

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Pública



ACTITUD HACIA EL CONFINAMIENTO DEL COVID - 19 Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III METROPOLITANO PUNO, 2021.

Tesis presentada por el Bachiller:
Gómez Sánchez Edward Bryan

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública

Asesor:
Dr. De los Ríos Fernández Enrique Manuel

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 09 de Enero del 2023

Dictamen: 002361-C-EPG-2023

Visto el borrador del expediente 002361, presentado por:

2019001271 - GOMEZ SANCHEZ EDWARD BRYAN

Titulado:

**ACTITUD HACIA EL CONFINAMIENTO DEL COVID ? 19 Y EL SÍNDROME DE BURNOUT DEL
PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III METROPOLITANO PUNO, 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0955 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**6003 - RIVAS VARGAS URSULA IRENE
DICTAMINADOR**



**6264 - MEDINA ARCE NORMA ROXANA
DICTAMINADOR**



A Dios por bendecir mi vida
con salud para alcanzar mis metas.



Mi aguante, mi fuerza, soporte, mi madre y mi amiga
reina de fantasías que con besos cura heridas
la que sabe dar amor sin distancia y sin medida
la que ha llorado en silencio cuando alguien me lastima...

Mamá con ésta yo te quiero agradecer
porque sin ti de mí no sé qué pudo ser
y si algo de ti mamá yo pude aprender
es que un buen hombre, es hijo de una gran mujer.

A ti madre querida.

A la Universidad Católica de Santa María mi alma mater, por haberme acogido en sus aulas y permitir desarrollando mi formación continua con el fin de mejorar mi desempeño profesional en bien de la sociedad.

A mis docentes que han generado mayores expectativas en los estudios desarrollados en la Maestría en Salud Pública y a mi Asesor del trabajo de investigación por su disposición y apoyo en su desarrollo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. Enunciado del problema general.	2
1.1. Hipótesis general.	2
1.2. Objetivo general de investigación.	2
1.2.1. Objetivos específicos.....	3
CAPÍTULO II	4
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	4
2. Síndrome de Burnout.	5
2.1. Introducción.....	5
2.1.1. Definición.	5
2.1.2. Profesiones de riesgo.....	5
2.1.3. Historia del Síndrome de Burnout.	5
2.1.4. Factores.	6
2.1.5. Síntomas.....	6
2.1.6. Procesos del síndrome.....	6
2.1.7. Cuantificación.	7
2.1.8. Consecuencias.	7
2.1.9. Las consecuencias del síndrome de Burnout se dividen en:	7
2.2. El SARS – COV – 2 – (COVID – 19).	8
2.2.1. Historia	8
2.2.2. Pandemia COVID-19.	8
2.2.3. Mecanismo de transmisión.	9
2.2.4. Patogenia en el ser humano.	10
2.3. Actitudes y escalas.....	12
2.3.1. Actitud.	12
2.3.2. Características de las Actitudes.	12
2.3.3. Escalas.	12
2.3.4. La escala de Likert.	13
2.4. Análisis de antecedentes de investigación.....	13
2.4.1. Antecedentes locales.	13
2.4.2. Antecedentes Nacionales.....	15
2.4.3. Antecedentes Internacionales.	16
CAPÍTULO III	18

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	18
3. Técnicas, instrumentos y material de verificación.....	19
3.1. Técnicas.....	19
3.2. Instrumentos.....	19
3.2.1. Instrumentos de investigación.....	19
3.3. Cuadro de coherencias.....	24
3.4. Campo de verificación.....	24
3.4.1. Ubicación espacial.....	24
3.4.2. Ubicación temporal:.....	24
3.4.3. Unidades de estudio.....	25
3.5. Estrategias de recolección de datos.....	26
3.5.1. Organización.....	26
3.5.2. Recursos.....	26
3.6. Criterio para manejo de resultados.....	27
CAPÍTULO IV.....	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
4. RESULTADOS.....	29
4.1. Actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 del personal de salud.....	29
4.2. Nivel del Síndrome de Burnout del personal de salud.....	31
4.3. Relación de actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y despersonalización.....	33
4.4. Relación entre la actitud hacia el confinamiento y el agotamiento emocional del personal de salud.....	36
4.5. Relación entre la actitud hacia en confinamiento por COVID-19 y realización personal.....	38
4.6. Relación entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con el Síndrome de Burnout.....	40
4.7. Actitud hacia el confinamiento por COVID 19.....	42
4.8. Síndrome de Burnout.....	42
4.9. Relación entre las actitudes hacia el confinamiento con la despersonalización del Síndrome de Burnout.....	43
4.10. Relación entre las actitudes hacia el confinamiento con el agotamiento emocional del Síndrome de Burnout.....	44
4.11. Relación entre las actitudes hacia el confinamiento con la realización personal del Síndrome de Burnout.....	44
4.12. Relación entre actitudes hacia el confinamiento por COVID 19 y el Síndrome de Burnout.....	44
CONCLUSIONES	45

RECOMENDACIONES	46
REFERENCIA	47
ANEXO N° 01	52
INSTRUMENTOS	52
CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA EL CONFINAMIENTO POR EL COVID-19.....	53
TEST DE MASLACH DE BURNOUT INVENTORY	55
ANEXO 02.....	57
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	57
ANEXO 03.....	59
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN.....	59



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Baremos de las dimensiones de las Escala de Actitudes hacia el Confinamiento COVID-19.....	21
Tabla 2. Baremos de las dimensiones de las Escala de Síndrome de Burnout.....	23
Tabla 3. Coherencias de las variables destudio.....	24
Tabla 4. Universo poblacional del personal asistencial del Centro de Atención Primaria III Metropolitano-Es Salud de Puno.....	25
Tabla 5. Actitud hacia el confinamiento por el COVID-19.....	29
Tabla 6. Nivel del Síndrome de Burnout del personal de salud.....	31
Tabla 7. Tabla cruzada actitud hacia el confinamiento por COVID-19* despersonalización	33
Tabla 8. Correlación Rho de Spearman.....	34
Tabla 9. Grado de relación según coeficiente de correlación.....	35
Tabla 10. Tabla cruzada Actitud hacia el confinamiento por COVID 19*Nivel de Agotamiento Emocional.....	36
Tabla 11. Correlación Rho de Spearman.....	37
Tabla 12. Relación entre actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y realización personal.....	38
Tabla 13. Correlación Rho de Spearman.....	39
Tabla 14. Relación entre actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y Síndrome de Burnout.....	40
Tabla 15. Correlación Rho de Spearman.....	41

INDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Actitudes hacia el confinamiento por COVID – 19.....	30
Figura 2. Nivel de Síndrome de Burnout.....	32



RESUMEN

El presente estudio titulado “Actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 y el Síndrome de Burnout del personal de salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno, 2021”, tuvo como **objetivo** determinar la relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 y el Síndrome de Burnout en el personal del Centro de atención primaria III Metropolitano de Es salud, realizado en la ciudad de Puno de enero a marzo del año 2021. **Metodología:** El estudio es correlacional y la técnica es la encuesta, los instrumentos son el Cuestionario de Actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 y el Test de Maslach Burnout Inventory (MBI) que fueron autoadministrados. La muestra de estudio es no probabilística y estuvo conformada por 26 profesionales; debido a la coyuntura que se vive por las restricciones sanitarias del COVID 19, se consideró como criterio de inclusión, al personal que manifestó su intención de participar de manera voluntaria en el estudio. Se uso la estadística no paramétrica y la correlación Rho de Spearman. **Resultados.** Existe una relación en sentido negativo entre las actitudes hacia el confinamiento por COVID 19 y el Síndrome de Burnout, con índice de correlación Rho de Spearman de (-0.470**) y nivel de confianza del 99% y significancia de 0,01. Las actitudes hacia el confinamiento por el COVID el mismo porcentaje de 30.8% tienen actitudes favorables y desfavorables en el factor afectivo, el 30.8% favorable en el factor cognitivo y 30.8% favorable en el factor conductual. En el síndrome de Burnout se encontró que 46.2% tienen un bajo nivel de realización personal, 46% nivel moderado de agotamiento emocional y 63.8% de nivel alto de despersonalización. **Conclusiones:** A actitudes menos favorables hacia el confinamiento por el COVID 19 mayores niveles de Síndrome de Burnout tienen el personal en estudio.

PALABRAS CLAVES. COVID 19, Síndrome de Burnout, despersonalización, agotamiento emocional, realización personal, confinamiento.

ABSTRACT

The present study entitled "Attitude towards the confinement by COVID 19 and the Burnout Syndrome of the health personnel of the Primary Care Center III Metropolitan Puno, 2021", aimed to determine the relationship between the attitude towards the confinement by COVID 19 and Burnout Syndrome in the personnel of the III Metropolitan Primary Care Center of Es Salud, carried out in the city of Puno from January to March of the year 2021. Methodology: The study is correlational and the technique is the survey, the instruments are the Questionnaire of Attitudes towards confinement due to COVID-19 and the Maslach Burnout Inventory (MBI) Test, which were self-administered. The study sample is non-probabilistic and consisted of 26 professionals; Due to the current situation due to the sanitary restrictions of COVID 19, the personnel who expressed their intention to participate voluntarily in the study were considered as inclusion criteria. Non-parametric statistics and Spearman's Rho correlation were used. Results. There is a negative relationship between attitudes towards confinement due to COVID 19 and Burnout Syndrome, with a Spearman's Rho correlation index of (-0.470**) and a confidence level of 99% and significance of 0.01. Attitudes towards confinement by COVID the same percentage of 30.8% have favorable and unfavorable attitudes in the affective factor, 30.8% favorable in the cognitive factor and 30.8% favorable in the behavioral factor. In Burnout syndrome, it was found that 46.2% have a low level of personal fulfillment, 46% a moderate level of emotional exhaustion, and 63.8% a high level of depersonalization. Conclusions: At less favorable attitudes towards the confinement by COVID 19, higher levels of Burnout Syndrome have the personnel under study.

KEYWORDS. COVID 19, Burnout Syndrome, depersonalization, emotional exhaustion, personal fulfillment, confinement.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación es el resultado de mecanismos exploratorios, por un lado, lectura crítica acerca del Síndrome de Burnout, fenómeno del que se habla desde los años 70, cuyo término fue acuñado por el Psicoanalista Herbert J. Freudenberger (1) y cuyos síntomas principales son una respuesta al estrés laboral crónico cuyo cuadro clínico se presenta con mayor frecuencia en personal asistencial(2).

Por otro lado, una evidente percepción selectiva a nuestra situación con respecto al actual brote de enfermedad por COVID-19 que fue notificado en diciembre del 2019 en Wuhan (China) y que ha puesto a nuestro país en un estado de Emergencia Sanitaria desde el 16 de marzo del 2020.

La investigación tiene originalidad debido a que aún no se han realizado estudios acerca del COVID – 19 asociados al síndrome de Burnout, por su reciente aparición, por ende, la relación que este tenga a distintos niveles en el personal de Salud aun no es claro, más aún si tenemos en cuenta el sinergismo que provoca el estado de emergencia y las condiciones laborales inadecuadas para desencadenar el Síndrome de Burnout en nuestro talento humano. Este estudio correlacional nos dará un punto de partida para poder establecer las asociaciones existentes entre la actitud frente al confinamiento por el COVID-19 y medir el grado de afectación laboral que se ha generado en el personal de salud a partir de este fenómeno. Lo que hace de este trabajo de investigación una herramienta heurística para poder llegar a una verdad epistemológica ((3) Rosado Linarez L. Evaluación de proyectos de investigación en ciencias de la salud. Arequipa - Perú, 2010. del fenómeno ya mencionado.

La actitud hacia el confinamiento ocasionado por el COVID-19 asociado al Síndrome de Burnout está considerado en la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE - 10) en la categoría "Problemas relacionados con la dificultad para el manejo de la vida" (4) por lo que existen instrumentos validados para su estudio. Su factibilidad se garantiza por la posibilidad inmediata de ser realizada debido a que aún nos encontramos bajo un estado de emergencia sanitaria y se teme que exista un rebrote o una segunda ola de esta pandemia, en la que se incrementara nuevamente el número de contagios por COVID – 19 en la ciudad de Puno, por lo que es viable hacer esta investigación ya que el fenómeno en sí está aún en proceso.

El presente estudio tiene relevancia práctica y contemporánea, por su planteamiento prospectivo y a su evidente estado coyuntural, del mismo modo pretende identificar la relación que tiene el (COVID-19) en el personal sanitario y como éste afecta su salud. Respecto al interés del investigador se pretende encontrar los resultados de esta tesis con el fin de generar nuevo conocimiento y poder realizar prevención y promoción de la salud en el personal sanitario no solo de la institución sino de otras que estén pasando por el mismo dilema. Hará una contribución académica ya que nos dará un punto de partida para futuras investigaciones relacionadas al (COVID-19) y su interacción con otros fenómenos de interés para el personal sanitario, del modo que se pueda prever o disminuir el impacto que este tenga.

Esta preocupación nos ha permitido plantear el problema de investigación a través del siguiente enunciado:

1. Enunciado del problema general.

El estudio pretende mostrar la relación existente entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con el síndrome de Burnout en el personal de salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno en el año 2021.

1.1. Hipótesis general.

H_0 : No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con el Síndrome de Burnout en el personal de Salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno, 2021.

H_1 : Existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con el Síndrome de Burnout en el personal de Salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno, 2021.

1.2. Objetivo general de investigación.

Relacionar la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 con el síndrome de Burnout en el personal de salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno, 2021.

1.2.1. Objetivos específicos.

1. Identificar la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 del personal de salud.
2. Reconocer el nivel del Síndrome de Burnout que tiene el personal de salud.
3. Describir la relación existente entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 con la despersonalización del personal de salud.
4. Establecer la relación existente entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 con el agotamiento emocional que presenta el personal de salud.
5. Reconocer la relación existente entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 con la realización personal de los trabajadores de salud.





CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2. Síndrome de Burnout.

2.1. Introducción.

Históricamente “el trabajo” como concepto ocupó variadas posiciones dentro de las comunidades. Desde la recolección y caza, el esclavismo, hasta la revolución industrial y el capitalismo. Desde un Punto de vista colectivo e Individual, el trabajo debería desarrollar nuestras capacidades humanas, creativas e imaginativas, evita la enfermedad y da posibilidad a la vida misma como tal (5).

La OIT, dice que “el trabajo decente”, es aquel, en el que se respetan los derechos del trabajador, su seguridad y tiene posibilidad de participación en las decisiones. Del mismo modo nos dice que el Estrés es “la respuesta emocional y física a un daño causado por el desequilibrio generado entre las exigencias percibidas, los recursos y las capacidades del individuo para hacer frente a dichas exigencias” (6).

2.1.1. Definición.

El síndrome de Burnout es una respuesta prolongada al estrés en el organismo a factores interpersonales y emocionales que se presentan en el trabajo, entre sus principales manifestaciones vemos la fatiga crónica, la ineficacia y la negación de lo ocurrido (7).

2.1.2. Profesiones de riesgo.

Entre los profesionales más afectados se encuentran los profesionales de la rama de la salud, también aquellos profesionales que laboran en organizaciones que tienen contacto directo con sus usuarios (8)(9). Por ejemplo, docentes, personal de atención al usuario y abogados, llega un punto en el que el empleado se encuentra mental y físicamente incapacitado para desarrollar sus funciones laborales (9).

2.1.3. Historia del Síndrome de Burnout.

En 1974 el psicoanalista Herbert J. Freudenberger habla por primera vez del Síndrome de Burnout, al observar que, al año de trabajo, los voluntarios de una clínica sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, a la depresión, ansiedad, desgaste laboral y agresividad con los pacientes (10).

En 1976 obtiene mayor difusión, Christina Maslach da a conocer el síndrome de Burnout en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de Psicología. La analista

social se interesa por la manera en la que algunos profesionales confrontaban su energía en el trabajo, se da cuenta que los trabajadores del servicio de salud sufrían con más frecuencia de dicho Síndrome, estos terminaban desgastándose después de meses o años de trabajo; cabe mencionar que Maslach es la creadora del Instrumento Psicométrico más utilizado con respecto al S. de Burnout (4) (11).

En 1970 – 1980 Farber, manifestó que el Burnout se presenta con mayor frecuencia en el personal que está en contacto directo con usuarios que necesiten atención o tengan situaciones problemáticas (4). A finales de los 90, Gil-Monte y Peiró, consideran al Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, cortejado por actitudes, cogniciones y sentimientos, que originan transformaciones psicológicas en el profesional y repercusiones negativas para su entorno laboral(4).

Actualmente este síndrome se ha incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades en la décima revisión (CIE-10) dentro de la categoría "Problemas relacionados con la dificultad para el manejo de la vida" (4).

2.1.4. Factores.

La aparición del Burnout es el resultado de una reacción conjunta de varios factores entre los que encontramos los relacionados con la organización en la que se desarrolla el trabajo, los tipos de tareas y los destinatarios de la acción profesional. A su vez conlleva una serie de consecuencias individuales (psicológicas, físicas y sociales) y organizacionales (rotación, absentismo, abandono, entre otros.). Dentro de todo lo antes ya mencionado, se asume que los trabajadores hoy en día, intentan desarrollar más su desempeño de las actividades laborales, aportando todo el conocimiento intelectual, además de su capacidad física, expuesto por Duran y Parra (2014) (8).

2.1.5. Síntomas.

El Burnout se presenta con una sintomatología variada, en el aspecto cognitivo (impotencia para el desempeño profesional, baja realización personal, etc.), somáticamente (dolores musculares, cefalea, fatiga, insomnio, hipertensión, etc.), emocionalmente (irritabilidad, aburrimiento, odio, depresión, ansiedad, expresiones de hostilidad) y conductualmente (agresividad, cinismo y rigidez) (12).

2.1.6. Procesos del síndrome.

- Agotamiento o cansancio emocional es el elemento clave del síndrome, los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados

en cuanto a sus recursos emocionales. Aparece como consecuencia del fracaso en intentar modificar situaciones que generan estrés (13).

- Despersonalización implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generándose sentimientos demasiados distantes hacia otras personas (4).
- Baja realización personal en el trabajo, que hace referencia a la disminución de los sentimientos de competencia y éxito, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo (9)(12).

2.1.7. Cuantificación.

Para medir el Síndrome de Burnout se utiliza el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), versión en español que es el más utilizado en el mundo, diseñado para valorar los tres componentes del Síndrome de Burnout. Este consta de 22 ítems que se responden con una escala que va del 0 al 6 y evalúa los tres componentes del síndrome: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Falta de Realización personal en el trabajo (RP) (9).

2.1.8. Consecuencias.

Las consecuencias van desde la reducción en la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta desarrollar trastornos mentales, problemas psicosomáticos e incluso el suicidio” (14)(15).

2.1.9. Las consecuencias del síndrome de Burnout se dividen en:

- a) Físicas. Dentro de algunas manifestaciones encontramos el cansancio, el malestar general y la pérdida de apetito, dolores de espalda, contracturas musculares. También, alteraciones inmunológicas como el aumento de las infecciones, problemas dermatológicos y alergias. Problemas sexuales como impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, dispareunia y vaginismo, palpitaciones, problemas cardíacos, hipertensión arterial, catarros frecuentes, problemas respiratorios, crisis de taquipnea, crisis asmática. Alteraciones del sistema nervioso dentro de los cuales destacan el trastorno del sueño, jaqueca, insomnio y la sensibilidad de vértigo con inestabilidad locomotriz. Problemas digestivos gastritis, náuseas, diarrea, úlcera duodenal. Alteraciones hormonales como trastornos menstruales (11)(15).
- b) Emocionales. Inquietud, impotencia ante el problema, agotamiento, sensación de vacío, baja tolerancia a la frustración, nerviosismo, dificultad de concentración con

olvidos frecuentes, falta de memoria y atención, tristeza con tendencia a la depresión, escasa o nula realización personal, falta de compromiso laboral, baja autoestima, despersonalización (15).

- c) Profesionales. Comunicación impersonal, aislamiento físico, limitación al estricto cumplimiento de las normas haciendo constante referencia a sus derechos (14)(8).

2.2. EL SARS – COV – 2 – (COVID – 19).

2.2.1. Historia

El 31 de diciembre de 2019, los funcionarios de salud chinos comunicaron un grupo de casos de enfermedades respiratorias agudas en individuos asociadas con el mercado de mariscos y animales de Hunan en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en el centro de China. El 7 de enero de 2020, el personal de salud chino confirmó que un nuevo coronavirus estaba asociado con este grupo inicial (16)(17).

Hasta el 4 de febrero de 2020, la Comisión Nacional de Salud de China había informado de un total de 20,471 casos confirmados, incluidos 2,788 (13.6%) con enfermedad grave y 425 muertes (2.1%). También se reportaron 26 casos en ubicaciones fuera de China continental, incluida la documentación de alguna transmisión de persona a persona y una muerte (17). Hasta el 4 de febrero, se habían reportado 11 casos en los Estados Unidos. El 30 de enero, el director general de la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote del nuevo coronavirus constituye una emergencia de salud pública de preocupación internacional. El 31 de enero, el secretario del departamento de salud y servicios humanos de EE. UU. declaró una emergencia de salud pública en dicho país como respuesta ante el virus (17).

2.2.2. Pandemia COVID-19.

El nuevo síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) pertenece a la misma familia que el agente causante del síndrome respiratorio previo del Medio Oriente (MERS) y los brotes de síndrome respiratorio agudo severo (SARS). COVID-19 surgió probablemente de la transferencia de animal a humano en Wuhan, China (17). A diferencia de los brotes anteriores de coronavirus, la aparición actual de COVID-19 estuvo marcada por las altas tasas de transmisión de persona a persona, incluso de portadores asintomáticos, combinados con una alta gravedad de la enfermedad en poblaciones vulnerables, incluidas aquellas con afecciones crónicas preexistentes muy comunes como la diabetes, enfermedad cardíaca y pulmonar (17).

El dilema que se plantea a los trabajadores de la salud es doble: primero, la sobrecarga anticipada y ahora experimentada de la capacidad del sistema de atención de la salud para responder a esta pandemia con un flujo adecuado de equipo; y segundo, el alto riesgo que representan para los trabajadores de la salud en la primera línea y sus familiares como resultado de la exposición constante (18). El público ha sido llamado repetidamente a "aplanar la curva", en referencia a los cambios sociales y de comportamiento que nosotros, como sociedad, podemos emprender para frenar la propagación de la enfermedad. Esta estrategia ha sido prominente en los informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU desde 2007, con el mantenimiento de las directrices tan recientes como 2017 (18).

Esta estrategia fue incluso hábilmente meditada por médicos expertos en redes sociales. Sin embargo, a través de varios Estados, la implementación de estas medidas preventivas no ha alcanzado los objetivos deseados (17).

2.2.3. Mecanismo de transmisión.

Mecanismo de transmisión humano-humano. La vía de transmisión se considera similar al descrito para otros coronavirus que es a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos (18). La transmisión aérea por núcleo de gotitas o aerosoles (capaces de transmitirse a una distancia de más de 2 metros) no ha sido demostrada para el COVID-19. Sin embargo, se cree que podría ocurrir durante la realización de procedimientos médicos invasivos del tracto respiratorio e incluso en su ausencia (19)(20).

Durante el brote de SARS se pudo detectar la presencia del virus en el aire de habitaciones de pacientes hospitalizados. Recientemente se ha publicado una alta transmisión intrahospitalaria (40 %) en un hospital de Wuhan, pero la información incluye casos desde el 1 de enero, cuando el brote estaba en investigación y aún no se había identificado el agente causal (18). Durante la fase sintomática es cuando se produce la liberación máxima de virus por las mucosas respiratorias, aunque esto también puede darse, en menor medida, en una etapa asintomática o en el proceso de recuperación (19).

2.2.4. Patogenia en el ser humano.

a) Periodo de incubación.

El período de incubación más usual se ha estimado entre 4 y 7 días con una media de 5 días, habiéndose producido en un 95 % de los casos a los 12,5 días desde la exposición. Sin embargo, sobre la base del conocimiento de otros Beta coronavirus, MERS-CoV y SARS-CoV, y con los datos de los casos detectados en Europa en este brote, se piensa que podría ser a partir de 1 hasta 14 días. Uno de los casos tuvo un período de incubación de 27 días (20). La Organización Mundial de la Salud recomienda el aislamiento por 14 días más luego del alta hospitalaria debido a que últimos estudios han presentado datos de que se puede transmitir el virus después de los primeros 14 días. Lo anterior se pone en evidencia en una publicación de investigadores chinos, aparecida en febrero que comprobó que el período puede prolongarse hasta los 24 días (20).

Según los primeros artículos no existía evidencia respecto a la transmisión a partir de pacientes asintomáticos o durante el periodo de incubación. Inicialmente se describió un caso de transmisión a partir de una paciente asintomática en Alemania, si bien posteriormente se comprobó que la información era incorrecta y ha sido corregida por las autoridades alemanas (19). La información referida anteriormente sobre la no transmisión de los pacientes asintomáticos no coincide con la opinión de los autores, ya que el desconocimiento del padecimiento de la enfermedad posibilita su transmisión a partir de la realización de actividades cotidianas y otros elementos que bajo otras condiciones pueden considerarse normales, como el hecho de estornudar, tocar superficies y posteriormente tocarse la cara o viceversa, también aquellas personas jóvenes que padecen de rinitis alérgica o faringitis crónica, cuya sintomatología es relativamente normal para su patología de base pueden enmascarar la presencia de la enfermedad, etc. (19).

b) Cuadro Clínico.

Con respecto a las características clínicas de los casos confirmados de COVID-19 en la ciudad de Wuhan, China, una cohorte retrospectiva de 41 pacientes demostró que la edad promedio fue de 49 años, con una prevalencia masculina. Se consideraron signos y síntomas importantes de COVID-19: fiebre (98 %), tos seca (76 %), disnea (55 %), mialgia o fatiga (44 %) y linfopenia (63 %) (19). Las personas infectadas pueden estar asintomáticas o presentar un cortejo de signos y síntomas muy variados que oscilan desde leves a muy graves según las características de cada persona (19). El inicio de COVID-19 se manifiesta

principalmente como fiebre, pero en ocasiones solo se presentan escalofríos y síntomas respiratorios dado por tos seca leve y disnea gradual, además de fatiga e incluso diarreas. Otros síntomas muy frecuentes según ha registrado la Organización Mundial de la Salud (OMS), son expectoración (33 %), odinofagia (14 %), cefalea (14 %), mialgia o artralgia (15 %), náuseas o vómitos (5 %), congestión nasal (5 %) (19). Afortunadamente, en el 80 % de los casos por COVID-19 la enfermedad es leve, hasta el punto de confundirse con gripes o resfriados. Sin embargo, un 15 % de los pacientes muestra síntomas graves que requieren hospitalización y un 5 % desarrolla síntomas muy graves que deben tratarse en unidades de cuidados intensivos (19).

c) Medidas preventivas.

Ante esta situación mundial la principal labor es la preventiva, la OMS, ha publicado medidas para reducir la transmisión del virus. Son similares a las que se han recomendado para prevenir la infección por otros coronavirus e incluyen: Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con la sangría o fosa cubital (la concavidad que forma la cara interna del brazo al flexionarlo por el codo) (27). Mantener al menos un metro de distancia de otras personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca. Ir al médico en caso de fiebre, tos y dificultad para respirar, llamando con antelación si se encuentra en zonas donde se está propagando el virus o si se las han visitado en los últimos 14 días (28).

Permanecer en casa si empieza a encontrarse mal, aunque se trate de síntomas leves como cefalea y rinorrea leve, hasta que se recupere si se encuentra en zonas donde se está propagando el virus o si han sido visitados en los últimos 14 días (30). Para reducir las posibilidades de infectarse, las organizaciones sanitarias recomiendan evitar el contacto cercano con personas enfermas; lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón; no tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos sin lavar y practicar una buena higiene respiratoria (29).

Se recomienda a las personas que ya estén infectadas que se queden en casa, excepto para recibir atención médica, llamar con antelación antes de visitar a un proveedor de atención médica, usar una mascarilla facial (especialmente en público), tapar la tos y los estornudos con un pañuelo desechable, lavarse las manos regularmente con agua y jabón y evitar compartir artículos personales del hogar. Dependiendo de la legislación de cada país, el contagio intencionado del virus está penado de acuerdo con el ordenamiento jurídico de donde ocurra el hecho (27) (31).

d) Tratamiento.

Hasta el momento no está identificada una droga antiviral totalmente eficaz, ni una vacuna, sin embargo, en Cuba se desarrolló un protocolo, que se encuentra en constante actualización, para combatir la enfermedad, que incluye las siguientes medidas: Medidas generales en pacientes no complicados: reporte de cuidado; signos vitales como mínimo cada 4 horas; dieta según paciente y comorbilidades, reforzar las medidas de protección necesarias para el traslado y procesamiento de las muestras, vigilar la aparición de signos de alarma o de empeoramiento del cuadro clínico; medidas de soporte de acuerdo con el estado del paciente y comorbilidades.(28).

2.3. Actitudes y escalas.

2.3.1. Actitud.

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o sus símbolos (Fishbein y Ajzen, 1975; Oskamp, 1977). Así, los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos o símbolos, por ejemplo: actitudes hacia el aborto, la política económica, la familia, un profesor, diferentes grupos étnicos, la ley, nuestro trabajo, el nacionalismo, nosotros mismos y demás (34).

Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales, o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que, partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes (34). Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta, pero no la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” o como indicios y no como hechos (33).

2.3.2. Características de las Actitudes.

Dirección: positiva o negativa; favorable o desfavorable.

Intensidad: alta o baja (33).

2.3.3. Escalas.

Las escalas son instrumentos muy utilizados para medir actitudes y valores. Definimos una escala como una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente

seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir (34).

2.3.4. La escala de Likert.

Es una de las más utilizadas en la medición de actitudes. Inspirándose probablemente en la teoría factorial de aptitudes de Spearman, confeccionó un método sencillo por la simplicidad de su confección y aplicación (32).

Consiste en un conjunto de ítems presentado en forma de proposiciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se entrevista. Es decir, se presenta cada proposición o juicio que supuestamente miden la actitud hacia un único concepto subyacente, y se pide al entrevistado que “externalice” su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de respuesta de la escala. A cada punto o categoría se le asigna un valor numérico, así un sujeto obtiene una puntuación respecto a “la afirmación o juicio” y al final se obtiene una puntuación final sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones o juicios (33).

Sí estamos de totalmente de acuerdo o de acuerdo implica una actitud favorable. En cambio, sí estamos totalmente en desacuerdo o en desacuerdo, implica una actitud muy desfavorable (33). Por ejemplo:

- (5) Totalmente de acuerdo.
- (4) De acuerdo.
- (3) Ni en desacuerdo, ni en acuerdo.
- (2) En desacuerdo
- (1) Totalmente en desacuerdo.

2.4. Análisis de antecedentes de investigación.

2.4.1. Antecedentes locales.

“Estudio comparativo del síndrome de burnout en obstetras de los centros de salud Maritza Campos Díaz y Edificadores Misti, octubre – noviembre, Arequipa 2017”. Guerra, Diego.(21) en este estudio el término inglés "Burnout", hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de forma más común, entre los trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente. Cuando se dice que un profesional está "quemado",

trata de reflejar el hecho de que una situación (laboral, familiar o social) le ha sobrepasado, agotando su capacidad de reacción de manera adaptiva. Es el final de un proceso continuado de tensión y estrés.(21). Este estudio tiene como objetivo establecer la comparación del síndrome de Burnout en Obstetras de los centros de salud I- IV, Maritza Campos Díaz y Edificadores Misti. (21), es un estudio transversal y observacional, en el que se evaluó el grado de Burnout según el cuestionario de “Maslach Burnout Inventory”, los resultados señalan que se encuestaron a 20 Obstetras, en ninguno de los casos las obstetras que laboran en ambos centros de salud presentan el síndrome de Burnout no encontrándose ninguna diferencia estadística significativa. Se encontró también que el 100% de las Obstetras que laboran en el centro de salud Edificadores Misti presenta un cansancio emocional en un nivel moderado. Mientras que solo el 41.7% de las Obstetras de Maritza Campos Díaz lo presenta. (21).

“Frecuencia del Síndrome de Burnout y el grado de satisfacción laboral en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2015 – Arequipa”. Salas, Pamela.(22), atribuye al Síndrome de Burnout o de Agotamiento Profesional, como el responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios. En nuestra realidad, poco se ha investigado y escrito sobre el Síndrome de Burnout, sin embargo, creemos que su presencia en el personal sanitario está presente y en incremento. El objetivo principal fue determinar la frecuencia y asociación del Síndrome de Burnout con el grado de satisfacción laboral en internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa 2015 (22). El estudio fue observacional, transversal y correlacional, con nivel descriptivo, llevado a cabo en los internos de Medicina. Se les realizó una encuesta anónima, utilizando como instrumento el Maslach Burnout Inventory (MBI), que consta de 22 ítems y que explora los tres componentes del Burnout, como es el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo. Además, se aplicó la Escala General de Satisfacción, desarrollada por Warr, Cook y Wall en la cual mide satisfacción laboral en sus tres componentes: general, intrínseco y extrínseco. Se encuestó a 79 internos de medicina; (96.3%) de una población de 82, participaron 21 internos de cirugía, 20 de gineco-obstetricia, 19 de medicina y 19 de pediatría Los resultados obtenidos demuestran que existe una frecuencia del 2.5% (dos internos) con Síndrome de Burnout, los cuales pertenecían al servicio de Cirugía y Gineco- obstetricia Se encontró predominantemente, a nivel de Cansancio Emocional Alto, una frecuencia de 36.7% (29 internos), siendo variable en los otros niveles. A nivel de Cansancio emocional, existe una asociación negativa ($p < 0.05$) con el nivel de satisfacción laboral; tanto general como en sus subescalas: intrínseca y extrínseca;

sin embargo, a nivel de Despersonalización y Realización personal no se halló dicha significancia, pero si se encontró tendencia. La conclusión a la que se llegó fue que comprobamos que existe una baja frecuencia del Burnout, siendo el Cansancio emocional el más afectado, existiendo una asociación negativa con el nivel de satisfacción laboral, no siendo así en los otros componentes del Burnout.(22).

2.4.2. Antecedentes Nacionales.

“Nivel de estrés laboral del profesional de enfermería según tipo de cirugía en centro quirúrgico en un hospital del Ministerio de Salud, setiembre-octubre 2017”. Castillejo, Delina., León, Jessica., y. Navarro, Katherine.(23). El profesional de Enfermería en su ambiente laboral diario se encuentra afectada por agentes estresantes derivados del trabajo, lo que le ocasiona un desequilibrio biopsico-emocional, el cual podría estar afectando la calidad de atención que brinda al usuario. Este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de estrés laboral del profesional en enfermería según el tipo de cirugía en centro quirúrgico del Hospital Nacional arzobispo Loayza. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de diseño transversal, en una población constituida por las enfermeras del centro quirúrgico de los pabellones 05, 06 y 10 del Hospital Nacional arzobispo Loayza. Se trabajó con una muestra de 41 profesionales de Enfermeras. La técnica fue la encuesta auto administrada y como instrumento el Inventario de Maslach Burnout Inventory modificado por las investigadoras (MBI).(23).

“Relación entre la percepción del clima organizacional y el síndrome de Burnout en el personal asistencial de un Instituto de Salud de Lima metropolitana” Tipacti, César (24). El estudio tuvo como objetivo principal relacionar la percepción entre el clima organizacional y el síndrome de burnout en el personal asistencial de un instituto de salud de Lima Metropolitana. Este estudio fue no experimental correlacional; habiéndose utilizado una muestra de 80 trabajadores, utilizando dos instrumentos de medición: Cuestionario de Síndrome de Burnout de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario de Clima Organizacional de Litwin y Stringer que incluyen 9 dimensiones. Para el análisis de los datos se utilizó, inicialmente porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión; además se empleó tablas y gráficos de doble entrada para relacionar las variables, así como la prueba Chi cuadrado. Se obtuvieron como principales resultados que el 48.7% del personal asistencial presentó un nivel alto del síndrome de burnout, mientras que el 38.8% a un nivel medio, el 62.9% del personal asistencial presento un nivel alto en la dimensión de cansancio emocional, el 63.8% presento un nivel alto en la dimensión despersonalización y un 68.8%

un nivel bajo en la dimensión de realización profesional. El 67.2% del personal asistencial percibe un clima organizacional negativo, mientras que solo el 36.9% lo percibe de manera positiva. Se encontró relación significativa entre el síndrome de burnout y la percepción del clima organizacional del personal asistencial, con $p = 0.001$.(24).

2.4.3. Antecedentes Internacionales.

“Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19”. Samaniego, Antonio., Urzúa, Alfonso. Buenahora, Marcelo. Vera-Villaruel, Pablo.(25). La enfermedad por COVID-19 no solo ha provocado un colapso del sistema sanitario y la muerte de miles de personas, sino que está repercutiendo en la salud de las personas que están brindando atención a los infectados. En este marco, el objetivo de esta investigación fue determinar prevalencias de depresión, ansiedad, insomnio, distrés y fatiga por compasión, así como factores relacionados a la presencia de sintomatología asociada a estos trastornos en profesionales de los equipos de salud. Para esto, se encuestó en formato online a 126 profesionales sanitarios del Paraguay, de los cuales el 83% son mujeres, con una edad promedio en la muestra total de 32 años. Se aplicaron los cuestionarios PHQ-9 para depresión, GAD- 7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio, IES-R para distrés y el módulo de fatiga por compasión del ProQOL – CSF-vIV. Se encuentra que los porcentajes de participantes que reportaron síntomas clasificables como moderados y severos fueron de un 32.2% para depresión, 41.3% en ansiedad, 27.8% en insomnio, 38.9% en distrés y un 64.3% en fatiga por compasión. Adicionalmente las mujeres y los de menor edad presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas. Los datos aportan evidencia a la necesidad de establecer estrategias de prevención o intervención para abordar los problemas de salud mental en los profesionales de la salud.(25).

“Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China”. Lozano-Vargas, Antonio (26). En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de

ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los subgrupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país.(26).





CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3. Técnicas, instrumentos y material de verificación.

3.1. Técnicas.

La técnica utilizada es la encuesta y se realizó mediante la aplicación de cuestionarios validados, para la recolección de datos se hizo uso de los instrumentos como los formularios de los cuestionarios tanto para la variable actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 como para la variable Síndrome de Burnout.

3.2. Instrumentos.

El tipo de investigación fue de campo, ya que se recolectaron datos de fuentes primarias, de manera directa con el personal de salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno en el año 2021, para ello se hizo uso de instrumentos de investigación para cada una de las variables.

3.2.1. Instrumentos de investigación.

a) Para la variable 1: Actitud hacia el confinamiento por COVID-19.

La Escala de actitudes hacia el confinamiento por COVID-19, fue elaborado por Matus & Matus (2020). Es un instrumento en el que se expresa una serie de enunciados sobre las actitudes que asumen las personas durante el confinamiento en sus casas a causa de la pandemia generada por el COVID-19. (Anexo 1).

Este instrumento ha sido construido en base a 36 ítems los que son valorados con una escala tipo Likert. Se valora a través de un rango de 5 que van desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo” para identificar la frecuencia con que se presenta cada una de las situaciones descritas en los ítems (Matus & Matus, 2020).

Considera 3 factores que, son factor cognitivo, factor afectivo, factor conductual los que a su vez se constituyen en las tres subescalas de la Escala de actitudes hacia el confinamiento por el COVID-19.

La sub escala factor cognitivo (FC) está formado por 12 ítems que hacen referencia al conocimiento que tienen sobre el COVID-19, de los protocolos que deben cumplir durante el confinamiento, del cuidado y prevención para evitar el contagio con la enfermedad; la subescala factor afectivo (FA) está formada por 15 ítems que describen sentimiento de vulnerabilidad, temor, enojo, incertidumbre ante la enfermedad; y la subescala Factor

conductual (FC) que tiene 9 ítems que describe acciones de ocupación activa durante el confinamiento (Matus & Matus 2020).

Para los resultados se considera que los sujetos que se ubican por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “muy favorable”, entre el percentil 75 y 50 en la categoría “favorable”, en el percentil 50 y 25 en la categoría “desfavorable” y los que se ubican por debajo del percentil 25 en la categoría “muy desfavorable”.

La subescala factor cognitivo tiene 12 preguntas que valoran el conocimiento sobre los protocolos de seguridad para la prevención de contagio con COVID-19. La Puntuación máxima es 60. La integran los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12. Su puntuación máxima es de 60 puntos, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la posibilidad de actuar de manera adecuada y con conocimiento para el cuidado y la prevención de contagio con COVID-19.

La subescala del factor afectivo tiene 15 preguntas que valoran los sentimientos de incertidumbre, vulnerabilidad y preocupación sobre el COVID-19.

La Subescala conductual tiene 9 preguntas, integradas por los ítems 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 y 36. Que permiten valorar las actitudes de actividad utilitaria que hacen durante el confinamiento. La puntuación máxima es 45 puntos. Un alto puntaje en esta subescala es la posibilidad de afrontar de manera positiva el confinamiento en el hogar.

b) Valoración según subescalas:

En la subescala factor cognitivo (FC) puntuaciones menores a 38 indicarían una actitud muy desfavorable, intervalos entre 38 a 43 sería desfavorables, intervalos de 43 a 48 actitudes favorables y puntuaciones mayores a 49 indicarían una actitud muy favorable. En la subescala factor afectivo (FA) puntuaciones menores a 46 indica actitud muy desfavorable, en rangos de 47 a 51 señala actitud desfavorable, rangos de puntuación de 52 a 56 indican actitudes favorables y puntuaciones mayores a 57 declara una actitud muy favorable. Para la subescala factor conductual (FC) las puntuaciones entre 23 a 27 se considera actitud muy desfavorable, rangos de 28 a 32 actitud favorable, rangos de 33 a 36 actitud favorables y puntuaciones por encima de 37 demuestran actitudes muy favorables.

Se consideran que las puntuaciones para las actitudes hacia el confinamiento por el COVID-19, son muy desfavorables entre 107 a 114, desfavorable entre 114 a 122, favorable entre 122 a 130 y muy favorable de 130 a 180 puntos.

Tabla 1. Baremos de las dimensiones de las Escala de Actitudes hacia el Confinamiento COVID-19.

Sub indicadores	Niveles
Factor cognitivo	
Mayor a 49	Muy favorable
44 a 48	Favorable
39 a 43	Desfavorable
Menor de 38	Muy desfavorable
Factor emocional	
Mayor a 57	Muy favorable
52 a 56	Favorable
47 a 51	Desfavorable
Menor de 46	Muy desfavorable
Factor conductual	
Mayor a 40	Muy favorable
33 a 36	Favorable
28 a 32	Desfavorable
Menor a 27	Muy desfavorable
Escala de actitud hacia el confinamiento por COVID-19	
Mayor a 131	Muy favorable
122 a 130	Favorable
114 a 122	Desfavorable
Menor a 114	Muy desfavorable

Fuente: Escala de actitudes hacia el confinamiento por COVID-19.

c) Para la variable 2: Síndrome de Burnout.

Para la variable Síndrome de Burnout se hará uso del Instrumento N° 2: (Anexo 2) El cuestionario Maslach mide las 3 dimensiones del síndrome: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Este instrumento fue estandarizado internacionalmente, por ello se usará la última versión Maslach Burnout Inventory.

El Inventario de Maslach Burnout es un instrumento que presenta a los sujetos una serie de enunciados sobre los pensamientos y sentimientos con relación a su interacción del trabajo. Está constituido por 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert, tiene 7 rangos que van desde “nunca” a “diariamente”, valora la frecuencia con la que se presenta cada una de estas situaciones. En la factorización se considera a los 3 factores: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, los que se constituyen como las escalas del MBI.

La subescala de agotamiento emocional (AE) tiene 9 ítems que identifican la pérdida o reducción de los recursos emociones o identifican sentimientos de estar cansado emocionalmente por el trabajo, mientras que la subescala de despersonalización (D) tiene 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal o falta de sentimientos y de insensibilidad hacia los sujetos que son objeto de atención; la subescala de realización personal (RP) tiene 8 ítems que describen sentimientos de eficacia en el trabajo.

En la subescala de agotamiento emocional y despersonalización las puntuaciones altas identifican a los altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo las puntuaciones bajas identifican a los altos sentimientos de quemarse. Para el resultado final se considera los percentiles para la categoría “alto” si están ubicados en un percentil 75, en la categoría “medio” si el percentil es entre 75 y el 25 y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

d) Escalas de la prueba MBI.

Para la subescala agotamiento emocional, que consta de 9 ítems. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Tiene una puntuación máxima de 54 y la conforman los ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Su puntuación es proporcional de manera directa a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 y cuanto mayor es la puntuación mayor es el agotamiento emocional, así como el nivel de Burnout experimentado.

La subescala de despersonalización, tiene 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Tiene una puntuación máxima de 30 puntos, está conformado por los ítems: 5, 10, 11, 15, 22., cuando mayor puntuación obtiene el sujeto mayor es la despersonalización y el nivel de Burnout también es mayor.

La subescala de realización personal se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Tiene una puntuación máxima de 48 puntos y le corresponde los ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La puntuación máxima es 48 puntos y a mayor puntuación en esta escala mayor la realización personal del sujeto, en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado estará el sujeto.

Las tres escalas del MBI tiene una consistencia interna, considerando el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, medio entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99, aunque

no hay puntuaciones de corte clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas de agotamiento emocional y despersonalización y baja realización personal definen el síndrome. Los puntos de corte se establecen según los siguientes criterios: en la subescala de agotamiento emocional (AE) las puntuaciones mayores de 26 o superiores indican un alto nivel de Burnout, el intervalo entre 19 a 25 corresponden a puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo de 19 puntos indican niveles de Burnout bajos o muy bajos. En la sub escala de despersonalización (D) las puntuaciones superiores a 9 indican un alto nivel de Burnout, de 6 a 9 serían un nivel medio y un puntaje mejor de 6 puntos indica un bajo grado de despersonalización. Mientras que en la subescala de realización personal (RP) se considera en sentido contrario a las anteriores es decir de 0 a 30 puntos indica baja realización personal, de 31 a 39 nivel intermedio y puntajes superiores a 40 una sensación de logro.

Tabla 2. Baremos de las dimensiones de las Escala de Síndrome de Burnout.

Sub Indicadores	Niveles
Agotamiento emocional	
26 a mas	Alto
19 a 25	Moderado
Menos de 19	Bajo
Despersonalización	
10 a más	Alto
06 a 09	Moderado
Menos de 06	Bajo
Realización profesional	
0 a 30	Bajo
31 a 39	Medio
Mas de 40	Alto
Síndrome de Burnout	
Mas de 88	Alto
66 a 87	Moderado
Menos de 65	Bajo

Fuente: Elaborado en base a la Escalas de Test de Maslach de Síndrome de Burnout.

3.3. Cuadro de coherencias.

Tabla 3. Cuadro de coherencias de las variables de estudio.

Variables	Indicadores	Medición	Técnicas e Instrumentos	Items
Actitudes hacia el Confinamiento por COVID-19 Son las actitudes asumidas por los trabajadores hacia el confinamiento por COVID-19.	1. Factor cognitivo	Muy favorable Favorable Desfavorable Muy desfavorable	Encuesta: Escala de actitud hacia el confinamiento por COVID - 19	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
	2. Factor afectivo	Muy favorable Favorable Desfavorable Muy desfavorable		13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
	3. Factor conductual	Muy favorable Favorable Desfavorable Muy desfavorable		28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 36
Síndrome de Burnout Enfermedad laboral que provoca detrimento de la salud física y mental de las personas	1. Agotamiento emocional	Alto Moderado Bajo	Encuesta: Test de Maslach Burnout Inventory (MBI)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
	2. Despersonalización	Alto Moderado Bajo		5, 10, 11, 15, 22
	3. Realización personal	Alto Moderado Bajo		4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Fuente. Escala de actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y Maslach Burnout Inventory (MBI).

3.4. Campo de verificación.

3.4.1. Ubicación espacial.

El estudio se realizó en el ámbito del Centro de Atención Primaria III Metropolitano – Es Salud en la Ciudad de Puno ubicada en el Jr. Arequipa N° 950 del Distrito, Provincia y Región Puno.

3.4.2. Ubicación temporal:

El trabajo de campo está referido a los meses de enero a marzo del año 2021. La investigación corresponde al año 2021, del mismo modo tiene una visión temporal actual, porque las variables estudiadas actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 y el Síndrome de Burnout está ocurriendo en el tiempo presente. Asimismo, tiene un corte

temporal transversal porque dicha variable es estudiada en un solo momento en el tiempo investigativo.

3.4.3. Unidades de estudio.

Las unidades de estudio están conformadas por el personal asistencial y administrativo que laboran en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano – Es Salud Puno – 2021.

Población/universo o colectivo cuantitativo del estudio está constituido por la totalidad del personal asistencial que labora en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de Es Salud Puno (Tabla 4) que considera a todos los grupos ocupaciones profesional y técnico que labora en la parte asistencial de salud. La selección de la muestra es no probabilística, debido a la circunstancia que se vive por el confinamiento. Sólo se tuvo acceso a los profesionales que asisten a trabajar de manera presencial y no así a los que vienen laborando de manera remota o con justificación por considerarse en el grupo de personas vulnerables. Para este universo se usó como criterio de inclusión al personal asistencial nombrado y contratado que expresó su deseo de participar en el estudio. Serán excluidos del estudio el personal que no desee participar en el estudio y el personal asistencial tercerizado.

Tabla 4. Universo poblacional del personal asistencial del Centro de Atención Primaria III Metropolitano-Es Salud de Puno.

Profesional	Frecuencia	Porcentaje
Asistente Social	1	3,8
Auxiliar Administrative	1	3,8
Digitador	1	3,8
Enfermera	7	26,9
Medico	3	11,5
Nutricionista	1	3,8
Obstetriz	2	7,7
Prof. Técnico Asistencial	1	3,8
Químico Farmacéutico	1	3,8
Químico Farmacéutico Serums	1	3,8
Técnico Enfermería	5	19,2
Técnico Servicio Administrativo y Apoyo	1	3,8
Tecnólogo Medico Serums	1	3,8
Total	26	100,0

3.5. Estrategias de recolección de datos.

3.5.1. Organización.

Para la recolección de datos se hizo la coordinación previa con la Administradora del Centro de atención primaria III a quien se le explicó que el proceso de aplicación de encuestas debido a que nos encontramos en la segunda ola de la pandemia, cuya preocupación es válida, comunicando que no se tendrá ningún contacto físico con los participantes que los pudiera poner en riesgo a un posible contagio y que la participación en la resolución de las encuestas será sólo si tienen interés y aceptación de participar en ella. Se nos autorizó el ingreso al Centro de Atención para la aplicación de las encuestas tan solo a la parte exterior para poder comunicarnos con el personal que ingresa a trabajar, teniendo en cuenta la restricción, se nos exige el cumplimiento del protocolo de protección por COVID-19, uso de doble mascarilla, protector facial, uso de guantes y protector corporal, además del uso constante de alcohol en gel. El trabajo de campo se realizó durante los meses de enero y febrero del 2021 no habiendo tenido más participantes interesados en el estudio, entendiendo por un temor lógico debido al incremento importante de casos de contagios en la segunda ola hasta los meses de mayo inclusive.

Para la recolección de datos, se les hizo entrega de los formatos impresos, dándoles la información necesaria para el correcto llenado, así como se les expresó la intención de absolver cualquier duda al respecto, sin embargo, en algunos casos manifestaron que devolverían el cuestionario desarrollado, lamentablemente no fue posible recuperarlos y obtenerlos de manera oportuna, debido a que por razones que desconocemos no retornaron a su centro de trabajo, generando dificultades para poder obtener una muestra mayor.

Posteriormente se elaboró una base de datos en Excel en el que se trasladó los datos obtenidos y luego se hizo uso del SPSS versión 25 para el análisis e interpretación de los resultados.

3.5.2. Recursos.

a) Humanos:

El investigador.

Asesora de investigación.

b) Materiales.

Mascarillas K95.

Protectores faciales.

Guantes quirúrgicos.
Protector corporal – mandiles.
Alcohol en gel.
Laptop y útiles de escritorio.
Impresión de cuestionarios.
Consentimientos informados.
Software SPSS v 25.

- c) Recursos financieros.
Autofinanciado por el investigador.

3.6. Criterio para manejo de resultados.

- a) A nivel de recolección.

Se aplicó la encuesta al personal asistencial y administrativo del Centro de Atención III Metropolitano de Es salud de Puno, utilizando los cuestionarios de Escalas de actitudes hacia el confinamiento por COVID-19 y el Inventario de Maslach de Síndrome de Burnout, que fueron auto administrados, de carácter totalmente anónimo y personal.

- b) A nivel de sistematización.

Se hace uso de la estadística descriptiva a través del análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes.

- c) A nivel de estudio de datos.

Se hace uso de la estadística no paramétrica y para la prueba de correlación se hizo uso del Rho de Spearman para determinar la relación o independencia de las variables de estudio.



4. RESULTADOS.

4.1. Actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 del personal de salud.

Tabla 5. Actitud hacia el confinamiento por el COVID-19.

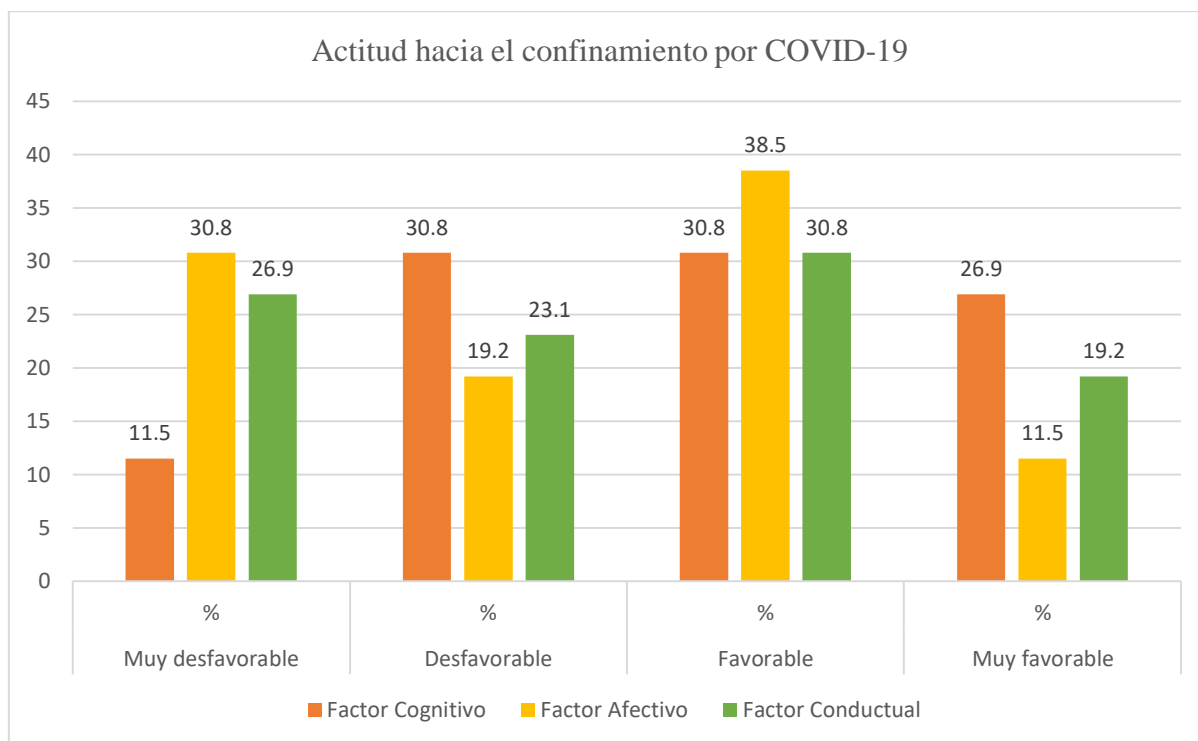
Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Muy desfavorable		Desfavorable		Favorable		Muy favorable		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Factor Cognitivo	3	11.5	8	30.8	8	30.8	7	26.9	26	100
Factor Afectivo	8	30.8	5	19.2	10	38.5	3	11.5	26	100
Factor Conductual	7	26.9	6	23.1	8	30.8	5	19.2	26	100
Total	18	69.2	19	73.1	26	100.1	15	57.6	78	300

Fuente: Ficha de Cuestionario de Escalas de Síndrome de Burnout.

En la tabla 5 y figura 1 se observa que en el factor afectivo el 38,5% del personal de salud tienen una actitud favorable hacia el confinamiento por el COVID 19 que indica que asumen actitudes que superan sentimientos de vulnerabilidad, temor, enojo y de incertidumbre que les permite cumplir con los protocolos de seguridad y de aislamiento con el fin de prevenir el contagio; en el factor cognitivo se observa que el 30,8% asumen una actitud desfavorable y favorable hacia el confinamiento dentro de este factor se considera que las acciones que realizan es el de mantenerse informado sobre el COVID 19 respecto a cómo se transmite, que acciones realizar en caso de contagiarse, hablar e informar a la familia sobre la enfermedad con lo cual logran tener mayor posibilidad de impedir el contagio, así como al asumir una actitud desfavorable también sugiere que no tienen información suficiente para afrontar el confinamiento y evitar el contagio de la enfermedad; en el factor conductual el 30,8% de personal tienen una actitud favorable hacia el confinamiento realizando actividades que ayudan a sobrellevar el mismo con acciones como cantar, bailar, realizar actividades manuales, leer, hacer ejercicio, ver televisión, escribir entre otras con lo cual pueden superar el confinamiento en el hogar. También se observa que el 30.8% tienen actitudes desfavorables en el factor cognitivo y 30.8% actitudes muy

desfavorables en el factor afectivo. En general los porcentajes altos se ubican en conductas favorables en los tres factores afectivo, cognitivo y conductual, así como actitudes desfavorables en el factor cognitivo y actitudes muy desfavorables en el factor afectivo.

Figura 1. Actitud hacia el confinamiento por COVID – 19.



Fuente: Tabla 5.

En la figura 1 se observa que los mayores porcentajes de actitud favorable se tiene en el factor afectivo, es decir que el personal de salud refiere confusión, vulnerabilidad, indefensión, molestia, enojo, incertidumbre, cansancio, preocupación y tiene sentimiento de estar en riesgo, en peligro, temor y de sentirse aislado y preso, también en el factor cognitivo con 30.8% manifiestan que están informados sobre el COVID 19, conocen cómo se transmite, tienen cuidado en el lavado de manos, saben que hacer en caso de enfermarse y han preparado a su familia sobre el COVID 19, identifican los síntomas y cumplen con la cuarentena, también están informados sobre los decretos del Ministerio de Salud, ven noticias y comparten información verdadera y el otro 30.8% en la categoría favorable está el factor conductual en la que refieren que asumen conductas como cantar, bailar, escribir, leer, hacer ejercicio, ver televisión, hacen actividades manuales con el fin de tolerar el confinamiento en el que se encuentra con su familia.

4.2. Nivel del Síndrome de Burnout del personal de salud.

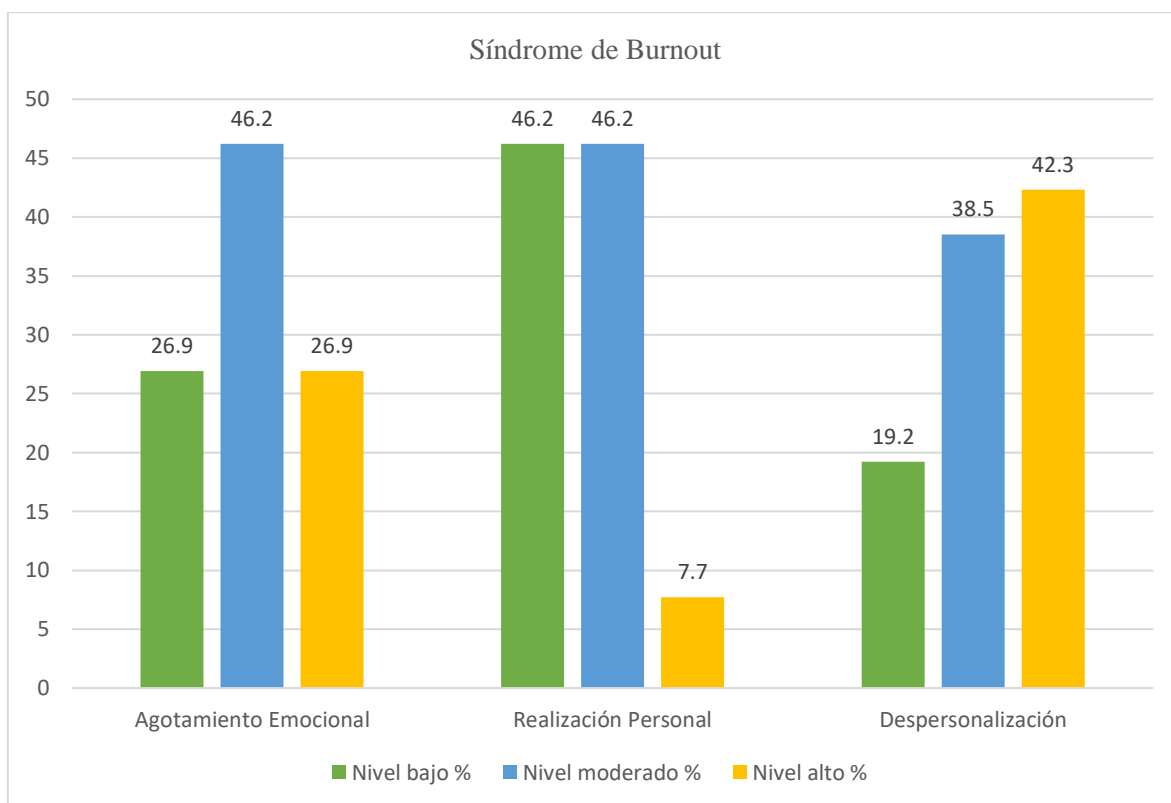
Tabla 6. Nivel del Síndrome de Burnout del personal de salud.

Síndrome de Burnout	Nivel bajo		Nivel moderado		Nivel alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Agotamiento Emocional	7	26.9	12	46.2	7	26.9	26	100
Realización Personal	12	46.2	12	46.2	2	7.7	26	100
Despersonalización	5	19.2	10	38.5	11	42.3	26	100
Total	24	92.3	34	130.9	20	76.9	78	300

Fuente: Ficha de Cuestionario de Síndrome de Burnout.

En la tabla 6 y figura 2 se observa que en la dimensión del agotamiento emocional el 46,2% del personal de salud, tienen un nivel moderado que indica que existe una tendencia al agotamiento emocional caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales, respecto a la dimensión de realización personal el 46,2% indican que se encuentran en nivel bajo que es preocupante ya que nos indica desmotivación y frustración porque no puede entender a las personas que atienden y que no logran influir positivamente en ellas y la falta de un clima agradable, también el 46.2% con un nivel moderado de realización personal que se caracteriza por que tienen una percepción del trabajo de manera negativa, los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional, y respecto a la dimensión de despersonalización el 42,3% tienen un nivel alto de despersonalización que indica que existe una desadaptación al trabajo y tienden a la despersonalización, deshumanización o cinismo, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.

Figura 2. Nivel de Síndrome de Burnout.



Fuente: Tabla 6

En la figura 2 se observa que el 46.2% en el agotamiento emocional se encuentran en nivel moderado que señalan que se sienten emocionalmente defraudados en su trabajo y agotados tanto el final de la jornada como al inicio de las mismas, sienten desgaste laboral y frustración por su trabajo, también consideran que están demasiado tiempo en su trabajo y que están al límite de sus posibilidades, con este mismo porcentaje se observa el nivel bajo en realización personal que considera respuesta como que siente que pueden entender a las personas que atienden, que tienen trato efectivo y que influyen positivamente en la vida de otras personas, se siente muy enérgicos en su trabajo y que pueden crear un clima agradable además de estar estimulado después de trabajar con las persona a quien atienden, creen lograr cosas valiosas en este trabajo y sienten que los problemas emocionales son tratado adecuadamente, estas respuestas indican que son precisamente acciones que se realizan en un nivel bajo; otro preocupante porcentaje de 42.3% es la despersonalización del personal que se encuentra en un alto nivel con respuestas como creer que están tratando a algunos pacientes como objetos impersonales, siente que se han hecho mas duro con la gente y les preocupa que su trabajo los esté endureciendo emocionalmente y sentimiento que les importa lo que les ocurra a las personas a las que tienen que atender.

4.3. Relación de actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y despersonalización.

Tabla 7. Tabla cruzada actitud hacia el confinamiento por COVID-19* despersonalización.

			Nivel de despersonalización			Total
			Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	
Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Muy desfavorable	Recuento	0	2	3	5
		Recuento esperado	1,0	1,9	2,1	5,0
		% del total	0,0%	7,7%	11,5%	19,2%
	Desfavorable	Recuento	0	1	2	3
		Recuento esperado	,6	1,2	1,3	3,0
		% del total	0,0%	3,8%	7,7%	11,5%
	Favorable	Recuento	2	7	4	13
		Recuento esperado	2,5	5,0	5,5	13,0
		% del total	7,7%	26,9%	15,4%	50,0%
	Muy favorable	Recuento	3	0	2	5
		Recuento esperado	1,0	1,9	2,1	5,0
		% del total	11,5%	0,0%	7,7%	19,2%
Total	Recuento	5	10	11	26	
	Recuento esperado	5,0	10,0	11,0	26,0	
	% del total	19,2%	38,5%	42,3%	100,0%	

Fuente: Base de datos de la investigación

En la tabla 7 se observa que el personal de salud tiene un mayor porcentaje de 26.9% de actitud favorable hacia el confinamiento por el COVID 19 con un nivel moderado de despersonalización del Síndrome de Burnout, al igual que un 15.4% que también es favorable en actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con un nivel alto de despersonalización del Síndrome de Burnout, otro 11.5.9% tienen una actitud muy desfavorable hacia el confinamiento con un nivel alto de despersonalización, también otro 11.5% tienen una actitud muy favorable con nivel bajo de despersonalización. Respecto al total se tiene que el 50.0% tienen una actitud favorable en relación a los niveles moderado y alto de despersonalización. Se observa que existe relación de las variables a actitudes favorables ante el confinamiento, niveles moderados de despersonalización y a actitudes muy desfavorables hacia el confinamiento niveles altos de despersonalización, también existe actitudes muy favorables de actitudes hacia el confinamiento con niveles bajos de despersonalización. Se infiere que existe relación entre ambas variables.

Tabla 8. Correlación Rho de Spearman de actitud hacia el confinamiento por COVID 19 y despersonalización.

		Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Nivel de despersonalización
Rho de Spearman	Actitud hacia el confinamiento por COVID 19		
		Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (unilateral)	.
		N	26
	Nivel de Despersonalización		
		Coefficiente de correlación	-,351*
	Sig. (unilateral)	,039	
	N	26	

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

Prueba de hipótesis:

H₀. No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con la despersonalización del personal de salud.

H₁. Existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con la despersonalización del personal de salud.

Si $p = < 0,05$ entonces rechazamos la hipótesis nula.

En la tabla 8 se establece la relación entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con la despersonalización del personal de salud, se hizo la prueba de correlación Rho de Spearman y se encuentra el valor de $p = 0,039$ que es $< 0,05$ por lo que teniendo en cuenta la prueba de hipótesis, con un nivel de confianza del 95% se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo que, se afirma que existe una correlación positiva media que es significativa (*) entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con la despersonalización del Síndrome de Burnout en el personal de salud; las variables son dependientes por lo tanto, si existe una relación entre ellas que significa que, a niveles desfavorables en la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 (ver tabla 5, 30.8% muy desfavorable en factor afectivo y factor cognitivo) y a niveles altos de despersonalización (tabla 6, nivel alto 42.3 %), mayor será el grado de despersonalización del Síndrome de Burnout en el personal de salud.

Tabla 9. Grado de relación según coeficiente de correlación de Spearman

Rango	Relación
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecto
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a 0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0,91 a +9.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.75 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Autor (36)

4.4. Relación entre la actitud hacia el confinamiento y el agotamiento emocional del personal de salud.

Tabla 10. Tabla cruzada actitud hacia el confinamiento por COVID 19 * Nivel de agotamiento emocional.

			Nivel de Agotamiento Emocional			
			Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	Total
Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Muy desfavorable	Recuento	0	2	3	5
		Recuento esperado	1,3	2,3	1,3	5,0
		% del total	0,0%	7,7%	11,5%	19,2%
	Desfavorable	Recuento	1	2	0	3
		Recuento esperado	,8	1,4	,8	3,0
		% del total	3,8%	7,7%	0,0%	11,5%
	Favorable	Recuento	4	6	3	13
		Recuento esperado	3,5	6,0	3,5	13,0
		% del total	15,4%	23,1%	11,5%	50,0%
	Muy favorable	Recuento	2	2	1	5
		Recuento esperado	1,3	2,3	1,3	5,0
		% del total	7,7%	7,7%	3,8%	19,2%
Total	Recuento	7	12	7	26	
	Recuento esperado	7,0	12,0	7,0	26,0	
	% del total	26,9%	46,2%	26,9%	100,0%	

Fuente: Base de datos de la investigación.

En la tabla 10 se observa que el personal de salud tiene un mayor porcentaje de 23.1% de actitud favorable hacia el confinamiento por COVID-19 con un nivel moderado de agotamiento emocional del Síndrome de Burnout, y a su vez 15.4% de actitud favorable hacia el confinamiento con un nivel bajo de agotamiento emocional, también se tiene un 11.5% de actitud muy desfavorable con un nivel alto de agotamiento emocional con lo que se puede inferir que la actitud favorable hacia el confinamiento por COVID 19 permite tener un nivel moderado en agotamiento emocional que les permite afrontar de mejor manera la situación del confinamiento.

Tabla 11. Correlación Rho de Spearman de actitud hacia el confinamiento por COVID 19 y agotamiento emocional.

		Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Nivel de agotamiento emocional
Rho de Spearman	Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (unilateral)	.
		N	26
	Nivel de agotamiento emocional	Coefficiente de correlación	-,279
		Sig. (unilateral)	,084
		N	26

En la tabla 11 la correlación Rho de Spearman se encuentra que el nivel de significancia unilateral o valor de $p = 0,084$ por lo que se debe realizar la decisión en la prueba de hipótesis:

Prueba de hipótesis:

H₀. No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con el agotamiento emocional del personal de salud.

H₁. Existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con el agotamiento emocional del personal de salud.

Si $p = < 0,05$ entonces rechazamos la hipótesis nula.

Para establecer la relación entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con el agotamiento emocional que presenta el personal de salud, se realizó la prueba de correlación Rho de Spearman y se encuentra que el valor de $p = 0.084$ que es $> 0,05$ por lo que con un nivel de confianza del 95% se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con el agotamiento emocional del personal de salud por lo que rechazamos la hipótesis alterna que existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con el agotamiento emocional, por lo que se puede inferir que las variables son independientes y por lo tanto no hay relación entre ellas.

4.5. Relación entre la actitud hacia en confinamiento por COVID-19 y realización personal.

Tabla 12. Relación entre actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y realización personal.

		Nivel de realización personal				
		Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	Total	
Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Muy desfavorable	Recuento	3	1	1	5
		Recuento esperado	2,3	2,3	,4	5,0
		% del total	11,5%	3,8%	3,8%	19,2%
	Desfavorable	Recuento	2	1	0	3
		Recuento esperado	1,4	1,4	,2	3,0
		% del total	7,7%	3,8%	0,0%	11,5%
	Favorable	Recuento	7	5	1	13
		Recuento esperado	6,0	6,0	1,0	13,0
		% del total	26,9%	19,2%	3,8%	50,0%
	Muy favorable	Recuento	0	5	0	5
		Recuento esperado	2,3	2,3	,4	5,0
		% del total	0,0%	19,2%	0,0%	19,2%
Total	Recuento	12	12	2	26	
	Recuento esperado	12,0	12,0	2,0	26,0	
	% del total	46,2%	46,2%	7,7%	100,0%	

Fuente: Base de datos de la investigación.

En la tabla 12 se observa que el personal de salud tiene un porcentaje de 26.9% en la actitud favorable hacia el confinamiento por COVID-19 con el nivel bajo de realización personal, del mismo modo una actitud favorable con 19.2% hacia el confinamiento con un nivel moderado de realización personal, así mismo el 19.2% de actitud muy favorable con el nivel moderado de realización personal al igual que una actitud muy desfavorable con 11.5% de actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con un nivel bajo de realización personal del Síndrome de Burnout.

Tabla 13. Correlación Rho de Spearman entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con la realización personal.

		Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Nivel de realización personal
Rho de Spearman	Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Coefficiente de correlación	,284
		Sig. (unilateral)	,080
		N	26
	Nivel de realización personal	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (unilateral)	,080
		N	26

En la tabla 13 según el coeficiente de correlación Rho de Spearman y una significación unilateral de 0,080 indican que no existe una dependencia entre ambas variables, por lo que se debe realizar la decisión en la prueba de hipótesis:

Prueba de hipótesis

H₀. No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con la realización personal del personal de salud.

H₁. Existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con la realización personal del personal de salud.

Si $p = < 0,05$ entonces rechazamos la hipótesis nula.

En la prueba Rho de Spearman se tiene que el valor de $p = 0,080$ que es $> 0,05$ por lo que con un nivel de confianza del 95% se acepta la hipótesis nula: no existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con la realización personal del personal de salud, y se rechaza la hipótesis alterna que: existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con la realización personal del personal de salud. Las variables son independientes y por lo tanto no hay relación entre ellas.

4.6. Relación entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con el Síndrome de Burnout.

Tabla 14. Relación entre actitud hacia el confinamiento por COVID-19 y Síndrome de Burnout.

			Nivel de Síndrome de Burnout			
			Nivel bajo	Nivel moderado	Nivel alto	Total
Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Muy desfavorable	Recuento	0	2	3	5
		Recuento esperado	1,5	2,5	1,0	5,0
		% del total	0,0%	7,7%	11,5%	19,2%
	Desfavorable	Recuento	0	3	0	3
		Recuento esperado	,9	1,5	,6	3,0
		% del total	0,0%	11,5%	0,0%	11,5%
	Favorable	Recuento	5	7	1	13
		Recuento esperado	4,0	6,5	2,5	13,0
		% del total	19,2%	26,9%	3,8%	50,0%
	Muy favorable	Recuento	3	1	1	5
		Recuento esperado	1,5	2,5	1,0	5,0
		% del total	11,5%	3,8%	3,8%	19,2%
Total	Recuento	8	13	5	26	
	Recuento esperado	8,0	13,0	5,0	26,0	
	% del total	30,8%	50,0%	19,2%	100,0%	

Fuente: Base de datos de la investigación.

En la tabla 14 se observa que el 26.9% del personal de salud se ubican en la actitud favorable hacia el confinamiento por COVID-19 con el nivel moderado del Síndrome de Burnout, por lo que a actitudes favorables niveles moderados del Síndrome de Burnout, también se observa que tienen actitud favorable el 19.2% con el nivel bajo del Síndrome de Burnout, que indica que las actitudes favorables no permiten el desarrollo del Síndrome de Burnout ya que tienen una disposición de enfrentar los posible contagios que permite un mejor control del estado de estrés del personal de salud, así mismo el 11.5% se ubican en la categoría muy desfavorable en la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con un alto nivel de síndrome de Burnout, que se puede inferir que actitudes desfavorables para enfrentar el confinamiento por el COVID genera un alto nivel del estrés en el personal de salud y finalmente otro 11.5% del personal de salud tiene actitud muy favorable hacia el

confinamiento por el COVID 19 con el nivel bajo de Síndrome de Burnout, con lo que se advierte que las actitudes favorables hacia el confinamiento reducen los niveles del Síndrome de Burnout. Por lo que se puede inferir que existe una relación directa entre las categorías de actitudes hacia el confinamiento por el COVID 19 con los niveles del Síndrome de Burnout.

Tabla 15. Correlación Rho de Spearman entre la Actitud hacia el confinamiento por el COVID 19 con el Síndrome de Burnout.

			Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Nivel de Síndrome de Burnout
Rho de Spearman	Actitud hacia el confinamiento por COVID 19	Coeficiente de correlación	1,000	-,470**
		Sig. (unilateral)	.	,008
	Nivel de Síndrome de Burnout	N	26	26
		Coeficiente de correlación	-,470**	1,000
		Sig. (unilateral)	,008	.
		N	26	26

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

Prueba de hipótesis:

H₀. No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID-19 con el Síndrome de Burnout.

H₁. Existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con el Síndrome de Burnout.

Si $p = < 0,05$ entonces rechazamos la hipótesis nula

En la tabla 15 se presenta la prueba de Rho de Spearman en la que se encuentra que el valor de $p = 0,008$ que es $< 0,05$ por lo que con un nivel de confianza del 95% se rechaza la hipótesis nula que no existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con el síndrome de Burnout, y se acepta la hipótesis alterna es decir existe una relación muy significativa (**) entre la actitud hacia el confinamiento con el Síndrome de Burnout en el personal de salud, la correlación es alta, significa que conforme disminuye los niveles de actitud favorables hacia el confinamiento por el COVID 19 entonces se incrementa el nivel del Síndrome de Burnout, se puede inferir que a actitudes más favorables hacia el confinamiento por el COVID 19 menos niveles del Síndrome de Burnout tendrán el personal de salud. Las variables no son independientes y por lo tanto hay relación entre ellas.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.7. Actitud hacia el confinamiento por COVID 19.

Los resultados para el objetivo específico 1, identificar la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 del personal de salud señalan que en el factor afectivo el 38.5% demuestran una actitud favorable hacia el confinamiento y un 30.8% en el mismo factor denotan una actitud desfavorable, se evidencian sentimientos de confusión, vulnerabilidad, indefensión, temor, molestia, aislamiento, enojo, incertidumbre, cansancio, preocupación, desconfianza, riesgo y sensación de sentirse preso. Sentimientos que se han evidenciado de manera favorable y desfavorable en su manejo por parte del personal asistencial. En el confinamiento también se evidencia que en el factor cognitivo el 30.8% del personal evidencia una actitud favorable, en este factor se considera la información que se tiene respecto al COVID 19, a través de ver televisión, informarse sobre los decretos que brinda el Ministerio de Salud, comunicación y reenvío de información verdadera, informarse respecto a las acciones de prevención como el lavado de manos, uso de mascarillas y distanciamiento social, identificación de los síntomas del COVID 19, hablar con la familia sobre el COVID 19, saber qué hacer en caso de enfermarse de COVID 19, todas ellas con el fin de prevenir la enfermedad. Mientras que en el factor conductual se encontró que el 30.8% tiene actitudes favorables respecto a la forma de sobrellevar el confinamiento en el hogar, realizando actividades como cantar, bailar, escribir, leer, hacer ejercicio, ver televisión, hacer actividades manuales, platicar con amigos; todas ellas permiten despejar la mente y la preocupación constante de tener acechando la enfermedad sobre sus seres queridos más aun teniendo en cuenta que podría ser el portador de la enfermedad por estar laborando en un centro de salud.

4.8. Síndrome de Burnout.

Para el objetivo específico 2, reconocer el nivel del Síndrome de Burnout que tiene el personal de salud, los resultados encontrados en el Síndrome de Burnout indican que el 46.2% del personal alcanzan un nivel bajo en la dimensión de la realización personal, estos resultados son similares al 68.8% encontrado en el estudio de Tipacti (24) en el personal asistencial del Instituto de Salud de Lima Metropolitana y un 46.2% en la misma dimensión

tienen un nivel moderado del síndrome, en esta dimensión se considera la frecuencia con la que las personas sienten que tratan con mucha efectividad los problemas de las personas que atienden, así como de estar influyendo positivamente en la vida de otras personas, de sentirse con mucha energía en su trabajo, así como de crear con facilidad un clima agradable en el trabajo, sentirse estimulado después de haber realizado su trabajo y el tratamiento adecuado de los problemas emocionales tratados de forma adecuada. En el agotamiento emocional los resultados fueron que el 46.2% tienen un nivel moderado, resultados que son menores a los encontrados por Tipacti (24) en su estudio el personal asistencial evidenciaron el 62.9% un nivel alto de agotamiento emocional, otro resultado similar es el encontrado por Guerra (21) en obstetras de dos centros de salud que el 41.7% evidenciaron un nivel moderado de agotamiento emocional, al igual que otro estudio realizado por Salas (22) en el que encontró que el 38.8% de internos de medicina de un Hospital de Arequipa se encontraban en este nivel. Respecto a la despersonalización el 42.3% del personal se encuentra en un nivel alto de despersonalización, estos resultados no difieren al nivel alto con 63.88% encontrado por Tipacti (24) en el personal asistencial del Instituto de Salud de Lima Metropolitana. Estos resultados consideran que la despersonalización se evidencia con el trato que se da a los pacientes considerándolos como objetos, tener sentimientos de ser duro con el trato hacia las personas, manifiestan preocupación de reconocer que el trabajo los está endureciendo emocionalmente y el sentimiento de cansancio de trabajar en contacto directo con la gente.

4.9. Relación entre las actitudes hacia el confinamiento con la despersonalización del Síndrome de Burnout.

Los resultados para el objetivo de investigación específico 3, describir la relación existente entre la actitud hacia el confinamiento por el COVID-19 con la despersonalización del personal de salud, se establece las relaciones entre la variable actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout, mediante la prueba de correlación se estableció mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman (-0,351*) indican que al 95% de nivel de confianza y con un nivel de significancia de 0,05 que, si existe una relación significativa en sentido negativo al encontrar el valor ($p < 0,05$), por lo que a actitudes menos favorables hacia el confinamiento mayor es el nivel de despersonalización del personal de salud.

4.10. Relación entre las actitudes hacia el confinamiento con el agotamiento emocional del Síndrome de Burnout.

El objetivo específico 4, busca establecer la relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con el agotamiento emocional, los resultados permiten comprobar a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman (-0,279) con un 95% de nivel de confianza, indican que las actitudes hacia el confinamiento con el agotamiento emocional no presentan relación estadística significativa ($p > 0.05$), por lo que estas son independientes y no se asocian entre ellas.

4.11. Relación entre las actitudes hacia el confinamiento con la realización personal del Síndrome de Burnout.

El objetivo específico 5, establece reconocer la relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con la realización personal, los resultados indican que el coeficiente de correlación Rho de Spearman (0,284) indican que las actitudes hacia el confinamiento con el agotamiento emocional no presentan relación estadística significativa ($p > 0.05$) por lo que las variables son independientes y no están asociadas.

4.12. Relación entre actitudes hacia el confinamiento por COVID 19 y el Síndrome de Burnout.

Los resultados para demostrar el objetivo general de la investigación nos indican que existe una relación entre las actitudes hacia el confinamiento por COVID 19 y el Síndrome de Burnout del personal asistencial, según el coeficiente de correlación Rho de Spearman indican que el índice de correlación es de (-0.470**) con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0,008, existe una relación significativa de ambas variables que indican que a niveles menos favorables de actitudes hacia el confinamiento por COVID 19, mayores son los niveles de Síndrome de Burnout que tienen el personal asistencial de salud. Teniendo en cuenta que el Síndrome de Burnout es una respuesta prolongada al estrés en el organismo, a factores emocionales como los encontrados por Balladares (7), se debe considerar que los síntomas como baja realización personal, irritabilidad, desinterés son indicadores que nos pueden alertar de que las personas están sufriendo de este síndrome y que requieren ser tratadas por personal especializado.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las actitudes hacia el confinamiento por el COVID 19, son el 38.5% de muy favorable en el factor afectivo, el 30.8% actitud favorable en los factores cognitivos y conductual y 30.8% actitud desfavorable en el factor cognitivo y factor afectivo. En general las actitudes se evidencian en mayor porcentaje como muy favorable, desfavorable y muy desfavorable.

SEGUNDA: El nivel del Síndrome de Burnout que tiene el personal de salud con un 46.2% se encuentran en nivel moderado en agotamiento emocional y realización personal, el 46.2% nivel bajo en realización personal y 42.3% nivel alto en despersonalización.

TERCERA: Existe una relación positiva media en la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con la despersonalización del personal de salud, con un nivel de significancia de 0,039 con un valor ($p < 0,05$); por lo que a actitudes menos favorables hacia el confinamiento mayor es el nivel de despersonalización del personal de salud y a actitudes más favorables menor nivel de despersonalización en el personal de salud.

CUARTA: No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento con el agotamiento emocional, dado que las actitudes hacia el confinamiento con el agotamiento emocional no presentan relación estadística significativa con un valor de ($p > 0,05$), = 0,084 por lo que estas son independientes y no se relacionan entre ellas.

QUINTA: No existe una relación entre la actitud hacia el confinamiento por COVID 19 con la realización personal del personal de salud, dado que las actitudes hacia el confinamiento con el agotamiento emocional no presentan relación estadística significativa ($p > 0,05$) = 0,080 por lo que las variables son independientes y no están relacionadas.

SEXTA: Existe una relación muy significativa entre las actitudes hacia el confinamiento por COVID 19 y el Síndrome de Burnout, según el nivel de significancia de 0,008 siendo el valor ($p = p < 0,05$). Esta relación indica que a niveles menos favorables de actitudes hacia el confinamiento por COVID 19 mayores son los niveles de Síndrome de Burnout, así como a actitudes más favorables hacia el confinamiento por el COVID 19 menores son los niveles del Síndrome de Burnout.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la gerencia del Centro de Atención Primaria III Metropolitano de Es salud Puno, se realice charlas de información, sensibilización sobre el Síndrome de Burnout con el fin de que el personal reconozca el riesgo en el que podría encontrarse y de esta manera se evite contraerla.
- SEGUNDA:** A los estudiantes de la Maestría en Salud Pública que continúen realizando investigaciones respecto a los efectos que pueden generar en nuestra población el confinamiento y aislamiento social generado por el COVID 19 y que consecuencias se tendrán a futuro a nivel psicológico, emocional y social.
- TERCERA:** A las autoridades de Salud promuevan programas de intervención sobre los problemas de salud mental en la población con efectos negativos en especial del personal de salud como consecuencia del confinamiento por el COVID 19.
- CUARTA:** Al Ministerio de Salud a futuro prever la capacitación y profesionalización del personal de salud y de médicos epidemiólogos en las entidades de salud pública y privada, para una adecuada atención en casos de pandemias, incorporando estrategias comunicacionales para generar cambio en el comportamiento de la población y evitar la propagación de la enfermedad.
- QUINTA:** A las autoridades de Salud mejorar los sistemas de vigilancia de salud pública para la detección temprana de casos pandémicos para la toma de decisiones oportunas para asumir medidas preventivas.

REFERENCIA

1. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A. Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. Revista Cubana de Salud Pública [en línea]. 2016. [fecha de acceso 30 de junio de 2020]; 42(4):559–75. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000400007.
2. Almeida Espinosa A, Torres-Flórez D, Astudillo Valverde D. Síndrome de Burnout en Profesionales de Salud del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Santander (Esehus). FACE Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales [en línea]. 2020. [fecha de acceso 30 de junio del 2020]; 19(2):78–89 URL disponible en: http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/FACE/article/view/3699
3. Rosado Linarez L., Evaluación de proyectos de investigación en ciencias de la salud. Arequipa – Perú, 2010.
4. Anzules Guerra JB, Josephine VZI, Vincés Centeno MR, Menéndez Pin T del R. Síndrome de burnout: Un riesgo psicosocial en la atención médica. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias la Salud. Salud y Vida [en línea]. 2019. [fecha de acceso 30 de junio de 2020]; 3(6):21 URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097534>.
5. Bujan JA. Género y Discriminación. 1º. Amenta G, editor. Vol. 3. Instituto Nacional contral la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo – INADI; 2016. 55-65 p.
6. De La Gala Ojeda SP, Gil Salas PX. Relación de los Factores Psico-Socio-Laborales con el Síndrome De Burnout en los Enfermeros del Hospital Goyeneche. Arequipa (en línea). 2017. Repositorio de Tesis – UCSM. Arequipa – Perú. UCASM; 2018, p.76. URL disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/7962/60.1415.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Balladares Ponguillo KA, Hablick Sánchez FC. Burnout: el síndrome laboral. Burnout: the labor síndrome. Journal of Busines and entrepreneurial studies, [en línea]. 2017. [fecha de acceso 19 de junio del 2020]; 1(1):2017 – 8. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5736/573668151001/573668151001.pdf>
8. Durán S, García J, Parra Margel A, García Velázquez MDR, Hernández-Sánchez I. Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en instituciones de salud en Barranquilla. Cult. Edu. Soc. [Internet]. 1 de julio de 2018

- [citado 19 de junio del 2020]; 9(1):27-44. Disponible en: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1809>
9. Navarro Guitart M, Morelato RA. Síndrome de Burnout. Rev Salud Pública [en línea]. 2020. [fecha de acceso 19 de junio del 2020]; XXIV:64–72.
 10. Burgos Briones JG, Cevallos Ponce VN, Anchundia Párraga JD. Síndrome de Burnout y calidad educativa docente. Rev Arbitr Interdiscip Koinonía [en línea]. 2019; [fecha de acceso 19 de junio del 2020]; 4(8):739. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7440791>
 11. Martínez Napán GW. Nivel del síndrome de Burnout en las enfermeras de centro quirúrgico de una clínica en Lima Metropolitana. Repositorio de Tesis - UNMSM. Lima; 2017. p. 92.
 12. Castro Sánchez AM, Rodríguez Claro ML, Moreno Lorenzo C, Vicente Martín C, Arroyo Morales M, Fernández Fernández MJ. Prevalencia del síndrome de Burnout en fisioterapia. Fisioterapia [en línea]. 2006; [fecha de acceso 22 de junio del 2020]; 28(1):17–22. URL disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563806740172>
 13. Méndez Venegas J. Estrés laboral o síndrome de “burnout.” Acta pediátrica México [en línea]. 2004; [fecha de acceso 22 de junio del 2020]; 25(5):299–302. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext&tlng=en
 14. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cuba Salud Pública [en línea]. 2014; [fecha de acceso 22 de junio del 2020]; 29(2):103–10. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext&tlng=en
 15. Linares Delgado AC, Poma Alanya ZM. Estilos de afrontamiento al estrés y síndrome de burnout en una dependencia de la Policía Nacional del Perú de Lima, 2016. LIMA, [en línea] Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Psicología; [fecha de acceso 22 de junio del 2020]; 2016. p. 125. URL disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/430>
 16. Patel A, Jernigan DB, Team 2019-nCoV C D C Response. Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak [en línea]. Morb Mortal Wkly Rep. [fecha de acceso 22 de junio del 2020];

- 2020;69(5). URL disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7004396/>
17. WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1. [en línea] WHO Bull. 2020; [fecha de acceso 26 de junio del 2020]; (january):1–7. URL disponible en:
<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>
18. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, a worldwide public health emergency. Rev Clin Esp. [en línea]. 2020; [fecha de acceso 28 de junio de 2020]; (xx):1–7. URL disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2254887420300333>
19. Pérez M, Gómez J, Ronny D. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev Habanera Ciencias Médicas. [en línea]. 2020; [fecha de acceso 28 de junio de 2020]; 19(2):1–15. URL disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005
20. Quesada JA, López-Pineda A, Gil-Guillén VF, Arriero-Marín JM, Gutiérrez F, Carratala-Munuera C. Incubation period of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Rev Clínica Española (English Ed) [en línea]. 2020; [fecha de acceso 28 de junio de 2020]; (xx). URL disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2254887420301466>
21. Guerra Huanqui DJ. Estudio Comparativo del Síndrome de Burnout en Obstetras de los Centros de Salud “Maritza Campos Díaz” y “Edificadores Misti”, Octubre – Noviembre, Arequipa 2017. Universidad Católica de Santa María; [en línea] 2018. URL disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7705>
22. Salas P. Frecuencia del Síndrome de Burnout y el grado de satisfacción laboral en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en el año 2015 - Arequipa. Repos Tesis - UCSM. [en línea] 2016;119. URL disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/198125985.pdf>
23. Castillejo Olivas DE, León Ortega JP, Navarro Sulca K. Nivel de Estrés Laboral del Profesional de Enfermería según tipo de Cirugía en Centro Quirúrgico en un Hospital del Ministerio de Salud, Setiembre-octubre 2017 Trabajo. Universidad Peruana Cayetano Heredia; [en línea] 2017. URL disponible en:
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/944>
24. Tipacti Castillo CA. Relación Entre La Percepción del Clima Organizacional y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial de un Instituto de Salud de Lima

- Metropolitana. Repositorio De Tesis - UPCH. Universidad Peruana Cayetana Heredia; [en línea] 2016. URL disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/4348>
25. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel P. Sintomatología Asociada a Trastornos De Salud Mental En Trabajadores. Rev Interam Psicol J Psychol [en línea]. 1298; [fecha de acceso 28 de junio de 2020]; 2020(1). URL disponible en: <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1298>
 26. Lozano-Vargas Antonio. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Rev Neuropsiquiatra [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Ene 16]; 83(1): 51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es.
 27. Serra Valdes MÁ. Infección respiratoria aguda por 2019-nCoV: una amenaza evidente. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado 17 Ene 2021], 19(1). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3171>
 28. Organización Mundial de la Salud. (2020). Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV): orientaciones provisionales, 25 de enero de 2020. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330685>.
 29. Hussin A, Rothan E, Siddappa N, Byrareddy T. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19). Outbreak Journal of Autoimmunity [Internet]. 2020 [citado 17 de Ene. de 21]; 102(433). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
 30. Naranjo Domínguez A, Valdés Martín A. COVID- 19. Punto de vista del cardiólogo. Rev Cuban Cardiol [Internet]. 2020 [citado el 17 de Ene. de 21] ;26(1): Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/951>
 31. Belasco AGS, Fonseca CD. Coronavírus 2020. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado el 17 de enero del 2021]; 73(2); Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>
 32. Elejabarrieta F, Iñiguez L. Construcción de Escalas de Actitud, Tipo Thurstone y Likert. SOCESC [Internet]. 9 de septiembre de 2010 [citado 17 de enero de 2021];0(17). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6820>

- 33 Aignerren M. Técnicas de Medición por Medio de Escalas. SOCESC [Internet]. 25 de agosto de 2010 [citado 17 de enero de 2021];0(18). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552>
- 34 García J, Aguilera J, Castillo A. Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. Odiseo, revista electrónica de pedagogía [Internet] 2011, [Citado el 17 de enero del 2021] 8 (16). Disponible en: <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/garcia-aguilera-castillo-guia-construccion-escalas-actitud.html>
- 35 Matus E, y Matus L. Escala de actitudes hacia el confinamiento por COVID-19. Propiedades psicométricas. [Internet] 2020. [Citado el 10 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://zenodo.org/record/3840712#.Y4TjHnbMKHs>
- 36 Montes Díaz, A; Ochoa C, J., Juarez H. B; Vazquez M. Mixtli y Díaz L. César. (2021). Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un estudio de fisioterapia.

ANEXO N° 01
INSTRUMENTOS



PRIMER INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA EL CONFINAMIENTO POR EL COVID-19

A continuación, se presentan afirmaciones en las que deseamos conocer que tan de acuerdo se encuentra con ellas. Las Respuestas, están en una escala de uno a cinco, donde 1= Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo, 4 = De acuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas, deseamos conocer su experiencia durante la situación de confinamiento por coronavirus.

Ítems	1	2	3	4	5
Factor Cognitivo					
1. Me informo sobre el COVID-19	1	2	3	4	5
2. Me lavo las manos	1	2	3	4	5
3. Sé cómo se trasmite el COVID-19	1	2	3	4	5
4. Sé que hacer en caso de enfermarse de COVID-19	1	2	3	4	5
5. Hablo con mi familia sobre el COVID-19	1	2	3	4	5
6. Identifico los síntomas de COVID-19	1	2	3	4	5
7. Cumpló con la cuarentena	1	2	3	4	5
8. Veo noticias	1	2	3	4	5
9. Conozco los decretos del Ministerio de Salud	1	2	3	4	5
10. Como lo necesario	1	2	3	4	5
11. Trabajo desde casa	1	2	3	4	5
12. Reenvío información verdadera	1	2	3	4	5
Factor Afectivo					
13. Me siento confundido	1	2	3	4	5
14. Me siento vulnerable	1	2	3	4	5
15. Me siento indefenso	1	2	3	4	5
16. Me siento agobiado	1	2	3	4	5
17. Me siento en peligro	1	2	3	4	5
18. Me siento con miedo	1	2	3	4	5
19. Me siento molesto	1	2	3	4	5
20. Me siento aislado	1	2	3	4	5
21. Me siento enojado	1	2	3	4	5
22. Me siento con incertidumbre	1	2	3	4	5
23. Me siento cansado	1	2	3	4	5
24. Me siento preocupado	1	2	3	4	5
25. Me siento preso	1	2	3	4	5
26. Me siento en riesgo	1	2	3	4	5
27. Desconfío de las autoridades	1	2	3	4	5
Factor Conductual					
28. Canto	1	2	3	4	5
29. Bailo	1	2	3	4	5
30. Escribo	1	2	3	4	5
31. Hago actividades manuales	1	2	3	4	5
32. Leo	1	2	3	4	5
33. Hago ejercicio	1	2	3	4	5
34. Platico con mis amigos	1	2	3	4	5
35. Veo Televisión	1	2	3	4	5
36. Estudio lo que me gusta	1	2	3	4	5

**FICHA DE MEDICIÓN DE LA ACTITUD HACIA EL CONFINAMIENTO POR
EL COVID-19 SEGÚN FACTORES**

VARIABLE	CATEGORIAS	PUNTUACION
Actitud Hacia el Confinamiento por el COVID-19	Muy Favorable	Mayor 115
	Favorable	92 - 115
	Desfavorable	68 - 92
	Muy Desfavorable	Menor 68

Factor Cognitivo	Puntaje
Muy favorable	Mayor de 39
Favorable	30 - 39
Desfavorable	21 - 30
Muy desfavorable	Menor de 21
Factor Afectivo	Puntaje
Muy favorable	Mayor de 45
Favorable	35 - 45
Desfavorable	25 - 35
Muy desfavorable	Menor de 25
Factor Conductual	Puntaje
Muy favorable	Mayor de 27
Favorable	21 - 27
Desfavorable	15 - 21
Muy desfavorable	Menor de 15

SEGUNDO INSTRUMENTO

TEST DE MASLACH DE BURNOUT INVENTORY

A cada uno de los Ítems se debe responder expresando la frecuencia con un valor del 1 al 6 de la siguiente manera.

0=Nunca	1= Una vez al año o menos
2 = Una vez al mes o menos	3= Algunas veces al mes
4= Una vez a la semana	5= Varias veces a la semana
6= Diariamente	

Por favor, señale el número que considere más adecuado en el que Ud. se encuentre con una "X"

ITEMS	0	1	2	3	4	5	6
1. (AE) Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.							
2. (AE) Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.							
3. (AE) Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.							
4. (RP) Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5. (D) Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. (AE) Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.							
7. (RP) Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.							
8. (AE) Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. (RP) Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.							
10. (D) Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11. (D) Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. (RP) Me siento muy enérgico en mi trabajo.							
13. (AE) Me siento frustrado por el trabajo.							
14. (AE) Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. (D) Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.							
16. (AE) Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. (RP) Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.							
18. (RP) Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.							
19. (RP) Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. (AE) Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21. (RP) Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. (D) Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.							

AE: Agotamiento Emocional

D: Despersonalización

RP: Realización Personal

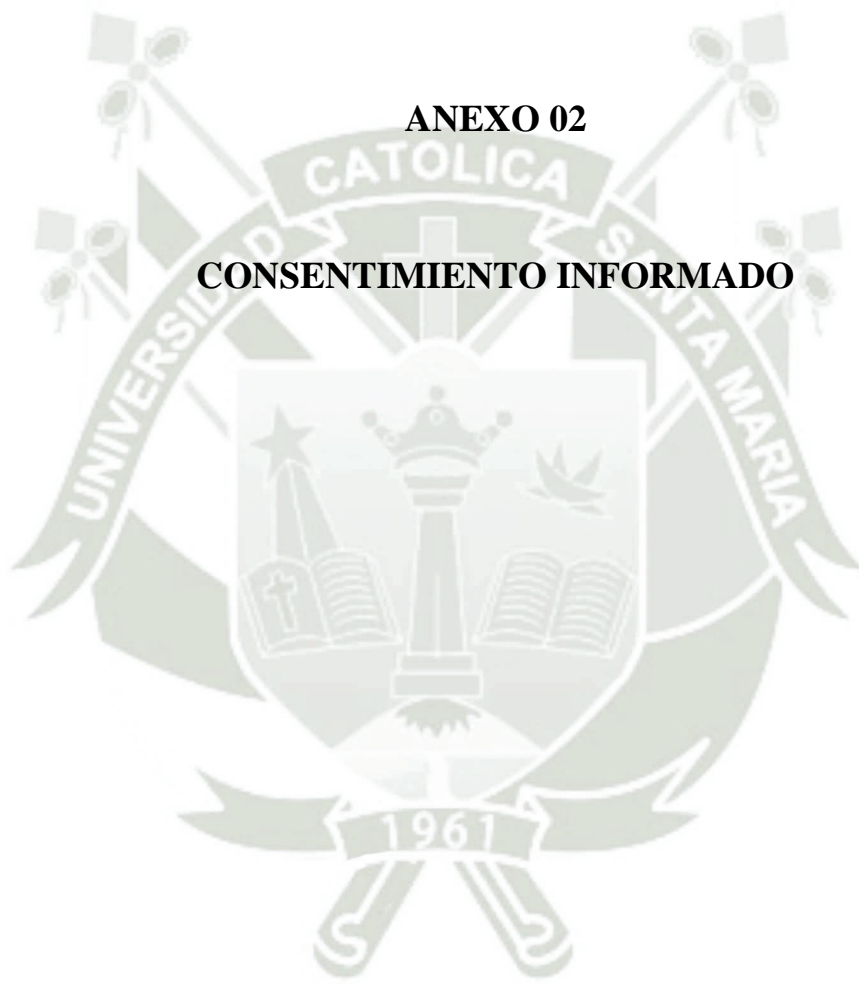
FICHA DE MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT SEGÚN DIMENSIONES

VARIABLE	NIVEL	PUNTUACION
Síndrome de Burnout	Alto	49 a 85
	Moderado	29 a 48
	Bajo	5 a 28

Despersonalización	Puntaje
Alto	Mayor de 15
Moderado	07 al 15
Bajo	Menor de 15
Realización Personal	Puntaje
Alto	Mayor de 36
Moderado	28 al 36
Bajo	menor de 36
Desgaste Emocional	Puntaje
Alto	Mayor de 28
Moderado	16 al 28
Bajo	Menor de 28

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO



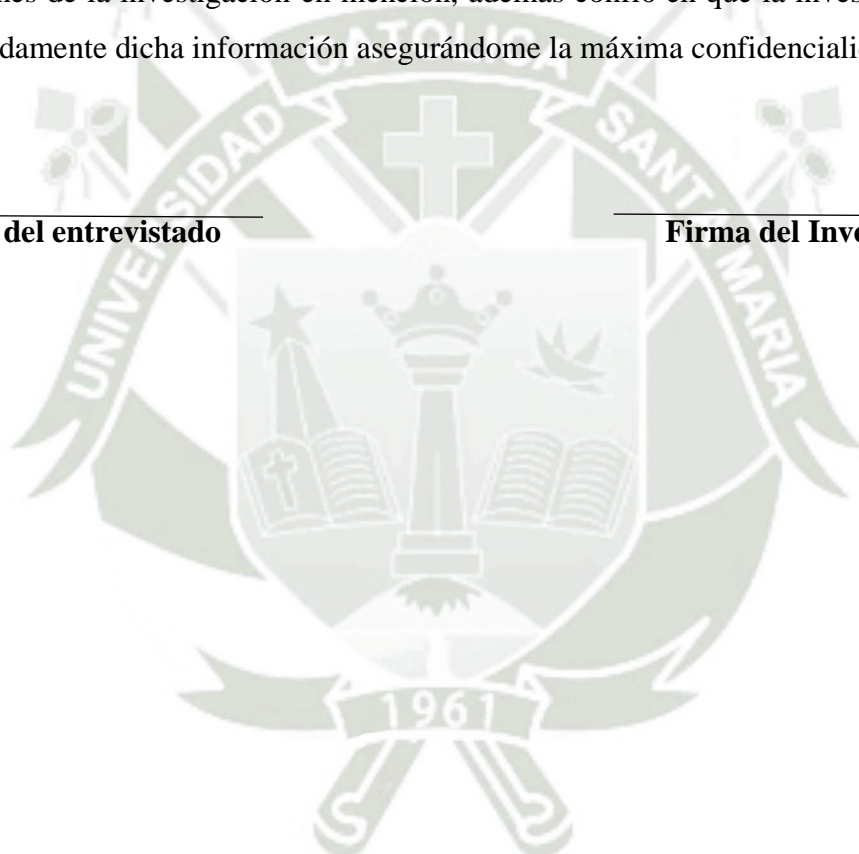
FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....acepto participar voluntariamente en esta investigación titulada “**Actitud hacia el confinamiento del COVID – 19 y el Síndrome de Burnout del Personal de Salud del Centro de Atención Primaria III Metropolitano Puno, 2021**”, realizado por el Maestría en Salud Pública, Edward Bryan Gómez Sánchez, de la Universidad Católica de Santa María.

He sido informado(a) del propósito de este, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma del entrevistado

Firma del Investigador



ANEXO 03

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN



Código	PROFESIONAL	SEXO	EDAD	FACTOR COGNITIVO												FACTOR AFECTIVO														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1	MEDICO	F	35	4	5	5	4	4	5	4	4	2	4	1	2	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	5	5	3	3	3
2	QUIMICO FARMACEUTICO SERUMS	M	32	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	5
3	ENFERMERA	F	40	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	1	5	1	4	1	1	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4
4	TECNICO DE ENFERMERIA II	M	52	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	1	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	3
5	TECNICO DE ENFERMERIA II	F	44	5	5	5	5	5	5	0	4	5	4	1	5	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	5	3	2	4	5
6	ENFERMERA	F	41	4	5	5	5	5	5	1	4	4	4	1	4	3	1	1	2	4	3	2	3	2	3	4	4	2	4	3
7	MEDICO	F	35	4	5	4	3	4	3	4	4	3	4	1	0	4	3	3	3	2	3	3	3	4	2	2	2	3	2	2
8	ENFERMERA	F	68	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	1	4	4	0	0	2	4	4	2	2	2	2	4	4	2	4	4
9	ASISTENTA SOCIAL	F	67	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	2	4	3	4	2	3	4	4	2	2	2	2	3	2	2	1	4
10	OBSTETRIZ	F	46	5	5	5	5	5	5	5	2	4	5	1	3	4	4	3	4	5	3	4	4	3	5	4	4	1	5	2
11	ENFERMERA	F	45	3	3	4	4	2	3	3	4	4	4	1	4	1	3	2	2	5	3	3	5	3	2	5	3	3	4	4
12	NUTRICIONISTA	F	48	3	4	5	3	2	4	5	4	4	5	5	1	4	0	4	4	4	1	5	1	4	1	1	3	4	5	3
13	TEC. ADMINISTRATIVO Y APOYO	M	49	2	3	4	4	2	4	3	5	3	5	4	2	4	4	5	5	5	1	4	2	4	3	3	2	3	4	4
14	DIGITADOR	M	51	4	2	2	2	3	2	2	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	1	5	4	4	4	4	4	2	2	2
15	MEDICO	F	51	4	5	5	4	4	5	4	4	5	3	2	3	1	3	4	4	4	1	4	3	1	1	2	4	4	5	3
16	ENFERMERA	F	32	4	4	4	1	5	1	4	1	1	4	0	4	3	4	2	3	3	4	4	4	5	3	2	4	4	4	1
17	TECNICO ENFERMERIA	F	36	5	5	5	1	4	2	4	3	3	3	3	4	5	3	2	4	5	4	4	4	5	3	2	5	5	5	1
18	TECNICO DE ENFERMERIA II	F	45	4	5	4	1	5	4	4	4	4	4	2	3	4	4	2	4	3	5	3	5	4	5	3	2	5	4	1
19	ENFERMERA	F	34	4	4	4	1	4	3	1	1	2	4	4	2	2	2	3	2	2	4	5	4	4	5	5	4	4	4	1
20	QUIMICO FARMACEUTICO	F	49	5	4	4	1	4	4	0	0	2	4	4	5	4	3	4	3	4	4	3	4	1	0	3	5	3	2	5
21	TECNOLOGO MEDICO SERUMS	F	24	5	5	5	2	4	3	4	2	3	4	4	5	5	5	4	5	4	5	4	4	1	4	5	1	4	1	1
22	OBSTETRIZ	F	45	2	4	5	1	3	4	4	3	4	5	3	5	5	5	1	5	5	5	5	5	2	4	4	2	4	3	3
23	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	F	27	4	4	4	1	4	1	3	2	2	5	3	5	5	5	5	5	5	2	4	5	1	3	5	4	4	4	4
24	TECNICO DE ENFERMERIA II	M	41	4	4	5	5	1	4	0	4	4	4	1	3	4	4	2	3	3	4	4	4	1	4	4	3	1	1	2
25	ENFERMERA	F	58	5	3	5	4	2	4	4	5	5	5	1	3	3	3	4	5	3	2	4	3	3	3	4	5	3	2	4
26	PROF. TECNICO ASISTENCIAL	F	45	4	5	4	3	4	3	4	4	3	4	1	0	4	3	3	3	2	3	3	3	4	2	2	2	3	2	2

FACTOR CONDUCTUAL										ACTITUD								A	A	A	R	D	A	R	A	R	D	D	R	A	A	D	A	R	R		
2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	Cognit	CATFC	Fafect	CATFa	Fconduc	CATFc	punta	CATACTI	E	E	E	P	D	E	P	E	P	D	D	P	E	E	D	E	P	P		
7	8	9	0	1	2	3	4	4	4	44	4	55	4	31	4	130	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1		
3	3	3	2	4	3	4	4	4	4	46	4	53	4	36	4	135	4	6	5	5	5	0	3	5	5	4	2	3	4	3	4	4	4	5	4	5	
5	4	3	5	4	5	4	4	3	4	52	4	49	4	23	3	124	4	3	3	3	6	0	3	5	0	5	0	0	5	4	6	0	0	5	5	5	
4	1	1	1	3	3	4	2	4	4	50	4	46	4	36	4	132	4	0	1	2	4	6	5	3	5	5	5	5	6	5	3	2	5	4	5	5	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	50	4	46	4	36	4	132	4	0	3	1	6	0	3	5	1	3	0	0	4	1	1	0	1	5	2	2	
5	4	4	5	1	4	2	5	4	5	49	4	55	4	34	4	138	4	6	3	0	6	6	6	6	3	1	6	6	5	5	5	0	0	1	2	2	
3	5	3	5	5	5	3	4	5	5	47	4	41	3	40	4	128	4	1	3	3	5	5	3	6	1	3	5	5	3	1	3	0	1	5	5	5	
2	4	5	4	3	3	2	4	5	3	39	3	41	3	33	4	113	3	5	6	5	3	2	5	4	5	5	5	5	3	5	5	2	3	3	3	3	
4	5	4	4	4	4	2	4	4	4	51	4	40	3	35	4	126	4	5	5	5	5	2	5	5	6	6	1	1	4	1	3	0	3	5	4	4	
4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	52	4	40	3	33	4	125	4	4	6	0	1	6	2	6	0	0	6	0	1	5	6	5	3	2	5	5	
2	5	5	3	1	3	5	1	1	3	50	4	55	4	27	3	132	4	4	1	5	2	3	5	5	5	0	3	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5
4	2	3	3	4	4	4	4	5	2	39	3	48	4	31	4	118	4	3	6	0	3	5	0	5	0	0	5	4	6	1	3	3	5	5	3	3	
3	2	4	5	4	4	5	4	5	4	45	4	44	3	37	4	126	4	2	5	4	3	1	4	5	4	4	5	4	2	0	1	2	4	6	5	5	
4	2	4	3	5	3	5	5	1	4	41	4	53	4	32	4	126	4	4	3	5	4	6	6	5	3	2	5	4	5	1	2	2	5	0	2	2	
2	3	2	2	4	5	4	4	2	4	39	3	53	4	30	4	122	4	5	4	4	5	4	2	1	2	2	5	1	3	3	5	5	3	6	1	1	
3	2	4	5	5	4	4	5	4	4	48	4	44	3	37	4	129	4	1	2	0	6	0	1	6	2	6	0	0	6	0	1	0	0	5	6	6	
1	5	1	4	1	1	4	4	3	1	33	3	50	4	24	3	107	3	0	6	1	6	6	6	6	5	3	2	6	3	5	5	2	5	5	6	6	
1	4	2	4	3	3	3	0	4	3	42	4	57	4	26	3	125	4	3	4	0	5	0	0	5	2	5	2	4	6	1	1	0	1	1	0	0	
1	5	4	4	4	4	5	3	2	2	44	4	54	4	33	4	131	4	1	2	2	5	0	2	5	2	4	1	0	5	0	5	0	0	5	5	5	
1	4	3	1	1	4	5	1	4	4	34	3	51	4	27	3	112	3	0	5	0	0	5	5	6	3	3	5	5	3	6	1	3	6	3	0	0	
5	3	3	4	4	2	3	2	4	3	37	3	48	4	28	4	113	3	6	6	6	6	1	6	6	6	6	5	3	2	6	3	0	6	6	6	6	
1	3	4	5	3	2	4	1	3	4	46	4	53	4	29	4	128	4	1	3	0	3	5	4	6	6	5	3	2	5	4	5	5	0	5	0	0	
3	2	3	4	4	2	4	1	4	1	43	4	58	4	25	3	126	4	4	3	1	4	5	4	4	5	4	2	0	1	6	5	5	5	0	3	3	
4	4	2	2	2	3	2	5	1	4	38	3	61	4	25	3	124	4	0	5	0	0	5	2	5	2	4	6	1	1	0	3	1	6	0	3	0	
2	4	4	5	3	2	4	4	2	4	39	3	44	3	32	4	115	3	1	1	0	1	5	2	3	5	5	5	0	3	5	5	4	1	3	0	0	
4	3	3	3	4	5	3	2	4	4	46	4	51	4	31	4	128	4	6	1	1	0	1	1	4	4	5	4	2	3	1	6	0	3	5	1	1	
2	4	5	4	3	3	2	4	5	3	39	3	41	3	33	4	113	3	5	6	5	3	2	5	4	5	5	5	5	3	5	5	2	3	3	3	3	

RP	AE	RP	D	SB		Agotam		RealPersonal		Desperzonaliz	
				PTSSB	NIVSB	AE	NIVAE	RP	NRP	D	ND
19	20	21	22	PTSSB	NIVSB	AE	NIVAE	RP	NRP	D	ND
6	5	3	3	P	3	41	3	36	2	12	3
5	4	1	0	63	2	26	3	37	2	0	1
5	5	4	1	86	2	31	3	36	2	19	3
3	1	3	1	44	2	12	1	31	1	1	1
4	6	5	3	85	2	34	3	30	1	21	3
5	0	0	0	63	2	16	1	32	1	15	3
3	3	3	5	88	2	42	3	27	1	19	3
6	3	1	1	77	2	36	3	36	2	5	1
4	5	5	5	77	2	31	3	24	1	22	3
5	6	6	1	88	2	41	3	30	1	17	3
6	1	3	5	72	2	19	2	31	1	22	3
3	2	5	0	71	2	26	3	33	1	12	3
5	2	4	1	76	2	31	3	27	1	18	3
3	5	5	0	74	2	33	3	26	1	15	3
6	1	5	0	54	2	8	1	46	3	0	1
6	1	2	0	87	2	34	3	37	2	16	3
1	5	2	3	51	2	17	1	25	1	9	2
6	0	2	1	53	2	14	1	37	2	2	1
6	6	6	6	83	2	32	3	27	1	24	3
6	4	5	6	107	3	49	3	43	3	15	3
0	5	5	6	78	2	28	3	29	1	21	3
5	5	4	2	77	2	38	3	25	1	14	3
5	1	3	0	53	2	19	2	21	1	13	3
3	5	4	6	67	2	25	2	22	1	20	3
3	0	2	6	59	2	23	2	23	1	13	3
3	3	3	5	88	2	42	3	27	1	19	3

