

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Segunda Especialidad en Psiquiatría



CARACTERÍSTICAS GENERALES, FRECUENCIA Y SEVERIDAD DEL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN CONTACTO CON PACIENTES COVID AREQUIPA 2020

Proyecto de Investigación presentado por
M.C. Jara Terrazas, Juvenal
para optar el Título de Segunda
Especialidad en Psiquiatría.

Asesora: Dra. Muñoz del Carpio Toia,
Agueda

Arequipa – Perú

2021



Dedicatoria

A mi familia, por ser mi soporte, mi fortaleza y mi contención.

A mi asesora por su dedicación y apoyo incondicional

RESUMEN

La enfermedad del COVID 19, ha traído consigo el colapso de diversos hospitales del país, pero también la exposición a los trabajadores de salud a riesgos psicosociales y gran sobrecarga laboral. Los médicos sobre todo, han debido tomar decisiones muy difíciles ante una enfermedad desconocida, sin tratamiento probado, ni vacunas, además deben trabajar en hospitales con gran demanda de pacientes críticos COVID confirmados, con diversas carencias en infraestructura, dispositivos médicos y profesionales de la salud para áreas críticas. El objetivo del presente proyecto es determinar la frecuencia y nivel ocurrencia e intensidad de Síndrome de Burnout (SB) en médicos del Hospital III Goyeneche durante la pandemia del COVID-19 Arequipa 2020. Para lograr este objetivo, se realizará un estudio observacional, transversal. Se evaluarán características epidemiológicas de los médicos del Hospital III Goyeneche, relacionadas a la edad, género, tiempo y servicio en el que labora y si tiene contacto con pacientes COVID 19. Además se administrará el Inventario de Burnout de Maslach. Se espera encontrar la frecuencia de médicos con síndrome de Burnout y su relación con la atención de pacientes COVID 19. Los resultados obtenidos serán de gran utilidad para implementar intervenciones de apoyo a estos profesionales.

Palabras clave

Síndrome de Burnout en Médicos. Pacientes COVID 19. Médicos frente al COVID 19.

ABSTRACT

The COVID 19 disease has brought with it the collapse of various hospitals in the country, but also the exposure of health workers to psychosocial risks and great work overload. Doctors, above all, have had to make very difficult decisions when faced with an unknown disease, without proven treatment or vaccines, and they must also work in hospitals with a high demand for confirmed critical patients, with various deficiencies in infrastructure, medical devices, and health professionals. for critical areas. The objective of this project is to determine the frequency and level of occurrence and intensity of Burnout Syndrome (SB) in doctors at Hospital III Goyeneche during the COVID-19 Arequipa 2020 pandemic. To achieve this objective, an observational, cross-sectional study will be conducted. The epidemiological characteristics of the doctors of the Honorio Delgado Hospital will be evaluated, related to the age, gender, time and service in which they work and if they have contact with COVID 19 patients. In addition, the Maslach Burnout Inventory will be administered. It is expected to find the frequency of doctors with Burnout syndrome and its relationship with the care of COVID 19 patients. The results obtained will be very useful for implementing support interventions for these professionals.

Keywords

Burnout Syndrome in Doctors. COVID 19 patients. Doctors against COVID 19.

INDICE

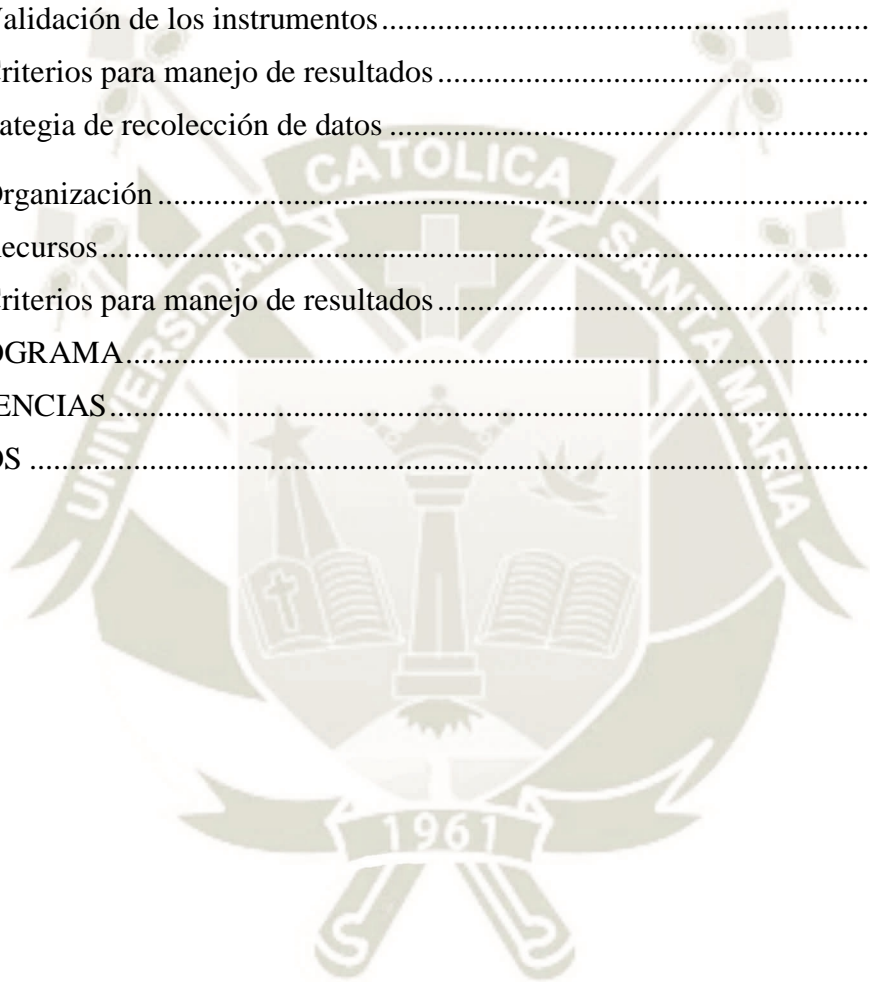
DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

PREÁMBULO	1
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. Problema de investigación	2
1.1 Enunciado del problema.....	2
1.2 Descripción del problema	2
1.3. Justificación del problema.....	4
2. Marco Conceptual:.....	5
2.1. Síndrome de Burnout	5
2.2. COVID 19.....	14
3. Análisis de antecedentes investigativos	20
4. Objetivos	29
4.1. Objetivo General	29
4.2. Objetivo Específicos	29
5. Hipótesis.....	29
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	30
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	30
1.1. Técnicas	30
1.2. Instrumentos.....	30
1.3. Materiales.....	30
2. Campo de verificación	30
2.1. Ubicación espacial	30
2.2 Ubicación temporal	31
2.3. Unidades de estudio	31
2.4. Población.....	31
3. Criterios de selección:.....	31

3.1. Criterios de Inclusión.....	31
4. Tipo de investigación:.....	32
5. Nivel de investigación.....	32
6. Estrategia de Recolección de datos.....	32
6.1. Organización.....	32
6.2. Validación de los instrumentos.....	32
6.3. Criterios para manejo de resultados.....	32
7. Estrategia de recolección de datos.....	33
7.1. Organización.....	33
7.2. Recursos.....	33
7.3. Criterios para manejo de resultados.....	34
III. CRONOGRAMA.....	35
IV. REFERENCIAS.....	36
V. ANEXOS.....	42



PREÁMBULO

A finales del año 2019, la comunidad científica y la comunidad en general era sorprendida con la aparición de una nueva enfermedad asociada a un coronavirus, cuyo brote se inició en China en diciembre 2019, designada COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) denominado Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (1) y que se diseminó por diversos países del mundo, por lo que la Organización Mundial de la Salud la declara como pandemia el 11 de marzo de 2020 (2).

Los médicos de un momento a otro, debieron enfrentar esta pandemia atendiendo a pacientes afectados por COVID-19, con gran desborde en la demanda y escasa oferta de camas, de pruebas moleculares, camas de hospitalización, camas en las unidades de cuidados intensivos y ventiladores, ya que la evidencia ha demostrado a nivel global, desde el inicio de la pandemia que el 15% de los pacientes requerían ser hospitalizados y de ellos, el 5% requerían ser ingresados a las en las unidades de cuidados intensivos para recibir ventilación mecánica (3,4,5).

En esta situación de emergencia sanitaria, los médicos constituyen la primera línea de acción frente al COVID-19, situación que los expone a diversos riesgos psicosociales, no solo por la preocupación de la evolución de sus pacientes, exceso de demanda de horas de trabajo, sino por el miedo a propagar la infección y contagiar a sus familiares (6).

Esta exposición crónica a factores psicosociales durante varios meses y de manera constante, podrían desencadenar el Síndrome de Burnout (7).

De allí la importancia de realizar investigaciones que brinden evidencias sobre la frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triage del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1 Enunciado del problema

¿Cuáles son las Características generales, frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triage del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa, 2020?

1.2 Descripción del problema

a) Área del conocimiento

Área General: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Síndrome de Burnout -Covid 19

b) Análisis y operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR
CARACTERISTICAS GENERALES DEL SINDROME DE BURNOUT	Epidemiológico	Edad
		Genero
		Procedencia
	Laboral	Tiempo de Trabajo
		Servicio en el que trabaja
		Contacto con Paciente COVID
FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT	Test de MASLACH	Agotamiento Emocional
		Despersonalización
		Realización Personal
SEVERIDAD DE SINDROME DE BURNOUT	Test de MASLACH	Agotamiento Emocional Bajo < 19 Medio 19-26 Alto > o igual a 27
		Despersonalización Bajo < 6 Medio 6-10 Alto > 10
		Realización Personal Bajo 0- 30 Medio 34-39 Alto > o igual a 40

- Fuente: Elaboración propia.

c) Interrogantes básicas

¿Cuáles son las Características generales, frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triage del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa 2020?

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los médicos con Síndrome de Burnout que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triage del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa 2020?

¿Cuáles son las características laborales de los médicos con Síndrome de Burnout que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triage del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa 2020?

d) Método y tipo de investigación

La investigación será de tipo observacional de campo.

e) Nivel de investigación

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal y de relación.

1.3. Justificación del problema

Contemporaneidad: La enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2 COVID 19, es en la actualidad la enfermedad que más requiere ser investigada en el mundo, y su repercusión en la salud mental de los médicos que atienden en primera línea es de gran importancia.

Originalidad: Este trabajo es el primero de su tipo a nivel local sobre la frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triage del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 en nuestra Región.

Justificación Científica: El presente proyecto busca identificar la frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos en contacto con pacientes COVID 19 levantando información con un instrumento validado que puede permitir un diagnóstico que nos ayude a generar conocimiento sobre el impacto de esta pandemia en el profesional médico.

Justificación Social y académico: La pandemia del Covid 19 es la responsable del contagio de más de 11 millones de casos, con más de 524 mil personas fallecidas a nivel mundial (8) y en Perú es responsable de 10,226 muertes, 295,599 contagiados y 11,131 hospitalizados (9). Esta situación ha provocado además de las pérdidas humanas, una inmensa incertidumbre y desgaste a la salud física y mental en los médicos que atienden en primera línea en los hospitales, por lo que el presente estudio, tiene gran valor social y académico.

Factibilidad: Existe un efectivo apoyo a la investigación de temas relacionados al Covid 19, por lo que el acceso a los médicos es factible.

2. Marco Conceptual

2.1. Síndrome de Burnout

2.1.1. Definición

El síndrome de burnout es “un síndrome psicológico consecuencia de factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo, cuyas 3 dimensiones fundamentales son la sensación de agotamiento, cinismo y falta de realización personal” (12).

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (22).

El término “BurnOut” aparece codificado en las afecciones causadas por factores psicosociales en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-CEI-10^a Ed (21) donde se le asigna el código 070-03 al Síndrome de Agotamiento Emocional o Síndrome de “Burn Out”, como una enfermedad ocupacional causada por factores psicosociales. Al respecto, en 1976, las psicólogas Maslach y Jackson presentaron en el Congreso Anual de la Asociación Americana de

Psicólogos, la descripción del término “Burn Out” como la “pérdida gradual de la preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja, que conlleva a un aislamiento o deshumanización”. Sin embargo, Maslach advirtió en 1982, con la elaboración del Maslach BurnOutInventory (MBI), la inconveniencia de utilizar el término “BurnOut” referido a distintos problemas y en distintos contextos por lo que sugirió utilizar en ese caso el término Síndrome de Agotamiento Emocional, para los efectos (22).

2.1.2. Epidemiología

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo (23).

En Holanda, aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros; siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud donde los individuos poseen más posibilidades de desarrollarlo: médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos.

Un estudio realizado en Canadá, reportó una incidencia del SB hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad. En Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: en el 2004 se determinó la incidencia del SB en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, con una incidencia de 20% en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%. En el 2009, Millán- González et al y Gamboa-Montero et al corrieron dos estudios transversales y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el primero incluyó 121 sujetos que cursaban primer y tercer año de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría, mientras que el segundo solo incluyó médicos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva (n=16, que incluyó ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y residentes).

El primer estudio (Millán-González et al) concluyó que el síndrome del quemado se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia, mientras que el segundo (Gamboa-Montero et al) documentó una incidencia de 23.5% (23,24,25).

La tasa de prevalencia del Síndrome de Agotamiento Emocional es variable respecto del grupo ocupacional. En España, la tasa de prevalencia se considera alta. Entre el 10 y 20% del personal sanitario español padece del trastorno, de acuerdo al informe de la Fundación Prevent; en Barcelona. Fluctúa entre 17.83% en enfermeras y 71.4% en médicos. Otro tanto sucede en Latinoamérica, Chile registra la tasa más alta de prevalencia del Síndrome de “Burn Out”, llegando hasta el 83% de casos sintomáticos con más de 60 horas a la semana; mayor afectación en mujeres médicas del primer y segundo nivel de atención. En Perú, el síndrome de “BurnOut”, se presenta con mayor prevalencia en médicos varones y en enfermeras mujeres. No obstante, los autores insisten al señalar que los profesionales asistenciales presentaban síndrome de “Burn Out” asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional. Los elevados índices de estrés y la sensación de sobrecarga laboral en profesionales de la salud, indican que, probablemente, se trate de un problema de salud ocupacional mayor, relacionado con el síndrome de “Burn Out”, que compromete tanto la eficacia organizacional como la efectividad de la atención al usuario (22).

2.1.3. Etiología

Se ha visto la importancia del estrés en el desarrollo del Síndrome de Burnout, pero actualmente se dice que es un proceso multicausal y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. Sumado a los elementos anteriores nombrados, se describen factores de riesgo, que hacen susceptible al individuo ante la noxa (26).

- Componentes personales: La edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la

armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).

- Inadecuada formación profesional: Excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- Factores laborales o profesionales: Condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
- Factores sociales: Como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: Cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos. Sumados a los citados, algunos investigadores han logrado aislar posibles factores de riesgo para desarrollo de Síndrome de Burnout en la población médica.
- Ser joven + tener hijos + trabajar >60 horas a la semana
- Recibir muchas llamadas irregulares (recibir llamadas durante 2 o más noches durante la semana) (26).
- Aumentar la carga de trabajo para pagar deudas Danhof-Pont et al (2010) realizó un metanálisis que incluyó a 31 estudios donde se tomaron en cuenta posibles biomarcadores (cortisol, sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), presión arterial, Proteína C Reactiva (PCR), linfocitos Natural Killer (NK) y prolactina) en pacientes con síndrome de desgaste profesional (17 fueron de casos y controles y enrolaron 1667 pacientes con SB vs 1575 sanos y los restantes 14 fueron estudios transversales, que incluyeron 2704 individuos que se dividieron en 2 grupos: burnout leve o severo), pero no encontraron diferencias estadísticamente significativas para sugerir que alguno de ellos se ve afectado en el Síndrome de Burnout (23,27).

2.1.4. Presentación Clínica

Se identifican 3 componentes del Síndrome de Burnout:

1. Cansancio o agotamiento emocional: Pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga
2. Despersonalización: Construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
3. Abandono de la realización personal: El trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo (28).

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: Negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño (27).

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles:

- Leve: Quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: Cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: Enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: Aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios (28).

2.1.5. Diagnóstico

La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es el Maslach Burnout Inventory: que consta de 22 enunciados y cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems (28).

Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 componentes del Síndrome de Burnout citados anteriormente (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo). De hecho, se agrupan en tres subescalas, una para cada uno de los componentes del síndrome de Burnout (29). Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinaran, no sería posible determinar en cual área es que el paciente tiene más afección.

En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala (30). Además del Maslach Burnout Inventory, existen otros instrumentos que permiten evaluar el síndrome de Burnout, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los 3 componentes clásicos:

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado al trabajo y el desgaste relacionado con el cliente
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, solo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta escala española, a diferencia de los anteriores, incluye la “ilusión (desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas)” como aspecto a evaluar como parte del Síndrome de Burnout (31).

En este caso utilizaremos el “Maslach Burnout Inventory” (7), es una escala auto administrada, la versión breve que es la más utilizada, cuenta con 22 ítems con alternativa de respuesta de tipo Likert.

La puntuación de esta escala va de 0 a 6, “nunca” a “todos los días”, e incluye 3 subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) (7).

Cuenta con 22 ítems, los ítems a la vez agrupados miden la subescalas:

Agotamiento Emocional: 9 ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20

Despersonalización: 5 ítems 5, 10, 11, 15 y 22

Realización Personal: 8 ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21

En cuanto a la valoración se hace en cada ítem la siguiente pregunta: “con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas”, y las respuestas pueden ser autovaloradas con las alternativas del 0 al 6 cuyos rangos indican 0 “nunca” a 6 “todos los días” (13).

2.1.6. Interpretación del Inventario de Burnout de Maslach

En cuanto a la interpretación de este test psicométrico, se requiere sumar el puntaje de cada aspecto evaluado. Para llegar al diagnóstico se debe tener:

Altos niveles de cansancio emocional (≥ 27), altos niveles de despersonalización (≥ 10) y bajos niveles de realización personal (≤ 33), nos identifican síndrome de Burnout (13).

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99 (12).

2.1.7. Tratamiento y Prevención

El tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del Síndrome de Burnout, algunas de ellas son:

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: Familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: Espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Formación continua dentro de la jornada laboral (28).

2.1.8. Factores Protectores y Herramientas de Prevención

Sin lugar a dudas, la prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout requiere un enfoque plural, abarcativo y transdisciplinario. La etiología de dicha afección, como ya se ha señalado, se encuentra en factores individuales, organizacionales y socio-culturales. Algunos de ellos, tales como la cultura del trabajo contemporánea, claramente escapan al campo de acción del médico o profesional de la salud afectado. Es decir, no es una variable que pueda ser atacada y contrarrestada por un esquema de prevención realista y eficaz en el corto y mediano plazo por aquellos que sufren el hecho de sentirse “quemados” en el trabajo. Nuevamente, la prevención y las acciones que puedan tomarse para minimizar estos factores parecerían a priori requerir de tiempos de implementación y ejecución que no resultan ajustados a la urgencia cotidiana del que padece Burnout (32).

Por tal motivo, el hincapié estará puesto, en este caso particular, en aquellas medidas individuales y grupales que estén al alcance del médico, que puedan hallarse dentro del “circulo de influencia” del mismo. Posiblemente algunas de ellas no requieran mayor complejidad en su ejecución, siendo el principal obstáculo cierta reticencia observada tradicionalmente en los médicos a reconocer y afrontar sus propios padecimientos (32). El hecho de darse cuenta a tiempo y reconocer con suficiente anticipación la sintomatología del Burnout constituye como en todo cuadro patológico y/o de sufrimiento un elemento

determinante para la pronta y efectiva resolución del mismo (33). Dicho esto, las principales acciones de prevención son:

- Lograr, en la medida de lo posible, un adecuado balance entre el tiempo dedicado a actividades laborales, particularmente las de carácter asistencial, y el tiempo destinado a actividades recreativas, familiares y/o sociales. Poder orientar el trabajo a hacerlo mejor y no a hacer más. Es parte de la responsabilidad profesional y de la ética del profesional de la salud saber “retirarse a tiempo” de aquellas situaciones laborales en las que se reconoce estresado y también lo es aprender a decir “no” a las exigencias del contexto laboral que exceden las propias capacidades, expectativas y anhelos.
- Mantener un vínculo adecuado de trabajo con los pares y superiores, donde prime la comunicación eficaz y fluida. Así como el “efecto de contagio” en el Burnout está estudiado y comprobado, también lo está la contracara de éste. La claridad en los roles dentro de las instituciones asistenciales, la mejora en la administración del tiempo, la creación de espacios de debate para compartir y poner en común las experiencias en el trato con el paciente, forman parte, entre otras, de las posibles medidas que fortalecen la cohesión y sinergia del equipo. Como se señaló supra, el sentirse “socialmente desprotegidos”, aislados y sin soporte afectivo-emocional representa uno de los dos factores más importantes en la causalidad del Burnout. Por tal motivo, el equipo de trabajo, cuando funciona adecuadamente, constituye una herramienta de inapreciable valor para contrarrestar su aparición (34).
- Establecer metas y objetivos de trabajo cotidiano, en el día a día del trabajo asistencial, que sean realistas y factibles. Evitar la excesiva sobrecarga de la agenda diaria de actividades laborales. El sentimiento de “poder hacer (bien) el trabajo” es uno de los elementos axiales en la percepción de autorrealización en el trabajo. Poder destinar tiempo a la capacitación, formación y actualización permanente y regular (y no esporádica e intensiva) resulta de vital importancia a tal fin (33).

El punto antedicho, acerca de la “autoeficacia” y el sentido de capacidad profesional, se vincula manifiestamente con el concepto de engagement. Este término, de difícil traducción al castellano, remite (en un escueto resumen) a un estilo de compromiso y vinculación

saludable con el trabajo, e históricamente ha estado ligado al concepto de Burnout como su antítesis conceptual. El engagement en el trabajo se logra mediante una relación positiva con el mismo. Lo significativo, en este sentido, es que el mismo trabajo o tarea que puede generar Burnout puede también dar lugar al engagement. Es decir, es de vital importancia la actitud y enfoque personal mediante el cual se valoran las situaciones adversas del contexto laboral (35).

El médico engaged percibe su trabajo como desafiante y no como asfixiante. Los factores estresores de su práctica asistencial cotidiana son entendidos como un reto a sus capacidades profesionales, y no como un factor desmotivador asfixiante. El engagement implica poder “apropiarse” del trabajo, valorando las circunstancias adversas que este presenta como un terreno donde poner en juego el vigor, la dedicación y la absorción (entendiendo esta última como concentración y foco en las tareas). Estos tres elementos constituyen la tríada fundamental del engagement, y remiten a “invertir la carga”, en el vínculo con el trabajo asistencial, tomando control del mismo y valorándolo como un ámbito limitado en el tiempo y el espacio donde el médico puede encontrar un espacio de disfrute y desafío a su práctica profesional (36).

2.2. COVID 19

Esta nueva enfermedad, surge en Wuhan Hubei China, en diciembre del 2019, donde se reportaron casos de una rara neumonía de origen desconocido, siendo los pacientes provenientes de un mercado de alimentos, luego de ello, se aisló al coronavirus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2) por lo que a partir de entonces se conoce como COVID 19 (4,10,11).

Este nuevo coronavirus tiene distintas denominaciones: 2019-nCoV según la OMS y SARS-CoV-2 según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus. La enfermedad que lo causa se ha denominado 2019-nCoV1. El 7 de enero de 2020, el nuevo coronavirus fue anunciado oficialmente por las autoridades chinas como el agente causal de dichas infecciones (19).

Los coronavirus son virus envueltos de ARN de sentido positivo no segmentados que pertenecen a la familia *Corona-viridae* y al orden *Nidovirales*, y se distribuyen ampliamente en humanos y otros mamíferos, originando múltiples afecciones que van desde una gripe «común» hasta la muerte. Hasta el 13 de febrero de 2020 varios casos han sido registrados. Según la Organización Mundial para la Salud (OMS): Se han reportado 46.997 casos a nivel global, de los cuales 46.550 (99,04%) han sido confirmados en China, y de esos han muerto 1.368 (2,93%), lo que la convierte en una enfermedad catalogada como emergencia de salud pública a nivel mundial (19).

2.2.1. Epidemiología

En diciembre de 2019, aparecieron casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, China. Días después, esta enfermedad se extendió en diversos países vecinos, como Tailandia, Japón y Corea. Otros coronavirus han generado brotes de neumonía, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) de 2002-2003 que dejó 774 muertes y 8098 infectados y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS), originado en Arabia Saudita responsable de 848 muertes en 27 países durante 2012-2019 (20).

El periodo de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días en promedio, semejante al del SARS-CoV-1 causante del brote del 2003, pero mayor que el de la influenza H1N1 de 2009. El ritmo reproductivo básico (R_0), un parámetro que aproxima el promedio de casos nuevos generados por un paciente durante su periodo infeccioso, varía entre 1,4 y 2,5 (20).

A nivel mundial, se estima que hay al 03 de julio 2020, son 11 millones de casos, con más de 524 mil personas fallecidas a nivel mundial (8).

En Perú, la enfermedad llegó el 6 de marzo de 2020 expandiéndose a toda la ciudad de Lima y posteriormente a todas las regiones del país, a la fecha, (03 de julio del 2020), 1'740,969 muestras, 295,599 casos positivos, 10,226 defunciones, de los cuales 65 se encuentran en la actualidad en UCI (9).

Son tres las estrategias posibles para enfrentar esta pandemia: 1) no intervenir y esperar que la curva de la enfermedad se detenga cuando se enfermen todas las personas susceptibles; 2) mitigar; 3) buscar la supresión de la epidemia. Algunos modelos matemáticos en el extranjero han sugerido que, si no se toma ninguna medida, en tres meses se habrá infectado cerca del 80% de la población, y habría 510 000 muertos en Inglaterra y cerca de 2,2 millones en los Estados Unidos, con un colapso del sistema de salud. Si se usa la mitigación, se reducirían las muertes a 255 000 y 1,2 millones, respectivamente, pero también los sistemas de salud estarían sobrepasados. Sin embargo, si se emplean estrategias de supresión, la demanda de atención médica en el pico de la epidemia se reduciría en dos tercios, considerándose la mejor forma de enfrentar el problema (20).

2.2.2. Características estructurales de los coronavirus

Los coronavirus se pueden diferenciar en 4 géneros: *alfa*, *beta*, *delta* y *gamma*, de los cuales hasta el momento se sabe que los coronavirus de tipo *alfa* y *beta* infectan a los humanos, provocando enfermedades que van desde el resfriado común hasta afecciones más graves, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), que causó miles de muertes en 2002. Cuatro de los HCoV (HCoV 229E, NL63, OC43 y HKU1) son endémicos en todo el mundo y representan del 10 al 30% de las infecciones del tracto respiratorio superior en adultos (19).

Estructuralmente los coronavirus son virus esféricos o pleomórficos, cuyo diámetro varía de 80-120 nm. Diversos análisis por microscopía electrónica han identificado la superficie del virión, descubriendo que son estructuras organizadas por proyecciones que a su vez están constituidas por trímeros de la glicoproteína viral S (Spike). Adicionalmente, se han identificado otras proyecciones cortas formadas por dímeros de las proteínas HE (Hemaglutinina-Esterasa), la cual se ha observado en algunos *beta-coronavirus*. Por su parte, la envoltura viral se encuentra reforzada por la glicoproteína de Membrana (M) (la más abundante en la superficie del virión), que se encuentra embebida en la membrana por 3 dominios transmembranales. Otro componente estructural del virión es la proteína de Envoltura (E), una proteína de un tamaño pequeño que es altamente hidrofóbica y que se encuentra en una proporción menor que las demás. Las proteínas virales de los coronavirus

se encuentran embebidas en una membrana lipídica que es originada de la célula infectada (19).

Internamente, la partícula viral está constituida por una proteína adicional conocida como Nucleoproteína(N), la cual se une al ARN viral en una estructura helicoidal similar a una cuerda con cuentas, protegiendo así al ARN de su degradación (figura 1A).

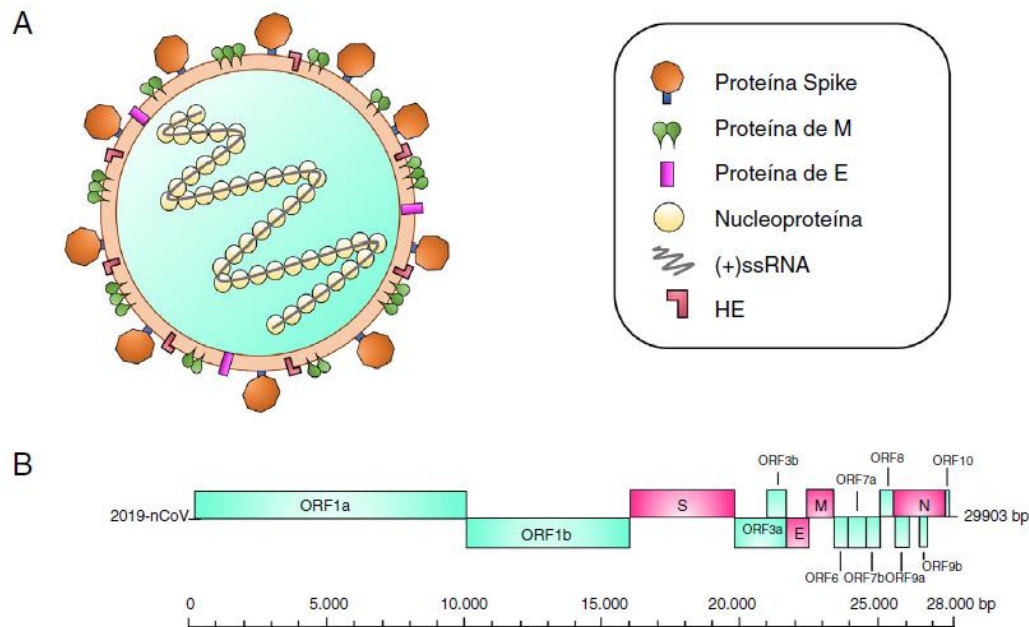
El genoma de los coronavirus es de ARN de hebra sencilla no segmentado y de polaridad positiva (+ssARN), que cuenta con un tamaño de 27 a 32 kilobases. El ARN genómico presenta modificaciones como poliadenilaciones en la región 3' terminal; en cambio, la región 5' terminal contiene una estructura tipo cap12. Dentro de este ARN existen múltiples marcos de lectura abiertos (6-11 ORFs). El primer ORF codifica para aproximadamente 16 proteínas no estructurales, mientras que los ORF restantes codifican para proteínas accesorias y no estructurales (fig. 1B). Los análisis de las secuencias del genoma del 2019-nCoV en comparación con SARS-CoV son bastante similares, sin embargo, existen ciertas diferencias como la falta de la región codificante para la proteína 8 a en 2019-nCoV, por lo que podría tener una implicación en una menor patogénesis en comparación con el SARS-CoV (19).

2.2.3. Origen

Una incógnita que continúa siendo investigada es el reconocimiento del origen zoonótico de dicho virus, pero debido a su estrecha similitud con los coronavirus de murciélago, es probable que estos sean el reservorio primario del virus, pues con la reaparición de esta nueva clase de coronavirus se realizaron diversos estudios y se descubrió que el 2019-nCoV es un 96% idéntico a nivel del genoma a un coronavirus de murciélago; el mismo estudio reveló que dicho virus pertenece a la especie de SARS-CoV15. Es así como se especula que el SARS-CoV se transmitió a los humanos de animales exóticos en mercados en el brote de hace 18 años, mientras que el MERS-CoV se transmitió de los camellos a los humanos. Los informes documentaron que muchos de los primeros pacientes identificados tenían como factor común el contacto con un mercado de mariscos y animales, sin embargo, otros no establecieron contacto con dicho lugar en ningún momento, lo que evidencia la infección limitada de persona a persona después de identificar grupos de casos entre familias, así como la transmisión de pacientes a trabajadores de la salud. A su vez, un estudio publicado

recientemente estimó que un 95% de los casos de infecciones por 2019-nCoV en Wuhan presentaron síntomas antes del 12 de enero de 2020, dato que asociado a su período de incubación sugiere una alta posibilidad de riesgos de propagación de la enfermedad relacionada con los viajes (19).

Figura 1



A) Partícula de coronavirus. Este tipo de virus contiene un material genético de ARN de hebra sencilla de polaridad positiva [(+) ssARN], con un tamaño de 27-32 kilobases. Está constituido por una nucleocápside y esta a su vez está compuesta por (+) ssARN y la Nucleoproteína; esta estructura está cubierta de una bicapa lipídica. Aquí se encuentran otras proteínas estructurales del coronavirus como es la proteína Spike que cubre esta partícula viral, así como dímeros de Hemaglutinina-Esterasa (HE); también consta la proteína de Envoltura (E) altamente hidrofóbica y la proteína de Membrana (M), la más abundante en la superficie del virión.

B) Organización de los genes en el genoma 2019-nCoV. Los genes estructurales se muestran de color rosa y los genes no estructurales de color azul.

2.2.4. Transmisión

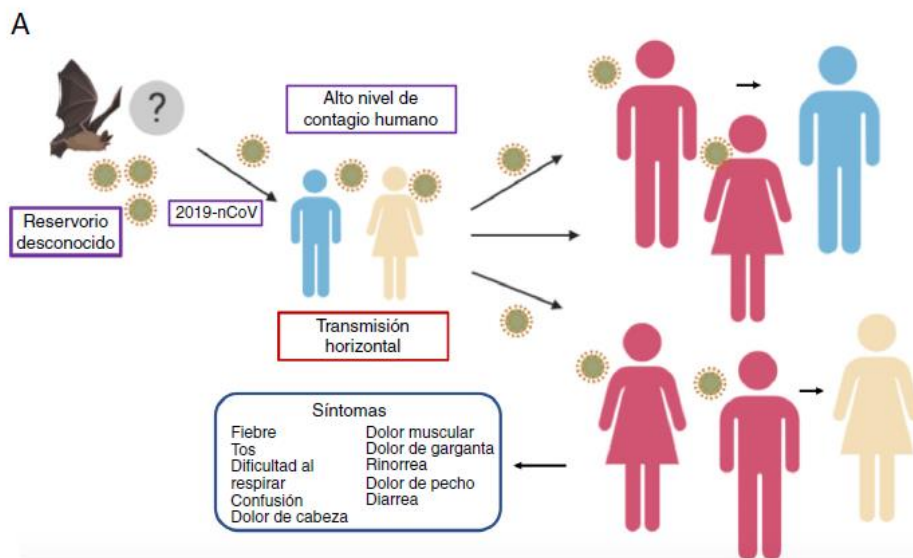
Generalmente los coronavirus se replican primordialmente en las células epiteliales del tracto respiratorio inferior y en menor medida en las células de las vías respiratorias superiores; es por eso que la transmisión ocurre principalmente de pacientes con enfermedad reconocida y no de pacientes con signos leves e inespecíficos, es decir, que se cree que la propagación ocurre solo después de que se presentan signos de enfermedad del tracto respiratorio inferior. Sin embargo, los pacientes con infección por 2019-nCoV detectados en estado severo o fatal tienen una mayor probabilidad de transmitir este virus, ya que eliminan una mayor cantidad de partículas infectivas en comparación con los pacientes que presentan la infección de forma leve o asintomática. Identificar y poner en cuarentena a estos pacientes en instituciones de salud donde se han producido brotes, junto con la implementación de un control de infección adecuado, y los constantes informes sobre los casos en diferentes países, ha sido eficaz para reducir la transmisión y contener brotes de la enfermedad. El número promedio de casos nuevos que genera un caso de coronavirus a lo largo de su período infeccioso (R_0) oscila entre 2,24 (IC 95%: 1,96-2,55) y 3,58 (IC 95%: 2,89-4,39), es decir, que una persona puede llegar a infectar aproximadamente de 2 a 4 personas, lo que significa que la infección puede propagarse rápida y ampliamente entre la población (figura 2).

¿Quiénes son más susceptibles al contagio?

El nuevo coronavirus puede infectar a personas de todas las edades, aunque las personas mayores y aquellas con afecciones médicas preexistentes (como asma, diabetes y enfermedades cardíacas) parecen ser más vulnerables a enfermarse seriamente con el virus, reportándose así una tasa de mortalidad $> 8\%$ en personas mayores a 70 años. Según informes, la mayoría de los pacientes fallecidos tenían una edad promedio de 56 años, y en gran parte padecían otras enfermedades (cardíacas, accidente cerebrovascular, diabetes, etc.) que pudieron haberlos hecho más vulnerables al virus. El Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades dijo que de 1 a 2 hombres estaban infectados por cada mujer. Se especula que la poca susceptibilidad de las mujeres a las infecciones virales puede deberse a la protección del cromosoma X «extra» con el que cuentan en comparación con los hombres. Por su parte, los niños comprenden una población peculiar que posee un

sistema inmune distinto al de los adultos, por lo que la transmisión del virus a través de sus madres con infección sospechada o confirmada ocurre fácilmente. Sin embargo, se ha observado una severidad menor y una mortalidad extremadamente baja (19).

Figura 2



Propagación del 2019-nCoV. Se tienen diferentes hipótesis sobre la transmisión de animal a humano, la más fuerte es que su origen proviene de murciélagos; mientras que la transmisión entre humanos se ha reportado por vía respiratoria, por lo que eleva más fácilmente el contagio entre las poblaciones. El cuadro sintomático es muy común con fiebre, tos, dolor muscular y problemas respiratorios, entre otros.

3. Análisis de antecedentes investigativos

Título: Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19.

Autor: Víctor Torres-Muñoz

Resumen:

Descripción: Revisión bibliográfica sobre impacto en salud mental del personal sanitario por las condiciones hospitalarias, factores de riesgo y dilemas éticos y morales provocados por la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19.

Relevancia: Prevención y detección de riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario, al identificar variables que incrementan la carga emocional por la atención a pacientes con COVID-19.

Conclusiones: El personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que propicien crecimiento postraumático. Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad antes tan natural, en el trato de sus pacientes (35).

Título: Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática

Autor: García-Iglesias, Juan Jesús | Gómez-Salgado, Juan | Martín-Pereira, Jorge | Fagundo-Rivera, Javier | Ayuso-Murillo, Diego | Martínez-Riera, José Ramón | Ruiz Frutos, Carlos

Resumen:

Ante una situación de pandemia mundial, la salud mental de la población se ve comprometida, especialmente en los colectivos que están en primera línea de defensa contra el virus como son los profesionales sanitarios. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus, Web of Science, CINAHL, PsycINFO y ScienceDirect entre los meses de enero y mayo de 2020. Se evaluó la calidad metodológica a partir de las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del Joanna Briggs Institute (JBI). Resultados: Un total de 13 estudios fueron incluidos en esta revisión. La salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general. Aunque existió una amplia variabilidad de resultados, se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%). Conclusiones: La salud mental de los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea de batalla se ve comprometida en tiempos de pandemia presentando niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio, y, en menor medida, estrés (36).

Título: Características clínicas y epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en el Centro Médico Naval, de marzo a mayo del 2020. 2020

Autor: Ortíz soto, Diego Sergio

Resumen:

La nueva enfermedad asociada al virus SARS-CoV-2 fue denominada COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) el 11 de febrero del 2020, de presunto origen zoonótico en un mercado de Wuhan

China, logrando diseminarse en el mundo y declarada oficialmente como pandemia por la Organización Mundial de la Salud. En el Perú, se confirmó la primera persona infectada el 6 de marzo de 2020 en la ciudad de Lima, incrementándose rápidamente el número de casos. Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes fallecidos por COVID-19 en el Centro Médico Naval, de marzo a mayo del 2020. Método: Estudio Observacional, descriptivo y transversal, se analizará a todos los pacientes fallecidos en el Centro Médico Naval con resultado positivo a infección por SARS-CoV-2 (mediante RT-PCR, Prueba rápida o Radiológico) entre el 1 de marzo y 30 de mayo del 2020 que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Procedimiento: Se obtendrá la información mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes fallecidos por COVID 19 en el Centro Médico Naval, posteriormente se realizará el análisis descriptivo de las variables a estudiar (14).

Título: Síndrome de burnout y factores de riesgo asociados en áreas críticas del Hospital Cayetano Heredia PIURA 2018

Autor: Gomez, Cañote; Madeleine, Jackelyn

Resumen:

Objetivo: Determinar la frecuencia del síndrome de Burnout y correlacionarlo con factores de riesgo en personal médico que labora en áreas críticas del hospital Cayetano Heredia Piura 2018

Metodología: Estudio descriptivo y analítico, correlacional, prospectivo de fuente de información primaria. La población estuvo determinada por personal médico que trabaja en áreas críticas del hospital Cayetano Heredia de Piura y la muestra aleatoria simple por conveniencia conformada por la misma población que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión Resultados: Se incluyeron 40 trabajadores en la investigación de los cuales el género que prevaleció fue el femenino con el 77.5% de la población. La edad promedio fue 41.9a. El estado civil casado con 62.5%, así como la religión católica con 87.5%, la profesión predominante es la de médico especialista con 80% seguido de médico residente con 12.5%. De todos los encuestados la mayoría si tenía hijos que corresponde a 87.5%. El síndrome de Burnout manifiesto se asoció a la realización de 10 a más turnos nocturnos al mes y a más de 60 horas semanales; de manera global el 21.52% de los encuestados presentó el síndrome, de estos las características relevantes era ser médico especialista o residente (95.24%), sexo femenino (71.43%), laborar en área de emergencia (76.19%) pero sin alcanzar significancia estadística para ser considerados factores de riesgo. Por el contrario, tener más de 10 turnos nocturnos al mes (33.33%, $p < 0.02$, OR(IC95%) 9) y laborar más de 60 horas a la semana (95.24%, $p < 0.001$, OR(IC95%) 18) se muestran como importantes factores de riesgo generadores del síndrome Conclusión: El síndrome de Burnout, por lo tanto, se encuentra asociado a la realización de 10 a más turnos nocturnos al mes y a más de 60 horas semanales en personal médico que labora en áreas críticas del Hospital Cayetano Heredia (15).

Título: Influencia del síndrome de Burnout y características socio demográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general

Autor: Huarcaya-Victoria, Jeff; Calle-Gonzáles.

Resumen:

Introducción: La depresión y el Burnout entre los médicos residentes es una entidad grave y común. El objetivo de este trabajo fue evaluar la influencia del síndrome de Burnout y las características socio demográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general del Perú. Métodos: Estudio transversal realizado en médicos residentes de un hospital general del Perú.

Se utilizó el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) en 145 médicos residentes. Resultados: El 27,6% tuvieron síntomas depresivos leves, el 13,8% moderados y el 5,5% moderadamente severos. La prevalencia de síndrome de Burnout fue del 9,65%. El total del PHQ-9 se correlacionó de manera positiva con el puntaje total del MBI ($r = 0,707$; $p < 0,01$). El análisis de regresión múltiple con el puntaje total del PHQ-9 como la variable explicada mostró la existencia de una relación entre esta y las variables vivir solo, realización personal, encontrarse soltero y cansancio emocional. Conclusiones: El cansancio emocional, el vivir solo y una baja realización personal incrementan los niveles de los síntomas depresivos, mientras que el encontrarse soltero los disminuyen (7).



Título: Síndrome de Burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú)

Autor: Arias Gallegos, W. L., Muñoz del Carpio Toia, A., Delgado Montesinos, Y., Ortiz Puma, M., & Quispe Villanueva, M.

Resumen:

Introducción: El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberger, y desde entonces ha generado una gran cantidad de investigación sobre sus síntomas más característicos como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Entre las tres profesiones de mayor riesgo se tiene al personal de salud, los profesores y los policías. Objetivo: El objetivo de la presente investigación fue valorar la prevalencia del síndrome de Burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú), y analizar comparativamente los datos en función del sexo, los ingresos económicos, el estado civil, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución de procedencia. Método: Se trabajó con un diseño de investigación de tipo descriptivo y se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, que consta de 22 ítems y cuenta con adecuados índices de validez y confiabilidad ($\alpha = .76$). Resultados: Se evaluaron a 213 trabajadores del sector salud que laboran en hospitales y postas de salud de la ciudad. El 35.7% son varones y el 63.8% son mujeres, con 37 años de edad como promedio. Los resultados indican que altos porcentajes de profesionales del sector salud tienen algunos síntomas del síndrome de Burnout, y solo un 5.6% tiene el síndrome de Burnout en nivel severo. Además, se registraron diferencias entre los trabajadores en función del sexo, el tiempo de servicio, el cargo, la profesión y la institución en la que laboran. Se concluye que el síndrome de Burnout tiene una presencia preocupante entre el personal de salud, sobre todo en la dimensión de despersonalización, y que las diferencias encontradas en función de las variables demográficas se explican en función del entorno laboral y las condiciones de trabajo (16).

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

Autor: Vinueza-Veloz, Andrés Fernando, et al.

Resumen:

Objetivo: determinar la ocurrencia e intensidad del Síndrome de Burnout (SB) en médicos y enfermeras ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. Materiales y métodos: Estudio transversal observacional. Participaron 224 médicos y enfermeras de establecimientos de la red integral de salud ecuatoriana. A los participantes se les administró el Maslach Burnout Inventory. Los datos se analizaron mediante modelos de regresión lineal utilizando R. Resultados: Más del 90% del personal médico y de enfermería presentó SB moderada a severa, que se asoció estadísticamente significativamente con la función (médico versus enfermera), edad y sexo. El personal médico se vio afectado con mayor frecuencia que el personal de enfermería, tanto a nivel mundial como en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización. Conclusiones: durante la pandemia COVID-19, más del 90% de los médicos y de enfermería el personal presentó SB moderada a severa, siendo el personal médico el más frecuente afectado (17).

Título: Síndrome de Burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú)

Autor: Muñoz-del-Carpio Toya, A., Arias Gallegos, W. L., & Caycho-Rodríguez, T.

Resumen:

Introducción: El síndrome de Burnout está sumamente difundido entre los médicos, sin embargo, no existen estudios específicos en este grupo profesional en la ciudad de Arequipa. Objetivo: En el presente estudio se pretende valorar la prevalencia del síndrome en personal médico de la localidad y valorar comparativamente las manifestaciones del síndrome. Método: Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach a 87 sujetos (65,5% varones y 34,5% mujeres) con una edad promedio de 35 años, quienes fueron seleccionados de manera no probabilística. Resultados: Se encontró que el 6,9% de la muestra presenta niveles severos del síndrome, y que no existen diferencias significativas en función del sexo, tiempo de servicio e ingresos económicos, pero sí en función del estado civil y el lugar de trabajo. Conclusiones: Se concluye que un bajo porcentaje de médicos tiene el síndrome de Burnout, pero un alto porcentaje se encuentra en riesgo de padecerlo (18).



4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Determinar las Características generales, frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triaje del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa 2020.

4.2. Objetivo Específicos

- Determinar las características epidemiológicas de los médicos con Síndrome de Burnout que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triaje del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa 2020
- Determinar las características laborales de los médicos con Síndrome de Burnout que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización y Triaje del Hospital III Goyeneche en el contexto de esta pandemia mundial COVID 19 Arequipa 2020

5. Hipótesis

No requiere hipótesis.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

Se aplicará la técnica de técnica de entrevista en su modalidad de cuestionario.

1.2. Instrumentos

Se utilizará como instrumento la ficha de datos sociodemográficos y laborales y la Escala de Malach Burnout Inventory IMB. (Anexo 1).

AREAS	DESFAVORABLE	INTERMEDIO	FAVORABLE
CANSANCIO EMOCIONAL	Mayor o igual a 27	19 a 26	Menor a 19
DESPERSONALIZACION	Mayor a 10	6 a 10	Menor a 6
REALIZACION PERSONAL	Mayor o igual a 40	31 a 39	Menor a 30

1.3. Materiales

- Papel para la impresión de las fichas de cuestionarios.
- Material de escritorio: lapiceros.
- Laptop HP
- Programa Microsoft Office v.2010
- Programa estadístico: SPSS v.19
- Movilidad

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El estudio de investigación se desarrollará en el Hospital III Goyeneche de la Región Arequipa.

2.2 Ubicación temporal

El estudio se realizará en el periodo de marzo a junio del 2020.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio serán médicos de los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización, Triage del Hospital III Goyeneche de la Región Arequipa.

2.4. Población

Un total de 200 Médicos

3. Criterios de selección:

3.1. Criterios de Inclusión

- Médicos que trabajan en el Hospital III Goyeneche mínimo 3 meses del año 2020.
- Médicos que trabajan en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización, Triage del Hospital III Goyeneche de la Región Arequipa

3.2. Criterios de Exclusión

- Médicos con licencia o de vacaciones durante la realización del estudio.
- Médicos que no acepten participar en el estudio
- Médicos que no completen el llenado de ficha de características socio demográficas y laborales y Escala de Malach Burnout Inventory IMB

4. Tipo de investigación:

Observacional de campo

5. Nivel de investigación:

Es un estudio observacional, transversal y analítico relacional

6. Estrategia de Recolección de datos

6.1. Organización

Se solicitará permiso a director del Hospital III Goyeneche.

6.2. Validación de los instrumentos

La Escala de Malach Burnout Inventory IMB ha sido utilizada en diversos estudios peruanos para identificar

6.3. Criterios para manejo de resultados

a. Plan de Procesamiento

Los datos se vaciarán a matriz de sistematización.

b. Plan de Clasificación:

Los datos se clasificarán de acuerdo a las variables

c. Plan de Codificación:

Para la codificación de los datos se utilizará las dimensiones del

Instrumento:

a) Agotamiento Emocional

Bajo < 19, Intermedio 19-26 y alto > o igual a 27

b) Despersonalización

Bajo Grado < 6, medio 6 y alto > 10

c) Realización Personal

Bajo 0- 30, intermedio 34-39 y superior > o igual a 40

d. Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz de sistematización.

e. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y para la comparación de variables, se empleó la prueba Chi cuadrado; se estimó como diferencia significativa de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó software estadístico SPSS 16.0

7. Estrategia de recolección de datos

7.1. Organización

- Coordinación con la Escuela de Medicina para la implementación de carta de permiso para desarrollo de proyecto en los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización, Triage del Hospital III Goyeneche de la Región Arequipa
- Presentar proyecto de investigación para análisis y dictamen de aprobación del Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad católica de Santa María.
- Coordinar con jefaturas de los servicios de UCI, Emergencia, Hospitalización, Triage del Hospital III Goyeneche de la Región Arequipa.

7.2. Recursos

Humanos:

Autor: Juvenal Jara Terrazas

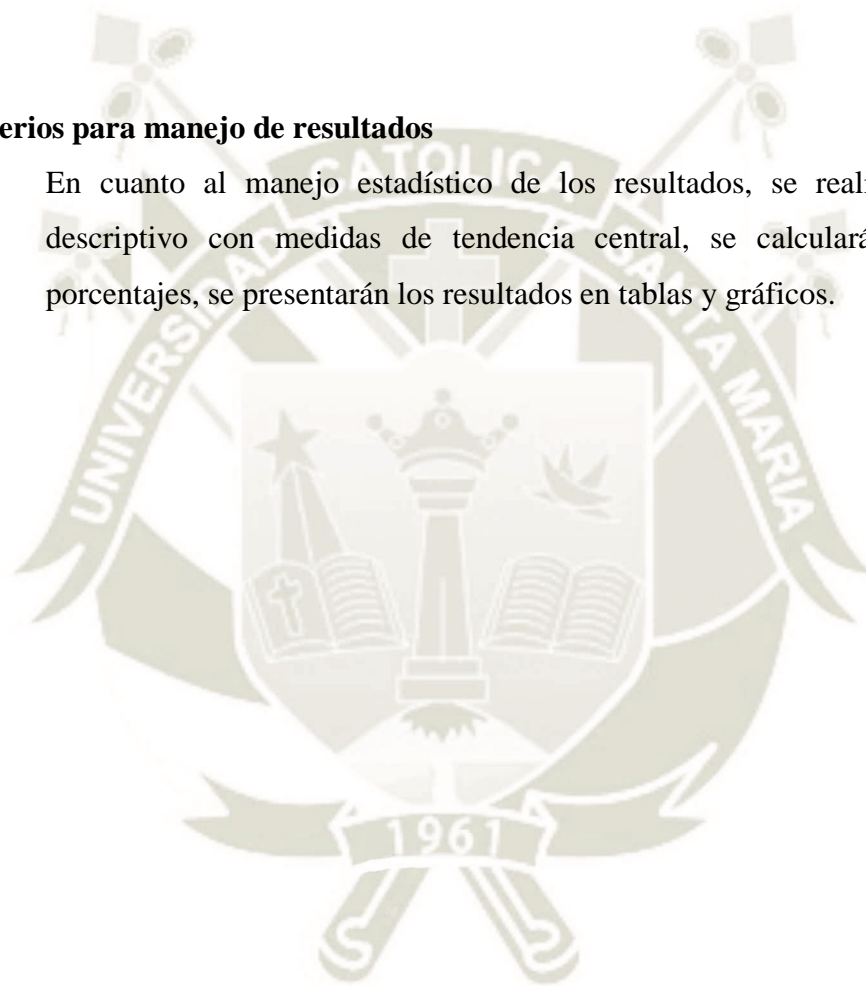
Asesora: Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia

Validación de los instrumentos

No se requiere validación, ya que se utilizará una ficha de recolección de datos de historias clínicas.

7.3. Criterios para manejo de resultados

En cuanto al manejo estadístico de los resultados, se realizará un análisis descriptivo con medidas de tendencia central, se calcularán frecuencias y porcentajes, se presentarán los resultados en tablas y gráficos.



III. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2020											
	Marzo			Abril			Mayo			Junio		
Búsqueda de antecedentes												
Elaboración del Proyecto												
Presentación del Proyecto												
Autorización Comité de Ética												
Autorización del Hospital												
Presentación de proyecto en UCI de hospitales												
Recolección de datos												
Análisis de datos												
Discusión de resultados												
Elaboración del informe final												

IV. REFERENCIAS

1. Bisso, Indalecio Carboni, et al. COVID-19 en la terapia intensiva. análisis de la experiencia durante el primer mes de la pandemia. *medicina (Buenos Aires)*, 2020, vol. 80, no 4, p. 000-000.
2. OMS, Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020, (n.d.). (accessed May 4 2020) <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-sopening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Rello J, Tejada S, Userovici C, Arvaniti K, Pugin J, Waterer G. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A critical care perspective beyond China. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2020. doi: 10.1016/j.accpm.2020.03.001.
4. Bedford, Juliet, et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 2020, vol. 395, no 10229, p. 1015-1018.
5. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395(10223):497–506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5 4.
6. Sociedad Española de Psiquiatría. Cuidando la salud mental del personal sanitario. Madrid; 2020 Disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEPCOVID19-Salud Mental personal sanitario.pdf](http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEPCOVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf) [citado el: 03 julio 2020].

7. Huarcaya-Victoria, Jeff; Calle-González, Rosario. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Médica*, 2020.
8. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University). Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
9. Sala Situacional de Covid Arequipa. 19 junio 2020. <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/Covid19/COVID19.pdf>
10. LIU, Yi Shi Li, et al. The epidemiological and clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in Changsha, China. *China* (2/10/2020), 2020. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3537093
11. Yang X, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020; Published Online. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)
12. C. Maslach, M. Leiter, W. Schaufeli Measuring burnout S. Cartwright, C.L. Cooper, C. Maslach, M.P. Leiter, W. Schaufeli (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being.*, Oxford University Press, Oxford (2008), pp. 86-10
13. Ortíz Soto, Diego Sergio. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en el Centro Médico Naval, de marzo a mayo del 2020. 2020.

14. Gomez, Cañote; Madeleine, Jackelyn. Síndrome de Burnout y factores de riesgo asociados en áreas críticas del Hospital Cayetano Heredia Piura 2018.
15. Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D. P., Tapia-Veloz, E. C., & Vinueza-Veloz, M. F. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>
16. Muñoz-del-Carpio Toya, A., Arias Gallegos, W. L., & Caycho-Rodríguez, T. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2019, 57(2), 139-148.
17. COVID-19, una emergencia de salud pública mundialM. Palacios Cruza, E. Santosb, M.A. Velázquez Cervantescy M. León Juárezc,* 4-2565/© 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
18. COVID-19: LA PANDEMIA POR EL NUEVO VIRUS SARS-CoV-2, Roberto Alfonso Accinelli, Cristian Mingxiong Zhang, Jia-Der Ju Wang, José Miguel Yachachin-Chávez, Jaime Augusto Cáceres-Pizarro, Karla Beatriz Tafur-Bances, Roberto Gabriel Flores-Tejada, Alejandra del Carmen Paiva-Andrade. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>
19. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-V-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. 2014, editor. Barcelona, España. James Morrison; 2014.

20. Abreu Dávila. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivo. *MULTICIENCIAS*. 2011; 11(4): p. 370 - 377 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: ISSN 1317-2255.
21. Saborío Morales, Lachiner, & Hidalgo Murillo, Luis Fernando. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015; 32(1): p. 119-124 [cited 2020 Ene 08]. Obtenido de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.
22. Millán, R. y Mesén, A. Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*. 2009
23. Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; 606: p. 195-201.
24. Quinceno J. M. y Alpi, V. S. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 10: p. 117-125 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>.
25. Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011; 70: p. 505–524 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399910004162>.
26. Aceves, G. A. Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*. 2006; 11(4): p. 305-309 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de:

http://www.academia.edu/download/40837724/SINDROME_DEL_BURNOUT.pdf.

27. Gil, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*. 2009; 31: p. 205-214 [cited 2020 Jun 02].
Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=21721>.
28. Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. *Maslach Burnout Inventory Manual* California, USA. Palo Alto; 1986.
29. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. *La evaluación específica del desgaste profesional médico*. *Aten Primaria*. 2006; 38(10): p. 544-549 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705753>.
30. Flórez Lozano, J. Salud mental del médico. *Prevención y control del burnout*. *Salud Global*. 2003; 3(2): p. 2-7.
31. Colombo, D. y Muruaga, M. El burnout puede terminar con su vida...¿Cómo evitarlo? [Online].; 2018 [cited 2020 Ene 02]. Available from: www.materiabiz.com.
32. Fidalgo Vega, M. Síndrome de estar quemado en el trabajo o “burnout. [Online].; 2008 [cited 2020 Jun 02]. Available from: www.infogerontología.com.

33. Kahn, W. A. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*. 1990; 33(4): p. 692-724 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/256287>.
34. Schaufeli, W.B. y Salanova, M. Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. *Managing Social and Ethical Issues in Organizations*, Information Age Publishers. Greenwich. 2007; 135: p. 177 [cited 2020 Jun 02]. Obtenido de: https://psihologietm.ro/OHPworkshop/schaufeli_work_engagement_1.pdf.
35. Torres-Muñoz, Victor (2020) Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista Mexicana de Urología* Vol. 80.3. DOI 10.48193/nmu.v8013.653
36. García-Iglesias, Juan Jesús | Gómez-Salgado, Juan | Martín-Pereira, Jorge | Fagundo-Rivera, Javier | Ayuso-Murillo, Diego | Martínez-Riera, José Ramón | Ruiz Frutos, Carlos (2020) Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. 2020, 94: 23 de julio e202007088. Obtenido de: *Revista Española de Salud Pública*. 2020, 94: 23 de julio e202007088

V. ANEXOS

ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características epidemiológicas

Información		Respuesta
Edad	Años cronológicos	
Género	Masculino Femenino	
Procedencia	Distrito Región	

- Fuente: Elaboración propia.

Características Laborales

Información		Respuesta
Tiempo de trabajo	Número de meses	
Servicio de trabajo	UCI Emergencia Hospitalización Triage	
Contacto con pacientes COVID 19	Si tiene contacto con pacientes COVID 19 No tiene contacto con pacientes COVID 19	

- Fuente: Elaboración propia.

Marcar con una “X” la opción que defina mejor como se siente en general en el trabajo.

PREGUNTAS	Nunca	Algunas Veces	Siempre
1. Me siento desanimado por mi trabajo.	1	2	3
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	1	2	3
3. Me siento cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	1	2	3
4. Me doy cuenta como se sienten las personas	1	2	3
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos.	1	2	3
6. Me cuesta adaptarme al trabajo en equipo.	1	2	3
7. Entiendo con facilidad los problemas de la gente.	1	2	3
8. Me siento desgastado por mi trabajo.	1	2	3
9. Creo que apoyo positivamente con mi trabajo al crecimiento de la empresa.	1	2	3
10. Me he vuelto más duro con la gente desde que realizo este trabajo.	1	2	3
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me vuelva insensible.	1	2	3
12. Me siento muy activo.	1	2	3
13. Me siento mal cuando no termino las labores del día.	1	2	3
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	1	2	3
15. Me preocupa lo que le ocurre a la gente.	1	2	3
16. Trabajar en equipo me produce estrés.	1	2	3
17. Puedo crear fácilmente un ambiente agradable con mis compañeros.	1	2	3

18. Me siento motivado después de trabajar con mis compañeros	1	2	3
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi trabajo	1	2	3
20. Me siento acabado.	1	2	3
21. En mi trabajo trato los problemas de mis compañeros con mucha calma.	1	2	3
22. Siento que la gente me culpa por alguno de sus problemas.	1	2	3

- Fuente: Test de Maslach (1986).

Muchas gracias por su colaboración



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Características generales, frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en Médicos Del Hospital III Goyeneche en contacto con pacientes COVID-19 Arequipa. 2020”

Propósito: Determinar las Características generales, frecuencia y severidad del Síndrome de Burnout en médicos del hospital III Goyeneche en contacto con pacientes COVID-19 en Arequipa 2020.

Investigador:

Yo autorizo de manera voluntaria mi participación en la presente investigación.

He entendido el objetivo, la metodología y el carácter confidencial y voluntario del estudio.

