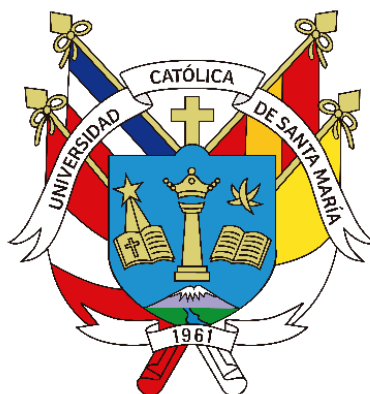


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, DURANTE LA PRIMERA Y QUINTA OLA DE LA PANDEMIA POR COVID-19, EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES COVID-19 DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA, 2020 - 2022”

Tesis presentada por las Bachilleres:

Huaraya Rodríguez, Deysi Nohely Jasmin
Villanueva Bernedo, María Alejandra

Para optar el título profesional de:

Médico cirujana

Asesora:

Dra. Quiñones Hermosa, Angela Griselda

Arequipa – Perú
2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 10 de Abril del 2023

Dictamen: 008752-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 008752, presentado por:

2014150232 - HUARAYA RODRIGUEZ DEYSI NOHELY JASMIN

2016200422 - VILLANUEVA BERNEDO MARIA ALEJANDRA

Titulado:

?ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT, DURANTE LA PRIMERA Y QUINTA OLA DE LA PANDEMIA POR COVID-19, EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES COVID-19 DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA, 2020 - 2022?

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29247579 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN
DICTAMINADOR



29698155 - MIRANDA PINTO ALEJANDRO RUTHBALDO
DICTAMINADOR



43085071 - FALCONI LAOS MARIA ALEJANDRA
DICTAMINADOR



HUARAYA RODRÍGUEZ, DEYSI NOHELY JASMIN

DEDICATORIA

*A mis padres, Daniel y Yaneth,
quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir
hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía,
de no temer antes las adversidades.*

*A mi hermana, Daniela,
por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso,
por estar conmigo en todo momento, gracias.*

*A toda mi familia,
porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y
de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.*

AGRADECIMIENTO

*Gracias por todo, papá y mamá,
por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí,
aunque hemos pasado momentos difíciles han estado siempre apoyándome y brindándome
todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón
el que estén a mi lado.*

*Mi agradecimiento a la Clínica Arequipa, lugar donde realicé mi Internado Médico,
en especial a los médicos especialistas, quienes con la enseñanza de sus valiosos
conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional,
por todas las oportunidades brindadas y por su gran amistad.*

*Finalmente, mi más grande agradecimiento a la Dra. Águeda Muñoz,
quien estuvo presente en este proceso, quien, con su dirección, conocimiento,
enseñanza y colaboración, permitió el desarrollo de este trabajo.*

VILLANUEVA BERNEDO, MARÍA ALEJANDRA

DEDICATORIA

*A mis padres, Iván y Rocío,
quienes contribuyeron grandemente a mi desarrollo personal y profesional, y me han
apoyado a cumplir mis metas trazadas, gracias por inculcarme con su ejemplo amor,
perseverancia y valentía ante los problemas*

*A mi hermano, Eduardo,
por su apoyo incondicional durante el proceso, por darme ánimos y estar conmigo cuando lo
necesitaba.*

*A mi familia,
por sus palabras de aliento, sus oraciones y consejos que contribuyeron a ser de mí una
mejor persona y espero que continúen acompañándome en el cumplimiento de todos mis
sueños.*

AGRADECIMIENTO

*Mis agradecimientos a mis docentes,
quienes me han inculcado conocimientos y valores contribuyendo
a mi formación profesional durante todos estos años.*

*A mis seres queridos y amigos
que siempre me han apoyado y han estado presentes
en los momentos cuando mis ánimos decaían.*

*Finalmente, un agradecimiento sincero a la Dra. Águeda Muñoz,
quien estuvo presente durante el proceso, y quien con su conocimiento, dirección y
colaboración contribuyo en el desarrollo del presente trabajo.*

“El destino no es una cuestión de casualidad, sino de elecciones. No es algo que haya que esperar, sino algo que hay que perseguir”

William Jennings Bryan

RESUMEN

Introducción: A finales del 2019, aconteció un brote de infección por COVID-19, que fue acarreado diversos problemas, donde el personal de salud de primera línea ha cumplido un rol trascendental en hacer frente a esta pandemia; lo cual ha traído muchos factores estresantes que han condicionado un deterioro de la salud del profesional, que ha desencadenado el Síndrome de Burnout.

Objetivo: Determinar si existe diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola y quinta ola de la pandemia por COVID-19, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa-Perú.

Materiales y Métodos: Estudio comparativo, descriptivo, prospectivo, correlacional; en el que se tomó en cuenta a 100 trabajadores, entre médicos y enfermeras de primera línea de hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, a quienes se les aplicó en 2 momentos diferentes a los mismos participantes, el Maslach Burnout Inventory.

Resultados: A través del programa STATA v.17, el uso de frecuencias, porcentajes, Test exacto de Fisher y Prueba de Chi Cuadrado; se obtuvo que, Durante la primera ola ninguno de los participantes obtuvo un nivel “alto” de Cansancio Emocional y 6 (6.0%) presentaron un nivel “medio”, sin embargo, en la quinta ola 2 (2.0%) presentaron un nivel “alto” y 52 (52.0%) un nivel “medio”. Respecto a Despersonalización durante la primera ola, 2 (2.0%) presentó un nivel “alto” y 13 (13.0%) un nivel “medio”; sin embargo, en la quinta ola ninguno presentó un nivel “alto” y solo 1 (1.0%) obtuvo un nivel “medio”; y, con respecto a Realización Personal, durante la primera ola 5 (5.0%) presentaron un nivel “alto”, 85 (85.0%) un nivel “medio” y 10 (10.0%) un nivel “bajo”; sin embargo, en la quinta ola, 99 (99.0%) presentaron un nivel “alto” y 1 (1.0%) un nivel “medio”. Finalmente, la diferencia entre la primera y quinta ola de la pandemia por COVID-19 en personal de salud, se obtuvo que sí existe diferencia entre el Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal entre la primera y quinta ola.

Conclusión: La investigación realizada determina que el Síndrome de Burnout estuvo presente en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera y quinta ola de la pandemia por COVID-19, evidenciando que el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola es mayor a la obtenida durante la quinta ola.

Palabras clave: COVID-19, pandemia, Síndrome de Burnout, Cansancio emocional, personal de salud, médicos, enfermeras

ABSTRACT

Introduction: *At the end of 2019, there was an outbreak of COVID-19 infection, which was causing various problems, where frontline health personnel have played a transcendental role in dealing with this pandemic; which has brought many stressful factors that have conditioned a deterioration of the health of the professional, which has triggered the Burnout Syndrome.*

Objective: *To determine if there is a difference between the frequency of Burnout Syndrome in doctors and nurses who worked during the first wave and fifth wave of the COVID-19 pandemic, at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital and the Carlos Alberto Seguín Escobedo Hospital, hospitals COVID-19 from the province of Arequipa-Peru.*

Materials and Methods: *Comparative, descriptive, prospective, correlational study; in which 100 workers were taken into account, including frontline doctors and nurses from COVID-19 hospitals in the province of Arequipa. The Maslach Burnout Inventory was applied at 2 different times to the same participants.*

Results: *Through the STATA v.17 program, the use of frequencies, percentages, Fisher's exact test and Chi Square Test; It was obtained that, During the first wave none of the participants obtained a "high" level of Emotional Fatigue and 6 (6.0%) presented a "medium" level, however, in the fifth wave 2 (2.0%) presented a " high" and 52 (52.0%) a "medium" level. Regarding Depersonalization during the first wave, 2 (2.0%) presented a "high" level and 13 (13.0%) a "medium" level; however, in the fifth wave none presented a "high" level and only 1 (1.0%) obtained a "medium" level; and, regarding Personal Realization, during the first wave 5 (5.0%) presented a "high" level, 85 (85.0%) a "medium" level and 10 (10.0%) a "low" level; however, in the fifth wave, 99 (99.0%) presented a "high" level and 1 (1.0%) a "medium" level. Finally, the difference between the first and fifth waves of the COVID-19 pandemic in health personnel, it was obtained that there is a difference between Emotional Fatigue, Depersonalization and Personal Realization between the first and fifth waves.*

Conclusion: *The research carried out determines that Burnout Syndrome was present in doctors and nurses who worked during the first and fifth wave of the COVID-19 pandemic, evidencing that Burnout Syndrome in doctors and nurses who worked during the first wave is greater than that obtained during the fifth wave.*

Key words: *COVID-19, pandemic, Burnout Syndrome, Emotional exhaustion, healthcare workers, doctors, nurses*

ÍNDICE

DEDICATORIA / AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I 3

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO 4

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1.1. Determinación del problema..... 4

1.1.3. Descripción del problema 4

1.1.4. Justificación..... 5

1.2. OBJETIVOS 7

1.2.1. General 7

1.2.2. Específico 7

1.3. MARCO TEÓRICO 8

1.3.1. CONCEPTOS BÁSICOS 8

1.3.1.1 BROTE EPIDEMICO..... 8

1.3.1.2. EPIDEMIA 8

1.3.1.3. PANDEMIA 8

1.3.1.4. ENDEMIA..... 8

1.3.1.5. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 8

1.3.1.6. SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ 9

1.3.1.7. SALUD EMOCIONAL 11

1.3.1.8. SALUD LABORAL 13

1.3.1.9. CALIDAD DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES DE SALUD ..24

1.3.1.10. SOPORTE PSICOLÓGICO 24

1.3.2. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 26

1.3.2.1. A NIVEL LOCAL 26

1.3.2.2. A NIVEL NACIONAL..... 29

1.3.2.3. A NIVEL INTERNACIONAL 32

1.4. HIPÓTESIS 39

CAPÍTULO II.....	40
2. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	41
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
2.1.1. Tipo de estudio:.....	41
2.1.2. Diseño del estudio:	41
2.1.3. Nivel del estudio:.....	41
2.2. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	41
2.2.1. Técnicas.....	41
2.2.2. Instrumentos	41
2.2.3. Materiales de verificación	42
2.3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	43
2.3.1. Ámbito	43
2.3.2. Unidades de estudio.....	43
2.3.3. Temporalidad	44
2.4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
2.4.1. Organización	44
2.4.2. Recursos	45
2.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	45
CAPÍTULO III	46
3. RESULTADOS.....	47
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS	58
ANEXOS.....	64

INTRODUCCIÓN

“Se tiene conocimiento de que contamos con 99,341 médicos calificados para combatir la pandemia de COVID-19. Sin embargo, se han registrado 580 fallecimientos entre ellos, de los cuales 293 ocurrieron en el año 2020, 261 en el año 2021 y 26 en el año 2022. Estos datos se han obtenido de la información oficial recopilada por el Colegio Médico del Perú hasta el 15 de noviembre de 2022” (1).

En los últimos años, la Sociedad Médica ha evolucionado en un conjunto de valientes profesionales que, conscientes de las limitaciones, buscan salvar la mayor cantidad de vidas posible afectadas por la COVID-19. Cuando un paciente ingresa a emergencias con el diagnóstico de infección por COVID-19, los médicos de la UCI son quienes se enfrentan a la batalla más difícil, ya que están en una carrera contra el reloj.

En la primera línea de atención, hay un alto porcentaje de personal sanitario afectado por la COVID-19 en todo el mundo, lo que es alarmante ya que agota un recurso humano fundamental y aumenta el riesgo de transmisión de la enfermedad. Hemos visto cómo en diferentes países, los sistemas de salud han colapsado debido a la falta de recursos y personal médico para atender a tantos pacientes críticos por COVID-19. En esta situación de emergencia, todos están haciendo lo mejor que pueden con los recursos limitados disponibles. Los médicos, el personal sanitario y los que participan en el control de la epidemia necesitan tener el equipo de protección personal adecuado. Aunque los médicos muestran su compromiso profesional a través de su vocación y actitud en la primera línea de atención, les preocupa llevar el virus a sus seres queridos. Al final del día, todos pensamos en nuestra familia, en su bienestar y en darles lo mejor posible.

Los médicos se enfrentan a múltiples desafíos durante la pandemia de COVID-19, además de la preocupación por la falta de evidencia definitiva sobre los tratamientos y la ansiedad por los resultados de los ensayos clínicos, también están expuestos a la posibilidad de contagio y ven cómo los pacientes empeoran rápidamente y mueren en aislamiento, sin la compañía de sus seres queridos. La falta de camas y la ausencia de una vacuna para proteger a los pacientes más vulnerables han aumentado la carga de trabajo del personal médico y de enfermería, lo que ha provocado niveles de ansiedad y estrés extremos. Los médicos se preocupan no solo por su propia salud, sino también por la de sus seres queridos.

Como futuros profesionales de la salud, es importante tomar conciencia de esta realidad y difundir la importancia del cuidado personal para proteger tanto a los profesionales de la salud como a sus seres queridos.

Los objetivos del presente estudio son:

General:

- Determinar si existe diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola y quinta ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, 2020 – 2022.

Específicos:

- Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa.
- Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que se encuentran laborando durante la quinta ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa.
- Determinar la relación entre características socio – familiares de los médicos y enfermeras con cada uno de los componentes del Síndrome de Burnout.

La hipótesis: Dado que las diferentes olas de la Pandemia COVID-19, han expuesto al personal de salud a riesgos psicosociales y excesiva demanda de atención de pacientes, desencadenando Síndrome de Burnout; es probable que, exista diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout durante la primera y quinta ola de la pandemia COVID-19, en médicos y enfermeras en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, 2020 – 2022.



1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Determinación del problema

El aumento considerable del número de pacientes internados desde el inicio de la pandemia por COVID-19, la falta de camas y no tener las adecuadas condiciones para atender a los pacientes, provoca un nivel de cansancio, estrés y ansiedad para los médicos y personal de enfermería que participan en la lucha frente a la pandemia por COVID-19.

1.1.2. Enunciado del problema

Estudio comparativo sobre la frecuencia del Síndrome de Burnout durante la primera y quinta ola de la pandemia por COVID-19, en médicos y enfermeras en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa.

1.1.3. Descripción del problema

A. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Pública
- Línea: Salud Ocupacional

B. Análisis de variables

CARACTERÍSTICAS SOCIO - FAMILIARES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES	Género	Masculino	Nominal
		Femenino	
	Convivencia con Familiares vulnerables y/o factores de riesgo	Ninguna	Nominal
		1	
		2	
	Profesión de la pareja del entrevistado	3 o más	Nominal
		Médico	
		Enfermero (a)	
		Otra profesión	
	Temor al contagio de su familia	No tiene pareja	Nominal
		Mucho	
		Bastante	
		Poco	
Sentimiento de protección en su centro laboral	Nada	Nominal	
	Sí		
	No		
Ayuda psicológica	Sí	Nominal	
	No		

SINDROME DE BURNOUT – ESCALA DE MASLACH

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
SINDROME DE BURNOUT	Agotamiento o Cansancio Emocional	Alta	Ordinal
		Media	
		Baja	
	Despersonalización	Alta	Ordinal
		Media	
		Baja	
	Realización personal	Alta	Ordinal
		Media	
		Baja	

1.1.4. Justificación

A. Relevancia social

La provincia de Arequipa está enfrentando una falta de personal de salud, que se ha intensificado debido a la pandemia. El rápido aumento de casos de COVID-19 ha generado la necesidad de tomar medidas urgentes para garantizar que la oferta de servicios sea suficiente. Sin embargo, se ha evidenciado que hay escasez de trabajadores de la salud, no solo en términos de número, sino también en términos de habilidades y competencias. Se tiene conocimiento de que contamos con 99,341 médicos calificados para combatir la pandemia de COVID-19. Sin embargo, “se han registrado 580 fallecimientos entre ellos, de los cuales 293 ocurrieron en el año 2020, 261 en el año 2021 y 26 en el año 2022. Estos datos se han obtenido de la información oficial recopilada por el Colegio Médico del Perú hasta el 15 de noviembre de 2022” (1).

B. Relevancia científica

El trabajo del personal de salud va más allá de la atención directa a pacientes con COVID-19, también incluye actividades de educación, prevención y promoción de la salud para la población. Al estar el trabajador de la salud con desgaste físico, laboral y mental, el cual puede ocasionar bajo rendimiento, problemas de salud, mal ambiente laboral, deterioro de habilidades y competencias, entre otras, se evidencia que su rendimiento en general no es el óptimo; existe la posibilidad de un ausentismo laboral por haberse contagiado por COVID-19 lo que genera

una sobrecarga laboral sobre los demás trabajadores, afectando de tal forma a todos, entre ellos mismo y afectándose así la atención a los pacientes. Por lo que es importante saber identificarlo y poder prevenirlo.

C. Relevancia contemporánea

Desde el inicio de la pandemia y hasta el presente, los trabajadores de la salud han estado en la primera línea de atención, enfrentando circunstancias extremas para llevar a cabo su trabajo. Están expuestos a un mayor riesgo de infección, tienen que trabajar largas jornadas laborales y, en muchos casos, no tienen el equipo adecuado para protegerse, además, tienen que lidiar con angustia, fatiga, agotamiento laboral, incertidumbre, dilemas éticos, y, en algunos casos, estigma por parte de la población, este estigma se manifiesta en forma de violencia física y psicológica contra los trabajadores de la salud.

D. Originalidad

El trabajo actual es innovador, ya que no hay estudios previos publicados sobre el tema. Recientemente el 14 de febrero del 2022, el Ministerio de Salud del Perú, a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), ha declarado el fin de la quinta ola de la pandemia por COVID. 19, por lo que el tema es extremadamente relevante para la salud pública ya que existe preocupación por el bienestar del personal de salud y la atención adecuada a los pacientes.

Por lo tanto, este trabajo tiene como objetivo hacer una contribución académica importante y valiosa, que será de gran interés social y científico para la comunidad local y servirá como referencia para futuros estudios de investigación.

E. Personal

Al tener familiares cercanos que trabajan en el sector salud y al ser testigo de su falta de medidas adecuadas de protección, así como su constante preocupación por contagiar a sus seres queridos, la tristeza que sienten al perder a amigos y familiares por la COVID-19, además del aumento en la

cantidad de pacientes internados y la sobrecarga laboral, es evidente el aumento en la ansiedad y el cansancio laboral en estos trabajadores, todo esto motivó la realización de un estudio para analizar el sistema de salud y sus deficiencias en el transcurso y fin de las diferentes cinco olas por pandemia por COVID-19 hasta la fecha de realización de este trabajo y dejar el mismo como referencia para investigaciones futuras.

F. Factibilidad

El presente trabajo se realizará mediante el llenado de 02 encuestas virtuales a 100 trabajadores de salud que serán entrevistados en 02 diferentes momentos (primera y quinta ola) de la pandemia mencionada; con previa autorización de los participantes (Personal Médico y Personal de Enfermería), cumpliendo las políticas de investigación requeridas por la Universidad Católica de Santa María.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General

Determinar si existe diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola y quinta ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, 2020 – 2022.

1.2.2. Específico

- A.** Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa.
- B.** Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la quinta ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa.
- C.** Determinar la relación entre características socio – familiares de los médicos y enfermeras con cada uno de los componentes del Síndrome de Burnout.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. CONCEPTOS BÁSICOS

1.3.1.1 BROTE EPIDEMICO

“El término “brote epidémico” se usa para describir la manifestación abrupta de una enfermedad infecciosa en un lugar y momento específico” (2).

1.3.1.2. EPIDEMIA

“El término “epidemia” hace referencia a una enfermedad que se extiende rápidamente y activamente, lo que resulta en un aumento significativo en el número de casos, aunque se limita a un área geográfica específica” (2).

1.3.1.3. PANDEMIA

“El término “pandemia” requiere que dos criterios sean cumplidos: En primer lugar, la enfermedad debe estar afectando a múltiples continentes y, en segundo lugar, los casos no deben estar limitados a aquellos importados de otros países, sino que deben estar siendo transmitidos de manera comunitaria dentro de cada país afectado” (2).

1.3.1.4. ENDEMIA

“El término “epidemia” hace referencia a la presencia continua de una enfermedad en una zona geográfica o en un grupo de población, y también puede referirse a una alta prevalencia crónica de una enfermedad en dicha área o grupo, para que se cumpla este criterio, es necesario que la enfermedad persista en el tiempo y afecte a una región o grupo de población claramente definidos al mismo tiempo” (2).

1.3.1.5. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

“En diciembre de 2019, se identificaron en Wuhan, China una serie de casos de neumonía causados por un nuevo coronavirus. Este virus ha sido llamado de distintas maneras, como 2019-nCoV por la Organización Mundial de la Salud y SARS-CoV-2 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus. La enfermedad que provoca se conoce como 2019-nCoV1. El 7 de enero de 2020, las autoridades

chinas confirmaron oficialmente que este nuevo coronavirus era el causante de las infecciones” (3).

“El coronavirus es una familia de virus puede causar enfermedades que varían desde un simple resfriado hasta infecciones respiratorias graves. Se transmite de persona a persona a través de gotículas de saliva o mucosidad que se producen al toser o estornudar, lo que facilitó su transmisión de país en país” (4).

La emergencia de salud pública representada por la epidemia y pandemia de COVID-19 llegó a Latinoamérica, primero a Brasil y luego a Ecuador. “En Perú, los primeros casos fueron registrados a partir del 6 de marzo de 2020 y el gobierno respondió decretando un Estado de Emergencia Nacional y un Aislamiento Social Obligatorio por un período inicial de 14 días. Esta medida tuvo como objetivo reducir la exposición y transmisión del virus” (4).

Desde el inicio de la Pandemia por COVID-19 hasta la actualidad hemos tenido 5 olas (5), las cuales han tenido sus inicios como se muestra en la siguiente tabla:

NÚMERO DE OLA DE PANDEMIA POR COVID -19	FECHA DE INICIO
Primera ola	Marzo 2020 (6)
Segunda ola	Diciembre 2020 (7)
Tercera ola	Enero 2022 (8)
Cuarta ola	Junio 2022 (9)
Quinta ola	Diciembre 2022 (5)

Fuente: Elaboración propia, a partir de artículos citados

1.3.1.6. SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

El término "Sistema de Salud" se refiere a un “conjunto de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluyendo aquellos relacionados con otros sectores, que están interconectados y llevan a cabo acciones en el ámbito de la salud” (10). Esta interrelación permite la concertación, coordinación y articulación de acciones, aunque “cada país tiene su propio Sistema Nacional de

Salud, en ocasiones puede parecer que funciona de manera no sistémica” (10).

Durante las últimas décadas, “el Sistema de Salud ha sido el punto más vulnerable para enfrentar las enfermedades, ya que ha sido descuidado debido a la falta de recursos tanto humanos como logísticos, esto lo hace parecer como si el Estado no se hubiera preocupado lo suficiente por diseñar políticas preventivas para hacer frente a futuras epidemias, como la que se suscita actualmente” (11).

“La Pandemia de la Influenza, como bien se conoce, causó entre 20 y 40 millones de muertes en todo el mundo en menos de un año. En 1957, la pandemia de la influenza llegó al Perú, comenzando en los departamentos del sur del país, en Tacna y Puno, se registraron 135,292 casos positivos y 1,081 muertes, siendo la población económicamente activa la más afectada, este evento llevó a muchos países, incluyendo el nuestro, a prepararse para una posible pandemia desde el año 2005; aunque se lograron algunos avances en la preparación, todavía se necesitaban ajustes. En el caso de Perú, cuando se daba inicio a la pandemia por COVID-19, se implementó un control migratorio, pero aun así no se pudo evitar el ingreso de un número importante de casos positivos, como sucedió con un grupo de jóvenes que venían de República Dominicana” (12).

El Gobierno Peruano respondió ante la declaración de la OMS de que el coronavirus era una pandemia, con la declaración de una Emergencia Sanitaria a nivel nacional para proteger la vida y la salud de la población, se tomaron medidas para garantizar el acceso al Servicio de Salud en los Centros y Establecimientos de Salud, Centros de Diagnóstico, Áreas de Emergencias y Urgencias, sin embargo, estas medidas resultaron insuficientes debido a la precariedad del Sistema de Salud Pública Peruano, especialmente en lo que respecta a la protección laboral de los Trabajadores de la Salud; estos trabajadores enfrentan no solo al virus sino también a riesgos físicos, químicos, biológicos, emocionales y psicosociales, conociendo además que su salud y seguridad son fundamentales para realizar su

trabajo. Se apreció día a día, denuncias públicas ante la falta de equipos de protección necesarios para atender la emergencia, así como la falta de condiciones mínimas en los Centros de Salud donde trabajan, además, se han sentido amenazados con el despido o sanciones por presentar quejas. “Las medidas de protección laboral no son privilegios, sino derechos que los empleadores deben garantizar; que, en este caso, el Estado, y es esta entidad quien debe velar por su cumplimiento” (13).

Es importante destacar que el papel de los trabajadores de la salud se enfoca en el equipo de atención sanitaria con una perspectiva colaborativa y de servicio a la comunidad (14).

Además de esto, ahora hay un conflicto con el rol de los médicos, por ejemplo, “el médico Pediatra tiene que distinguir la infección por COVID-19 de enfermedades causadas por otros patógenos respiratorios; sobre todo en menores de 5 años, donde se presenta con síntomas inespecíficos, y algunos como apnea, taquipnea, disnea, cianosis, deshidratación, estado mental alterado e irritabilidad extrema, son signos y síntomas que pueden sugerir un cuadro grave; el médico pediatra también debe velar por su rol preventivo, transmitiendo la información necesaria, enfatizando las características de la enfermedad y aclarando las dudas que pudieran surgir” (15).

1.3.1.7. SALUD EMOCIONAL

El término de “Salud Mental”, hace referencia a un “estado de bienestar en el que una persona puede alcanzar su máximo potencial, donde puede enfrentar los desafíos de la vida, trabajar eficazmente y contribuir de manera significativa a su comunidad, lo que significa que es importante fomentar el bienestar emocional, prevenir enfermedades mentales y brindar tratamiento y recuperación a aquellas personas que padecen trastornos mentales, la salud mental es un tema prioritario en la salud pública de todos los países, el impacto de la enfermedad mental se extiende más allá de sus consecuencias en

la salud y su costo económico, afectando también a nivel individual, familiar, comunitario y social” (16).

Es evidente que el COVID-19 ha tenido un impacto en la salud mental de la población, aunque la mayoría no presentará trastornos mentales, un grupo significativo experimentará reacciones intensas como el miedo al contagio, al aumento de días de cuarentena, a la pérdida de conocidos o a la crisis económica; el personal de salud, especialmente aquellos que están en mayor riesgo de contagio, con una sobrecarga laboral y que trabajan en condiciones precarias de seguridad y disponibilidad de materiales, son especialmente vulnerables (16).

A. PREOCUPACIÓN DE CONTAGIO

La forma de contagio de COVID-19 al personal de salud tiene diversas explicaciones. En la normativa del MINSA existen medidas orientadas a impedir la transmisión de infecciones en el personal de salud, por medio de actividades de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, y lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, lo cual incluye abastecimiento de insumos para la atención, control de brotes de infecciones en el ámbito hospitalario. Así mismo, se establecieron las medidas para el Control de Infecciones en los Establecimientos de Salud; sin embargo, no se incluyeron garantías ni medios de verificación para el cumplimiento de estas medidas. Asimismo, recientemente “se ha dispuesto la conformación de comités de vigilancia para el uso de los equipos de protección personal (EPP); no obstante, estos se encuentran orientados a procedimientos administrativos sobre la disponibilidad de EPP, no para el control de infecciones en el personal de salud. Como podemos apreciar, aunque exista una normativa sobre el control de infecciones, su cumplimiento no es cabalidad lo que sigue implicando la posibilidad de la transmisión del COVID-19” (17).

1.3.1.8. SALUD LABORAL

El término de “Salud Laboral”, hace referencia a la disminución o eliminación de los riesgos en el ambiente laboral, específicamente en las funciones y tareas del trabajador. Esto implica considerar tanto las condiciones de trabajo como la organización del mismo. La responsabilidad de mantener un ambiente laboral saludable es compartida entre los trabajadores, empleadores, entidades gubernamentales y otros actores relevantes (18).

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la Salud Laboral por varias razones; en primer lugar, las medidas tomadas en el entorno laboral son un factor clave para contener la propagación del virus; en segundo lugar, las medidas adoptadas durante la pandemia pueden afectar la salud de los trabajadores de primera línea, incluyendo su empleo, condiciones de trabajo, y su salud y seguridad en el lugar de trabajo (18).

A. SÍNDROME DE BURNOUT

El “Síndrome de Burnout” hace referencia a un conjunto de síntomas que surgen del estrés relacionado con el trabajo, como el agotamiento físico y emocional y la desconexión emocional con los pacientes, el padecimiento de este síndrome se caracteriza por sentirse abrumado, emocionalmente agotado e incapaz de alcanzar metas establecidas. Si bien puede afectar a una variedad de trabajadores de diferentes campos, se ha observado una mayor prevalencia en aquellos que desempeñan trabajos que implican interacciones sociales intensivas, como el personal de atención médica, cuidadores y profesores (19).

Herbert Freudenberger describió por primera vez el agotamiento profesional, también conocido como síndrome de Burnout o "quemarse por el trabajo", como una respuesta emocional prolongada al estrés ocupacional. Posteriormente, Christina Maslach utilizó el término Burnout para referirse a la identidad profesional y la conducta laboral inadecuada, y lo definió como

un síndrome que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en individuos que trabajan con personas. (20)

“Existen diversas herramientas para la evaluación del Síndrome de Burnout en distintas profesiones, incluyendo la salud. Algunas de las escalas más utilizadas son la “Work-Related Behavior and Experience Patterns Scale” de 1996, la “Oldenburg Burnout Inventory” (OBI) de 1998, la “Copenhague Burnout Inventory” (CBI) de 2005, y la “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de 1981 con sus diferentes adaptaciones de 1996 y 2002. Cada escala varía en cuanto a su extensión, los aspectos que evalúa e incluso en su definición del Síndrome de Burnout. La MBI, en particular, es la herramienta más ampliamente utilizada y se enfoca en tres dimensiones del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, esta escala también es conocida como MBI-Human Services Survey. La escala MBI, mencionada previamente, ha sido utilizada y validada extensamente en diversas poblaciones a nivel global, habiendo sido traducida a aproximadamente 48 idiomas. La versión original de MBI cuenta con una validez adecuada, ya que los resultados obtenidos mediante la escala se correlacionan con las expectativas de personas externas, así como con las características del síndrome de burnout y las medidas establecidas previamente por sus autoras, Maslach y Jackson” (19).

La herramienta Maslach Burnout Inventory (MBI) creada por Maslach y Jackson consta de un cuestionario de 22 preguntas, el MBI se compone de tres subescalas, cada una con su propio factor de medición: Agotamiento emocional con 9 preguntas, despersonalización con 5 preguntas, y realización personal en el trabajo con 8 preguntas. A partir de las respuestas obtenidas, se puede determinar una puntuación baja, media o alta para cada subescala (21).

Basándose en la definición apoyada por la evidencia empírica proporcionada por el Maslach Burnout Inventory, se ha caracterizado el síndrome de burnout como una condición que incluye tres síntomas: (20)

- **Cansancio Emocional:** Se trata de una sensación de agotamiento emocional en la que la persona siente que ha llegado al límite de su capacidad afectiva, esto se produce debido a la interacción constante y diaria con personas/pacientes que necesitan ayuda, lo que provoca que se agoten los recursos emocionales del individuo. Esta sensación es un aspecto fundamental del Síndrome de Burnout y se caracteriza por una sensación de agotamiento emocional y la percepción de que se han superado los límites emocionales del individuo (20).
- **Despersonalización:** Este síntoma se refiere al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas a quienes se brinda el servicio, lo que resulta en una actitud de indiferencia y deshumanización hacia esas mismas personas (20).
- **Baja o falta de realización profesional:** Hace referencia a una inclinación de una evaluación desfavorable de sí mismo, especialmente en lo que respecta a su capacidad para llevar a cabo su trabajo y relacionarse con las personas (20).

El Síndrome de Burnout es un fenómeno complejo, constante y variado que se manifiesta cuando una persona, que anteriormente estaba motivada, comienza a resistir y rechazar su trabajo, esto ocurre gradualmente después de experimentar agotamiento emocional inicial, lo que provoca una pérdida de interés en el trabajo y sentimientos de aburrimiento y tedio, así como una disminución en la satisfacción profesional. El término “Síndrome completo” se utiliza cuando los tres síntomas están presentes (20).

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) (22)		
SUBESCALA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL	SUBESCALA DE DESPERSONALIZACIÓN	SUBESCALA DE REALIZACIÓN PERSONAL
Experiencia de sentirse abrumado y cansado emocionalmente debido al trabajo, y enfatiza en la sensación de agotamiento emocional como resultado de las exigencias laborales.	Explica la presencia de una actitud de falta de empatía y conexión emocional con los pacientes. Evalúa en qué medida cada individuo reconoce actitudes de frialdad y distancia en su relación con ellos.	Mide la sensación de logro y competencia en el ámbito laboral, y evalúa la percepción de autoeficacia y satisfacción personal en el trabajo.
09 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20)	05 ítems (5, 10, 11, 15, 22)	08 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)
La puntuación máxima es 54 pts.	La puntuación máxima es 30 pts.	La puntuación máxima es 48 pts.
Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el AE y nivel de Burnout. La puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome.	Es directamente proporcional al nivel de despersonalización y de SB.	La puntuación mayor, indica mayor realización personal Es inversamente proporcional al grado de SB.

Fuente: "Cuestionario de la Escala de Maslach" – Anexo 1

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

ASPECTO EVALUADO	PREGUNTAS A EVALUAR	INDICIOS DE BURNOUT
Cansancio Emocional	(1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20)	Más de 26
Despersonalización	(5, 10, 11, 15, 22)	Más de 9
Realización Personal	(4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)	Menos de 34

Fuente: "Cuestionario de la Escala de Maslach" – Anexo 1

VALORES DE REFERENCIA

ASPECTO EVALUADO	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio Emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización Personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Fuente: "Cuestionario de la Escala de Maslach" – Anexo 1

CUESTIONARIO DE BURNOUT (ANEXO 1)

B. GRUPOS DE RIESGO

El Ministerio de Salud ha indicado que los trabajadores que tengan ciertas características o comorbilidades de riesgo deben mantenerse en cuarentena en sus hogares hasta que la emergencia sanitaria finalice, y se deben hacer adaptaciones en sus actividades laborales para que puedan trabajar desde casa si es posible. Las personas que tienen las siguientes características forman parte del grupo de riesgo: (23)

- Edad mayor de 65 años
- Hipertensión arterial no controlada
- Enfermedades cardiovasculares graves
- Cáncer
- Diabetes mellitus
- Asma moderada o grave
- Enfermedad pulmonar crónica
- Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis
- Enfermedad o tratamiento inmunosupresor
- Obesidad con IMC de 40 a más

Por otra parte, aunque no se considera como un criterio para ser considerado parte del grupo de riesgo, se puede identificar a los trabajadores que conviven con personas con comorbilidades. Para ello, es necesario hacer una Declaración Jurada previa utilizando el formato de tamizaje para el regreso o reincorporación y así informar de dicha situación (23).

C. RIESGO LABORAL DE EXPOSICIÓN AL COVID – 19

Se debe prestar una atención particular a los trabajadores identificados como de alto riesgo y tomar medidas para proteger a aquellos que son más vulnerables (23,24).

A continuación, se menciona una clasificación sobre el riesgo laboral de exposición al COVID-19:

- **Riesgo de Exposición - Muy alto:** “El riesgo de exposición muy alto a fuentes conocidas o sospechosas de COVID-19 se da en trabajos específicos como procedimientos médicos, laboratorios y morgues. Aquellos trabajadores que manipulan especímenes infecciosos o cuerpos de personas fallecidas por COVID-19, así como personal de salud que realiza procedimientos generadores de aerosoles, se consideran de alto riesgo” (23,24).
- **Riesgo de Exposición - Alto:** “Trabajos con un alto potencial de exposición a fuentes conocidas o sospechosas de COVID-19. Trabajadores de salud u otro personal que debe ingresar a los ambientes de atención de pacientes COVID-19, trabajadores de salud de ambulancia que transportan pacientes con diagnóstico y sospecha de COVID-19 (cuando estos trabajadores realizan procedimiento generadores de aerosol, su nivel de riesgo de exposición se convierte en muy alto), trabajadores de limpieza de área COVID-19, conductores de ambulancia de pacientes COVID19, trabajadores de funerarias o involucrados en la preparación de cadáveres, cremación o entierro de cuerpos de personas con diagnóstico de sospecha de COVID-19 al momento de su muerte” (23,24).
- **Riesgo de Exposición – Medio:** “Se refiere a trabajos que implican tener contacto frecuente o cercano (menos de 1 metro de distancia) con personas que podrían estar infectadas por COVID-19, aunque no se sepa con certeza. Estos trabajadores podrían desempeñarse en áreas comunes y circular de un lugar a otro, como recepcionistas y trabajadores de limpieza en áreas hospitalarias que no se consideran como áreas COVID-19” (23,24).

- **Riesgo de Exposición – Bajo:** “Se refiere a trabajos en los que no se necesita interactuar con personas infectadas o sospechosas de estarlo y tampoco se requiere un contacto cercano frecuente de menos de 1 metro con el público en general. En esta categoría se incluyen trabajadores que tienen un contacto mínimo con el público y otros colegas, como por ejemplo personal de limpieza en lugares no hospitalarios, personal administrativo, digitadores, y trabajadores en áreas operativas que no atienden a pacientes” (23,24).

D. BIOSEGURIDAD

La bioseguridad implica un “enfoque holístico y coordinado para la evaluación y el manejo de los riesgos relacionados con la salud y la vida” (25).

- MEDIDAS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Se podría afirmar que las medidas de bioseguridad son un conjunto de prácticas fundamentales que se deben implementar con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente (25).

Se aconseja a los médicos oftalmólogos tomar ciertas precauciones como lavarse las manos correctamente antes y después de cada atención, usar mascarillas recomendadas (N95, FFP2, FFP3), guantes y gafas protectoras. Asimismo, es importante que el paciente siga las medidas de bioseguridad, como el uso de mascarilla (26).

Los profesionales sanitarios de todo el mundo están liderando la batalla contra la COVID-19. Desafortunadamente, muchos de ellos se han contagiado mientras trabajaban y se han registrado brotes en hospitales, residencias de ancianos y prisiones. La OMS ha publicado

directrices para prevenir la transmisión general y tomar precauciones al tratar con pacientes enfermos (27).

Las acciones más efectivas para prevenir la propagación del virus son las siguientes:

- Mantener una distancia física de al menos un metro con otras personas.
- Practicar una buena higiene de manos con frecuencia, utilizando un desinfectante de manos a base de alcohol si no están visiblemente sucias y agua y jabón si lo están.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Adoptar medidas de higiene respiratoria, como toser o estornudar en la parte interna del codo o en un pañuelo desechable, que debe desecharse inmediatamente.
- Utilizar una mascarilla médica si se presentan síntomas respiratorios y desecharla adecuadamente después de su uso.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies y objetos que se tocan con frecuencia en el entorno.

Es importante que los trabajadores de la salud tomen medidas adicionales para protegerse y prevenir la propagación del virus durante la atención médica. Todos los profesionales de la salud que traten a pacientes con COVID-19 deben aplicar las precauciones necesarias para evitar la transmisión por contacto o gotículas en todo momento. Además, se deben implementar medidas adicionales. Aunque el uso de equipo de protección personal (EPP) es una medida visible para prevenir la propagación de infecciones, no debe considerarse como la estrategia principal de prevención. Si no se aplican controles administrativos y técnicos eficaces de manera

simultánea, la eficacia de los EPP es limitada, como se describe en el documento de la OMS “Prevención y control de infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria”. Es esencial proteger a nuestros trabajadores sanitarios de primera línea, y los EPP, incluyendo mascarillas médicas, mascarillas autofiltrantes, guantes, batas y protección ocular, deben destinarse prioritariamente a los profesionales sanitarios y otras personas que traten a pacientes con COVID-19 (28).

- **EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL**

De acuerdo con los Lineamientos para el retorno gradual a las actividades laborales en el contexto de la pandemia por COVID-19 de EsSalud, se establece que el empleador debe garantizar la disponibilidad, entrega y registro de los equipos de protección personal (EPP) y adoptar medidas para su uso correcto y obligatorio. Esto se realizará en coordinación con el profesional de salud del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo, estableciendo como mínimo las medidas recomendadas por organismos nacionales e internacionales y teniendo en cuenta el riesgo de exposición ocupacional al COVID-19. El uso de equipo de protección personal respiratoria (FFP2 o N95 o equivalente) está reservado exclusivamente para los trabajadores de la salud con un alto riesgo de exposición biológica al virus SARS-CoV-2, que causa el COVID-19. En los lineamientos también se proporcionan directrices sobre el equipo de protección personal que se debe utilizar según el nivel de riesgo en los puestos de trabajo expuestos al COVID-19 (23).

Nivel de riesgo del puesto de trabajo	Equipo de Protección Personal						
	Mascarilla quirúrgica	Respirador N95 quirúrgico	Careta facial	Gafas de protección	Guantes para protección biológica	Traje para protección biológica	Bota para protección biológica
							
Riesgo muy alto de exposición		●	●	●	●	●	●
Riesgo alto de exposición		●		●	●	● (*)	
Riesgo mediano de exposición	●						
Riesgo bajo de exposición (de precaución)	●						

● : Obligatorio

● (*) : Uso de delantal o bata

Fuente: "Lineamientos para el retorno progresivo a las actividades laborales en el contexto de pandemia de COVID – 19" (31)

La OMS ha proporcionado descripciones técnicas y especificaciones detalladas de los equipos de protección personal (EPP) para el contexto del virus 2019-nCoV. Estas descripciones y especificaciones se presentan en tablas y cuadros que han sido elaborados por la organización (29).

Tabla 2 – Descripción y especificaciones técnicas de los equipos de protección personal (PPE)

Artículo	Descripción y especificaciones técnicas
Soluciones de base de alcohol	Botellas de 100ml. & 500ml. Soluciones para frotación/fricción de manos con soluciones de isopropanol al 75% o de etanol al 80%.
Delantal sin mangas o pechera	Hechas de poliéster con revestimiento de PVC ó 100% PVC ó 100% caucho. Impermeable. Peso base mínimo: 250g/m ² . Correa para el cuello ajustable (reutilizable). Tamaño de la cubierta: 70-90cm (ancho) X 120-150cm (alto), o tamaño estándar para adultos.
Bolsas para desecho hospitalario	Bolsa de eliminación para residuos de riesgo biológico, 30x50cm, con impresión "Riesgo Biológico", polipropileno autoclavable. 50 ó 70 micras de espesor.
Bolsa mortuoria	Hecha con forzado lineal, con cremallera en forma de U y 2 tiradores de cremallera con tirantes. Tamaño adulto 250x120cm. Especificaciones de la bolsa protectora: 6 asas. Impermeable, LLDPE, LDPE, EVA, PEVA reforzados linealmente (evite el PVC), espesor mínimo de 400 micras. Debería ser capaz de contener 100-125 kilos (200-250lbs). No debe contener cloruros: la quema de cloruros contamina el medio ambiente y puede dañar las cámaras de cremación (hornos). Las bolsas para cadáveres no deben ser cancerígenas para la salud de los trabajadores funerarios cuando se usan para cremaciones. Para la manipulación segura de la bolsa para cadáveres por el equipo de entierro, ésta debe tener al menos 6 asas incluidas en Sellado al calor: asegura una resistencia y seguridad superiores. Proporcionar una contención completa de los patógenos transmitidos por la sangre. Punto de fisuración de 25 - 32 grados bajo cero. Vida útil: mínimo 10 años. La bolsa y las alas deben ser de color blanco.
Desinfectante para superficies (solución de hipoclorito de 0,05% (limpieza regular) ó 0.5% (desinfección de salpicaduras)	NaDCC, gránulos, 1kg, 65 a 70% + cuchara de dosificación.
Toalla desechable para secado de mano (papel o tejido)	Rollo de 50 a 100m
Protector facial	Hecho de plástico transparente y proporciona una buena visibilidad tanto para el usuario como para el paciente, banda ajustable para sujetar firmemente alrededor de la cabeza y ajustarse cómodamente contra la frente, antiempañante (preferible), que cubra completamente los lados y la longitud de la cara, puede ser reutilizable (hecho de material robusto que se pueda limpiar y desinfectar) o desechable. Directiva de la UE estándar 86/686/CEE, EN 166/2002, ANSI/ISEA Z87.1-2010, o equivalente.

Fuente: "Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud" (29)

Artículo	Descripción y especificaciones técnicas
Guantes, no estériles	Guantes de examen, de nitrilo, sin polvo, no estéril. La longitud del manguito alcanza preferentemente a la mitad del antebrazo (por ejemplo, una longitud total mínima de 280 mm). Diferentes tamaños. Directiva estándar de la UE 93/42/CEE Clase I, EN 455, Directiva estándar de la UE 89/686/CEE Categoría III, EN 374ANSI/ISEA 105-2011, ASTM D6319-10 o equivalente.
Guantes, estériles	Guantes quirúrgicos, de nitrilo, sin polvo, uso único. Los guantes deben tener puños largos, llegando muy por encima de la muñeca, idealmente a la mitad del antebrazo. Directiva estándar de la UE 93/42/EEC Clase I, EN 455, ANSI/ISEA 105-2011, ASTM 6319-10 o equivalente.
Gafas	Con buen sello contra la piel de la cara, marco de PVC flexible para encajar fácilmente con todos los contornos de la cara con presión uniforme, hermético en los ojos y las áreas circundantes. Ajustable para los usuarios con anteojos graduados, lente de plástico transparente con tratamientos antiempañante y a los arañazos. Banda ajustable para asegurar firmemente que no se desajuste durante la actividad clínica. Ventilación indirecta para evitar el empañamiento, Puede ser reutilizable (siempre que existan disposiciones apropiadas para la descontaminación) o desechable. Directiva estándar de la UE 86/686/CEE, EN 166/2002, ANSI/ISEA Z87.1-2010, o equivalente.
Batas	De uso único, resistente a fluidos, desechable, longitud hasta la mitad de la pantorrilla para cubrir la parte superior de las botas, preferiblemente colores claros para detectar mejor la posible contaminación, bucles de pulgar / dedo o puño elástico para anclar las mangas en su lugar. Opción 1: resistente a la penetración de fluidos: EN 13795 de alto rendimiento, o AAMI PB70 nivel 3 o superior, o equivalente. Opción 2: patógenos transmitidos por la sangre resistente a la penetración: AAMI PB70 nivel 4 rendimiento, o (EN 14126-B) y protección parcial del cuerpo (EN 13034 o EN 14605), o equivalente.
Jabón líquido para higiene de manos	Jabón líquido
Mascarilla médica	Mascarilla médica/quirúrgica, con alta resistencia a los fluidos, buena transpirabilidad, caras internas y externas deben estar claramente identificadas, diseño estructurado que no se colapse contra la boca (por ejemplo, pato, en forma de copa). EN 14683 Rendimiento IIR tipo ASTM F2100 nivel 2 o nivel 3, o equivalente. Resistencia a fluidos a una presión mínima de 120 mmHg basada en ASTM F1862-07, ISO 22609, o equivalente. Transpirabilidad: MIL-M-36945C, EN 14683 anexo C, o equivalente. Eficiencia de filtración: ASTM F2101, EN14683 anexo B, o equivalente.
Respirador (N95 / PPF2)	Respirador "N95" según US NIOSH, o "FFP2" según EN 149N95 Buena transpirabilidad con diseño que no colapsa contra la boca (por ejemplo, pato, en forma de copa).
Recipientes para corto punzantes	Contenedor resistente a perforaciones para la recolección y eliminación de materiales cortopunzantes usados, tales como jeringas y agujas, capacidad de SL, para alrededor 100 jeringas. Cajas marcadas de forma destacada. Especificación de rendimiento de la OMS E10/IC.1OMS/UNICEF estándar E10/IC.2, o equivalente.

Acronimos:

EVA – Etileno y acetato de vinilo; LDPE – polietileno de baja densidad; LLDPE – polietileno lineal de baja densidad; NaDCC – Dicloroisocianurato de sodio; PEVA – polietileno y acetato de vinilo; PVC – cloruro de polivinilo

Fuente: "Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud" (29)

1.3.1.9. CALIDAD DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES DE SALUD

Mejorar la calidad de la atención sanitaria es una cuestión esencial en los servicios de salud, ya que se debe dar una respuesta adecuada a las necesidades de salud de la población y cumplir con las expectativas de las personas. En la situación actual, es importante enfatizar la importancia de garantizar que los recursos utilizados generen servicios eficientes, es decir, que los costos estén en relación con los resultados, y que la calidad científica y técnica sea alta (9).

La calidad de atención puede ser definida como la habilidad de los servicios de salud para proporcionar respuestas apropiadas y adecuadas a las expectativas, demandas y necesidades de la población, tal como propusieron Moreno y otros en 1992. En este sentido, la seguridad psicológica es un componente esencial de la bioseguridad que busca proteger la estabilidad, resiliencia y equilibrio psicológico del personal encargado del cuidado de pacientes en situaciones de emergencia sanitaria, lo que a su vez permite el éxito en la implementación de las estrategias correspondientes. A menudo, el personal de salud pospone la gestión de sus preocupaciones, inquietudes y miedos hasta que se presenten situaciones o límites específicos. Este estado temporal puede ser un indicador de una capacidad inadecuada del individuo para manejar situaciones estresantes y emocionales. Por lo tanto, aunque los trabajadores de la salud puedan experimentar expectación, incertidumbre sobre el futuro, miedo a contagiarse o contagiar, ansiedad, agotamiento físico y emocional, estrés y otros síntomas, esto no implica necesariamente que no sean capaces de realizar su trabajo con calidad o que sean débiles (30).

1.3.1.10. SOPORTE PSICOLÓGICO

En el contexto de una mayor demanda en el sector de la salud, la falta de personal y la limitación de tiempo en las consultas, la asistencia

psicológica se vuelve esencial en la rutina diaria, ya sea como un respaldo o una herramienta terapéutica (31).

El objetivo de la intervención del psicólogo con el equipo de salud es detectar signos tempranos de cansancio, agotamiento emocional y malestar psicológico en los profesionales que brindan atención directa a pacientes con sospechas de COVID-19 y proporcionar medidas preventivas (32).

A. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN POBLACIÓN EN GENERAL

La psicología puede contribuir a solucionar gran parte de los problemas de enfermedades al ayudar a explicar, prevenir e intervenir en los comportamientos de las personas. En el caso de la pandemia de COVID-19, las medidas preventivas sugeridas para todas las etapas de exposición al virus requieren cambios en los comportamientos de las personas, y la psicología, como experta en comportamiento, puede proporcionar evidencia para que los tomadores de decisiones la incorporen en sus estrategias. “Aunque hay poca evidencia disponible debido a la reciente aparición de la enfermedad, algunos especialistas ya han observado reacciones y estados psicológicos en la población, incluyendo efectos en la salud mental. Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa y Benedek (2020) informan que las respuestas emocionales iniciales incluyen miedo e incertidumbre extremos. Aunque hay poca información disponible sobre las intervenciones psicológicas en crisis, los especialistas están de acuerdo en que deben ser implementadas en todos los grupos afectados, incluyendo pacientes, personal médico, contactos cercanos, personas en áreas afectadas y público en general, para minimizar los daños psicológicos y prevenir el estrés postraumático en el futuro” (33).

B. IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Muchos trabajadores de la salud han sido infectados con el virus desde el brote de la enfermedad, Dai, Hu, Xiong, Qiu & Yuan (2020) llevaron a cabo una investigación en la etapa temprana de la epidemia sobre la percepción del riesgo y el estado psicológico inmediato de estos trabajadores y descubrieron que su principal preocupación era la infección de sus colegas (72,5%), seguida de la infección de sus parientes (63,9%), las medidas de protección (52,3%) y, en último lugar, la violencia médica (48,5%). Además, se encontró que el 39% de los trabajadores presentaba problemas psicológicos, especialmente aquellos que habían experimentado aislamiento y contagio de familiares o colegas (34).

1.3.2. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1.3.2.1. A NIVEL LOCAL

A. Autor: Agueda Muñoz del-Carpio-Toia, Juan Manuel Zevallos-Rodríguez, Walter L. Arias-Gallegos, Juvenal Jara-Terrazas, Maribel Chuquipalla-Zamalloa, Ximena Alarcón-Guzmán, Julio Velazco, Mirta María Salazar

Título: “Síndrome de Burnout en trabajadores de salud del Hospital de Arequipa (Perú) durante la pandemia”

Año: 2022

Resumen: En este estudio se planteó la hipótesis de que la exposición crónica a factores de riesgo psicosocial durante varios meses y de manera constante puede provocar el Síndrome de Burnout en el personal de salud que atiende a pacientes con COVID-19. Por lo tanto, el objetivo de este estudio descriptivo transeccional fue determinar la frecuencia y la gravedad del Síndrome de Burnout en el personal de salud del Hospital II Goyeneche del Ministerio de Salud en Arequipa, en el contexto de la pandemia. Los datos se obtuvieron de 147 trabajadores de salud,

a quienes se les aplicó el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados indicaron que el 70,7% del personal de salud presenta Síndrome de Burnout, y la mayoría de ellos están preocupados por atender a pacientes con COVID-19, además de que no se sienten capacitadas para hacerlo, les preocupa no contar con Equipos de Protección Personal y desconoce los protocolos de seguridad en su centro laboral. En conclusión, reveló una asociación significativa entre la atención a pacientes con COVID-19 y la presencia de Síndrome de Burnout en el personal de salud (34).

B. Autor: Agueda Muñoz-del-Carpio Toya Walter L. Arias Gallegos, Tomás Caycho-Rodríguez

Título: “Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú)”

Año: 2019

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del Síndrome en médicos locales y comparar las manifestaciones del síndrome. Para ello se usó el Inventario de Burnout de Maslach que fue aplicada a 87 personas (65,5% hombres y 34,5% mujeres) con una edad media de 35 años, seleccionados de forma no aleatoria, donde se obtuvo que el 6,9% de la muestra presenta niveles graves de Síndrome de Burnout, y no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, tiempo de servicio o ingresos económicos, pero sí en función del estado civil y del lugar de trabajo. Se concluyó que un porcentaje bajo de médicos tiene el Síndrome de Burnout, pero un porcentaje alto está en riesgo de desarrollarlo (35).

C. Autor: Walter L. Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia, Yesary Delgado Montesinos, Mariela Ortiz Puma, Mario Quispe Villanueva

Título: “Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú)”

Año: 2017

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo estimar la dominancia del Síndrome de Burnout en el personal de salud de Arequipa y comparar los datos según variables como el sexo, los ingresos, el estado civil, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución. Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach, que tiene alta fiabilidad y validez. Se evaluó a 213 trabajadores del sector salud y se encontró que un alto porcentaje de ellos presenta algunos síntomas de Burnout, pero solo el 5,6% tiene niveles severos del Síndrome. También se registraron diferencias en función de variables como el sexo, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución. En conclusión, el Síndrome de Burnout es un problema preocupante en el personal de salud de Arequipa, especialmente en la dimensión de despersonalización, y las diferencias encontradas se explican por las condiciones de trabajo y el entorno laboral (36).

D. Autor: Walter Lizandro Arias Gallegos, Agueda Muñoz del Carpio Toia

Título: “Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa”

Año: 2016

Resumen: El objetivo del estudio fue evaluar las manifestaciones del Síndrome de Burnout en enfermeras. Por lo que se llevó a cabo un estudio correlacional con una muestra de 47 enfermeras de Arequipa, utilizando el Inventario de Maslach, donde los resultados indicaron que el 21,3% de las enfermeras presentó niveles severos de agotamiento emocional y baja realización personal, mientras que el 29,8% tuvo altos niveles de despersonalización. Las correlaciones mostraron una relación positiva significativa ($p < 0,01$) entre el Síndrome de Burnout, el agotamiento emocional y la despersonalización. Además, el análisis de varianza reveló diferencias significativas en la

puntuación global del Síndrome según el tiempo de servicio. Por ende se concluyó que las enfermeras presentaron niveles preocupantes de Síndrome de Burnout, especialmente aquellas que han trabajado durante más tiempo o menos de 5 años (37).

1.3.2.2. A NIVEL NACIONAL

A. Autor: Rosario Yslado Méndez, Llerme Nuñez Zarazú, Leila Montané Lopez, Richard Bobadilla Chávez, Liliana De La Cruz Díaz, Irene Pinto Flores, Angelita Rojas Gamboa, Hilda Obeso Díaz

Título: “Síndrome de Burnout, ansiedad, depresión y bienestar laboral en personal hospitalario de Perú durante la pandemia de COVID-19”

Año: 2022

Resumen: El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre el Síndrome de Burnout, la ansiedad, la depresión y el bienestar laboral en el personal sanitario de tres hospitales en Ancash (Perú), durante la segunda ola de la pandemia de COVID-19, considerando variables sociodemográficas y laborales y diferencias según el tipo de trabajo. El estudio contó con 366 participantes. Se usó el Inventario de Burnout de Maslach, las subescalas de ansiedad/depresión de Goldberg y las subescalas de bienestar laboral de Sánchez-Cánovas. Los resultados mostraron que existe una relación significativa entre el síndrome de Burnout, la ansiedad, la depresión y el bienestar laboral y que estas relaciones también se presentaron considerando variables sociodemográficas y laborales. En conclusión, este estudio proporciona una línea base para la salud mental del personal sanitario y puede ayudar a planificar intervenciones para aquellos en mayor riesgo que requieren atención especial (38).

B. Autor: Antonio Lozano-Vargas

Título: “El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19”

Año: 2021

Resumen: En el marco de la pandemia de COVID-19, los trabajadores de la salud que están en la primera línea se enfrentan a situaciones estresantes que los exponen a un alto riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout. Un estudio realizado en Rumania reveló que la tasa media de Burnout en estos profesionales fue del 76%, lo que indica una alta prevalencia entre los médicos residentes y evidencia la amenaza que representa la COVID-19 como un factor de estrés significativo para el médico personal. Otro estudio en Alemania, centrado en el personal de enfermería, encontró que aquellos que trabajaron en la primera línea presentaron mayores niveles de estrés, agotamiento emocional y depresión, así como menores niveles de realización personal. Las causas más comunes del Burnout en este grupo fueron la tensión laboral y la incertidumbre sobre el futuro. Por lo que, es crucial prestar atención al impacto en la salud mental de los trabajadores de la salud que están en la primera línea en la lucha contra la COVID-19, garantizar que todo el personal tenga acceso a la atención en salud mental y brindar un tratamiento oportuno y efectivo (39).

C. Autor: Fernando Munayco-Guillén, Sarita Milagros Fernández-Poma, Isabel Melissa Maldonado-Alcántara

Título: “Medidas de bioseguridad en la atención oftalmológica durante la pandemia de coronavirus (SARS-CoV-2)”

Año: 2020

Resumen: Según el estudio, el examen físico oftalmológico actualmente puede tener un alto riesgo de contraer la enfermedad por coronavirus (COVID- 19), ya que el virus se encuentra en secreciones como saliva, secreción nasal y lágrimas. Por los que

se recomiendan ciertas medidas a los médicos oftalmólogos, que incluyen el correcto lavado de manos, usar mascarillas recomendadas (N95, FFP2, FFP3), guantes y lentes de protección, además el uso de mascarilla por el paciente. Por lo que se recomienda realizar un triaje para minimizar el riesgo de contagio tanto para el personal asistencial como para los pacientes, siguiendo los pasos propuestos en el flujograma presentado debido a la situación de emergencia sanitaria (26).

D. Autor: Edén Galán-Rodas, Augusto Tarazona-Fernández, Miguel Palacios-Celi

Título: “Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú”

Año: 2020

Resumen: A pesar de que exista una normativa con medidas orientadas a impedir la transmisión de infecciones en el personal de salud, no se cumple a cabalidad, que se ve reflejado en el impacto en la transmisión del COVID-19. El CMP, también ha implementado acciones de protección y asistencia social a los médicos desde el inicio de la pandemia. Sin embargo, es importante que el MINSA fortalezca medidas de prevención y control, y en alianza con los colegios profesionales de salud, impulse una campaña nacional para este fin, con énfasis en la protección respiratoria; así como, enfatizar en la necesidad de mantener una exigencia continua y sostenida, en todos los establecimientos de salud del país (17).

E. Autor: Alvaro Taype-Rondan, Yamilée Hurtado-Roca, Maggie Estrada-Martínez, Raúl Timaná-Ruiz

Título: “Recomendaciones clínicas para la evaluación y manejo de riesgo de COVID-19 en personal de salud del Seguro Social del Perú (EsSalud)”

Año: 2020

Resumen: Un grupo vulnerable de ser infectado por COVID-19 es el personal de salud, por lo que resulta importante que la infección por COVID-19 sea adecuadamente sospechada y diagnosticada. En este documento se emiten “recomendaciones clínicas sobre la Evaluación de riesgo y manejo del personal de salud en el ámbito hospitalario y del personal administrativo en contacto con ambientes hospitalarios, en el contexto de la pandemia de COVID-19 (40).

1.3.2.3. A NIVEL INTERNACIONAL

A. Autor: Michelle García-Torres, Jesús Aguilar-Castro, Mirna García-Méndez

Título: “Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19”

Lugar – Año: México – 2021

Resumen: El propósito de este estudio fue evaluar el bienestar psicológico y el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros en México debido a la pandemia de COVID-19. Un total de 121 personas participaron en el estudio (56 médicos y 65 enfermeros) con edades que oscilarán entre los 22 y los 67 años. Los resultados revelaron una baja prevalencia del Síndrome de Burnout. En cuanto al bienestar psicológico, se encontraron diferencias significativas de género, resultados más altos en autoaceptación y propósito de vida en los hombres que en las mujeres; los empleados del sector privado resultaron con un mayor crecimiento personal en comparación con los del sector público. En lo que respecta al Síndrome de Burnout, se encontraron diferencias significativas entre médicos y enfermos en el factor de despersonalización, con ventajas más altas en los médicos. Aquellos que trabajaron en el sector privado informaron de mayores niveles de realización personal en comparación con los del sector público. Los grupos de participantes que contrajeron COVID-19 en algún momento durante la pandemia y los que no

lo hicieron, mostraron que el primer grupo presentó niveles más altos de cansancio emocional y menor realización personal (41).

B. Autor: Alejandro Koppmann, Vanesa Cantillano, Carolina Alessandri

Título: “Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19”

Lugar – Año: Chile – 2021

Resumen: Este artículo examina los aspectos más relevantes en relación al concepto de distrés moral y Burnout en el personal sanitario, incluyendo los factores de riesgo generales y específicos asociados con la emergencia sanitaria, los instrumentos de evaluación disponibles, y las principales estrategias y recomendaciones para prevenir y manejar el cuadro (42).

C. Autor: Ricard Navinés, Victoria Olivé, Francina Fonseca, Rocío Martín-Santos

Título: “Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día”

Lugar – Año: España – 2021

Resumen: El propósito de esta investigación fue llevar a cabo una revisión de las principales pruebas sobre el Burnout en médicos residentes, su prevalencia, factores de riesgo y protección, antes y durante la pandemia de COVID-19. La prevalencia de Burnout en residentes durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en los estudios revisados mostró un rango amplio (26%-76%) debido a la heterogeneidad de los estudios. El factor de riesgo más significativo asociado fue el número de pacientes con COVID-19 atendidos directamente” (43).

D. Autor: Jaime Alberto Urbiña-Villarraga, María Camila Gomez-Lora, David Steven Cañón-Ramirez, Tatiana Margarita María Vargas-Montoya, David Humberto Harnache-Bustamante

Título: “Síndrome de Burnout y la psiconeuroendocrinoinmunología: consecuencias en el personal de salud durante la pandemia por Coronavirus”

Lugar – Año: Colombia – 2021

Resumen: En este estudio, se han registrado 7,439,220 casos de contagio por COVID-19 a nivel mundial, y 961,400 muertes, de las cuales alrededor de 7,000 pertenecen al personal de salud. En Colombia, las cifras fueron de 758.398 casos y una tasa de mortalidad del 3,1%, lo que equivale a 24.039 muertes. Esta situación ha sido muy difícil para el personal de salud, lo que ha llevado a un aumento en los casos de suicidio entre ellos debido a la carga mental que enfrentan (44).

E. Autor: Chávez Lara, Marcet Griselda, Ramirez Edward, Acosta Lilian, Samudio Margarita

Título: “Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay”

Lugar – Año: Paraguay – 2021

Resumen: El propósito de este fue examinar las características demográficas, laborales y el impacto psicológico estudio del personal de salud del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM) "Juan Max Boettner" durante la pandemia de la COVID-19 de julio a septiembre de 2020. Se llevó a cabo un estudio donde se recopilaron datos a través de una encuesta digital dirigida a médicos de diferentes especialidades y al personal de enfermería de un hospital de referencia. Se midió y analizó variables demográficas, laborales y los factores relacionados con la ansiedad, la depresión y el Síndrome de Burnout, El estudio incluyó a 87 médicos y 50

enfermos. Los resultados revelaron una prevalencia del 42,3% para la ansiedad, del 32, 8% para la depresión y del 24,1% para el síndrome de Burnout. La carga horaria de 12 horas o más se asoció con un mayor riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y síndrome de Burnout. Además, el personal de sexo masculino presentó un mayor riesgo de desarrollar ansiedad en comparación con el personal de sexo femenino. El personal de terapia intensiva y área quirúrgica también presentaron un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión. Estas evidencias sugieren que se debe proporcionar apoyo psicológico al personal de salud en este hospital debido a la vulnerabilidad del personal a problemas psicológicos como la ansiedad, la depresión y el síndrome de Burnout” (45).

F. Autor: Vergara Robalino, Joselin Stefany, Moreno Rueda, Marco Vinicio

Título: “Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital General Riobamba (IESS) que laboró en la pandemia por COVID 19”

Lugar – Año: Ecuador – 2021

Resumen: El propósito de esta investigación fue determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en el Hospital General Riobamba (IESS), para ello, se aplicó una encuesta anónima con el test de Maslach Burnout Inventory y variables sociodemográficas al personal médico, el cual fue seleccionado al azar y estuvo compuesto por 33 médicos. Los resultados del test indicaron que el 15,2% de los trabajadores médicos presentaron niveles de Burnout bajo, el 66. 7% niveles medios y el 18.2% niveles altos, estableciéndose la conexión entre las variables y dimensiones del test. Por lo que se demostró una incidencia elevada del Síndrome de Burnout entre el personal médico del hospital, lo que evidencia la necesidad de implementar estrategias

para afrontarlo y prevenirlo en el entorno laboral analizado, a fin de evitar enfermedades físicas y mentales en los trabajadores (46).

G. Autor: Calixto Tapullima-Mori, Gustavo Ramírez García, Janina Saavedra Meléndez

Título: “Síndrome de burnout en profesionales de la salud: una revisión sistemática durante la COVID-19”

Lugar – Año: Brasil – 2021

Resumen: El objetivo del presente estudio fue evaluar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en tiempos de la COVID-19 en bases de datos que contengan literatura científica (SciELO, Redalyc, Scopus, DOAJ, Dialnet y Ebsco), concluyendo así que el Burnout es alto en los profesionales de la salud; además que en el contexto de la pandemia, el contacto con pacientes COVID-19, los horarios y la sobrecarga laboral han sido un factor primordial para que se desencadene su sintomatología (47).

H. Autor: Márcia Astrês Fernandes, Amanda Alves de Alencar Ribeiro

Título: “Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19”

Lugar – Año: Brasil – 2020

Resumen: Las enfermedades mentales entre los profesionales de la salud se han disparado en este contexto de la pandemia, se ha visto que este grupo de trabajadores constituyen el grupo más vulnerable, especialmente aquellos en primera línea, por su mayor exposición a las altas demandas y exigencias de trabajo específicas. Cabe resaltar que, en estos años, la salud del trabajador está ganando cada vez más protagonismo y es resultado de diversas actividades que tienen como objetivo la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de quienes trabajan y están sujetos a riesgos o lesiones que podrían ser resultado de las condiciones ocupacionales. En este sentido, se

plantea una relación entre los estresores ocupacionales y el desequilibrio físico y mental como un tema de amplio interés para ser estudiado, y debido a la nueva realidad que la pandemia por coronavirus ha traído (48).

I. Autor: Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Título: “Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador”

Lugar – Año: Ecuador – 2020

Resumen: Ecuador ha sido uno de los países más afectados por la pandemia por COVID-19. En este contexto, cientos de médicos, enfermeras y personal administrativo que trabajan en centros médicos y hospitales, resultaron dando positivo ante esta enfermedad, lo que complicó más la atención a pacientes en el área de emergencia en estas instituciones. El objetivo de este trabajo fue comentar aspectos relacionados con la salud laboral en el contexto de la actual situación epidemiológica, con énfasis en los profesionales de Salud en Ecuador (18).

J. Autor: Antonio Lozano-Vargas

Título: “Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China”

Lugar – Año: China – 2020

Resumen: El propósito de la investigación fue determinar el estado psicológico del personal de salud involucrado en la lucha contra la infección por COVID-19, así como establecer una base teórica para la intervención psicológica. El estudio realizado en China reveló que la tasa de ansiedad en el personal de salud fue del 23,04%, con una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres, y entre las enfermeras en comparación con los médicos (49).

K. Autor: Wang, S; Xie, L; Xu, Y; Yu, S; Yao, B; Xiang, D.

Título: “Trastornos del sueño entre los trabajadores médicos durante el brote de COVID-2019”

Lugar – Año: China – 2020

Resumen: Este estudio buscó evaluar el efecto del brote de COVID-19 en la calidad del sueño de los trabajadores de la salud en un centro de salud infantil en Wuhan. Se realizó una encuesta de cuestionario auto informada, anonimizada y transversal en el Centro de Salud Infantil del Hospital Renmin, Universidad de Wuhan, Wuhan, China. El cuestionario constaba de tres partes, incluidas las características sociodemográficas y los factores relacionados con la epidemia de COVID-19, el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y la escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) y la escala de depresión de autoevaluación (SDS) de Zung. En el mismo se concluyó y observó que, durante el brote de COVID-19, la alteración del sueño fue altamente prevalente entre los trabajadores de la salud, y la alteración del sueño se asoció de forma independiente con ser hijo único, exposición a pacientes con COVID-19 y depresión (50).

L. Autor: Andrés Fernando Vinueza Veloz, Nelson Renato Aldaz Pachacama, Carlota Mónica Mera Segovia, Dipaola Pamela Pino Vaca, Estephany Carolina Tapia Veloz, María Fernanda Vinueza Veloz

Título: “Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19”

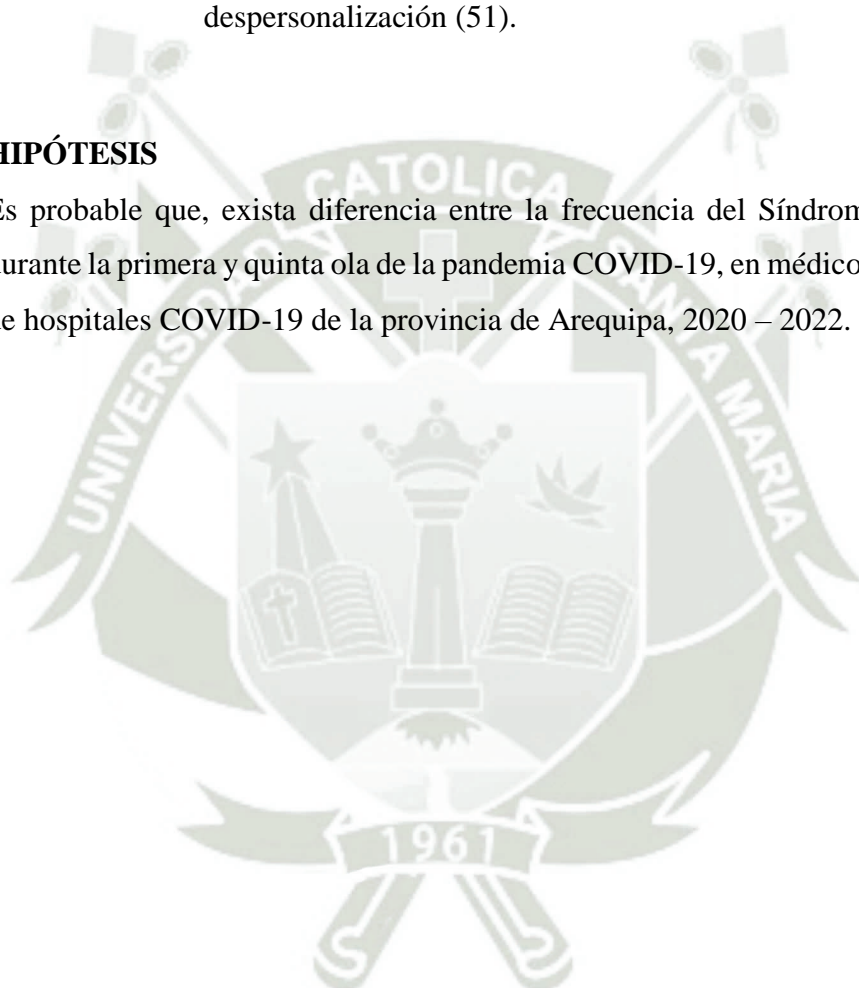
Lugar – Año: Ecuador – 2020

Resumen: El propósito del estudio fue determinar la prevalencia y gravedad del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros/as de Ecuador durante la pandemia de COVID-19. Se realizó un estudio en el que se incluyeron 224 profesionales de la salud a quienes se les aplicó el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados indicaron que más del 90% del personal médico y de

enfermería presentaba síntomas de Síndrome de Burnout moderado a severo, y que esto se asociaba de manera significativa con la función (médico versus enfermera/ o), la edad y el género. El personal médico tenía más probabilidad de experimentar Síndrome de Burnout que el personal de enfermería, tanto en general como en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización (51).

1.4. HIPÓTESIS

Es probable que, exista diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout durante la primera y quinta ola de la pandemia COVID-19, en médicos y enfermeras de hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, 2020 – 2022.





2. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. Tipo de estudio: Comparativo, descriptivo, correlacional

2.1.2. Diseño del estudio: Transversal

2.1.3. Nivel del estudio: Descriptivo

2.2. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

2.2.1. Técnicas

Para poder determinar la presencia del Síndrome de Burnout en los participantes, se aplicará la herramienta del “Maslach Burnout Inventory” acompañado de un cuestionario sociodemográfico, tras autorización mediante un consentimiento informado (ANEXO 3) donde se le explicará el motivo del estudio.

2.2.2. Instrumentos

A. CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO – FAMILIARES

Se hará uso de un cuestionario elaborado por las investigadoras, que contiene 06 preguntas sobre características sociales y familiares de 100 participantes (50 trabajadores entre médicos y enfermeras del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo y 50 trabajadores del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza)

B. CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE MASLACH

Se hará uso del cuestionario Maslach Burnout Inventory validado, el cual consta de 22 ítems y se compone de tres dimensiones para medir el Síndrome de Burnout: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y baja realización personal (8 ítems). Se adjunta la encuesta (ANEXO 2).

Validación del Cuestionario de la Escala de Maslach (52,53)

Título	MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)
Traducción	Inventario del Síndrome del Desgaste Ocupacional "Burnout" de Maslach
Autora	Christina Maslach (San Francisco, Estados Unidos - 1946)
Coautores	Susan E. Jackson & Michael P. Leiter
Publicación	1981 - 2016
Publicación	Estados Unidos
Variable de estudio	Síndrome del desgaste ocupacional (Burnout)
Factores evaluados	Cansancio emocional, despersonalización, cinismo, realización personal
Aplicación	Individual / Colectiva

“El presente instrumento a utilizar fue validado por el Juicio de Expertos, por Maslach y Jackson, autoras quienes elaboraron la escala mencionada, denominado Maslach Burnout Inventory, con sus siglas en inglés MBI, cuya versión final fue en 1986, considerando la necesidad de contar con una herramienta para medir el Sd. de Burnout, experimentado por una amplia variedad de trabajadores en el campo de los servicios humanos, su incorporación en estudios de investigación posteriores contribuirá a una mayor comprensión de diversas variables sociales e institucionales, lo que a su vez reducirá la incidencia de Burnout” (52).

En un principio, “Maslach y Jackson describieron el síndrome de Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y crearon un instrumento de medida llamado Maslach Burnout Inventory (MBI 1981, 1986). Este cuestionario ha sido validado por Gil Monte, P. en 2002 y se ha aplicado en diversas poblaciones, obteniendo altos niveles de fiabilidad y validez en los tres factores mencionados. Las tres subescalas del cuestionario alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80, y su validez convergente y discriminante ha sido adecuada. En cuanto a la fiabilidad por factores, se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal. En general, este cuestionario es el más utilizado internacionalmente y las dimensiones que proponen sus creadores son las más empleadas para definir el Síndrome de Burnout” (53).

2.2.3. Materiales de verificación

- A. Encuesta Virtual realizada por Google Forms
- B. Consentimiento Informado en la primera parte de la Encuesta Virtual.
- C. Material de Escritorio para la organización del presente estudio.
- D. Computadora con Sistema Operativo Windows 10 Pro, Microsoft Word 2016, Microsoft Excel 2016.
- E. Internet
- F. Recursos humanos: Encuestados (médicos y enfermeras)

2.3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.3.1. **Ámbito**

El estudio se realizará en 02 hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa:

- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo

2.3.2. **Unidades de estudio**

A. POBLACIÓN

Trabajadores de primera línea en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo)

Criterios de inclusión

- Médicos, laborando en los hospitales antes mencionados (50 trabajadores del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y 50 trabajadores del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo)
- Enfermeras, laborando en los hospitales antes mencionados (50 trabajadores del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y 50 trabajadores del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo)

Criterios de exclusión:

- Biólogos
- Biofísico
- Bacteriólogo
- Bioquímico
- Farmacéuticos
- Fisioterapeutas
- Nutricionistas
- Odontólogos
- Ópticos y Optometristas
- Paramédicos
- Psicólogos
- Químicos
- Técnicos en enfermería
- Terapeutas ocupacionales

- Veterinarios
- Otros profesionales de la salud no considerados

B. TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra está constituida por 100 participantes, personal de salud (médicos y enfermeras) de ambos sexos, que laboran en hospitales COVID-19 (50 trabajadores del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo y 50 trabajadores del Hospital Honorio Delgado Espinoza) de la ciudad de Arequipa. La muestra fue seleccionada mediante métodos no probabilísticos con la técnica de muestreo intencional.

2.3.3. Temporalidad

El estudio fue realizado durante el periodo 2020 – 2022.

2.4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.4.1. Organización

- Se invitará a participar del Estudio de Investigación a 100 Trabajadores de Primera Línea en esta pandemia COVID-19, entre médicos y enfermeras de hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, que se encuentren ejerciendo durante la pandemia.
- Se les explicará que serán encuestados en dos oportunidades, para evaluar la diferencia en dos distintas épocas de la pandemia.
- Se les explicará además en qué consiste la investigación y se responderán las preguntas que decidan hacer.
- Se les indicará que existe en la primera sección de la Encuesta Virtual un Consentimiento Informado, en el cual se especifica y/o se da a conocer información sobre el estudio y puntos importantes para que puedan realizar su participación en el mismo, el cual es totalmente confidencial y anónimo, asimismo que permite que la investigadora procese la información obtenida.
- Se les enviará el enlace para ingresar a la Encuesta Virtual por medio de WhatsApp, Correo Electrónico u otro medio virtual, según lo prefiera el participante.

- Luego de la obtención de datos, se realizará una base de datos y se realizará el análisis estadístico.
- Se realizará el procesamiento de datos en el programa STATA v.17; para el resumen de las variables categóricas, se utilizó frecuencia y porcentajes; para el análisis de las características socio - familiares y la Escala de Maslach, se utilizó el Test exacto de Fisher y la Prueba de Chi Cuadrado.

2.4.2. Recursos

A. Humanos

- Investigadoras
- Asesora
- Médicos y enfermeras, laborando en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa.

B. Materiales

- Encuesta Virtual a través de Google Forms
- Consentimiento informado virtual
- Material de escritorio para la organización del estudio
- Computadoras personales

2.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido al componente humano en este trabajo de investigación, se pedirá a los participantes brindar su asentimiento a través de la primera sección de la Encuesta Virtual de su Consentimiento Informado de forma voluntaria, sin presiones para poder aprobar su participación en el estudio. Los participantes podrán retirarse del estudio en cualquier momento. El nombre del participante no figurará en la base de datos, el mismo será reemplazado por un código. Los datos se mantendrán en estricta confidencialidad, respetándose el principio de autonomía y justicia. Los resultados serán publicados en estudios de investigación



3. RESULTADOS

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES de los trabajadores de salud (n = 100)

CARACTERÍSTICAS	N (%)
Sexo *	
Femenino	42 (42)
Masculino	58 (58)
Convivencia con personas con factores de riesgo*	
Tres o mas	0
Dos	8 (8)
Una	23 (23)
Ninguna	69 (69)
Profesión de la pareja del trabajador de salud *	
No	43 (43)
Médico	22 (22)
Enfermero(a)	13 (13)
Otro	14 (14)
No pareja	8 (8)
Temor a contagiar a su familia *	
Mucho	85 (85)
Bastante	10 (10)
Poco	5 (5)
Nada	0 (0)
¿Se sintió protegido en su centro laboral? *	
Si	89 (89)
No	11 (11)
¿Se les brindó ayuda psicológica en su centro laboral? *	
Si	52 (52)
No	48 (48)

* Frecuencias y porcentajes

Se incluyeron a 100 participantes, entre los 35 y 65 años, de los cuales 58 (58.0%) son varones y el resto mujeres. El 8 (8.0%) conviven con al menos dos personas con factores de riesgo, 23 (23.0%) con una persona con factores de riesgo y 69 (69.0%) no conviven con personas con factores de riesgo. En 43 casos (43.0%) las parejas de los entrevistados no son personal de salud, 22 (22.0%) médicos y 13 (13.0%) enfermeros(as). El 85 (85.0%) refiere como “mucho” el miedo a contagiar a su familia y 10 (10.0%) “bastante”. 89 (89.0%) se sienten protegidos en su centro laboral, 11 (11.0%) no se sienten protegidos. 52 (52%) se les brindó ayuda psicológica. (**Tabla 1**)

Tabla 2. ESCALA DE MASLACH en la PRIMERA y QUINTA OLA en trabajadores de salud (n = 100)

ESCALA DE MASLACH	PRIMERA OLA	QUINTA OLA
	N (%)	N (%)
Cansancio emocional *		
Alto	0 (0)	2 (2)
Medio	6 (6)	52 (2)
Bajo	94 (94)	46 (2)
Despersonalización *		
Alto	2 (2)	0 (0)
Medio	13 (13)	1 (1)
Bajo	85 (85)	99 (99)
Realización personal *		
Alto	5 (5)	99 (99)
Medio	85 (85)	1 (1)
Bajo	10 (10)	0

**Frecuencias y porcentajes.*

Durante la primera ola ninguno de los participantes obtuvo un nivel “alto” de Cansancio Emocional y 6 (6.0%) presentaron un nivel “medio”, sin embargo, en la quinta ola 2 (2.0%) presentaron un nivel “alto” y 52 (52.0%) un nivel “medio”. Respecto a Despersonalización durante la primera ola, 2 (2.0%) presentó un nivel “alto” y 13 (13.0%) un nivel “medio”; sin embargo, en la quinta ola ninguno presentó un nivel “alto” y solo 1 (1.0%) obtuvo un nivel “medio”; y, con respecto a Realización Personal, durante la primera ola 5 (5.0%) presentaron un nivel “alto”, 85 (85.0%) un nivel “medio” y 10 (10.0%) un nivel “bajo”; sin embargo, en la quinta ola, 99 (99.0%) presentaron un nivel “alto” y 1 (1.0%) un nivel “medio”. **(Tabla 2)**

Tabla 3. Relación entre CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES y CANSANCIO EMOCIONAL en la PRIMERA OLA

CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES	CANSANCIO EMOCIONAL		P
	No n (%)	Si n (%)	
Sexo *			
Femenino	2 (4.76)	40 (95.24)	> 0.05
Masculino	4 (6.90)	54 (93.10)	
Convivencia con personas con factores de riesgo *			
Ninguno	5 (5.62)	84 (94.38)	0,072
Uno o mas	1 (9.09)	10 (90.91)	
Profesión de la pareja del trabajador de salud *			
Si	2 (11.76)	15 (88.24)	0,513
No	4 (4.82)	79 (95.18)	
Temor al contagio de su familia *			
Poco	1 (20.00)	4 (80.00)	0,271
Bastante o mucho	5 (5.26)	90 (94.74)	
¿Se sintió protegido en su centro laboral? *			
Si	4 (4.30)	89 (95.70)	0,055
No	2 (28.57)	5 (71.43)	
Recibió ayuda psicológica *			
Si	2 (3.85)	50 (96.15)	0,423
No	4 (8.33)	44 (91.67)	

* *Test exacto de Fisher*

Se aprecia que el sexo, convivencia con personas con factores de riesgo, tipo de profesión de la pareja del trabajador de salud, temor al contagio de su familia, percepción de protección por parte de su centro laboral y recibir ayuda psicológica; no se encuentran relacionadas al componente de Cansancio Emocional durante la primera ola. **(Tabla 3)**

Tabla 4. Relación entre CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES y DESPERSONALIZACIÓN en la PRIMERA OLA

CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES	DESPERSONALIZACIÓN		P
	No n (%)	Si n (%)	
Sexo *			
Femenino	41 (91.62)	1 (2.38)	> 0.05
Masculino	57 (98.28)	1 (1.72)	
Convivencia con personas con factores de riesgo *			
Ninguno	68 (98.55)	1 (1.45)	0,526
Uno o mas	30 (96.77)	1 (3.23)	
Profesión de la pareja del trabajador de salud *			
Si	87 (97.75)	2 (2.25)	> 0.05
No	11 (100.00)	0 (0)	
Temor al contagio de su familia *			
Poco	5 (100.00)	0 (0)	> 0.05
Bastante o mucho	93 (97.89)	2 (2.11)	
¿Se sintió protegido en su centro laboral? *			
Si	92 (98.92)	1 (1.08)	0,136
No	6 (85.71)	1 (14.29)	
Recibió ayuda psicológica *			
Si	51 (98.08)	1 (1.92)	> 0.05
No	47 (97.92)	1 (2.08)	

* *Test exacto de Fisher*

El sexo, convivencia con personas con factores de riesgo, tipo de profesión de la pareja del trabajador de salud, temor al contagio de su familia, percepción de protección por parte de su centro laboral y recibir ayuda psicológica, no se encuentran relacionadas con despersonalización durante la primera ola. (**Tabla 4**)

Tabla 5. Relación entre CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES y REALIZACIÓN PERSONAL en la PRIMERA OLA

CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES	REALIZACIÓN PERSONAL		p
	No n (%)	Si n (%)	
Sexo °			
Femenino	36 (85.71)	6 (14.29)	0,539
Masculino	47 (81.03)	11 (18.97)	
Convivencia con personas con factores de riesgo °			
Ninguno	59 (85.51)	10 (14.49)	0,319
Uno o mas	24 (77.42)	7 (22.58)	
Profesión de la pareja del trabajador de salud °			
Si	77 (86.52)	12 (13.48)	0,008
No	6 (54.55)	45 (45.45)	
Temor al contagio de su familia *			
Poco	3 (60.00)	2 (40.00)	0,199
Bastante o mucho	80 (84.21)	15 (15.79)	
¿Se sintió protegido en su centro laboral? *			
Si	80 (86.02)	13 (13.98)	0,015
No	3 (42.86)	4 (57.14)	
Recibió ayuda psicológica °			
Si	45 (86.54)	7 (13.46)	0,327
No	38 (79.17)	10 (20.83)	

° Prueba chi cuadrado

* Test exacto de Fisher

La frecuencia de Realización Personal fue diferente en cuanto a 2 características, entre entrevistados que tienen pareja que es personal de salud, donde fue de 12 (13.48%), en comparación de no tener pareja personal de salud que fue de 45 (45.45%), $p=0.008$; y la segunda característica donde 13 (13.98%) se sintieron protegidos en su centro laboral, en comparación a 4 (57.14%) quienes no se sintieron protegidos, $p=0.015$.

Se observa que el sexo, convivencia con personas con factores de riesgo, temor al contagio de su familia y recibir ayuda psicológica, no se encuentran relacionadas con el componente de Realización Personal durante la primera ola. (**Tabla 5**)

Tabla 6. Relación entre CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES y CANSANCIO EMOCIONAL en la QUINTA OLA

CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES	CANSANCIO EMOCIONAL		P
	No n (%)	Si n (%)	
Sexo *			
Femenino	41 (97.62)	1 (2.38)	> 0.05
Masculino	57 (98.28)	1 (1.72)	
Convivencia con personas con factores de riesgo *			
Ninguno	68 (98.55)	1 (1.45)	0,526
Uno o mas	30 (96.77)	1 (3.23)	
Profesión de la pareja del trabajador de salud *			
Si	87 (97.75)	2 (2.25)	> 0.05
No	11 (100.00)	0 (0)	
Temor al contagio de su familia *			
Poco	5 (100)	0 (0)	> 0.05
Bastante o mucho	93 (97.89)	2 (2.11)	
¿Se sintió protegido en su centro laboral? *			
Si	85 (95.84)	1 (1.16)	0,262
No	13 (92.86)	1 (7.14)	
Recibió ayuda psicológica *			
Si	80 (97.56)	2 (2.44)	> 0.05
No	18 (100.00)	0 (0)	

* *Test exacto de Fisher*

Se aprecia que el sexo, convivencia con personas con factores de riesgo, tipo de profesión de la pareja del trabajador de salud, temor al contagio de su familia, percepción de protección por parte de su centro laboral y recibir ayuda psicológica, no se encuentran relacionadas al componente de Cansancio Emocional en la quinta ola. (**Tabla 6**).

No se realizó la relación entre las características socio-familiares y los componentes de Despersonalización y Realización Personal, ya que, se obtuvo una frecuencia de no despersonalización del 100% y la realización personal del 100%.

Tabla 7. Relación entre la PRIMERA y QUINTA OLA en los trabajadores de salud (n=100)

Escala de Maslach	Periodo		P
	Primera ola n (%)	Quinta ola n (%)	
Cansancio emocional*	32.2 ± 3.5	18.72 ± 3.2	<0.001
Despersonalización*	3.3 ± 2.1	1.7 ± 1.0	<0.001
Realización personal*	36.1 ± 2.8	44.2 ± 1.7	<0.001

* *Media ± desviación estándar.*

Finalmente, se evaluó la diferencia entre la primera y quinta ola de la pandemia por COVID-19 en personal de salud, la cual reporta que, entre el Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal entre la primera y quinta ola, existe una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.001$. (**Tabla 7**)

DISCUSIÓN

Como objetivo del presente estudio se planteó determinar si existe diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout durante la primera y quinta ola de la pandemia por COVID-19 en médicos y enfermeras de hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa (Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo), durante el periodo 2020 – 2022, como bien se conoce el Síndrome de Burnout, es un síndrome resultante del estrés relacionado con el trabajo y caracterizado por el agotamiento emocional, físico y el desapego a los pacientes; que puede afectar a trabajadores de diferentes áreas, pero se ha podido apreciar mayor prevalencia en trabajos que implican interacciones sociales intensivas y directas, como personal médico y de enfermería. En el presente estudio se empleó el cuestionario Maslach Burnout Inventory, que se compone de 03 dimensiones para medir el Síndrome de Burnout: Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. (19)

En los resultados del presente estudio, *tabla 2*, reportamos que respecto al Cansancio Emocional, durante la primera ola ninguno de los participantes presentó un nivel “alto” y 6 (6.0%) presentaron un nivel “medio”, sin embargo, en la quinta ola 52 (52.0%) un nivel “medio” y 2 (2.0%) presentaron un nivel “alto”, esto se podría explicar debido al aumento de la carga laboral en los centros hospitalarios y al contacto diario y continuo con los pacientes. Respecto a Despersonalización durante la primera ola, 2 (2.0%) presentaron un nivel “alto” y 13 (13.0%) un nivel “medio”; sin embargo, en la quinta ola ninguno presentó un nivel “alto” y solo 1 (1.0%) obtuvo un nivel “medio”, siendo consecuencia del estrés crónico en la primera ola, traduciéndose en cinismo, actitudes negativas e insensibilidad con los pacientes. Con respecto a Realización Personal, durante la primera ola 10 (10.0%) un nivel “bajo”; sin embargo, en la quinta ola, 99 (99.0%) presentaron un nivel “alto” y 1 (1.0%) un nivel “medio”, que podría estar relacionado en un inicio en el contexto de la pandemia (primera ola) por la muerte de los pacientes, la falta de recursos para poder tratarlos y la falta de información que progresivamente fue menguando en la quinta ola. En la *tabla 3*, se observa que no hay una relación entre las características socio-familiares y el Cansancio Emocional durante la primera ola, de la misma forma se observa en la *tabla 4*, que no hay una relación entre las características socio-familiares y la Despersonalización durante la primera ola. En la *tabla 5*, se muestra que existe una relación entre la profesión de la pareja del trabajador

de salud y cuán protegido se sentía en su centro laboral con el componente de Realización Personal durante la primera ola, lo que podría explicarse por la exposición del riesgo de la pareja, lo que en consecuencia llevaría a determinar un factor de riesgo mayor de poder contagiarse entre ellos y a su familia, por otro lado que, a pesar de indicar que se sentían protegidos en su centro laboral, aún persistía una deficiencia para poder realizar su trabajo y poder interactuar de manera adecuada con los pacientes. En la *tabla 6*, se muestra que no existe una relación entre las características socio-familiares y los 03 componentes de la Escala de Maslach (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal), ya que probablemente el personal médico y de enfermería se adaptaron a las condiciones dadas desde la primera ola, en conjunto con la disminución de casos positivos y gravedad de la infección por COVID-19 hasta la quinta ola. En la *tabla 7*, se aprecia la relación entre la frecuencia de Síndrome de Burnout entre la primera y quinta ola, que sí hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre ambas olas, habiendo una mayor frecuencia de Síndrome de Burnout (primera ola), en su componente de Cansancio Emocional, lo cual estaría relacionado con las condiciones a las cuales el personal estaba expuesto en el inicio de la pandemia, como la cantidad de pacientes positivos a COVID-19, la falta de información sobre el nuevo virus, las deplorables condiciones de los hospitales, recursos escasos para una buena atención, la angustia por el contagio y la exposición, las muertes ocurridas en este periodo, entre otras cosas.

Los resultados de la presente investigación coinciden con diferentes estudios, donde se aprecia la presencia de Síndrome de Burnout desde la primera ola y como va disminuyendo su frecuencia hasta la quinta ola, conforme transcurría la pandemia.

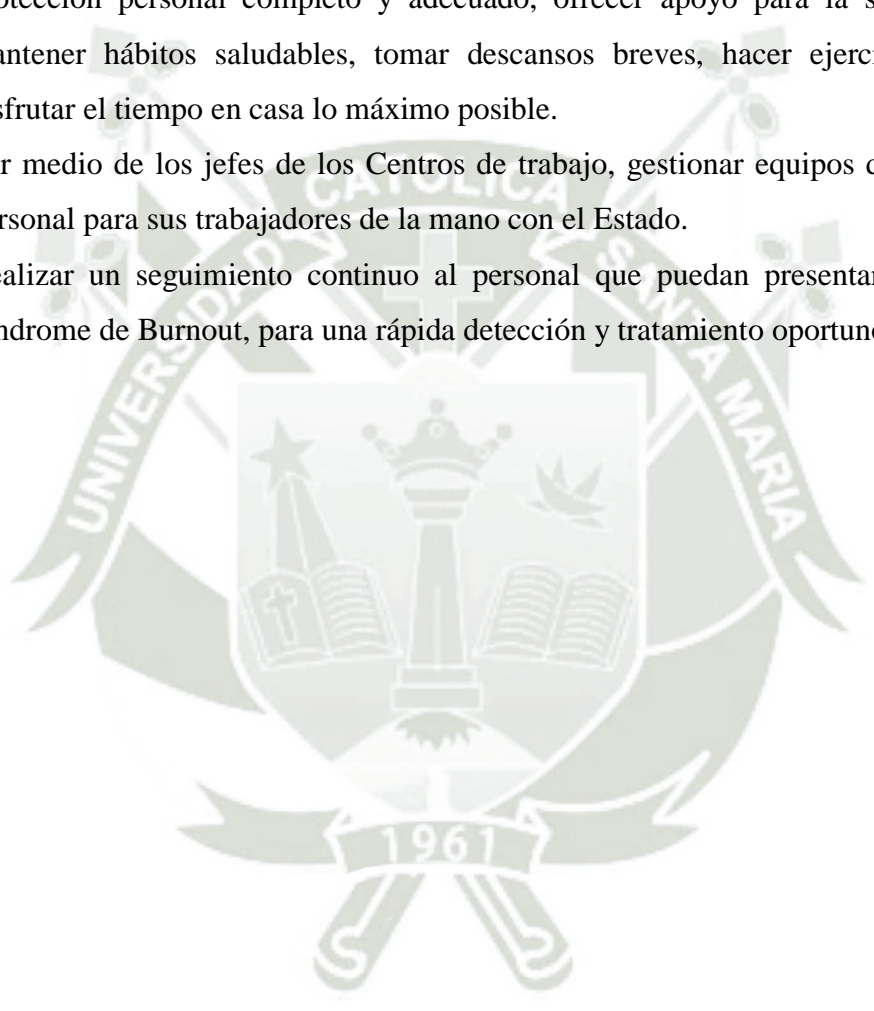
Dado que las diferentes olas de la pandemia por COVID-19 han expuesto al personal de salud a riesgos psicosociales y excesiva demanda de atención de pacientes de diferente manera y considerando que aumentó la cantidad de nueva información progresivamente sobre esta enfermedad, una mejor toma de medidas de seguridad y la aplicación de nuevas y diversas vacunas; se ha concluido que, el estrés al que se ha visto expuesto el personal, ha ido disminuyendo conforme transcurrían las diversas olas por la infección por COVID-19, lo que se traduce en los resultados obtenidos. Con clara evidencia de estos hallazgos, queremos dejar una base, para que se puedan realizar más estudios sobre el Síndrome de Burnout en el personal de salud, para planificar intervenciones que enfatizen aquellas variables y grupos en riesgo que requieren atención especial en situaciones como la presentada.

CONCLUSIONES

1. Existe diferencia entre la frecuencia del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola y quinta ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, 2020 – 2022. El Síndrome de Burnout estuvo presente con mayor frecuencia durante la primera ola a diferencia de la quinta ola.
2. El Síndrome de Burnout estuvo presente en médicos y enfermeras que laboraron durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, con puntajes altos en los componentes de Despersonalización y puntajes bajos en Realización Personal.
3. El Síndrome de Burnout estuvo presente en médicos y enfermeras que se encuentran laborando durante la quinta ola de la pandemia por COVID-19, en hospitales COVID-19 de la provincia de Arequipa, con puntajes altos en cansancio emocional.
4. Dentro de las características socio-familiares, se observó que la profesión de la pareja del trabajador de salud y la percepción de protección en el centro laboral influyeron sobre el componente de Realización personal del Síndrome de Burnout durante la primera ola. No se observó otra asociación.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que los jefes responsables de los hospitales COVID-19 de la región Arequipa, trabajen en conjunto con el Área de Psicología, para realizar sesiones de ayuda, con el fin de evaluar y determinar el estado de Salud Mental del personal.
2. Se debería aplicar diversas estrategias para fomentar la comunicación, mejorar la percepción de situaciones de riesgo, promover el autocuidado, proveer equipo de protección personal completo y adecuado, ofrecer apoyo para la salud mental, mantener hábitos saludables, tomar descansos breves, hacer ejercicio físico y disfrutar el tiempo en casa lo máximo posible.
3. Por medio de los jefes de los Centros de trabajo, gestionar equipos de protección personal para sus trabajadores de la mano con el Estado.
4. Realizar un seguimiento continuo al personal que puedan presentar indicios de Síndrome de Burnout, para una rápida detección y tratamiento oportuno.



REFERENCIAS

1. Médicos con Covid-19 Positivo (Autoreporte) [Internet]. Colegio Médico del Perú - Consejo Nacional. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/>
2. Peláez Sánchez Otto, Más Bermejo Pedro. Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Abr 02] ; 46(2): e2358. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000200003&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
3. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Revista Clínica Española. marzo de 2020;S0014256520300928.
4. De La Cruz-Vargas JA. Protegiendo al personal de la salud en la pandemia Covid-19. RFMH. 27 de marzo de 2020;20(2):7-9.
5. Minsa confirma quinta ola del covid-19 [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 31 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.elperuano.pe/noticia/198175-minsa-confirma-quinta-ola-del-covid-19>
6. Gutiérrez-Tudela JW. La pandemia de la COVID-19 en el Perú: análisis epidemiológico de la primera ola. Rev Soc Peru Med Interna (línea) [Internet]. 2021;34(2):51–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36393/spmi.v34i2.595>
7. Gutiérrez-Tudela JW. La pandemia de la COVID-19 en el Perú: análisis epidemiológico de la segunda ola. Rev Soc Peru Med Interna (línea) [Internet]. 2021;34(4):129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36393/spmi.v34i4.627>
8. Dámaso-Mata B. La tercera ola en el Perú. Rev Peru Investig Salud [Internet]. 2022;6(1):7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35839/repis.6.1.1341>
9. Comenzó cuarta ola de covid-19 [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 31 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/163361-comenzo-cuarta-ola-de-covid-19>
10. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2 de diciembre de 2014 [citado 31 de agosto de 2020];31(4). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/129>
11. Perú: Coronavirus Peru | El Perú nunca vivió una epidemia como el COVID-19 e | NOTICIAS PERU21 PERÚ [Internet]. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://peru21.pe/peru/coronavirus-peru-el-peru-nunca-vivio-una-epidemia-como-el-covid-19-en-su-historia-pandemia-cuarentena-estado-de-emergencia-noticia/>
12. Cabezas C. Nueva influenza a H1N1: inexorable expansión de la pandemia al hemisferio sur. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2009 Jun. 30; 26(2). available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1350>

13. Laboral RA. Reflexiones sobre la protección laboral de los trabajadores de la salud en tiempos de COVID-19 [Internet]. Actualidad Laboral. 2020 [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://actualidadlaboral.com/reflexiones-sobre-la-proteccion-laboral-de-los-trabajadores-de-la-salud-en-tiempos-de-covid-19/>
14. Franco-Giraldo Á, El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2015;33(3):414-424. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12041781011>
15. López-Collada VLR. El papel del médico pediatra en la pandemia del virus de la influenza A H1N1. Rev Enfer Infec Pediatr. 2009;22.23(90):39.
16. Inchausti F, García-Poveda NV, Prado-Abril J, Sánchez-Reales S. La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. Clínica y Salud. junio de 2020;31(2):105-7.
17. Galán-Rodas E, Tarazona-Fernández A, Palacios-Celi M. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. Acta Med Peru [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 31 de agosto de 2020];37(2). Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1033>
18. Peraza de Aparicio CX, Peraza de Aparicio CX. Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. MediSur. junio de 2020;18(3):507-11.
19. Márquez-Lugo I, Mosquera-Quiñónez M, Ochoa-Granados C, Pacavita-Sánchez D, Palencia-Sánchez F, Riaño-Casallas M. Revisión de los instrumentos de medición del síndrome DE burnout- documento de Trabajo (instruments for measuring burnout syndrome: A review-working paper). SSRN Electron J [Internet]. 2021 [citado el 28 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=3841093>
20. 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. An Fac med. 30 de noviembre de 2017;78(3):270.
21. Olivares-Faúndez V, Mena-Miranda L, Macía-Sepúlveda F, Jélvez-Wilke C. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. Univ Psychol [Internet]. 2014 [citado el 28 de diciembre de 2022];13(1):145–59. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672014000100013
22. Rodríguez-López AI, Méndez-Durán A. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel. Gac médica Bilbao [Internet]. 2016 [citado el 28 de diciembre de 2022];113(3). Disponible en: <http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/120>

23. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. “Lineamientos para el retorno progresivo a las actividades laborales en el contexto de pandemia de COVID – 19”. EsSalud. Lima; 2020
24. Resolución Ministerial N°448-2020 MINSA [Internet]. Plataforma Digital Única del Estado Peruano jun 30, 2020 p. 40. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/903763/RM_448-2020-MINSA.pdf
25. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú, Ruiz de Somocurcio Bertocchi JA. Conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud. HorizMed. 31 de diciembre de 2017;17(4):53-7.
26. Munayco-Guillén F, Fernández-Poma SM, Maldonado-Alcántara IM. Medidas de bioseguridad en la atención oftalmológica durante la pandemia de coronavirus (SARS-CoV-2). Acta Med Peru [Internet]. 31 de marzo de 2020 [citado 31 de agosto de 2020];37(1). Disponible en: <http://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/916>
27. Vista de LA BIOSEGURIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD: A PROPÓSITO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 [Internet]. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/901/846>
28. WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf [Internet]. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf
29. OPSPHEIHMCovid1920003_spa.pdf [Internet]. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51976/OPSPHEIHMCovid1920003_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Almaguer AYC, Alvarez AKG, Santos EDZ. Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 10 de junio de 2020 [citado 31 de agosto de 2020];36(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3704>
31. El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental [Internet]. [citado 31 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718304116>
32. Rodríguez TR, Fernández MF, González AMV, Angulo ML. Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. Cienfuegos. Cuba Protocol of psychological intervention facing COVID-19 in healthcare centers. Cienfuegos. Cuba. 2020;13.

33. Urzúa A, Vera-Villaruel P, Caqueo-Urizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Ter Psicol.* abril de 2020;38(1):103-18.
34. Muñoz del-Carpio-Toia Agueda, Zevallos-Rodríguez Juan Manuel, Arias-Gallegos Walter L., Jara-Terrazas Juvenal, Chuquipalla-Zamalloa Maribel, Alarcón-Guzmán Ximena et al . Síndrome de Burnout en trabajadores de salud del Hospital de Arequipa (Perú) durante la pandemia. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2022 Sep [citado 2022 Nov 07] ; 60(3): 262-272. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000300262&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272022000300262>
35. Muñoz-del-Carpio Toya Agueda, Arias Gallegos Walter L., Caycho-Rodríguez Tomás. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Nov 19] ; 57(2):139-148. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200139&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200139>.
36. Arias Gallegos Walter L., Muñoz del Carpio Toia Agueda, Delgado Montesinos Yesary, Ortiz Puma Mariela, Quispe Villanueva Mario. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med. segur. trab.* [Internet]. 2017 Dic [citado 2022 Nov 19] ; 63(249): 331-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es
37. Arias Gallegos, Walter Lizandro y Muñoz del Carpio Toia, Agueda Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2016, v. 42, n. 4, pp. 559-575. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127.
38. Yslado-Méndez R, Nuñez-Zarazú L, Montané-Lopez L, Bobadilla-Chávez R, de-la-Cruz-Díaz L, Pinto-Flores I, Rojas-Gamboa A, Obeso-Díaz H. Síndrome de Burnout, ansiedad, depresión y bienestar laboral en personal hospitalario de Perú durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2022 [citado 6 Nov 2022]; 41 Disponible en: <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2555>
39. Lozano-Vargas Antonio. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2021 Ene [citado 2022 Nov 07] ; 84(1): 1-2. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>.
40. Taype-Rondan A, Hurtado-Roca Y, Estrada-Martínez M, Timaná-Ruiz R. Recomendaciones clínicas para la evaluación y manejo de riesgo de COVID-19 en personal de salud del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Med Peru*

- [Internet]. 31 de marzo de 2020 [citado 31 de agosto de 2020];37(1). Disponible en: <http://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/953>
41. García-Torres Michelle, Aguilar-Castro Jesús, García-Méndez Mirna. Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2021 Dic [citado 2022 Nov 07]; 14(2): 96-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092021000200006&lng=es. Epub 23-Mayo-2022. <https://dx.doi.org/10.24310/esplicespsi.v14i2.13618>.
 42. Alejandro Koppmann, Vanesa Cantillano, Carolina Alessandri. Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por covid-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 32, Issue 1, 2021, Pages 75-80, ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.009>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020301000>)
 43. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)*. 2021 Aug 13;157(3):130-140. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.003. Epub 2021 May 6. PMID: 34083069; PMCID: PMC8101798.
 44. Urbiña-Villarraga JA, Velandia-Puerto SM, Gomez-Lora MC, Cañón-Ramirez DS, Vargas-Montoya TMM, Harnache-Bustamante DH. Síndrome de Burnout y la psiconeuroendocrinoinmunología: consecuencias en el personal de salud durante la pandemia por Coronavirus. *MedUNAB*. 2021;24(1) 3997 doi: <https://doi.org/10329375/01237047.3997>
 45. Chávez L, Marcet G, Ramirez E, Acosta L, Samudio M. Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay. *Rev. salud publica Parag*. 2021; 11(1):74-79
 46. Vergara Robalino, Joselin Stefany, Moreno Rueda, Marco Vinicio. Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital General Riobamba (IESS) que laboró en la pandemia por COVID 19. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818 Vol 7, núm. 4, Octubre-Diciembre 2021, pp. 848-868
 47. Calixto Tapullima-Mori, Gustavo Ramírez García, Janina Saavedra Meléndez. Síndrome de burnout en profesionales de la salud: una revisión sistemática durante la COVID-19. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies* | Vol. 2 | n. 4 | Out-Dez | 2021 | e-ISSN:2675-9780 <https://doi.org/10.51798/sijis.v2i4.173>
 48. Fernandes MA, Ribeiro AA de A. Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19. *Revista Cuidarte* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 31 de agosto de 2020];11(2). Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/1222>

49. Lozano-Vargas A, Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. enero de 2020;83(1):51-6.
50. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occupational Medicine*. 17 de julio de 2020;70(5):364-9.
51. Andrés Fernando Vinuesa Veloz, Nelson Renato Aldaz Pachacama and Carlota Mónica Mera Segovia et al. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*. Vol. 29(4):330-339.
52. Maslach, Christina & Jackson, Susan. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 2. 99 - 113. 10.1002/job.4030020205.
53. Millán de Lange AC, D'Aubeterre López ME. Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Rev Psicol [Internet]*. 2012 [citado el 31 de diciembre de 2022];30(1):103–28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472012000100005&script=sci_abstract

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE MASLACH

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados

0 = Nunca.

1 = Pocas veces al año o menos.

2 = Una vez al mes o menos.

3 = Unas pocas veces al mes.

4 = Una vez a la semana.

5 = Unas pocas veces a la semana.

6 = Todos los días.

	ENUNCIADOS
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado(a)
2	Al final de la jornada me siento agotado(a)
3	Me encuentro cansado(a) cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros
5	Creo que trato a algunos pacientes o compañeros como si fueran objetos
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12	Me encuentro con mucha vitalidad
13	Me siento frustrado/a por mi trabajo
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés
17	Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada a mis pacientes
18	Me encuentro animado(a) después de trabajar con los pacientes/compañeros
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas

ANEXO 2
ENCUESTA VIRTUAL

**“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE
BURNOUT DURANTE LA PRIMERA Y QUINTA OLA DE LA PANDEMIA
COVID-19, EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES COVID-19 DE
LA PROVINCIA DE AREQUIPA, 2020 - 2022”**

1. Sexo
 - Masculino
 - Femenino
2. Número de personas con factores de riesgo para COVID-19 con los que convive: (Enfermedades graves Neumológicas – Cardiacas – Renales – Hepáticas – Inmunodeprimidos – Obesidad grave - Diabetes)
 - Ninguno
 - 1
 - 2
 - 3 o más
3. En caso de tener pareja ¿Es trabajador(a) de Salud?
 - No
 - Si, médico
 - Sí, enfermero(a)
 - Sí, otro
 - No tengo pareja
4. ¿Cuánto miedo siente de contagiar a su familia?
 - Nada
 - Poco
 - Bastante
 - Mucho
5. ¿Se siente protegido en su centro laboral?
 - No
 - Si
6. ¿Se le ha brindado Ayuda Psicológica por parte de su centro de trabajo?
 - No
 - Sí

ESCALA DE MASLACH (MBI-HSS)

7. Señale la respuesta que usted crea oportuna sobre la frecuencia (del 0 al 6) con que siente los siguientes enunciados (en la actualidad):

(0 = Nunca / 1 = Pocas veces desde que inició la pandemia / 2 = Una vez al mes o menos / 3 = Unas pocas veces al mes / 4 = Una vez a la semana / 5 = Pocas veces a la semana / 6 = Todos los días)

	Enunciados	0	1	2	3	4	5	6
01	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado(a)							
02	Al final de la jornada me siento agotado(a)							
03	Me encuentro cansado(a) cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
04	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros							
05	Creo que trato a algunos pacientes o compañeros como si fueran objetos							
06	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi							
07	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
08	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.							
09	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me encuentro con mucha vitalidad							
13	Me siento frustrado/a por mi trabajo							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
17	Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada a mis pacientes							
18	Me encuentro animado(a) después de trabajar con los pacientes/compañeros							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.							
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: “ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT DURANTE LA PRIMERA Y QUINTA OLA DE LA PANDEMIA COVID-19, EN MÉDICOS Y ENFERMERAS DE HOSPITALES COVID-19 DE LA PROVINCIA DE AREQUIPA, 2020 - 2022”

RESPONSABLES DEL ESTUDIO: Deysi Nohely Jasmin Huaraya Rodríguez

María Alejandra Villanueva Bernedo

INSTITUCIÓN: Facultad de Medicina Humana - Universidad Católica de Santa María

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Estamos invitándolo(a) a participar en un estudio que se realizará en 2 periodos, donde se determinará la frecuencia del Síndrome de Burnout durante la primera y quinta ola en tiempos de pandemia por COVID-19, en la Región Arequipa.

Los resultados de este estudio aportaran información relevante a las instituciones para la toma de decisiones en temas de Salud Pública.

PROCEDIMIENTO

Si usted acepta participar en el estudio usted realizará lo siguiente:

- Previa lectura y aceptación del Consentimiento Informado, enviado virtualmente, se le aplicará una Encuesta Online, que tiene una duración aproximada de 10 minutos, donde se le realizarán preguntas que estarán orientadas a evaluar su estado actual en relación a la pandemia por COVID-19.
- Se realizará un segundo procedimiento en un periodo posterior al mismo, donde nos comunicaremos con usted para una reevaluación con la misma metodología.

RIESGOS

Este trabajo no representa ningún riesgo para usted.

BENEFICIOS

Se BENEFICIARÁ con el resultado obtenido, si usted lo solicita al siguiente correo electrónico: jasminhuarayarodriguez@gmail.com

COSTOS Y COMPENSACIÓN

Los costos serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno. No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD

Se guardará su información con códigos y no con nombres, en una plataforma segura. Sólo las investigadoras tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

- Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno.
- Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a las investigadoras, al celular: 984 132 520

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Acepto participar ()

No acepto participar ()