

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



**“SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES
DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL
COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ,
AREQUIPA 2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Palomino Cutiri, Ivet Milagros

Para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana.

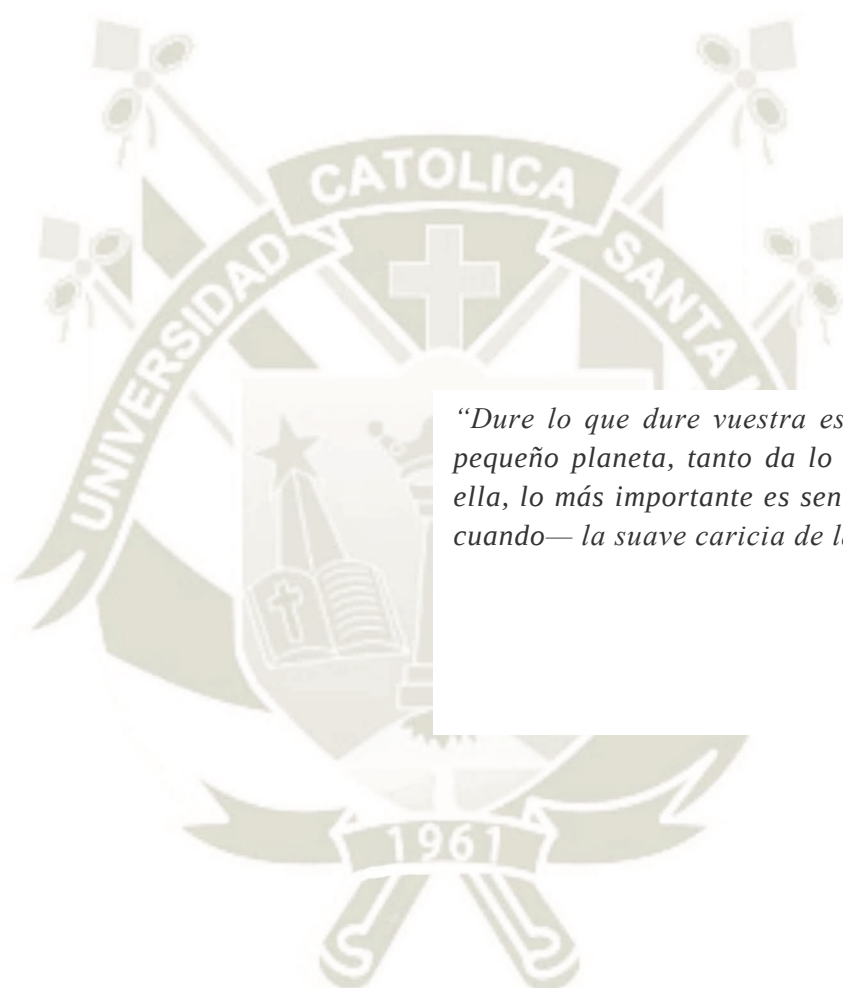
Asesor:

Dr. Butrón Zúñiga, Jorge Edwin

Arequipa – Perú

2020

Epígrafe



“Dure lo que dure vuestra estancia en este pequeño planeta, tanto da lo que ocurra en ella, lo más importante es sentir —de vez en cuando— la suave caricia de la vida.”

William Boyd

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, la música y la poesía; por ponerme en los tiempos y lugares correctos, con las personas correctas.

A mis padres, mis mejores ejemplos de amor, respeto, empatía, diligencia y constancia; son los encantadores jardineros que hacen florecer mi alma y, sin ellos no habría sido posible esto.

A mi hermano, mi mejor amigo, junto a él aprendimos lecciones de vida que jamás olvidaré, estoy eternamente agradecida por él.

A toda mi familia y amigos que conocí en la vida, con quienes compartimos risas y tristezas, triunfos y derrotas, enojos y abrazos.

A mis maestros, todos, desde el inicio de mi formación académica hasta ahora, cada uno sigue dejando huellas en mi camino.

A todos y cada uno de ellos va dedicada mi tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout y sus características de presentación en profesionales de la salud expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de investigación de tipo observacional, transversal, retrospectivo a partir de la técnica del cuestionario, utilizando el Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI- HSS) a 67 profesionales de la salud entre médicos, enfermeros, biólogos, obstetrices, técnicos en radiología y técnicos de enfermería expuestos a la enfermedad del COVID-19 desde el inicio de la pandemia. Para el análisis estadístico se hizo uso de medidas de tendencia central (media aritmética) y medidas de dispersión (desviación estándar), frecuencias absolutas y relativas y la prueba estadística de prueba de Chi cuadrado. **Resultados:** El diagnóstico de Síndrome de Burnout se hizo a través de sus tres dimensiones de presentación clínica, el 27%, 34% y 40% de profesionales presentaron AE, DP y baja RP. El 37%, 63% y 53% de médicos presentó Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización persona respectivamente. El 21%, 36% y 50% de enfermeros fue diagnosticado con AE, DP y baja RP de Síndrome de Burnout. Ningún biólogo ni técnico de radiología presentó Síndrome de Burnout. El 63%, 25% y 50% de obstetrices presento indicios de SB en sus tres esferas. La frecuencia fue menor en los técnicos de enfermería: 15%, 20% y 30% de AE, DP y baja RP. **Conclusiones:** La frecuencia de agotamiento emocional y despersonalización se ven influidas por la profesión ($p < 0,05$). La presencia de realización personal es independiente al tipo de profesión ($p > 0,05$). El sexo no está relacionado a la frecuencia de SB en los profesionales expuestos a la enfermedad del COVID-19. La edad no condiciona a la presencia de Síndrome de Burnout en el personal asistencial expuestos a la COVID. Existe diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el tiempo y el agotamiento emocional, la duración de trabajo expuesto a la COVID influye en la presencia de cansancio emocional. No ocurre lo mismo con la despersonalización ni realización personal, no mantienen una relación significativa. La frecuencia de agotamiento emocional no mantiene relación con el área de trabajo, mas sí con la presencia de despersonalización y realización personal.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout; Agotamiento Emocional; Despersonalización; Realización Personal; Covid-19; Pandemia; Salud Mental; Profesionales de Salud.

ABSTRACT

Objetive: To determine the prevalence of Burnout Syndrome and its presentation characteristics in health professionals exposed to Covid-19 disease at the “Hospital de Camaná”. **Materials and Methods:** An observational, cross-sectional, retrospective research study was carried out using the questionnaire technique, using the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) to 67 health professionals among doctors, nurses, biologists, midwives, radiology technicians and nursing technicians exposed to COVID-19 disease since the start of the pandemic. For the statistical analysis, measures of central tendency (arithmetic mean) and dispersion measures (standard deviation), absolute frequencies and relative tests, and the Chi-square statistical test were used. **Results:** The diagnosis of Burnout Syndrome was made through its three dimensions of clinical presentation, 27%, 34% and 40% of professionals presented emotional exhaustion, depersonalization and low personal achievement. 37%. 63% and 53% of doctors presented emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment respectively. 21%, 36% and 50% of the nurses were diagnosed with EE, DP and low LPA of Burnout Syndrome. No biologist or radiology technician had Burnout Syndrome. 63%, 25% and 50% of midwives presented signs of BS in their three areas. The frequency was lower in nursing technicians: 15%, 20% and 30% of EE, DP and LPA. **Conclusions:** The frequency of emotional exhaustion and depersonalization are influenced by the profession ($p < 0,05$). The presence of low personal achievement is independent of the type of profession ($p > 0,05$). Sex is not related to the frequency of BS in professionals exposed to the COVID-19 disease. Age does not condition the presence of Burnout Syndrome in healthcare personnel exposed to COVID. There is a significant difference ($p < 0,05$) between time and emotional exhaustion, the duration of work exposed to COVID influences the presence of emotional exhaustion. The same does not happen with depersonalization or low personal achievement, it does not maintain a meaningful relationship. The frequency of emotional exhaustion is not related to the work area, but rather to the presence of depersonalization and low personal achievement.

KEY WORDS: Burnout Syndrome; Emotional Exhaustion; Depersonalization; Personal Achievement; Covid-19; Pandemic; Mental Health; Health Professionals.

INTRODUCCIÓN

La pandemia actual del COVID-19 ha estado afectando simultáneamente a diversas comunidades de todo tipo en todo el mundo desde su inicio a finales de diciembre del 2019.

La población afectada sufre directamente un elevado número de infecciones, que se asocian a un aumento de la mortalidad. Además, las medidas de protección contra la infección, como las restricciones sociales, están asociadas con consecuencias indirectas para la salud, con cargas psicológicas significativas, en particular la ansiedad y depresión [1].

Frente a toda esta situación, el personal sanitario pasó a ser la primera línea de defensa al participar directamente en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes con COVID-19 y los trastornos psicológicos subsecuentes; conllevando con esto una gran carga tanto laboral como emocional, y corriendo el riesgo (preexistente debido al tipo de trabajo) a sufrir síntomas de mala salud mental.

Estudios anteriores han evaluado “El impacto psicológico y ocupacional inmediato del brote de SARS de 2003 en un hospital universitario” [2], donde se evidenció que el personal se vio afectado negativamente por el miedo al contagio y a infectar a familiares, amigos y colegas. Cuidar a los trabajadores de la salud como pacientes y colegas fue emocionalmente difícil.

Por lo tanto, dentro del contexto actual, la atención médica de la población está amenazada porque los empleados del sistema de salud están expuestos a un estrés particular. El síndrome de Burnout aparece “Como una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional, crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, despersonalización y la disminución del desempeño personal.” [3]. Se considera un problema social y sanitario, por su alta prevalencia en el personal de salud ya que afecta el rendimiento laboral.

La importancia de este trabajo radica en demostrar el impacto de esta pandemia en la salud mental del personal sanitario, y en cómo esto podría estar afectando la productividad del establecimiento de salud y la salud de la comunidad.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v
ÍNDICE	vi
CAPÍTULO I	1
MATERIALES Y MÉTODOS	1
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	2
2. Campo de verificación	3
3. Diseño del estudio	4
4. Estrategia de recolección de datos	4
5. Estrategias para el manejo de resultados	5
CAPÍTULO II	7
RESULTADOS	8
CAPÍTULO III	29
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	30
CAPÍTULO IV	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
REFERENCIA	36
ANEXOS	37
ANEXO 1: Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI- HSS)	38
ANEXO 2: Base para recolección de datos	40
ANEXO 3: Proyecto de investigación	45



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Se utilizó la técnica del cuestionario.

1.2. Instrumento

- El instrumento utilizado fue el Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI- HSS). (Anexo 1)
- Ficha de recolección de datos. (Anexo 2)

MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS):

Instrumento de medición para diagnóstico y evaluación del Síndrome de Burnout, está constituido por 22 ítems, distribuidos en 3 escalas que valoran las 3 dimensiones o esferas del síndrome, Son:

Subescala de Agotamiento emocional: Valora la vivencia de no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas. Puntuación máxima: 54.

Subescala de Despersonalización: Valora el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo traducidos en frialdad y distanciamiento hacia los usuarios destinatarios del trabajo. Consta de 5 preguntas. Puntuación máxima: 30

Subescala de realización personal: Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal, especialmente, con relación al trabajo y habilidades profesionales. Consta de 8 preguntas. Puntuación máxima 48.

SUBESCALA	CÓDIGO	ÍTEM	N° DE ÍTEMS	PUNTAJE POR ÍTEM	PUNTAJE POR ESCALA	INDICIOS DE BURNOUT
– Agotamiento emocional	AP	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.	9	0 - 6	0 - 54	Más de 26
– Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22.	5	0 - 6	0 - 30	Más de 9
– Realización Personal	RP	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	8	0 - 6	0 - 48	Menos de 34

Fuente: Elaboración propia.

1.3. Materiales de verificación

Los materiales utilizados fueron Equipo de Protección Personal, materiales de escritorio, computadora personal con programas de procesamiento de textos y datos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se realizó en el Módulo diferenciado COVID-19 del Hospital de Camaná, Equipo de Respuesta Rápida (ERR) del Hospital de Camaná, Centro de Aislamiento Temporal (CAT), Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Camaná, de la Red Camaná - Caravelí, en el departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se realizó entre los meses de mayo y noviembre del 2020.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población:

Todo el personal asistencial que labora expuesto directamente a la enfermedad del COVID-19 en el hospital de Camaná, en la Red de Camaná – Caravelí.

2.3.2. Muestra:

No se calculó un tamaño de muestra ya que se consideró a todos los integrantes de la población que cumplían los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección

2.4.1. Criterios de Inclusión

- Personal profesional y técnico asistencial: Médicos, enfermeros, obstetrices, biólogos, técnicos de radiografía y técnicos de enfermería distribuidos en el Módulo diferenciado COVID-19 (MDC), Equipo de Respuesta Rápida (ERR), Centro de Aislamiento Temporal (CAT) y Servicio de Ginecología y Obstetricia (GYO) del Hospital de Camaná que laboran entre los meses de marzo a noviembre del 2020.

2.4.2. Criterios de Exclusión

- Personal de apoyo: Personal de limpieza, vigilantes, choferes, del Módulo diferenciado COVID-19 (MDC), Equipo de Respuesta Rápida

(ERR), Centro de Aislamiento Temporal (CAT) y Servicio de Ginecología y Obstetricia (GYO) del Hospital de Camaná.

- Profesionales asistenciales de la salud que a pesar de pertenecer a áreas expuestas al COVID-19, estuvieron con licencia por ser población de riesgo.
- Profesionales de la salud: Médicos, enfermeros, biólogos, técnicos de enfermería que no laboren en el área COVID-19 del Hospital de Camaná.
- Personal de apoyo: Personal de limpieza, vigilantes, choferes, personal de cocina, que no laboren expuestos a la COVID-19 en el Hospital de Camaná.
- Todo personal administrativo del Hospital de Camaná.
- Errores en el llenado del instrumento.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1. Tipo de Investigación

Se trata de una investigación de campo: Observacional, transversal, retrospectivo.

3.2. Nivel de Investigación

Nivel descriptivo.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

4.1. Organización

- Se realizaron las respectivas coordinaciones con: Jefe del Módulo Diferenciado COVID y del Centro de Aislamiento Temporal, jefa del Equipo de Respuesta Rápida y jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Camaná, para obtener la autorización de ingreso y realización de la investigación.
- Una vez obtenida las autorizaciones, se realizó las encuestas respectivas a las personas que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.
- Obtenidos todos los cuestionarios, se pasaron a una ficha de datos para su recolección.
- Concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en una base de datos virtual para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora: Iveet Milagros Palomino Cutiri
- Asesor: Dr. Jorge Edwin Butrón Zúñiga, Médico cirujano, especialista en Medicina Interna.

b) Materiales

- Equipo de Protección Personal: Mameluco, mandilón, guantes, barbijo N95, barbijo quirúrgico, gorro quirúrgico, máscara facial, lentes de protección, botas quirúrgicas.
- Materiales de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y datos.

c) Económicos

- Autofinanciado.

4.3. Validación de instrumentos

No se requirió de validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

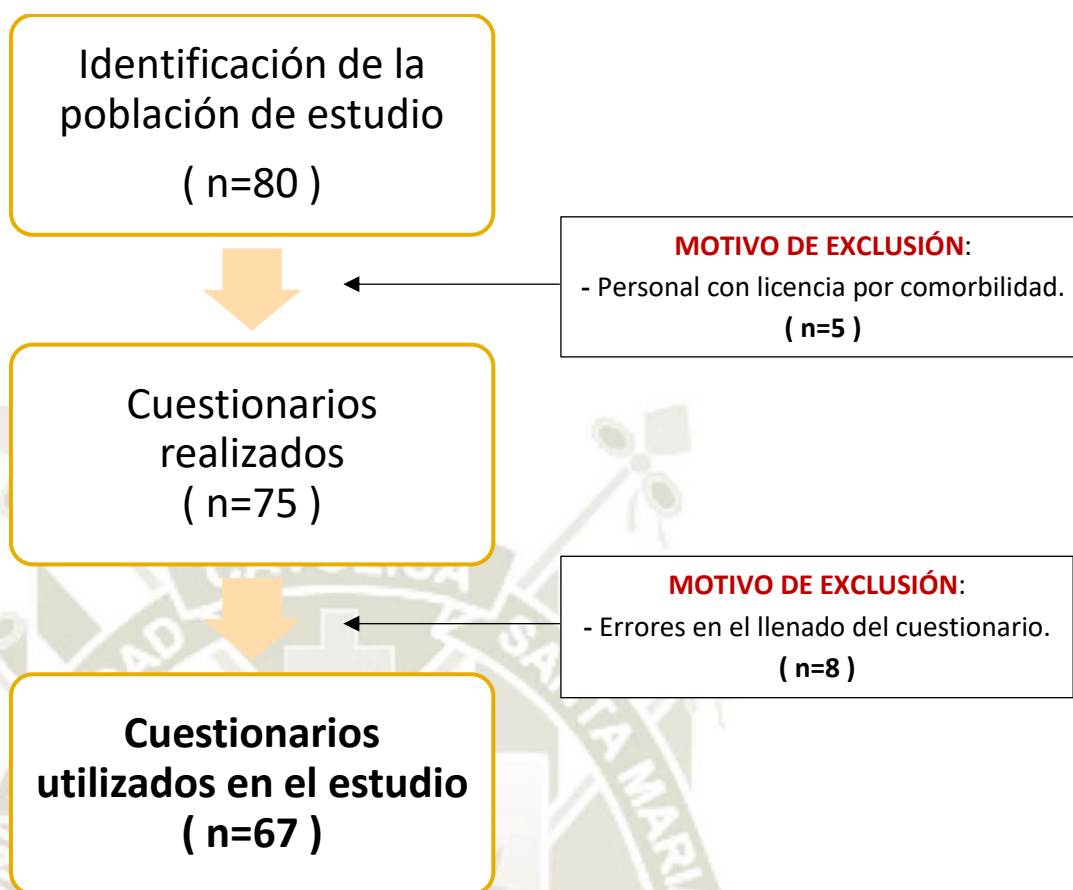
5. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

5.1. Plan de Procesamiento

Se realizó la técnica del cuestionario utilizando el Anexo 1 en un período de 7 días, de manera manual, voluntaria y anónima; luego fueron ordenados y clasificados en fichas de recolección de datos virtual (Anexo 2) para su posterior análisis e interpretación.

5.2. Plan de Clasificación

Se utilizó una matriz de sistematización de datos, los cuales fueron obtenidos de cada ficha, posteriormente tabulados en una hoja de cálculo electrónica: Microsoft Excel 2016 para mantener la información organizada.



5.3. Plan de Recuento

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo creada en Excel.

5.4. Plan de Análisis

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (Desviación estándar). En el caso de ser variable cualitativa, se usaron frecuencias absolutas y relativas (en porcentaje). Para el análisis de dos variables (dependiente e independiente) se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2 o Ji^2)

Los gráficos y las tablas (diagramas circulares, diagrama de barras) fueron diseñados en Microsoft Excel 2016.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

Tabla 1.
PROFESIONALES DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD
DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.

PROFESIÓN	MDC 28 (42%)	ERR 12 (18%)	CAT 8 (12%)	GYO 19 (28%)	GLOBAL	(%)
MÉDICO/A	8	4	2	5	19	28%
ENFERMERO/A	8	3	3	0	14	21%
BIÓLOGO/A	2	2	0	0	4	6%
OBSTETRIZ	0	0	0	8	8	12%
TÉC. DE RADIOLOGÍA	2	0	0	0	2	3%
TÉC. DE ENFERMERÍA	8	3	3	6	20	30%
Total	28	12	8	19	67	100%

MDC: Módulo Diferenciado COVID-19.
Temporal.

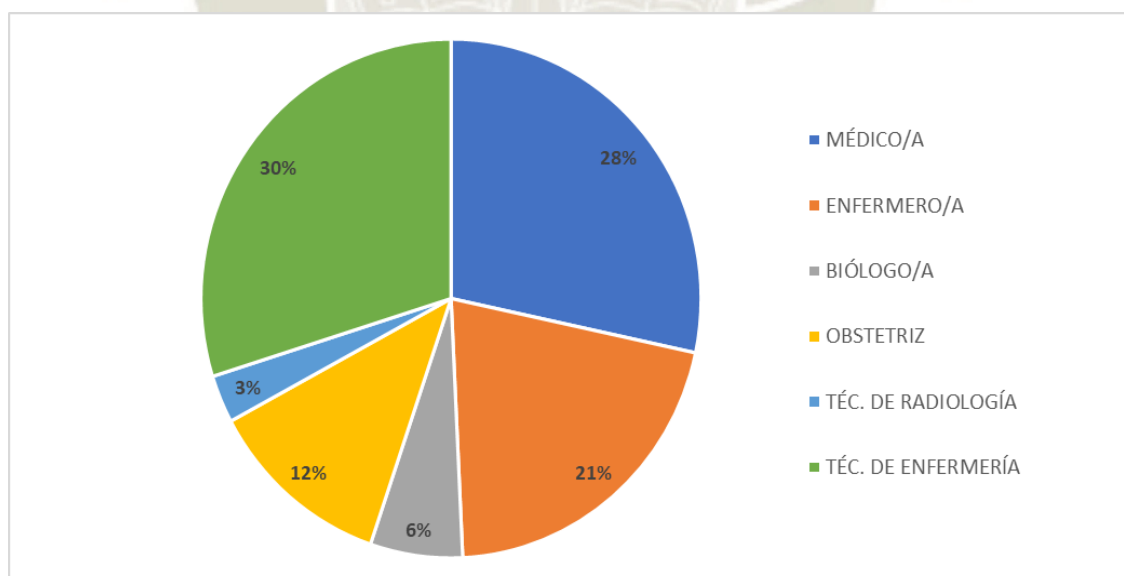
ERR: Equipo de Respuesta Rápida.

CAT: Centro de Aislamiento

GYO: Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1.
PROFESIONALES DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD
DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

El análisis estadístico de la Tabla 1 y Gráfico 1 corresponden a la distribución del personal sanitario que laboran en los diferentes Módulos y/o Servicios expuestos directamente a la enfermedad del COVID-19.

La población que cumplió con todos los criterios de inclusión son 67 personas ($N = 67$), de los cuales, el 30%, 28% y 21% corresponden a técnicos de enfermería, médicos y enfermeros respectivamente, siendo el 79% de la población estudiada; el 12%, 6% y 3% son obstetrices, biólogos y técnicos en radiología respectivamente, que pertenecen al grupo minoritario del estudio.

Los profesionales que participaron en la investigación son: médicos, enfermeros, biólogos, obstetrices, técnicos en radiología y técnicos de enfermería; el Módulo Diferenciado Covid-19 es el único módulo que incluye a técnicos de Radiología; el 100% de las obstetrices trabajan en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

El Módulo Diferenciado Covid-19 es el área que cuenta con más profesionales expuestos a la enfermedad, corresponde al 42% de todos los trabajadores; dentro del Equipo de Respuesta Rápida labora el 18%, 12% en el Centro de Aislamiento Temporal y el 28% en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, siendo el único Servicio de especialización del Hospital de Camaná que atiende pacientes COVID positivos.

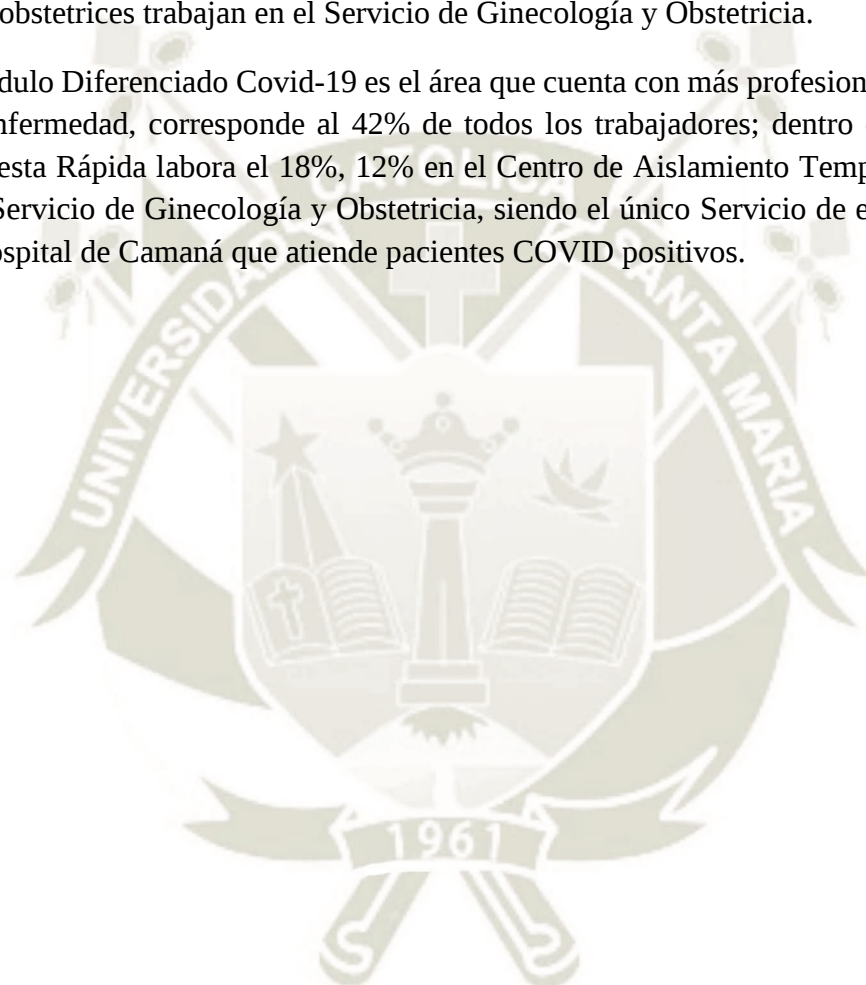


Tabla 2. Características epidemiológicas de los profesionales de salud expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná, 2020.

CARACTERÍSTICAS	No. (%)						
	GLOBAL	PROFESIÓN					
		Médico/a	Enfermero/a	Biólogo/a	Obstetriz	Tec. de Radiología	Tec. De Enfermería
GENERAL	67 (100)	19 (28)	14 (21)	4 (6)	8 (12)	2 (3)	20 (30)
SEXO							
Femenino	52 (78)	9 (47)	13 (93)	2 (50)	8 (100)	1 (50)	19 (95)
Masculino	15 (22)	10 (53)	1 (7)	2 (50)	0 (0)	1 (50)	1 (5)
EDAD, a							
[18 - 25[	6 (9)	0 (0)	3 (21)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (15)
[25 - 32[	23 (34)	8 (42)	5 (36)	2 (50)	1 (13)	1 (50)	6 (30)
[32 - 39[	19 (28)	8 (42)	2 (14)	1 (25)	1 (13)	0 (0)	7 (35)
[39 - 46[	9 (13)	1 (5)	4 (29)	1 (25)	0 (0)	1 (50)	2 (10)
[46 - 53[	4 (6)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	1 (13)	0 (0)	2 (10)
[53 - 60[	4 (6)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	3 (38)	0 (0)	0 (0)
[60 - 66]	2 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (25)	0 (0)	0 (0)
TIEMPO DE TRABAJO, m							
[1 - 3[	16 (24)	6 (32)	3 (21)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	6 (30)
[3 - 5[	3 (4)	2 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5)
[5 - 7[	23 (34)	3 (16)	7 (50)	2 (50)	0 (0)	2 (100)	9 (45)
[7 - 9[	12 (18)	4 (21)	4 (29)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (20)
[9 - 10]	13 (19)	4 (21)	0 (0)	1 (25)	8 (100)	0 (0)	0 (0)
ÁREA DE TRABAJO							
MDC	28 (42)	8 (29)	8 (29)	2 (7)	0 (0)	2 (7)	8 (29)
ERR	12 (18)	4 (33)	3 (25)	2 (17)	0 (0)	0 (0)	3 (25)
CAT	8 (12)	2 (25)	3 (38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (38)
GYO	19 (28)	5 (26)	0 (0)	0 (0)	8 (42)	0 (0)	6 (32)

EDAD: $\bar{X} = 36$

TIEMPO DE TRABAJO: $\bar{X} = 6$

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 se muestra las características epidemiológicas de la población evaluada. Se tratan de variables independientes como el sexo, edad, tiempo laboral y área de trabajo.

El sexo femenino representa al 78% ($n = 52$) de la población y el sexo masculino al 22% ($n = 15$). Entre los médicos, el 47% son mujeres y 53% varones; el 93% de los enfermeros son mujeres y el 7% varones. Los biólogos son 50% varones y 50% mujeres; el 100% de las obstétricas son mujeres; el 95% y el 5% del personal de técnicos de enfermería son mujeres y varones respectivamente.

La edad mínima de la población es 20 años ($V_{min} = 20$) y la máxima 63 años ($V_{max} = 63$), con un Rango de 43 ($R = 43$); el número de intervalos es 07 ($K = 07$) y una longitud de clase de 7 ($W = 7$). La edad media es 36 años ($\bar{X} = 35,69$). El 9% de la población tiene una edad entre 18 y 24 años de edad; el 34% entre 25 y 31 años, el 28% entre 32 y 38 años, 13% entre 39 y 45 años, 6% entre 46 y 52 años, 6% entre 53 y 59 años y sólo el 3% de la población tiene entre 60 y 66 años de edad.

El tiempo de trabajo mínimo del estudio es de 01 mes ($V_{min} = 1$) y el tiempo máximo de 10 meses ($V_{max} = 10$), con un rango de 8 ($R = 8$); el número de intervalos es 07 ($K = 7$) y longitud de clase de 2 ($W = 2$). El tiempo de trabajo medio es 6 meses ($\bar{X} = 5,99$). El 24% de la población trabajó entre 1 y 3 meses, 4% entre 3 y 4 meses, 34% entre 5 y 6 meses, 18% entre 7 y 8 meses, y el 19% entre 9 y 10 meses de trabajo.

Los 67 trabajadores ($N = 67$) están distribuidos en 4 áreas de trabajo: MDC, ERR, CAT y GYO, descritos en el Tabla 1.

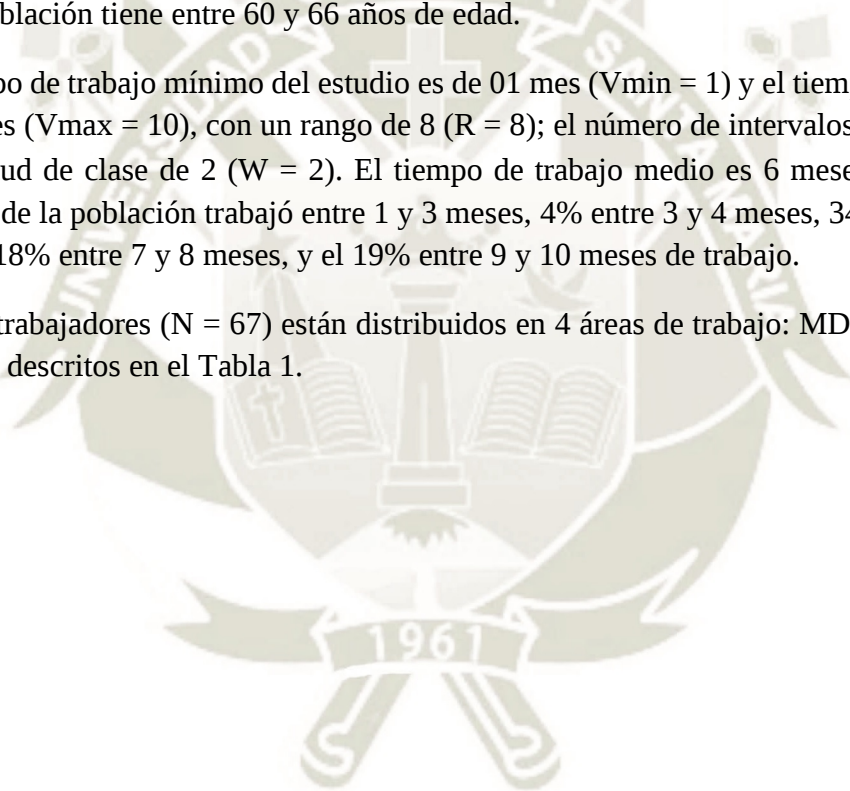


Tabla 3.
FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES
DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN
EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.

PROFESIÓN	SÍNDROME DE BURNOUT (%)								
	AE			DP			RP		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
<i>Médico/a</i>	37	26	37	63	11	26	16	32	53
<i>Enfermero/a</i>	21	14	64	36	0	64	14	36	50
<i>Biólogo/a</i>	0	0	100	0	0	100	50	50	0
<i>Obstetriz</i>	63	0	38	25	50	25	38	13	50
<i>Téc. de Radiología</i>	0	0	100	0	0	100	50	50	0
<i>Téc. de enfermería</i>	15	5	80	20	40	40	40	30	30
GLOBAL	27	12	61	34	21	45	28	31	40

AE: Agotamiento Emocional. **DP:** Despersonalización. **RP:** Realización personal.

Fuente: Elaboración propia.

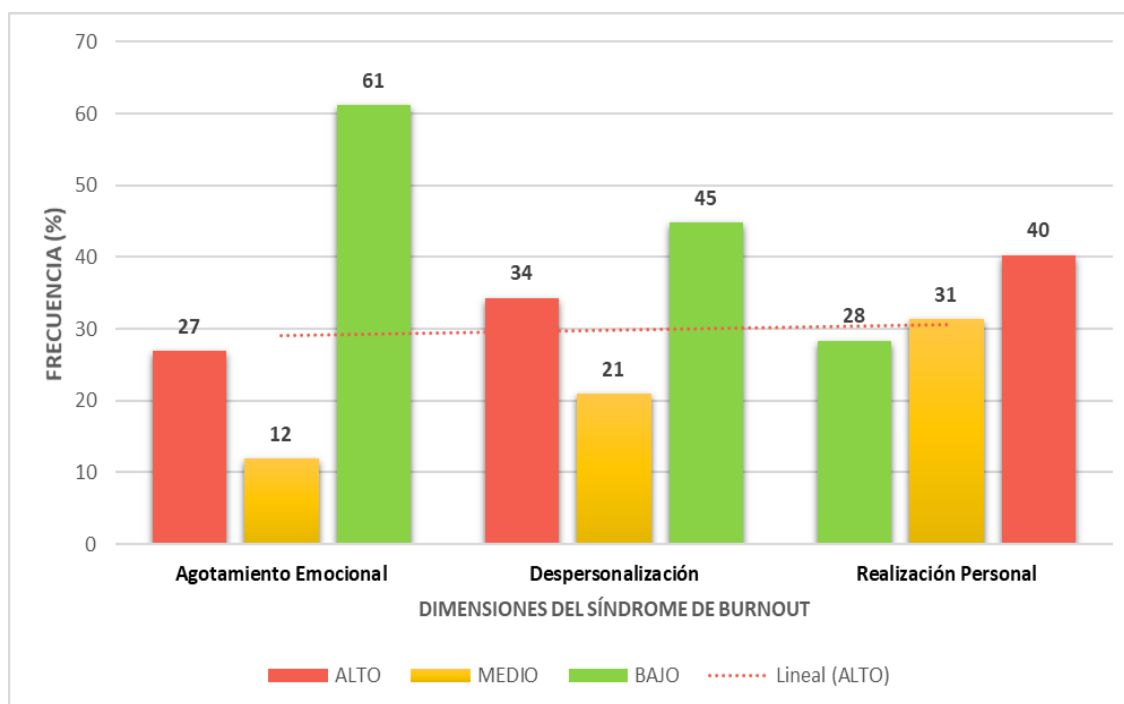
La frecuencia de Síndrome de Burnout (SB) en los profesionales sanitarios expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná se describe en la Tabla 3; el 37% de médicos presentó Agotamiento emocional alto (Puntaje: 27–54); el 21% de enfermeros, 63% de obstetrices y el 15% de técnicos de enfermería.

El 63%, 36%, 25% y 20% de médicos, enfermeros, obstetrices y técnicos de enfermería, respectivamente, presentaron Despersonalización en grado elevado (Puntaje: 10-30)

En cuanto a la Realización Personal, el 53% de los médicos presentó bajo grado (Puntaje: 0 – 33); el 50%, 50% y 30% de enfermeros, obstetrices y técnicos de enfermería respectivamente obtuvieron puntajes bajos en esta esfera, igualmente.

Gráfico 2.

**FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES
DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN
EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.**



Fuente: Elaboración propia.

El Gráfico 2 presenta una visión global de la distribución de Síndrome de Burnout en todas las personas estudiadas.

Del 100% (N = 67) de personal, el 27% obtuvo puntajes altos en la dimensión de Agotamiento Emocional, 12% puntajes medios y 61% bajos.

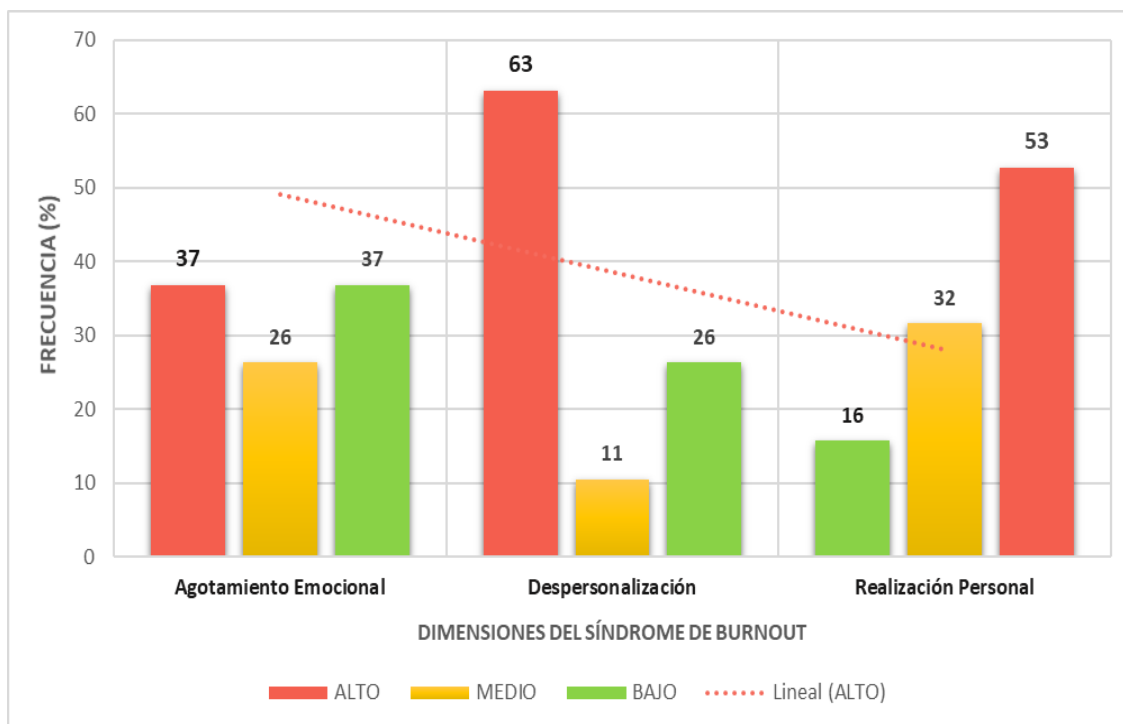
En la esfera de Despersonalización, el 34% de la población presentó puntajes altos, 21% medios y 45% puntajes bajos.

28%, 31% y 40% de los estudiados presentaron puntajes altos, medios y bajos respectivamente, en relación a la Realización Personal.

A tener en cuenta que el 61% de la población no presentó síntomas de Síndrome de Burnout.

Gráfico 3.

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS
EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.

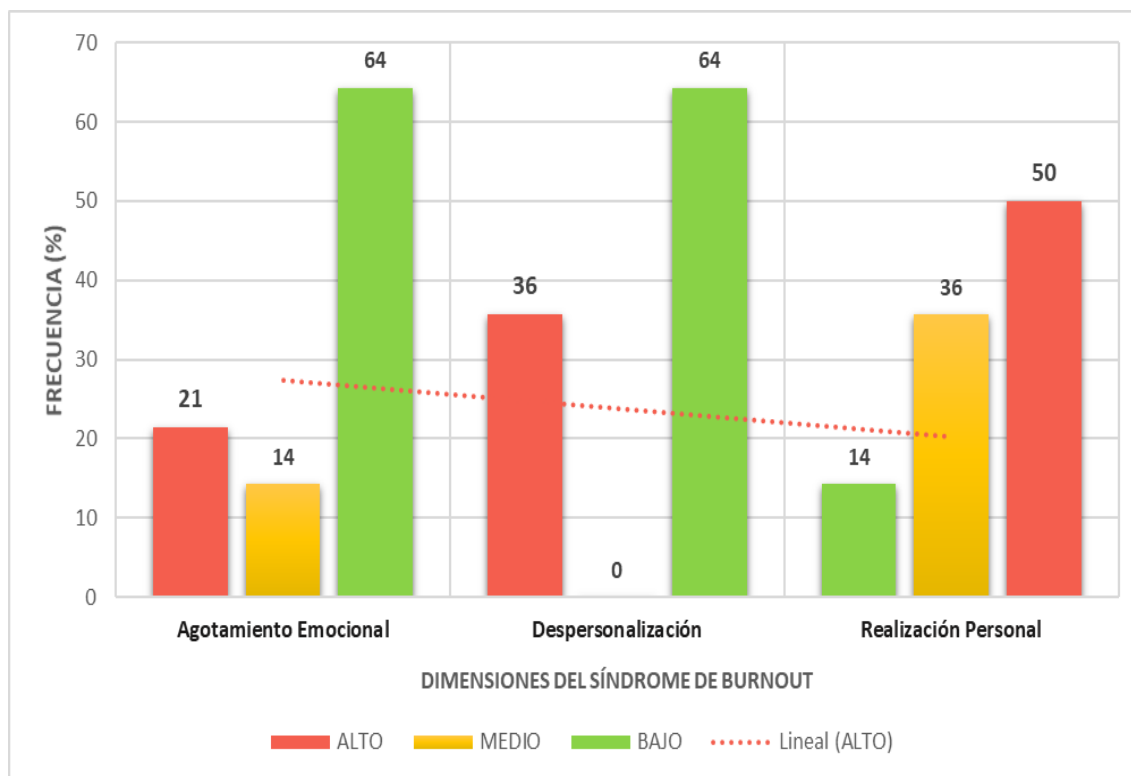


Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 3 se presenta la frecuencia de Síndrome de Burnout en médicos expuestos a la Covid-19 en el hospital de Camaná; las barras rojas indican puntajes altos y/o bajos sinónimos de indicios de síntomas de Burnout en cada esfera.

El 37% (n=7) de médicos presenta Agotamiento Emocional; el 63% (n=12) síntomas de Despersonalización y el 53% (n=10) de baja Realización Personal.

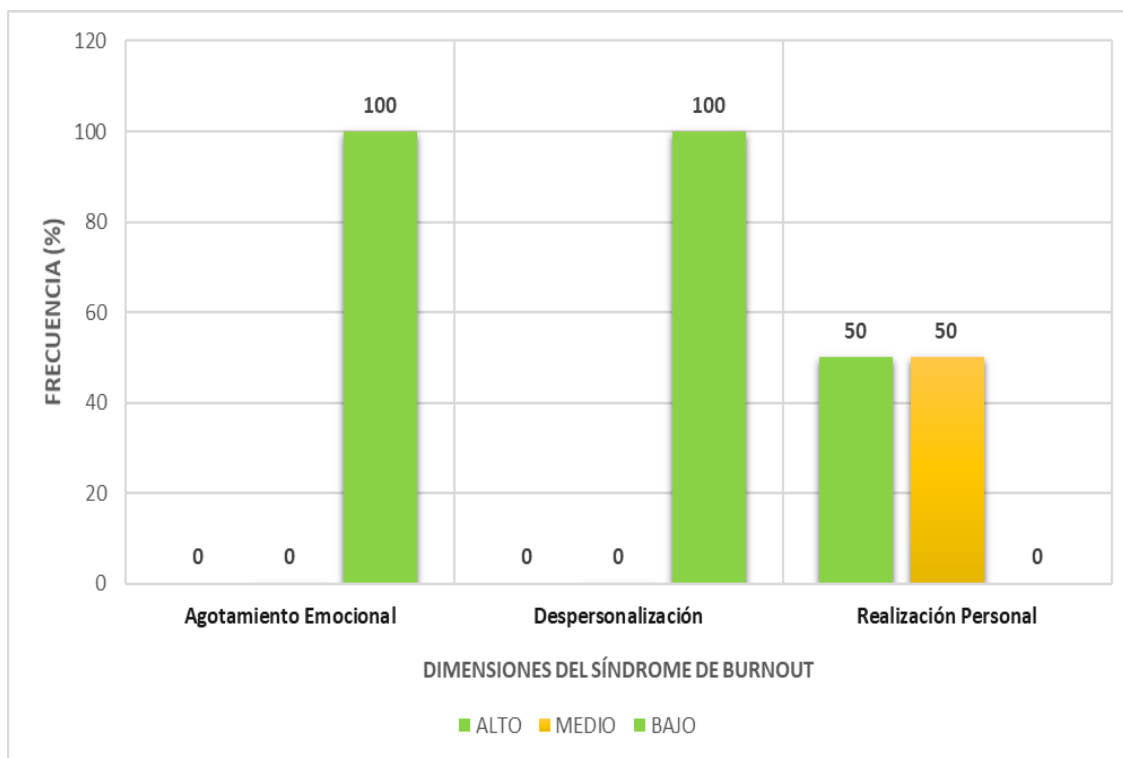
Gráfico 4.
FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMEROS
EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



Fuente: Elaboración propia

En relación a los enfermeros, en el Gráfico 4, el Agotamiento Emocional presente en el Síndrome de Burnout es 21% (n=3) frecuente, el 36% (n=5) de los enfermeros tiene síntomas de Despersonalización y el 50% (n=7) de baja Realización personal en el trabajo.

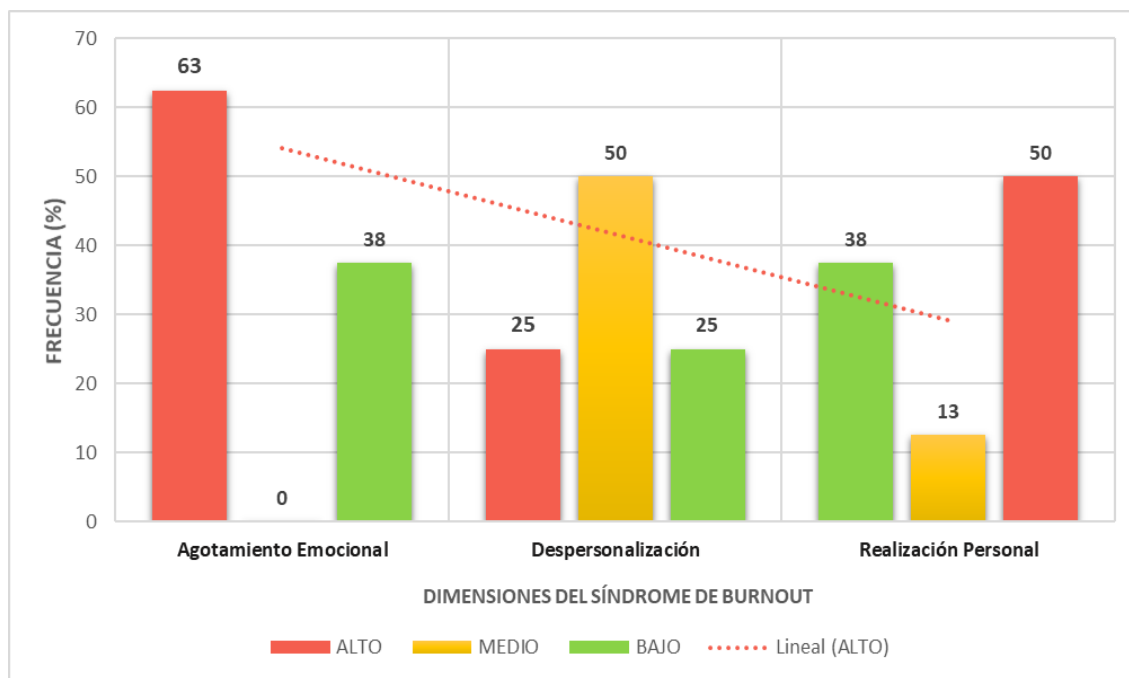
Gráfico 5.
FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN BIÓLOGOS
EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Se presenta el Gráfico 5, que representa en porcentaje la frecuencia de Síndrome de Burnout (SB) en los biólogos sometidos a evaluación, no hubo síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización ni de baja Realización Personal, mas sí, el 50% de biólogos obtuvo puntaje medio (34 – 39) en esta esfera que indicaría indicios del trastorno.

Gráfico 6.
FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN OBSTETRICES
EXPUESTAS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



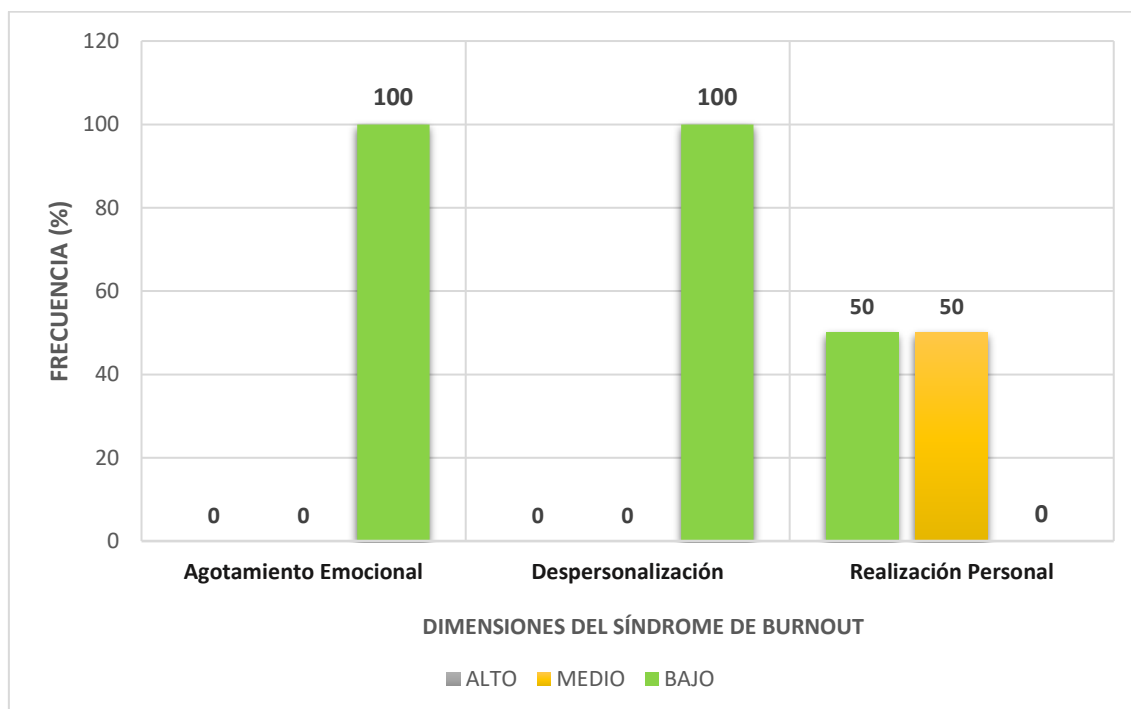
Fuente: Elaboración propia.

El Gráfico 6 muestra la frecuencia de Síndrome de Burnout en obstetrices expuestas a la enfermedad del Covid-19 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Camaná.

El 63% de la obstetrices indicaron tener síntomas de Agotamiento Emocional, el 25% despersonalización y el 50% baja realización personal dentro de su trabajo.

Gráfico 7.

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN TÉCNICOS DE RADIOLOGÍA EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.

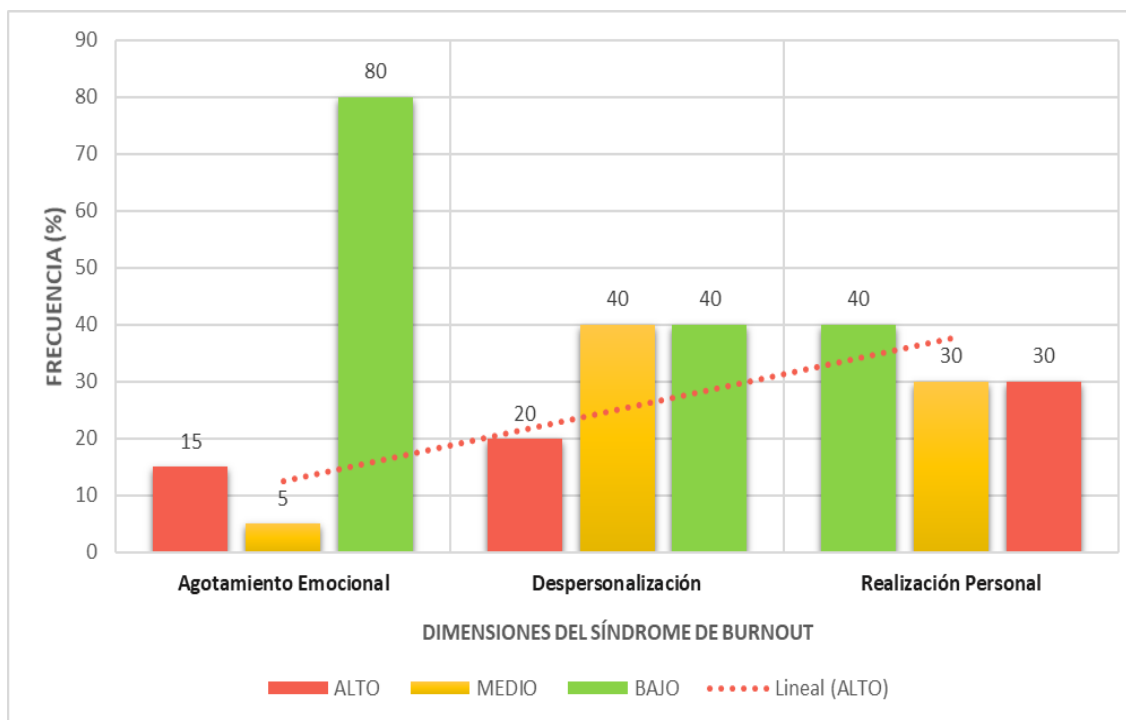


Fuente: Elaboración propia.

Se presenta el Gráfico 7, que representa en porcentaje la frecuencia de Síndrome de Burnout (SB) en los tecnólogos de radiología sometidos a la evaluación, no hubo presencia de Agotamiento Emocional, Despersonalización ni de baja Realización Personal, pero sí, el 50% de técnicos radiólogos obtuvo puntaje medio (34 – 39) en esta esfera, que indican indicios de SB.

Gráfico 8.

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19
EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



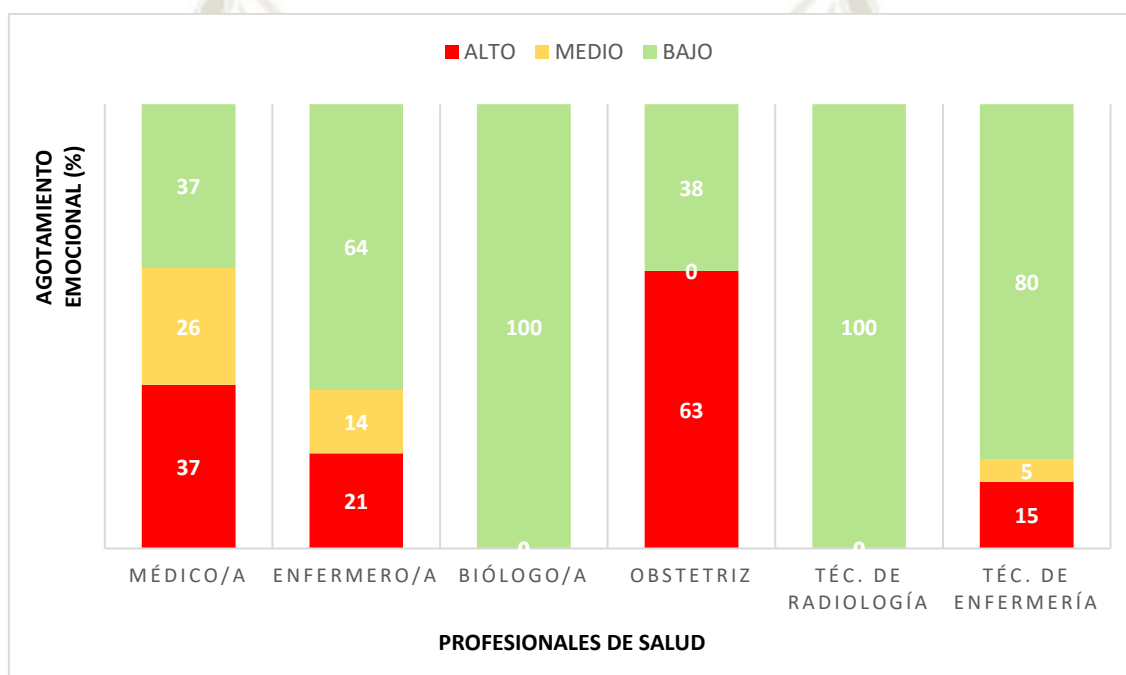
Fuente: Elaboración propia.

La frecuencia de SB en los técnicos de enfermería es el siguiente: el 15% de estos presentó Agotamiento Emocional y el 80% obtuvo bajo puntaje en esta dimensión; el 20% despersonalización y el 30% tuvo baja Realización Personal.

A continuación, se compara la relación entre cada característica independiente de la población en estudio con el Síndrome de Burnout, la frecuencia y las manifestaciones clínicas:

Gráfico 9.

RELACIÓN ENTRE PROFESIÓN Y SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL ASISTENCIAL EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



- $Ji^2 = 18.34$

- G. DE LIBERTAD = 10

- $p < 0.05$

- NIVEL DE CONFIANZA 95%

- VALOR CRÍTICO = 18,31

Fuente: Elaboración propia.

El Gráfico 9 correlaciona la profesión con la presencia o ausencia de Síndrome de Burnout. La profesión que más porcentaje de Agotamiento Emocional ha presentado es Obstetricia y Puericultura, con 63%; los médicos en segundo lugar (37%) y enfermeros con 21%.

Dentro de los biólogos y técnicos en radiología no se ha evidenciado signos de agotamiento emocional ni despersonalización.

Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, hubo diferencia significativa ($p < 0.05$) entre ambos grupos.

Tabla 4.

RELACIÓN ENTRE SEXO Y FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.

No. (%)										
SEXO	SÍNDROME DE BURNOUT									
	GLOBAL	AE			DP			RP		
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Femenino	52 (100)	15 (29)	3 (6)	34 (65)	15 (29)	12 (23)	25 (48)	17 (33)	14 (27)	21 (40)
Masculino	15 (100)	3 (20)	5 (33)	7 (47)	8 (53)	2 (13)	5 (33)	2 (13)	7 (47)	6 (40)
Global	67 (100)	18 (27)	8 (12)	41 (61)	23 (34)	14 (21)	30 (45)	19 (28)	21 (31)	27 (40)

AE: Agotamiento Emocional. **DP:** Despersonalización. **RP:** Realización personal.

Fuente: Elaboración propia.

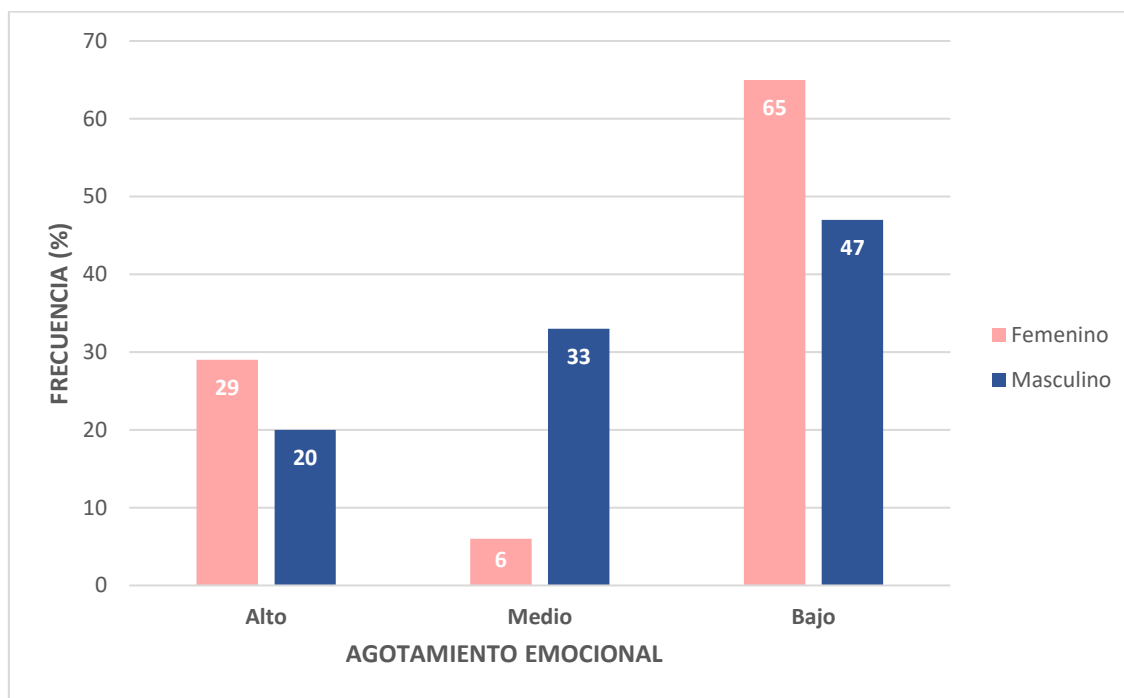
En la Tabla 4 se observa la frecuencia de SB según el sexo. El 29% de todas las mujeres tuvo Agotamiento Emocional y el 20% de los varones.

El 29% de las mujeres presentaron signos de Despersonalización a diferencia del 53% en los varones.

El 40% de ambos sexos obtuvieron niveles bajos en la esfera de Realización personal, diagnosticándose Síndrome de Burnout en estos grupos.

Gráfico 10.

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y SEXO DEL
PERSONAL ASISTENCIAL EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL
COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ.



- $Ji^2 = 8,01$

- NIVEL DE CONFIANZA 95%

- G. DE LIBERTAD = 2

- VALOR CRÍTICO = 5,991

- $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia.

Se muestra la relación entre el sexo y el nivel de puntaje obtenidos en la dimensión de Agotamiento Emocional del SB. Realizándose la prueba de Chi cuadrado, se evidenció que existe diferencia significativa ($p < 0.05$) entre estos grupos.

Tabla 5.
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EDAD DE LOS
PROFESIONALES DE SALUD EXPUESTOS A LA COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020

EDAD	No. (%)									
	SINDROME DE BURNOUT									
	GLOBAL	AE			DP			RP		
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
[18 - 25[	6 (100)	1 (17)	1 (17)	4 (67)	3 (50)	2 (33)	1 (17)	0 (0)	2 (33)	4 (67)
[25 - 32[	23 (100)	4 (17)	2 (9)	17 (74)	7 (30)	2 (9)	14 (61)	9 (39)	6 (26)	8 (35)
[32 - 39[	19 (100)	5 (26)	3 (16)	11 (58)	8 (42)	5 (26)	6 (32)	7 (37)	4 (21)	8 (42)
[39 - 46[	9 (100)	4 (44)	0 (0)	5 (56)	2 (22)	2 (22)	5 (56)	0 (0)	6 (67)	3 (33)
[46 - 53[	4 (100)	1 (25)	1 (25)	2 (50)	2 (50)	0 (0)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	2 (50)
[53 - 60[	4 (100)	3 (75)	1 (25)	0 (25)	1 (25)	3 (75)	0 (0)	1 (25)	2 (50)	1 (25)
[60 - 66]	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	1 (50)	0 (0)	1 (50)

AE: Agotamiento Emocional. **DP:** Despersonalización. **RP:** Realización personal.

$\bar{X} = 36$

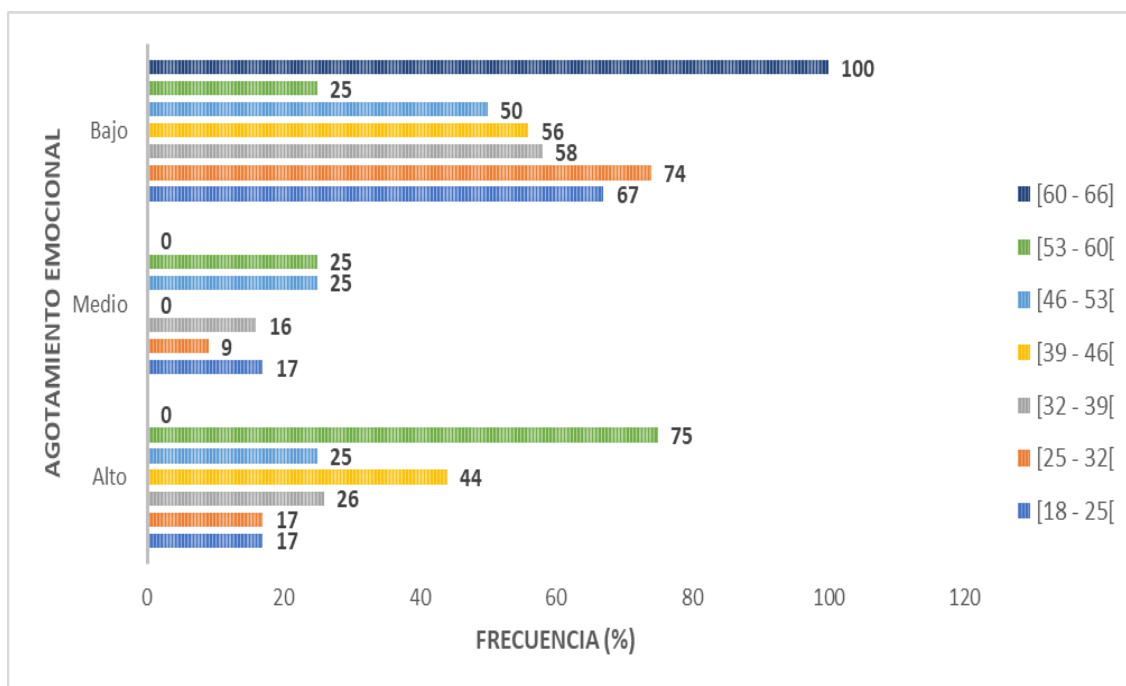
Fuente: Elaboración propia.

Se cotejó la variable independiente (Edad) y frecuencia de SB en sus tres esferas (Tabla 5); el Agotamiento Emocional se presentó en mayor porcentaje en profesionales entre 53 y 59 años de edad (75%); Despersonalización tubo niveles altos entre los 18 a 24 años y 46 a 52 años de edad (50%).

Baja Realización Personal en profesionales entre 18 y 24 años (67%).

Gráfico 11.

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EDAD DEL
PERSONAL ASISTENCIAL EXPUESTOS A LA COVID-19 EN EL
HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020



- $Ji^2 = 12,78$

- NIVEL DE CONFIANZA 95%

- G. DE LIBERTAD = 12

- VALOR CRÍTICO = 21,025

- $p > 0.05$

Fuente: Elaboración propia.

El Gráfico 15 muestra en porcentajes la frecuencia de Agotamiento Emocional en cada intervalo de edades. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado, no hubo diferencia significativa ($p > 0.05$) entre ambos grupos.

Tabla 6.
**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y TIEMPO
LABORAL EN EL ÁREA COVID-19 DEL EL HOSPITAL DE
CAMANÁ, 2020**

TIEMPO LABORAL	No. (%)									
	SINDROME DE BURNOUT									
	GLOBAL	AE			DP			RP		
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
[1 - 3[	16 (100)	2 (13)	1 (6)	13 (81)	4 (25)	4 (25)	8 (50)	5 (31)	4 (25)	7 (44)
[3 - 5[	3 (100)	0 (0)	2 (67)	1 (33)	3 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (67)	1 (33)
[5 - 7[	23 (100)	5 (22)	2 (9)	16 (70)	7 (30)	2 (9)	14 (61)	8 (35)	7 (30)	8 (35)
[7 - 9[	12 (100)	5 (42)	0 (0)	7 (58)	4 (33)	3 (25)	5 (42)	2 (17)	5 (42)	5 (42)
[9 - 10]	13 (100)	6 (46)	3 (23)	4 (31)	5 (38)	5 (38)	3 (23)	4 (31)	3 (23)	6 (46)

AE: Agotamiento Emocional.

DP: Despersonalización.

RP: Realización personal.

$\bar{X} = 6$

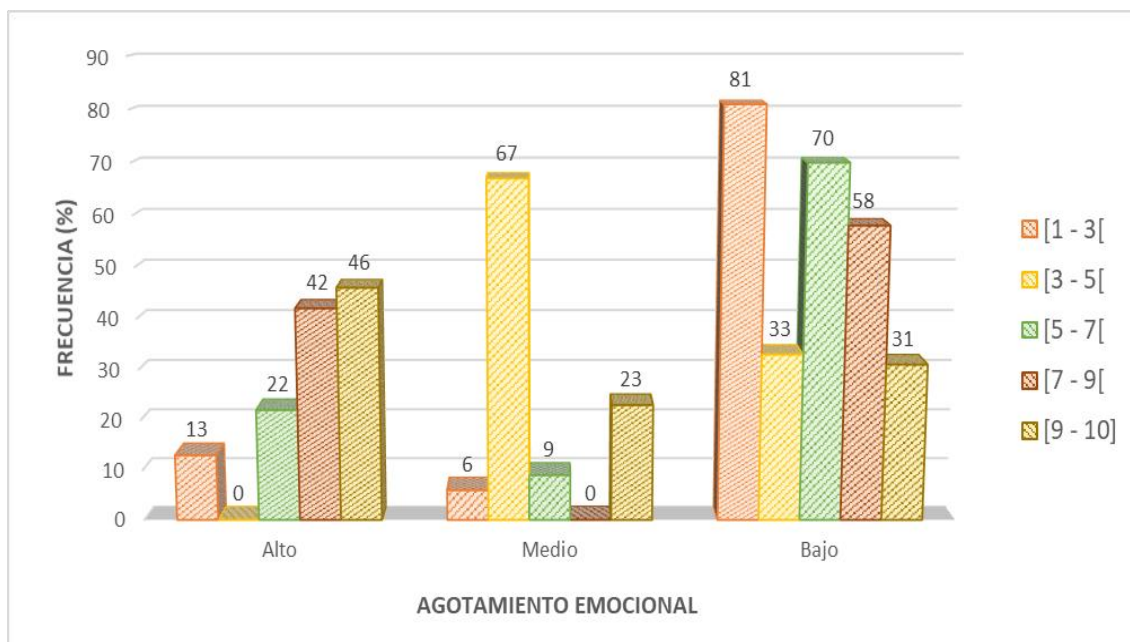
Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 6 muestra la frecuencia de SB en sus tres dimensiones de diagnóstico y el tiempo de trabajo en el área COVID (meses) de los trabajadores sanitarios.

El 46% que presentó Agotamiento Emocional trabajaron entre 9 y 10 meses. El 100% de los trabajadores que laboró por 3 y 4 meses presentó síntomas de Despersonalización; el 46% de los trabajadores que laboraron entre 9 y 10 meses, además presentó síntomas de baja Realización Personal.

Gráfico 12.

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y EL TIEMPO LABORAL DEL PERSONAL ASISTENCIAL EXPUESTOS A LA COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020.



- $Ji^2 = 19,66$

- G. DE LIBERTAD = 8

- $p < 0.05$

- NIVEL DE CONFIANZA 95%

- VALOR CRÍTICO = 15,507

Fuente: Elaboración propia.

Aplicándose la prueba de Chi cuadrado en las variables del Gráfico 18, se evidencia que existe diferencia significativa ($p < 0.05$) entre la frecuencia de Agotamiento con relación al tiempo de trabajo expuestos a la Covid-19.

Tabla 7.
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT Y LUGAR DE
TRABAJO DENTRO DEL ÁREA COVID-19 DEL EL HOSPITAL DE
CAMANÁ, 2020

LUGAR DE TRABAJO	No. (%)									
	SINDROME DE BURNOUT									
	GLOBAL	AE			DP			RP		
		Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
<i>MDC</i>	28 (100)	10 (36)	4 (14)	14 (50)	14 (50)	3 (11)	11 (39)	5 (18)	9 (32)	14 (50)
<i>ERR</i>	12 (100)	1 (8)	1 (8)	10 (83)	2 (17)	2 (17)	8 (67)	2 (17)	8 (67)	2 (17)
<i>CAT</i>	8 (100)	0 (0)	0 (0)	8 (100)	1 (13)	1 (13)	6 (75)	4 (50)	2 (25)	2 (25)
<i>GYO</i>	19 (100)	7 (37)	3 (16)	9 (47)	6 (32)	8 (42)	5 (26)	8 (42)	2 (11)	9 (47)

AE: Agotamiento Emocional. **DP:** Despersonalización. **RP:** Realización personal.

Fuente: Elaboración propia.

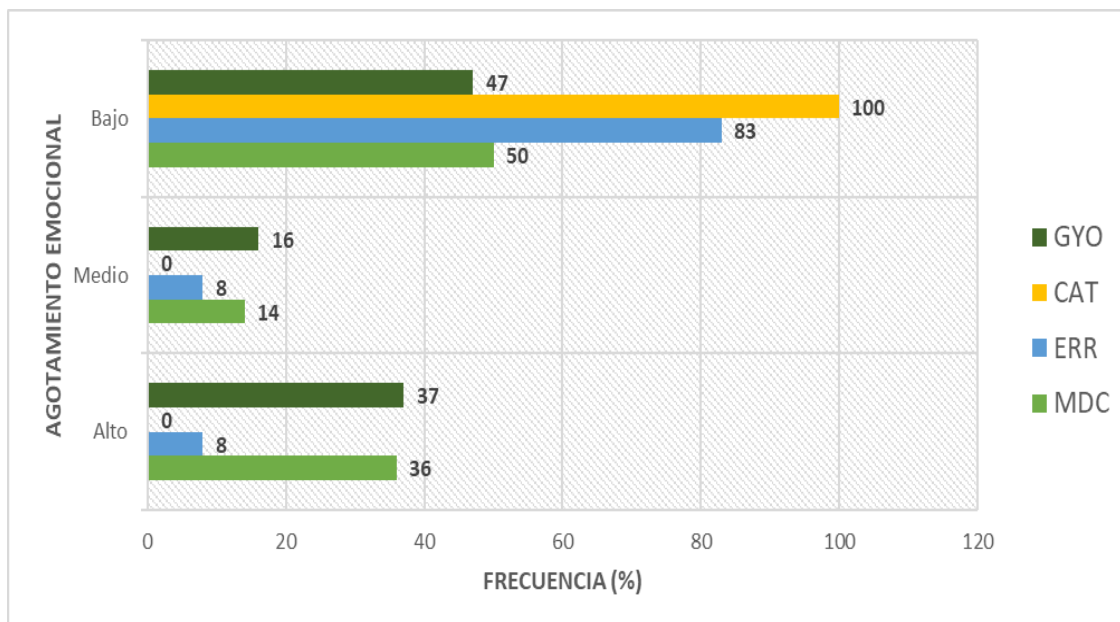
La Tabla 7 muestra la relación entre la frecuencia del SB en sus tres esferas y el lugar de trabajo dentro del área COVID. Agotamiento Emocional fue especialmente elevado (36% y 37%) en el Módulo Diferenciado Covid-19 y en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, respectivamente.

En la dimensión de Despersonalización se observa que el 50% de los trabajadores del Módulo Diferenciado Covid-19 presenta puntajes altos, el 32% de del Servicio de Ginecología y Obstetricia, igualmente tienen puntajes altos en esta esfera.

El 50% y 47% de profesionales del Módulo Diferenciado Covid-19 y del Servicio de Ginecología y Obstetricia presentan niveles bajos de Realización personal en su trabajo.

Gráfico 13.

RELACIÓN ENTRE EL AGOTAMIENTO EMOCIONAL PRESENTE EN EL SÍNDROME DE BURNOUT Y EL ÁREA DE TRABAJO DEL PERSONAL ASISTENCIAL EXPUESTOS A LA COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ, 2020



- $Ji^2 = 10,75$

- G. DE LIBERTAD = 6

- $p > 0.05$

- NIVEL DE CONFIANZA 95%

- VALOR CRÍTICO = 12,592

Fuente: Elaboración propia.

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 10,75$) para las variables independiente (Área de trabajo) y dependiente (Agotamiento Emocional del SB), evidenciándose que no existe diferencia significativa entre ambos grupos.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, mental y físico que con frecuencia se presenta en personas que trabajan con otras personas, directamente. Abarca tres aspectos importantes para su correcto diagnóstico y posterior manejo terapéutico. En primer lugar, la dimensión del agotamiento emocional, a medida que se agotan los recursos emocionales, los pacientes sienten que ya no pueden dar más de mí mismos a nivel psicológico. El siguiente aspecto es el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas hacia los usuarios, aparecen percepciones de insensibilidad hacia los demás, a esta dimensión se le denomina despersonalización. El tercer aspecto tiene que ver con la autopercepción, la tendencia a autoevaluarse negativamente, principalmente en lo que respecta al desempeño laboral, los pacientes se sienten insatisfechos con sus logros en el trabajo.

Dentro del contexto de una pandemia, por la que estamos atravesando, es evidente que el personal de salud podría verse más afectado y vulnerable a tener indicios de Síndrome de Burnout (SB). Por ello, identificar las causas, fisiopatología y pautas diagnósticas será un punto clave en el correcto manejo terapéutico del Síndrome de Burnout (SB) y todas las repercusiones que esto trae; por tales razones, se realizó este trabajo de investigación.

Inicialmente, se obtuvo un tamaño de muestra de 80 personas ($N=80$), 05 personas no fueron incluidos por contar con licencia por comorbilidad (obesidad y tercera edad, principalmente), luego, 08 cuestionarios fueron retirados del estudio por contener errores en su llenado. Finalmente, la población estudiada fue de 67 personas ($N=67$).

La población estuvo conformada por 05 grupos de profesionales y/o personal técnico: médicos (28%), enfermeros (21%), biólogos (6%), obstetrices (12%), técnicos en radiología (3%) y técnicos de enfermería (30%).

Todos ellos, además, distribuidos en 04 áreas de trabajo: Módulo Diferenciado Covid-19 MDC (42%), Equipo de Respuesta Rápida ERR (18%), Centro de Aislamiento Temporal CAT (12%) y el Servicio de Ginecología y Obstetricia (28%), que fue el único servicio del Hospital de Camaná que además de atender a pacientes no COVID, acondicionó un área para la atención de mujeres COVID positivas. (Tabla 1)

La investigación evaluó principalmente 05 características epidemiológicas (variables independientes) de todos los trabajadores: Profesión, sexo, edad, tiempo de trabajo expuesto a la COVID-19 y área de trabajo. Cotejados posteriormente con la presencia o ausencia de Síndrome de Burnout, evaluadas en sus tres dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal) para lograr mayor precisión en el diagnóstico.

El 78% de la población pertenecía al sexo femenino, frente a un 22% de varones.

La edad media fue de 36 años, sin embargo, el 34% tubo una edad entre los 25 y 31 años. 02 personas (3%) tenían edades entre los 60 y 65 años de edad, importante mencionar, ya que otros trabajadores prefirieron gozar de su licencia por comorbilidad, los dos

profesionales decidieron trabajar a pesar del estado de emergencia, se trata de dos obstetrices del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

El tiempo de trabajo medio fue de 6 meses, el 34% de los profesionales trabajaron entre 5 y 6 meses. El 100% de las obstetrices trabajó entre 9 y 10 meses, ya que ellas se encontraban laborando en el hospital con anterioridad al estado de emergencia.

Se evaluó la frecuencia de Síndrome de Burnout en los profesionales expuestos a la Covid-19 en el Hospital de Camaná (Gráfico 2), y para hacer un correcto diagnóstico, cada dimensión del síndrome fue evaluado independientemente; en primer lugar, el 27% de personas presentaron signos de agotamiento emocional (Puntaje > 26), traducido a cansancio emocional y mental, los profesionales refirieron no poder dar más de sí mismos a nivel psicológico. El 12% de los trabajadores presentaron puntajes medios (Puntaje entre 19 – 26), son el tipo de pacientes que se encuentran al borde de presentar sintomatología de cansancio. El 61% de profesionales tuvieron puntajes bajos (0-18).

En relación a la Despersonalización, el 34% refirió desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los pacientes del área COVID, con disminución de la sensibilidad y empatía al padecimiento de los enfermos (Puntaje >10). El 21% obtuvo puntajes medios (Puntaje entre 6-9); el 45% negó signos de despersonalización (Puntaje entre 0-5).

La esfera de la Realización Personal, a diferencia de las dos anteriores, debe ser evaluada de diferente manera, los puntajes bajos indican indicios de Síndrome de Burnout; el 40% de los evaluados presentaron sentimientos de baja realización personal, con tendencia a autoevaluarse negativamente, principalmente en relación al desempeño en su trabajo (Puntaje <33). El 31% obtuvo puntajes medios (Puntaje entre 34 – 39) y el 28% se autoevaluó con buena realización personal en el trabajo.

A continuación, se analizó la frecuencia de SB según la profesión; así, se encontró que el 37% de médicos refirió síntomas de Agotamiento Emocional, 63% síntomas de despersonalización y 53% baja realización personal, entonces, más de la mitad de médicos en pleno ejercicio de su trabajo padecía de Síndrome de Burnout, sin ser detectado ni tratado.

El 21%, 36% y 50% de enfermeros presentaron indicios de Burnout a través de síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal, respectivamente.

El MBI-HSS realizado a los biólogos expuestos a la COVID-19 reveló que ninguno de ellos tiene el diagnóstico de Burnout.

Más de la mitad de las obstetrices (63%) indicó síntomas de Agotamiento emocional, como se indicó antes, todas las obstetrices fueron estuvieron laborando por de más de 9 meses, lo que puede ser una de las causas del agotamiento manifestado. El 25% indicó sentimientos de despersonalización y el 50% baja realización personal, a pesar, de ser profesionales con experiencia en el trabajo asistencial.

No se diagnosticó SB en los técnicos en radiología, a diferencia de los técnicos de enfermería, en quienes al 15% se encontró manifestaciones de agotamiento emocional, al 20% de despersonalización y el 30% se autoevaluaron negativamente en su desempeño laboral.

Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado para evaluar la asociación de cada variable epidemiológica del personal evaluado y la frecuencia del SB, así como las características de presentación en cada caso, encontrándose lo siguiente: Existe diferencia significativa entre la profesión y el agotamiento emocional, al igual que con la despersonalización, es decir, el tipo de ocupación sí influye en la aparición de síntomas de agotamiento emocional y despersonalización, por ejemplo, el 30% de médicos y el 63% de las obstetras presentaron agotamiento, a diferencia del 0% de biólogos y técnicos en radiología.

En la esfera de realización personal no existió diferencia significativa, la frecuencia fue similar en cada profesión.

En relación al sexo, no hubo diferencia significativa; el sexo no influye en la frecuencia de Síndrome de Burnout en el área de COVID del Hospital de Camaná.

Asimismo, la edad del personal de salud no condiciona a la aparición de síntomas de la enfermedad, no hubo diferencia significativa en ninguna de las tres dimensiones.

Al evaluar el tiempo de trabajo (en meses) en exposición a enfermos con Covid-19, se encontró que la frecuencia de Agotamiento Emocional si se ve condicionado por el tiempo de trabajo, el 46% de los trabajadores con tiempo laboral entre 9 y 10 meses presentaron niveles altos de agotamiento, mientras que ningún trabajador entre 3 a 4 meses de trabajo lo presentó. Importante resaltar que la realización personal y despersonalización no mantienen relación al tiempo laboral, se mantuvo puntajes similares entre los meses de trabajo.

Finalmente, se evaluó el lugar o módulo de trabajo (todos pertenecientes al área COVID) con los siguientes resultados: la frecuencia de agotamiento emocional no se ve influenciado por el lugar de trabajo, indistintamente dónde trabaje el personal de salud, puede presentar o no agotamiento; a diferencia de la realización personal y despersonalización, que sí existió diferencia significativa con el área laboral, el 50% de profesionales trabajando en el Módulo Diferenciado Covid presentaron síntomas de Despersonalización y de baja realización personal, además de ser el módulo con más pacientes bajo su cuidado.



CAPÍTULO IV

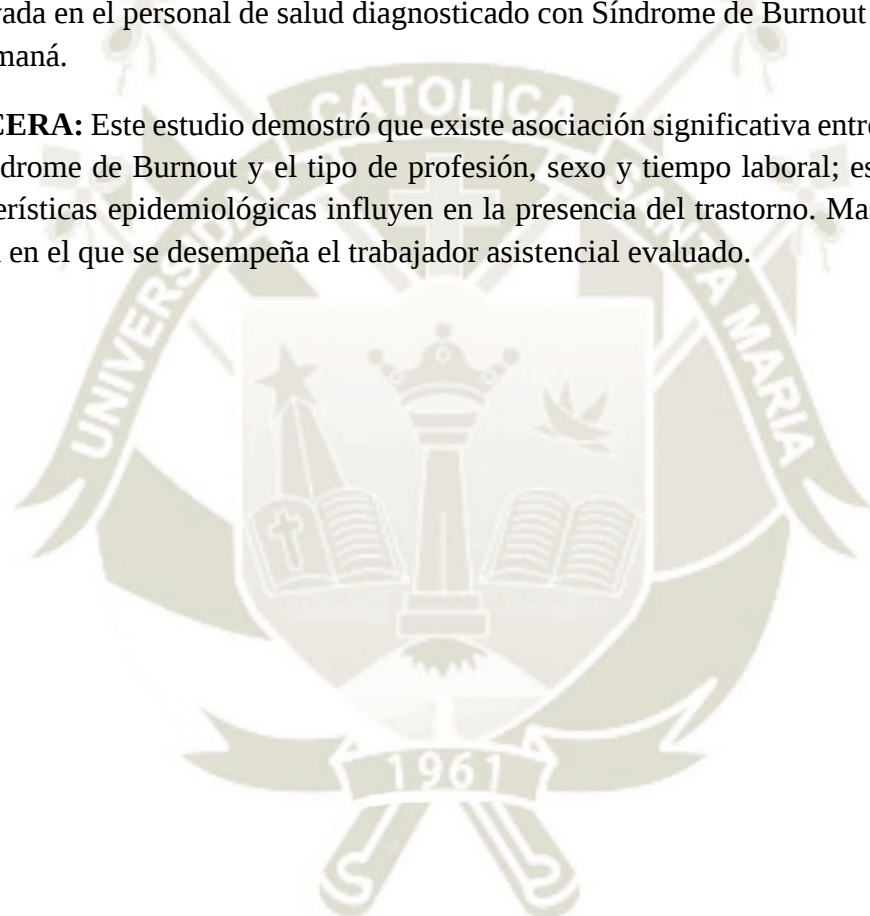
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

PRIMERA: La frecuencia de Síndrome de Burnout diagnosticado en el personal de salud que labora expuesto a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná es del 27%. El 12% presentan puntajes medios que indican vulnerabilidad a padecer el trastorno.

SEGUNDA: En lo referente a las características de presentación clínica de SB observados, el 27 % (n=18) de trabajadores presentaron síntomas de agotamiento emocional; 34% (n=23) manifestaron síntomas de despersonalización y cinismo hacia los pacientes; 40% (n=27) revelaron síntomas de baja realización personal en su trabajo. Por lo tanto, baja Realización Personal es la característica de presentación más frecuente observada en el personal de salud diagnosticado con Síndrome de Burnout en el Hospital de Camaná.

TERCERA: Este estudio demostró que existe asociación significativa entre la frecuencia de Síndrome de Burnout y el tipo de profesión, sexo y tiempo laboral; es decir, dichas características epidemiológicas influyen en la presencia del trastorno. Mas no la edad y el área en el que se desempeña el trabajador asistencial evaluado.



RECOMENDACIONES:

PRIMERA: Si bien es importante que la salud física y mental de los pacientes sea la prioridad del personal asistencial, no debe dejarse de lado la salud del profesional que, finalmente es el pilar de la salud en la sociedad. Por ello, deben realizarse más y mejores estudios de investigación a nivel local, regional y nacional. El desconocimiento de una enfermedad conlleva al no tratamiento y todas las repercusiones que eso trae, repercusiones a nivel personal (el paciente directamente), del establecimiento que presta el servicio y de la sociedad a través de la satisfacción de los usuarios de salud.

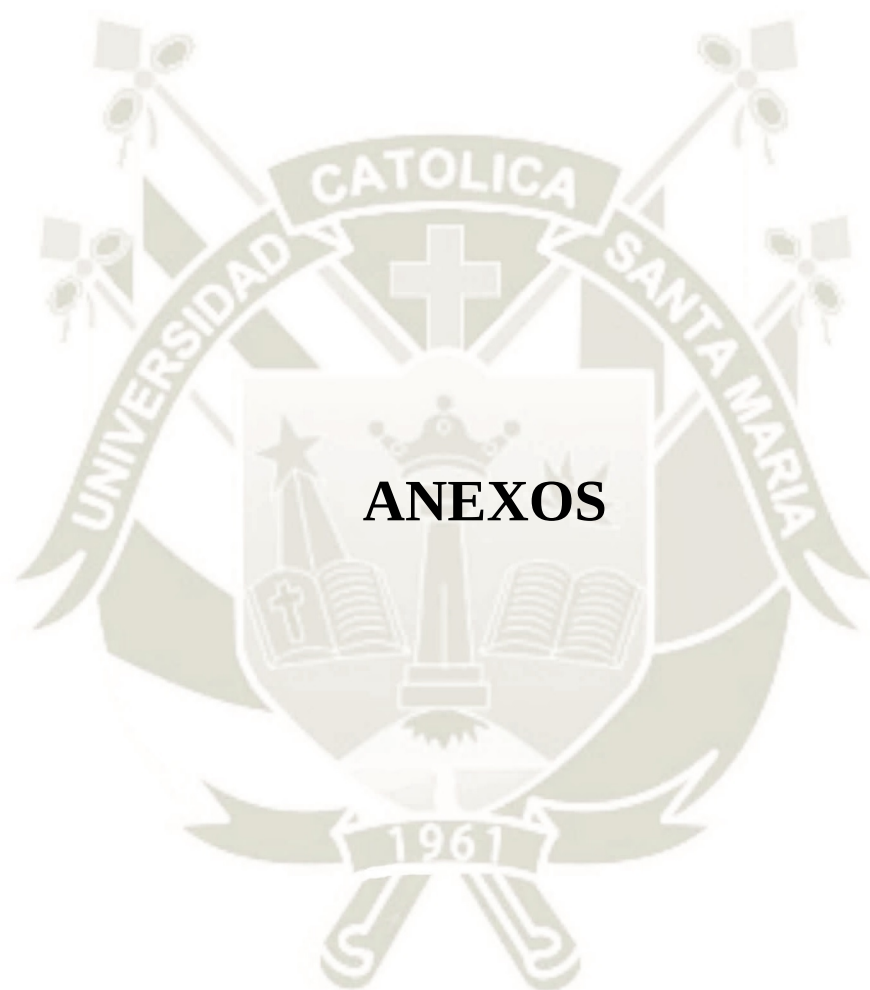
SEGUNDA: Se sugiere la implementación del servicio de Psicología y Psiquiatría para al área COVID. En el Hospital de Camaná se cuenta con una Licenciada en Psicología que vela por la salud mental de todos los pacientes del hospital, aún así, consideramos que no es suficiente, debido a la alta demanda, sobre todo en esta época de pandemia. Es necesario poner en marcha un plan de salud mental para los profesionales asistenciales, con profesionales de psicología y psiquiatría que sigan de cerca su salud.

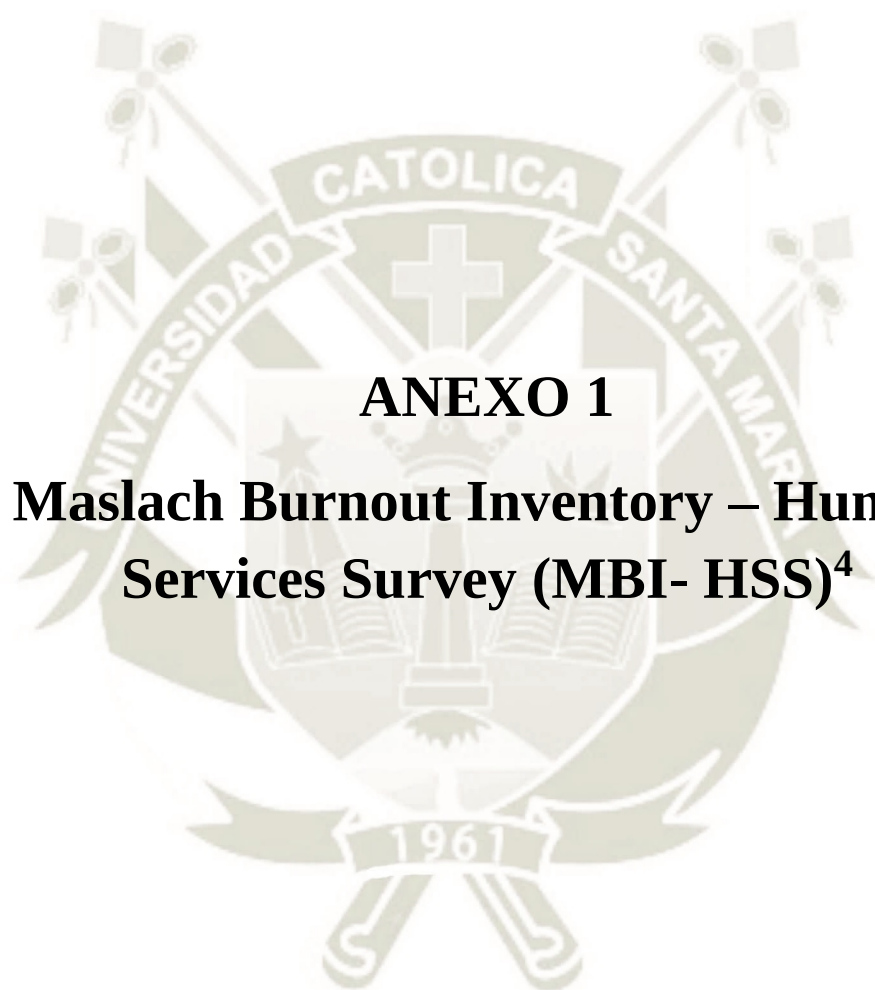
TERCERO: La prevención y promoción de la salud han sido, desde antes las medidas más importantes en el equilibrio de la salud, pero también, han sido las más olvidadas y en las que menos tiempo y dinero se invierte. Es por ello, que sugerimos su implementación dirigido al personal asistencial.

CUARTO: Se sugiere el aumento de personal de salud, entre médicos, enfermeros, biólogos, radiólogos, técnicos de enfermería, ante la demanda de pacientes durante esta pandemia.

REFERENCIA

1. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ. 2003 May 13;168(10):1245-51. PMID: 12743065; PMCID: PMC154178.
2. C. Macía-Rodríguez, D. Martín Iglesias, J. Moreno Diaz, M. Aranda Sánchez, G. Ortiz Llauradó, A. Montaña Martínez, C. Muñoz Muñoz, M.L. López Reboiro, A. González Munera. Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. Revista Clínica Española (English Edition). 2020 agosto-septiembre; 220(6):331-338. ISSN 2254-8874, <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2019.10.010>.
3. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974; 30:159---65, doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
4. E. Jackson, C. Maslach, M. P. Leiter. Manual Maslach Burnout Inventory. 4th Edition Copyright © 1996–2018. <https://www.mindgarden.com/mbi-human-services-survey-medical-personnel/688-mbihssmp-transform-survey-hosting.html#horizontalTab4>





ANEXO 1

Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI- HSS)⁴

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

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

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

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

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

ANEXO 2
Base para recolección de datos

	4	1	6	5	4	3	5	6	5	3	4	0	1	2	2	2	2	1	2
	3	1	5	5	3	4	4	5	4	3	4	0	3	2	6	2	2	1	1
	2	1	5	3	2	3	3	5	4	2	2	0	2	3	2	1	3	1	2
	5	3	3	4	5	3	3	3	2	5	6	0	2	4	6	4	4	4	4
	2	5	5	0	2	1	2	3	2	0	1	0	4	2	0	0	2	0	0
	2	1	6	6	2	3	5	4	5	1	2	0	4	1	2	0	1	1	1
	5	5	5	3	5	2	3	3	2	6	5	0	3	5	1	5	5	4	5
	0	0	6	5	1	3	4	5	4	1	2	1	3	2	3	1	3	1	0
	4	6	4	5	4	3	3	3	2	6	5	0	5	5	5	4	5	4	5
	4	6	6	5	4	3	3	4	3	1	2	0	4	2	6	1	3	1	0
	2	0	6	5	2	4	4	4	3	1	2	0	1	4	3	0	4	1	2
	5	1	1	2	5	3	2	2	1	5	4	5	3	5	3	2	5	4	5
	3	0	3	4	3	2	2	2	1	1	2	0	1	1	2	2	2	0	0
	4	0	6	6	4	3	3	4	3	1	2	5	5	4	6	5	4	1	0
	5	2	5	4	5	2	2	3	2	0	1	0	3	0	1	0	2	1	0
	1	0	6	4	1	3	2	4	3	1	2	0	3	1	5	1	1	1	0
	4	2	0	4	4	3	2	3	2	5	6	5	3	5	5	5	5	4	5
	5	1	2	4	5	2	2	3	2	5	6	5	1	5	3	5	5	4	5
	4	6	2	3	4	2	3	2	3	6	6	6	5	5	5	6	4	5	6
	2	0	4	1	2	3	2	3	2	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0
	4	1	1	3	4	3	2	3	2	6	6	6	3	4	4	5	4	5	5
	2	0	5	2	2	2	0	0	1	1	1	0	3	0	5	2	0	1	0
AE	21	4	47	39	22	27	30	38	31	14	21	6	22	17	30	15	19	8	6
DP	15	13	27	16	15	12	11	14	11	3	7	0	15	8	15	3	11	4	2
RP	36	25	18	28	36	21	20	22	16	44	44	27	25	38	32	36	37	34	40
TOTAL	72	42	92	83	73	60	61	74	58	61	72	33	62	63	77	54	67	46	48
N° ficha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PROFESIÓN	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico	Médico
SEXO	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino
EDAD	28	26	33	29	32	34	38	34	26	32	33	42	48	33	28	29	56	30	27
TIEMPO LABORAL	3	2	5	5	4	2	9	6	2	2	9	1	9	8	8	7	9	8	2
AREA LABORAL	ERR	CAT	MDC	MDC	MDC	MDC	GYO	GYO	MDC	MDC	GYO	MDC	GYO	MDC	ERR	ERR	GYO	ERR	CAT

	5	3	3	2	3	1	5	3	1	5	2	4	1	3
	5	2	4	3	4	1	2	4	2	6	2	4	3	3
	6	1	4	0	1	1	2	1	1	5	3	3	2	3
	2	6	1	6	6	0	4	5	5	1	4	6	5	5
	1	0	3	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0
	6	0	5	1	1	1	2	1	1	6	1	0	1	1
	3	6	4	2	5	1	2	5	1	3	5	4	1	4
	6	0	6	1	0	1	2	0	2	6	1	2	2	2
	3	6	2	6	4	5	2	4	5	3	5	4	5	4
	5	4	5	0	0	1	4	0	0	5	2	1	1	1
	5	1	5	1	1	1	2	2	0	5	2	1	0	0
	1	6	2	6	5	6	5	5	6	1	5	6	5	6
	5	0	3	0	1	1	1	1	0	6	1	1	0	1
	6	0	6	0	1	1	2	1	0	4	5	2	1	2
	5	0	1	1	0	1	1	0	0	4	0	0	0	0
	6	0	5	0	0	1	2	0	1	6	1	1	1	0
	6	6	3	6	5	5	3	5	6	2	5	4	6	4
	1	2	3	6	5	5	2	4	5	0	3	4	5	4
	3	6	2	6	6	5	2	6	6	1	5	5	6	5
	5	0	3	3	1	3	1	1	1	4	1	2	1	2
	1	6	3	0	5	3	3	5	1	1	5	1	0	1
	4	0	4	0	0	1	2	0	1	4	6	0	1	1
AE	50	6	39	10	12	11	19	12	9	48	17	19	12	17
DP	20	5	18	2	1	4	10	3	1	20	10	2	3	2
RP	20	44	20	38	41	30	23	39	35	12	37	34	33	33
TOTAL	90	55	77	50	54	45	52	54	45	80	64	55	48	52
N° ficha	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
PROFESIÓN	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermera	Enfermero	Enfermera	Enfermera
SEXO	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino
EDAD	44	32	40	39	30	28	23	24	39	24	27	25	38	30
TIEMPO LABORAL	7	6	6	6	2	6	2	2	7	8	6	6	7	6
AREA LABORAL	MDC	CAT	MDC	CAT	MDC	ERR	MDC	ERR	ERR	MDC	MDC	MDC	CAT	MDC

	1	2	2	1
	2	1	2	2
	1	0	2	2
	5	5	5	5
	0	0	1	0
	0	1	0	1
	3	4	3	5
	1	1	1	0
	5	6	5	5
	0	1	1	0
	0	2	0	0
	5	5	5	5
	0	4	0	0
	2	1	2	0
	0	0	0	0
	0	2	0	1
	5	5	5	5
	3	5	2	5
	6	6	6	6
	0	2	0	1
	4	5	4	5
	2	1	2	2

AE	7	14	9	8
DP	2	4	4	2
RP	36	41	35	41
TOTAL	45	59	48	51
N° ficha	34	35	36	37
PROFESIÓN	Biólogo	Bióloga	Bióloga	Biólogo
SEXO	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino
EDAD	42	30	33	29
TIEMPO LABORAL	9	2	6	5
AREA LABORAL	ERR	ERR	MDC	MDC

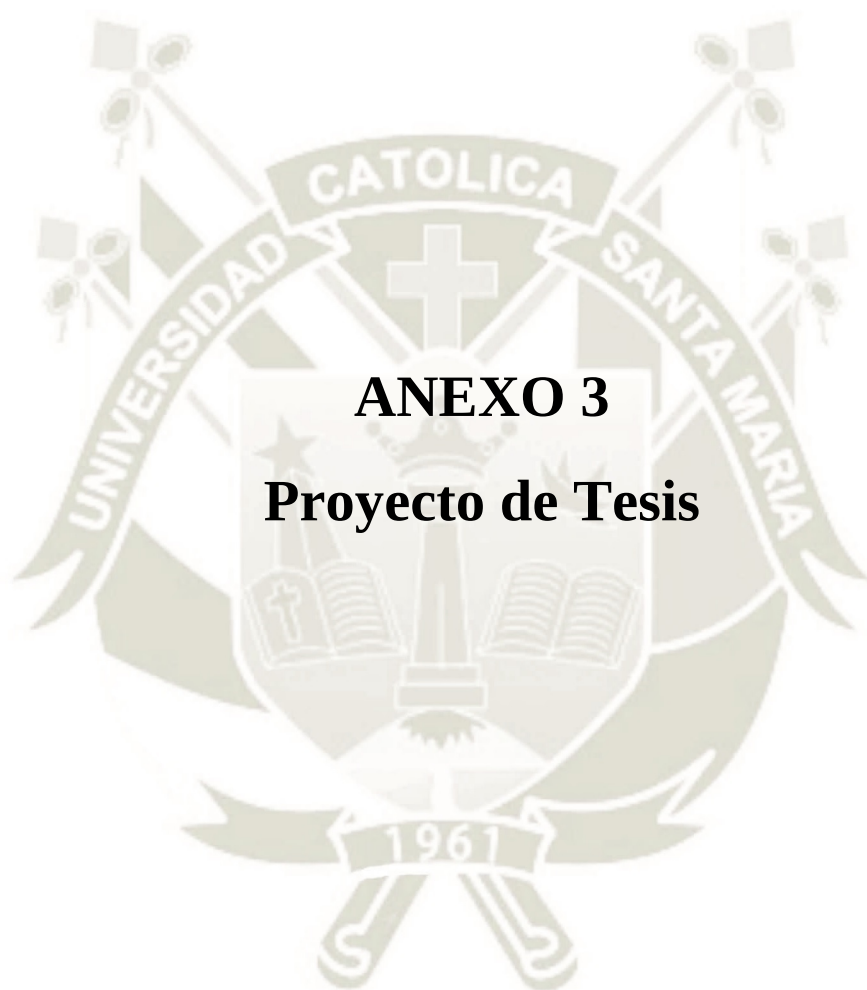
	0	1
	0	0
	0	1
	6	5
	0	1
	0	1
	6	6
	0	1
	6	5
	0	1
	0	0
	6	6
	0	1
	0	1
	0	1
	6	6
	0	4
	6	5
	0	1
	1	5
	1	0

AE	0	8
DP	1	2
RP	37	42
TOTAL	38	52
N° ficha	46	47
PROFESIÓN	ec. Radiografec. Radiografi	
SEXO	Femenino	Masculino
EDAD	40	30
TIEMPO LABORAL	6	6
AREA LABORAL	MDC	MDC

	0	4	2	4	5	1	6	5
	1	5	2	5	5	2	5	5
	1	3	2	5	4	1	6	4
	6	4	5	5	4	2	1	4
	0	1	2	0	1	0	3	1
	0	3	2	5	5	0	6	5
	6	6	5	4	5	0	4	5
	0	2	1	4	4	2	4	4
	6	6	5	3	4	2	3	4
	0	2	1	4	3	0	5	3
	0	2	1	4	4	0	4	3
	6	4	5	2	3	6	2	3
	0	2	1	3	3	0	4	2
	0	4	3	5	4	1	6	4
	0	1	1	1	0	1	5	0
	0	3	2	4	3	2	6	3
	6	5	5	3	4	6	2	5
	6	5	6	5	4	6	2	5
	6	5	5	4	3	6	2	3
	0	2	2	2	3	0	5	3
	6	5	5	5	5	3	2	5
	1	2	2	2	1	3	5	0

AE	2	28	17	37	36	9	48	35
DP	1	8	7	11	9	4	22	7
RP	48	40	41	31	32	31	18	34
TOTAL	51	76	65	79	77	44	88	76
N° ficha	38	39	40	41	42	43	44	45
PROFESIÓN	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz	Obstetriz
SEXO	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
EDAD	60	58	37	29	55	63	51	58
TIEMPO LABORAL	9	9	9	9	9	9	9	9
AREA LABORAL	GYO	GYO	GYO	GYO	GYO	GYO	GYO	GYO

	1	2	0	0	1	0	1	1	0	1	3	1	5	0	1	3	1	4	5	0
	1	2	2	0	1	2	1	1	0	2	3	0	5	3	0	3	0	3	5	1
	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	3	2	2	0	0	3	0	2	2	0
	5	5	4	6	6	4	5	6	4	3	3	6	5	5	6	4	6	4	5	6
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0
	0	1	3	0	0	2	0	0	0	1	1	1	3	2	0	1	1	4	3	1
	5	4	6	6	6	5	5	6	5	2	3	5	2	3	6	5	4	4	2	3
	0	2	1	0	0	2	1	0	0	2	3	1	2	0	0	2	1	4	2	0
	5	4	6	6	6	6	6	6	6	2	3	4	5	4	4	4	5	4	5	4
	5	5	0	0	0	0	1	0	0	2	3	2	0	2	0	1	1	3	0	2
	4	5	0	0	0	0	1	0	0	3	4	2	2	4	6	2	5	3	2	4
	5	5	6	6	4	6	6	6	6	2	3	5	6	5	6	5	5	3	5	5
	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	3	1	0	0	1	3	3	1
	0	0	2	0	1	2	1	0	1	2	3	2	3	1	0	1	1	4	3	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	3	0	0	1	0	2	4	0
	2	2	1	0	1	1	1	1	0	2	3	1	3	2	0	0	0	3	3	1
	5	4	6	6	5	5	5	6	6	4	4	5	4	4	0	5	2	3	4	4
	4	5	6	6	6	6	6	6	6	4	4	5	5	3	6	5	5	3	5	3
	6	6	6	6	6	6	5	6	6	5	5	6	5	4	6	5	5	4	5	4
	1	1	1	0	0	1	0	0	2	5	5	1	2	3	0	2	1	2	2	3
	1	0	3	6	5	3	6	5	5	2	3	6	4	3	3	5	3	3	4	3
	0	1	1	0	1	2	0	1	0	2	3	1	2	0	0	0	1	2	2	0
AE	6	12	11	0	5	11	5	3	3	18	26	11	28	12	1	15	6	29	28	8
DP	9	11	1	0	1	2	2	1	0	10	14	7	7	7	6	5	8	12	8	6
RP	36	33	43	48	44	41	44	47	44	24	28	42	36	31	37	38	35	28	35	32
TOTAL	51	56	55	48	50	54	51	51	47	52	68	60	71	50	44	58	49	69	71	46
N° ficha	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
PROFESIÓN	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer	ec. Enfermer
SEXO	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
EDAD	20	22	28	28	36	27	27	36	51	36	34	37	40	24	38	49	30	32	41	25
TIEMPO LABORAL	2	3	5	6	6	5	8	6	2	6	6	8	7	2	2	2	6	8	6	2
AREA LABORAL	ERR	MDC	GYO	ERR	GYO	MDC	GYO	CAT	CAT	MDC	MDC	GYO	MDC	GYO	CAT	MDC	ERR	MDC	MDC	GYO



ANEXO 3

Proyecto de Tesis

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES
DE SALUD EXPUESTOS A LA ENFERMEDAD DEL
COVID-19 EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ,
AREQUIPA 2020”**

Autora:

Iveet Milagros Palomino Cutiri

Asesor:

Dr. Jorge Edwin Butrón Zúñiga

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO

A finales de diciembre del 2019, la ciudad de Wuhan en China, informó sobre el brote de neumonía causada por la enfermedad del COVID-19, brote que se convirtió en una pandemia y que afectaría al mundo entero.

El SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 o Coronavirus tipo 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo), virus causante de esta enfermedad, ha sido, desde entonces, motivo de muchos estudios. El 30 de enero del 2020, la OMS declaró que el brote mundial de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Frente a esta situación, el personal sanitario pasó a ser la primera línea de defensa al participar directamente en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes con COVID-19, conllevando con esto una gran carga tanto laboral como emocional, y corriendo el riesgo (preexistente debido al tipo de trabajo) a sufrir síntomas de mala salud mental.

Estudios anteriores han evaluado “El impacto psicológico y ocupacional inmediato del brote de SARS de 2003 en un hospital universitario”¹, donde se evidenció que el personal se vio afectado negativamente por el miedo al contagio y a infectar a familiares, amigos y colegas. Cuidar a los trabajadores de la salud como pacientes y colegas fue emocionalmente para ellos, difícil.

El síndrome de Burnout se presenta como respuesta al estrés laboral crónico y se considera un problema social y sanitario, por su alta prevalencia en personal de salud, como por sus consecuencias. Esto lleva a la persona a un estado de agotamiento emocional y despersonalización, afectando su rendimiento laboral.

La importancia de este trabajo radica en demostrar el impacto de esta pandemia en la salud mental del personal sanitario, y en cómo ésta estaría afectando la productividad del establecimiento de salud y la salud de su comunidad.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Cuál es la frecuencia de Síndrome de Burnout y las características de presentación en los profesionales de salud que laboran expuestos a la enfermedad del COVID-19 en el Hospital de Camaná - Arequipa 2020.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

- ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud
- ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana
- ESPECIALIDAD: Salud Mental
- LÍNEA: Psicología Social y clínica

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Independiente, cuantitativa discreta	Cuestionario	Años	Nominal
Sexo	Independiente, cualitativa nominal	Caracteres sexuales secundarios	Masculino/Femenino	Nominal
Profesión	Independiente, cualitativa nominal	Cuestionario	Médico/a Enfermero/a Obstetra/iz Biólogo/a Técnico/a de enfermería	Nominal
Tiempo de servicio en Área COVID	Independiente, cuantitativa continua	Cuestionario	1 - 2 meses 3 - 4 meses 5 - 7 meses 7 - 9 meses	Nominal

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD /CATEGORÍA			ESCALA
Síndrome de Burnout	Dependiente, cualitativa ordinal	Agotamiento emocional	27 – 54	Nivel alto	Ordinal
			19 – 26	Nivel medio	
			0 – 18	Nivel bajo	
		Despersonalización	10 – 30	Nivel alto	
			6 – 9	Nivel medio	
			0 – 5	Nivel bajo	
		Realización personal	40 – 48	Nivel alto	
			34 – 39	Nivel medio	
			0 - 33	Nivel bajo	

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de Síndrome de Burnout en el personal sanitario que laboran expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná?
- ¿Cuáles son las características de presentación del Síndrome de Burnout en el personal asistencial que labora expuesto a la Covid-19 en el Hospital de Camaná?
- ¿Existe alguna asociación entre los factores epidemiológicos y forma de presentación del Síndrome de Burnout en el personal asistencial que labora expuesto a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná?

1.2.4. Tipo de investigación: Investigación de campo.

1.2.5. Diseño de investigación: Observacional, transversal.

1.2.6. Nivel de investigación: Nivel Descriptivo.

1.3. Justificación del problema:

1.3.1. Justificación científica:

Esta investigación es de interés científico porque permitirá conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout específicamente en personal asistencial dentro del contexto de la pandemia de enfermedad por Coronavirus 2019-2020, esto a su vez da luces al entendimiento del nivel de productividad del establecimiento de salud.

Además, permitirá establecer una relación entre los factores epidemiológicos y la forma de presentación de la enfermedad en el grupo de estudio, regalando este conocimiento a la comunidad científica, a fin de que contribuya e impulse el inicio de futuros estudios destinados a la prevención de la enfermedad, así como nuevas posibles perspectivas de solución y manejo, en última instancia, sobre este síndrome.

1.3.2. Justificación social:

Además de ello, se encuentra una justificación social dado que las conclusiones obtenidas, junto con estudios semejantes permitirían realizar un diagnóstico precoz y manejo acertado del Síndrome de Burnout. Consecuentemente a esto, el beneficio se verá a corto, mediano y largo plazo para el personal sanitario, establecimiento de salud y la sociedad misma, ya que se logra satisfacción a la atención recibida.

1.3.3. Factibilidad:

El presente proyecto cuenta con disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros para llevar a cabo los objetivos expresados.

1.3.4. Justificación personal:

Habiendo antecedentes de escasos estudios realizados a nivel nacional y regional en este ámbito, generó un estímulo personal de conocer más sobre uno de los efectos de la pandemia por Coronavirus en el personal asistencial, traducido en Síndrome de Burnout y la relación que mantiene con los factores epidemiológicos de determinado grupo de estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. SÍNDROME DE BURNOUT:

2.1.1. DEFINICIÓN

“El burnout es un síndrome psicosocial que se produce en respuesta a situaciones estresantes durante el desarrollo laboral; afecta a un 30-60% del personal sanitario.”² Síndrome descrito por Freudenberger³ en 1974, quién destaca la participación de factores cognitivos, de juicio y emocionales implicados en el proceso de la enfermedad.

El término (“Burnout”, “quemarse”) es la referencia al resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo, que conduce al cansancio físico y emocional, debido a las condiciones laborales.

“La definición más aceptada del síndrome es la propuesta por Maslach y Jackson (1981) quienes consideran que tal síndrome es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, despersonalización y la disminución del desempeño personal.”⁴

El agotamiento se define en la CIE-11 de la siguiente manera: “El agotamiento es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones:

- Sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía.
- Mayor distancia mental del trabajo de uno, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo de uno.
- Eficacia profesional reducida.”⁵

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA INTERNACIONAL Y NACIONAL

Es Síndrome de Burnout (SB) es un problema de salud que puede afectar a trabajadores de todo tipo; pero existen reportes de la alta prevalencia en aquellos cuya actividad está relacionada con el cuidado de seres humano, en especial, en situaciones de pandemia, que requieren una respuesta intensa e inmediata en términos de atención médica, con miles de trabajadores de la salud, ya sea directamente (p. Ej., Médicos, enfermeros) o indirectamente (p. Ej., Asistentes, técnicos de laboratorio y manipuladores de desechos médicos) brindando atención a pacientes, luchando en primera línea para abordar los desafíos que plantean a los sistemas de salud. Por lo tanto, los trabajadores sanitarios se enfrentan a situaciones críticas que aumentan su riesgo de sufrir el impacto psicológico de lidiar con una serie de condiciones desfavorables, con consecuencias que pueden ir desde angustia psicológica hasta síntomas de salud mental.

En un estudio del SB en personal de salud hecho en el Servicio de Urgencias de tres hospitales de Francia al personal, por Audrey Moukarzel, et al., se obtuvo los siguientes resultados: “Durante el período de la encuesta, hubo 529 profesionales trabajando en los tres Servicios de Urgencias (SU). En general, 132 profesionales

de los servicios de urgencias (34,6%) informaron una puntuación muy alta para EE (Agotamiento emocional) o DP (Despersonalización), cumpliendo así los criterios de agotamiento. Además, el 15,8%, el 29,6% y el 41,4% de los encuestados mostraron un alto agotamiento emocional, una alta despersonalización y un bajo sentido de realización personal, respectivamente. La categoría médica fue la categoría más afectada por el agotamiento: 50,7% frente a 32,1% para paramédicos y 23,4% para Administrativo / Técnicos ($p < 0,004$). De los encuestados, el 30,1% de ellos estaba experimentando la tensión laboral sin diferencias significativas entre los SU. Las dos categorías A / T y paramédico fueron las más preocupadas por la tensión laboral ($p < 0,001$), debido en particular a una falta significativa de libertad de decisión para A / T (78,6%) y al escaso apoyo social en el trabajo para los paramédicos. (66,8%). Los médicos fueron los profesionales que más sufrieron un alto nivel de exigencia psicológica (79,7%, $p < 0,02$).⁶

En España, fueron sometidos a encuesta 934 médicos internistas, por Rodríguez Marcia, et. Al.⁷, donde 58,8% mujeres, con una mediana de edad de 40,0 años. Un 55,0% presentaba un grado de cansancio emocional alto, un 61,7% un grado de despersonalización alto y un 58,6% un grado de realización personal bajo. El síndrome de burnout afecta al 33,4% de los internistas de España.

Se estimó la prevalencia del síndrome de burnout (SB) en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014; "De los 5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, 46,0% pertenecían al MINSA y 23,1% laboraban en Lima. Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) usando valores predeterminados; 7,9% (IC95%: 6,93-8,95) para puntos de corte según cuartiles; y 12,5% (IC95%: 11,29-13,77) usando terciles. La prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras, independientemente del punto de corte usado (3,7% vs 2,1% en valores predeterminados; 10,2 vs 6,1% con cuartiles, y 16,2 vs 9,5% mediante terciles). La prevalencia del síndrome en personal sanitario es distinta en una misma población, según se utilicen los distintos puntos de corte descritos."⁸

En conclusión, el agotamiento varía según los grupos de edad, género, especialidad y quizá raza y etnia.

2.1.3. ETIOLOGÍA

Lo paradójico en la etiología de este trastorno es que los principales afectados son los trabajadores más motivados, dedicados y responsables. Las personas con estos rasgos suelen ser idealistas y tienen cualidades perfeccionistas que pueden llevarlos a sumergirse en su trabajo y dedicarse a él hasta caer en el agotamiento. Por tanto, el alto compromiso con la salud de los pacientes, el reconocimiento de la responsabilidad asociada con la confianza de los pacientes, la familia y la sociedad, sumando a ello una situación especial como la de una pandemia global, colocan al personal sanitario en un estado de vulnerabilidad casi inmanejable.

Se han tratado de encontrar la causalidad del problema en varios estudios ^{9, 10}; con los siguientes resultados: Largo tiempo de formación académica, control limitado sobre los procesos de prestación de servicios de salud, largas horas de trabajo y enorme carga laboral, desequilibrio entre la carrera y familia, cuestiones financieras (salario, presupuestos), dolor y culpa por la muerte de pacientes o resultados insuficientes, cuestiones relacionadas con la edad y sexo, clima laboral hostil e ineficiente.

2.1.4. FISIOPATOLOGÍA

Moch SL, Et al.¹¹, documentaron las variables metabólicas hormonales del eje hipotalámico-hipofisiario y cambios metabólicos en pacientes femeninas diagnosticadas con Síndrome de Burnout, el hallazgo más llamativo fue la reducción en la excreción urinaria de cortisol libre en los pacientes en comparación con los controles, durante cuatro meses de estudio. Concluyendo que hay hipocortisolismo funcional en el agotamiento, que no se restablece inmediatamente con la intervención de manejo del estrés a pesar de la mejoría clínica y psicológica.

2.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

a. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Importante a tener en cuenta que la sintomatología del agotamiento puede, muchas veces, confundirse y entremezclarse con síntomas de depresión, suicidio, ansiedad, entre otros por la relación que tienen. En este punto, se debe considerar que el Síndrome de Burnout (SB) se conceptualiza como una condición que refleja preocupaciones laborales, mientras que la depresión y otras condiciones se consideran problemas a nivel individual.

La mejor consideración sintomatológica fue dada por Christina Maslach y Susan E. Jackson en abril de 1981¹², citada a continuación:

Se reconocen 3 subescalas:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Agotamiento de los recursos emocionales, los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de ellos mismos a nivel psicológico.
- DESPERSONALIZACIÓN: (Cinismo o desvinculación). Desarrollo de actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los clientes o pacientes, esta insensible e incluso, deshumanizada percepción de los demás puede llevar al personal a ver a sus clientes como merecedores de sus problemas de manera.
- REALIZACIÓN PERSONAL: (Profesionalismo o eficacia). Existe la tendencia a evaluarse a sí mismo negativamente, especialmente con respecto al trabajo con los usuarios; los trabajadores se sienten infelices consigo mismos e insatisfechos con sus logros en el trabajo.

Además, el agotamiento parece estar correlacionado con varios índices de angustia personal, agotamiento físico, insomnio, mayor consumo de alcohol y drogas, y problemas conyugales y familiares.

b. DIAGNÓSTICO:

Existen varios recursos o instrumentos para medir el SB, algunos más utilizados que otros; son:

- COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY: (Kristensen, TS., et. Al.¹³). Está estructurado en tres subdimensiones: la personal, relacionada al trabajo y la relacionada con el trabajo con clientes. Presenta buena capacidad de discriminación, y es considerado un instrumento fiable y válido para la medida específica de burnout en su versión en castellano. Además, cuenta con versiones en ocho idiomas, lo que lo hace más accesible.
- BURNOUT MEASURE: (Maslach Pines, A.¹⁴). Es una versión más breve de 10 ítems del Burnout Measure (BMS) que se desarrolló en respuesta a la necesidad de un instrumento fácil de usar para investigadores y profesionales que requieran menos espacio y tiempo para el cuestionario.
- EDUCATOR BURNOUT INVENTORY: (Wang G, et. Al.¹⁵) Es una herramienta para medir el agotamiento laboral de los docentes en China. Publicado por el departamento de Psicología de la Universidad Normal de Beijing en el 2003, demostró ser confiable y cumplió con el requisito psicométrico.
- SHIROM-MELAMED BURNOUT MEASURE (SMBM): (Shirom, A., Melamed, S.¹⁶). Con un enfoque alternativo, que considera al Burnout con sentimientos de agotamiento emocional, físico y cognitivo; el SMBM se basa en la Teoría de Conservación de Recursos de Hobholl, cuyos principios centrales son que las personas tienen una motivación básica para obtener, retener y proteger los recursos que valoran. Entre esos recursos que las personas consideran, están los recursos materiales, sociales y energéticos; el SMBM se basa en los recursos energéticos del individuo.
- BERGEN BURNOUT INDICATOR: (Salmella, A., et Al.¹⁷). Basado en los tres componentes del Burnout, esta escala se diferencia de la escala de Maslach porque incluyen, en su evaluación, emociones negativas del agotamiento, cognitivas del cinismo, y conductuales del componente laboral. Esta escala demostró tener validez y confiabilidad en su construcción.
- KAROLINSKA EXHAUSTION SCALE: (Saboonchi F., et. Al.¹⁸). Es un instrumento a manera de cuestionario de 35 ítems agrupadas en 4 dimensiones generados a partir del diagnóstico del Síndrome de Burnout

por la Junta Nacional de Salud y Bienestar de Suecia, proporciona una evaluación específica del Burnout para profesionales de entornos clínicos y de investigación. La primera dimensión, de falta de recuperación contiene elementos que abordan la fatiga excesiva y patrones de sueño y descanso alterados; la segunda dimensión de agotamiento cognitivo, contiene ítems sobre problemas de memoria, concentración y afrontamiento de demandas mentales. La dimensión de los síntomas somáticos evalúa síntomas físicos como tensión muscular, dolor de pecho, palpitaciones; la última dimensión de angustia emocional abarca ítems de irritabilidad, ansiedad y depresión. Cuenta con una versión mejorada y validada de 26 ítems (KES-26).

- SPANISH BURNOUT INVENTORY: (Gil-Monte, et. Al.¹⁹). Escala elaborada por Gil-Monte en el 2005, quién además ha desarrollado una definición alternativa del SB, y caracterizado por 4 principales síntomas: Deterioro cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo o baja realización personal en el trabajo), deterioro afectivo (agotamiento emocional y físico), aparición de conductas negativas hacia los clientes en formas de indiferencia, comportamiento frío y distante y por último, presente en algunos casos, sentimientos de culpa. Tomando como referencia este modelo teórico, se elaboró este cuestionario que permite diferenciar dos perfiles de individuos en el desarrollo del SB con la variable “Sentimientos de culpa” que ayudaría a diferenciarlo de otros trastornos mentales y sus consecuencias.
- OLDENBURG BURNOUT INVENTORY (OLBI): (Sinval J., et. Al.²⁰). Es la herramienta alternativa más destacada al MBI, desarrollada inicialmente por Demerouti y Nashreiner en 1998, quienes sugirieron dos dimensiones del SB: La desconexión y el agotamiento, aplicables también a los profesionales fuera de las ocupaciones de los servicios humanos. Tiene versiones que varían según los grupos ocupacionales y países; OLBI no cuenta con un factor correspondiente a lo que MBI denomina “Eficacia profesional”. La subescala de agotamiento de OLBI tiene 8 ítems relacionados a sentimientos de vacío, sobrecarga de trabajo, agotamiento cognitivo, emocional y físico, y necesidad de descanso. La subescala de desvinculación también tiene 8 ítems, que hacen referencia al distanciamiento del trabajo, acompañados de comportamientos y actitudes negativas y cénicas al trabajo.
- MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI): Escala elaborada por la psicóloga estadounidense Christina Maslach en 1976, habiéndola modificada en 1978 y 1979, (Maslach C., Jackson S. ²¹) gracias a sus diversas investigaciones.

Así, actualmente el MBI es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de 7 grados los tres síntomas o dimensiones el Agotamiento Emocional (AE), despersonalización (DE) y baja realización personal en el trabajo (RPT).

En la última edición del Burnout Maslach Inventory Manual de 1997 (3° ed.), se presentan tres versiones de la escala, en primer lugar el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigida a profesionales de los servicios humanos, es la versión clásica y la más usada; está constituida de 22 ítems, que se distribuyen en tres escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben la baja realización personal en el trabajo (manifestado en la tendencia a valorarse negativamente, específicamente con relación a la habilidad para realizar el trabajo y la relación con el paciente) (8 ítems), el agotamiento emocional (Sentir no poder más de sí mismo en el ámbito afectivo y emocional) (9 ítems), y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y en general, carácter negativo hacia los usuarios) (5 ítems).

El segundo lugar, el MBI-Educators (MBI-ES) dirigido hacia los educadores, en esta versión se cambia la palabra “pacientes” por “alumnos”, el nombre de cada dimensión se mantiene. En tercer lugar, la MBI-General Survey (MBI-GS) que es la versión más reciente y presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales de salud cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos, sólo contiene 16 ítems, y las dimensiones son: Eficacia personal, agotamiento y cinismo.

2.1.6. TRATAMIENTO:

A pesar que el Síndrome de Burnout ha sido descrita e investigada desde hace más de setenta años, existen diversas estrategias terapéuticas todavía en estudio y consenso, además, ya que se trata de un síndrome psicopatológico en el que se observan diversas formas clínicas de presentación, se requiere un manejo multidisciplinario en el cual el psiquiatra es quien juega un rol importante.

El manejo del Síndrome de Burnout (SB) debe centrarse en la atención terapéutica a través de escuchar, elaborando mejores horarios laborales, nutrición, antidepresivos, terapia conductual y cognitiva.

Mesters P., Et. Al.²², abordan este tema desde una perspectiva que involucra un equipo multidisciplinario, a continuación:

a. Importancia de la comunicación:

El médico de cabecera a menudo estará a la vanguardia del diagnóstico y el tratamiento del SB. Escuchar al paciente será fundamental. El paciente puede presentar multitud de cuadros clínicos, tanto somáticos (en particular fatiga irrecuperable, trastornos del sueño, dolor difuso) como psicológicos (principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos cognitivos y pérdida de la libido) que sólo escuchando se podrá decodificar. El tiempo que se le debe dar a este tipo de pacientes surge de manera individual. A menudo será importante programar una segunda cita con el paciente, en un momento más conveniente tanto para él como para el médico, para considerar una consulta más prolongada.

b. Interrupción del tiempo de trabajo (ITT):

Por lo general, es difícil convencer a los trabajadores que sufren de agotamiento para que estén incapacitados durante un largo período de tiempo. La mayoría de las veces, están muy comprometidos con su trabajo y tienen grandes dificultades para soltarse. Uno de los primeros objetivos en un manejo óptimo del burnout será hacer que el paciente acepte su situación y la necesidad de dejar de trabajar para descansar y alejarse del marco habitual de su trabajo que le genera estrés crónico.

Estar fuera del lugar de trabajo permitirá al paciente, con la ayuda del terapeuta, identificar y distinguir los factores intrínsecos (por ejemplo, el perfeccionismo) de los factores extrínsecos (entorno de trabajo), pero también permitirá una reflexión para identificar mejor sus prioridades y encontrar un mejor equilibrio entre la vida privada y la profesional. Posteriormente, después de varios meses, cuando el paciente vuelve a estar en condiciones de retomar una actividad profesional, suele indicarse la prescripción de una media jornada médica durante un período determinado y permite al paciente reajustarse gradualmente a su entorno profesional.

La duración de la ITT dependerá de varios factores que incluyen:

- La etapa de desarrollo del agotamiento.
- La personalidad del paciente.
- La capacidad del paciente para soltarse.
- Su capacidad de cuestionar.
- La presencia de apoyo profesional, social y familiar.
- Su calidad de vida e higiene de vida.
- La presencia de una patología psiquiátrica asociado.

En caso del SB, la ITT se estima en promedio en 10 meses; 80% de pacientes entre 5 y 11 meses.

c. Complementos alimenticios:

A tener en cuenta, que, el paciente diagnosticado con SB experimenta la sensación cierto fracaso personal propia de la enfermedad, añadido a ello, tiene el reto de aceptar un tratamiento farmacológico que signifique que necesita ayuda profesional debido a haber fracasado y no estar a la altura de los desafíos y circunstancias profesionales; en tal contexto, la prescripción de complementos alimenticios suelen ser bien aceptados ya que se considera menos agresivo y estigmatizante que la farmacoterapia tradicional.

Además, se debe considerar prescribir los complementos alimenticios en los pacientes con SB por la gran cantidad de desinformación que existe en algunos medios de comunicación como el internet y el gran número de usuarios y pacientes que recurren a ellos sin conocimiento de su médico tratante.

La experiencia demuestra que algunas alternativas naturales son realmente interesantes en el manejo de pacientes que sufren de agotamiento físico y emocional, estrés excesivo o problemas de insomnio. En una publicación reciente se evaluó la eficacia clínica de las seis alternativas naturales más

utilizadas en el tratamiento de la depresión. “Estas alternativas incluyen ejercicio, hierba de San Juan, ácidos grasos omega3, acupuntura, S-adenosilmetionina y ácido fólico”²³. La hierba San Juan, los ácidos grasos Omega3, la S-adenosilmetionina y el ácido fólico son muy buenas opciones en los pacientes con depresión. Más recientemente, se han comercializado nuevos agentes naturales como alternativas a los fármacos en el tratamiento de la depresión y los procesos de estrés patológico.

Encontramos en particular productos a base de azafrán o curcumina, plantas adaptógenas como Rhodiola rosea o Eleutherococcus senticosus. Estas plantas podrían ser de interés en el tratamiento de trastornos mentales porque aumentan la capacidad del cuerpo para resistir el estrés. Están dotados de propiedades antioxidantes y actúan sobre síntomas como fatiga, ansiedad, tristeza o insomnio, síntomas del Síndrome de Burnout.

Un estudio doble ciego de 12 semanas comparado con un placebo demostró la eficacia y buena tolerancia de una combinación de “casozepina, taurina, Eleutherococcus senticosus y extramel (Target-1®) en el tratamiento del agotamiento. Se utilizaron cinco puntuaciones: BMS-10, MBI burnout, despersonalización MBI, finalización de tareas MBI e Inventario de depresión de Beck. La calidad del sueño y el nivel de energía mejoraron significativamente en comparación con el placebo.”²⁴

d. Antidepresivos:

Los pacientes con burnout generalmente se quejan de síntomas que repercuten en el funcionamiento del individuo y, en particular, en su capacidad para continuar con su actividad profesional. Sin embargo, aproximadamente 2 de cada 3 pacientes con agotamiento no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor.

Se quejan principalmente de síntomas como problemas para dormir, pérdida de energía, dificultad para concentrarse o disminución del apetito.

Por otro lado, la tristeza, la anhedonia, el enlentecimiento psicomotor o la ideación suicida no son síntomas muy presentes. Cuando no se alcanza el umbral de diagnóstico, se denomina depresión subsindrómica.

La fatiga laboral no tratada puede, en algunos casos, progresar a depresión, en cuyo caso se requerirá la prescripción de un antidepresivo. Cuanto más severo es el grado de agotamiento, mayor es el riesgo de desarrollar depresión y la necesidad de recetar un antidepresivo.

La prescripción de antidepresivos puede considerarse en las siguientes situaciones de depresión subsindrómica:

- Antecedentes de depresión moderada o grave,
- Depresión leve pero que complica el manejo de problemas somáticos,
- Depresión presente durante mucho tiempo (> 2 años),
- Depresión leve pero persistente a pesar de otras intervenciones.

Si está indicado un antidepresivo, se debe elegir un producto con un buen perfil de tolerancia como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Estos antidepresivos también tienen la ventaja de haber demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En el burnout, la dosis utilizada en ocasiones puede ser menor que en el tratamiento de la depresión mayor, pero se irá adaptando según la evolución clínica.

La duración del período de tratamiento agudo es generalmente de 6 a 8 semanas. A menudo, la respuesta aparece después de 3 a 4 semanas y la remisión completa después de aproximadamente 8 semanas. Sin embargo, existen diferencias importantes entre los pacientes, según los parámetros de la enfermedad y la naturaleza del tratamiento.

En la depresión, el tratamiento se continuará durante 6 a 9 meses después de que los síntomas se hayan resuelto por completo. Un tiempo de tratamiento más corto se asocia con un alto riesgo de recurrencia.

Los inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina (IRSN) también son de interés cuando la respuesta a los ISRS es insuficiente, cuando las funciones cognitivas se ven afectadas por la toma de estos ISRS o cuando la mejora en el rendimiento cognitivo es particularmente lenta o que los signos de agotamiento han mejorado.

Es importante tener en cuenta estas alteraciones en el desempeño de las funciones cognitivas. Los problemas de memoria pueden persistir mucho después de que hayan desaparecido los demás síntomas del agotamiento.

Esta persistencia a veces puede generar dificultades durante la reinserción profesional.

La interrupción del tratamiento se realizará de forma muy gradual para limitar el riesgo de aparición de síntomas de "interrupción".

e. Terapias conductuales y cognitivas (TCC):

Las terapias conductuales y cognitivas (TCC) son terapias relativamente breves, validadas empíricamente ("basadas en evidencia") que se enfocan en el cambio "aquí y ahora" de pensamientos, emociones y conductas discapacitantes que son fuentes de sufrimiento en una persona individual.

El objetivo es, en primer lugar, analizar con el paciente los factores que han contribuido a la aparición (el por qué) y el mantenimiento (el cómo) de las conductas problemáticas. El psicoterapeuta apoya al paciente en el desarrollo de nuevas formas de pensar y de desarrollar comportamientos adaptados a la realidad de su situación con el fin de recuperar una sensación de bienestar y satisfacción en su vida actual.

El agotamiento es devastador cuando se trata de confianza en uno mismo. La terapia conductual y cognitiva apunta primero a reconstruirse a uno mismo.

- FASE DE ACEPTACIÓN:

Una primera fase de la terapia consiste en aceptar el burnout y sus consecuencias en la vida diaria. El paciente re- invierte la esfera privada de su vida y re-aprende a escuchar su cuerpo, sus límites y sus deseos. La práctica de una actividad de ocio suele ser una buena forma de reinvertir la privacidad: el ocio le permite dar un paso atrás, encontrarse a sí mismo, reconectarse con placeres simples y tener una actividad que puntúe el día. El tiempo que pasa con la familia o los amigos, que a veces se ha descuidado en favor del trabajo, también es beneficioso para la persona. Le permite volver a priorizar y pensar en lo que más importa.

En resumen, en terapia, es con sus propios valores, necesidades y deseos que el paciente se reconecta primero. La cuestión del futuro profesional, fundamental para su desarrollo personal, se pospone para más tarde, cuando la persona vuelva a saber quién es.

Se trata de encontrarse a sí mismo, conectarse con su vida diaria, contribuir a su felicidad en la vida diaria. Sólo a partir de este momento, la cuestión de convertirse en profesional se puede abordar con serenidad, sin obligaciones, sin presiones, pero de acuerdo con uno mismo, el equilibrio recuperado, las nuevas prioridades y los valores personales.

- FASE DE RECONSTRUCCIÓN:

Una segunda fase se refiere a la reconstrucción de la autoestima, que consiste en aprender a amarse a uno mismo en diversas áreas (intelectual, corporal, etc.) y a tener una visión positiva de sí mismo en todas las circunstancias. Se trata entonces de trabajar la asertividad, es decir aprender a decir "no", a poner límites, a aprender a pedir ayuda, a aprender a emitir y recibir críticas, expresar sus opiniones y necesidades respetando las de los demás, aprender a comunicarse mejor y manejar las tensiones interpersonales que son causas y consecuencias muy importantes del estrés.

En terapia también se trabaja la cuestión de los ideales profesionales y personales ("siempre más y siempre mejores"), así como las exigencias personales, el perfeccionismo, asertividad, los pensamientos ansiosos ("¿qué será de mí?", " si pierdo mi trabajo, ya no podré pagar mi casa "), miedo al juicio de los demás (" ¿qué pensará mi familia de mí? ", " ¿qué dirán mis compañeros? "), etc.

- SOBRE EL SENTIDO Y RECUPERACIÓN DE VALORES:

Finalmente, se trabaja con los pacientes la cuestión del significado y los valores: ¿qué es importante para el paciente en su vida? ¿Qué contribuye a su felicidad? ¿Cuáles son sus prioridades? ¿Cuáles son sus valores? ¿Cómo puede ser coherente con sus valores en el mundo profesional? Al final, cuando ha sido bien cuidado, el burnout puede haber dado un "nuevo sentido a la vida" porque, a través de este sufrimiento, la persona habrá

podido encontrar la reorientación ideal, o al menos la mejor posible, a su vida profesional.

2.2. ENFERMEDAD DEL COVID-19:

2.2.1. ANTECEDENTES

“En diciembre de 2019, comenzó un brote de neumonía de origen desconocido en la provincia china de Hubei, lo que generó preocupaciones sobre la salud mundial debido a la facilidad de transmisión. Para diagnosticar y controlar rápidamente la enfermedad altamente infecciosa, se aisló a las personas sospechosas y se desarrollaron procedimientos de diagnóstico / terapéuticos a través de los datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes. Después de numerosos estudios, se identificó un nuevo síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) como la causa de la enfermedad, y los científicos chinos la denominaron "coronavirus-19" (COVID-19) SARS-CoV-2. La presencia de COVID-19 se manifiesta por varios síntomas, que van desde síntomas asintomáticos / leves hasta enfermedad grave y muerte. Los síntomas comunes incluyen tos, fiebre y dificultad para respirar. Otros síntomas notificados son debilidad, malestar, dificultad respiratoria, dolor muscular, dolor de garganta, pérdida del gusto y / o del olfato.

El diagnóstico clínico de COVID-19 se basa en las manifestaciones clínicas, el diagnóstico molecular del genoma viral mediante RT-PCR, radiografía de tórax o tomografía computarizada y análisis de sangre serológicos. Las anomalías de laboratorio más comunes en pacientes con RT-PCR positiva son linfopenia, leucopenia, trombocitopenia, PCR elevada y marcadores inflamatorios, biomarcadores cardíacos elevados, albúmina disminuida y función renal y hepática anormal. Sin embargo, varios parámetros pueden interferir con los resultados; el más importante de los cuales es el período de ventana (tiempo desde la exposición hasta el desarrollo de los síntomas). Como el cuerpo necesita tiempo para responder al ataque viral antigénico, los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. El período de ventana de replicación viral conduce a resultados falsos negativos y problemas para prevenir la expansión de COVID-19.

Ha habido dos tipos de pruebas para COVID-19 durante esta pandemia: Un tipo son las pruebas de PCR, como una técnica de diagnóstico molecular basada en material genético viral que puede diagnosticar una infección activa por COVID-19. La detección temprana de COVID-19 mediante PCR depende de la presencia de una cantidad suficiente de genoma viral en la muestra del paciente y la sensibilidad del ensayo RT-PCR. Por lo tanto, son bastante necesarios métodos optimizados o de detección que sean capaces de detectar el 2019-nCoV incluso en títulos virales bajos. El otro tipo son las pruebas serológicas basadas en anticuerpos contra proteínas virales. Las pruebas serológicas identifican a las personas que han desarrollado una respuesta inmune adaptativa al virus, como parte de una infección activa o previa.

Se pueden detectar tres tipos de anticuerpos, incluidos IgG, IgM e IgA, en respuesta al virus, especialmente IgM que se produce poco después de la infección. Parece que las pruebas serológicas, junto con la PCR, aumentan la sensibilidad / precisión del diagnóstico, pero debido al período de ventana, las pruebas inmunitarias no ayudan a diagnosticar y detectar una infección temprana. Después de la infección con 2019-nCoV, se necesitan 2 semanas o más para detectar los anticuerpos. Por lo tanto, las pruebas de anticuerpos IgM / IgG tempranas no pueden detectar la diseminación viral activa en una infección temprana y si un individuo es infeccioso. En otras palabras, debido a la identificación directa del ARN viral, las pruebas moleculares son más sensibles que las pruebas inmunológicas y serológicas en el diagnóstico de la infección primaria y pueden acelerar la detección temprana incluso durante el período de incubación de COVID-19 (antes de la aparición de los síntomas). Entonces, las pruebas inmunológicas serán prácticas y necesarias para el evento de una segunda recurrencia del virus en la sociedad. Los investigadores chinos han informado de una variedad de resultados relacionados con la respuesta inmunitaria, como una amplia gama de anticuerpos entre personas con síntomas leves del virus, mientras que hay menos anticuerpos entre las personas más jóvenes y ningún rastro de anticuerpos en algunas personas.

Por lo tanto, surge la pregunta de si una persona con una prueba de RT-PCR positiva y una infección grave, leve o asintomática aún puede ser propensa a una segunda infección.”²⁵

2.2.2. ESTRUCTURA DEL SARS-CoV-2

“El genoma del SARS-CoV-2 (de 30 kb de tamaño) codifica una poliproteína no estructural grande (ORF1a / b) que se escinde proteolíticamente para generar 15/16 proteínas, 4 proteínas estructurales y 5 proteínas accesorias (ORF3a, ORF6, ORF7, ORF8 y ORF9). Las cuatro proteínas estructurales consisten en la glicoproteína de superficie de la espiga (S), la proteína de la membrana (M), la proteína de la envoltura (E) y la proteína de la nucleocápsida (N), que son esenciales para el ensamblaje y la infección del SARS-CoV-2. La glicoproteína de la superficie de la espiga juega un papel clave en su unión a las células huésped y puede ser escindida aún más por las proteasas del huésped en una subunidad S1 N-terminal y una región S2 C-terminal unida a la membrana.

La unión de la subunidad S1 a un receptor del huésped puede desestabilizar el trímero de prefusión, lo que lleva al desprendimiento de la subunidad S1 y la transición de la subunidad S2 a una conformación post fusión altamente estable. Para participar en un receptor del huésped, el dominio de unión al receptor (RBD) de la subunidad S1 experimenta movimientos conformacionales similares a bisagras, que ocultan o exponen transitoriamente los determinantes de la unión al receptor. Estos dos estados de la subunidad S1 se pueden considerar como la conformación "hacia abajo" y la conformación "hacia arriba". El primero representa un estado inaccesible del receptor, mientras que el segundo corresponde a un estado accesible.

Por lo tanto, comprender la estructura y función de la proteína de pico puede ayudar a desarrollar fármacos de anticuerpos monoclonales y orientar el diseño y desarrollo de vacunas.”²⁶

2.2.3. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL COVID-19

“El SARS-CoV-2 es el séptimo miembro de la familia de CoV que infecta a los humanos. Cuatro CoV humanos (HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-OC43 y HCoV-HKU1) pueden causar una amplia gama de infecciones del tracto respiratorio superior (resfriado común), mientras que el SARS-CoV y MERS-CoV son responsables de la neumonía atípica. Las causas de los diferentes sitios de infección probablemente estén relacionadas con la presencia de dipeptidil peptidasa 4 (DPP4) y enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) en el tracto respiratorio inferior, que son los principales receptores humanos para la glicoproteína de pico (S) de superficie de MERS-CoV y SARS-CoV, respectivamente. La secuencia genética del SARS-CoV-2 es $\geq 70\%$ similar a la del SARS-CoV, y el SARS-CoV-2 es capaz de utilizar el mismo receptor de entrada celular (ACE2) que el SARS-CoV para infectar a los seres humanos. Sin embargo, existen más diferencias en las proteínas S clave que los virus utilizan para interactuar con las células huésped.

El pico de SARS-CoV-2 se une al ACE2 humano con una afinidad aproximadamente de 10 a 20 veces mayor que el pico de SARS-CoV, lo que facilita la propagación de persona a persona.

Al entrar en las células epiteliales alveolares, el SARS-CoV-2 se replica rápidamente y desencadena una fuerte respuesta inmune, lo que resulta en síndromes de tormenta de citocinas y daño en el tejido pulmonar. Los síndromes de tormenta de citocinas, también conocidos como hipercitocinemia, son un grupo de trastornos caracterizados por la producción descontrolada de citocinas proinflamatorias y son causas importantes del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y falla orgánica múltiple. El análisis de los primeros 99 casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 reveló que se produjeron síndromes de tormenta de citocinas en pacientes con COVID-19 grave; 17 pacientes (17%) tenían SDRA, de los cuales 11 (11%) se deterioraron en un corto período de tiempo y murieron por insuficiencia orgánica múltiple. Además, el número total de células T, células T CD4 + y células T CD8 + disminuye en pacientes con infección por SARS-CoV-2, y las células T supervivientes están funcionalmente agotadas, lo que sugiere una disminución función inmune en pacientes infectados con SARS-CoV-2. El SDRA, la función inmunológica disminuida y la infección secundaria empeoran aún más la insuficiencia respiratoria.”²⁶

2.2.4. DIAGNÓSTICO DE COVID-19

“RT - PCR es una prueba de diagnóstico que utiliza muestras de frotis nasal, aspirado traqueal o lavado broncoalveolar (BAL). El método de diagnóstico principal y preferido es la recolección de muestras de las vías respiratorias superiores mediante hisopos nasofaríngeos y orofaríngeos. No se recomienda el

uso de broncoscopia como método de diagnóstico para COVID-19, ya que el aerosol que se genera representa un riesgo sustancial tanto para los pacientes como para el personal sanitario. La broncoscopia se puede considerar solo para pacientes intubados cuando las muestras de las vías respiratorias superiores son negativas y otras herramientas de diagnóstico cambiarían significativamente el manejo clínico. Sin embargo, la broncoscopia puede estar indicada cuando se cumplen los criterios clínicos y de seguridad y en caso de diagnóstico incierto. Alternativamente, la aspiración traqueal y el BAL no broncoscópico pueden utilizarse para recolectar muestras respiratorias en pacientes intubados.

Se ha extraído el ARN del SARS-CoV-2 de muestras de las vías respiratorias superiores e inferiores, y el virus se ha aislado en un cultivo celular de secreciones de las vías respiratorias superiores y muestras de BAL; sin embargo, se dispone de datos limitados de ARN. En una serie de casos, encontraron que los niveles de ARN del SARS-CoV-2 eran más altos en las muestras recolectadas del tracto respiratorio superior (como lo demuestran los valores del umbral del ciclo más bajo en la nariz) y en los primeros 3 días después de la aparición de los síntomas, y los niveles altos de SARS-CoV También se encontraron -2 ARN en muestras tomadas de muestras del tracto respiratorio superior de un paciente asintomático.

Varios estudios han demostrado que el ARN del SARS-CoV-2 también se puede detectar en muestras de sangre y heces. No se ha determinado durante cuánto tiempo está presente el ARN del SARS-CoV-2 en las vías respiratorias superiores e inferiores y en las muestras extrapulmonares. Es plausible que el ARN viral sea detectable durante semanas, como se observa en algunos casos de infección por SARS-CoV o MERS-CoV. El SARS-CoV viable se ha aislado de muestras respiratorias, de sangre, de orina y de heces.

La especificidad de la prueba de RT-PCR parece ser muy alta, aunque puede haber resultados falsos positivos debido a la contaminación del hisopo, especialmente en pacientes asintomáticos. La tasa de sensibilidad no está clara, pero se estima en alrededor del 66-80%. La validez de la prueba en individuos asintomáticos que han estado en contacto cercano con personas sintomáticas es aún menos clara; la tasa de positividad podría alcanzar el 50% sin ninguna evidencia de síntomas o infección comprobada.

Una sola prueba negativa no excluye la infección por SARS-CoV-2, especialmente en personas muy expuestas, si la prueba se realiza con una muestra de hisopado nasofaríngeo y al comienzo de la infección. En este caso, puede ser recomendable repetir la prueba o recolectar una muestra más profunda del tracto respiratorio, como BAL.”²⁷

a. Pruebas de laboratorio

“Las anomalías de laboratorio más comunes notificadas al ingreso entre los pacientes hospitalizados con neumonía incluyeron leucopenia (9-25%) o leucocitosis (24-30%), linfopenia (63%) y niveles elevados de alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa (37%). Entre 1099 pacientes con COVID-19, la linfocitopenia estaba presente en el 83%; además, el 36% tenía trombocitopenia y el 34% leucopenia. También se ha informado de

trombocitopenia leve, hipertransaminasemia y aumento de lactato deshidrogenasa.

Los índices de inflamación aumentados, que generalmente incluyen niveles reducidos de procalcitonina y niveles elevados de proteína C reactiva (PCR), se asocian con la gravedad clínica. Se observó un nivel medio de PCR de 1,1 mg / dl en pacientes con porcentaje de saturación de oxígeno normal (%SatO₂) y de 6,6 mg / dl en pacientes hipoxémicos. Además, se vio una correlación entre la PCR y el riesgo de mortalidad. También se notificó un aumento de troponina en el 7% de los pacientes que murieron posteriormente a causa de una miocarditis fulminante. La troponina parece ser un fuerte indicador de pronóstico de mortalidad. Finalmente, se observó que los niveles de dímero D y ferritina generalmente eran altos en los pacientes hospitalizados.”²⁷

b. Hallazgos radiológicos

“Los hallazgos típicos de la TC en individuos con COVID-19 fueron opacidades en vidrio deslustrado, particularmente en los lóbulos periféricos e inferiores, y áreas de consolidación lobulares múltiples y subsegmentarias bilaterales, especialmente en pacientes de UCI. Se encontró que el número de segmentos pulmonares afectados estaba relacionado con la gravedad de la enfermedad. Estas opacidades tendían a fluir juntas y espesarse con la progresión de la enfermedad. Los hallazgos atípicos de la TC incluyeron derrame pleural (sólo alrededor del 5%), masas, cavitaciones y linfadenopatías; por tanto, éstos sugerirían diagnósticos alternativos.

En un estudio, se evaluó el período de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la TC inicial y los autores encontraron que el 56% de los pacientes que presentaban síntomas en 2 días tenían imágenes de TC normales. La sensibilidad de la TC parece ser alta en pacientes con RT - PCR positiva (86-97% en diferentes estudios de casos) y menor en pacientes con sólo síntomas constitucionales y no respiratorios (alrededor del 50%).

La sensibilidad de la radiografía de tórax convencional es menor, alrededor del 59%. La ecografía se ha utilizado como herramienta de diagnóstico en un número muy limitado de casos. La ecografía tiene una especificidad muy baja y, a pesar de verse afectada por factores como la gravedad de la enfermedad, el peso del paciente y la habilidad del operador, la sensibilidad se estima en alrededor del 75%. No obstante, la ecografía puede desempeñar un papel en el seguimiento de la progresión de la enfermedad mediante la detección de características de enfermedad pulmonar intersticial, como líneas B y consolidaciones subpleurales. Higo. 2 muestra tres presentaciones intersticiales diferentes en ultrasonido en pacientes con COVID - 19.

Los hallazgos de la TC y la ecografía parecen superponerse; La TC parece ser más precisa en la detección de lesiones intraparenquimatosas apicales, mientras que la ecografía puede identificar las lesiones subpleurales más pequeñas y los derrames pleurales. La sensibilidad a las lesiones subpleurales aumenta cuando se utiliza una sonda lineal. Los principales hallazgos

ecográficos incluyen líneas B aisladas o confluentes y engrosamiento de la línea pleural irregular o interrumpida con broncograma aéreo dinámico. La mayoría de estos hallazgos patológicos se localizan en áreas inferiores y posteriores. Es posible escanear en modo Doppler color para detectar un suministro sanguíneo reducido en las lesiones (generalmente aumentado en otras enfermedades inflamatorias).

En la actualidad, la mejor estrategia radiológica permanece sin definir. El uso de TC para todos los pacientes parece no ser razonable en términos de tiempo, costo y exposición a la radiación, especialmente porque el manejo y el enfoque terapéutico no dependerían sustancialmente de los resultados. Sugerimos que la TC debe reservarse para pacientes con un cuadro clínico indefinido, así como para el diagnóstico diferencial”²⁷

2.2.5. MANEJO TERAPÉUTICO

“La mayoría de las infecciones virales se dirigen a una serie de "respuestas protectoras" en el cuerpo del huésped, que incluyen apoptosis, respuesta al estrés, autofagia e inmunidad innata. La fuerza de la respuesta protectora del cuerpo depende de la genética, la epigenética y otros factores, como el estilo de vida. Los resultados de los estudios epidemiológicos y clínicos muestran que la mayoría de las personas infectadas que son asintomáticas o muestran síntomas leves tienen una buena capacidad corporal de respuestas protectoras para activar los mecanismos de defensa antivirales del cuerpo, incluida la defensa de las células inmunitarias y la inducción de interferones. Pero estas respuestas inmunitarias y de apoyo son débiles en la mayoría de las personas mayores o en pacientes con inmunodeficiencia, problemas pulmonares como fibrosis, obstrucción crónica y asma, problemas cardiovasculares y de hipertensión, diabéticos u obesidad. Estas personas infectadas pueden encontrar síntomas más graves de la enfermedad, problemas respiratorios graves e incluso la muerte.

Las respuestas inmunitarias débiles y la incapacidad para combatir el virus aumentan la carga viral, lo que conduce a una mayor secreción de citocinas inflamatorias en el líquido de lavado broncoalveolar y una respuesta de estrés inflamatorio / oxidativo grave, seguida de daño pulmonar severo. Teniendo en cuenta el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la terapia antiviral, los antibióticos, los corticosteroides y los fármacos antiinflamatorios se utilizan habitualmente en los protocolos de tratamiento.

La mayoría de los diseños de fármacos contra 2019-nCoV se han centrado en inmunomoduladores (como corticosteroides e interferones), producción de anticuerpos monoclonales y agentes inhibidores contra proteinasa viral, helicasa y polimerasas. Sin embargo, hasta la fecha, la FDA no ha aprobado ninguna vacuna o tratamiento antivírico específico para COVID-19. Debido a los tiempos de replicación cortos y los altos rendimientos virales, la replicación del genoma del ARN viral de sentido positivo experimenta altas tasas de error y recombinación homóloga y no homóloga. Esta plasticidad genética hace que sea difícil diseñar un fármaco y una vacuna anti-COVID-19.

El control clínico de la enfermedad se basa únicamente en los síntomas mediante los fármacos terapéuticos disponibles y, en casos graves, mediante cuidados de apoyo que incluyen oxígeno y ventilación mecánica. Los agentes terapéuticos disponibles utilizados para el tratamiento de pacientes con COVID-19 son agentes antivirales que incluyen Remdesivir, Cloroquina, Tocilizumab, Hidroxicloroquina, Umifenovir, Lopinavir, Oseltamivir y Favipiravir, y agentes adyuvantes como zinc, vitamina D, azitromicina, ácido ascórbico, ácido nítrico, óxido, corticosteroides, antagonistas de IL-6. Debido a que la carga viral alcanza su punto máximo en el momento de la aparición de los síntomas, la combinación de múltiples medicamentos antivirales, junto con agentes adyuvantes, puede suprimir rápidamente la cantidad de virus en el cuerpo del paciente y puede ser eficaz para reducir la gravedad de la enfermedad y la duración de la infección viral. La vitamina D como agente adyuvante puede reducir el riesgo de infecciones virales y prevenir la neumonía y el daño pulmonar a través de una variedad de mecanismos, que incluyen la reducción del nivel de citocinas proinflamatorias y el aumento de la concentración de citocinas antiinflamatorias. Por lo tanto, la vitamina D puede ser eficaz para reducir la gravedad de la enfermedad COVID-19. El zinc es otro agente adyuvante conocido por sus propiedades antivirales, antibacterianas y antiinflamatorias. Está involucrado en una variedad de mecanismos, incluida la inhibición de la señalización de NF- κ B, la regulación de células T y la restricción de tormentas de citocinas. En un estudio en animales, se informó que el zinc reducía la actividad de la ECA-2 humana recombinante en los pulmones de las ratas.

Los medicamentos antivirales mencionados no son específicos de 2019-nCoV y pueden tener limitaciones de uso para el tratamiento. Por ejemplo, Actemra (tocilizumab) es un anticuerpo monoclonal contra el receptor de IL-6 humano recombinante de la subclase IgG1 τ . Al principio, se utilizó para tratar la artritis reumatoide y la artritis idiopática juvenil. Luego, se administró contra tormentas de citocinas en infecciones por coronavirus e influenza que se caracterizan por niveles altos de IL-6 y otras citocinas. Actemra pudo disminuir con éxito la tormenta de citocinas asociada con las infecciones virales. Debido a la alta similitud entre los dominios de unión al receptor en 2019-nCoV y SARS-CoV, el anticuerpo monoclonal humano específico del SARS-CoV, CR3022, también podría interactuar con la proteína de pico 2019-nCoV y podría usarse como vacunas contra Enfermedad COVID-19, pero CR3022 no pudo unirse a la proteína de pico 2019-nCoV. Por lo tanto, se necesita más investigación para desarrollar nuevos anticuerpos monoclonales que puedan vincularse específicamente a 2019-nCoV RBD. Otros ejemplos son la cloroquina y la hidroxicloroquina, que se han utilizado como antipalúdico durante más de 70 años y también como anti-amebiosis y anti-virus de inmunodeficiencia humana.

Estudios clínicos pequeños e in vitro han demostrado que ambos fármacos podrían ser eficaces contra la infección por SARS-CoV y prevenir la propagación del virus, pero varios estudios clínicos han informado que la administración de cloroquina e hidroxicloroquina se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardíaca. problemas en pacientes con COVID-19, incluidas arritmias cardíacas y paro cardíaco.

Además de los fármacos químicos, también se han sugerido las medicinas tradicionales a base de hierbas y el plasma de convalecencia para tratar el COVID-19. La OMS cree que la medicina tradicional, complementaria y alternativa tiene muchos beneficios. Algunos países, incluidos Irán, China, India, Corea y partes de África, tienen una larga historia de medicina tradicional y han sugerido pautas medicinales para tratar el COVID-19. Algunas de las hierbas medicinales más utilizadas en China incluyen *Astragalus Membranaceus*, *Saposhnikovia Divaricata*, *Glycyrrhiza Uralensis*, *Lonicerae Japonicae Flos*, *Rhizoma Atractylodis Macrocephalae*, *Atractylodis Rhizoma* y *Fructus forsythia*. Algunos productos a base de hierbas como *Re Du Ning* y *Shen Fu* tienen efectos inmunosupresores a través de una disminución en el nivel de IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α y otras citocinas. La fórmula herbal de Qingfei Paidu puede regular la vía inmunológica y reducir la inflamación en el pulmón y el bazo de los pacientes.

Ayurveda, Siddha, Unani y Homeopatía (denominados AYUSH) son sistemas medicinales indios que utilizan fármacos naturales de origen vegetal, animal y mineral para el tratamiento. En la pandemia actual, AYUSH ha recomendado que la Homeopatía y el Ayurveda, como estimulantes del sistema inmunológico, tienen el potencial suficiente para prevenir y tratar el COVID-19. Teniendo en cuenta el éxito de los sistemas AYUSH en el manejo de varias epidemias y la restauración de la salud, el sistema AYUSH recomienda algunas hierbas como Chyavanprash, té de hierbas y leche de cúrcuma como estimulantes inmunológicos y ha sugerido algunas formulaciones a base de hierbas para tratar COVID-19.

En Irán, la medicina islámica ha informado de una fórmula a base de hierbas llamada Imam Kazem, que se dice que es eficaz para tratar los resfriados y la influenza. Esta fórmula a base de hierbas se utilizó para pacientes con COVID-19 y afirmaron que podría evitar que la enfermedad empeorara y reducir los síntomas de la enfermedad. La composición de esta fórmula herbal en verano es *Terminalia chebula*, *Foeniculum vulgare* y azúcar roja, y en invierno consiste en *Terminalia chebula*, *Pistacia lentiscus* y azúcar roja (azúcar roja significa azúcar de caña de azúcar que no ha sido procesada industrialmente). A pesar de los reportes positivos de esta fórmula herbal en el tratamiento de enfermedades pulmonares en nuestro país, no se encontraron reportes experimentales o clínicos que remitieran. El agua de rosas, como otros productos herbales, es agua aromatizada que se obtiene al remojar pétalos de rosa en agua. Además del consumo oral, tiene propiedades antimicrobianas y se puede rociar sobre superficies y espacios como solución desinfectante.

Otros ejemplos de hierbas medicinales utilizadas en el tratamiento de COVID-19 incluyen: El ginseng (*Panax ginseng*) regula la actividad de las células inmunitarias, incluidas las células T y las células B, macrófagos, células dendríticas, células asesinas naturales; el jengibre (*Zingiber officinale*) tiene propiedades anti-apoptóticas, antiinflamatorias, anti-tumorales, anti-tumorigénicas, anti-hiperglucémicas, antioxidantes y analgésicas; el producto de ajo (*Allium sativum*) es un potente estimulador inmunológico; extracto de equinácea (*Echinacea purpurea* L. Moench) con actividades antimicrobianas y antioxidantes se utiliza para mejorar el sistema inmunológico y para tratar los síntomas pulmonares causados por infecciones bacterianas.”²⁵

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local

- **Autor:** Cárdenas J.
Título: Algunos factores epidemiológicos y variaciones en las dimensiones del Síndrome de Burnout en el personal asistencial del hospital de Aplao Minsa, 2013.
Revista: Repositorio de Tesis UCSM.
Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar los factores epidemiológicos, variaciones en las dimensiones del Síndrome de Burnout y sus relación con el personal asistencial del Hospital de Aplao; el estudio incluyó a médicos, enfermeras, obstetrices y técnicos de enfermería, siendo un total de 75 personas; se concluyó que el cansancio emocional y despersonalización en la mayoría del personal fueron bajos, en cambio, en la dimensión de realización personal fueron altas, no hubo relación estadísticamente significativa entre los factores epidemiológicos y las dimensiones del Síndrome de Burnout.
Cita: Cárdenas J. Algunos factores epidemiológicos y variaciones en las dimensiones del Síndrome de Burnout en el personal asistencial del hospital de Aplao Minsa, 2013. Repositorio de tesis UCSM. 2013.

- **Autor:** Muñoz-del-Carpio A., Arias w., Caycho T.
Título: Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú)
Revista: Revista chilena de neuro-psiquiatría.
Resumen: “Introducción: El síndrome de burnout está sumamente difundido entre los médicos, sin embargo, no existen estudios específicos en este grupo profesional en la ciudad de Arequipa. Objetivo: En el presente estudio se pretende valorar la prevalencia del síndrome en personal médico de la localidad y valorar comparativamente las manifestaciones del síndrome. Método: Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach a 87 sujetos (65,5% varones y 34,5% mujeres) con una edad promedio de 35 años, quienes fueron seleccionados de manera no probabilística. Resultados: Se encontró que el 6,9% de la muestra presenta niveles severos del síndrome, y que no existen diferencias significativas en función del sexo, tiempo de servicio e ingresos económicos, pero sí en función del estado civil y el lugar de trabajo. Conclusiones: Se concluye que un bajo porcentaje de médicos tiene el síndrome de burnout, pero un alto porcentaje se encuentra en riesgo de padecerlo.”
Cita: 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 2020 Oct 12] ; 57(2): 139-148. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200139&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200139>.

3.2. A nivel nacional

- **Autor:** Maticorena J., Beas R., Anduaga A., Mayta P.
Título: Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ensusalud 2014.
Revista: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.
Resumen: “Objetivos: Estimar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014, según los diferentes puntos de corte establecidos en la literatura. Materiales y métodos: Estudio transversal y descriptivo basado en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud del año 2014 (ENSUSALUD-2014) que cuenta con un muestreo probabilístico bietápico. El SB fue identificado mediante el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) utilizando diferentes puntos de corte para establecer su prevalencia: valores predeterminados, terciles y cuartiles. Resultados: De los 5062 profesionales de salud, 62,3% eran mujeres, 44,0% eran médicos, 46,0% pertenecían al MINSA y 23,1% laboraban en Lima. Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2,8% (IC95%: 2,19-3,45) usando valores predeterminados; 7,9% (IC95%: 6,93-8,95) para puntos de corte según cuartiles; y 12,5% (IC95%:11,29-13,77) usando terciles. La prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras, independientemente del punto de corte usado (3,7% vs 2,1% en valores predeterminados; 10,2 vs 6,1% con cuartiles, y 16,2 vs 9,5% mediante terciles). Conclusiones: La prevalencia del síndrome en personal sanitario es distinta en una misma población, según se utilicen los distintos puntos de corte descritos. Se recomienda el uso de los valores predeterminados por el creador del instrumento, hasta obtener puntos específicos para nuestro país.”
Cita: Maticorena-Quevedo Jesús, Beas Renato, Anduaga-Beramendi Alexander, Mayta-Tristán Percy. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Abr [citado 2020 Oct 12] ; 33(2): 241-247. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342016000200007&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2170>.
- **Autor:** Yslado R., Norabuena R., Loli T., Zarzosa E., Padilla L., Pinto I., Rojas A.
Título: Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud.
Revista: Horizonte Médico (Lima).
Resumen: “Objetivo: El objetivo del estudio es estimar las relaciones funcionales entre el burnout y la satisfacción laboral de los profesionales de la salud de dos hospitales del Perú. Se aplicó el “Inventario de burnout de Maslach” MBI y la “Escala de satisfacción laboral (SL-SPC)” Materiales y métodos: Es un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal. Se encuestaron 177 profesionales de la salud (médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos, psicólogos, enfermeros, obstetras, tecnólogos médicos, nutricionistas y trabajadores sociales) Resultados: Mediante el

análisis de ecuaciones estructurales se encontró que existe relación significativa ($AGFI = 0,946$) y negativa (coeficiente estructural = $-0,62$) entre el burnout y la satisfacción laboral en los profesionales de la salud; el burnout es predictor de la satisfacción laboral. La dimensión predominante del burnout fue la despersonalización ($37\% = 0,72 / (0,56 + 0,72 + 0,65)$); y el factor predominante de la satisfacción laboral fueron los beneficios económicos ($35\% = 0,99 / (0,67 + 0,99 + 0,48 + 0,66)$). Conclusiones: Se propone realizar investigaciones futuras sobre las variables moderadoras, que explican la relación entre el burnout y la satisfacción laboral e implementar programas de intervención ocupacional y organizacional.”

- **Cita:** Yslado R., Norabuena R., Loli T., Zarzosa E., Padilla L., Pinto I., Rojas A. Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. Horizonte Médico (Lima), Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. Horizonte Médico (Lima), 2019, 19(4), 41-49. doi:10.24265/horizmed.2019.v19n4.06

3.3. A nivel internacional

- **Autor:** El-Hage W., Hingray C., Lemogne C., Yrondi A., Brunault P., Bienvenu T., Etain B., Paquet C., Gohier B., Bennabi D., Birmes P., Sauvaget A., Fakra E., Prieto N., Bulteau S., Vidailhet P., Camus V., Leboyer M., Krebs M.-O., Aouizerateh B.

Título: Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?

Revista: Encephale

Resumen: Estudio francés que hizo un estudio narrativo y analítico comparando epidemias anteriores (SARS-CoV1 en el 2003 y H1N1 en el 2009), con la actual epidemia de la COVID-19, y los posibles riesgos para la salud mental de los profesionales de salud expuestos a estas enfermedades. Los resultados fueron que las características de la enfermedad de la actual pandemia de COVID-19 provocaron un clima generalizado de recelo e incertidumbre, particularmente entre los profesionales de la salud, debido a una variedad de causas como la rápida propagación del COVID-19, la gravedad de los síntomas que puede causar en un porcentaje de los infectados, el desconocimiento de la enfermedad y la muerte de los profesionales de la salud. Se han identificado más factores de riesgo, incluidos sentimientos de no recibir apoyo adecuado, preocupaciones sobre la salud de uno mismo, miedo a llevar la infección a casa a miembros de la familia u otras personas y no tener acceso rápido a las pruebas a través de la salud ocupacional si es necesario, estar aislado, sentimientos de incertidumbre y estigmatización social, carga de trabajo abrumadora o apego inseguro.

Cita: El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO, Aouizerateh B. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic:

What are the mental health risks?]. Encephale. 2020 Jun;46(3S):S73-S80. French. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32370984; PMCID.

- **Autor:** Bohlken J., Schömig F., Lemke M., Pumberger M., Riedel-Heller S.
Título: COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals (Pandemia de COVID-19: Experiencia de estrés de los trabajadores de la salud)
Revista: Psychiatrische Praxis
Resumen: Metaanálisis en el que realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, se incluyeron 14 estudios sobre trabajadores de salud de áreas como Infectología, Medicina interna, UCI, Cirugía y Psiquiatría, en su mayoría personal médico y de enfermería; se informó una tensión extensa debido a la experiencia de estrés, así como a los síntomas de depresión y ansiedad. Se encontraron grados severos de esos síntomas en 2.2% a 14.5% de todos los participantes. La gravedad de los síntomas mentales estuvo influenciada por la edad, el sexo, la ocupación, la especialización, el tipo de actividades realizadas y la proximidad a los pacientes con COVID-19. Como variables mediadoras se reportaron selección de personal, intervenciones preventivas, resiliencia y apoyo social. Concluyeron: “Son necesarias intervenciones informadas sobre salud mental para facilitar el afrontamiento. Se necesitan más investigaciones en este campo.”
Cita: Bohlken J., Schömig F., Lemke M., Pumberger M., Riedel-Heller S. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. Psychiatrische Praxis. 2020; 47(04): 190-197. DOI: 10.1055/a-1159-5551.
- **Autor:** Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S.
Título: Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019
Revista: JAMA Netw Open.
Resumen: El objetivo fue evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos al COVID-19 en China, basado en encuestas y estratificado por regiones recopiló datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales desde el 29 de enero de 2020 hasta el 3 de febrero de 2020 en China. Los participantes informaron haber experimentado una carga psicológica, especialmente enfermeras, mujeres, personas en Wuhan y trabajadores de atención médica de primera línea directamente que participaron en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19. Hubo mayor incidencia de casos de ansiedad, depresión y angustia.
Cita: Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

3.4. Objetivos

3.4.1. **Objetivo general:**

Determinar la prevalencia de Síndrome de Burnout en profesionales de la salud expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná.

3.4.2. **Objetivos específicos:**

- Identificar las características de presentación clínica del Síndrome de Burnout en el personal asistencial que labora expuesto a la Covid-19 en el Hospital de Camaná.
- Identificar tipos de factores asociados al Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el hospital de Camaná.
- Describir el tipo de asociación entre los factores y la presentación clínica del Síndrome de Burnout en el personal asistencial expuestos a la Covid-19 en el Hospital de Camaná.

4. HIPÓTESIS:

Existe Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná.

5. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

5.1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

5.1.1. Técnica

Para la recolección de datos se hará uso de la técnica del Cuestionario.

5.1.2. Instrumentos:

- Maslach Burnout Inventory (MBI- HSS) (ANEXO 1).
- Equipo de protección personal (EPP).
- Otros: Laptop, materiales de escritorio.

5.1.3. Cuadro de coherencias

VARIABLES	INDICADORES Y SUBINDICADORES		TÉCNICAS O INSTRUMENTOS	ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO
<i>Edad</i>	Años		Cuestionario	1
<i>Sexo</i>	Masculino		Caracteres sexuales secundarios	2
	Femenino			3
<i>Profesión</i>	Médico/a		Cuestionario	4
	Enfermero/a			
	Obstetra/iz			
	Biólogo/a			
	Técnico/a de enfermería			
<i>Tiempo de servicio en Área COVID</i>	1 - 2 meses		Cuestionario	5
	3 - 4 meses			
	5 - 6 meses			
	7 - 9 meses			
<i>Síndrome de Burnout</i>	27 – 54 19 – 26 0 – 18	Agotamiento emocional	Cuestionario	6
	10 – 30 6 – 9 0 – 5	Despersonalización	Cuestionario	7
	40 – 48 34 – 39 0 – 33	Realización personal	Cuestionario	8

5.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

5.2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizará en:

Instalaciones del Módulo diferenciado COVID-19, Equipo de Respuesta Rápida (ERR), Centro de Aislamiento Temporal, Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Camaná, de la Red Camaná - Caravelí, del departamento de Arequipa.

5.2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrollará en el período comprendido entre Mayo – Octubre del año 2020

5.2.3. Unidades de estudio:

Se reclutará un total de 70 trabajadores de salud (entre médicos, enfermeros, obstetras, biólogos y técnicos de enfermería), que laboren en el Módulo diferenciado COVID-19, Equipo de Respuesta Rápida (ERR), Centro de Aislamiento Temporal, Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Camaná.

5.3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.3.1. Recursos:

Recursos humanos:

- Investigadora.
- Asesor.
- Profesionales de la salud y personal técnico que laboren expuestos a la enfermedad del Covid-19 en el Hospital de Camaná

Recursos materiales:

- Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) (ANEXO 1).
- Equipo de protección personal: Mameluco, mandilón, guantes, barbijo N95, barbijo quirúrgico, gorro quirúrgico, máscara facial, lentes de protección, botas quirúrgicas.
- Otros: Laptop, materiales de escritorio.

Financieros

Financiado por la investigadora.

5.4. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

No se requiere validación de instrumentos.

CRONOGRAMA DE TRABAJO:

	Mayo-2020	Jun-2020	Jul-2020	Ago-2020	Set-2020	Oct-2020	Nov-2020
Identificación del tema							
Revisión bibliográfica							
Redacción del proyecto							
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y jurado de tesis							
Ejecución de proyecto							
Recolección de datos							
Estructuración de resultados							
Informe final							

REFERENCIA

5. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ. 2003 May 13;168(10):1245-51. PMID: 12743065; PMCID: PMC154178.
6. C. Macía-Rodríguez, D. Martín Iglesias, J. Moreno Díaz, M. Aranda Sánchez, G. Ortiz Llauradó, A. Montaña Martínez, C. Muñoz Muñoz, M.L. López Reboiro, A. González Munera. Burnout syndrome in internal medicine specialists and factors associated with its onset. Revista Clínica Española (English Edition). 2020 agosto-septiembre; 220(6):331-338. ISSN 2254-8874, <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2019.10.010>.
7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J Soc Issues. 1974; 30:159---65, doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
8. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno Jiménez, Felipe Farias Serratos, José de Jesús Suárez Campos. Estrés laboral o síndrome de "burnout". Arch Neurocién (Mex) 2006. 11(4): 305-309.
9. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
10. Audrey Moukarzel, Pierre Michelet, Anne-Claire Durand, Mustapha Sebbane, Stéphane Bourgeois, Thibaut Markarian, Catherine Bompard, Stéphanie Gentile. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. BioMed Research International. 2019. Article ID 6462472, 10 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>
11. Macía-Rodríguez C, Martín Iglesias D, Moreno Díaz J, Aranda Sánchez M, Ortiz Llauradó G, Montaña Martínez A, et al. Síndrome de burnout en especialistas de medicina interna y factores asociados a su desarrollo. Rev Clin Esp. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.10.009>.
12. Maticorena Quevedo J, Beas R, Anduaga Beramendi A, Mayta Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(2):241-7. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2170
13. Shanafelt TDSloan JAHabermann TM El bienestar de los médicos. Am J Med 2003; 114 (6) 513-519
14. Spickard A JrGabbe SGChristensen JF Agotamiento a mitad de carrera en médicos generalistas y especialistas. JAMA 2002; 288 (12) 1447-1450
15. Moch, S. L., Panz, V. R., Joffe, B. I., Havlik, I., Moch, J. D. Longitudinal Changes in Pituitary-Adrenal Hormones in South African Women With Burnout. Endocrine 2003, 21(3), 267–272. doi:10.1385/endo:21:3:267
16. Maslach, C. y Jackson, SE. La medición del agotamiento experimentado. J. Organiz. Behav.1981, (2) 99-113. doi: 10.1002 / job.4030020205

17. Kristensen, TS, Borritz, M., Villadsen, E. y Christensen, KB. Copenhagen Burnout Inventory: una nueva herramienta para la evaluación del desgaste. *Estrés laboral* (2005)19, 192-207. doi: 10.1080 / 02678370500297720
18. Malach-Pines, A. The Burnout Measure, versión corta. En t. J. Stress Manag. (2005) 12, 78–88. doi: 10.1037 / 1072-5245.12.1.78
19. Wang, G., Liu, C., and Wu, X. Development of Educator Burnout Inventory. *Psychol. Dev. Educ.* (2003) 3, 82–86. Available online at: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-XLFZ200303014.htm
20. Shirom, A. "Job related burnout: a review," in *Handbook of Occupational Health Psychology*, eds J. C. Quick, and L. E. Tetrick (Washington, DC: American Psychological Association). (2002), 245–264.
21. Salmela-Aro, K., Rantanen, J., Hyvönen, K., Tilleman, K., and Feldt, T. (2011). Bergen Burnout Inventory: reliability and validity among Finnish and Estonian managers. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 84, 635–645. doi: 10.1007/s00420-010-0594-3
22. Saboonchi, F., Perski, A., and Grossi, G. Validation of Karolinska Exhaustion Scale: psychometric properties of a measure of exhaustion syndrome. *Scand. J. Caring Sci.* (2013) 27, 1010–1017. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01089.x
23. Gil-Monte, P. R., Viotti, S., and Converso, D. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory (SBI) in a sample of Italian health professionals: a gender perspective. *Liberabit* (2017) 23, 153–169. doi: 10.24265/liberabit.2017.v23n2.01
24. Sinval J, Queirós C, Pasian S, Marôco J. Transcultural Adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology*. 2019 March 12; 338 (10):1664-1078. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338
25. Malach-Pines, A. The Burnout Measure, versión corta. En t. J. Stress Manag. (2005) 12, 78–88. doi: 10.1037 / 1072-5245.12.1.78
26. Mesters P, Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, Le Polain M, Massart AC, Pitchot W. Syndrome de fatigue professionnelle (burnout) 2ème partie : de la prise en charge thérapeutique [Professional fatigue syndrome (burnout) : Part 2 : from therapeutic management]. *Rev Med Liege*. 2017 Jun;72(6):301-307. French. PMID: 28628287.
27. Nahas R, Sheikh O. Complementary and alternative medicine for the treatment of major depressive disorder. *Can Fam Physician*. 2011 Jun;57(6):659-63. PMID: 21673208; PMCID: PMC3114664.
28. Jacquet A, Grolleau A, Jove J, Lassalle R, Moore N. Burnout: evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET 1® for professional fatigue syndrome (burnout). *J Int Med Res*. 2015 Feb;43(1):54-66. doi: 10.1177/0300060514558324. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25537278.
29. Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, Farahmandian N, Miresmaeili SM, Bahreini E. Una revisión completa de las características del COVID-19. *Biol Proced Online*. 2020 4 de agosto; 22:19. doi: 10.1186 / s12575-020-00128-2. PMID: 32774178; PMCID: PMC7402395.

30. Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): estado actual y perspectivas futuras. *Agentes antimicrobianos Int J*. Mayo de 2020; 55 (5): 105951. doi: 10.1016 / j.ijantimicag.2020.105951. Epub 2020 29 de marzo. PMID: 32234466; PMCID: PMC7139247.
31. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, Scarlata S, Agrò FE. Diagnóstico y manejo de COVID-19: una revisión integral. *J Intern Med*. Agosto de 2020; 288 (2): 192-206. doi: 10.1111 / joim.13091. Publicación electrónica de 2020 13 de mayo. PMID: 32348588; PMCID: PMC7267177.

