



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS
SOMÁTICOS EN EL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SARS-
COV-2 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ,
OCTUBRE-DICIEMBRE 2020”**

Tesis para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

Joseph Richard Morales Mori (0000-0001-6353-7938)

Piero Samet Malca Alva (0000-0001-8267-8568)

Asesor:

Yris Virginia Guzmán Farías (0000-0002-4425-2117)

Lima – Perú

2022

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 12 de abril de 2022.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Ian Christian Dennis Falvy Bockos	<input checked="" type="checkbox"/>
Miembro: Mg. Percy Antonio Rivadeneira Chumpitazi	
Miembro: Méd. Esp. Andrea Sofía Merino Taboada	

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

RELACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT Y SINTOMAS SOMÁTICOS EN EL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SARS-COV-2 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ, OCTUBRE-DICIEMBRE 2020

Presentada por los estudiantes

JOSEPH RICHARD MORALES MORI y PIERO SAMET MALCA ALVA

Para optar por el Título de Médicos Cirujanos

Asesorados por: Méd. Esp. Yris Virginia Guzmán Farías

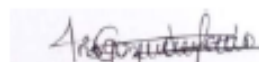
Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de los estudiantes de PREGRADO de la carrera Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesis: JOSEPH RICHARD MORALES MORI			Nota (en letras): Dieciséis (16)	
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()	
Tesis: PIERO SAMET MALCA ALVA			Nota (en letras): Dieciséis (16)	
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()	

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Mg. Ian Christian Dennis Falvy Bockos
Presidente del Jurado



Méd. Esp. Yris Virginia Guzmán Farías
Asesora



Mg. Percy Antonio Rivadeneira Chumpitazi
Miembro 1



Méd. Esp. Andrea Sofía Merino Taboada
Miembro 2

DEDICATORIA

A Dios, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza cuando más lo necesitamos, guiarnos por el camino del éxito y por hacer palpable su amor a través de cada uno de los que nos rodea.

A nuestros padres, que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en nuestro camino, brindándonos apoyo incondicional, comprensión y mucho amor; siendo proveedores de fuerza, voluntad, ganas de seguir y salir adelante, sin importar cuán dura sea la meta; formando parte de este logro que nos abre puertas inimaginables en nuestro desarrollo profesional y personal.

A todas y cada una del personal de salud que colaboraron para que este trabajo de investigación se llevara a cabo.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora Dra. Yris Guzmán y tutores, por darnos su apoyo, enseñanzas, recomendaciones y conocimientos; así como su dedicación, comprensión, esfuerzo y confianza para la realización y culminación de este trabajo de investigación.

Al Hospital Nacional 2 de mayo, por permitirnos el espacio físico para nuestra investigación.

Al personal de salud encuestado por el ejemplo de perseverancia y constancia que lo caracterizan, así como el valor demostrado para salir adelante ante esta situación de pandemia, que en todo tiempo nos han apoyado y ayudado.

Son muchas las personas especiales a las que queremos agradecer su colaboración, afecto, aportes y asesoramiento. Queremos darles las gracias por formar parte de nuestro trabajo de investigación y nuestra vida, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

A todos ustedes GRACIAS.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	1
RESUMEN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
MARCO TEÓRICO	8
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	15
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
LIMITACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ABREVIATURAS	50
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Características Sociodemográficas y laborales de los participantes.....	22
Tabla N°2 Características demográficas, miedos y percepciones de los participantes.....	24
Tabla N°3 Niveles de las dimensiones del síndrome de burnout y gravedad de síntomas somáticos.....	25
Tabla N°4 Medias de las dimensiones de burnout y síntomas somáticos.....	25
Tabla N°5 Frecuencia de los síntomas somáticos en el grupo de estudio.....	26
Tabla N°6 Correlación entre las dimensiones del burnout con datos sociodemográficas (t Student).....	27
Tabla N°7 Correlación entre las dimensiones del burnout con datos perceptuales (t Student).....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Relación entre ocupación y dimensiones del síndrome de burnout.....	30
Figura N°2 Relación entre edad y dimensiones del síndrome de burnout.....	30
Figura N°3 Relación entre estado civil y dimensiones del síndrome de burnout.....	31
Figura N°4 Relación entre años de servicio y agotamiento emocional.....	31
Figura N°5 Relación entre síntomas somáticos y variables socio demográficas.....	32
Figura N°6 Relación entre síntomas somáticos y variables laborales.....	33
Figura N°7 Relación entre dimensiones de síndrome de burnout y gravedad de síntomas somáticos.....	34
Figura N°8 Relación entre niveles del síndrome de burnout y síntomas somáticos.....	34

ÍNDICE DE ANEXOS

1.Consentimiento informado.....	51
2.Instrumento de recolección de datos.....	54
3. Carta de aprobación del proyecto de tesis.....	57
4. Carta de aprobación del comité de ética de la Universidad Científica del Sur.....	58
5. Carta de aprobación del comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo.....	59

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre el síndrome de burnout y síntomas somáticos en el personal de salud frente al SARS-COV-2, según características sociodemográficas y laborales del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Incluyendo trabajadores de salud de 4 servicios (emergencia, Unida de cuidados intensivos, anestesiología y Sala de operaciones) dedicados a la atención clínica de pacientes infectados por el SARS-COV-2. Para la recolección de datos se utilizó, el inventario burnout de maslach, cuestionario de salud del paciente PHQ-15 y un cuestionario demográfico y laboral.

Resultados: Se contó con 196 participantes, encontrándose en relación a los niveles de burnout, que el 44,1% presentó un rango leve, 49,5% moderado y 6,1% grave o completo. Dentro de las dimensiones, el más afectado fue, agotamiento emocional con 48% considerado grave. En cuanto a somatización y sus niveles de gravedad, se obtuvo mínimo (37,8%), bajo (38,8%), moderado (18,4%) y alto (5,1%), siendo los síntomas más frecuentes, la lumbalgia y el insomnio (51 y 50.5% respectivamente).

Conclusiones: Existe un aumento en la frecuencia del síndrome de burnout en el personal de salud, durante la pandemia de COVID-19, y se evidenció relación entre la aparición de síntomas somáticos y este síndrome, independientemente del nivel de gravedad.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, personal de salud, COVID-19, síntomas somáticos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between burnout syndrome and somatic symptoms in health personnel against SARS-COV-2, according to sociodemographic and labor characteristics of the Dos de Mayo National Hospital.

Materials and methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out. Including health workers from 4 services (emergency, intensive care unit, anesthesiology and operating room) dedicated to the clinical care of patients infected with SARS-COV-2. For data collection, the maslach burnout inventory, PHQ-15 patient health questionnaire and a demographic and labor questionnaire were used.

Results: There were 196 participants, finding in relation to burnout levels that 44.1% presented a mild range, 49.5% moderate and 6.1% severe or complete. Within the dimensions, the most affected was emotional exhaustion with 48% considered serious. Regarding somatization and its severity levels, minimal (37.8%), low (38.8%), moderate (18.4%) and high (5.1%) were obtained, with the most frequent symptoms being low back pain and insomnia (51 and 50.5% respectively).

Conclusions: There is an increase in the frequency of burnout syndrome in health personnel, during the COVID-19 pandemic, and a relationship between the appearance of somatic symptoms and this syndrome was evidenced, regardless of the level of severity.

Keywords: Burnout syndrome, health personnel, COVID-19, somatic symptoms.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de burnout, representa una entidad frecuente y subestimada en el personal sanitario, recientemente reconocido en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) (1). Considerado el resultado del estrés crónico en el área laboral y que no ha sido manejado exitosamente, en donde la **exposición a condiciones negativas, conllevan** a una disfuncional situación en el entorno laboral, trayendo como consecuencia, riesgos psicosociales; situación que afecta el adecuado desempeño y atención del paciente, así como la salud individual del personal que realiza la atención. La aparición de la pandemia COVID – 19, ha ocasionado un gran impacto en el sistema de salud y en sus trabajadores, cambiando o agravando situaciones mentales preexistentes y contribuyendo al desarrollo de otras, así como a síntomas físicos no explicables por otros medios. (2) (3)

Actualmente el dilema que se plantea a los trabajadores de la salud es doble: primero, la sobrecarga anticipada y ahora experimentada por la capacidad del sistema de atención de la salud para responder a esta pandemia, con un flujo adecuado de equipos; y segundo, el alto riesgo que representa para los profesionales en el frente y sus familiares como resultado de la exposición constante, por lo que es necesario comprender a cabalidad éste síndrome lo cual permitirá una intervención médica oportuna. (4)

Es por ello que, con esta investigación, se pretende demostrar la importancia de evaluar los niveles de burnout y los síntomas físicos de los trabajadores en atención médica de primera línea directamente involucrados en el cuidado de pacientes con COVID-19.

MARCO TEÓRICO

La aparición repentina de enfermedades infecciosas, suponen desafíos psicológicos tanto para la población en general como en especial, a los trabajadores de salud.(5)

En la actualidad el brote del nuevo COVID-19 ha impuesto exigencias extraordinarias a los sistemas de salud de todo el mundo. Por lo tanto, los profesionales dedicados al cuidado de estos pacientes, están bajo una presión psicológica y física aumentada. Perú, se encuentra entre los países más afectados en términos de sobrecarga de pacientes hospitalarios, y el equipo de salud lucha para hacer frente a los desafíos, que podrían amenazar su bienestar físico y mental, que conlleve al desarrollo de patologías; así mismo se evidencia dicha sobrecarga en las cifras de pacientes contagiados; dado que se reporta entre los primeros países en Latinoamérica con alta incidencia acumulativa, con más de 3 541 994 casos confirmados y el primero en mortalidad con 211 924 (OMS, 2022).(6)

Es por ello que el agotamiento físico y emocional en relación a lo mencionado, así como múltiples factores, entre ellos, la falta de equipo de protección personal (EPP), emociones como el miedo, ansiedad a la transmisión secundaria a los miembros de la familia, riesgo de infecciones nosocomiales, el rechazo por otros y el aislamiento social, hacen que los trabajadores de salud en primera línea sean más vulnerables a daños psicológicos durante la pandemia de COVID-19(7); en este orden encontramos un fenómeno conocido como

síndrome de burnout (SB), descrito por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974, en el que se establece dicho término *burnout*, (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”), concepto que fue ratificado por Gil y Montes en el 2000, quienes definieron el término de SB, como un estado avanzado de desgaste profesional, o de cansancio emocional, tomando en cuenta varias dimensiones como el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, surgiendo en un período de tiempo, como un proceso continuo y que pueden confundirse con otras causas de estrés producto del contexto de vida (8)(9). Se describe diversos factores de riesgo que propicia el desarrollo de síndrome de burnout, relacionado a condiciones y ambientes laborales, por ejemplo: excesiva carga laboral, situaciones problemáticas y ambigüedad de soluciones, deficiente participación y apoyo social escaso y sentimientos de injusticia. Adicional, otros factores como cortos períodos vacacionales, trabajos en situaciones tensas como en áreas críticas y sala de operaciones, servicios de alto riesgo de contagio, trabajos reiterativos, insatisfacción laboral, desmotivación en el trabajo, estilos de vida poco saludable, conflictos familiares, entre otros (10).

Para el diagnóstico del síndrome de Burnout se han utilizado diferentes técnicas, evolucionando desde observaciones sistemáticas y entrevistas al uso de cuestionarios o autoinformes, siendo el más utilizado actualmente el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) (11).

En años anteriores (no pandemia) se reportan prevalencia en nuestro país entre 2,5 % y 5,9%, a la par de países como Ecuador, México Colombia, El

Salvador y Guatemala. Además, se encontró que los profesionales de la salud más afectados por el síndrome de burnout son: Médicos con 12,1 % y Enfermería con 7,2 %. Así como Odontología, Nutrición y Psicología, obtuvieron cifras inferiores al 6% (2).

Por otro lado, es de importancia mencionar el término somatización, el cual fue diseñado a inicios del siglo XX por el psicoanalista y médico neurólogo alemán Wilhem Shekel, para denotar el proceso en el cual un problema psicológico pueda resultar en síntomas somáticos y/o físicos; alejando la atención del trastorno psicológico que le genera ansiedad (12).

Es por ello que dicho fenómeno conlleva a largo plazo a múltiples consultas médicas y dificultades sociales, secundarias a la alta utilización de recursos, manifestado en interconsultas a especialistas y solicitud de diversos estudios innecesarios, que ocasionan altos costos y riesgo de complicaciones secundarios a un manejo inadecuado. La persistencia de encontrar el origen de la sintomatología y la dificultad de llegar a un diagnóstico, asociado al ausente reconocimiento de un origen psicosocial, produce una percepción de ineffectividad, antipatía y frustración en el personal de salud, y a la vez no mejoran su sufrimiento, ni su incapacidad (13).

Una de las herramientas diagnosticas más usadas actualmente en la atención Primaria a nivel global es el PHQ (patient health questionnaire), una prueba de cribado que proviene de un auto-informe del sistema PRIME-MD, el cual es para evaluar trastornos mentales, se miden en 2 fases: el Cuestionario

del Paciente (Patient Questionnaire [PQ]) y la Guía de Evaluación Clínica (Clinician Evaluation Guide [CEG]) realizada por el médico. Se compone de diversos módulos, que valoran los trastornos mentales más frecuentes, entre ellos la ansiedad generalizada, depresión, el trastorno de pánico y síntomas somáticos. En este caso específicamente, el PHQ-15 es uno de los instrumentos validados, ya que permite determinar la gravedad de los síntomas somáticos y sin tener de fondo una base orgánica (14).

Estas patologías mencionadas anteriormente tienen un impacto psicológico importante en los trabajadores de salud, y si a esto le sumamos el problema de la pandemia de COVID-19, resulta en una exacerbación de los problemas de salud mental existentes, con un costo emocional y físico particular (15).

Existen pocos antecedentes sobre estos temas en el contexto de la pandemia, sin embargo, podemos mencionar los siguientes:

Barello S, Palamenghi L et al en 2020, describió los distintos niveles de agotamiento en personal de salud y los síntomas somáticos de dichos trabajadores dedicados a la atención médica en primera línea de pacientes con COVID-19 en la cúspide de la pandemia en Italia, comparando entre géneros y cargos ocupacionales. También investigó la relación entre el agotamiento de los profesionales y los síntomas negativos de salud. Se incluyeron 1.153 profesionales de la salud, en lo que un gran porcentaje informó puntajes altos en uno de los dominios de MBI: más de 1 de cada 3, alcanzó un puntaje alto de agotamiento emocional y 1 de 4, reportó niveles altos de despersonalización,

alrededor del 15% informó bajos niveles de gratificación personal. El 45% de la muestra sufrió al menos un síntoma físico en las 4 semanas anteriores (16).

Marinaci T, Carpinelli L et al en 2020; relacionaron los niveles de síntomas psicosomáticos (PS) y agotamiento emocional (AE) en trabajadores italianos de salud de primera línea durante la emergencia de Covid-19. Se recolectó 103 cuestionarios, cuyos resultados fueron: el 54,4% de médicos obtuvieron puntuaciones medias (26,2%) y altas (28,2%) en la escala de agotamiento emocional; El 54,3% superó el nivel de gravedad de los síntomas psicosomáticos moderada (25,2%), alta (18,4%) o muy alta (10,7%); Aproximadamente el 50% de los trabajadores sanitarios percibieron que nunca o rara vez se sintieron protegidos por el apoyo de las respuestas institucionales y juzgaron el soporte emocional recibido como inadecuado; y el 32% consideraron las medidas de higiene y seguridad como insuficientes (17).

Galanis et al en 2020; analizaron el agotamiento en enfermeras y los factores de riesgo asociados durante la pandemia de COVID-19. incluyendo 16 estudios, para un total de 18.935 enfermeras, donde la prevalencia encontrada fue: agotamiento emocional 34,1%, despersonalización 12,6% y falta de realización personal 15,2%. Los factores de riesgo principales que incrementaron el agotamiento fueron los siguientes: menor apoyo social, edad más joven, mayor amenaza percibida de Covid-19, poca disposición de los colegas y familia para enfrentar al COVID-19, trabajar en zonas de alto riesgo, mayor tiempo de trabajo en áreas de cuarentena, mayor carga laboral, trabajo

en hospitales con recursos materiales y humanos inadecuados e insuficientes, y menor nivel de capacitación especializada en COVID-19 (18).

Por otra parte, Nicholas Ch, Grace L et al 2020; investigaron la asociación entre las alteraciones psicológicas y los síntomas físicos de los profesionales en salud en 5 hospitales, implicados en el cuidado de pacientes con COVID-19, en Singapur e India. Se aplicó un cuestionario a 906 profesionales, obteniendo como resultados que, 48 (5.3%) salieron positivo a depresión moderada hasta muy severa, 79 (8.7%) obtuvieron ansiedad moderada hasta extremadamente severa, 20 (2.2%) obtuvieron para moderada hasta extrema de estrés severo, y 34 (3.8%) obtuvieron niveles moderados hasta severos de angustia psicológica. El síntoma con mayor reporte fue dolor de cabeza (32.3%), la mayoría de participantes (33.4%) informando más de cuatro síntomas (19).

OBJETIVOS

General:

Analizar la relación del síndrome de burnout y síntomas somáticos en el personal de salud frente al SARS-COV-2 del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y laborales de los participantes.
2. Identificar los niveles del síndrome de burnout y sus dimensiones, en el Personal de salud dedicados a la atención clínica frente al SARS-COV-2.
3. Definir la presencia de síntomas somáticos y su gravedad.
4. Comparar las características sociodemográficas y laborales con las dimensiones del síndrome de burnout.
5. Analizar las características sociodemográficas y laborales con la gravedad de síntomas somáticos
6. Evaluar la relación entre los niveles del síndrome de burnout y los síntomas somáticos del personal de salud dedicados a la atención clínica frente al SARS-COV-2.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio:

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal.

Población:

Estuvo comprendida por trabajadores de salud de 4 servicios (emergencia, Unidad de cuidados intensivos, anestesiología y Sala de operaciones) dedicados a la atención clínica de pacientes infectados por el SARS-COV-2 del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el periodo comprendido entre Octubre y Diciembre 2020. Este Hospital está catalogado como nivel de atención III-1, siendo una institución prestadora de servicios de salud de referencia a nivel nacional.

Criterios de inclusión:

Personal de salud entre 18-60 años, que labora en los servicios de emergencia, UCI, anestesiología y sala de operaciones COVID-19, que atienden pacientes infectados por el SARS-COV-2 como son: Médicos, licenciados de enfermería, técnicos de enfermería y obstetras en el Hospital Nacional Dos de Mayo

Personal de salud que acepten participar en el estudio voluntariamente, previo consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Personal de salud que se encuentre de licencia, vacaciones o que laboren en áreas que no tengan contacto con pacientes sospechoso o confirmados de COVID-19.
- Personal de salud que no deseen participar voluntariamente en el estudio.
- Personal con patología psiquiátrica diagnosticada como, por ejemplo: depresión, ansiedad, psicosis, trastorno bipolar, entre otras.
- Trastorno de la glándula tiroides: hipotiroidismo e hipertiroidismo.
- Hospitalización o cirugía en los últimos seis meses.
- Consumo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos, esteroides, antidepresivos, benzodiazepinas, moduladores del ánimo y sustancias de abuso.

Muestreo:

El estudio estuvo conformado por una muestra de 196 profesionales de salud. El tamaño muestral fue calculado mediante el software usado "Openepi", teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95% y un error de estimación de 5%, obteniendo un mínimo de 178 participantes para un universo de 1844 profesionales de salud.

Procedimientos del estudio

- Previa autorización del comité de ética de la UCSUR, se solicitó la autorización de la dirección y comité de ética encargado de investigación del Hospital Nacional Dos de Mayo y se procedió a la recaudación de información

- Preparación:

Los autores fueron capacitados por el asesor para la recolección de los datos, en base al protocolo elaborado. Previo a llevar a cabo la recolección, se realizó un ensayo donde se aplicó la encuesta para recolectar la información necesaria.

- Tamizaje y enrolamiento:

Cada participante fue sometido a criterios de elegibilidad, siendo el caso que, si uno de éstos no cumplió con dichas características, no fue tomado en cuenta al momento del procesamiento de datos.

- Recolección de datos:

Se acudió a las áreas de manejo y/o atención de pacientes infectados por el nuevo COVID-19 en mencionado hospital; como es emergencia, UCI, anestesiología y sala de operaciones; previa colocación de equipo de protección personal adecuados, se invitó al personal de salud de los diferentes turnos de forma voluntaria, como son médicos, licenciados de enfermería, técnicos de enfermería y obstetras a participar en la investigación, garantizando la confidencialidad de los participantes y entrega de consentimiento informado para su aprobación, posteriormente se procedió a la entrega de un cuestionario el cual al culminar de llenar, se colocó en un sobre cerrado para la desinfección hasta el momento de la transcripción e interpretación.

Mencionado consentimiento informado e instrumento de recolección se detalla a continuación:

- ✓ **Consentimiento Informado:** A toda persona considerada para el estudio, se le explicó los beneficios y riesgos propios de la investigación, y se obtuvo un consentimiento informado, en el que, además, se hizo énfasis, en el carácter confidencial de su aporte, así como que el mismo, tiene solo fines científicos (ver anexo 1)
- ✓ **Instrumento de recolección de datos:** Se diseñó una herramienta para la recolección de los datos de la investigación, el cual se aplicó a toda la muestra citada. Dicha encuesta viene comprendida por lo siguiente (ver anexo 2):

- **Parte I:** inclusión en el estudio:

Comprende datos generales de identificación del individuo, así como preguntas cerradas que comprenden los criterios de exclusión establecidos previamente. En caso de responder SÍ en algunas de las opciones, se dió por concluido el formulario en vista de que el individuo cumple con algún criterio de exclusión.

- **Parte II: variables sociodemográficas y laborales**

Se realizaron 20 preguntas cerradas y 1 abierta (edad) de cada una de las variables sociodemográficas y laborales planteadas

- **Parte III: Cuestionario de salud del paciente PHQ-15**

Es una subescala de síntomas somáticos provenientes del PHQ-completo, que se establece sobre 15 síntomas somáticos, presentados en las últimas 4 semanas, sin diagnóstico orgánico previo, representando el 90% aproximadamente de las quejas físicas (se excluyen síntomas del tracto respiratorio superior), estos a su vez incluyen 14 de los 15 síntomas somáticos descritos el trastorno de somatización del DSM-IV más prevalentes.

o **Parte IV: Cuestionario MBI (INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH)**

Compuesto de 22 ítems en forma de afirmaciones, abarcando los sentimientos y actitudes del profesional de salud. Este test busca medir la frecuencia e intensidad que se padece el síndrome de Burnout.

- Mide las siguientes subescalas:
 - Agotamiento o cansancio emocional. Compuesto de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.)
 - Despersonalización. Compuesto de 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.)
 - Realización personal. Compuesto de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.)

Variables y operacionalización de las variables

Síndrome de Burnout: Variable dependiente, la cual se evaluó utilizando el cuestionario ya mencionado MBI, que a su vez comprende las siguientes categorías:

Agotamiento emocional (AE): Variable cualitativa – Ordinal, se categoriza como alto: 27-54 puntos, medio: 19-26 puntos y bajo: 0-18 puntos.

Despersonalización (DP): Variable cualitativa – Ordinal, se categoriza como alto: 10-30 puntos, medio: 6-9 puntos y bajo: 0-5 puntos

Realización personal (RP): Variable cualitativa – Ordinal, se categoriza como alto: 40-56 puntos, medio: 34-39 puntos y bajo: 0-33 puntos

Considerando lo mencionado anteriormente se clasifica el síndrome de Burnout, por niveles de gravedad como: Leve: al obtener bajo AE, baja DP y alta RP en el trabajo; Grave: cumpliéndose 3 criterios, alto AE, alta DP y baja RP y Moderado: cumpliendo uno o 2 criterios graves.

Características sociodemográficas: Variable ordinal – nominal: Se considera edad, genero, estado civil, número de hijos, entorno familiar estresante, horas de sueño, hábito tabáquico, lugar de residencia.

Características laborales: años ejerciendo labores, cargo laboral desempeñado, número de horas laborales, frecuencia de guardias nocturnas y accidente laboral.

Características relacionadas a COVID-19: variable cualitativa-nominal-dicotómica, antecedente de infección por COVID-19, miedo a enfermarse o morir, miedo al cuidado de personas infectadas, trabajo bajo presión en área infectada, equipo de protección personal.

Cuestionario PHQ-15: Compuesto de 15 ítems, teniendo como respuesta tres opciones (Nada hasta Mucho). Cada una tiene un puntaje representado por 0=Nada, 1=Un Poco, 2=Mucho. Las respuestas tienen que estar basadas en lo que el personal ha sentido en un mes. Se suman todos los ítems para obtener un puntaje entre 0 a 30 puntos. Después se categorizan en distintas gravedades, teniendo de 0 a 4: Mínima, 5 a 9: Baja, 10-14: Media, 15-30: Alta.

Plan de análisis estadístico

Una vez recolectados los datos se procedió a la digitación y/o registro realizando tablas en el programa Microsoft Office Excel 2016 y posterior el análisis de las variables en el programa Stata. Los variables fueron descritas mediante medidas de tendencia central, desviación estándar, error estándar, intervalo de confianza de 95%, valor mínimo, valor máximo y valores de P de dos colas $\leq 0,05$ serán considerados significativos. Las variables nominales se describieron como porcentajes y diferencia entre medias (t Student), considerándose valores de P de dos colas $\leq 0,05$ como significativos. Se utilizó ANOVA de 2 o más factores según sea el caso para relación de variables cualitativas y cuantitativas.

Aspectos éticos

En el manejo ético de los pacientes, se cumplieron las normativas de la declaración de Helsinki 2000 y los pacientes llenaron un formulario de consentimiento informado (anexo 1), asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos. Dicho consentimiento informado, explica riesgos y beneficios potenciales al participar, así mismo se estableció la naturaleza completamente voluntaria de la participación del personal de salud dedicados a la atención de pacientes con infección por SARS-COV-2, siendo excluidos los que no desearon participar en la investigación. Los datos fueron transcritos y almacenados en los dispositivos de los investigadores con contraseña, y serán eliminados al final de la sustentación de la investigación. En cuanto a los resultados de la investigación fueron notificados oportunamente a los participantes y así mismo se brindó aportes y recomendaciones relacionadas al tema.

RESULTADOS

Se constó con 204 participantes, de los cuales 8 fueron excluidos según criterios, quedando 196 participantes que laboran en área COVID-19 del Hospital Nacional 2 de mayo.

En cuanto a la caracterización de la muestra de estudio (Tabla N° 1), se evidencia que los grupos son homogéneos en la mayoría de las variables, observando con predominio en el sexo femenino con 54,1%, el grupo etario entre 51-60 años con 29.1%, estado civil casado con 51,5%, el 69,4% tienen 1 o más hijos; y el 86,2% reportan menos de 8 horas de sueño al día. En base a la ocupación se describe un 48,5% corresponde a personal de enfermería que incluyen técnicos y licenciados, el 87,8% contaban con más de 3 años de experiencia laboral, el 62,8% labora más de 40 horas semanales, y así mismo el 29,6% realiza guardias nocturnas cada 4-5 días.

Tabla N° 1.- Características Sociodemográficas y laborales de los participantes

Variable	Características	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Sexo	Femenino	106	54,1%
	Masculino	90	45,9%
Edad(años)	18 – 30 años	34	17,3 %
	31- 40 años	56	28,6 %
	41 -50 años	49	25,0 %
	51- 60 años	57	29,1 %
Estado civil	Soltero (a)	78	39,8 %
	Casado (a)	101	51,5 %
	Divorciado (a)	14	7,1 %
	Viudo (a)	3	1,5 %
Numero Hijos	Ninguno	60	30,6 %
	1 o Más	136	69,4%
Horas de Sueño	Menos 8 horas	168	86,2 %

	Mas 8 horas	27	13,8 %
Ocupación	Médico (a)	91	46,4%
	Enfermero (a) (Licenciados y técnicos)	95	48,5%
	Obstetras	10	5,1%
Años de Servicio	1 año	11	5,6%
	2 años	13	6,6 %
	3 años o mas	172	87,8%
Horas de trabajo	40 horas o mas	123	62,8%
	Menos de 40 horas	73	37,2%
Frecuencia de las guardias nocturnas	Ninguna	55	28,1%
	Interdiaria	12	6,1 %
	Cada 2 – 3 días	56	28,6%
	Cada 4 – 5 días	58	29,6%
	Cada 6 días o mas	15	7,6%

En la tabla N°2 se muestra que, de los participantes el 94,9% no tienen hábito tabáquico, el 72.7% viven en área metropolitana, a pesar de ello se evidencia que el 66,8% invierte más de 30 minutos en la distancia del trabajo al hogar. En cuanto a percepciones se tiene, que el 67.5% refieren tener insuficientes ingresos económicos, el 61,73% no describen ambiente de estrés familiar; el 71,4% no reportan accidente laboral. En base a las percepciones relacionadas al COVID-19 tenemos que, el 67,3% de los entrevistados tiene miedo a enfermarse, el 52% tiene miedo al cuidado de pacientes contagiados, el 77,6% reportan no haberse contagiado por COVID-19 al momento de la encuesta. Por otra parte, el 53,6% percibe presión en el área COVID-19, así mismo el 59,3% considera poseer insuficientes equipos de protección para el cuidado de pacientes contagiados.

Tabla N°2 Características demográficas, miedos y percepciones de los participantes

Variables	Características	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Hábito Tabáquico	Si	10	5,1%
	No	186	94,9%
Distancia desde el trabajo	Menos 30 min	65	33,2 %
	Mas 30 min	131	66,8 %
Vive en Área Metropolitana	Si	141	72,7 %
	No	55	27,3 %
Situación familiar Que genera estrés	Si	74	38.27%
	No	121	61.73%
Ingresos	Suficiente	62	32,5 %
	Insuficiente	129	67,5 %
Accidente Laboral	Si	56	25,6 %
	No	140	71,4 %
Ha tenido Coronavirus	Si	44	22,4 %
	No	152	77,6 %
Miedo a enfermarse de COVID-19	Si	132	67,3 %
	No	63	32,1 %
Miedo al cuidado de pacientes con COVID-19	Si	102	52.0%
	No	94	48.0%
Presión Por Trabajar con pacientes COVID-19	Si	104	53,6 %
	No	90	46,4%
Bioseguridad (equipo De protección personal)	Suficiente	79	45,9 %
	Insuficiente	115	59,3 %
Sientes más agotamiento físico y Mental durante la pandemia	Si	154	78.6%
	No	41	21.4%

Del grupo estudiado en relación a los niveles de burnout tenemos que el 44,1% presento un rango leve, 49,5% moderado y 6,1% grave o completo. Dentro de las dimensiones del síndrome de burnout se encontró que el agotamiento emocional, presento un puntaje promedio de $17,27 \pm 9,48$, con un 40,3% bajo, 11,7% medio y 48% alto. La despersonalización obtuvo un puntaje promedio de $4,21 \pm 3,89$, con un 65,3% bajo, 15,3% medio y 19,4% alto y por último en realización personal se encontró un puntaje promedio de $6,78 \pm 4,23$ con un 69,9% bajo, 17,9% medio y 12,2% alto. En la variable de somatización

tenemos que el promedio de puntuación fue $6,78 \pm 4,23$, categorizado en mínimo (37,8%), bajo (38,8%), medio (18,4%) y alto (5,1%) (Tabla n°3 y 4).

Tabla N°3 Dimensiones de los niveles síndrome de Burnout y gravedad de síntomas somáticos

Agotamiento emocional	Bajo	79	40,3%
	Medio	23	11,7%
	Alto	94	48,0%
Despersonalización	Bajo	128	65,3%
	Medio	30	15,3%
	Alto	38	19,4%
Realización Personal	Bajo	137	69,9%
	Medio	35	17,9%
	Alto	24	12,2%
Burnout	Leve	87	44,1%
	Moderado	97	49,5%
	Grave	12	6,1%
Síntomas Somáticos	Mínimo	74	37,8%
	Bajo	76	38,8%
	Medio	36	18,4%
	Alto	10	5,1%

Tabla N°4: Medias de las dimensiones de burnout y síntomas somáticos

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	41,9694	10,76171	21,00	60,00
Agotamiento emocional	17,2704	9,48647	1,00	45,00
Despersonalización	4,2194	3,89580	0,00	19,00
Realización personal	36,5000	8,06671	12,00	48,00
Somatización	6,7806	4,23633	0,00	23,00

Desglosando la variable de síntomas somáticos tenemos que, los síntomas con mayor molestias y/o quejas (muchas molestias) en los participantes fueron lumbalgia, insomnio, artralgias, cefalea, cansancio o fatiga, alteración del tránsito intestinal y náuseas con 51%, 50,5%, 45,5%, 33,7%, 29,6%, 21,7% y 21,7% respectivamente, seguidos de los síntomas con menos frecuencia reportada son: dolor abdominal, disnea, palpitaciones, problemas menstruales, problemas durante el acto sexual, dolor torácico, síncope y mareo, estos 2 últimos sin reportes. (Tabla N° 5)

Tabla 5. Frecuencias de los síntomas somáticos en el grupo de estudio

Variable	Característica	Frecuencia (n)	Porcentaje %
Dolor Estómago/ Abdominal	Ninguno	145	74,4%
	Poca Molestia	36	18,5%
	Mucha Molestia	14	7,2%
Lumbalgia	Ninguno	60	30,1%
	Poca Molestia	35	17,9%
	Mucha Molestia	100	51,0%
Artralgia	Ninguno	85	43,4%
	Poca Molestia	19	9,9%
	Mucha Molestia	87	45,5%
Problemas menstruales	Ninguno	181	92,3%
	Poca Molestia	15	7,7%
Problemas durante el acto sexual	Ninguno	181	92,3%
	Poca Molestia	15	7,7%
Mareos	Ninguno	196	100%
Síncope	Ninguno	196	100%
Cefalea	Ninguno	122	62,2%
	Poca Molestia	8	41,1%
	Mucha Molestia	66	33,7%
Dolor torácico	Ninguno	190	96,9%
	Poca Molestia	6	3,1%
Palpitaciones	Ninguno	186	94,9%
	Poca Molestia	6	3,1%
	Mucha Molestia	4	2%
Disnea	Ninguno	162	83,1%
	Poca Molestia	18	9,2%
	Mucha Molestia	15	7,1%
Alteración en el tránsito intestinal	Ninguno	136	69,4%
	Poca Molestia	13	6,6%
	Mucha Molestia	47	24,0%
Nauseas, gases o indigestión	Ninguno	123	62,8%
	Poca Molestia	30	15,3%
	Mucha Molestia	43	21,7%
Cansancio o fatiga	Ninguno	116	59,2%
	Poca Molestia	22	11,2%

	Mucha Molestia	58	29,6%
Insomnio	Ninguno	58	29,6%
	Poca Molestia	39	19,9%
	Mucha Molestia	99	50,5%

En la tabla n°6 se encontró una asociación estadística entre los síntomas somáticos y sexo, así como entre el número de hijos y hábito tabáquico con todas las dimensiones del síndrome de burnout como son agotamiento emocional, despersonalización y realización personal ($p < 0.05$); por otra parte, no se evidenció relación estadísticamente significativa entre las horas de sueño y las horas laboradas con la presencia de estos parámetros.

Tabla 6.- Correlación de las dimensiones del Burnout con datos sociodemográficas (t Student)

Variables	Características	Puntuación Dimensiones del Burnout				
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Somatización	Edad
Sexo	Femenino	18,1604	4,0660	35,9245	7,3491	39,4528
	Masculino	16,2222	4,4000	37,1778	6,1111	44,9333
	Sig	0,15	0,55	0,28	≤0.05*	≤0.05*
Número Hijos	Ninguno	20,1525	5,5593	34,0847	6,7288	32,0000
	1 o Más	16,0662	3,6691	37,4706	6,8015	46,3235
	Sig	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	0,92	≤0.05*
Horas de sueño	Menos 8 horas	17,3195	4,1893	36,4083	6,7811	41,6509
	Mas 8 horas	16,9630	4,4074	37,0741	6,7778	43,9630
	Sig	0,30	0,8	0,78	0,62	,097
Horas Laboradas	40 horas o mas	18,0813	4,5285	37,1220	6,7317	40,5122
	Menos de 40 horas	15,9041	3,6986	35,4521	6,8630	44,4247
	Sig	,503	,150	,162	,834	≤0.05*
Hábito Tabáquico	SI	23,5556	7,0000	30,7778	9,0000	33,6667
	NO	17,0000	4,0968	36,7957	6,6935	42,3118
	Sig	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*

En la tabla n°7 se representa las dimensiones del síndrome de burnout como son agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, así como la somatización en relación a las variables demográficas, miedos y percepciones, encontrándose que existe relación estadísticamente significativa entre los ingresos económicos y la presencia de agotamiento emocional como con somatización; también se refleja la relación estadística entre accidentes laborales y somatización, la presión en el trabajo por tratar con pacientes infectados y la percepción de agotamiento físico y mental con la presencia de todas las dimensiones del síndrome de burnout así como de somatización ($p < 0.05$). Sin embargo, no se evidenció relación estadísticamente significativa entre distancia al trabajo, vivienda en lima metropolitana, infección por COVID-19 y sensación de seguridad con uso de EPP (equipos de protección personal), con las variables de dimensiones y somatización.

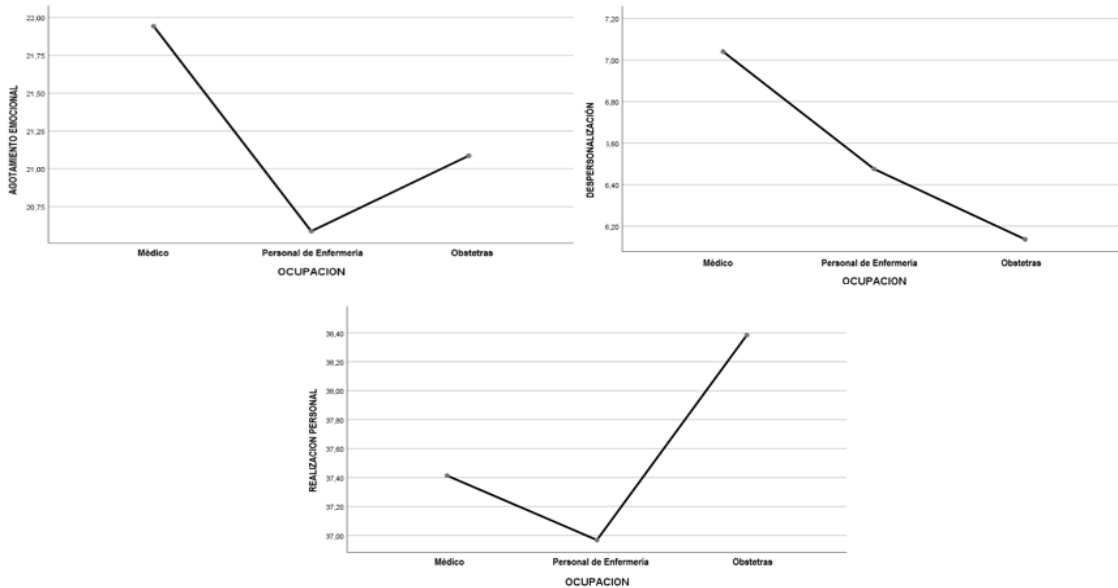
Tabla 7. Correlación de las dimensiones del Burnout con datos perceptuales (t Student)

Variables	Características	Puntuación Dimensiones del Burnout				
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Somatización	Edad
Distancia al trabajo	Menos 30 min	17,4308	4,3538	35,9231	7,2000	42,6462
	Más de 30 min	17,1908	4,1527	36,7863	6,5725	41,6336
	Sig	,868	,735	,482	,330	,537
Vivienda en Lima	SI	17,0638	4,1206	36,1631	6,8156	42,6596
	NO	18,2642	4,5094	37,3774	6,8113	40,0566
	Sig	,432	,539	,353	,995	,132
Infección por coronavirus	SI	15,7500	3,3409	36,9773	7,2273	41,6136
	NO	17,7105	4,4737	36,3618	6,6513	42,0724
	Sig	,804	,228	,089	,657	,428
Ingresos económicos	Suficiente	14,7419	3,9194	36,9839	5,6935	40,8710
	Insuficiente	18,5969	4,3721	36,1550	7,4496	42,4341
	Sig	≤0.05*	,457	,513	≤0.05*	,277

Accidente laboral	SI	18,9273	3,9818	35,8727	8,6909	40,5818
	NO	16,5786	4,3071	36,7429	6,0286	42,4714
	Sig	,121	,602	,500	≤0.05*	,482
Miedo al contagio	SI	18,0606	4,3106	36,7424	7,1136	43,0606
	NO	15,7778	3,9048	35,9048	6,0952	40,0159
	Sig	,116	,494	,500	,118	,063
Miedo al cuidado de pacientes	SI	17,8137	4,0098	35,6569	7,5980	44,1667
	NO	16,6809	4,4468	37,4149	5,8936	39,5851
	Sig	≤0.05*	,405	,434	,128	≤0.05*
Presión por trabajar con Pacientes	SI	21,0096	4,6154	35,4423	8,0000	41,4423
	NO	12,8556	3,7000	37,7222	5,4000	42,5333
	Sig	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	,483
Bioseguridad	Suficiente	15,9620	3,8354	36,6203	6,2532	42,4177
	Insuficiente	18,2870	4,5043	36,3913	7,2087	41,5739
	Sig	,094	,242	,846	,123	,592
Sensación de agotamiento o en pandemia	SI	19,0325	4,6753	35,4156	7,5130	40,9481
	NO	10,6585	2,4634	40,7805	4,1220	45,9756
	Sig	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*	≤0.05*

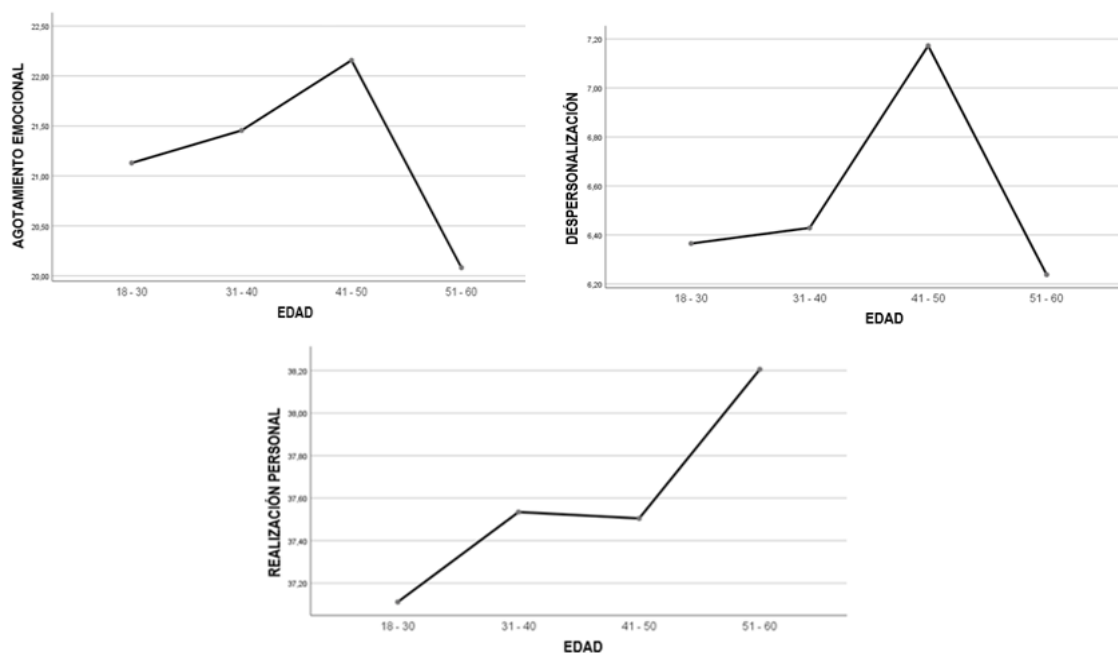
Evaluando la tendencia por análisis de varianza por dimensiones del Burnout, se evidenció, niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización en el personal médico, mientras que baja realización personal en enfermería, considerados estos como patológicos y pilares del síndrome (Figura n° 1).

Figura N°1 Relación entre ocupación y dimensiones del síndrome de burnout



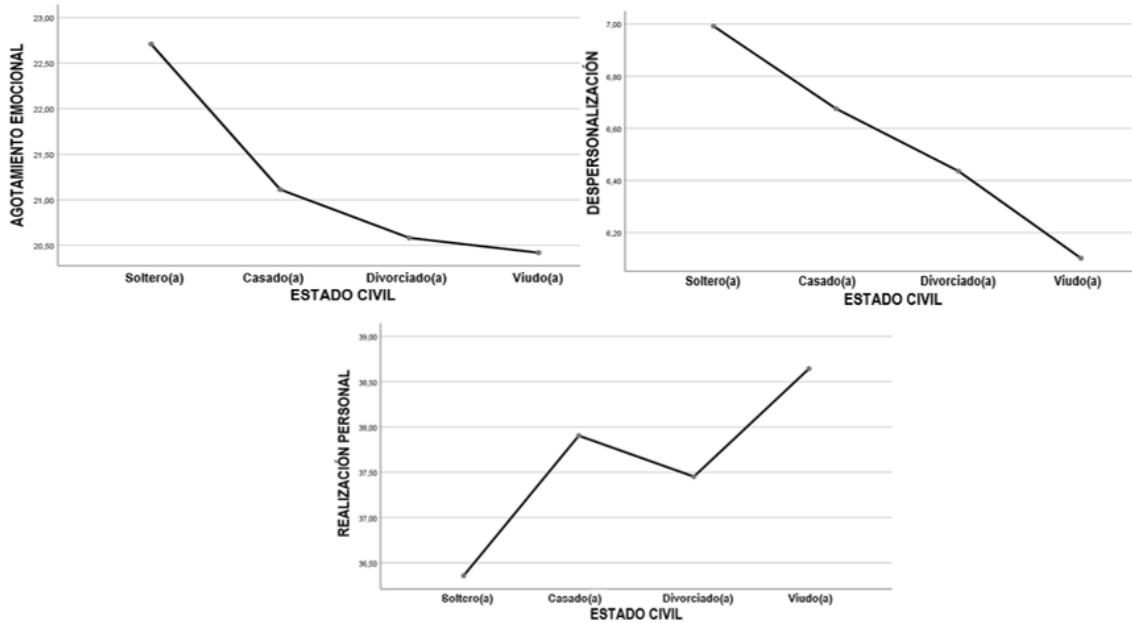
Con respecto a la edad, se tiene que los niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización se encontraron en participantes entre 41-50 años, en cambio niveles más bajo de realización personal entre 18-30 años (Figura n° 2).

Figura N°2 Relación entre edad y dimensiones del síndrome de Burnout



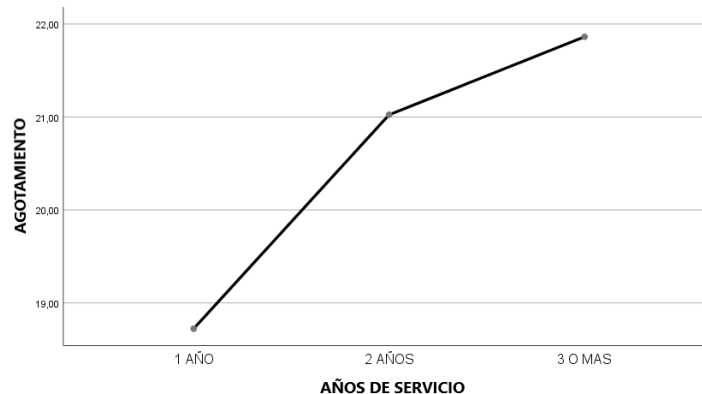
Se observó en el estado civil, que los solteros presentan más agotamiento emocional y despersonalización, así como menos realización personal que el resto de participantes con otros estados civil (Figura n° 3).

Figura N°3 Relación entre estado civil y dimensiones del síndrome de Burnout



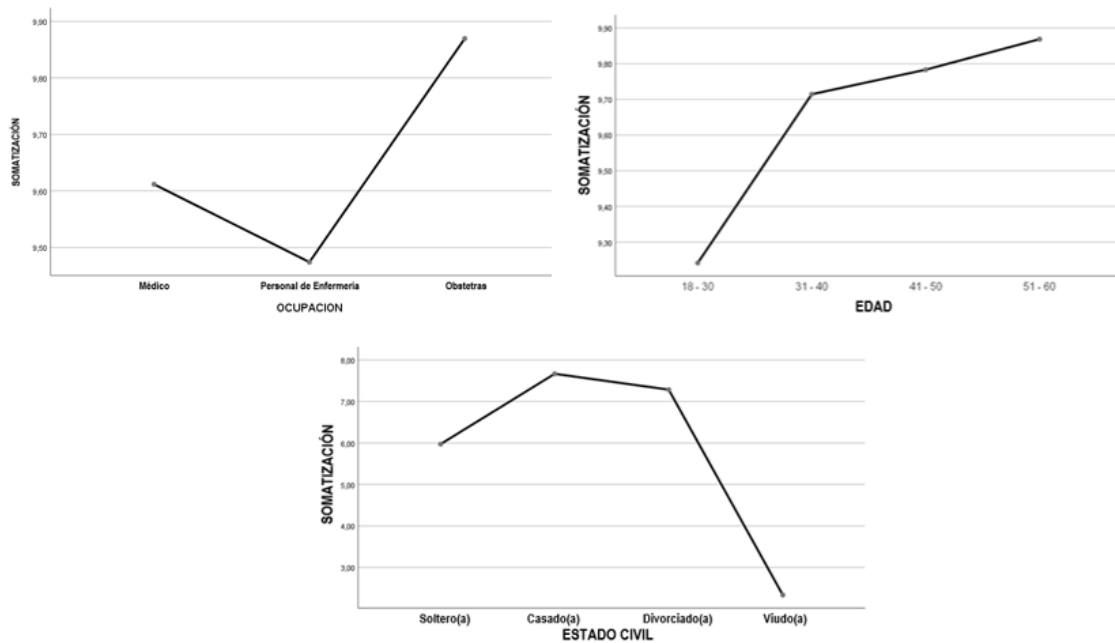
En cuanto a los años de servicio, se halló que los niveles más altos de agotamiento emocional se relacionan con mayor tiempo laboral, tomando en cuenta más de 3 años en esta característica. (Figura n° 4).

Figura N°4 Relación entre años de servicio y agotamiento emocional



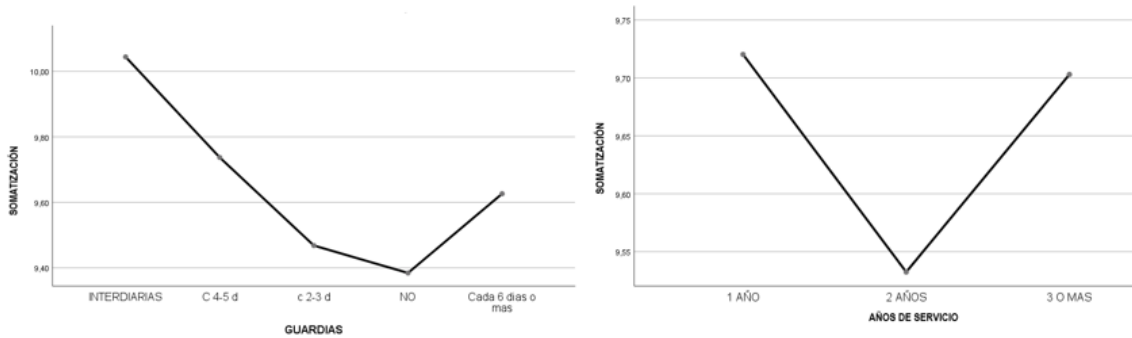
Determinando la tendencia por análisis de varianza de la variable de somatización en relación a otras variables tenemos que, el personal más afectado fue las obstetras, seguidos de médicos; por otra parte, la edad perjudicada fue el grupo etéreo entre 51-60 años, los casados presentan más quejas seguidos del grupo de divorciados. (Figura n° 5).

Figura N°5 Relación entre síntomas somáticos y variables socio demográficas



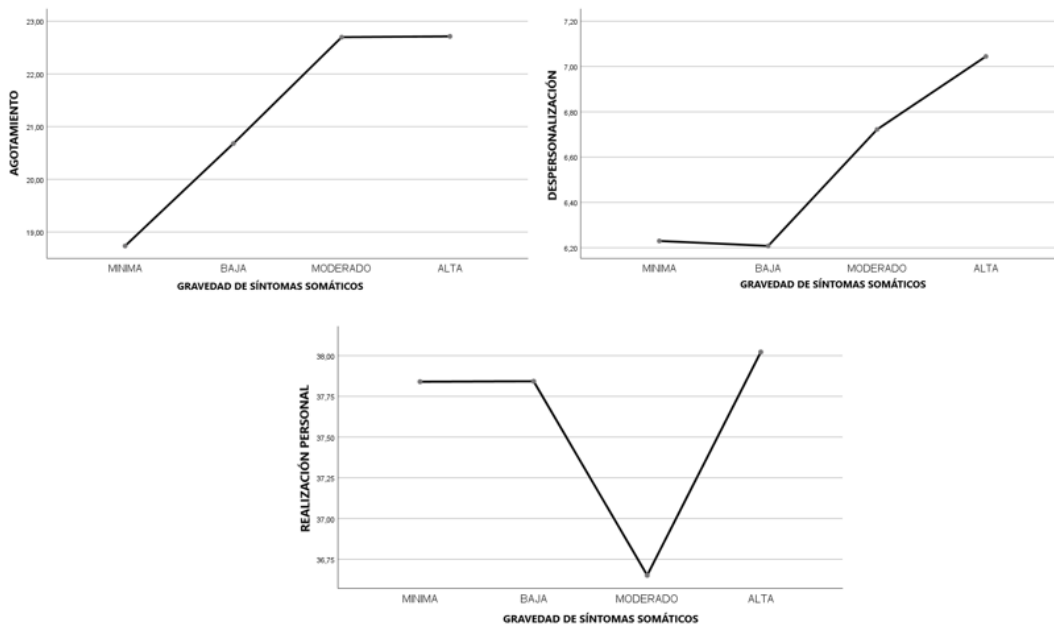
En el ámbito laboral, el personal que realiza guardias nocturnas interdiarias presenta niveles más altos de somatización, en cambio los que no realizan guardias nocturnas no reportan quejas. Así mismo los que tiene 1 año en labores se muestran con puntuaciones más altas (Figura n° 6).

Figura N°6 Relación entre síntomas somáticos y variables laborales



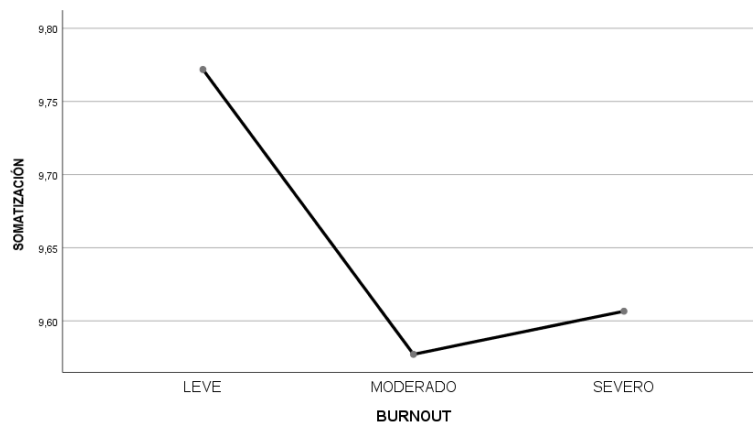
Se estableció relación en, que a mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización mayor presencia de síntomas somáticos, así como la tendencia que a menor realización personal se manifiesta síntomas somáticos moderados. (Figura n° 7).

Figura N°7 Relación entre dimensiones de síndrome de Burnout y gravedad de síntomas somáticos



Para finalizar en la Figura n° 8, se relacionó los grados de síndrome de burnout con la presencia de síntomas somáticos, demostró que los participantes con nivel leve de burnout presentaron mayor somatización, seguidos del nivel severo y por último del nivel moderado.

Figura N°8 Relación entre niveles del síndrome de burnout y síntomas somáticos



DISCUSIÓN

La inesperada aparición de la pandemia por COVID-19, implicó en los trabajadores de salud un gran estrés psicológico, ya que los conocimientos limitados sobre la patología, el riesgo de infección tanto personal como para sus familias, el no dominio en el uso del equipo de protección personal, temor de las consecuencias mortales y experimentar el sufrimiento de los pacientes, así como sus muertes; acarrearón en el personal sanitario, el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, por lo que no es de extrañar que desarrollen pensamientos negativos y angustias causando alteración psicológicas que conduzcan a ciertos trastornos. (20)

Este estudio encontró una prevalencia de 6.1% de síndrome de burnout grave en personal sanitario dedicados a la atención de paciente COVID-19, lo que difiere de otros estudios nacionales como son: Campos 2021 con 15,7% y Flores 2021 quien estimo frecuencia de 3.1%, sin embargo nuestro resultado es similar a estudios internacionales que incluyen este mismo tipo de personal como Eighazally 2021 en Egipto que reporto 6%, siendo esta una cifra mayor a lo encontrado en estudios nacionales prepandemia, como por ejemplo Maticorena 2014, con prevalencia global de 2.8%, y Grau 2007 con 4.3%; se tiene que tener presente que estos estudios nacionales fueron realizados en años donde no estuvo presente un factor sobreañadido al estrés laboral, como es la pandemia de covid-19, pudiendo reflejar lo descrito por Restauri 2020, quien afirma que las epidemias y/o pandemias ocasionan un aumento relevante de los trastornos en la salud mental. (21),(22),(23),(24),(2),(25).

Desglosando el síndrome de burnout en sus dimensiones, encontramos que el impacto mayor se evidenció, en alto agotamiento emocional con 48.0%, similar al encontrado en el personal sanitario en Portugal 53%; a pesar que la prevalencia fue menor que la reportada en el mundo: Egipto de 35%, Australia 30%; Brasil 21%; Wuhan 13%; Italia 37%, 25% y 15.3% y España 41%, 15.2% y 8.4%. los diversos resultados se puede deber a las diferentes escalas usadas, culturas y sistemas de salud dispar (23). La baja realización personal global de 69.9 % hallada en este trabajo, se aproxima a la cifra de Vinuesa 2021 en Ecuador de 85.41% en médicos y 78.09% en enfermeras; sin embargo, Flores 2021 en Perú encontró 33.2% y Campos 37%; valores que se pueden deber a los diferentes escenarios hospitalarios para hacer frente a los desafíos impuesto por la pandemia. Por otra parte, la despersonalización fue de 19,4% similar a lo descrito por Barelo 2020 en Italia, quien afirma encontrar 24.7%, mientras que Hu 2020 en Wuhan, lugar de origen del primer brote de la infección, fue 42.3%. Estos resultados requieren una especial atención, para comprender las consecuencias en la salud mental del trabajador sanitario de primera línea y su fuerza laboral en la atención medica frente a los desafíos del brote COVID-19.(26),(22),(21),(16),(27).

Los trabajadores casados y/o con hijos tenían menos probabilidad de desarrollar agotamiento, lo cual se relaciona con investigaciones internacionales desarrolladas, que vinculan depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores durante la pandemia; y pudiera ser explicado que ha mayor apoyo social y familiar, menor riesgo de agotamiento (28).

De acuerdo con nuestro trabajo y otros estudios, se demostró que los trabajadores que cumplen con guardias sucesivas tienen niveles elevados de agotamiento, deduciendo que el contacto prolongado, uso de EPP continuo y las faltas de sueño; pueden acentuar el desarrollo de agotamiento (28), consistente con estudios franceses y árabes, que concluyeron en una prevalencia superior en los que trabajaban con una frecuencia mayor de turnos nocturnos y rotativos (23).

En cuanto al miedo a la infección y su relación con agotamiento se encontró una asociación estadística en nuestro trabajo, similar a Campos 2021; respecto a esto, Maraqa 2020 en su estudio sobre trabajadores palestinos determinó ciertos factores estresantes como fueron: el grado de severidad, la falta de disponibilidad de vacunas, falta de evidencia concreta sobre la efectividad de tratamientos, la falta de inmunidad y el miedo a contraer la infección (21),(29).

Por otra parte, la presión psicológica y laboral en el personal se puede convertir en un riesgo tanto individual como colectivo, el cual involucra los pacientes bajo su cuidado; incurriendo en errores médicos inconscientes que puedan comprometer los resultados en la evolución de los pacientes. Así mismo el síndrome de burnout asociado a dicha presión, ha demostrado afectar la calidad de la relación médico-paciente y produciendo valiosos costos socioeconómicos y psicológicos, siendo la dimensión más involucrada el agotamiento emocional. Dentro de la ocupación, la más afectado fueron los médicos seguido del personal de enfermería, debido probablemente a diversos

factores laborales como la toma de decisiones críticas, sobrecarga asistencial, urgencias inesperadas, dificultad en los diagnósticos, realizar actividades de gestión y liderazgo de su zona de atención o servicio. Referente a los años de servicio, también se evidencia relación con el agotamiento, pudiendo fundamentarse que, el personal con mayor tiempo laborado tiene mayores funciones o responsabilidades, incluso de enseñar y supervisar el trabajo del personal nuevo; por lo general se comprometen en varios empleos, y han sido participes por más tiempo de sufrimientos emocionales y físicos de los pacientes (30).

Si bien los estudios que relacionan los casos de síndrome de burnout con los síntomas somáticos son limitados, trabajos previos y el nuestro manifiestan que cualquier nivel de burnout presente en el paciente, puede contribuir a la existencia y/o riesgo de padecer de sintomatología somática.

En esta investigación, se demostró que existe asociación independientemente del grado de agotamiento con la presencia de síntomas físicos, bien sea de forma global o individual, lo cual se relaciona con diversos estudios entre ellos Chatani 2021, donde se vinculó el estrés psicológico con la presencia mayor de síntomas como: fatiga, insomnio, dolor o malestar crónico, que coinciden con nuestro resultado. Esto podría ser útil para identificar la probable existencia de agotamiento, ya que con frecuencia los trabajadores no son sinceros en las evaluaciones psicológicas ocupacionales o chequeos médicos periódicos por el miedo a desventajas en donde pongan en riesgo su

empleo. En ese sentido, los síntomas físicos pueden ser beneficiosos como aviso de la salud mental del trabajador (31).

Por otro lado, el género más afectado fueron las mujeres lo que se correlaciona con estudios internacionales, sugiriendo que pueden tener un mayor riesgo sobre la salud mental debido al doble papel de la mujer en la familia y el trabajo profesional, así mismo la importancia que le dan a sus propias experiencias y estados emocionales a diferencia del hombre. Se demostró que, ha mayor edad más relación con la presencia de síntomas somáticos, lo que se podría justificar a la angustia emocional y miedo de las consecuencias mortales que puede acarrear una infección. Los hábitos nocivos como el tabaquismo y las percepciones de las cuales se pueden mencionar: ingresos insuficientes, presión en el trabajo y sensación de agotamiento; tenían más probabilidades de estar asociado con síntomas somáticos; dentro de las posibles razones encontramos el desarrollo de ansiedad, que conlleva a un proceso fisiopatológico, donde se incluye la activación del sistema simpático sobre el parasimpático, ocasionando: sintomatología cardíaca inespecífica, reducción del peristaltismo gástrico y aumento de la motilidad colónica, al promover la liberación de hormona liberadora de corticotropina; por otra parte el aumento del nivel de cortisol y la disminución de la síntesis de melatonina alteran el sueño, produciendo fatiga (32), así mismo las razones que explican los otros síntomas también tienen un componente fisiopatológico que es difícil de determinar, ya que el estrés psicológico supone una forma de comunicar emociones, provocando una tendencia a expresar su angustia a través de síntomas físicos, probablemente el brote haya contribuido con esta prevalencia, por lo que los resultados obtenidos

pueden ser atribuidos a la somatización, la cual brinda una manera más oportuna socialmente de manifestar insatisfacción y angustia (19).

Antes de la pandemia, el personal de salud ya tenía riesgos de síndrome de burnout, los cuales se han exacerbado durante este período, desencadenando nuevos riesgos; provocados por los ingresos de pacientes en estado críticos producto de la infección, ocasionando incremento en la carga laboral, largas horas de trabajo, miedo a enfermar y morir, fatiga y el problema en la toma de decisiones críticas sobre la salud de los pacientes. Dentro de estos factores se suman, la organización del sistema de salud nacional y sus posibles deficiencias en la prestación de servicios integrales igualitarios, así como el apoyo insuficiente respecto a capacitaciones, mejoras salariales y tipos de contratos entre otros beneficios brindados a los trabajadores

CONCLUSIONES

1. La prevalencia encontrada del síndrome de burnout grave en personas dedicadas a la salud, es mayor a la encontrada en tiempos pre-pandemia, siendo el equipo médico, el grupo más afectado y en cuanto a sus dimensiones, el agotamiento emocional demostró ser la esfera preponderante.
2. Se identificó relación entre la aparición de síntomas somáticos y el síndrome de burnout, independientemente del nivel de gravedad del mismo.
3. Los factores que se asocian al síndrome de burnout fueron, la ausencia de hijos, hábito tabáquico, presión en el trabajo y sensación de agotamiento; así mismo para la dimensión de agotamiento emocional fue el miedo al cuidado de pacientes y la percepción de ingreso económico insuficiente.
4. Se determinó que el nivel de gravedad de síntomas somáticos predominante fue el bajo, y el síntoma más reportado fue lumbalgia.
5. Los factores de riesgo asociados a somatización fueron, el sexo femenino, hábito tabáquico, percepción de ingreso económico insuficiente, presión en el trabajo y sensación de agotamiento
6. No se identificaron factores como horas laborales, horas de sueño y uso epp, con las dimensiones del síndrome de burnout ni somatización.

RECOMENDACIONES

Implementar programas de atención psicológica en el personal sanitario de manera oportuna y periódica, así como el seguimiento a los trabajadores que se encuentren afectados, por otra parte, formular medidas preventivas para evitar el agotamiento laboral.

Realizar más estudios similares y con un tiempo de seguimiento en los profesionales de salud, para establecer factores de riesgo o causantes de la enfermedad, así mismo realizar intervenciones específicas que garanticen la salud mental.

Realizar capacitaciones con temas diversos con el fin de fortalecer la salud mental, en el que se involucre a todo el personal de salud y se incentive al autocuidado e identificar los riesgos psicosociales.

Fomentar una buena atmósfera de equipo para poder cubrir adecuadamente las necesidades de los pacientes.

Aplicar sistemas para detectar y cuidar de la salud mental en las instituciones de salud.

Poner en práctica estrategias de comunicación oportuna para promover el cuidado de toda persona dedicada a la salud y el respeto por su función.

LIMITACIONES

Por ser un estudio de tipo transversal, no se permitió establecer causas, por lo que se requieren estudios de tipo longitudinal para evaluar si los factores estresantes como la pandemia y sus consecuencias serán persistentes sobre el agotamiento y los individuos.

El estudio fue realizado en un tiempo determinado después de haber iniciado la pandemia y algunas consecuencias psicológicas tardan más en manifestarse

Hasta el momento no se cuentan con suficientes estudios sobre el tema de investigación.

Por haber sido una encuesta voluntaria se pudo originar un sesgo de selección y con ello no representar a la población

No se pudo contar con una muestra más amplia, debido a que los trabajadores tenían escaso tiempo para participar en la encuesta

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. 2021 [citado 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f129180281>
2. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*. 2009;83:215-30.
3. AlJhani S, AlHarbi H, AlJameli S, Hameed L, AlAql K, Alsulaimi M. Burnout and coping among healthcare providers working in Saudi Arabia during the COVID-19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*. 10 de junio de 2021;28(1):29.
4. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enfermeria Clinica*. abril de 2021;31(2):128.
5. Dincer B, Inangil D. The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Explore (NY)*. 2021;17(2):109-14.
6. OMS. Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas [Internet]. 2021. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/pages/paho-south-america-covid-19-response>
7. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 28 de

diciembre de 2021];17(23). Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7730003/>

8. Darawad MW, Nawafleh H, Maharmeh M, Hamdan-Mansour AM, Azzeghaiby SN. The Relationship between Time Pressure and Burnout Syndrome: A Cross-Sectional Survey among Jordanian Nurses. *Health*. 2015;07(01):14-22.

9. Gil-Monte PR, Peiro JM. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *REVISTA DE PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y DE LAS ORGANIZACIONES*. :15.

10. Chilquillo-Vega VL, Lama-Valdivia JE, Cruz-Vargas JAD la. Síndrome de burnout en médicos asistentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima – Perú, 2018. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1 de octubre de 2019;82(3):175-82.

11. Pérez AM. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 15 de septiembre de 2010;42-80.

12. Harold Muñoz C. Somatización: consideraciones diagnósticas. *rev fac med*. enero de 2009;17:55-64.

13. Guzmán G, Eduardo R. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. octubre de 2011;4(3):234-43.

14. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Ruiz-Rodríguez P, Adrián Medrano L, González-Blanch C, Moriana JA, et al. Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*. 1 de julio de 2017;23(2):124-9.

15. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA. Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesth Analg* [Internet]. 20 de abril de 2020 [citado 30 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173087/>
16. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020;290:113129.
17. Marinaci T, Carpinelli L, Venuleo C, Savarese G, Cavallo P. Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. *Heliyon* [Internet]. 16 de diciembre de 2020 [citado 28 de diciembre de 2021];6(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7753907/>
18. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 25 de marzo de 2021 [citado 28 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8250618/>
19. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun* [Internet]. 21 de abril de 2020 [citado 30 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7172854/>

20. 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.* 22 de junio de 2020;18:Doc05.
21. 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. 2020 [citado 28 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8617>
22. Flores Maqui HR, Muñoz López DH. Frecuencia del Síndrome de Burnout en personal asistencial de primera línea contra la pandemia de COVID-19 en un hospital III de Lima. Frequency of Burnout Syndrome in the first line health personnel against COVID-19 pandemic in a III level hospital in Lima [Internet]. 2021 [citado 28 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8969>
23. Elghazally SA, Alkarn AF, Elkhayat H, Ibrahim AK, Elkhayat MR. Burnout Impact of COVID-19 Pandemic on Health-Care Professionals at Assiut University Hospitals, 2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* enero de 2021;18(10):5368.
24. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* abril de 2016;33(2):241-7.
25. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and

Interventions. Journal of the American College of Radiology. mayo de 2020;S1546144020305469.

26. Veloz AFV, Pachacama NRA, Segovia CMM, Vaca DPP, Veloz ECT, Veloz MFV. Burnout syndrome among ecuadorian medical doctors and nurses during covid-19 pandemic. Revista de la Asociacion Espanola de Especialistas en Medicina del Trabajo. 2020;29(4):330-9.

27. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. EClinicalMedicine [Internet]. 27 de junio de 2020 [citado 28 de diciembre de 2021];24. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7320259/>

28. Roslan NS, Yusoff MSB, Asrenee AR, Morgan K. Burnout Prevalence and Its Associated Factors among Malaysian Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: An Embedded Mixed-Method Study. Healthcare. enero de 2021;9(1):90.

29. Maraqa B, Nazzal Z, Zink T. Palestinian Health Care Workers' Stress and Stressors During COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. J Prim Care Community Health [Internet]. 27 de agosto de 2020 [citado 28 de diciembre de 2021];11. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7457680/>

30. Solís-Cóndor R, Tantalean-del Águila M, Burgos-Aliaga R, Chambi-Torres J. Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. Anales de la Facultad de Medicina. julio de 2017;78(3):270-6.

31. Chatani Y, Nomura K, Hiraike H, Tsuchiya A, Okinaga H. Multiple Physical Symptoms Are Useful to Identify High Risk Individuals for Burnout: A Study on Faculties and Hospital Workers in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(6):3246.
32. Li H, Zhang Y, Wang H, Liang J, Zhou Y, Huang Y, et al. The Relationship Between Symptoms of Anxiety and Somatic Symptoms in Health Professionals During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2020;16:3153.

ABREVIATURAS

OMS: Organización mundial de la salud

COVID-19: Enfermedad de Coronavirus 2019

SARS-COV-2: Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2

MBI: Maslach Burnout Inventory

PHQ-15: Patient Health Questionnaire-15

CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades 11.^a edición

EPP: Equipos de protección personal

PQ: Patient Questionnaire

CEG: Clinician Evaluation Guide

UCI: Unidad de cuidados intensivos

UCSUR: Universidad científica del sur

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

AE: Agotamiento emocional

DP: Despersonalización

RP: Realización personal

ANEXOS

1. Anexo 1: Formulario de consentimiento informado

RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN EL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SARS-COV-2 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ, OCTUBRE-DICIEMBRE 2020 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER PARTICIPANTE EN LA ENCUESTA DEL ESTUDIO

Buen día, nosotros Joseph Richard Morales Mori y Piero Samet Malca Alva, somos estudiantes de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Científica del Sur. Estamos realizando una investigación sobre la relación del Síndrome de Burnout y los síntomas somáticos en el personal de salud dedicado a la atención frente al SARS-COV-2. Le brindaremos toda información y datos de importancia sobre este estudio. Así mismo puede realizarnos cualquier consulta antes de comenzar con la encuesta que le presentaremos.

El síndrome de Burnout incluye un cansancio emocional y desgaste profesional afectando su rendimiento tanto laboral como personal, y más en estas épocas de atención frente al SARS-COV-2 que le pueden generar más tensión y cansancio. Los síntomas somáticos, son aquellas manifestaciones físicas y psicológicas que pueden estar asociados a trastornos de ansiedad, depresión, por estrés, angustia y otros problemas psicopatológicos. Entre estos síntomas podemos encontrar: dolores, Cefalea, Fatiga, Tensión muscular, Síntomas urinarios, Síntomas menstruales, Dificultad para respirar, cambio de hábito alimenticio, Cambio de humor, Insomnio y otros. La razón de nuestro estudio es averiguar si usted posee este síndrome y si existe alguna relación con algún síntoma somático que usted pueda presentar.

La participación consistirá en completar el cuestionario que incluye datos personales, sociodemográficas y laborales, síntomas somáticos y el MBI (Inventario de Burnout de Maslach) para el diagnóstico de Síndrome de Burnout. Este último evaluará su agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Invitamos a todo el personal de salud que haya tenido a su cargo el manejo, tratamiento y observación de pacientes con SARS-COV-2 a participar de este cuestionario para poder realizar un diagnóstico oportuno y poder brindarle soluciones que puedan favorecer a su desempeño laboral.

Su participación a esta investigación es totalmente voluntaria. No habrá ningún cambio o penalidad económica o laboral tanto como si decide o no participar.

Le proporcionaremos los cuestionarios en el cual comenzará completando sus datos personales que se mantendrán para nuestros fines estadísticos y de análisis en total confidencialidad, después tendrá que completar el segundo punto que incluye las variables demográficas y laborales. El tercer punto incluye síntomas somáticos que usted ha podido tener en estos últimos meses estos incluyen alteraciones funcionales y problemas físicos. El último punto es el cuestionario MBI (Inventario de Burnout de Maslach) para medir la frecuencia e intensidad del Síndrome de Burnout que pueda padecer.

El llenado de los cuestionarios tomará entre 10 a 20 minutos. Nuestra investigación tiene una duración en la recopilación de los datos de 3 meses.

Beneficios del estudio: Conocerá de manera clara si usted sufre de síndrome de burnout, así como síntomas somáticos que puedan estar afectando su calidad de vida y su desempeño laboral. Por otra parte, permitirá que en un futuro otros trabajadores de la salud puedan beneficiarse del conocimiento adquirido.

No habrá ningún beneficio económico si usted decide participar en la investigación, todos son con fines académicos y estadísticos. También cabe resaltar que no habrá penalización si usted decide no participar.

La información recopilada se mantendrá confidencial, toda información que recopilemos será guardada y solo estará disponible su visualización para los investigadores de este estudio. La confidencialidad de los datos será responsabilidad de los investigadores.

Nuestra información después de ser analizada será publicada para que usted pueda informarse sobre nuestros resultados y conclusiones, si requiere datos adicionales puede comunicarse con nosotros.

Usted en cualquier momento es libre de negarse o retirarse del estudio sin explicación previa, y no afectará en lo absoluto a sus labores o sus remuneraciones.

Si usted desea mayor información, puede contactar con cualquiera de nosotros:

- Joseph Morales Mori: moralesm_1998@hotmail.com
- Piero Malca Alva: piero_alva10@hotmail.com

He leído este documento y me ha sido explicado claramente por lo que consiento mi participación en el mismo.

Nombre del participante: _____
Firma del participante: _____
Fecha (Día/Mes/Año): _____

Declaración del investigador/persona que toma el consentimiento

He leído con precisión la hoja de información al posible participante y, en la medida de mis posibilidades, me he asegurado de que el participante entienda que se hará lo siguiente:

1. Recopilación de datos personales
2. Recopilación de datos sociodemográficos y laborales
3. Recopilación de síntomas somáticos en los últimos meses.
4. Cuestionario MBI para el diagnóstico de frecuencia e intensidad del Sd. de Burnout.

Confirmando que se le dio al participante la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y todas las preguntas hechas por el participante han sido contestadas correctamente y lo mejor que puedo. Confirmando que el individuo no ha sido coaccionado para dar su consentimiento, y que el consentimiento ha sido dado libre y voluntariamente.

Así mismo, se ha proporcionado una copia de este Consentimiento informado al participante.

Nombre del investigador/persona que ha tomado el consentimiento:

Firma del investigador/persona que ha tomado el consentimiento:

Fecha (Día/Mes/Año): _____

Instrumento de recolección de datos	
Datos personales	
Nombre:	Contacto:
Antecedentes personales:	
Medicamentos:	

Anexo N° 2

PARTE II. Variables sociodemográficas y laborales

<p>1. Edad: _____ años</p> <p>2. Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>3. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a).</p> <p>4. Número de hijos <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 o más</p> <p>5. ¿Considera que su situación familiar le genera estrés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Cuántas horas duerme al día? <input type="checkbox"/> Menos de 8 horas <input type="checkbox"/> Más de 8 horas</p> <p>7. ¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Usted vive en el área Metropolitana de Lima <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. Año ejerciendo labores <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3ro o más</p>	<p>10. ¿Qué trabajo desempeña en la institución? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Licenciada de enfermería <input type="checkbox"/> Técnica de enfermería <input type="checkbox"/> Obstetras</p> <p>11. Número de horas laborales por semana <input type="checkbox"/> Menos de 40 horas/semana <input type="checkbox"/> Más de 40 horas/semana</p> <p>12. ¿Percibe ingresos suficientes por sus labores en el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. Tiempo en llegar a lugar de residencia desde el hospital <input type="checkbox"/> >30 minutos <input type="checkbox"/> <30 minutos</p> <p>14. ¿Cada cuántos días realiza guardias nocturnas o de 24 horas? <input type="checkbox"/> No realiza guardias <input type="checkbox"/> Interdiarias <input type="checkbox"/> Cada 2 o 3 días <input type="checkbox"/> Cada 4 o 5 días <input type="checkbox"/> Cada 6 días o más</p> <p>15. Durante su tiempo laboral ¿Usted ha tenido algún accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

Parte III Variables SARS-COV-2 y síntomas somáticos

<p>16. ¿Has tenido Coronavirus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. Tienes miedo a enfermar o morir por Coronavirus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>18. Tienes miedo a realizar cuidados a personas infectadas o con sospecha <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>19. Te sientes trabajando bajo presión en el contexto del Coronavirus <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>20. Te sientes suficientemente protegido con el material de bioseguridad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>21. Sientes mayor agotamiento físico y mental en el contexto de la pandemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

Durante las últimas 4 semanas cuanto le han preocupado los siguientes síntomas			
	No me afecto nada (0)	Me afecto un poco (1)	Me afecto mucho (2)
Dolor de estomago			
Dolor de espalda			
Dolor en extremidades o articulaciones			
Problemas menstruales			
Problemas durante el acto sexual			
Dolor de cabeza			
Dolor en el pecho			
Mareos			
Desmayos			
Palpitaciones			
Falta de aire			
Estreñimiento, diarrea			
Nauseas, gases o indigestión			
Sensación de fatiga o de falta de energía			
Dificultad para dormir			

PARTE IV

MBI (INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH) A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

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

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

Anexo N°3

Carta de aprobación del comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo.

	PERÚ	Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Nacional Dos de Mayo
---	-------------	------------------------	---	----------------------------------

AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD

EVALUACIÓN N°037-2020-CEIB-HNDM

“RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN EL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SARS-COV-2 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ, OCTUBRE-DICIEMBRE 2020”

Investigador: JOSEPH RICHARD MORALES MORI

El Comité de Ética en Investigación Biomédica concluye que:

1. Los investigadores se encuentran calificados para la conducción de la Investigación.
2. El Protocolo sigue lineamientos metodológicos y éticos.
3. Los consentimientos informados brindan la información necesaria en forma adecuada.


Por tanto, el comité expide el presente documento de **APROBACIÓN Y OPINIÓN FAVORABLE** del presente estudio.

El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el **24 de setiembre del 2021**.


El investigador remitirá al Comité de Ética en Investigación Biomédica un informe final al término del estudio.

Atentamente

Lima, 25 de setiembre 2020



COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
PRESIDENTE
M. C. J. R. MORALES MORI



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M. C. Judith Eliza Herrera Chávez
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Anexo N°4 Carta de aprobación del comité de ética de la Universidad Científica del Sur

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN 

CONSTANCIA N° 356-CIEI-CIENTÍFICA-2020

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) da constancia que el proyecto de investigación, cuyos datos se registran a continuación, ha sido aprobado por el CIEI-CIENTÍFICA.

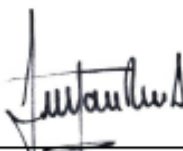

Código de registro: **443-2020-PRE15**
 Título: **Relación del síndrome de burnout y síntomas somáticos en el personal de salud frente al SARS-COV-2 del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, octubre-diciembre 2020**
 Investigador(a): **Joseph Richard Morales Mori
 Piero Samet Malca Alva**

La aprobación del proyecto de investigación implica que el documento presentado a evaluación cumple con los lineamientos de Universidad en materia de investigación y ética, los cuales se sustentan en la normativa internacional vigente. Adicionalmente, en el contexto de la pandemia de enfermedad por COVID-19, le recomendamos cumplir con las normas publicadas por el estado peruano (accesos, medidas de bioseguridad, etc.) y tener los permisos de las instituciones en las que realizará el estudio antes de ejecutarlo.

En tal sentido, esta aprobación carecerá de valor si es que el proyecto de investigación arriba indicado es modificado de cualquier forma. Toda enmienda, añadido, eliminación o eventualidad (eventos adversos, etc.) posterior a la fecha de aprobación debe ser reportado al CIEI-CIENTÍFICA.

La vigencia de la aprobación de este documento es de dieciocho (18) meses (hasta el 16 de mayo del 2022), periodo en el que puede desarrollarse el proyecto. Cualquier trámite para su renovación deberá ser enviado antes del término de la vigencia de este documento, debiendo suspenderse todo desarrollo hasta que la renovación sea aprobada. La presente aprobación será ratificada en la sesión del CIEI más próxima.

Villa El Salvador, 17 de noviembre de 2020



 Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta
 Presidente
 Comité Institucional de Ética en Investigación

Anexo N°5

Carta de aprobación del proyecto de tesis



RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 487 - DACMH-DAFCS-U. CIENTÍFICA-2020

Lima, 10 diciembre del 2020

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT Y SINTOMAS SOMÁTICOS EN EL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SARS-COV-2 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ, OCTUBRE-DICIEMBRE 2020".

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1° Aprobar, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT Y SINTOMAS SOMÁTICOS EN EL PERSONAL DE SALUD FRENTE AL SARS-COV-2 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA, PERÚ, OCTUBRE-DICIEMBRE 2020 ", presentado por los alumnos JOSEPH RICHARD MORALES MORI y PIERO SAMET MALCA ALVA con N° de registro: 443-2020-PRE15.

ART. 2° Nombrar a la Docente Yris Virginia Guzmán Farías, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 Mg. JORDI GRAU MONGE
 Director Académico
 Carrera de Medicina Humana

