el estudio mediante el cuestionario de salud de paciente (PHQ) y el Inventario Burnout de Maslach (MBI), participaron 35 médicos y 75 enfermeras. Se utilizó la correlación de rango de Spearman (preguntas específicas de COVID-19 con cada subescala de PHQ y MBI) para demostrar si existía concordancia, luego compararon las puntuaciones utilizando ANOVA con un diseño de 2X2 empleando



la profesión, preguntas específicas de COVID-19, el efecto de interacción fue significativo ($p < 0.05$) por lo cual se realizó prueba T de muestra independiente.

Los resultados informaron que los profesionales encuestados sentían estrés en el trabajo, además síntomas relacionados al agotamiento emocional y despersonalización, con una fuerza de correlación (agotamiento emocional $p = 0.62$, $p < 0.0001$; despersonalización $p = 0.21$, $p = 0.0242$; estrés $p = 0.54$, $p < 0.0001$). Los participantes informaron sobre la tensión laboral (37.5%) y la incertidumbre (30%) como las causas más comunes de su carga, seguidas por la atención a las personas (23.8%), la tensión psicosocial (16.3%) y el riesgo de infección (12.5%). Los participantes informaron el apoyo psicosocial de familiares y amigos (64.3%), así como el tiempo libre (45.3%) como recursos importantes, seguidos del apoyo psicosocial en el trabajo (22.6%), factores de resiliencia personal (13.1%) y religión (6%). El 51% de los participantes deseaba un mejor ajuste de la infraestructura al COVID-19 en el hospital. Otras sugerencias de mejora fueron una mejor comunicación (20.3%), más compensación monetaria (20.3%), más compensación de tiempo libre (13.9%), equipo de protección adecuado (20.3%). Las enfermeras que trabajan en salas de COVID-19 se ven psicológicamente más afectadas debido a mayor carga de trabajo y mayor tiempo de exposición con pacientes COVID-19 en comparación de los médicos⁽²⁵⁾.

Lim R, Van Aarsen K, Gray S, Rang L, Fitzpatrick J, Fischer L. (Ontario – Canadá, 2020) En el estudio “Bienestar y Síndrome de Burnout en médicos de Emergencia en Canadá antes de COVID-19: una encuesta nacional”. El objetivo fue “Describir las tasas de Síndrome de Burnout, depresión y tendencias suicidas en médicos de Emergencia en Canadá antes de la pandemia COVID-19”.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico: método bola de nieve modificado para la distribución de encuesta, los participantes completaron el Maslach Burnout Inventory-



Health Services Tool (MBI-HSS) y un test para depresión (PHQ-9). Se envió una invitación a través de la red de distribución de encuestas de la Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia (CAEP), que se publicó en las redes sociales (Facebook, Twitter, sitio web del CAEP) y carteles físicos en el CAEP 2019, posteriormente se pidió a los médicos inscritos que enviaran la invitación a cualquier médico del área de Emergencia en Canadá.

Se realizó la encuesta a 384, principalmente fueron varones (213/383, 55.6%) y casados (327/384, 85.2%) con una mediana [IQR] de 17.5 [7.25-26.0] años de experiencia desde la residencia. Las puntuaciones medias del dominio del MBI de los encuestados fueron agotamiento emocional 34.07 [23-43.25], despersonalización 16.35 [11-21.25], realización personal 45.64 [41-51]. Un total de 86.1% cumplió con al menos uno de los criterios de agotamiento, 58.0% de los encuestados del PHQ-9 puntuaron como "mínimo-ninguno" para la depresión, mientras que los que puntuaron como leve, moderada, moderadamente grave y severa fueron 24.3%, 11.5%, 4.0% y 2.1%, respectivamente. El 14.3% de los encuestados contempló el suicidio durante su carrera en la especialidad de emergencia, y de ellos, el 5.9% habían considerado el suicidio en el último año. El modelo de regresión logística clasificó correctamente el 86.5% de los casos y explicó el 33.0% de la varianza en el burnout. Los médicos de 30 a 39 años (en comparación con los de 40 a 49 años) tenían casi cuatro veces más probabilidades (IC95%, 1.03 a 15.1) de sufrir agotamiento. Los médicos capacitados en CCFP-EM tenían 2.7 (IC95%, 1.27-5.8) veces más probabilidades de sufrir agotamiento en comparación con los médicos capacitados en FRCPC. Finalmente, los médicos con algún indicio de depresión en el PHQ-9 tenían 43.7 veces (IC95%, 5.9–321.8) más probabilidades de sufrir agotamiento en comparación con aquellos que puntuaban en la categoría "mínima" más baja. Los médicos canadienses de Emergencia encuestados antes de la pandemia COVID-19 alcanzaban el umbral de



Síndrome de burnout y una parte preocupante de ellos había contemplado ideación suicida⁽²⁶⁾.

Torres F, Irigoyen V, Moreno A, Ruilova E, Casares J, Mendoza M. (Ecuador, 2021)

En el Trabajo titulado “Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia.”, cuyo objetivo fue: “Determinar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y cómo se comporta con factores sociodemográficos y laborales asociados”.

El tipo de estudio fue observacional, transversal y analítico, participaron médicos con y sin especialidad, enfermeras y personal de apoyo a la salud, la muestra fue conformada por 368 profesionales de salud. Se usó Maslach Burnout Inventory y se demostró la existencia de Síndrome de Burnout con las 3 dimensiones (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en Nivel Alto. La información se recolectó a través de planilla electrónica, se utilizaron tablas de frecuencia, medidas de tendencia central, tablas de contingencia, Odds ratio, intervalos de confianza, pruebas de T y ANOVA, se estableció una significancia de $p < 0.005$.

Se obtuvieron los siguientes datos: El 90% de participantes eran médicos. La prevalencia de Síndrome de Burnout fue del 8.59%, se obtuvo un alto nivel de Agotamiento emocional en el 47.8%, alto nivel en Despersonalización con 95.1% y bajo nivel de Realización personal con 69.4%. En los factores sociodemográficos, tuvieron mayor severidad los que tenían menor edad, Agotamiento emocional ($P=0.0001$), Despersonalización ($P=0.004$) y Realización personal ($P=0.0001$), así mismo tener más hijos se relaciona con menor severidad de Síndrome de Burnout, Agotamiento emocional ($P=0.01$), Despersonalización ($P=0.000$) y Realización personal ($P=0$). En cuanto a los factores laborales, hay probabilidad de tener Síndrome de Burnout en los asistentes que



no cuentan con especialidad Agotamiento emocional ($P=0.000$), Despersonalización ($P=0.03$)⁽²⁷⁾.

López E, Cano C, Salazar V. (Medellín - Colombia, 2021) En el Trabajo titulado “Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES.”, cuyo objetivo fue: “Caracterizar el síndrome burnout, en el marco de la pandemia de COVID 19, en el personal de salud que presta servicios en modalidad de telemedicina en IPS de primer nivel de atención de Medellín y el Área Metropolitana en el convenio UT San Vicente CES”. Fue un estudio mixto descriptivo, la población conformada laboraba en IPS en modalidad de telemedicina. Se usó un cuestionario sociodemográfico y el test de Maslach (MBI – Maslach Burnout Inventory), para el diagnóstico se tomó en cuenta el valor alto en las 3 dimensiones.

Se tomó como participantes a 532 personas, 403 cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvieron los siguientes datos: El 67% de participantes fueron mujeres, el 98.5% médicos, el 94% trabajaba tiempo completo (8 horas), Siendo la prevalencia de Síndrome de Burnout 14.9%, los factores asociados Agotamiento emocional fueron sobrecarga laboral ($P=0.00$), baja remuneración ($P=0.00$) y prestación de servicios en telemedicina ($P=0.01$), los factores asociados con Despersonalización: diferencia entre el personal de salud y paciente ($P=0.01$)⁽²⁸⁾.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Campos A, Charqui F. (Lima – Perú, 2020) en el Trabajo de investigación “Frecuencia Del Síndrome De Burnout Durante La Pandemia Del Coronavirus (Covid-19) En Médicos Residentes De Un Hospital Nacional De Tercer Nivel De Lima, Perú.”, cuyo



objetivo fue: “Determinar la frecuencia de Síndrome de Burnout durante la pandemia del covid-19 en médicos residentes”. El trabajo fue de tipo transversal, observacional con componente descriptivo, la investigación se realizó en 70 médicos residentes de los servicios de cirugía, medicina y pediatría que laboraban en áreas COVID-19 del Hospital Cayetano Heredia durante en el mes de septiembre del 2020, se usó la prueba de Chi cuadrado, reforzado con los coeficientes Rho de Spearman y Tau-c de Kendall.

Se obtuvieron los siguientes datos: El 71.4% tuvo entre 25 y 30 años de edad, el 51.4% fueron mujeres, el 88.6% no tiene hijos, el 77.1% estaba soltero, la especialidad de medicina conformaba el 48.6% de la población de estudio, el 55.7% se encontraba al menos en su tercer año de residencia, el 84.3% presentaba el temor de infectarse por COVID-19, el 64.3% consideraba que la sensación de seguridad con el uso de los elementos de protección personal (EPP) es moderado y el 27.1% presentó infección previa por COVID-19. El 15% de la población padecía de síndrome de Burnout (11 médicos residentes), no se determinaron asociaciones significativas con la prueba de Chi cuadrado, salvo la sensación de seguridad del uso de EPP ($p=0.003$), además con el coeficiente de Tau-c de Kendall ($Tc=-0.229$) se demostró que dicha relación era inversa, dando como significado que a menor sensación de seguridad mayor síndrome de Burnout. La mayoría de médicos residentes con síndrome de Burnout consideraron que la sensación de seguridad del uso de EPP fue baja (36.4%) o moderada (45.5%), mientras que los que no presentaban Síndrome de Burnout consideraron que fue moderado (67.8%) o alta (25.4%), además la prueba de Chi cuadrado demostró que las variables: Edad ($p=0.917$), sexo ($p=0.081$), estado civil ($p=0.458$), número de hijos ($p=0.888$), especialidad ($p=0.144$), año de residencia ($p=0.932$), temor a la infección por Covid-19 ($p=0.119$) e infección previa por Covid-19 ($p=0.467$) no se relacionaron con el Síndrome de Burnout. En cuanto a las dimensiones, se presentó un nivel alto de agotamiento



emocional (47.1%), nivel alto de despersonalización (40%) y un nivel bajo de realización personal (37.1%), por otro lado la prueba de Chi cuadrado demostró que el temor a la infección por COVID-19 ($P=0.003$) se relacionó significativamente con el agotamiento emocional, solo el 65.4% de los médicos residentes con bajo agotamiento emocional temen infectarse con COVID-19, mientras que el 100%, 93.9% con nivel medio y alto de agotamiento emocional respectivamente, temen infectarse⁽²⁹⁾.

Quispe J. (Arequipa - Perú, 2020) En el Trabajo de investigación “Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout con el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020”, cuyo objetivo fue: “Establecer los factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en médicos residentes”.

Se efectuó un estudio de tipo observacional, de corte transversal, prospectivo con componente analítico, la muestra fue conformada por 61 médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa, de los cuales contestaron 49. Se usó EL Maslach Burnout Inventory y se demostró la existencia de Síndrome de Burnout diagnosticado por el nivel alto de las 3 dimensiones (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en Nivel Alto, se estableció relación con la prueba estadística Chi cuadrado, Tau de Kendall y Análisis de correlación de Spearman, el nivel de confianza fue del 95%. Se obtuvieron los siguientes datos: El 51% fueron de sexo masculino, el 40.8% tuvieron entre 30 a 35 años de edad, el 55.1% son solteros(as), el 51% no tiene hijos, el 40.8% tiene 6 horas de sueño, el 83.7% no tiene otro trabajo, el 57.1% era de especialidad médicas, mientras el 30.6% de quirúrgicas, el 93.7% tiene como especialidad centrada en el paciente, el 53.1% tiene 3 años de residencia, el 34.7% tiene de 8 a 9 guardias al mes, así como de 10 a más, el 51% está satisfecho con el salario, el 100% atendió casos



sospechosos de COVID y el 93.9% atendió casos confirmados, el 100% no recibieron EPP's, el 71.4% se realizaron pruebas serológicas (PCR, IgM e IgG), el 98% piensa que el Hospital no brinda información adecuada y el 100% tiene miedo de infectar a su familia. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 14.3%, se tuvo un nivel alto de Agotamiento emocional en el 49%, nivel bajo en Despersonalización con 61.2% y un nivel Alto de Realización personal con 55.1%. Se tiene una frecuencia baja a moderada de Síndrome de Burnout, las variables paternidad, prueba serológica, año de residencia y estado civil no demostraron asociación estadísticamente significativa, mientras que las variables: guardias por mes y especialidad son estadísticamente significativas, la variable Satisfacción con el salario tiene asociación estadísticamente significativa con la dimensión realización personal($P=0.013$)⁽³⁰⁾.

Noriega C. (Cajamarca - Perú, 2021) En el Trabajo de “Incidencia y factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en médicos residentes durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2021”, cuyo objetivo fue: “Determinar la incidencia y factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en médicos residentes durante la pandemia COVID-19 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2021”. Se efectuó un estudio de tipo Cuantitativo, descriptivo, observacional, de corte transversal e incidencia. La muestra fue por médicos residentes que laboran en el Hospital en mención, siendo un número de 48 participantes. Se usó el Inventario de Maslach Burnout (MBI) y se demostró la existencia de Síndrome de Burnout con las 3 dimensiones (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y una ficha de recolección de datos, se presentaron tablas de distribución de frecuencia.



Se obtuvieron los siguientes datos: El 50% tenían de 30 a 35 años, el 64.58% son de sexo masculino, además se obtuvo un nivel elevado en cansancio emocional, el 56.25% son casados(as), el 22.92% corresponden a la especialidad de cirugía, seguido del 20.83% con pediatría, el 58.33% tenían paternidad/maternidad, el 41.67% se encontraba en su primer año de residencia, el 95.83% tenía miedo de contagiar a sus familiares con COVID-19, no hubo diferencia en el número de guardias pues, el 50% tenía como máximo 5 guardias al mes, mientras el otro restante más de 5 al mes, el 64.58% tenía entre 4 a 5 horas de sueño al día, el 65.58% no se sentía satisfecho por los Equipos de protección y el 81.25% tampoco sentía satisfacción por el salario, la variables satisfacción del salario se encuentra alta en la dimensión Agotamiento emocional.

El 14.58% padecían de Síndrome de Burnout y la incidencia fue de 14.58 por cada 100 médicos residentes, el 77.08% tuvo un nivel alto de Agotamiento emocional, un 50% de nivel bajo en Despersonalización y el 66.67% con un nivel bajo de Realización personal, el 85.7% de los que padecían Síndrome de Burnout tenían miedo que sus familiares contraigan COVID-19⁽³¹⁾.

Díaz W. (Trujillo - Perú, 2017) En el Trabajo de investigación “Sobrecarga laboral asociado a Síndrome de Burnout en personal de salud de emergencia de un Hospital de Trujillo”, cuyo objetivo fue: “Determinar la asociación entre sobrecarga laboral y Síndrome de Burnout en personal de emergencia de un hospital de Trujillo, Perú”.

El estudio fue de tipo observacional, de corte transversal, analítico y correlacional. Siendo la muestra 35 personas que trabajaron como mínimo 1 año en la institución estudiada. Los datos se recolectaron mediante una encuesta, constaba de una ficha de recolección de datos sociodemográficos, escala NASA TLX e Inventario Maslach Burnout. Se efectuaron cálculos de porcentajes, diferencias categóricas usando el Test Exacto de



Fisher y para el análisis el programa estadístico STATA v13.0, se consideró un valor $p < 0.05$ estadísticamente significativo.

Se obtuvieron los siguientes datos: El 48.57% tenían de 30 a 39 años, el 82.86% sexo femenino, el 48.57% casados(as), el 85.71% enfermeros(as), 31.43% tiene entre 6 a 10 años ejerciendo su profesión, el 57.14% tienen condición laboral de Nombrado, mientras el 31.43% CAS, el 68.57% si trabaja en otros lugares, el 80% realiza turnos nocturnos, el 74.29% tiene alta carga mental laboral, se obtuvo un nivel bajo en agotamiento emocional en el 54.29%, el 45.71% nivel alto en Despersonalización y un 54.29% en nivel medio de Realización personal. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($P=0.001$) en personas menores de 40 años, en las variables sexo ($P=0.64$), estado civil ($P=0.88$), profesión ($P=0.64$) y condición laboral ($P=0.08$) no se evidenciaron asociación estadísticamente significativa, sin embargo se evidenció una tendencia estadística que existe menor Burnout en el personal nombrado y más en el personal CAS, Años de servicio si se evidencia con valor ($P=0.001$), no se encontró evidencia en tener otro trabajo ($P=0.71$), turnos nocturnos ($P=0.67$), por otro lado en carga laboral si se evidenció ($P=0.02$) dando a conocer que a carga mental menos de 100 puntos si existe significancia. Se evidenció que los individuos más jóvenes, lo que menos años de trabajo tiene y los con carga mental de trabajo alta tienen asociación significativa a desarrollar síndrome de Burnout⁽³²⁾.

2.2. Bases Teóricas

Historia

El Primero en mencionarla fue Bradley en el año de 1969, en el artículo “Community bases treatment for young adult offenders”, evidenciado en la revista Crimen y delincuencia, designó el término Burnout como un “tipo de estrés que consume la energía de los profesionistas en el trabajo”. Años posteriores en 1974,



Herbert Freudenberger en su publicación “El personal con Burnout”, utilizó la misma terminología para describir la pérdida de interés, acompañado de diversos síntomas psicológicos que afectaba de forma negativa la motivación y los síntomas físicos: fatiga, trastornos del sueño, dolor de cabeza, excesivas preocupaciones y diversos desórdenes gastrointestinales, los cuales padecían los practicantes de la clínica para toxicómanos, considerándolo como un estado de “fatiga crónica” combinado con síntomas depresivos y desacierto⁽³³⁾.

La Psicóloga social Christina Maslach, en 1976 expuso en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) logró revalorizar el término de esta afección, así como una difusión sin precedentes de la misma, conceptualizándola como una “forma inadecuada de afrontar el estrés crónico”, en 1986 aplicó una rigurosa metodología en forma de cuestionario que se ha configurado como instrumento fundamental para investigar este fenómeno⁽³⁴⁾.

Conceptualización⁽³³⁾

Según Freudenberger en el año de 1974, es la “sensación de fracaso, con agotamiento permanente, resultado de la sobrecarga laboral que provoca el desgaste de energía, recursos personales y fuerza anímica del individuo”.

Maslach y Jackson, año 1981, presentan la definición: “agotamiento emocional, cinismo y baja realización personal que viven los profesionistas involucrados en ayudar a otras personas”, estableciendo por primera vez tres dimensiones de esta patología: Agotamiento emocional, Cinismo y baja realización personal.

Pines y Aronson en 1988, tienen una concepción más completa, “estado de agotamiento físico, mental y emocional producido por estar involucrado



permanentemente en un trabajo que produce situaciones emocionalmente demandantes”

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), menciona que el Síndrome de Burnout se basa a 4 conceptos clave: es producto del medio laboral, se encuentra asociado a la calidad de interacciones realizadas en el ámbito laboral, deterioro profesional, siendo los más afectados los que laboran en el área de la Salud y Educación⁽³⁵⁾.

La “GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID-19” del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) mediante Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA, conceptualiza al Síndrome de Burnout textualmente como “resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito, se caracteriza por tres dimensiones: Sentimientos de falta de energía o agotamiento; aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y eficacia ocupacional reducida”⁽¹³⁾.

Clínica

Las primeras manifestaciones de Síndrome de Burnout son subjetivas, casi imperceptibles, sentimientos abrumadores, fatiga, de pérdida de recursos para aliviar el estrés laboral. De forma reactiva, la tendencia a la distancia interpersonal se manifiesta con la autodefensa, con frialdad, indiferencia y desinterés por las personas a su cargo. Finalmente, la situación evidencia manifestaciones objetivas,



con disminución evidente del desempeño laboral. Establecido el cuadro clínico, el síndrome se caracteriza por la tríada descrita por Maslach⁽³⁶⁾:

- **Cansancio emocional:** Es un agotamiento físico y psicológico, decaimiento emocional, sentimientos de ineptitud y desaliento, actitudes vacías hacia el trabajo y la vida en general, contratiempos para levantarse de la cama por las mañanas, pérdida del estímulo y entusiasmo laboral, desacierto y sensación de que cualquier mandato laboral es desmedida. Es un síntoma muy cercano a la depresión, pero el rasgo orientado a la tristeza acostumbra a estar ausente, y con frecuencia sigue de sentimientos de belicosidad, rivalidad e irascibilidad.
- **Despersonalización:** Se aíslan de los demás, la actitud emocional se vuelve distante, apareciendo comportamientos de evitación laboral, como la ausencia al quehacer laboral, Obstinación al no relacionarse con los compañeros o a atender a los usuarios. Maslach denomina a este síntoma «despersonalización», y fue mencionado en muchos estudios, pero no concierne exactamente con el síntoma de despersonalización de la psicopatología clásica, que es manifestación de una deformación en la vivencia del sí mismo.
- **Baja realización personal:** El sentir una inadecuación propia y laboral, desgaste progresivo de la aptitud laboral y extravío de todo sentimiento de toda retribución en el centro de labora. La persona sufre carencia de eficacia, es usual el crecimiento de una autopercepción desfavorable. Inicialmente, este tercer elemento puede manifestarse de manera paradójica, encubriéndose con una actitud compensadora de aparente



entusiasmo y exceso de dedicación, que no hace sino empeorar el cuadro al aumentar el agotamiento general.

Así mismo otros síntomas: Alteraciones cognitivas, de la personalidad, psicósomáticas y de la conducta.

Diagnóstico

El método diagnóstico más empleado para el Síndrome de Burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), consta de 22 ítems e interrogantes sobre las emociones en nexos con la correlación con el trabajo, valorando dichos ítems con la escala de Likert, se expresan de “nunca” a “todos los días”, dependiendo de la regularidad presenta dichos ítems. Se evalúan las 3 dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal)⁽³⁷⁾.

La primera dimensión Cansancio emocional, posee 9 enunciados (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), Despersonalización consta de 5 enunciados (5, 10, 11, 15 y 22) y la dimensión Realización personal de 8 enunciados (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Se puntúa según la sumatoria de los ítems en nivel Alto, Medio y Bajo, en el cuadro 01 se identifica cada variable según nivel⁽³⁸⁾, desde el enfoque multidimensional el diagnóstico se presenta con niveles altos de Cansancio emocional, Despersonalización y nivel bajo en Realización personal:

CUADRO 01: CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN PUNTUACIÓN POR DIMENSIONES.

NIVEL	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	0 a 18	0 a 5	0 a 33
Medio	19 a 26	6 a 9	34 a 39
Alto	27 a 54	10 a 30	40 a 48



Fuente: Elaboración propia.

Factores Asociados al Síndrome De Burnout

Se describen factores asociados a distintos niveles del Síndrome de Burnout:

- **Variables Biológicas:** Edad, sexo.^(39,40)
- **Factores personales:** Estado civil, familiares (armonía, estabilidad familiar, fallecimiento de familiares), padecer enfermedades^(39,40).
- **Factores laborales:** sobrecarga de trabajo, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, turnos laborales y horarios de trabajo, sentimiento garantía y solidez en la plaza de trabajo, veteranía profesional, estructura y clima organizacional, relaciones interpersonales⁽³⁹⁻⁴¹⁾.
- **Factores Socio económicos:** Estatus económico⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

Consecuencias

Expresadas en la esfera personal y laboral, incremento del riesgo a padecer trastornos psiquiátricos, elevada posibilidad de concurrir sustancias ilegales, ausencia en el trabajo, disminución de la capacidad para el trabajo en equipo, baja de la productividad laboral, cometer errores, dificultades del aprendizaje y memoria, conflictos familiares, incluso trastorno de índole sexual⁽³⁹⁾.

Manejo

Esta condición puede pasar desapercibida, enmascarada por la presión laboral, no regulación del trabajo fuera de lo permitido, las personas no revelan el desazón genera el trabajo con la idea de no arriesgar su condición laboral⁽¹³⁾. Siendo el



principal motivo, realizar un manejo preventivo y un tratamiento cuando ya exista el Síndrome de Burnout.

La prevención y tratamiento se basa en estrategias que modifican los sentimientos y pensamientos involucrados en los 3 componentes del Síndrome de Burnout⁽¹⁾:

- Protocolo de adaptación basado a las expectativas de lo cotidiano.
- Armonía en las áreas: familiar, amigos, laboral.
- Promoción de un adecuado ambiente en equipo.
- Reducir las actividades laborales que sean estresantes.
- Continua formación académica laboral.

2.3. Marco conceptual (Definición de términos básico)

SÍNDROME DE BURNOUT: Se define textualmente como el “Estado de agotamiento físico, mental y emocional producido por estar involucrado permanentemente en un trabajo que produce situaciones emocionalmente demandantes”.

FACTORES PERSONALES: Causantes implicadas al Síndrome de Burnout que ocurren en el ámbito propio y familiar.

FACTORES LABORALES: Causantes implicadas al Síndrome de Burnout que ocurren en el ámbito laboral.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS: Causantes implicadas al Síndrome de Burnout en el tema remunerativo laboral.

REALIZACIÓN PERSONAL: Ideales y evaluación del desempeño que desarrolla en el centro de labor.

DESPERSONALIZACIÓN: Progreso y práctica de actitudes perjudiciales hacia la institución donde labora.



AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Merma progresiva de la fuerza vital del personal de salud y la desproporción entre el cansancio experimentado y el trabajo realizado

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Existen factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.

2.4.2. Hipótesis Específicas

1. Es posible que los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos estén asociados a la dimensión Cansancio emocional del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.
2. Es probable que los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos estén asociados a la dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.
3. Es posible que los factores Personales, Laborales y Socioeconómicos estén asociados a la dimensión Realización personal del Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.



2.5. Variables e indicadores

2.5.1. Identificación de Variables

VARIABLE DEPENDIENTE

1. Síndrome de Burnout

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Factores asociados:
 - a) Factores Personales (antecedente de familiar con covid-19, antecedente personal de covid-19, comorbilidad de salud mental, comorbilidad física, ejercicio físico).
 - b) Factores Laborales (Profesión, tipo de contrato/régimen laboral, tiempo de servicio, trabajo extra, tiempo en llegar al hospital, ambiente laboral, equipo de protección personal, equipamiento hospitalario).
 - c) Factores socioeconómicos (ingreso económico mensual, percepción de bono COVID-19, satisfacción con la remuneración percibida).

VARIABLES NO IMPLICADAS

1. Edad
2. Sexo
3. Estado civil
4. Religión.



2.5.2. Operacionalización de variables

2.5.2.1. Variables No Implicadas

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Edad	Transcurso del tiempo a partir del nacimiento en años	Cuantitativa	Indirecta	Edad en años	De Razón	Ficha de recolección de datos	Edad	1	Menor a 25 años=1 25 a 59 años=2 60 a 64 años=3 Mayor igual a 65 años=4
Sexo	Condición biológica del sexo del sujeto encuestada	Cualitativa	Indirecta	Género	Nominal	Ficha de recolección de datos	Sexo: a) Masculino b) Femenino	2	Masculino=1 Femenino=2
Estado civil	Situación personal en la que se encuentra el sujeto en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Cualitativa	Indirecta	Estado civil	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su Estado civil actual?: a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Conviviente d) Divorciado(a)	3	Soltero(a)=1 Casado(a)=2 Conviviente=3 Divorciado(a) =4 Viudo(a) =5



							e) Viudo(a)		
Religión	Doctrina constituida por un conjunto de ideales y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y espiritual.	Cualitativa	Indirecta	Religión	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su Religión?: a) católica b) Evangélica c) Ateo d) Otros	4	Católica=1 Evangélica=2 Ateo=3 Otro=4

2.5.2.2. Variables Independientes

Variabl e	Dimensión	Definición conceptual	Naturalez a de la variable	Forma de medició n	Indicador	Escala de medició n	Instrumento y procedimient o	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Factores personales	Antecedente de familiar con COVID-19	Historia de enfermedad por COVID-19 de algún familiar del	Cualitativa	Indirecta	Familiar tuvo o tiene antecedente de COVID-19	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Tiene o tuvo un familiar con Antecedente por COVID-19? a) Si	5	Si=1 No=2



	personal de salud.						b) No		
Antecedente personal de COVID-19	Historia de enfermedad por COVID-19 por parte del personal de salud.	Cualitativa	Indirecta	Tuvo antecedente de COVID-19	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Tuvo como Antecedente personal COVID-19? a) Si b) No	6	Si=1 No=2
Comorbilidad de salud mental	Coexistencia de una enfermedad o trastorno previo psiquiátrico en el personal de salud.	Cualitativa	Indirecta	Presentó o presenta diagnóstico de enfermedad o trastorno psiquiátrico.	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Tiene o tuvo alguna comorbilidad psiquiátrica? a) Si b) No	7	Si=1 No=2
Comorbilidad física	Coexistencia de una enfermedad o trastorno previo en el personal de salud.	Cualitativa	Indirecta	Si presenta diagnóstico de alguna comorbilidad física.	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Tiene alguna Comorbilidad física? a) Si b) No	8	Si=1 No=2
Ejercicio físico	Cualquier actividad motora que mejora y mantiene la actitud física, la salud y el	Cualitativa	Indirecta	Cuantos días a la semana realiza ejercicio físico	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Con qué frecuencia realiza Usted ejercicio físico en la semana? a) Ninguna	9	Ninguna=1 1 vez por semana=2 Interdiario=3 Diario=4



		bienestar del personal que labora en el área de salud.						b) 1 vez por semana c) Interdiario d) Diario		
Factores Laborales	Profesión	Tipo de actividad habitual que el personal de salud realiza en la institución donde labora.	Cualitativa	Indirecta	El tipo de profesión que desempeña en el Hospital donde labora	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es su profesión? a) Médico b) Enfermero(a) c) Obstetrix d) Tecnólogo médico. e) Biólogo f) Técnico(a) de enfermería. g) Psicólogo(a). h) Nutricionista	10	Médico=1 Enfermero(a)=2 Obstetrix=3 Tecnólogo médico=4 Biólogo=5 Técnico(a) de enfermería=6 Psicólogo(a)=7 Nutricionista=8
	Tipo de contrato/régimen laboral	Tipo de régimen laboral por el cual el personal de salud está sujeto a la institución donde labora.	Cualitativa	Indirecta	Tipo de contrato o régimen laboral que está sujeto mientras labora en el Hospital	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿A qué tipo de contrato/régimen laboral está sujeto? a) CAS b) CAS COVID-19 c) Tercerizado d) Nombrado	11	CAS=1 CAS COVID-19=2 Tercerizado=3 Nombrado=4
	Tiempo de servicio	Tiempo en que viene laborando el personal de salud en la Institución.	Cualitativa	Indirecta	Tiempo que viene laborando en el hospital	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Desde cuándo viene laborando Usted en el hospital?	12	Desde la Pandemia COVID-19=1



							a) Desde la Pandemia COVID-19 b) Antes de la Pandemia COVID-19		Antes de la Pandemia COVID-19=2
Trabajo extra	Actividad laboral que realiza el personal de salud en una entidad pública o privada en forma paralela a la Institución donde se le realiza la encuesta.	Cualitativa	Indirecta	Realiza trabajo extra, a parte del hospital.	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Trabaja Usted en otro establecimiento de salud? a) Si b) No	13	Si=1 No=2
Tiempo en llegar al hospital	Tiempo transcurrido desde el domicilio del personal de salud al lugar donde labora.	Cualitativa	Indirecta	Tiempo que le toma en llegar al hospital desde su hogar.	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuánto tiempo le toma en llegar desde su hogar hasta el hospital donde labora? a) Menos de 20 minutos b) Entre 20 a 40 minutos c) Entre 40 a 60 minutos d) Más de 60 minutos	14	Menos de 20 minutos=1 Entre 20 a 40 minutos=2 Entre 40 a 60 minutos=3 Más de 60 minutos=4



Ambiente laboral	Conjunto de condiciones (sociales, técnicas) que contribuyen a lograr la satisfacción en el lugar trabajo.	Cualitativa	Indirecta	Cómo es el ambiente laboral donde trabaja.	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cómo percibe Usted el ambiente laboral en el hospital? a) Adecuado b) Inadecuado	15	Adecuado=1 Inadecuado=2
Equipo de protección personal	Equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.	Cualitativa	Indirecta	El personal de salud recibe oportunamente el Equipo de protección personal por parte del hospital.	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Recibe oportunamente Equipo de protección personal por parte de su centro de labor? a) Si b) No	16	Si=1 No=2
Equipamiento hospitalario	Conjunto de objetos destinados a la actividad hospitalaria.	Cualitativa	Indirecta	El hospital tiene equipamiento adecuado para los procedimientos que realiza el	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cómo considera Usted el equipamiento del hospital donde labora? a) Adecuado b) Inadecuado	17	Adecuado=1 Inadecuado=2



					personal de Salud.					
Factores Socioeconómicos	Ingreso económico mensual	Ingreso neto percibido por el personal de salud por parte de la Institución donde labora por sus servicios prestados mensualmente.	Cualitativa	Indirecta	Ingreso monetario correspondiente al servicio que realizó en el hospital en un mes	Nominal	Ficha de recolección de datos	Aproximadamente, ¿Cuánto es su Ingreso económico mensual? a) Menos de 1500 nuevos soles b) Entre 1500 a 2500 nuevos soles c) Entre 2500 a 3500 nuevos soles d) Entre 3500 a 4500 nuevos soles e) Más de 4500 nuevos soles	18	Menos de 1500 nuevos soles=1 Entre 1500 a 2500 nuevos soles=2 Entre 2500 a 3500 nuevos soles=3 Entre 3500 a 4500 nuevos soles=4 Más de 4500 nuevos soles=5
	Percepción de Bono COVID-19	Bonificación extraordinaria de 720 nuevos soles a favor del personal de salud y administrativo del sector Salud que	Cualitativa	Indirecta	Si el personal de salud recibió la bonificación extraordinaria (Bono COVID)	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Usted recibió Bono COVID? a) Si b) No	19	Si=1 No=2



	lucha contra la propagación del coronavirus.								
Satisfacción con la remuneración percibida	Grado de satisfacción que percibe el personal de salud en base a la remuneración económica por el trabajo realizado	Cualitativa	Indirecta	Cómo percibe la remuneración económica que recibe el personal de salud	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Usted se siente satisfecho con la remuneración económica que recibe por su trabajo? a) Si b) No	20	Si=1 No=2

2.5.2.3. Variable Dependiente

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento y procedimiento	Expresión final de la variable	Ítem	Definición operacional de la variable
Síndrome de Burnout	“Es un estado mental de agotamiento persistente, relacionado con el trabajo y entorno laboral, con	Cualitativa	Indirecta	Situación de estrés laboral del personal de salud que se determina por MBI (Inventario de Burnout de Maslach) mide: <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio emocional, Ítems: 	Ordinal	Encuesta: MBI (Inventario de Burnout de Maslach)	Escala de Likert: 0: Nunca 1: Pocas veces al año o menos	1 al 22	Sumatoria de los puntajes: Cansancio emocional: • ≤ 18 : bajo nivel • 19-26: intermedio • ≥ 27 : alto nivel Despersonalización:



	manifestaciones psicológicas y físicas”.			1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. • Despersonalización, Ítems: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal, Ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.			2: Una vez al mes 3: Pocas veces al mes o menos 4: Una vez a la semana 5: Pocas veces a la semana 6: Todos los días		• ≤ 5 : bajo nivel • 6-9: intermedio • ≥ 10 : alto nivel Realización Personal: • ≤ 33 : bajo nivel • 34 – 39: intermedio • ≥ 40 : alto nivel
--	------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



CAPÍTULO III: MÉTODO

3.1. Alcance del Estudio

Según la tendencia: Es un estudio Cuantitativo.

Según el manejo del tiempo: Es de corte transversal, porque se medirá una sola vez con una encuesta.

Según la disposición de toma de datos: Es un estudio Prospectivo

Según la finalidad: Es un estudio Descriptivo

3.2. Diseño de la investigación

La investigación es de tipo observacional, no experimental.

3.3. Población

3.3.1. Descripción de la población

La población en estudio es el personal que labora en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Laborar como Personal de Salud (Médico, Enfermero(a), Obstetiz, Tecnólogo médico, Biólogo, Técnico(a) de enfermería, Psicólogo(a), Nutricionista) del Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani, Áreas no COVID-19.



- Personal de Salud (Médico, Enfermero(a), Obstetrix, Tecnólogo médico, Biólogo, Técnico(a) de enfermería, Psicólogo(a), Nutricionista) que haya aceptado participar al estudio.
- Permanencia laboral de por lo menos 2 meses en la institución.

Exclusión

- Personal de Salud que haya llenado de forma incorrecta o incompleta la encuesta.
- Personal de Salud que no figura en la lista de contratados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani, durante la realización de la encuesta, o que sea un trabajador suplente.
- Personal que labora en el Servicio de área diferenciada Intrahospitalaria y CAAT – PRONIS COVID-19 del Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani.

3.4. Muestra

Se estudió al personal de Salud del Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani 2021, la población a tomar en cuenta son 320 trabajadores, se utilizó la fórmula para tamaño muestral son:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N: Tamaño de población

Z: Valor obtenido de la distribución normal estándar asociado a nivel de confianza

E o d: Error de muestreo



P: Proporción de elementos que poseen la característica a estudiar

Q: Proporción de elementos que no poseen la característica a estudiar

N: Tamaño de muestra

Con un intervalo de confianza al 95% ($Z=1.96$), error de muestreo de 5% ($d=0.05$), y una varianza máxima ($PQ=0.05$, con $P=0.5$ y $Q=0.5$), para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población ($n=320$) de los referidos trabajadores de Salud, se obtuvo:

Tamaño muestral $n=175$

Se obtuvo la muestra constituida por 175 Trabajadores de Salud del Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani 2021, como mínimo para que el trabajo de investigación sea significativo.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos implicados en el estudio

La técnica utilizada fue de tipo encuesta previo consentimiento informado, el instrumento será el cuestionario, que consta de 2 partes: Datos generales (incluyen variables intervinientes e independientes), la segunda es el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) versión en español (variable dependiente) que previamente fue validada por médicos especialistas.

En el Síndrome de Burnout se medirán 3 variables: La variable Cansancio emocional tiene 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), Despersonalización consta de 5 preguntas (5, 10, 11, 15 y 22) y la variable Realización personal de 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Se puntúa según la sumatoria de los ítems en nivel Alto, Medio y Bajo, en el cuadro 01 se identifica cada variable según nivel(38):



CUADRO N° 1: CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE SÍNDROME DE BURNOUT
SEGÚN PUNTUACIÓN POR DIMENSIONES.

NIVEL	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	0 a 18	0 a 5	0 a 33
Medio	19 a 26	6 a 9	34 a 39
Alto	27 a 54	10 a 30	40 a 48

Fuente: Elaboración propia.

3.6. Validez y confiabilidad de instrumentos

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA POR JUICIO DE EXPERTOS

Se ejecutó el juicio de expertos. Participaron 4 expertos a quienes se les confirió el modelo de ficha de recolección de datos y matriz de consistencia, hoja de preguntas; con la respectiva escala de evaluación. Los resultados de la calificación, se plasmaron de acuerdo a la tabla y fórmulas que se presenta a continuación:

TABLA DE PROCESAMIENTO DE CRITERIO DE EXPERTOS.

ÍTEM	EXPERTOS				TOTAL	PROMEDIO
	A	B	C	D		
1	5	4	3	3	15	3.75
2	5	5	4	1	15	3.75
3	5	4	3	1	13	3.25
4	5	5	2	1	13	3.25
5	5	4	4	1	14	3.5
6	5	4	3	2	14	3.5
7	5	5	2	3	15	3.75
8	5	4	2	2	13	3.25
9	5	5	4	3	17	4.25



1. Se hallaron los promedios, después se procedió a hallar la distancia de punto múltiple (DPP):

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (5 en la presente investigación).

y = El promedio de cada ítem.

REEMPLAZANDO:

$$DPP = \sqrt{(5 - 3.75)^2 + (5 - 3.75)^2 + (5 - 3.75)^2 + (5 - 3.75)^2 + (5 - 3.5)^2 + (5 - 3.5)^2 + (5 - 3.75)^2 + (5 - 3.25)^2 + (5 - 4.25)^2}$$

$$DPP = \sqrt{18.93}$$

$$DPP = 4.35$$

2. Se halló la distancia máxima (DMAX) del valor obtenido respecto al punto de referencia Cero (0):

$$Dmax = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).

Reemplazando:

$$DMAX = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$



$$D_{MAX} = \sqrt{144}$$

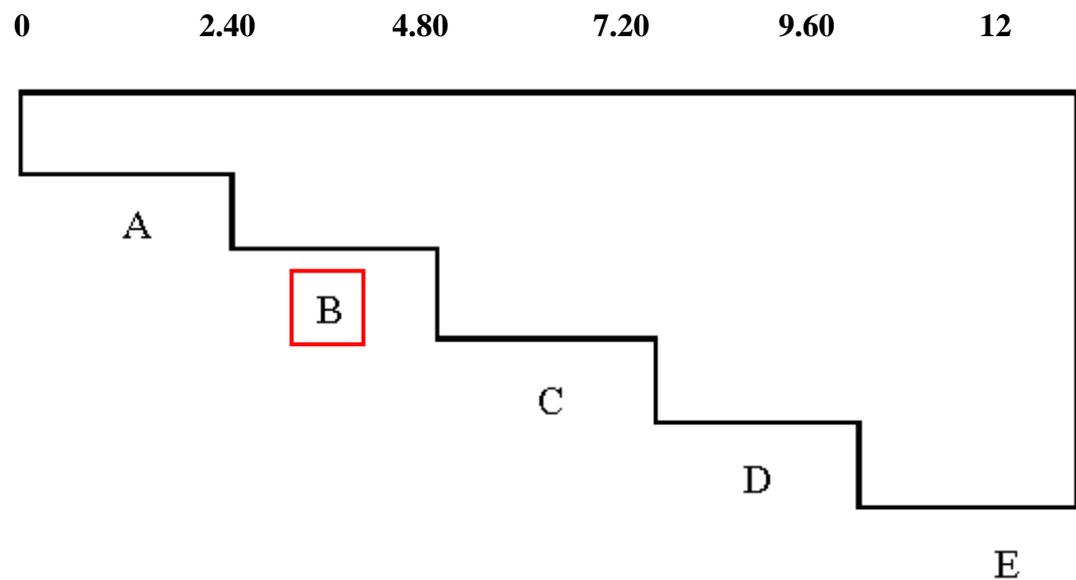
$$D_{MAX} = 12$$

La distancia máxima obtenida se divide entre el valor máximo de la escala:

$$D_{MAX} = \frac{12}{5}$$

$$D_{MAX} = 2.4$$

Con el valor obtenido de **2.4**, se creó una nueva escala valorativa a partir de la escala de 0, hasta llegar al valor D_{MAX} (12), y se obtuvo lo siguiente:



Donde:

A= Adecuación total.

B= Adecuación en gran medida.

C= Adecuación promedio.

D= Escasa adecuación.

E= Inadecuación.

En la escala creada, se dispuso la distancia del punto múltiple obtenida (DPP), siendo el valor de **DPP = 4.35**, que está ubicado en el intervalo B, indicando que el instrumento de investigación tiene “**Adecuación en gran medida**” al fenómeno que se desea investigar, y por tanto puede ser utilizada.



3.7. Plan de análisis de datos

Se elaboró una base de datos de la información recolectada en hojas de cálculo en el programa Microsoft Excel 2019, seguidamente se usará el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics V23.0. Para el análisis, se calculará la distribución de frecuencias y porcentaje de cada variable, prueba paramétrica Chi cuadrado y razón de probabilidades Odds ratio (OR), con un intervalo de confianza al 95% y nivel de significancia de $p < 0.05$



CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se procesó la información de 175 trabajadores de salud, determinando los siguientes resultados.

4.1. Resultados respecto al Objetivo General

TABLA N° 1. DATOS DE LAS VARIABLES DEL PERSONAL DE SALUD

Datos de variables	n	%
Edad		
25 a 59 años	139	79.4
60 a 64 años	20	11.4
Mayor igual a 65 años	16	9.1
Sexo		
Masculino	43	24.6
Femenino	132	75.4
Estado civil		
Soltero(a)	36	20.6
Casado(a)	92	52.6
Conviviente	44	25.1
Divorciado(a)	3	1.7
Religión		
Católica	167	95.4
Evangélica	3	1.7
Otros	5	2.9
Antecedente de familiar con COVID-19		
Si	144	82.3
No	31	17.7
Antecedente personal con COVID-19		
Si	45	25.7
No	130	74.3
Comorbilidad de salud mental		
Si	3	1.7
No	172	98.3
Comorbilidad física		
Si	27	15.4
No	148	84.6
Ejercicio físico		
Ninguno	80	45.7
1 vez por semana	66	37.7
Interdiario	19	10.9
Diario	10	5.7
Profesión		



Médico	36	20.6
Enfermero(a)	47	26.9
Obstetriz	18	10.3
Tecnólogo médico	4	2.3
Biólogo	9	5.1
Técnico(a) de enfermería	58	33.1
Nutricionista	3	1.7
Tipo de Contrato/régimen laboral		
CAS	81	46.3
Nombrado	94	53.7
Tiempo de servicio		
Desde la pandemia COVID-19	21	12.0
Antes de la pandemia COVID-19	154	88.0
Trabajo extra		
Si	17	9.7
No	158	90.3
Tiempo en llegar al hospital		
Menos de 20 minutos	165	94.3
Entre 20 a 40 minutos	9	5.1
Más de 60 minutos	1	.6
Ambiente laboral en el hospital		
Adecuado	149	85.1
Inadecuado	26	14.9
Equipo de protección personal		
Si	87	49.7
No	88	50.3
Equipamiento hospitalario		
Adecuado	84	48.0
Inadecuado	91	52.0
Ingreso económico mensual		
Menos de 1500 nuevos soles	40	22.9
Entre 1500 a 2500 nuevos soles	37	21.1
Entre 2500 a 3500 nuevos soles	27	15.4
Entre 3500 a 4500 nuevos soles	44	25.1
Más de 4500 nuevos soles	27	15.4
Percepción de Bono COVID-19		
Si	152	86.9
No	23	13.1
Satisfacción con la remuneración percibida		
Si	17	9.7
No	158	90.3
TOTAL	175	100

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 1. Nos muestra las frecuencias de las variables del total de encuestados, el 79.4% (n=139) tiene entre 25 a 59 años, el 75.4% (n=132) fueron mujeres, el 52.6%



(n=92) se encuentra casado(a) mientras que el 25.1% (n=44) son convivientes, el 95.4% (n=167) son católicos, el 82.3% (n=144) tienen antecedente de familiar con COVID-19, el 74.3% (n=130) no tiene antecedente personal con COVID-19, el 98.3% (n=172) no tiene comorbilidad de salud mental, el 84.6% (n=148) no tiene comorbilidad física, el 45.7% (n=80) no realiza ejercicio físico, el 33.1% (n=58) son técnicos(as) de enfermería, mientras que el 26.9% (n=47), 20.6% (n=36) son enfermeros(as) y médicos respectivamente, el 53.7% (n=94) son personal nombras, mientras que el 46.3% (n=81) tienen contrato/régimen laboral de tipo CAS, el 88% (n=152) labora en el hospital desde antes de la pandemia COVID-19, el 90.3% (n=158) no tiene un trabajo extra, el 94.3% (n=165) le toma menos de 20 minutos en al hospital, el 85.1% (n=149) percibe el ambiente laboral en el hospital como adecuado, el 50.3% (n=88) mencionan que no reciben oportunamente el equipo del protección personal, el 52% (n=91) percibe como inadecuado el equipamiento hospitalario, el 25.1% (n=44) y 22.9% (n=40) tiene un ingreso económico mensual de entre 3500 a 4500 y menos de 1500 nuevos soles respectivamente, el 86.9% (n=152) menciona que recibieron el bono COVID-19 y el 90.3% (n=158) no se siente satisfecho con la remuneración económica percibida.



CUADRO N° 2. RESUMEN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS DIMENSIONES.

	SINDROME DE BURNOUT	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
Edad	-	-	-	-
Sexo	-	P= 0.003; OR=3.007 IC95%(1.42 - 6.36)	-	-
Estado civil	-	-	-	-
Religión	-	-	P= 0.015; OR=5.29 IC95%(1.21 - 23.12)	-
Antecedente de familiar con COVID-19	-	P= 0.002; OR=3.83 IC95%(1.55 - 9.45)	P= 0.001; OR=3.56 IC95%(1.58 - 8.01)	P= 0.007; OR=2.94 IC95%(1.31 - 6.60)
Antecedente personal con COVID-19	-	-	-	-
Comorbilidad de salud mental	-	-	-	-
Comorbilidad física	-	-	P= 0.018; OR=5.119 IC95%(1.16 - 22.56)	-
Ejercicio físico	-	-	-	P= 0.025; OR=2.005 IC95%(1.08 - 3.70)
Profesión	-	-	P= 0.000; OR=0.3 IC95%(0.15- 0.62)	P= 0.026; OR=2.11 IC95%(1.09 - 4.1)
Tipo de Contrato/régimen laboral	P= 0.002; OR=8 IC95%(1.73 - 36.91)	P= 0.004; OR=2.452 IC95%(1.33 - 4.51)	-	P= 0.001; OR=2.817 IC95%(1.50 - 5.26)
Tiempo de servicio	-	-	-	-
Trabajo extra	-	-	-	-
Tiempo en llegar al hospital	-	-	-	-
Ambiente laboral	-	-	-	-
Equipo de protección personal	-	-	-	-
Equipamiento hospitalario	-	-	-	-
Ingreso económico mensual	P= 0.001; OR=8.862 IC95%(1.91 - 40.91)	P= 0.048; OR=1.83 IC95%(1.00 - 3.35)	-	P= 0.000; OR=3.273 IC95%(1.72 - 6.20)
Percepción de Bono COVID-19	-	-	-	-
Satisfacción con la remuneración percibida	-	P= 0.002; OR=7.89 IC95%(1.7 - 35.6)	P= 0.034; OR=2.907 IC95%(1.04 - 8.07)	-

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

El Cuadro N° 2. Nos indica, el resumen de los factores asociados (estadísticamente significativos, Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) al Síndrome de Burnout y sus dimensiones.



TABLA N° 2. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT.

Factores Asociados	Síndrome de Burnout				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Si		No				
	n	%	n	%			
Edad							
25 a 59 años	14	8.00	125	71.43	0.047	Indeterminado	
60 a 64 años	0	0	20	11.43			
Mayor igual a 65 años	0	0	16	9.14			
Sexo							
Masculino	1	0.57	42	24.00	0.114		
Femenino	13	7.43	119	68.00			
Estado civil							
Soltero(a)	2	1.14	34	19.43	0.453		
Casado(a)	6	3.43	86	49.14			
Conviviente	6	3.43	38	21.71			
Divorciado(a)	0	0.00	3	1.71			
Religión							
Católica	14	8.00	153	87.43	0.393		
Evangélica	0	0	3	1.71			
Otros	0	0	5	2.86			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 2. Nos indica, que las Variables no implicadas: Sexo, Estado Civil y Religión en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.114, 0.453 y 0.393 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la Variable Edad si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.047, pero, el OR es de resultado indeterminado.



TABLA N° 3. FACTORES PERSONALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT.

Factores Asociados	Síndrome de Burnout				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Si		No				
	n	%	n	%			
Antecedente de familiar con COVID-19							
Si	13	7.43	131	74.86	0.280		
No	1	0.57	30	17.14			
Antecedente personal con COVID-19							
Si	1	0.57	44	25.14	0.097		
No	13	7.43	117	66.86			
Comorbilidad de salud mental							
Si	1	0.57	2	1.14	0.103		
No	13	7.43	159	90.86			
Comorbilidad física							
Si	3	1.71	24	13.71	0.517		
No	11	6.29	137	78.29			
Ejercicio físico							
Ninguno	8	4.57	72	41.14	0.371		
1 vez por semana	4	2.29	62	35.43			
Interdiario	2	1.14	17	9.71			
Diario	0	0.00	10	5.71			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 3. Nos indica, que los Factores Personales: Antecedente de familiar con covid-19, antecedente personal de covid-19, comorbilidad de salud mental, comorbilidad física y ejercicio físico en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.280, 0.097, 0.103, 0.517 y 0.371 respectivamente ($P > 0.05$).



TABLA N° 4. FACTORES LABORALES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT.

Factores Asociados	Síndrome de Burnout				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Si		No				
	n	%	n	%			
Profesión							
Médico	0	0	36	20.57	0.046	2.96	0.98 - 8.98
Enfermero(a)	4	2.29	43	24.57			
Obstetriz	2	1.14	16	9.14			
Tecnólogo médico	0	0.00	4	2.29			
Biólogo	0	0.00	9	5.14			
Técnico(a) de enfermería	8	4.57	50	28.57			
Nutricionista	0	0.00	3	1.71			
Tipo de Contrato/régimen laboral							
CAS	12	6.86	69	39.43	0.002	8	1.734 - 36.914
Nombrado	2	1.14	92	52.57			
Tiempo de servicio							
Desde la pandemia COVID-19	3	1.71	18	10.29	0.258		
Antes de la pandemia COVID-19	11	6.29	143	81.71			
Trabajo extra							
Si	0	0	17	9.71	0.201		
No	14	8.00	144	82.29			
Tiempo en llegar al hospital							
Menos de 20 minutos	13	7.43	152	86.86	0.81		
Entre 20 a 40 minutos	1	0.57	8	4.57			
Más de 60 minutos	0	0	1	0.57			
Ambiente laboral en el hospital							
Adecuado	13	7.43	136	77.71	0.397		
Inadecuado	1	0.57	25	14.29			
Equipo de protección personal							
Si	9	5.14	78	44.57	0.256		
No	5	2.86	83	47.43			
Equipamiento hospitalario							
Adecuado	10	5.71	74	42.29	0.067		
Inadecuado	4	2.29	87	49.71			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 4. Nos indica, que los Factores Laborales: Tiempo de servicio, trabajo extra, tiempo en llegar al hospital, ambiente laboral, equipo de protección personal y equipamiento hospitalario en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.258, 0.201, 0.810,



0.397, 0.256 y 0.067 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio las variables: Profesión y tipo de contrato/régimen laboral si muestran asociación con un valor de Significancia (P) de 0.011 y 0.002 respectivamente.

TABLA N° 4.1. RELACIÓN DE PROFESIÓN Y SINDROME DE BURNOUT.

		Síndrome de Burnout				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Profesión	Técnico(a) de enfermería	8	57.14%	50	31.06%	58	33.14%
	Otros	6	42.86%	111	68.94%	117	68.86%
Total		14	100.0%	161	100.0%	175	100.0%

$P = 0.046$

OR = 2.896

IC 95% (0.98 – 8.98)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En la Tabla N° 4.1. Respecto a la variable Profesión se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.046 ($P < 0.05$), además un valor OR = 2.896, siendo inferior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (0.98 – 8.98). Concluimos que el intervalo de confianza no puede tener valores extremos por encima y debajo a la unidad, por lo cual no hay asociación.

TABLA N° 4.2. RELACIÓN DE TIPO DE CONTRATO/RÉGIMEN LABORAL Y SINDROME DE BURNOUT.

		Síndrome de Burnout				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Contrato/régimen laboral	CAS	12	85.7%	69	42.9%	81	46.3%
	Nombrado	2	14.3%	92	57.1%	94	53.7%
Total		14	100.0%	161	100.0%	175	100.0%

$P = 0.002$

OR = 8.00

IC 95% (1.732 - 36.914)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.



La Tabla N° 4.2. Respecto a la variable Contrato/régimen laboral se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.002 ($P < 0.05$), además un valor OR = 8.00, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.732 – 36.914). Concluimos que la variable Contrato/régimen laboral de tipo CAS incrementa en 8 veces más el riesgo de presentar Síndrome de Burnout en la población estudiada.

TABLA N° 5. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT.

Factores Asociados	Síndrome de Burnout				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Si		No				
	n	%	n	%			
Ingreso económico mensual							
Menos de 1500 nuevos soles	7	4.00	33	18.86			
Entre 1500 a 2500 nuevos soles	5	2.86	32	18.29			
Entre 2500 a 3500 nuevos soles	0	0	27	15.43	0.001	8.862	1.919 - 40.912
Entre 3500 a 4500 nuevos soles	2	1.14	42	24.00			
Más de 4500 nuevos soles	0	0.00	27	15.43			
Percepción de Bono COVID-19							
Si	12	6.86	140	80.00	0.895		
No	2	1.14	21	12.00			
Satisfacción con la remuneración percibida							
Si	0	0	17	9.71	0.201		
No	14	8.00	144	82.29			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 5. Nos indica, que los Factores socioeconómicos: Percepción de bono COVID-19, satisfacción con la remuneración percibida en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.895 y 0.201 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la variable Ingreso económico mensual si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.001.



TABLA N° 5.1. RELACIÓN DE INGRESO ECONÓMICO MENSUAL Y SINDROME DE BURNOUT.

		Síndrome de Burnout				Total	
		Si		No			
		n	%	n	%	n	%
Ingreso económico mensual	Menos de 2500 nuevos soles	12	85.7%	65	40.4%	77	44.0%
	Más de 2500 nuevos soles	2	14.3%	96	59.6%	98	56.0%
Total		14	100.0%	161	100.0%	175	100.0%

P = 0.001

OR = 8.862

IC 95% (1.919 - 40.912)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

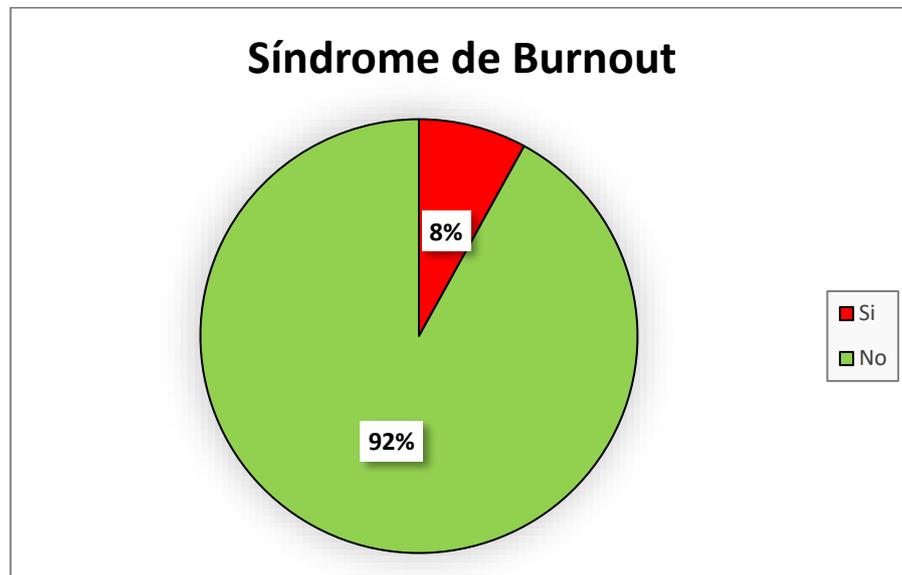
La Tabla N° 5.1. Respecto a la variable Ingreso económico mensual se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.001 ($P < 0.05$), además un valor OR = 8.862, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.919 – 40.912). Concluimos que tener un Ingreso económico mensual de menos de 2500 nuevos soles incrementa en 8.86 veces más el riesgo de presentar Síndrome de Burnout en la población estudiada.



4.2. Resultados respecto a los Objetivos Específicos

Objetivo Específico N° 1:

GRÁFICO N° 1. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

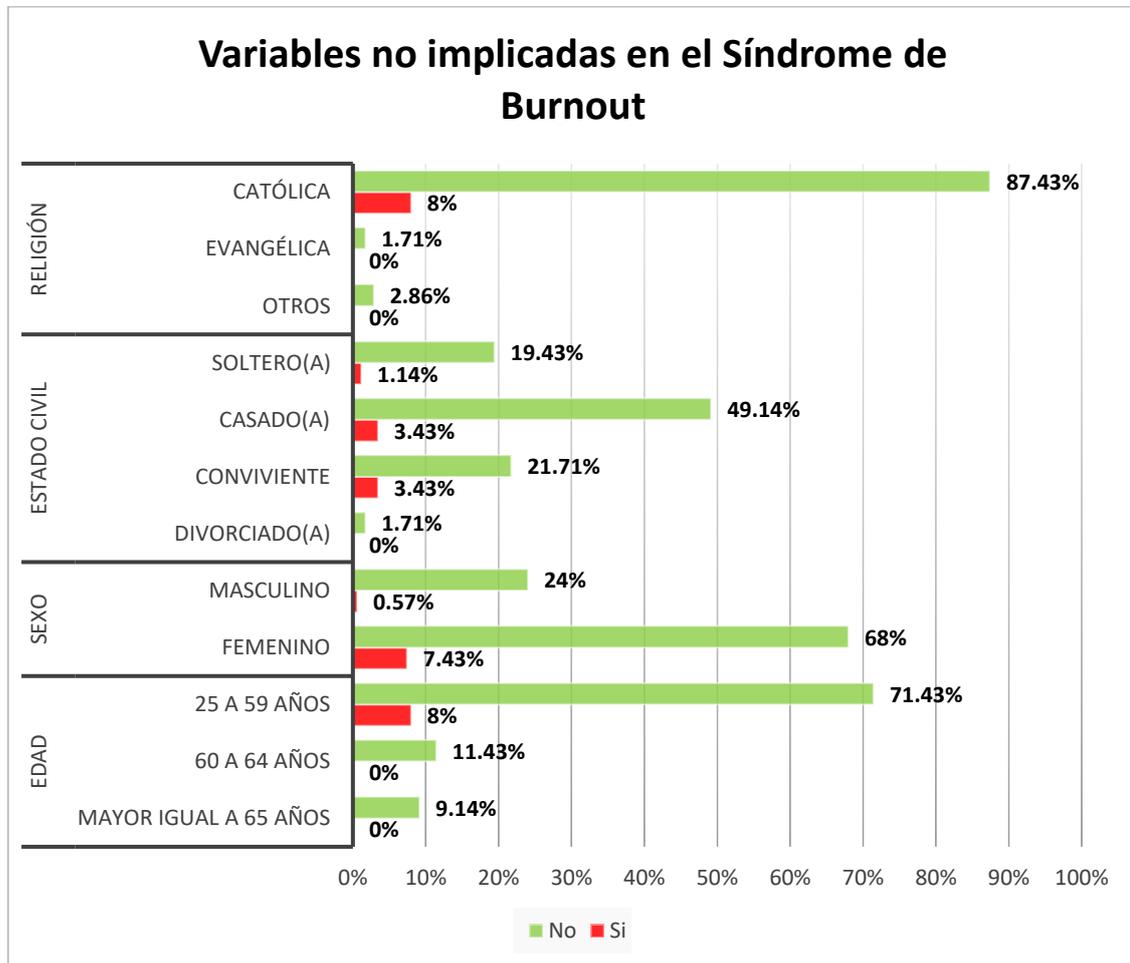


Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 1. Respecto a la Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal de Salud se objetiva que, el 92% (n=161) no padece Síndrome de Burnout, mientras que el 8% (n=14) si lo padece.



GRÁFICO N° 2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES NO IMPLICADAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.



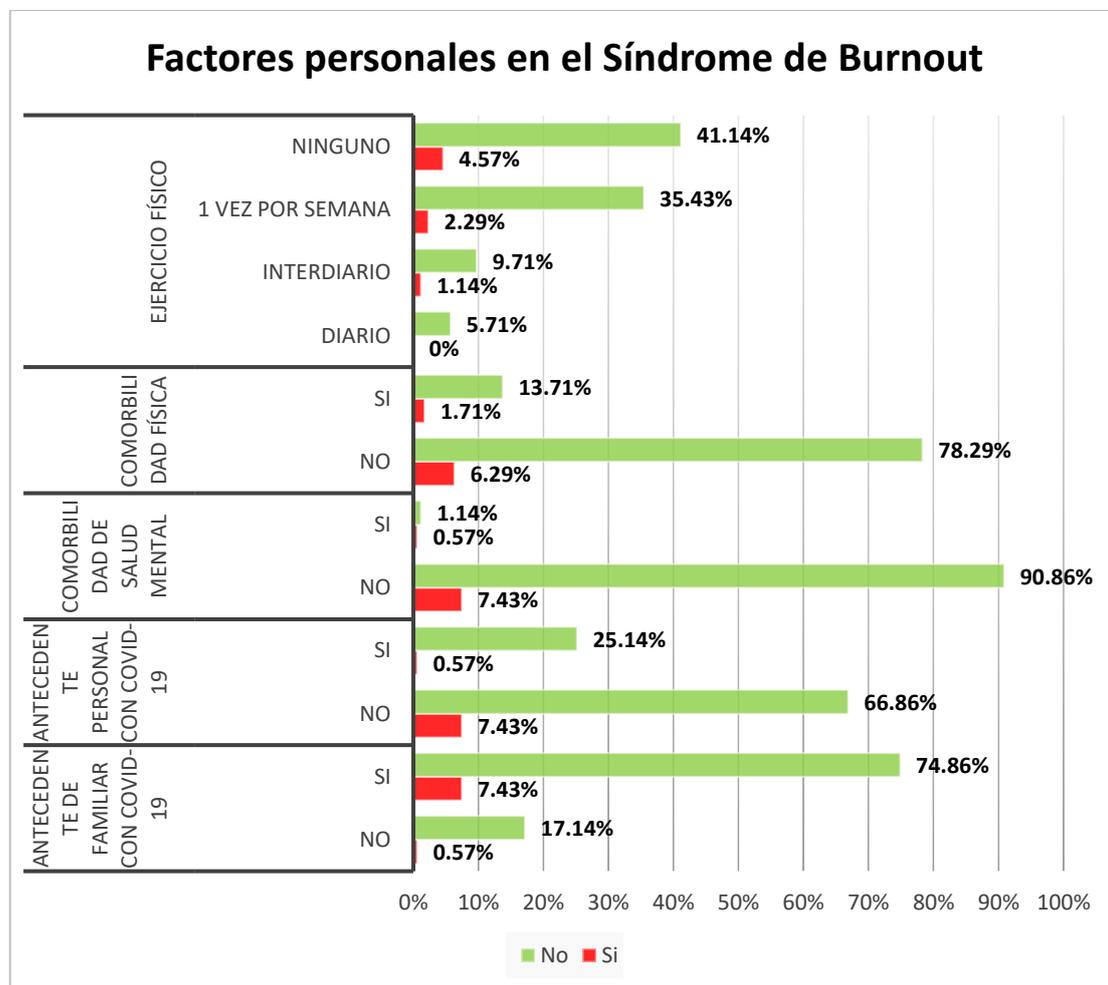
Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

El Gráfico N° 2. Respecto a las Variables no implicadas en el Síndrome de Burnout se tiene que: El Rango de Edad que padece Síndrome de Burnout fue de 25 a 59 años con 8% (n=14), el 71.43% (n=125) de la misma, 11.43% (n=20) de 60 a 64 años y el 9.14% (n=16) de mayor o igual a 65 años no lo padecen. En la variable sexo se puede apreciar que el 7.43% (n=13) del sexo femenino padecen Síndrome de Burnout, en segundo lugar, el masculino con 0.57% (n=1), así mismo el 68% (n=119) y 24% (n=42) respectivamente no lo padecen. En la variable Estado civil, los Casados(as) y Convivientes padecen Síndrome de Burnout en 3.43% (n=6), en segundo lugar, los Solteros(as) con 1.14% (n=2), así mismo los que no padecen Síndrome de Burnout en orden de frecuencia son



los casados(as) con 49.14% (n=86), Divorciados con 21.71% (n=38), Solteros(as) con 19.43% (n=34) y Divorciados con 1.71% (n=3) La religión que padece Síndrome de Burnout es la católica con 8% (n=14), siendo la única, mientras que el 87.43% (n=153) de la misma, el 1.71% (n=3) de Evangélicos y el 2.86% (n=5) de otras religiones no lo padecen.

GRÁFICO N° 3. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES PERSONALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.



Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

El Gráfico N° 3. Respecto a los Factores Personales en el Síndrome de Burnout se tiene que: El 7.43% (n=13) de los que tienen Antecedente de familiar por COVID-19 padecen Síndrome de Burnout, el 74.86% (n=131) no lo padecen, así mismo el 0.57% (n=1) de



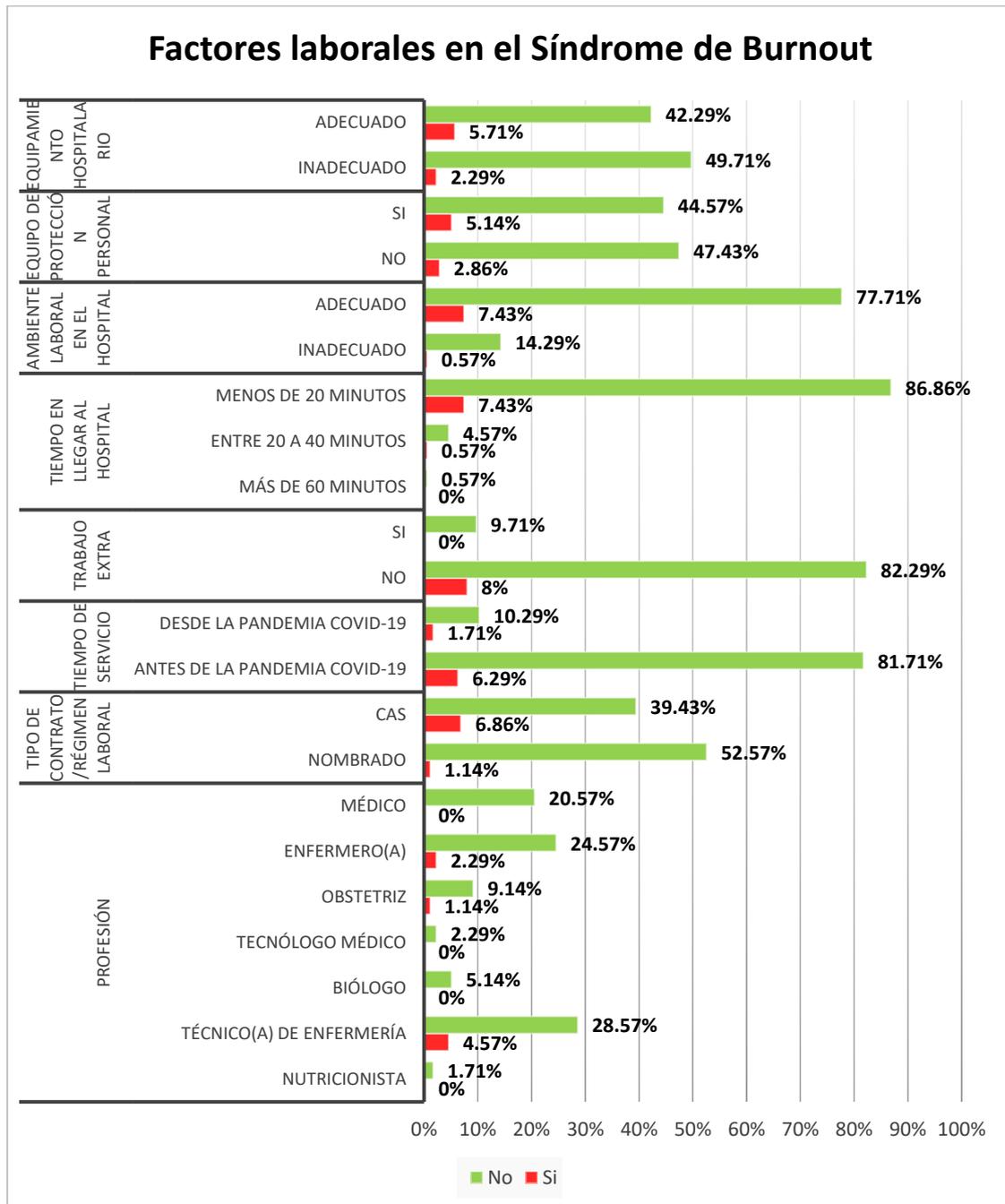
los que no tienen Antecedente de familiar por COVID-19 padecen Síndrome de Burnout y el 17.14% (n=30) no lo padecen. El 7.43% (n=13) de los que no tienen Antecedente personal con COVID-19 padecen Síndrome de Burnout y el 66.86% (n=117) no lo padecen, así mismo el 0.57% (n=1) de los que tienen Antecedente personal con COVID-19 padecen Síndrome de Burnout y el 25.14% (n=44) no lo padecen.

El 7.43% (n=13) de los que no tienen Comorbilidad de salud mental padecen Síndrome de Burnout y el 90.86% (n=159) no lo padecen, así mismo el 0.57% (n=1) de los que tienen Comorbilidad de salud mental padecen Síndrome de Burnout, el 1.14% (n=2) no lo padecen. El 6.29% (n=11) de los que no tienen Comorbilidad física padecen Síndrome de Burnout y el 78.29% (n=137) no lo padecen, así mismo 1.71% (n=3) de los que tienen Comorbilidad física padecen Síndrome de Burnout, el 13.71% (n=24) no lo padecen.

En la variable Ejercicio Físico, los que no realizan ejercicio físico padecen Síndrome de Burnout en 4.57% (n=8), en segundo lugar, los que realizan 1 vez por semana con 2.29% (n=4) y tercer lugar Interdiario con 1.14% (n=2), así mismo los que no padecen Síndrome de Burnout en orden de frecuencia son los ítems Ninguno con 41.14% (n=72), 1 vez por semana con 35.43% (n=62), Interdiario con 9.71% (n=17) y Diario con 5.71% (n=10).



GRÁFICO N° 4. DESCRIPCIÓN DE FACTORES LABORALES EN EL SÍNDROME DE BURNOUT.



Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

El Gráfico N° 4. Respecto a los Factores Laborales en el Síndrome de Burnout se tiene que: Las profesiones que presentaron Síndrome de Burnout en orden de frecuencia son: Técnico(a) de Enfermería con 4.57% (n=8), Enfermero(a) con 2.29% (n=4) y Obstetrix con 1.14% (n=2), así mismo las profesiones que no padecen Síndrome de Burnout en su



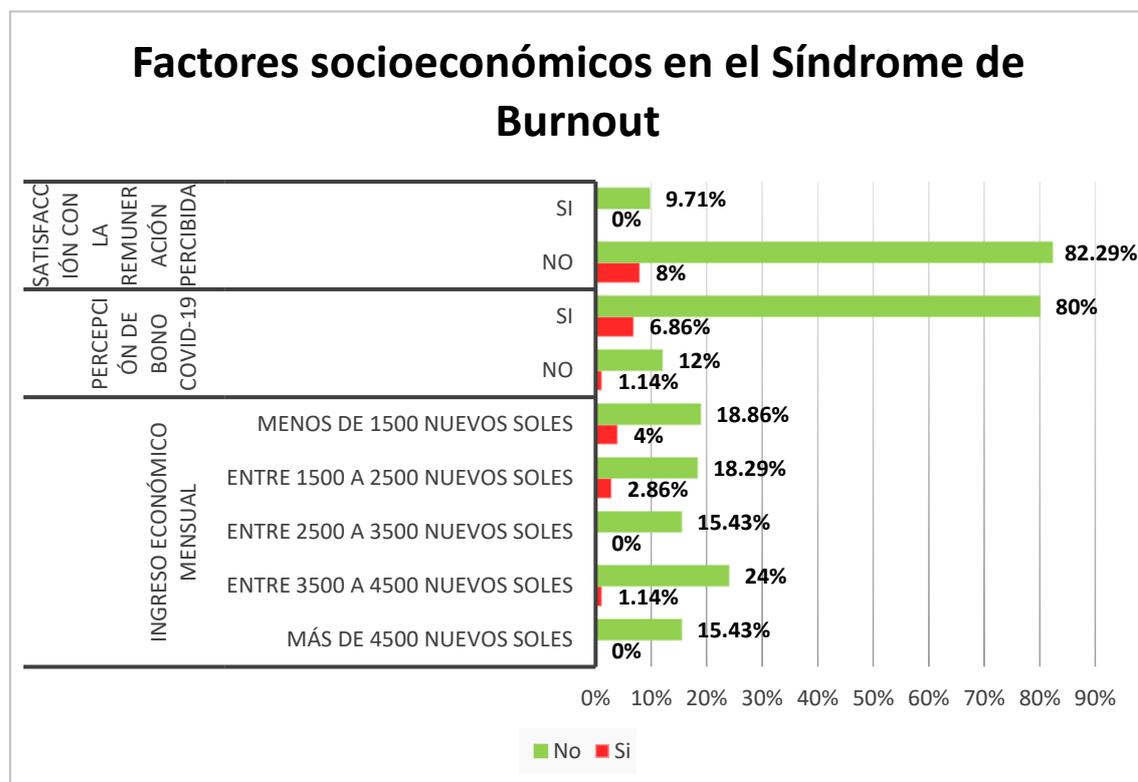
totalidad de participación son los Médicos con 20.57% (n=36), Biólogos con 5.14% (n=9), Tecnólogos médicos con 2.29% (n=3) y Nutricionistas con 1.71% (n=3).

En la variable Tipo de Contrato/régimen laboral, los que están sujetos a CAS padecen Síndrome de Burnout en 6.86% (n=12), mientras que los Nombrados el 1.14% (n=2), así mismo no padecen Síndrome de Burnout el 39.43% (n=69) y 52.57% (n=92) respectivamente. Los que laboran en el Hospital desde Antes de la pandemia COVID-19 padecen Síndrome de Burnout en 6.29% (n=11) y los que laboran desde la pandemia COVID-19 tienen un 1.71% (n=3), así mismo no padecen Síndrome de Burnout un 81.71% (n=143) y 10.29% (n=18) respectivamente. El Personal de salud que no tiene un trabajo extra padece Síndrome de Burnout en 8% (n=14), así mismo el 82.29% (n=144) de los antes mencionados y el 9.71% (n=17) de los que si tienen un trabajo extra no lo padecen. El Personal de salud que le toma menos de 20 minutos llegar al Hospital padece Síndrome de Burnout en 7.43% (n=13) y al que le toma entre 20 a 40 minutos en 0.57% (n=1), mientras que el 86.86% (n=152) y 4.57% (n=8) respectivamente, no lo padecen.

Los que perciben un Adecuado ambiente laboral presentan Síndrome de Burnout en 7.43% (n=13) y los que no un 0.57% (n=1), en cambio el 77.71% (n=136) y 14.29% (n=25) respectivamente no padecen Síndrome de Burnout. Los que reciben oportunamente el Equipo de protección personal presentan Síndrome de Burnout en 5.14% (n=9), también los que no reciben oportunamente en 2.86% (n=5), además el 44.57% (n=78) y 47.43% (n=83) no lo presentan. Los que consideran Adecuado el equipamiento hospitalario padecen Síndrome de Burnout en 5.71% (n=10) y los que lo consideran como inadecuado en 2.29% (n=4), en cambio el 42.29% (n=74) y 49.71% (n=87) no lo padecen.



GRÁFICO N° 5. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT



Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

El Gráfico N° 5. Respecto a los Factores Socioeconómicos en el Síndrome de Burnout se tiene que: El Síndrome de Burnout se presentó en el personal de salud que tiene un ingreso económico mensual de menos de 1500 nuevos soles en 4% (n=7), entre 1500 a 2500 nuevos soles en 2.86% (n=5) y 3500 a 4500 nuevos soles en 1.14% (n=2), así mismo las profesiones que no padecen Síndrome de Burnout en su totalidad de participación son los que tiene un ingreso de entre 2500 a 3500 nuevos soles en 15.43% (n=27) y más de 4500 nuevos soles en 15.43% (n=27).

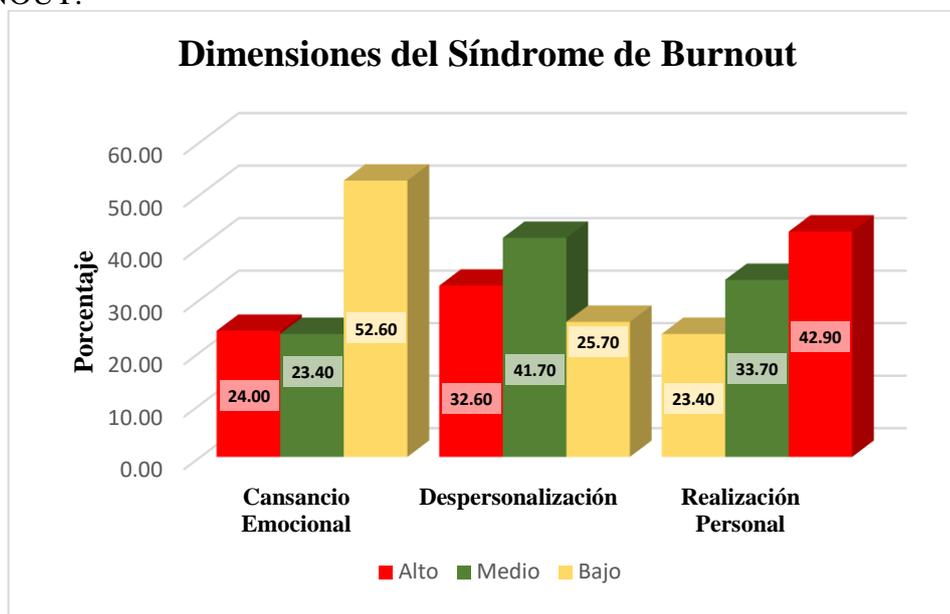
Los que recibieron el bono COVID-19 presentan Síndrome de Burnout en 6.86% (n=12) y los que no lo recibieron en 1.14% (n=2), así mismo no padecen Síndrome de Burnout un 80% (n=140) y 12% (n=21) respectivamente.



El Personal de salud que no se siente satisfecho con la remuneración percibida padece Síndrome de Burnout en 8% (n=14) siendo el total de los casos, el 82.29% (n=144) del grupo mencionado anteriormente y el 9.71 (n=17) de los que si se sienten satisfechos no lo padecen.

Objetivo Específico N° 2:

GRÁFICO N° 6. PREVALENCIA DE DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.



Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

El Gráfico N° 6. Respecto a la Prevalencia de las Dimensiones del Síndrome de Burnout en Personal de Salud estudiado se tiene: La dimensión Cansancio emocional tiene un 52.6% (n=92) de nivel bajo, seguido de un 24% (n=42) nivel alto y 23.4% (n=41) de nivel bajo. La dimensión Despersonalización tiene un 41.7% (n=73) de nivel medio, seguido de un 32.6% (n=57) nivel alto y 25.7% (n=45) de nivel bajo. La dimensión Realización personal tiene un 42.9% (n=75) de nivel alto, seguido de un 33.7% (n=59) nivel medio y 23.4% (n=41) de nivel bajo.



Objetivo Específico N° 3:

TABLA N° 6. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL

Factores Asociados	Cansancio Emocional				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	n	%	n	%			
Edad							
25 a 59 años	71	85.50	68	73.90	0.057		
Otros	12	14.50	24	26.10			
Sexo							
Femenino	71	40.57	61	34.86	0.003	3.007	1.422 - 6.360
Masculino	12	6.86	31	17.71			
Estado civil							
Soltero(a). Divorciado(a)	14	8.00	25	14.29	0.102		
Casado(a). Conviviente	69	39.43	67	38.29			
Religión							
Católica	80	45.71	87	49.71	0.565		
Otros	3	1.71	5	2.86			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 6. Nos indica, que las Variables no implicadas: Edad, Estado Civil y Religión en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.057, 0.102 y 0.565 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la variable Sexo si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.003.

TABLA N° 6.1. RELACIÓN DE SEXO Y CANSANCIO EMOCIONAL

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		n	%	n	%	N	%
Sexo	Femenino	71	85.5%	61	66.3%	132	75.4%
	Masculino	12	14.5%	31	33.7%	43	24.6%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

$P = 0.003$ $OR = 3.007$ $IC\ 95\% (1.422 - 6.360)$

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.



La Tabla N° 6.1. Respecto a la variable Sexo se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.003 ($P < 0.05$), además un valor OR = 3.007, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.422 – 6.360). Concluimos que ser del sexo Femenino incrementa en 3 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.

TABLA N° 7. FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A CANSANCIO EMOCIONAL

Factores Asociados	Cansancio Emocional				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	n	%	n	%			
Antecedente de familiar con COVID-19							
Si	76	43.43	68	38.86	0.002	3.832	1.553 - 9.456
No	7	4.00	24	13.71			
Antecedente personal con COVID-19							
Si	65	37.14	65	37.14	0.247		
No	18	10.29	27	15.43			
Comorbilidad de salud mental							
Si	2	1.14	1	0.57	0.501		
No	81	46.29	91	52.00			
Comorbilidad física							
Si	13	7.43	14	8.00	0.935		
No	70	40.00	78	44.57			
Ejercicio físico							
Ninguno	44	25.14	36	20.57	0.066		
1 vez por semana. Interdiario.	39	22.29	56	32.00			
Diario							
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 7. Nos indica, que los Factores Personales: Antecedente personal de covid-19, comorbilidad de salud mental, comorbilidad física y ejercicio físico en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.247, 0.501, 0.935 y 0.066 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio



la variable Antecedente de familiar con covid-19 si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.002.

TABLA N° 7.1. RELACIÓN DE ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19 Y CANSANCIO EMOCIONAL

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		n	%	n	%	N	%
Antecedente de familiar con COVID-19	Si	76	91.6%	68	73.9%	144	82.3%
	No	7	8.4%	24	26.1%	31	17.7%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

P = 0.002

OR = 3.832

IC 95% (1.553 - 9.456)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 7.1. Respecto a la variable Antecedente de familiar con COVID-19 se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.002 ($P < 0.05$), además un valor OR = 3.832, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.553 – 9.456). Concluimos que tener un familiar con antecedente de COVID-19 incrementa en 3.83 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.



TABLA N° 8. FACTORES LABORALES ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL

Factores Asociados	Cansancio Emocional				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	n	%	n	%			
Profesión							
Técnico(a) de enfermería.	30	17.14	28	16.00	0.423		
Otros.	53	30.29	64	36.57			
Tipo de Contrato/régimen laboral							
CAS	48	27.43	33	18.86	0.004	2.452	1.333 - 4.510
Nombrado	35	20.00	59	33.71			
Tiempo de servicio							
Desde la pandemia COVID-19	71	40.57	83	47.43	0.342		
Antes de la pandemia COVID-19	12	6.86	9	5.14			
Trabajo extra							
No	77	44.00	81	46.29	0.292		
Si	6	3.43	11	6.29			
Tiempo en llegar al hospital							
Entre 20 a 40 minutos. Más de 60 minutos	4	2.29	6	3.43	0.628		
Menos de 20 minutos	79	45.14	86	49.14			
Ambiente laboral en el hospital							
Inadecuado	7	4.00	19	10.86	0.023	0.354	0.140 - 0.892
Adecuado	76	43.43	73	41.71			
Equipo de protección personal							
No	44	25.14	44	25.14	0.493		
Si	39	22.29	48	27.43			
Equipamiento hospitalario							
Inadecuado	35	20.00	56	32.00	0.013	0.469	0.256 - 0.858
Adecuado	48	27.43	36	20.57			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 8. Nos indica, que los Factores Laborales: Profesión, tiempo de servicio, trabajo extra, tiempo en llegar al hospital y equipo de protección personal en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.423, 0.342, 0.292, 0.628 y 0.493 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio las variables: Tipo de contrato/régimen laboral, ambiente laboral y equipamiento



hospitalario si muestran asociación con un valor de Significancia (P) de 0.004, 0.023 y 0.013 respectivamente.

TABLA N° 8.1. RELACIÓN DE TIPO DE CONTRATO/RÉGIMEN LABORAL Y CANSANCIO EMOCIONAL.

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Tipo Contrato/régimen laboral	CAS	48	57.8%	33	35.9%	81	46.3%
	Nombrado	35	42.2%	59	64.1%	94	53.7%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

P = 0.004 OR = 2.452 IC 95% (1.333 - 4.510)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 8.1. Respecto a la variable Contrato/régimen laboral se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.004 ($P < 0.05$), además un valor $OR = 2.45$, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.333 – 4.510). Concluimos que la variable Contrato/régimen laboral de tipo CAS incrementa en 2.5 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.

TABLA N° 8.2. RELACIÓN DE AMBIENTE LABORAL Y CANSANCIO EMOCIONAL.

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Ambiente laboral	Adecuado	7	8.4%	19	20.7%	26	14.9%
	Inadecuado	76	91.6%	73	79.3%	149	85.1%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

P = 0.023 OR = 0.354 IC 95% (0.140 - 0.892)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.



La Tabla N° 8.2. Respecto a la variable Ambiente laboral se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.023 ($P < 0.05$), además un valor OR = 0.35, siendo inferior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (0.140 – 0.892). Concluimos que en el Personal de salud que considera inadecuado el Ambiente laboral, el riesgo de tener nivel alto-medio se reduce en 65% en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.

TABLA N° 8.3. RELACIÓN DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO Y CANSANCIO EMOCIONAL.

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Equipamiento hospitalario	Inadecuado	35	42.2%	56	60.9%	91	52.0%
	Adecuado	48	57.8%	36	39.1%	84	48.0%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

$P = 0.013$ $OR = 0.469$ $IC\ 95\% (0.256 - 0.858)$

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 8.3. Respecto a la variable Equipamiento hospitalario se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.013 ($P < 0.05$), además un valor OR = 0.46, siendo inferior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (0.256 – 0.858). Concluimos que en el Personal de salud que considera inadecuado el Equipamiento Hospitalario, el riesgo de tener nivel alto-medio se reduce en 54% en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.



TABLA N° 9. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADAS A CANSANCIO EMOCIONAL

Factores Asociados	Cansancio Emocional				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	n	%	n	%			
Ingreso económico mensual							
Menos de 2500 nuevos soles	43	24.57	34	19.43	0.048	1.834	1.003 - 3.354
Más de 2500 nuevos soles	40	22.86	58	33.14			
Percepción de Bono COVID-19							
No	12	6.86	11	6.29	0.625		
Si	71	40.57	81	46.29			
Satisfacción con la remuneración percibida							
No	81	46.29	77	44.00	0.002	7.890	1.746 - 35.644
Si	2	1.14	15	8.57			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 9. Nos indica, que los Factores socioeconómicos: Percepción de bono COVID-19 en la prueba Chi cuadrado no reveló asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia (P) de 0.625 ($P > 0.05$), en cambio las variables: Ingreso económico mensual, percepción de bono COVID-19 y satisfacción con la remuneración percibida si muestran asociación con un valor de Significancia (P) de 0.048 y 0.002 respectivamente.

TABLA N° 9.1. RELACIÓN DE INGRESO ECONÓMICO MENSUAL Y CANSANCIO EMOCIONAL.

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo		n	%
		N	%	n	%		
Ingreso económico mensual	Menos de 2500 nuevos soles	43	51.8%	34	37.0%	77	44.0%
	Más de 2500 nuevos soles	40	48.2%	58	63.0%	98	56.0%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

P = 0.048 OR = 1.834 IC 95% (1.003 - 3.354)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.



La Tabla N° 8.9. Respecto a la variable Ingreso económico mensual se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.048 ($P < 0.05$), además un valor OR = 1.83, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.003 – 3.354). Concluimos que tener un Ingreso económico mensual de menos de 2500 nuevos soles incrementa en 1.83 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.

TABLA N° 9.2. RELACIÓN DE SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN PERCIBIDA Y CANSANCIO EMOCIONAL.

		Cansancio Emocional				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Satisfacción con la remuneración percibida	No	81	97.6%	77	83.7%	158	90.3%
	Si	2	2.4%	15	16.3%	17	9.7%
Total		83	100.0%	92	100.0%	175	100.0%

P = 0.002 OR = 7.890 IC 95% (1.746 - 35.644)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 9.2. Respecto a la variable Satisfacción con la remuneración percibida se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.002 ($P < 0.05$), además un valor OR = 7.890, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.746 – 35.644). Concluimos que no estar satisfecho con la remuneración percibida incrementa en 7.8 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Cansancio emocional de la población estudiada.



Objetivo Específico N° 4:

TABLA N° 10. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN

Factores Asociados	Despersonalización				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	N	%	n	%			
Edad							
25 a 59 años	106	60.57	33	18.86	0.241		
Otros	24	13.71	12	6.86			
Sexo							
Femenino	100	57.14	32	18.29	0.435		
Masculino	30	17.14	13	7.43			
Estado civil							
Soltero(a). Divorciado(a)	25	14.29	14	8.00	0.099		
Casado(a). Conviviente	105	60.00	31	17.71			
Religión							
Católica	127	72.57	40	22.86	0.015	5.292	1.211 - 23.126
Otros	3	1.71	5	2.86			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 10. Nos indica, que las Variables no implicadas: Edad, sexo y estado civil en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.241, 0.435 y 0.099 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la variable Religión si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.015.

TABLA N° 10.1. RELACIÓN DE RELIGIÓN Y DESPERSONALIZACIÓN

		Despersonalización				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Religión	Católico	127	97.7%	40	88.9%	167	95.4%
	Otras religiones	3	2.3%	5	11.1%	8	4.6%
Total		130	100.0%	45	100.0%	175	100.0%

P = 0.015 OR = 5.292 IC 95% (1.211 - 23.126)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.



La Tabla N° 10.1. Respecto a la variable Religión se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.015 ($P < 0.05$), además un valor OR = 5.29, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.211 – 23.126). Concluimos tener la Religión Católica incrementa en 5.9 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Despersonalización de la población estudiada.

TABLA N° 11. FACTORES PERSONALES ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN

Factores Asociados	Despersonalización				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	N	%	n	%			
Antecedente de familiar con COVID-19							
Si	114	65.14	30	17.14	0.001	3.563	1.583 - 8.017
No	16	9.14	15	8.57			
Antecedente personal con COVID-19							
No	99	56.57	31	17.71	0.337		
Si	31	17.71	14	8.00			
Comorbilidad de salud mental							
Si	2	1.14	1	0.57	0.761		
No	128	73.14	44	25.14			
Comorbilidad física							
Si	25	14.29	2	1.14	0.018	5.119	1.161 - 22.563
No	105	60.00	43	24.57			
Ejercicio físico							
Ninguno	60	34.29	20	11.43	0.843		
1 vez por semana. Interdiario. Diario	70	40.00	25	14.29			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 11. Nos indica, que los Factores Personales: Antecedente personal de covid-19, comorbilidad de salud mental y ejercicio físico en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.337, 0.761 y 0.843 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la variable Antecedente de familiar con



covid-19 y comorbilidad física si muestran asociación con un valor de Significancia (P) de 0.001 y 0.018 respectivamente.

TABLA N° 11.1. RELACIÓN DE ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19 Y DESPERSONALIZACIÓN

		Despersonalización				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Antecedente de familiar con COVID-19	Si	114	87.7%	30	66.7%	144	82.3%
	No	16	12.3%	15	33.3%	31	17.7%
Total		130	100.0%	45	100.0%	175	100.0%

P = 0.001

OR = 3.563

IC 95% (1.583 - 8.017)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 11.1. Respecto a la variable Antecedente de familiar con COVID-19 se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.001 ($P < 0.05$), además un valor OR = 3.563, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.583 – 8.017). Concluimos que tener un familiar con antecedente de COVID-19 incrementa en 3.56 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Despersonalización de la población estudiada.



TABLA N° 11.2. RELACIÓN DE COMORBILIDAD FÍSICA Y DESPERSONALIZACIÓN

		Despersonalización				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Comorbilidad física	Si	25	19.2%	2	4.4%	27	15.4%
	No	105	80.8%	43	95.6%	148	84.6%
Total		130	100.0%	45	100.0%	175	100.0%

P = 0.018

OR = 5.119

IC 95% (1.161 - 22.563)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 11.2. Respecto a la variable Comorbilidad física se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.018 ($P < 0.05$), además un valor OR = 5.11, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.161 – 22.563). Concluimos que tener una Comorbilidad física incrementa en 5.1 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Despersonalización de la población estudiada.



TABLA N° 12. FACTORES LABORALES ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN

Factores Asociados	Despersonalización				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	N	%	n	%			
Profesión							
Técnico(a) de enfermería.	27	15.43	21	12.00	0.000	0.3	0.15 – 0.62
Otros	103	58.86	24	13.71			
Tipo de Contrato/régimen laboral							
CAS	62	35.43	19	10.86	0.526		
Nombrado	68	38.86	26	14.86			
Tiempo de servicio							
Desde la pandemia COVID-19	114	65.14	40	22.86	0.831		
Antes de la pandemia COVID-19	16	9.14	5	2.86			
Trabajo extra							
No	119	68.00	39	22.29	0.342		
Si	11	6.29	6	3.43			
Tiempo en llegar al hospital							
Entre 20 a 40 minutos. Más de 60 minutos	6	3.43	4	2.29	0.287		
Menos de 20 minutos	124	70.86	41	23.43			
Ambiente laboral en el hospital							
Inadecuado	23	13.14	3	1.71	0.073		
Adecuado	107	61.14	42	24.00			
Equipo de protección personal							
No	63	36.00	25	14.29	0.412		
Si	67	38.29	20	11.43			
Equipamiento hospitalario							
Inadecuado	64	36.57	27	15.43	0.213		
Adecuado	66	37.71	18	10.29			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 12. Nos indica, que los Factores Laborales: Tipo de contrato/régimen laboral, tiempo de servicio, trabajo extra, tiempo en llegar al hospital, ambiente laboral, equipo de protección personal y equipamiento hospitalario en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.526, 0.831, 0.342, 0.287, 0.073, 0.412 y 0.213 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio las variable Profesión si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.000.



TABLA N° 12.1. RELACIÓN DE PROFESIÓN Y DESPERSONALIZACIÓN.

		Despersonalización				Total	
		Alto. Medio		Bajo			
		N	%	n	%	n	%
Profesión	Técnico(a) de enfermería	27	20.77%	21	46.67%	48	27.43%
	Otros	103	79.23%	24	53.33%	127	72.57%
Total		130	100.0%	45	100.0%	175	100.0%

$P = 0.000$ $OR = 0.3$ $IC\ 95\% (0.15 - 0.62)$

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 12.1. Respecto a la variable Profesión se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.000 ($P < 0.05$), además un valor $OR = 0.3$, siendo inferior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (0.15 – 0.62). Concluimos que el Personal de salud que tiene como profesión Técnico(a) de enfermería, el riesgo de tener nivel alto-medio se reduce en 70% en la dimensión Realización personal de la población estudiada.



TABLA N° 13. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADAS A DESPERSONALIZACIÓN

Factores Asociados	Despersonalización				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Alto. Medio		Bajo				
	N	%	n	%			
Ingreso económico mensual							
Menos de 2500 nuevos soles	52	29.71	25	14.29	0.070		
Más de 2500 nuevos soles	78	44.57	20	11.43			
Percepción de Bono COVID-19							
No	16	9.14	7	4.00	0.578		
Si	114	65.14	38	21.71			
Satisfacción con la remuneración percibida							
No	121	69.14	37	21.14	0.034	2.907	1.047 - 8.070
Si	9	5.14	8	4.57			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 13. Nos indica, que los Factores socioeconómicos: Ingreso económico mensual y percepción de bono COVID-19 en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.070 y 0.578 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la variable Satisfacción con la remuneración percibida si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.034.

TABLA N° 13.1. RELACIÓN DE SATISFACCIÓN CON LA REMUNERACIÓN PERCIBIDA Y DESPERSONALIZACIÓN

	Despersonalización				Total		
	Alto. Medio		Bajo				
	N	%	n	%	n	%	
Satisfacción con la remuneración percibida	No	121	93.1%	37	82.2%	158	90.3%
	Si	9	6.9%	8	17.8%	17	9.7%
Total		130	100.0%	45	100.0%	175	100.0%

P = 0.034 OR = 2.907 IC 95% (1.047 - 8.070)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.



La Tabla N° 13.1. Respecto a la variable Satisfacción con la remuneración percibida se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.034 ($P < 0.05$), además un valor OR = 2.907, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.047 – 8.070). Concluimos que no estar satisfecho con la remuneración percibida incrementa en 2.9 veces más el riesgo de presentar un nivel Alto-Medio en la dimensión Despersonalización de la población estudiada.

Objetivo Específico N° 5:

TABLA N° 14. VARIABLES NO IMPLICADAS ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL

Factores Asociados	Realización Personal				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Bajo-Medio		Alto				
	N	%	n	%			
Edad							
25 a 59 años	83	47.43	56	32.00	0.177		
Otros	17	9.71	19	10.86			
Sexo							
Femenino	79	45.14	53	30.29	0.205		
Masculino	21	12.00	22	12.57			
Estado civil							
Soltero(a). Divorciado(a)	18	10.29	21	12.00	0.116		
Casado(a). Conviviente	82	46.86	54	30.86			
Religión							
Católica	95	54.29	72	41.14	0.754		
Otros	5	2.86	3	1.71			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 14. Nos indica, que las Variables no implicadas: Edad, sexo, estado civil y religión en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.117, 0.205, 0.116 y 0.754 respectivamente ($P > 0.05$).



TABLA N° 15. FACTORES PERSONALES ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL

Factores Asociados	Realización Personal				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Bajo-Medio		Alto				
	N	%	n	%			
Antecedente de familiar con COVID-19							
Si	89	50.86	55	31.43	0.007	2.942	1.310 - 6.606
No	11	6.29	20	11.43			
Antecedente personal con COVID-19							
No	73	41.71	57	32.57	0.653		
Si	27	15.43	18	10.29			
Comorbilidad de salud mental							
Si	1	0.57	2	1.14	0.401		
No	99	56.57	73	41.71			
Comorbilidad física							
Si	17	9.71	10	5.71	0.506		
No	83	47.43	65	37.14			
Ejercicio físico							
Ninguno	53	30.29	27	15.43	0.025	2.005	1.085 - 3.703
1 vez por semana. Interdiario. Diario	47	26.86	48	27.43			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 15. Nos indica, que los Factores Personales: Antecedente personal de covid-19, comorbilidad de salud mental, comorbilidad física en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.653, 0.401 y 0.506 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio las variables: Antecedente de familiar con covid-19 y ejercicio físico si muestran asociación con un valor de Significancia (P) de 0.007 y 0.025 respectivamente.



TABLA N° 15.1. RELACIÓN DE ANTECEDENTE DE FAMILIAR CON COVID-19 Y REALIZACIÓN PERSONAL

		Realización Personal				Total	
		Bajo-Medio		Alto			
		N	%	n	%	n	%
Antecedente de familiar con COVID-19	Si	89	89.0%	55	73.3%	144	82.3%
	No	11	11.0%	20	26.7%	31	17.7%
Total		100	100.0%	75	100.0%	175	100.0%

P = 0.007 OR = 2.942 IC 95% (1.310 - 6.606)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 15.1. Respecto a la variable Antecedente de familiar con COVID-19 se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.007 ($P < 0.05$), además un valor OR = 2.942, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.310 – 6.606). Concluimos que tener un familiar con antecedente de COVID-19 incrementa en 2.94 veces más el riesgo de presentar un nivel Bajo-Medio en la dimensión Realización personal de la población estudiada.

TABLA N° 15.2. RELACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO Y REALIZACIÓN PERSONAL

		Realización Personal				Total	
		Bajo-Medio		Alto			
		N	%	n	%	n	%
Ejercicio físico	Ninguno	53	53.0%	27	36.0%	80	45.7%
	Realiza ejercicio por semana	47	47.0%	48	64.0%	95	54.3%
Total		100	100.0%	75	100.0%	175	100.0%

P = 0.025 OR = 2.005 IC 95% (1.085 - 3.703)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 15.2. Respecto a la variable Ejercicio físico se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.025 ($P < 0.05$), además un valor OR = 2.005, siendo superior a la unidad, con un



Intervalo de confianza al 95% (1.085 – 3.703). Concluimos que no realizar ejercicio físico a la semana incrementa en 2 veces más el riesgo de presentar un nivel Bajo-Medio en la dimensión Realización personal de la población estudiada.

TABLA N° 16. FACTORES LABORALES ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL

Factores Asociados	Realización Personal				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Bajo-Medio		Alto				
	N	%	n	%			
Profesión							
Técnico(a) de enfermería.	40	22.86	18	10.29	0.026	2.11	1.09 - 4.1
Otros	60	34.29	57	32.57			
Tipo de Contrato/régimen laboral							
CAS	57	32.57	24	13.71	0.001	2.817	1.506 - 5.269
Nombrado	43	24.57	51	29.14			
Tiempo de servicio							
Desde la pandemia COVID-19	85	48.57	69	39.43	0.158		
Antes de la pandemia COVID-19	15	8.57	6	3.43			
Trabajo extra							
No	93	53.14	65	37.14	0.162		
Si	7	4.00	10	5.71			
Tiempo en llegar al hospital							
Entre 20 a 40 minutos. Más de 60 minutos	4	2.29	6	3.43	0.259		
Menos de 20 minutos	96	54.86	69	39.43			
Ambiente laboral en el hospital							
Inadecuado	10	5.71	16	9.14	0.037	0.410	0.174 - 0.964
Adecuado	90	51.43	59	33.71			
Equipo de protección personal							
No	56	32.00	32	18.29	0.081		
Si	44	25.14	43	24.57			
Equipamiento hospitalario							
Inadecuado	52	29.71	39	22.29	1		
Adecuado	48	27.43	36	20.57			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 16. Nos indica, que los Factores Laborales: Tiempo de servicio, trabajo extra, tiempo en llegar al hospital, equipo de protección personal y equipamiento hospitalario



en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.158, 0.162, 0.259, 0.081 y 1 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio las variables: Profesión, tipo de contrato/régimen laboral y ambiente laboral si muestran asociación con un valor de Significancia (P) de 0.026, 0.001 y 0.037 respectivamente.

TABLA N° 16.1. RELACIÓN DE PROFESIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL.

		Realización Personal				Total	
		Bajo-Medio		Alto			
		N	%	n	%	n	%
Profesión	Técnico(a) de enfermería	40	40.00%	18	24.00%	58	33.14%
	Otros	60	60.00%	57	76.00%	117	66.86%
Total		100	100.0%	75	100.0%	175	100.0%

$P = 0.026$ $OR = 2.11$ $IC\ 95\% (1.09 - 4.1)$

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 16.1. Respecto a la variable Profesión se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.026 ($P < 0.05$), además un valor $OR = 2.11$, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.09 – 4.1). Concluimos tener de Profesión Técnico(a) de enfermería incrementa en 2.1 veces más el riesgo de presentar un nivel Bajo-Medio en la dimensión Realización personal de la población estudiada.



TABLA N° 16.2. RELACIÓN DE CONTRATO/RÉGIMEN LABORAL Y REALIZACIÓN PERSONAL

		Realización Personal				Total	
		Bajo-Medio		Alto			
		N	%	n	%	n	%
Contrato/régimen laboral	CAS	57	57.0%	24	32.0%	81	46.3%
	Nombrado	43	43.0%	51	68.0%	94	53.7%
Total		100	100.0%	75	100.0%	175	100.0%

P = 0.001 OR = 2.817 IC 95% (1.506 - 5.269)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 16.2. Respecto a la variable Contrato/régimen laboral se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.001 ($P < 0.05$), además un valor OR = 2.81, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.506 – 5.269). Concluimos que la variable Contrato/régimen laboral de tipo CAS incrementa en 2.8 veces más el riesgo de presentar un nivel Bajo-Medio en la dimensión Realización personal de la población estudiada.

TABLA N° 16.3. RELACIÓN DE AMBIENTE LABORAL Y REALIZACIÓN PERSONAL

		Realización Personal				Total	
		Bajo-Medio		Alto			
		N	%	n	%	n	%
Ambiente laboral	Inadecuado	10	10.0%	16	21.3%	26	14.9%
	Adecuado	90	90.0%	59	78.7%	149	85.1%
Total		100	100.0%	75	100.0%	175	100.0%

P = 0.037 OR = 0.410 IC 95% (0.174 - 0.964)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 16.3. Respecto a la variable Ambiente laboral se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.037 ($P < 0.05$), además un valor OR = 0.41, siendo inferior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (0.174 – 0.964). Concluimos que en el Personal de salud que



considera inadecuado el Ambiente laboral, el riesgo de tener nivel Bajo-Medio se reduce en 59% en la dimensión Realización personal de la población estudiada.

TABLA N° 17. FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADAS A REALIZACIÓN PERSONAL

Factores Asociados	Realización Personal				Significancia (P)	O.R (Odds Ratio)	IC (Intervalo de confianza)
	Bajo-Medio		Alto				
	N	%	n	%			
Ingreso económico mensual							
Menos de 2500 nuevos soles	56	32.00	21	12.00	0.000	3.273	1.725 - 6.208
Más de 2500 nuevos soles	44	25.14	54	30.86			
Percepción de Bono COVID-19							
No	15	8.57	8	4.57	0.401		
Si	85	48.57	67	38.29			
Satisfacción con la remuneración percibida							
No	94	53.71	64	36.57	0.055		
Si	6	3.43	11	6.29			
TOTAL	14	100%	161	100%			

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 17. Nos indica, que los Factores socioeconómicos: Percepción de bono COVID-19 y satisfacción con la remuneración percibida en la prueba Chi cuadrado no revelaron asociación estadísticamente significativa con valores de Significancia (P) de 0.401 y 0.055 respectivamente ($P > 0.05$), en cambio la variable Ingreso económico mensual si muestra asociación con un valor de Significancia (P) de 0.000.



TABLA N° 17.1. RELACIÓN DE INGRESO ECONÓMICO MENSUAL Y REALIZACIÓN PERSONAL

		Realización Personal				Total	
		Bajo-Medio		Alto			
		N	%	n	%	n	%
Ingreso económico mensual	Menos de 2500 nuevos soles	56	56.0%	21	28.0%	77	44.0%
	Más de 2500 nuevos soles	44	44.0%	54	72.0%	98	56.0%
Total		100	100.0%	75	100.0%	175	100.0%

P = 0.000

OR = 3.273

IC 95% (1.725 - 6.208)

Fuente: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

La Tabla N° 17.1. Respecto a la variable Ingreso económico mensual se tiene que, la prueba Chi cuadrado revela asociación estadísticamente significativa con valor de Significancia P de 0.000 ($P < 0.05$), además un valor OR = 3.273, siendo superior a la unidad, con un Intervalo de confianza al 95% (1.725 – 6.208). Concluimos que tener un Ingreso económico mensual de menos de 2500 nuevos soles incrementa en 3.27 veces más el riesgo de presentar un nivel Bajo-Medio en la dimensión Realización personal de la población estudiada.



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

La Prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 8% (n=14), predominando en el sexo femenino con 7.43% (n=13), además se manifestó en su totalidad 8% en los católicos(as) y edad de entre 25 a 59 años. Tener como contrato/régimen laboral de tipo CAS incrementa 8 veces el riesgo de padecer Síndrome de Burnout (P= 0.002, OR=8, IC95%= 1.73 – 39.91), además de tener un Ingreso económico por debajo de 2500 nuevos soles incrementa 8.86 veces el riesgo de padecer SB (P= 0.001, OR=8.86, IC95%= 1.91 – 40.91).

En cuanto a Cansancio emocional

El 52.6% (n=92) tiene nivel bajo, seguido de un nivel alto con 24% (n=42). Tener el sexo femenino incrementa 3 veces el riesgo padecer un nivel alto-medio de Cansancio emocional (P= 0.003, OR=3.007, IC95%= 1.42 – 6.36), tener un familiar con antecedente de COVID-19 incrementa en 3.83 veces más el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Cansancio emocional (P= 0.002, OR=3.832, IC95%= 1.55 – 6.45), tener como contrato/régimen laboral de tipo CAS incrementa 2.45 veces el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Cansancio emocional (P= 0.004, OR=2.452, IC95%= 1.33 – 4.51), un Ingreso económico mensual por debajo de 2500 nuevos soles incrementa 1.83 veces el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Cansancio emocional (P= 0.048, OR=1.834, IC95%= 1.00 – 3.35) y no estar satisfecho con la remuneración percibida incrementa 7.89 veces el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Cansancio emocional (P= 0.002, OR=7.890, IC95%= 1.74 – 35.6).

En cuanto a Despersonalización

El 41.7% (n=73) tiene nivel medio, seguido de un nivel alto con 32.6% (n=57). Tener la religión católica incrementa 5.29 veces el riesgo de padecer un nivel alto-medio de



Despersonalización ($P= 0.003$, $OR=3.007$, $IC95\%= 1.42 - 6.36$), tener un familiar con antecedente de COVID-19 incrementa en 3.56 veces más el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Despersonalización ($P= 0.001$, $OR=3.563$, $IC95\%= 1.58 - 8.01$), tener una comorbilidad física incrementa en 5.11 veces más el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Despersonalización ($P= 0.018$, $OR=5.119$, $IC95\%= 1.16 - 22.56$), ser técnico(a) de enfermería reduce un 70% el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Despersonalización ($P= 0.000$, $OR=0.3$, $IC95\%= 0.15 - 0.62$) y no estar satisfecho con la remuneración percibida incrementa 2.9 veces el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Despersonalización ($P= 0.034$, $OR=2.907$, $IC95\%= 1.04 - 8.07$).

En cuanto a Realización personal

El 42.9% ($n=75$) de nivel alto, seguido de un nivel medio con 33.7% ($n=59$). Tener un familiar con antecedente de COVID-19 incrementa en 2.9 veces más el riesgo de padecer un nivel alto-medio de Realización personal ($P= 0.007$, $OR=2.942$, $IC95\%= 1.31 - 6.60$), no realizar ejercicio físico incrementa en 2 veces más el riesgo de padecer un nivel Bajo-Medio de Realización personal ($P= 0.025$, $OR=2.005$, $IC95\%= 1.08 - 3.70$), los técnicos(as) de enfermería tienen 2.1 veces más el riesgo de padecer un nivel Bajo-Medio de Realización personal ($P= 0.026$, $OR=2.11$, $IC95\%= 1.09 - 4.1$), tener como contrato/régimen laboral de tipo CAS incrementa 2.8 veces el riesgo de padecer un nivel Bajo-Medio de Realización personal ($P= 0.001$, $OR=2.817$, $IC95\%= 1.50 - 5.26$) y un Ingreso económico mensual por debajo de 2500 nuevos soles incrementa 3.27 veces el riesgo de padecer un nivel Bajo-Medio de Realización personal ($P= 0.000$, $OR=3.273$, $IC95\%= 1.72 - 6.20$).



5.2. Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos pertenecen solamente al Hospital estudiado, no se podrán generalizar a poblaciones similares pues es una investigación no probabilística, no aleatorizada.

No se encontró información local respecto al tema de estudio, en el contexto de la COVID-19.

5.3. Comparación crítica con la literatura existente

Se efectuó el estudio “Factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021.”, teniendo 175 participantes.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en nuestro estudio es de 8%, guarda similitud con el estudio de Torres et al. realizado en Ecuador con un 8.59%⁽²⁷⁾, en cambio, estudios Internacionales muestran un aumento en casi el doble del total, Civantos et al. realizado en Brasil con una frecuencia de 14.7%⁽²³⁾, López et al. realizado en Colombia con 14.9%⁽²⁸⁾, en estudios Nacionales permanecieron constantes a los antes mencionados, Campos y Charqui realizado en Lima-Perú con 15.7%⁽²⁹⁾, Quispe realizado en Arequipa-Perú con 14.3%⁽³⁰⁾ y el estudio de Noriega realizado en Cajamarca-Perú con 14.58%⁽³¹⁾, mientras que el estudio de Khalafallah realizado en Estados Unidos de América tiene una prevalencia de 26.1%⁽²⁴⁾. Los estudios antes mencionados que duplican en casi el doble en frecuencia a nuestro trabajo se realizaron cuando iniciaba la Pandemia de la COVID-19 el año 2020, cuando aún no se conocía su patogénesis, tratamientos sintomáticos y demás.

En cuanto a las dimensiones del Síndrome de Burnout en nuestro estudio, el 52.6% de cansancio emocional (CE) es de nivel bajo, el 41.7% despersonalización (DP) con un



nivel medio y el 42.9% de realización personal (RP) es de nivel alto, en contraste con el estudio de Torres⁽²⁷⁾, mencionado anteriormente la prevalencia era similar la nuestra, se objetiva el 47% de CE es de nivel alto, 95.1% de DP nivel alto y el 69.4% de RP en nivel bajo, del mismo modo Campos y Charqui⁽²⁹⁾ evidenciaron un CE alto 47.1% , DP alto 37.1% y RP bajo 37.1%, Quispe⁽³⁰⁾ CE alto 49%, DP baja con 28% y RP alta con 55.15, del mismo modo Vinuesa et al.⁽²²⁾ en su estudio observa, CE alto 78.15%, DP alto 72.61% y RP baja 85.41%. Nuestros resultados no guardan relación con los antes mencionados, a pesar de seguir en la pandemia de la COVID-19.

Se estableció que existe asociación estadísticamente significativa de la variable Tipo contrato/régimen laboral CAS con el Síndrome de Burnout, Dimensión cansancio emocional y Realización personal en ($P=0.002$, $OR=8$, $IC95\%= 1.73$ a 36.91), ($P=0.004$, $OR=2.45$, $IC95\%= 1.33$ a 4.51) y ($P=0.001$, $OR=2.8$, $IC95\%= 1.50$ a 5.26) respectivamente, esto concuerda con el estudio de Díaz⁽³²⁾ donde menciona que existe una tendencia estadística a tener Síndrome de Burnout en el personal CAS comparado con el personal nombrado, sin embargo el estudio data de antes de la pandemia de la COVID-19.

Existe relación estadísticamente significativa de factores socioeconómicos: entre Ingreso económico mensual de menos de 2500 nuevos soles con el Síndrome de Burnout, Dimensión Cansancio emocional y Realización personal en ($P=0.001$, $OR=8.86$, $IC95\%= 1.91$ a 40.91), ($P=0.048$, $OR=1.83$, $IC95\%= 1$ a 3.35) y ($P=0.000$, $OR=3.27$, $IC95\%= 1.72$ a 6.20) respectivamente, así mismo sentirse insatisfecho con la remuneración percibida en nuestra población de estudio se relaciona con la dimensión Cansancio emocional ($P=0.002$, $OR=7.89$, $IC95\%= 1.7$ a 35.6) y Despersonalización ($P=0.034$, $OR=2.9$, $IC95\%= 1.04$ a 8.07), correlacionado con lo expuesto la información Nacional: Quispe indica que la no satisfacción económica se relaciona con Realización personal



($P=0.013$)⁽³⁰⁾, así mismo Noriega concuerda con lo mismo, pues el 81.25% de la población de estudio no estaba satisfecha con la remuneración salarial⁽³¹⁾; la bibliografía internacional indica: López et al. un estudio Colombiano determinó que una baja remuneración económica se relaciona con Cansancio emocional con un valor estadísticamente significativo ($P=0.00$)⁽²⁸⁾, en el estudio de Zerbini et al. los participantes sugirieron que una mejor compensación monetaria mejoraría la situación⁽²⁵⁾. Podemos inferir que la baja remuneración o insatisfacción económica aumenta el riesgo de padecer Síndrome de Burnout o tener sus dimensiones en alto nivel, así lo mencionan Silva⁽⁸⁾ y Mercedes⁽⁹⁾. Nuestro estudio y los mencionados guardan relación respecto a las variables nombradas.

La variable sexo femenino tiene relación estadísticamente significativa con la dimensión Cansancio emocional ($P=0.003$, $OR=3$, $IC95\%= 1.42$ a 6.36), no evidenciado lo mismo en otros estudios, Díaz ($P=0.64$)⁽³²⁾; en la dimensión Realización personal nuestro estudio tiene un valor ($P=0.205$), en cambio Quispe relaciona el sexo masculino con Realización personal con un valor estadísticamente significativo ($P=0.047$)⁽³⁰⁾, en comparación con el nuestro existe mayor prevalencia en el sexo masculino.

No se encontraron estudios que relaciones Síndrome de Burnout y sus dimensiones con la religión que tiene el personal de salud, en nuestro trabajo se encontró que, si la hay, siendo los católicos el tipo que más riesgo tiene a padecer dicha enfermedad en la dimensión Despersonalización ($P=0.015$, $OR=5.29$, $IC95\%= 1.58$ a 23.12).

Tener antecedente de un familiar con COVID-19 en nuestro estudio tiene asociación estadísticamente significativa con las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout, Cansancio emocional ($P=0.002$, $OR=3.83$, $IC95\%= 1.55$ a 9.45), despersonalización ($P=0.001$, $OR=3.56$, $IC95\%= 1.58$ a 8.01) y realización personal ($P=0.007$, $OR=2.94$, $IC95\%= 1.31$



a 6.60), esto guarda relación con el estudio de Noriega, donde objetiva que el 85.7% de su población en estudio tenía miedo de contagiar a sus familiares con COVID-19⁽³¹⁾.

No se encontraron trabajos similares que investiguen la relación de: Tener comorbilidad física y no realizar ejercicio físico a la semana, en nuestro estudio presentaron asociación estadísticamente significativa con la dimensión despersonalización ($P=0.018$, $OR=5.11$, $IC95%= 1.16$ a 22.56) y Realización personal ($P=0.025$, $OR=2$, $IC95%= 1.08$ a 3.70) respectivamente, por lo cual no se pueden comparar, salvo en estudios a posteriori nuestros datos serían de ayuda.

5.4. Implicancias del estudio

Se lograron objetivar factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en personal de Salud, evidenciando las siguientes implicancias:

Se demostró que el tipo de contrato/régimen CAS es un factor de riesgo, el cual predispone al personal de salud padecer Síndrome de Burnout y dimensiones en nivel alto-medio, así como el factor socioeconómico en sus 2 variables, Ingreso económico mensual y satisfacción con la remuneración percibida, que también es un factor predisponente.

Los resultados de la investigación permitirán en primera instancia realizar más trabajos en la población estudiada y/o diversos grupos ocupacionales en esta coyuntura global sanitaria, pues no contamos con los mismos.

La investigación en mención permitirá fortalecer los programas de salud mental en nuestra región, priorizando al personal de salud, ya que no hay estudios locales, esto no solamente tendrá un beneficio individual, sino también colectivo, pues, habrá un mejor clima laboral, y una interacción asertiva con los usuarios de salud.



CONCLUSIONES

- 1) Se determinaron los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19 en un Hospital de la Región Cusco, 2021. En base a los resultados se evidencia que, el tipo contrato/régimen laboral CAS e ingreso económico menor a 2500 nuevos soles son factores de riesgo para padecer Síndrome de Burnout
- 2) La prevalencia del Síndrome de Burnout es del 8% en el personal de salud estudiado.
- 3) Se determinaron los niveles de afectación de las dimensiones del Síndrome de burnout: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, siendo de nivel bajo, medio y alto respectivamente.
- 4) Los factores asociados a la dimensión Cansancio emocional fueron, sexo femenino, antecedente de familiar con COVID-19, tipo de contrato/régimen laboral CAS, ingreso económico mensual menor de 2500 nuevos soles y la insatisfacción con la remuneración percibida, siendo estos, factores de riesgo para un nivel alto-medio.
- 5) Los factores asociados a la dimensión Despersonalización fueron, Religión católica, antecedente de familiar con COVID-19, comorbilidad física e insatisfacción con la remuneración percibida, siendo estos, factores de riesgo para un nivel alto-medio, en cambio ser Técnico(a) de enfermería se comportó como factor protector.
- 6) Los factores asociados a la dimensión Realización personal fueron, Antecedente de familiar con COVID-19, no realizar ejercicio físico, Técnico(a) de enfermería, tipo de contrato/régimen laboral CAS e ingreso económico mensual menor de 2500 nuevos soles, siendo estos, factores de riesgo para un nivel Bajo-Medio.



RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere evaluación por medicina ocupacional incluyendo los servicios de psiquiatría y psicología orientado al personal de salud por lo menos semestralmente.
- 2) Al personal afectado se recomienda manejarlos en base a los “primeros auxilios psicológicos” que se mencionan en la Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA: “GUÍA TÉCNICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID-19.
- 3) Al personal de salud que tiene como contrato/régimen laboral CAS brindarle estabilidad laboral mediante el nombramiento, e incluir beneficios laborales por el desempeño.



BIBLIOGRAFÍA

1. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. marzo de 2015;32(1):119–24.
2. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. junio de 2016;15(2):103–11.
3. Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales. :248.
4. Gil Hernández F. TRATADO DE MEDICINA DEL TRABAJO [Internet]. 2DA ed. Vol. 2. Barcelona, España: MASSON; 2012 [citado el 13 de septiembre de 2020]. 968 p. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/Tratado-De-Medicina-Del-Trabajo-2-Vols-2Ed-9788445820698-i.htm>
5. González Corrales R, Gándara Martín JJ de la, González Rodríguez VM. El médico con burnout: conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. 1ra ed. Madrid: IM & C; 2004. 82 p.
6. Beas R. (PDF) Factores asociados con el síndrome de Burnout en médicos y enfermeras, Perú 2014. [Internet]. ResearchGate. 2014 [citado el 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324068782_Factores_asociados_con_el_sindrome_de_Burnout_en_medicos_y_enfermeras_Peru_2014
7. Alvares MEM, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nina RV de AH, Pereira MUL, Garcia JBS. Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: a cross-sectional population-based study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2020 [citado el 11 de septiembre de 2020];32(2). Disponible en: <http://rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-32-2-11>
8. Silva APF, Carneiro LV, Ramalho JPG. Burnout syndrome among critical care nursing professionals. *R.pesq:cuid.fundamOnline*. el 20 de julio de 2020;915–20.



9. Merces MC das, Coelho JMF, Lua I, Silva D de S e, Gomes AMT, Erdmann AL, et al. Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome among Primary Health Care Nursing Professionals: A Cross-Sectional Study. IJERPH. el 11 de enero de 2020;17(2):474.
10. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 14 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
11. Gonzales-Castillo JR, Varona-Castillo L, Domínguez-Morante MG, Ocaña-Gutierrez VR, Gonzales-Castillo JR, Varona-Castillo L, et al. COVID-19 pandemic and Public Health Policies in Peru: March-May 2020. Revista de Salud Pública [Internet]. abril de 2020 [citado el 14 de septiembre de 2020];22(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642020000203105&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Collado Hernández B, Torre Rugarcía Y. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. Medicina y Seguridad del Trabajo. junio de 2015;61(239):233–53.
13. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 [Internet]. [citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473389-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-del-personal-de-la-salud-en-el-contexto-del-covid-19>
14. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. Guía clínica prevención y manejo de la salud mental en el personal de salud en la Pandemia COVID-19, ESSALUD.



15. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2021].
Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
16. Red de Salud Canas Canchis Espinar - UE 401 [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/>
17. Listados del personal de salud asistencial fallecido por COVID-19 y de las personas beneficiarias de la entrega económica [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2021].
Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minjus/informes-publicaciones/1367778-listados-del-personal-de-salud-asistencial-fallecido-por-covid-19-y-de-las-personas-beneficiarias-de-la-entrega-economica>
18. Listado final del personal de salud asistencial fallecido por COVID-19 y quinto listado de las personas beneficiarias de la entrega económica [Internet]. [citado el 5 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minjus/informes-publicaciones/1943163-listado-final-del-personal-de-salud-asistencial-fallecido-por-covid-19-y-quinto-listado-de-las-personas-beneficiarias-de-la-entrega-economica>
19. Coronavirus: Perú ocupa tercer lugar en América en muertes de personal de salud y embarazadas [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://canaln.pe/actualidad/covid-19-peru-ocupa-tercer-lugar-america-muertes-personal-salud-y-embarazadas-n431192>
20. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. marzo de 2020;7(3):e14.
21. DePierro J, Lowe S, Katz C. Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. junio de 2020;288:113024.
22. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinueza-Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as



- ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020 jun [citado el 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708/version/750>
23. Civantos AM, Bertelli A, Gonçalves A, Getzen E, Chang C, Long Q, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic: A national study. *American Journal of Otolaryngology*. julio de 2020;41(6):102694.
24. Khalafallah AM, Lam S, Gami A, Dornbos DL, Sivakumar W, Johnson JN, et al. A national survey on the impact of the COVID-19 pandemic upon burnout and career satisfaction among neurosurgery residents. *Journal of Clinical Neuroscience*. octubre de 2020;80:137–42.
25. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci* [Internet]. el 22 de junio de 2020 [citado el 11 de septiembre de 2020];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314868/>
26. Lim R, Aarsen KV, Gray S, Rang L, Fitzpatrick J, Fischer L. Emergency medicine physician burnout and wellness in Canada before COVID19: A national survey. *CJEM*. el 24 de junio de 2020;1–5.
27. Toala FGT, Piñeiros VI, Moreno AP, Coronel EAR, Tamayo JC, Mallea MM. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. el 1 de marzo de 2021;126–36.
28. López Osorio EA, Cano C, Salazar Ospina V. Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES. *Activa EL SÍNDROME DE*



- BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS Y PAUTAS PARA SU PREVENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 [Internet] Activa Psicología y Formación 2020 [citado 29 de agosto de 2020] Disponible en: <http://www.activapsicologia.com/burnout-en-sanitarios/> [Internet]. el 19 de octubre de 2020 [citado el 12 de julio de 2021]; Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/20449>
29. Campos Ramírez ÁK, Charqui Sáenz FJ. Frecuencia del síndrome de Burnout durante la pandemia del coronavirus (COVID-19) en médicos residentes de un hospital nacional de tercer nivel de Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2020 [citado el 8 de enero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/8617>
30. Leiva Q, Gualberto J. Factores sociodemográficos asociados al Síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2020 [citado el 12 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/11348>
31. Anthony NVC. Incidencia y factores sociodemográficos asociados al síndrome de burnout en médicos residentes durante la pandemia covid-19 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2021. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 2021 [citado el 12 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4181>
32. Mercado D, Cesar W. Sobrecarga laboral asociado a síndrome de burnout en personal de salud de emergencia de un hospital de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2017 [citado el 12 de julio de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2588>



33. González LFAES. Burnout: Consecuencias y soluciones. Editorial El Manual Moderno; 2015. 149 p.
34. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99–113.
35. Azuara Rodríguez L, Gómez Batiste X, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de prevención de “burnout” para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: SECPAL : Arán; 2008.
36. de Rivera L. Síndrome de desgaste profesional. «Burnout» o síndrome del quemado. el 1 de mayo de 2007;
37. Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos [Internet]. [citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21721>
38. Cañadas-de la Fuente GA, San Luis C, Manuel Lozano L, Vargas C, García I, de la Fuente EI. Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*. el 1 de enero de 2014;46(1):44–52.
39. Gutiérrez Aceves GA, Celis López MÁ, Moreno Jiménez S, Farias Serratos F, Suárez Campos J de J. Síndrome de burnout. *Archivos de neurociencias (México, DF)*. 2006;11(4):305–9.
40. Thomaé MNV, Ayala EA, Sphan MS, Storti DMA. ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. 2006;4.
41. El Síndrome del Burnout en las Empresas.pdf - EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN LAS EMPRESAS Mtra Alejandra Apiquian Guitart Coordinadora



de Psicología | Course Hero [Internet]. [citado el 22 de marzo de 2021].

Disponible en: <https://www.coursehero.com/file/42057259/El-S%C3%ADndrome-del-Burnout-en-las-Empresaspdf/>



ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE “FACTORES ASOCIADOS SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CUSCO, 2021.”

Previo un cordial saludo.

La presente investigación es conducida por **Brian Patrick Lawrence, Sánchez Conza**, Alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana - Universidad Andina del cusco, cuya meta es: **Determinar los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia de la COVID-19.**

Este proceso se basa, en el respeto a la privación de la información, como a su confidencialidad, haciendo el compromiso que todo lo que sea recolectado, no será publica si no es con la previa autorización de la persona, asimismo, se tomará en cuenta el respeto por los ideales culturales, religiosos y pensamiento de la persona entrevistada, apoyándonos en los conceptos escrito de las buenas prácticas clínicas y los acuerdos de respeto a los derechos según la declaración de Helsinki, sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si Usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas con total sinceridad en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente de **5 a 10 minutos** de su tiempo. El cuestionario se divide en 2 partes: La Primera mide datos generales y factores de riesgo asociado, consta de 21 preguntas, la Segunda mide el Síndrome de Burnout con sus respectivos 22 ítems.

Si tiene alguna duda sobre el cuestionario, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su participación.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

N° de Ficha:



2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CUSCO, 2021.

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario se divide en 2 partes, la primera recolectará datos generales y factores de riesgo y consta de 21 preguntas, la segunda parte medirá el grado de Síndrome de Burnout con sus 22 ítems respectivos, los que deben contestar marcando con una X, aspa, círculo, etc. o completando al finalizar cada pregunta, tendrá una duración de 5 a 10 minutos.

NOMBRE DE LA INVESTIGADOR: Brian Patrick Lawrence Sánchez Conza.

N° de Ficha:

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo:
 - a) Masculino
 - b) Femenino
3. ¿Cuál es su Estado civil actual?:
 - a) Soltero(a)
 - b) Casado(a)
 - c) Conviviente
 - d) Divorciado(a)
 - e) Viudo(a)
4. ¿Cuál es su Religión?:
 - a) Católica
 - b) Evangélica
 - c) Ateo
 - d) Otros
5. ¿Tiene o tuvo un familiar con Antecedente por COVID-19?
 - a) Si
 - b) No
6. ¿Tuvo como Antecedente personal COVID-19?
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Tiene o tuvo alguna comorbilidad psiquiátrica?
 - a) Si
 - b) No
8. ¿Tiene alguna Comorbilidad física?
 - a) Si
 - b) No
9. ¿Con qué frecuencia realiza Usted ejercicio físico en la semana?
 - a) Ninguna
 - b) 1 vez por semana
 - c) Interdiario
 - d) Diario
10. ¿Cuál es su profesión?
 - a) Médico
 - b) Enfermero(a)
 - c) Obstetriz
 - d) Tecnólogo médico.
 - e) Biólogo
 - f) Técnico(a) de enfermería.
 - g) Psicólogo(a)
 - h) Nutricionista
11. ¿A qué tipo de contrato/régimen laboral está sujeto?
 - a) CAS
 - b) CAS COVID-19
 - c) Tercerizado
 - d) Nombrado
12. ¿Desde cuándo viene laborando Usted en el hospital?
 - a) Desde la pandemia COVID-19
 - b) Antes de la pandemia COVID-19
13. ¿Trabaja Usted en otro establecimiento de salud?
 - a) Si
 - b) No
14. ¿Cuánto tiempo le toma en llegar desde su hogar hasta el hospital donde labora?
 - a) Menos de 20 minutos
 - b) Entre 20 a 40 minutos
 - c) Entre 40 a 60 minutos
 - d) Más de 60 minutos
15. ¿Cómo percibe Usted el ambiente laboral en el hospital?
 - a) Adecuado
 - b) Inadecuado



16. ¿Recibe oportunamente Equipo de protección personal por parte de su centro de labor?
 - a) Si
 - b) No
17. ¿Cómo considera Usted el equipamiento del hospital donde labora?
 - a) Adecuado
 - b) Inadecuado
18. Aproximadamente, ¿Cuánto es su Ingreso económico mensual?
 - a) Menos de 1500 nuevos soles
 - b) Entre 1500 a 2500 nuevos soles
 - c) Entre 2500 a 3500 nuevos soles
 - d) Entre 3500 a 4500 nuevos soles
 - e) Más de 4500 nuevos soles
19. ¿Usted recibió Bono COVID?
 - a) Si
 - b) No
20. ¿Usted se siente satisfecho con la remuneración económica que recibe por su trabajo?
 - a) Si
 - b) No



II. CUESTIONARIO MASCLACH BURNOUT INVENTORY

A continuación, tendrá que responder marcando la opción que represente qué tan seguido se siente en las siguientes situaciones, Teniendo en consideración la frecuencia de:

- 0: Nunca
- 1: Pocas veces al año o menos
- 2: Una vez al mes
- 3: Pocas veces al mes o menos
- 4: Una vez a la semana
- 5: Pocas veces a la semana
- 6: Todos los días

	0 Nunca	1 Pocas veces al año o menos	2 Una vez al mes	3 Pocas veces al mes o menos	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana	6 Todos los días
1.- Me siento Emocionalmente agobiado por mi trabajo							
2.- Me siento cansado al final de la jornada de mi trabajo							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4.- Comprendo fácilmente como se siéntelos pacientes							
5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7.- Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8.- Me siento quemado o estresado por mi trabajo							
9.- Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							
10.- Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12.- Me siento muy activo							
13.- Me siento frustrado en el trabajo							
14.- Creo que estoy trabajando demasiado							
15.- Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes							
16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17.- Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes							
18.- Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20.- Me siento acabado							



21.- En mi trabajo trato los pacientes emocionales con mucha calma							
22.- Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas							

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



ANEXO 02: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE PUNTO MEDIO, INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene por objeto el de recoger información útil de personas especializadas a cerca de la validez de constructo, confiabilidad y aplicabilidad del instrumento de investigación sometido a su juicio, del tema: **“FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CUSCO, 2021.”**, Elaborado por Brian Patrick Lawrence, Sánchez Conza.

Está integrado por diez (10) interrogantes, las cuales se acompañan de una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4: Representa que la estimación del trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3: Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
- 2: Representa una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa(X) en la escala geográfica que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

Se añadirá: Matriz de consistencia del proyecto de investigación y Encuesta formulada por el investigador.



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					
NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO		FECHA		