

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y  
TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y PERSONAL DE  
ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID - 19  
HOSPITAL DE LA MUJER, LA PAZ TERCER TRIMESTRE  
DE LA GESTIÓN 2021**

**POSTULANTE:** Dra. Consuelo Cecilia Larico Nina  
**TUTOR:** Dr. M. Sc. Wilfredo Dacio Tancara Cuentas

**Tesis de Grado presentada para optar al título de  
Magister Scientiarum en Salud Pública mención Gerencia  
en Salud**

**La Paz – Bolivia  
2022**

**Agradecimiento:**

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco a mi Hermana que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que le puedo enseñar. Ojala algún día yo me convierta en esa fuerza para que pueda seguir avanzando en su camino.

**Dedicatoria:**

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados

# INDICE GENERAL

## CONTENIDO

	<b>PAG.</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>3</b>
2.1. ANTECEDENTES.....	3
2.2. JUSTIFICACIÓN .....	6
<b>III. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
3.1. MARCO CONCEPTUAL.....	8
3.1.1. <i>Síndrome de Burnout</i> .....	8
3.1.1.1. Antecedentes históricos del síndrome de Burnout .....	8
3.1.1.2. Definiciones sobre el síndrome de Burnout .....	11
3.1.1.3. Dimensiones del Síndrome Burnout .....	13
3.1.1.3.1. Agotamiento Emocional.....	13
3.1.1.3.2. Despersonalización .....	15
3.1.1.3.3. Falta de realización personal.....	16
3.1.1.4. Síntomas del Síndrome de Burnout .....	17
3.1.1.5. Causas del “Burnout” según la OMS.....	19
3.1.1.6. Evaluación del Síndrome de Burnout.....	19
3.1.1.6.1. Maslach Burnout Inventory (MBI).....	20
3.1.1.7. Consecuencias del Síndrome de Burnout .....	21
3.1.1.7.1. Consecuencias para el individuo .....	21
3.1.1.7.2. Consecuencias para la organización .....	22
3.1.1.8. Afrontamiento del síndrome de Burnout .....	23
3.1.1.8.1. Estrategias y técnicas de intervención frente al burnout .....	24
3.1.1.8.2. Estrategias orientadas al individuo .....	26
3.1.1.8.3. Estrategias sociales .....	27
3.1.1.8.4. Estrategias organizacionales .....	27
3.1.1.9. Prevención .....	27
3.1.1.9.1. Prevención Primaria.....	27
3.1.1.9.2. Prevención Secundaria.....	28

3.1.1.9.3. Prevención Terciaria.....	28
3.1.1.10. Recomendaciones para evitar el Síndrome de “Burnout” .....	28
3.1.2. <i>La COVID - 19</i> .....	28
3.1.2.1. Etiología .....	29
3.1.2.2. Infectividad del SARS-CoV-2 .....	29
3.1.2.3. Transmisión de SARS-CoV-2.....	30
3.1.2.4. Manifestaciones clínicas .....	30
3.1.2.5. Mortalidad .....	31
3.1.3. <i>Gestión de los trabajadores de salud como respuesta al La COVID - 19</i> .....	32
3.1.3.1. Apoyo de salud mental y psicosocial .....	33
3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	33
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>37</b>
<b>V. OBJETIVOS .....</b>	<b>41</b>
5.1. OBJETIVO GENERAL .....	41
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	41
<b>VI. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>42</b>
6.1. TIPO DE ESTUDIO .....	42
6.2. POBLACIÓN .....	42
6.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	43
6.3.1. <i>Criterios de inclusión</i> .....	43
6.3.2. <i>Criterios de exclusión</i> .....	43
6.4. MUESTRA.....	43
6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
6.5.1. <i>Operacionalización de variables del objetivo 1</i> .....	43
6.5.2. <i>Operacionalización de variables del objetivo 2</i> .....	44
6.5.3. <i>Operacionalización de variables del objetivo 3</i> .....	45
6.5.4. <i>Operacionalización de variables del objetivo 4</i> .....	47
6.6. DISEÑO METODOLÓGICO .....	48
6.6.1. <i>Planificación</i> .....	48
6.6.2. <i>Coordinación</i> .....	48

6.6.3.	<i>Instrumentos de recolección de datos</i> .....	48
6.6.4.	<i>Recolección de datos</i> .....	48
6.6.5.	<i>Tabulación de datos</i> .....	49
6.6.6.	<i>Procesamiento de datos y análisis estadístico</i> .....	50
6.6.6.1.	Estadística descriptiva.....	50
6.6.6.2.	Medidas de asociación.....	50
6.6.6.3.	Medidas de significancia estadística.....	51
6.6.6.4.	Medidas de fuerza de asociación Odds Ratio.....	52
6.6.6.5.	Medidas de correlación: Coeficiente de correlación lineal.....	53
6.6.7.	<i>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</i> .....	55
6.7.	RESULTADOS.....	59
6.7.1.	<i>Personal de salud según variables demográficas laborales, académica e infección por la COVID - 19</i> .....	59
6.7.2.	<i>Frecuencia del Síndrome de Burnout por dimensiones y global</i> .....	62
6.7.3.	<i>Asociación entre el Síndrome de Burnout con variables demográficas laborales y académicas de médicos y personal de enfermería</i> .....	64
6.7.4.	<i>Correlación entre los componentes del Síndrome de Burnout con la edad de médicos y personal de enfermería</i> .....	73
6.8.	DISCUSIÓN.....	74
6.9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
6.9.1.	<i>Conclusiones</i> .....	78
6.9.2.	<i>Recomendaciones</i> .....	79
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>80</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>85</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

PAG.

TABLA 1. PERSONAL DE SALUD SEGÚN EDAD Y SEXO HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021.....	59
TABLA 2. PERSONAL DE SALUD SEGÚN VARIABLES LABORALES Y ACADÉMICAS HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021.....	60
TABLA 3. PERSONAL DE SALUD SEGÚN INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR COVID – 19, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 .....	61
TABLA 4. PERSONAL DE SALUD SEGÚN INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR COVID – 19 POR SALAS Y SERVICIOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 .....	61
TABLA 5. PERSONAL DE SALUD SEGÚN FRECUENCIA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 .....	62
TABLA 6. PERSONAL DE SALUD SEGÚN FRECUENCIA DE DESPERSONALIZACIÓN, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021.....	62
TABLA 7. PERSONAL DE SALUD SEGÚN FRECUENCIA DE REALIZACIÓN PERSONAL (RP) HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 .....	63
TABLA 8. PERSONAL DE SALUD SEGÚN FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT (3 DIMENSIONES) HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 .....	63
TABLA 9. PERSONAL DE SALUD SEGÚN % CON AGOTAMIENTO EMOCIONAL ALTO HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86) .....	64
TABLA 10. PERSONAL DE SALUD SEGÚN % CON DESPERSONALIZACIÓN ALTA HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86) .....	65
TABLA 11. PERSONAL DE SALUD SEGÚN % CON REALIZACIÓN PERSONAL BAJA HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86).....	67
TABLA 12. PERSONAL DE SALUD SEGÚN % CON PERSONAL E SALUD CON SÍNDROME DE BURNOUT HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86) .....	69

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

PAG.

GRÁFICO 1. PERSONAL DE SALUD SEGÚN CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL AGOTAMIENTO EMOCIONAL HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86) .....	71
GRÁFICO 2. PERSONAL DE SALUD SEGÚN CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA DESPERSONALIZACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86) .....	72
GRÁFICO 3. PERSONAL DE SALUD SEGÚN CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA REALIZACIÓN PERSONAL, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ TERCER TRIMESTRE 2021 (N=86) .....	73



## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación del síndrome de burnout con variables laborales y académicas en el personal médico y de enfermería que atiende a pacientes con la COVID - 19 en el Hospital de la Mujer en el tercer trimestre del año 2021.

El estudio fue descriptivo correlacional en el que se aplicó un cuestionario validado a nivel global que consiste en el inventario llamado Maslach Burnout Inventory.

En promedio la edad fue de 43 años con un coeficiente de variación de 32 %. el 73 % fueron del sexo femenino. En cuanto a la categoría profesional el 28 % fueron técnicos auxiliares y un 72 % tuvieron un nivel de licenciatura, con 13 años de experiencia como promedio, donde existen personas con 1 año de experiencia y otros hasta 30 años; solo el 40 % fue capacitado en la COVID - 19

Sobre agotamiento emocional el 27.9 % alto. despersonalización 33.7 % alto., y realización personal 59.3 %, en un nivel bajo Solo el 14 % tiene síndrome de burnout.

El porcentaje con síndrome de Burnout en el personal mayor de 40 años fue 22 % y en el personal de 40 o menos años 5 % (p: 0.02) OR: 5.57 (1.14 - 27.19); El porcentaje con síndrome de Burnout en el personal que había sido capacitado en la COVID - 19 fue 0 % y en el personal que no se había capacitado 23 % (p: 0.003), OR: 1.30 (1.12 - 1.51)

La correlación lineal entre la edad con el agotamiento emocional fue de  $r = +0.180$ , con la despersonalización:  $r = +0.284$  y con la realización personal.  $r = -0.452$

Palabras clave: Síndrome Burnout personal salud asistencial

## **I. INTRODUCCIÓN**

La pandemia de la COVID - 19 ha provocado una tensión sin precedentes en los servicios de salud a nivel mundial. Se han producido necesariamente cambios considerables en la prestación de asistencia sanitaria, los cuales han incluido el cambio de los servicios de rutina, la reutilización de áreas clínicas, la redistribución del personal a entornos clínicos desconocidos y, en algunas circunstancias, el racionamiento de los servicios, en nuestro medio al igual que a nivel global los recursos en momentos de mayor incidencia de la COVID - 19 han sido escasos respecto a insumos equipamiento espacio para internaciones y recursos humanos, el impacto de estas condiciones laborales modificadas ha incidido en el estado emocional del personal de salud.

En el contexto crítico de la pandemia de la COVID - 19, los trabajadores de la salud están en primera línea, participando directamente en la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con la COVID - 19. Esto los expone a un mayor riesgo de desarrollar estrés crónico, angustia psicológica y cualquier otro síntoma de salud mental.

En este contexto los factores psicosociales pueden ser favorables o desfavorables para el desarrollo de la actividad laboral y para la calidad de vida laboral del trabajador en salud. En el primer caso contribuyen positivamente al desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables tienen consecuencias perjudiciales para su salud y para su bienestar. El profesional de salud está sometido constantemente a exigencias de su propio desempeño profesional, lo que podría explicar la aparición del síndrome de Burnout como consecuencia de respuestas a altos niveles de tensión y estrés, en este caso en relación a las características epidemiológicas de la COVID - 19, además del miedo al contagio de la COVID - 19 parece ser un agravante de la angustia y se ha encontrado que está asociado con resultados negativos de salud mental.

Los profesionales de la salud, se vieron sometidos a una mayor carga de trabajo durante la crisis de la COVID - 19, lo que los dejó expuestos a una angustia física y psicológica significativa.

Por ello en el ámbito de gestión de recursos humanos este estudio tiene como propósito de determinar la frecuencia del síndrome de burnout en relación a variables laborales y académicas en médicos y personal de enfermería que atiende a pacientes con la COVID - 19 en el Hospital de la Mujer en el tercer trimestre del año 2021.

## **II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN**

### **2.1. ANTECEDENTES**

Heather Kelker et al. en marzo del 2021, mencionan que el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), también conocido como pandemia de la COVID - 19, ha afectado a casi todos los aspectos de la vida diaria. Más allá de los factores estresantes generalizados que incluyen el aislamiento social, las dificultades financieras y las interrupciones institucionales, los proveedores de atención médica se han enfrentado a demandas adicionales en el lugar de trabajo, como la necesidad de sintetizar la avalancha de información sobre el SARS-CoV-2, reaccionar a los cambios rápidos en la práctica clínica, brindar atención a pesar del miedo a las enfermedades personales y al contagio, la incertidumbre en torno al acceso a EPP (Equipos de Protección Personal) y los cambios de personal debido a la enfermedad o la cuarentena de compañeros de trabajo.

En este contexto mencionan los autores de este trabajo que los cambios drásticos durante una pandemia pueden afectar el bienestar psicológico y físico de los proveedores de atención médica de primera línea. Como se ha visto en pandemias anteriores, esto puede conducir a resultados psicológicos negativos, incluido el estrés agudo y traumático. Los informes de China y Canadá durante la COVID - 19 revelaron altas tasas de angustia, insomnio, ansiedad y depresión entre los proveedores de atención médica de primera línea. Estas vulnerabilidades se articularon aún más cuando las Naciones Unidas emitieron un informe de política sobre la COVID - 19 y la necesidad de tomar medidas en materia de salud mental

Para los proveedores de medicina de emergencia de primera línea, el bienestar es complejo, personal y multifactorial. Antes de la COVID - 19, el agotamiento entre los médicos ya era alto, superior al 50% en los Estados Unidos. El agotamiento del médico se asocia con trastornos de salud mental, dificultades en las relaciones interpersonales, abuso de sustancias y abandono

de la profesión. El agotamiento del médico impacta negativamente en la calidad de la atención al paciente, la satisfacción del paciente y el sistema de salud en su conjunto. Sin embargo, el bienestar del médico es más que la simple ausencia de agotamiento. El bienestar implica una miríada de influencias en la salud física y mental que producen una calidad general de trabajo y de vida que contribuye a la realización de todo el potencial.(1)

Respecto al personal mayormente afectado en un meta análisis realizado por Batra et al. se hace referencia a que el mayor impacto psicológico entre los trabajadores sanitarios, es en mujeres, enfermeras y personal de primera línea. Además, agrega una visión valiosa a los hallazgos del metaanálisis existente al resaltar una diferencia significativa en el impacto psicológico entre los trabajadores de primera línea y de segunda línea. (2)

Por otra parte Jaspinder Sanghera et al. en una revisión sistemática realizada el año 2020 que tuvo como objetivo investigar la prevalencia de problemas de salud mental en los trabajadores sanitarios hospitalarios durante la pandemia del SARS-COV 2 e identificar los factores de riesgo asociados para las intervenciones psicológicas, mencionan en las conclusiones que los trastornos en la salud mental, como el insomnio, son comunes y pueden predecirse por factores de riesgo como la exposición directa a pacientes con SARS-COV 2 y la comorbilidad médica preexistente. Recomiendan que los hospitales deben evaluar a su personal y proporcionar una intervención psicológica de apoyo temprana. La investigación global futura debe centrarse en el impacto psicológico a largo plazo del SARS-COV 2 y en la formulación de un cuestionario estandarizado para su uso en pandemias futuras. Las repercusiones del SARS-COV 2 han superado con creces a sus predecesores, como el SARS - COV ya que ha traído nuevos desafíos a la salud mental. (3)

En otra revisión realizada por Gabriele Giorgi et al. se menciona que la reducción del tiempo de trabajo, la mejora del trabajo inteligente, la promoción de protocolos seguros y la formación y mejora del apoyo al trabajo / liderazgo parece estar relacionada con un mejor desempeño y bienestar. Sobre todo,

los equipos de protección y seguridad parecen tener una relación positiva y elevada con el bienestar y el rendimiento de los trabajadores. la promoción de protocolos seguros y la formación y mejora del apoyo laboral / de liderazgo parece estar relacionada con un mejor desempeño y bienestar en el contexto de atención a la pandemia. (4)

## **2.2. JUSTIFICACIÓN**

Mientras muchas personas acuden reclamando atención sanitaria a causa de la COVID - 19, el personal sanitario también enferma y deben guardar cuarentena o ellos mismos precisan atención médica, este mayor riesgo para el personal de primera línea y en ocasiones la falta de recursos humanos y de equipamiento insuficientes, sitúa al personal de salud en situaciones de agotamiento laboral y estrés permanente. El personal sanitario al encontrarse en primera línea de atención de pacientes COVID-19, enfrentan un gran desafío físico y mental. Por lo que, el impacto de la pandemia en la salud mental tiene una mayor repercusión en los trabajadores de salud (5).

Lo que se pretende con la elaboración del presente estudio es determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout y su relación con la atención de pacientes con la COVID - 19 en médicos y personal de enfermería, considerado a las características de la pandemia como un factor de alta demanda en recursos humanos para el sistema de salud.

A nivel institucional (Hospital de la Mujer) no existe precedente de estudios similares realizados en el tipo de población elegida, por lo que se intenta llenar este vacío en el conocimiento acerca de la presencia o ausencia del síndrome de Burnout lo cual servirá como línea de investigación para futuros estudios que incentiven a proyectos con intervención para mejorar la calidad de vida de del personal de salud ya que el síndrome de burnout es una situación que se va generando progresivamente hasta desembocar, en muchas ocasiones, en un estado de incapacidad para continuar con el trabajo habitual y por lo tanto se tiene también un efecto negativo en la calidad de atención a los pacientes. La aplicación del cuestionario en los médicos y personal de enfermería tiene por objeto el diagnóstico oportuno del Síndrome de Burnout. Una vez que se haya determinado la frecuencia de este síndrome, se podrá identificar los factores de riesgo para mejorar las condiciones en las que se encuentra el personal de salud que atiende a pacientes con la COVID - 19, preservando su

integridad física y mental para de esta forma crear un mejor vínculo médico-paciente y contribuir con el cambio en la calidad de atención.



### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. MARCO CONCEPTUAL

##### 3.1.1. Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout es un síndrome psicológico caracterizado por factores como el agotamiento emocional, la fatiga mental, y despersonalización. En la undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el síndrome de Burnout como “un síndrome resultante del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito” (6)

##### 3.1.1.1. Antecedentes históricos del síndrome de Burnout

En 1981 Christina Maslach desarrollaron la primera escala para la medición de estas tres dimensiones originalmente diseñada para el uso en trabajadores de servicios públicos. Aunque ha sido descrito en todo tipo de profesión. Se han descrito varios métodos para el diagnóstico del síndrome como por ejemplo: el *Burnout Measure* que es una escala con 21 ítems con 7 opciones que miden el agotamiento físico, mental y emocional; el *Staff Burnout Sale* y la *Tercer Attitude Sale* ; pero la escala de Maslach (*Maslach Burnout Inventory*) es considerada el test de elección para determinar la presencia del síndrome de Burnout y fue validada para su aplicación en personas que trabajan en servicios asistenciales de salud. (7)

Es posible hacer un seguimiento de los principales momentos por los que ha pasado este término; en opinión de varios expertos son seis, los cuales se enumeran y describen a continuación (8).

**Primer momento** La primera mención de esta entidad nosológica fue realizada por Bradley (1969), quien en su artículo *Community bases treatment for young adult offenders*, publicado en la revista *Crímen y delincuencia*,

designa con el término *Burnout* a un tipo de estrés que consume la energía de los profesionistas en el trabajo (8).

**Segundo momento** Más tarde, Freudenberger (1974) en su artículo *El personal con Burnout*, utiliza este mismo término para describir la pérdida de entusiasmo, acompañada de diversos síntomas psíquicos como la merma motivacional y síntomas físicos: fatiga, insomnio, dolor de cabeza, excesivas preocupaciones y diversos desórdenes gastrointestinales, los cuales padecían los practicantes de la clínica para toxicómanos, donde colaboraba, después de un año de actividades.

Para este autor, el síndrome es un estado de fatiga crónica combinado con depresión y frustración, generado por determinadas características personales de los practicantes médicos, ya sea por su estilo de vida o diversas propensiones; por estar, como es de esperarse en un voluntario, en una “relación laboral” que no genera una recompensa bastante favorable, y que al final reducía su participación y la satisfacción en el trabajo (8).

**Tercer momento.** La psicóloga social Christina Maslach enfocó su interés en las estrategias desarrolladas por los cuidadores de diversas áreas para hacer frente a la carga emocional que les demandaban sus clientes. Al estudiar el desgaste de estos sujetos, descubrió que acababan *burned out*,<sup>3</sup> es decir, “quemados” o sin energías después de la realización de esfuerzos prolongados; esto la llevó a reflexionar que el centro del problema no sólo estaba presente entre personal médico, sino en todo un conjunto de profesiones similares. A diferencia de Freudenberger, postuló que el desgaste profesional traspasa al individuo y se produce por el entorno laboral.

Estas aseveraciones fueron expuestas en 1976 durante el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA), con lo cual logró iniciar una revalorización del término, así como una difusión sin precedentes del mismo (8).

**Cuarto momento.** Desde que Maslach analizara este concepto, se empezó a producir un conjunto de definiciones muy variadas y con diferentes interpretaciones al interior de la comunidad científica. Éste sería el cuarto momento, no identificado como los anteriores por la influencia de un autor concreto, sino por la dispersión y el creciente interés en el estudio de este tema, así como por la acumulación de teorizaciones y modelos sobre el mismo. Dicho periodo abarca de 1976 a 1981 y en él se producen importantes aportaciones, como la propuesta transaccional del *Burnout* de Cherniss (1980), donde el individuo y el medio ambiente no son concebidos como entidades separadas, sino componentes de un proceso influenciado de forma asociada. De esta manera se gestó un modelo más equilibrado (8).

En ese mismo año aparece el libro *Burnout: etapas de la desilusión en las profesiones de ayuda* (1980) de Jerry Edelmich y Archie Brodsky, en el que se proponen cuatro fases antes de adquirir el síndrome:

- Entusiasmo: al principio el trabajador se muestra ilusionado por el trabajo, en el cual gasta mucha energía y no se protege de la desilusión.
- Estancamiento: sucede cuando el trabajador observa que no se cumplen sus expectativas.
- Frustración: al acumularse los fallos laborales, el trabajador experimenta un sentimiento constante de fracasos que lo vuelve inactivo.
- Apatía: como consecuencia de las constantes frustraciones se da una ausencia de sentimientos positivos.

**Quinto momento.** Para 1981 se habían extendido en todo el mundo los estudios y especulaciones sobre este síndrome, y es de nuevo Christina Maslach, quien en compañía de Susan Jackson, normalizaría el estudio y la conceptualización sobre el *Burnout*; ambas investigadoras propondrían su medición a través de un inventario llamado *Maslach Burnout Inventory*, el cual

incluía 22 aseveraciones. Desde el principio, este instrumento fue acogido con beneplácito por la comunidad científica y pasó de la fase formativa-especulativa a la empírica-mensurable (8).

**Sexto momento.** El sexto momento en el desarrollo del concepto lo constituye la propuesta de Schaufeli, Maslach y Merck (1996), quienes definieron al *Burnout* como un síndrome vinculado con el compromiso laboral más que con las profesiones de atención, que puede ser aplicado a la mayor parte de las actividades que impliquen un desempeño remunerado, inclusive las técnicas o no profesionales. En la actualidad todo parece indicar que el concepto de nuevo se ha dispersado, ya que, es utilizado con otras acepciones; además, falta una teoría que integre a la pléyade de microteorías y micromodelos que hoy día existen sobre este tópico (8).

#### **3.1.1.2. Definiciones sobre el síndrome de Burnout**

No existe una definición aceptada sobre el Síndrome de Burnout o también llamado síndrome de quemarse por el trabajo, pero si un conjunto de definiciones a considerar, muchos autores coinciden que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. El término “Burnout” (síndrome de quemazón) es introducido para los años setenta. El psicólogo Herbert Freudenberger en 1974, lo definió como: “El Burnout es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos”, o “cuando un miembro de la organización se vuelve inoperante” (9).

Según una revisión realizada por Saborío Morales et.al. se identifican los siguientes conceptos:

**Según Vaninga (1979)**, describe al Burnout como una condición psicológica debilitadora, causada por las frustraciones relacionadas con el estrés laboral, lo que resulta una baja productividad y estado de ánimo (9).

**Según Cristina Maslach (1982)** “Burnout es un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes” (9).

**Según Gil-Monte (1997);** El Síndrome de “Burnout” lo define como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (9).

**Según Huber, D (1999),** define al Burnout como “una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes fatiga emocional y física, productividad laboral, menor y despersonalización (9).

**Según la Organización Mundial de la Salud;** El Síndrome de “Burnout”, es considerado por la OMS como una enfermedad laboral que provoca depresión en la salud física y mental de los individuos (10).

**Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT).-** define al estrés laboral como una “enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, perjudicando a la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores” (11).

Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un carácter negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización. En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica se entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y

personales. La diferencia está en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada. Desde la perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso de “quemarse”, es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás apareciendo con anterioridad (11).

### **3.1.1.3. Dimensiones del Síndrome Burnout**

Desde el punto de vista psicosocial las Doctoras Maslach, C. y Jackson; S (1981) plantean que el síndrome de Burnout como proceso donde sea psicosocial, se asumirá las perspectivas donde dimensionan al Burnout en tres fases: 1. Agotamiento emocional, 2. Despersonalización y 3. Falta de realización personal en el trabajo. Es importante entonces comprender las manifestaciones de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout (12).

#### **3.1.1.3.1. Agotamiento Emocional**

Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o ambas combinadas. Es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismo en el ámbito afectivo. Es, por lo tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con las personas en las que hay que atender como objeto de trabajo; reflejado por sentimiento de estar emocionalmente fatigado, exhausto debido al trabajo que el sujeto realiza señalando además que el agotamiento se da cuando la “fuerza o capital

emocional se va consumiendo el profesional ve como se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico. En esta etapa según Corsi, (1998), “las personas se vuelven más irritables constantemente parece que el trabajo es excesivo y el disfrute de las tareas dejan de existir, se les perciben como personas permanentemente insatisfecha, quejasas e irritables” (12).

Para Maslach, C. y Jackson, S (1981) menciona que el cansancio emocional, es el componente principal del síndrome de Burnout y ocurre cuando la persona se ve envuelta. El agotamiento emocional se puede observar a través de la primera manifestación la Fatiga, irritabilidad o el riesgo metafísico y la apatía, definida como el agotamiento corporal o mental que se produce a consecuencia de un trabajo o de un esfuerzo, y que se caracteriza por la incapacidad para realizar tareas físicas con el ritmo o con fuerzas habituales, y con una mayor lentitud de los procesos racionales que pueden ocasionar un fallo de memoria. Por tanto, podría considerarse la fatiga como el escalón inmediato anterior a muchos accidentes laborales, por excesivas actividades; la persona que realiza trabajos que requieran toda su atención y vigilancia durante prolongados períodos de tiempo está expuesta a lapsus o bloqueos que actúan como mecanismos automáticos de regulación del organismo frente a la fatiga (12).

De algún modo, parece que el umbral para la sensación de fatiga es distinto según la motivación que se tenga para realizar una actividad y por lo tanto, las energías que se está dispuesto a aplicar a las mismas la fatiga emocional es una alteración temporal (disminución) de la eficiencia funcional mental y física; y ésta en función de la intensidad y duración de la actividad procedente y del esquema temporal de la presión mental.

La segunda manifestación del cansancio emocional es la Irritabilidad, definida como estado emocional que se caracteriza por sensibilidad asentada hacia los

estímulos ambientales y sociales, lo cual puede provocar enojo o tristeza exagerada. Con frecuencia se asocia con estrés nerviosismo, entre otros, este estado es hipersensibilidad es causado por: ruidoso, además por insomnio y ansiedad entre otros (12).

Se muestra por los siguiente signos y síntomas: intolerancia hacia algunas actitudes de la gente con la que trabaja, actitudes agresivas, tendencia a discutir, tristeza, enojo, malas contestas, malos gestos, agresividad.

El tercero es el **Malestar físico**, conocida como una sensación generalizadas de molestias, enfermedad o falta de bienestar, la cual puede estar asociada con estados de cansancio, pocas energías para cumplir las actividades ambientales, o por un problema patológico.

Y el cuarto componente del cansancio emocional es **la apatía**, la cual es definida como el trastorno de la afectividad que se realiza por la impasibilidad del ánimo, el medio o los acontecimientos, que trae consigo una alteración en la capacidad de expresión afectiva por parte del individuo frente a toda una serie de estímulos externos e internos (12).

#### **3.1.1.3.2. Despersonalización**

Se concibe como el desarrollo de actitudes, sentimientos y respuestas negativas, distantes y deshumanizadas hacia las otras personas, especialmente a los beneficiarios de su trabajo, acompañadas de un aumento de la irritabilidad y una falta de motivación hacia el trabajo. El profesional experimenta un claro distanciamiento no sólo de las personas beneficiarias de su trabajo, sino de sus compañeros de equipo con los que trabaja, mostrando una actitud irritable, irónica y despectiva, atribuyéndoles la responsabilidad de sus frustraciones y de su falta de rendimiento laboral.



Los profesionales de salud (enfermeros) afectados con despersonalización ven a los pacientes de forma deshumanizada. Los pacientes dejan de ser personas con sentimientos para convertirse en simples “casos clínicos” (12).

#### **3.1.1.3.3. Falta de realización personal**

Se define como la necesidad de logro que tiene todo ser humano para competir con criterios hacia la excelencia. Los criterios de la excelencia deberían estar relacionados con la realización de una tarea, con uno mismo o relacionados con los otros. Estos comportamientos se combinan con emociones de orgullo y de satisfacción. En el caso contrario, resultaría una frustración que podría obstaculizar el aprendizaje.

Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creándose una especie de autorreclusión (12).

Otros lo definen como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Esta baja autoestima termina en el aislamiento profesional. Así cesa toda comunicación entre el afectado de Burnout y sus compañeros de trabajo. La labilidad emocional es muy común entre los afectados por Burnout, fácilmente pasan del enojo a las lágrimas sin razones aparentes o por motivos minúsculos (12).

Un síntoma bastante frecuente en el Burnout es el cinismo. Aunque no se da en todos los afectados, es un mecanismo de defensa producido como reacción ante el agotamiento emocional. Otro síntoma compensador del Burnout que no siempre se observa, y que cuando se produce ocurre sólo al principio de la enfermedad, es la sensación de omnipotencia que es un mecanismo de

defensa ante la ineptitud que cree presentar, además esta sensación de omnipotencia lo llevará a actuar de manera eufórica ante los errores que cree presentar. Este acceso de euforia puede enmascarar el diagnóstico de Burnout, hasta que el síndrome se ha instalado en su forma definitiva: agotamiento emocional e incomunicación con los pacientes y los compañeros de trabajo. Cuando el Burnout domina la vida del profesional, tanto los accesos de onnisapiencia como los de euforia son raros; predominan las sensaciones opuestas. Otros síntomas de defensa que no siempre se encuentran son los de agresividad, los enfados frecuentes, la suspicacia irracional, entre profesionales (12).

#### **3.1.1.4. Síntomas del Síndrome de Burnout**

Según el diccionario de la Lengua Española, un síndrome es el conjunto de síntomas característicos de una enfermedad, mientras que un síntoma es el fenómeno revelador de una enfermedad o una señal, indicio de una cosa que está sucediendo o va a suceder.

El Síndrome de Burnout presenta una taxonomía con cuarenta y siete síntomas circunscrita al plano individual. Este autor establece cinco categorías para distribuir los síntomas (13)..

**Síntomas físicos:** que se caracterizan por el aumento de fatiga y agotamiento físico, aumento de molestias y dolores musculares, y aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, etc.) (13).

**Desarrollo de conductas de exceso:** caracterizadas por el aumento en el consumo de barbitúricos, estimulantes, y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol), aparición de conductas de riesgo, de conductas hiperactivas y agresivas (13).

**Problemas de ajuste emocional:** entre los que se encuentran agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco, entre otros (13).

**Alteración de las relaciones interpersonales:** caracterizados por el aislamiento del individuo y su negación a comunicarse con los demás, por la aparición de conflictos interpersonales, y por la indiferencia y frialdad con las personas con las que se trabaja (13).

**Síntomas actitudinales y cambios en los valores y en las creencias del individuo:** donde incluye síntomas como cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, o sensación de impotencia, de frustración y de fracaso (13).

**Síntomas Psicosomáticos:** En las personas afectadas por el Síndrome de Burnout en su organismo surgen cambios químicos y síntomas psicosomáticos que son comunes a la ansiedad o a la depresión, o ambas. Según una investigadora japonesa Namura Nagase Yoshida de la Universidad de Kanazawa, la despersonalización está relacionada con bajas tasas de células "Natural Killer", y de CD57 y CD16 en el total de linfocitos. Esta relación, cuyo mecanismo se ignora, es independiente del estrés que se sufra (13).

Uno de los síntomas más comunes del Burnout, en el límite entre lo físico y lo psicológico se encuentra la astenia, que es la sensación de estar cansado continuamente, de querer dormir, otro de los síntomas es la agitación porque el síndrome produce ansiedad y esta produce una inquietud que se manifiesta en temblor de manos, tics nerviosos, exceso de movimientos del rostro, las manos y otras partes del cuerpo. En la esfera cardiovascular, se refieren palpitations, taquicardia e hinchazón en el pecho. La taquicardia se relaciona muchas veces con la agitación, todos estos síntomas se deben a un cierto incremento en la tensión arterial que está relacionada a la angustia. En el Burnout también se pueden experimentar muchos dolores musculares o articulares, sobre todo en la zona lumbar y en el cuello que generalmente se

deben a la tensión a la cual está expuesto el profesional que padece el Síndrome de Burnout (13).

También pueden presentar dolores de cabeza poco intensos que muchas veces pueden presentar mareo y un malestar general que pueden estar acompañados por náuseas, sin que la persona llegue a vomitar. En general se pueden presentar una diversidad de síntomas psicósomáticos, en especial sobre el aparato digestivo y respiratorio como gastritis, diarrea, asma, tos nerviosa, entre otros. Además, pueden presentar trastornos del sueño que puede presentarse por hipersomnia, eso quiere decir que la persona necesita dormir más esa sensación de sueño acompaña a la persona durante todo el día, o por el contrario pueden presentar insomnio, dormir es esencial para todas las personas y carecer del produce irritabilidad y sensación de agotamiento, como consecuencia incrementan las tensiones musculares y el estado del paciente que padece este síndrome empeora. (13)

#### **3.1.1.5. Causas del “Burnout” según la OMS**

- Falta de éxitos terapéuticos y de progreso observable en los pacientes.
- Descuido institucional de las necesidades del paciente, a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.
- Inadecuados sistemas de promoción que afectan el necesario prestigio social.
- Falsos liderazgos.
- Falta de interacción social. (El profesional se aísla de sus vínculos personales y de sus colegas)
- Falta de apoyo entre los miembros de un equipo (13) .

#### **3.1.1.6. Evaluación del Síndrome de Burnout**

Para la evaluación del Síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas,

entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o auto informes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con auto informes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los auto informes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo (14).

#### **3.1.1.6.1. Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory – MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales.

El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach

aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empelados para definir el constructo de Burnout (14).

La versión clásica del MBI está constituida por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo) (9 ítems) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems). (12)

### **3.1.1.7. Consecuencias del Síndrome de Burnout**

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. En las consecuencias del estrés asociadas al Burnout podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización (15).

#### **3.1.1.7.1. Consecuencias para el individuo**

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Según Gil-Monte y Peiró las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatros grandes grupos en función de sus

manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. En las emocionales son manifestaciones de los sentimientos y emociones, mientras que las actitudinales hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en las manifestaciones psicosomáticas. Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo-conductual que se desprenden de la aparición del síndrome (15).

Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicosomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática. En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach (1982) señala que las repercusiones del Burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación, además estas personas afectadas desean estar solas incluso se alejan de sus familias (15).

#### **3.1.1.7.2. Consecuencias para la organización**

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del absentismo laboral.
- Abandono del puesto y/o organización
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.

- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Aumento de la rotación laboral.
- Incremento de accidentes laborales.

Se ha visto que existe una relación directa entre Burnout y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso organizacional más bajo (15).

#### **3.1.1.8. Afrontamiento del síndrome de Burnout**

El término *Afrontamiento* hace referencia al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados por el individuo para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de sus propios recursos. La función principal de estos esfuerzos es reducir la tensión y devolver el equilibrio emocional a la persona. Actualmente parece haber suficiente consenso en el sentido que el afrontamiento juega un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

Por otro lado, el desarrollo teórico y metodológico del concepto de Afrontamiento, ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. La primera perspectiva hace referencia a los estilos de afrontamiento, tiene influencia de la orientación psicoanalítica y el concepto de defensas del yo. Desde esta postura se propone la existencia de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes (8).

Existen dos tipos de afrontamiento:

**Focalizado en el problema.** Se presenta cuando la persona busca cambiar la relación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza;



predomina la acción que trata de manejar o controlar la fuente generadora de estrés (8).

**Focalizado en la emoción.** Está dirigido a disminuir o eliminar las reacciones emocionales desencadenadas por la fuente estresante. Ésta asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello centra toda su atención en disminuir el malestar emocional que se va a generar.

De acuerdo con esta perspectiva, la persona no aborda cada uno de los contextos de afrontamiento como si fuera totalmente nuevo, sino que contextos de afrontamiento como si fuera totalmente nuevo, sino que actúa con recursos aprendidos y con un grupo preferido de estrategias de afrontamiento que permanecen relativamente fijos a través del tiempo y las circunstancias. (8)

#### **3.1.1.8.1. Estrategias y técnicas de intervención frente al burnout**

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.).

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine (1982), que determinó los cuatro siguientes (14):

- 1) Identificar el Burnout.
- 2) Prevenirlo mediante información y afrontamiento.
- 3) Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.

4) Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

En 1999, Ramos (1999) planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son:

1) Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).

2) Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.

3) Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.

4) Fortalecer las redes de apoyo social.

5) Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo:

A) Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.

B) Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.

C) Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo

Los programas de intervención en general se dividen en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización, y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel organizacional),

procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional) (14).

### **3.1.1.8.2. Estrategias orientadas al individuo**

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida.
2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa.

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación.

también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión. También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario (14).

### **3.1.1.8.3. Estrategias sociales**

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto. Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación, de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en su ámbito laboral, en que ha de constatar que se valora su trabajo (14).

### **3.1.1.8.4. Estrategias organizacionales**

Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, ésta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario –lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico-; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores del Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales (14).

### **3.1.1.9. Prevención**

#### **3.1.1.9.1. Prevención Primaria**

la forma más efectiva de combatir el estrés consiste en eliminar su causa. Para ello puede ser necesario rediseñar los puestos de trabajo, mejorar los sistemas de comunicación e interrelación del equipo de trabajo, aumentando la

información, modificando las políticas de personal, y delegando funciones creando de esta forma un clima de trabajo adecuado y de apoyo (8).

#### **3.1.1.9.2. Prevención Secundaria**

las iniciativas se centran en la formación y en la educación continua en la adquisición de destrezas para reconocer los síntomas del estrés. Se pueden realizar técnicas de relajación, cursos de aprendizaje en administración del tiempo y en calidad de vida, y reforzamiento de la seguridad en uno mismo. Se deben de realizar revisiones médicas periódicas, dieta sana, ejercicio físico adecuado, es decir, programas de promoción de la salud (8).

#### **3.1.1.9.3. Prevención Terciaria**

consiste en la detección precoz de los problemas relacionados con la salud mental y el tratamiento adecuado por especialistas (8).

#### **3.1.1.10. Recomendaciones para evitar el Síndrome de “Burnout”**

- Implicarse en actividades externas al trabajo
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares
- Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales
- Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación
- No saltar periodos de vacaciones
- Desarrollar actividades físicas
- Realizar una psicoterapia focalizada en el problema para prevenir la crisis del Síndrome (8).

#### **3.1.2. La COVID - 19.**

El brote de un nuevo coronavirus se informó en Wuhan, en la provincia de Hubei de China, en diciembre de 2019. Este virus fue designado oficialmente como síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) debido

a sus similitudes filogenéticas y taxonómicas con otros coronavirus. Este virus generalmente se llama COVID - 19. Después de su brote en diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de la COVID - 19 era una pandemia en marzo de 2020. A fines de diciembre de 2020, se habían confirmado alrededor de 90 millones de casos en más de 219 países. Sus síntomas van desde fiebre leve hasta tos, fatiga, neumonía grave, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) e insuficiencia orgánica (16).

### **3.1.2.1. Etiología**

El SARS-CoV-2 causa la COVID - 19 y, por lo tanto, se denomina virus COVID - 19. Este virus se clasifica entre los miembros de la familia de los coronavirus beta junto con los MERS-CoV y el SARS-CoV. Este coronavirus, que se distingue por una proteína de pico transmembrana (proteína S) con apariencia de corona, es un virus de ARN monocatenario de sentido positivo (+ ARNsc) que tiene aproximadamente 60 ~ 140 nm de diámetro. (17)

### **3.1.2.2. Infectividad del SARS-CoV-2**

Su transmisibilidad, se mide por el “Número de Reproducción” ( $R_0$ ) (18). El SARS-CoV-2 tiene una transmisibilidad comparable o ligeramente superior en comparación con el SARS-CoV con la estimación más alta de SARS-CoV-2  $R_0$  siendo  $> 3.5$  en comparación con 2,5 para el SARS-CoV. Además, el tiempo de incubación parece ser más largo durante la enfermedad por SARS-CoV-2 (4 a 12 días) en comparación con el SARS-CoV (2 a 7 días). La diferencia más notable es que el intervalo entre el inicio de los síntomas y la infectividad máxima para el SARS-CoV-2 es de 0 días (5-7 días en el SARS-CoV), lo que sugiere que la enfermedad puede transmitirse fácilmente por pacientes que no presentan síntomas. Por lo tanto, como era de esperar, el SARS-CoV-2 tiene un  $R_0$  más alto debido a la infectividad en pacientes asintomáticos y un período de incubación más largo (16).

### **3.1.2.3. Transmisión de SARS-CoV-2**

El SARS-CoV-2 se transmite por vía aérea por 3 mecanismos:

- Por contagio directo de persona a persona, por las gotitas de secreciones respiratorias  $\geq 5 \mu\text{m}$  que se emiten al respirar, hablar, gritar, toser, estornudar, besar, etc., por uno a dos metros de distancia. Es el mecanismo más importante a nivel individual y colectivo comunitario
- También el estornudo y la tos generan aerosoles de gotas  $\leq 5 \mu\text{m}$  que se mantienen en el aire a mayor distancia
- El depósito de las secreciones en el ambiente cercano– manos, ropa, utensilios, paredes, superficies de madera, plástico, metales, etc. – donde el virus sobrevive desde 15 minutos a 4 días, según las condiciones físicas; en ambientes al aire libre, la dilución en el aire y la irradiación UV solar frustran rápidamente la transmisión. Este potencial mecanismo no juega un rol epidemiológico trascendente, aunque pueda ocurrir en casos anecdóticos. (18).

Los estornudos frecuentes y la tos seca que presenta el paciente con la COVID - 19 generan columnas virales de miles de gotitas por centímetro cúbico. Dado que se cree que la infección por SARS-CoV-2 se transmite por aerosoles y / o gotitas, es imperativo evaluar las características de las partículas, el comportamiento aerodinámico y su propensión a eludir varias barreras fisiológicas para entrar en el cuerpo del huésped. (19)

### **3.1.2.4. Manifestaciones clínicas**

La primera información diagnóstica, y la más accesible, es la que proviene de los signos y síntomas de la exploración clínica. Si el diagnóstico inicial por signos y síntomas fuera exacto, se reduciría la necesidad de pruebas diagnósticas especializadas que llevan mucho tiempo. Las personas con Covid-19 leve pueden experimentar tos, dolor de garganta, fiebre alta, diarrea, dolor de cabeza, dolor muscular o articular, fatiga y pérdida del sentido del olfato y del gusto. Los síntomas de la neumonía de la COVID-19 incluyen

dificultad para respirar, pérdida de apetito, confusión, dolor o presión en el pecho y temperatura alta (más de 38 °C). A menudo, las personas con síntomas leves acuden a su médico (de atención primaria) para un diagnóstico inicial. Las personas con síntomas más graves pueden acudir a un hospital o a un servicio de urgencias. Dependiendo de sus signos y síntomas, los pacientes pueden ser enviados a casa para aislarse, pueden someterse a más pruebas o ser hospitalizados.(20).

Los pacientes con la COVID - 19 experimentan diversos grados de gravedad y el 80% de ellos tienen una infección leve. Aproximadamente el 15% de los casos desarrollan una enfermedad grave caracterizada por disnea, hipoxia y cambios pulmonares en las imágenes; El 5% está críticamente enfermo, con insuficiencia respiratoria por SDRA, shock y / o disfunción multiorgánica. La edad media de las personas afectadas por complicaciones graves relacionadas con la COVID - 19 oscila entre los 49 y los 56 años. A medida que avanzan los síntomas, los pacientes pueden desarrollar neumonía con SDRA, que requiere cuidados intensivos. Los niños suelen ser asintomáticos o presentan síntomas leves. Los hombres y las mujeres tienen la misma susceptibilidad a las infecciones; sin embargo, los pacientes varones tienen un mayor riesgo de peores resultados y muerte. También se ha encontrado que un mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 se asocia con otras comorbilidades como hipertensión (27-30%), diabetes (19%) y enfermedad coronaria (6-8%). Los estudios también han demostrado que los pacientes con la COVID - 19 grave desarrollan SDRA (67,3%), insuficiencia renal aguda (28,9%), función hepática anormal (28,9%) y lesión cardíaca (23,1%) (21)

#### **3.1.2.5. Mortalidad**

La mortalidad parece rondar el 2,2% en todo el mundo, aunque varía según la edad del paciente, la gravedad de la enfermedad y otras circunstancias, incluidas las comorbilidades del paciente. (16)



### **3.1.3. Gestión de los trabajadores de salud como respuesta al La COVID**

**- 19**

Para hacer frente a la pandemia de la COVID - 19, los países e instituciones de salud deben disponer de la capacidad de responder con recursos humanos adecuados en cantidad, capacidad y destrezas adecuadas para las necesidades de la población de manera oportuna, pertinente, eficiente y eficaz. La gestión eficaz de los recursos humanos permitirá a los sistemas de salud responder oportunamente, mejorando los resultados de la atención, racionalizando el consumo de insumos y disminuyendo el estrés del personal. La pandemia la COVID - 19 presenta desafíos para asegurar la disponibilidad del personal de salud en las áreas demandadas con las capacidades requeridas para responder de manera adecuada ya sea por incremento en la demanda y expansión de servicios igual como la posible reducción del personal disponible debido a, entre otros, enfermedad, situaciones de riesgo, y asuntos personales o familiares (22).

La planificación de recursos humanos es esencial para garantizar la preparación de la respuesta, mejorar la capacidad de enfrentar un aumento de casos y asegurar su dotación apropiada para que sean eficientes y productivos, brindándoles la formación, protección, derechos, reconocimientos y herramientas adecuadas para el cumplimiento de sus funciones.

Para poder planificar de manera apropiada, se deben priorizar las siguientes áreas:

- Establecer un proceso de previsión de la dotación de los recursos humanos y posible movilización de los mismos
- Proteger al personal de salud y personal de apoyo de las instituciones de salud, incluyendo consideración de su salud mental y psicosocial y sus necesidades personales y familiares
- Proveer formación apropiada y actualizada y mantener comunicación con los trabajadores de la salud

- Activar o fortalecer la red integrada de servicios de salud, la comunicación y la participación comunitaria en los países (22).

### **3.1.3.1. Apoyo de salud mental y psicosocial**

- Establecer una línea directa dedicada al apoyo psicológico de los trabajadores de salud e informarlos sobre su existencia.
- Revisar los turnos de trabajo, permitir horarios de trabajo flexible y asegurar la distribución de la carga de trabajo en la medida de lo posible.
- Iniciar, instar y monitorear períodos de descanso.
- Hacer un seguimiento de la enfermedad, el estrés y el agotamiento de los trabajadores de salud.
- Considerar impartir formación en primeros auxilios psicológicos a voluntarios y miembros de la comunidad para apoyar al personal en áreas de alto estrés, utilizando plataformas virtuales y de otro tipo.
- Considerar opciones para el cuidado de niños y otras formas de apoyo familiar (cuidado de miembros de la familia que están enfermos, discapacitados o de edad mayor) para los trabajadores de salud.
- Aplicar un sistema de compañerismo para brindar apoyo, hacer un seguimiento del estrés y reforzar los procedimientos de seguridad.
- Asegurarse de que los trabajadores de salud conozcan los servicios de salud mental y apoyo psicosocial y facilitarles el acceso a ellos.
- Orientar a los trabajadores dedicados a la respuesta en cuanto a la mejor manera de proporcionar apoyo emocional y práctico básico (22)

## **3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En Vancouver Canadá se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del agotamiento médico durante la pandemia y las diferencias por género, etnia u orientación sexual. En este estudio se realizó una encuesta transversal (agosto-octubre en 2020) de médicos de medicina interna en dos hospitales académicos, se incluyeron en la encuesta variables relacionadas al

agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal que se midieron mediante el Inventario de Burnout de Maslach. La prevalencia de burnout fue del 68% (agotamiento emocional 63%, despersonalización 39% y sentimiento de baja realización personal 22%). Además, el 21% informó que estaba considerando dejar la profesión o había renunciado a un puesto. Las mujeres tenían más probabilidades de reportar agotamiento emocional (OR 2,00, IC del 95%: 1,07 a 3,73,  $p = 0,03$ ) y sentirse bajo en logros personales (OR 2,26, IC del 95%: 1,09 a 4,70,  $p = 0,03$ ) que los hombres. Los médicos de minorías étnicas visibles tenían más probabilidades de informar que se sentían más bajos en logros personales que los médicos blancos (OR 1,81, IC del 95%: 1,28 a 2,55,  $p = 0,001$ ). No hubo diferencia en el agotamiento emocional o la despersonalización por origen étnico u orientación sexual. Se concluye en el estudio que el agotamiento afecta a 2 de cada 3 médicos de medicina interna durante la pandemia. Las mujeres, los médicos de minorías étnicas y aquellos que sienten que la COVID - 19 afecta el agotamiento eran más propensos a informar componentes del agotamiento. Se menciona además en las conclusiones que se necesita una mayor comprensión de los factores que impulsan los sentimientos de baja realización personal en las mujeres y los médicos de minorías étnicas (23).

En un estudio transversal multinacional dirigido desde Jordania sobre determinantes del agotamiento y otros aspectos del bienestar psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia la COVID - 19, desde el 22 de marzo de 2020 hasta el 18 de junio de 2020, se invitó a participar a trabajadores sanitarios del Reino Unido, Polonia y Singapur mediante un cuestionario autoadministrado que comprende el Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) y el Hospital Anxiety and Depression Escala (HADS) para evaluar cultura de seguridad, burnout y ansiedad / depresión. Se utilizó regresión logística multivariante para determinar los predictores de agotamiento, ansiedad y depresión. Se informa en este estudio que de los 3.537 trabajadores de la salud que participaron en

el estudio, 2.364 (67%) dieron positivo en la prueba de agotamiento, 701 (20%) de ansiedad y 389 (11%) de depresión. Los predictores significativos del agotamiento incluyeron roles de cara al paciente: médico (OR 2,10; IC del 95%: 1,49 a 2,95), enfermero (OR 1,38; IC del 95%: 1,04 a 1,84) y 'otros aspectos clínicos' (OR 2,02; IC del 95%: 1,45– 2,82); reubicado (OR 1,27; IC del 95%: 1,02-1,58). Se concluye en el estudio que los demuestran una carga significativa de agotamiento, ansiedad y depresión entre los trabajadores de la salud (24) .

En Argentina se desarrolló un estudio con el objetivo de evaluar el estrés y el burnout en una población de trabajadores de la salud y, además, medir la concentración de cortisol capilar como biomarcador actual de estrés.

En este estudio se incluyeron 234 trabajadores de la salud del Hospital de Clínicas “José de San Martín” de la Universidad de Buenos Aires. En esta población se obtuvieron muestras de cabello del vértice posterior lo más cerca posible del cuero cabelludo y los individuos completaron las siguientes encuestas: estrés percibido, apoyo social, escala de burnout, escala de eventos de vida y datos sociodemográficos. Los resultados muestran que el 40% de la población estudiada presentó valores de cortisol capilar fuera del rango de referencia saludable. En toda la población estudiada, se encontró una correlación directa entre la concentración de cortisol en el cabello y el estrés percibido, así como entre la concentración de cortisol en el cabello y el componente de agotamiento emocional del burnout ( $r = 0.142$ ,  $p = 0.030$ ;  $r = 0.143$ ,  $p = 0.029$ , respectivamente). El 12% de la población estudiada presentó Burnout (52% médicos y residentes, 19% enfermeras, 19% personal administrativo) (25).

En México el año 2021 se publica un estudio con el objetivo de Identificar los niveles de estrés, burnout, ansiedad y depresión, y su posible relación con estresores psicosociales negativos y recursos psicosociales positivos en trabajadores de la salud en México durante la pandemia por la COVID - 19.

Como parte de un proyecto mayor en varios países latinos, mediante un diseño no experimental, transeccional y correlacional, participaron de manera preliminar 269 trabajadores de diversas clínicas y centros hospitalarios por muestreo dirigido. Se utilizaron distintas medidas muy breves para evaluar sintomatología de depresión, ansiedad, burnout y estrés, y una técnica de exploración mixta para identificar factores psicosociales asociados, los que se exploraron también mediante análisis de conglomerados. Se presentaron niveles altos de sintomatología depresiva y ansiosa (56.9% y 74.7%), así como de burnout y estrés (49.8% y 46.8%) (26).

En Bolivia en la ciudad de La Paz se realizó un estudio el año 2020 con el objetivo de determinar el Burnout en el profesional de enfermería, frente a la pandemia del Coronavirus COVID -19 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría". El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y diseño transversal, para la recolección de la información se utilizó una encuesta dividida en dos partes: la primera parte recolectó los datos sociodemográficos de las profesionales de enfermería y la segunda parte fue la Escala Maslach. La muestra que se obtuvo fue no probabilística con aplicación de criterios de inclusión y exclusión, el total fue de 25 profesionales de los diferentes turnos de trabajo. Resultados el 48% de las profesionales de enfermería tenía de 31 a 40 años, el 96% eran mujeres, el 48% eran casadas, el 48% tenían entre 1 a 2 hijos, el 40% tenía Especialidad, el 60% tenía una experiencia de 1 a 5 años, el 68% dijo que tiene una buena relación con el equipo interdisciplinario. Respecto a los niveles del Síndrome de Burnout se supo que el porcentaje en su dimensión Agotamiento fue de 60%, despersonalización 80 y Realización personal 24 % (27).

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Instituciones competentes como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), vienen insistiendo en la necesidad de adoptar nuevos enfoques en materia de detección, prevención de riesgos profesionales y atender a “nuevos”, o más bien “emergentes” riesgos, como los denominados “*riesgos psicosociales*”, un concepto unitario que engloba una pluralidad de situaciones (28).

Se han realizado múltiples estudios acerca de la frecuencia 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 (29).

Incluso antes de la pandemia actual, la alta frecuencia de Síndrome de Burnout entre los trabajadores sanitarios se informó ampliamente como un problema de salud grave para la economía mundial, debido a sus efectos adversos sobre los pacientes y los resultados organizativos. El Síndrome de Burnout también se ha asociado con ansiedad, depresión, menor satisfacción y calidad de la atención, así como con el trastorno de estrés postraumático y una mayor tasa de suicidio entre los trabajadores sanitarios. La pandemia de la COVID – 19, presenta una especie de tormenta perfecta con respecto a la intersección del estrés crónico en el lugar de trabajo que resulta en altas tasas de agotamiento de los trabajadores sanitarios y estrés traumático agudo impuesto por la pandemia. Una gran cantidad de factores interactúan de diversas formas en el lugar de trabajo; entre otras cosas, todas las desigualdades preexistentes pueden acentuarse durante la pandemia, por ejemplo, las desigualdades de género pueden aumentar en tiempos de pandemia (6).

En la lucha contra la COVID - 19, el Síndrome de burnout ha sido descrito como una gran amenaza para la estabilidad de la fuerza laboral de primera línea. El enfrentamiento con una nueva enfermedad altamente contagiosa expone a los trabajadores a un estrés significativo que puede afectar la salud mental de diferentes formas. El estrés agudo causará principalmente

ansiedad, cambios de humor, trastornos del sueño, miedo y trastorno de estrés postraumático, mientras que el estrés crónico puede causar síndrome de Burnout, que es una condición fuertemente relacionada con la capacidad de trabajo deteriorada. El trabajador de salud que sufre de síndrome de Burnout está desmotivado, exhausto y cínico y, por lo tanto, puede ser muy peligroso para los pacientes. De hecho, los trabajadores sanitarios agotados no pueden proporcionar servicios sanitarios de alta calidad. Desafortunadamente, hasta ahora, las partes interesadas ocupacionales no han tomado medidas significativas para minimizar los factores de riesgo de la COVID - 19 para Síndrome de Burnout en los trabajadores sanitarios (6).

El Hospital de la Mujer fue creado con Resolución de la Secretaria Nacional de Salud No. 1075 en fecha 9 de octubre de 1994, con el objeto de coadyuvar a los pilares fundamentales de la Política de Salud del Binomio Madre- niño (recién nacido), en el marco de Presentación del Servicio de Salud Integral (PSSI), y el Sistema Único de Salud SUS. Su funcionamiento está regulado por el decreto supremo No. 25233 que se define como unidad desconcentrada del SEDES- LA PAZ; el servicio de salud de la institución viene dado por la ley 475, ley 1152, Decreto Supremo 3813, Resolución ministerial 132 y Normativa conexas

El Hospital de la Mujer en este momento está en un proceso de reingeniería, con el inicio del proceso de fortalecimiento en la infraestructura dentro los lineamientos y directrices de inversión pública, con el propósito de ser sostenible. Se estima que la demanda de la atención del Servicio de Salud, a partir de marzo del 2019 se incrementó en un 30% y se viene consolidando gradualmente en el tiempo por efecto de la implementación del Seguro Único de Salud SUS, Este incremento de la demanda no ha sido paralelo al incremento de recursos humanos y peor aún en la situación de pandemia donde el número de prestaciones y actividades en general se incrementaron exponencialmente, lo cual incide en el desempeño en algunos casos por agotamiento en el trabajo, la magnitud de este problema y sus factores

asociados se desconoce por lo que se formula la siguiente pregunta de investigación:



### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación del Síndrome de Burnout con variables laborales y académicas en el personal médico y de enfermería que atiende a pacientes con la COVID-19 en el Hospital de la Mujer en el tercer trimestre del año 2021?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación del Síndrome de Burnout con variables laborales y académicas en el personal médico y de enfermería que atiende a pacientes con la COVID - 19 en el Hospital de la Mujer en el tercer trimestre del año 2021.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir al personal de salud según variables demográficas laborales, académicas y de infección por COVID - 19
- Comparar la frecuencia del Síndrome de Burnout en sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo
- Determinar la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con variables demográficas laborales y académicas de médicos y personal de enfermería
- Determinar la correlación entre la edad del personal de salud con las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal

## VI. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es no experimental, la misma que puede definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, en este estudio se observó la frecuencia del Síndrome de Burnout a través de un cuestionario, sin haber manipulado ninguna de las variables en estudio. En función al tiempo de recolección de datos, el estudio fue prospectivo, ya que se basa en datos que se registraron en un periodo posterior a la elaboración del perfil de tesis, además de que los estudios basados en aplicación de cuestionarios tienen esta característica, en tanto que los estudios basados en técnicas documentales mediante la revisión de registros en historias clínicas, por ejemplo, suelen ser más bien retrospectivos.

### 6.2. POBLACIÓN

Son todos los profesionales médicos y personal de enfermería relacionados a la atención de pacientes con la COVID – 19 en el Hospital de la Mujer

#### Recursos humanos: Personal asistencial Hospital de la Mujer

SERVICIO	MÉDICOS	LIC. ENFERMERÍA	AUX. ENFERMERÍA	TOTAL
Puerperio	-	7	6	13
Ginecología	12	9	8	29
Obstetricia	26	-	-	26
Alto riesgo obstétrico	-	8	9	17
Partos/ pre- partos	-	9	0	9
Recién nacido	-	5	0	5
Neonatología	16	19	5	40
Patología	2	-	-	2
UTI	7	9	-	16
Quirófano	-	12	13	25
Anestesiología	10	-	-	10
Suministro	-	-	6	6
Consultorio	-	-	6	6
Ecografía	3	-	-	3
Epidemiología	1	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>78</b>	<b>53</b>	<b>208</b>

Fuente. Recursos humanos Hospital de la Mujer/ Año 2021

### **6.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **6.3.1. Criterios de inclusión**

- Médicos, enfermeras Auxiliares de enfermería que trabajan en el Hospital de la Mujer y estuvieron relacionados a la atención de la COVID - 19
- Médicos enfermeras y auxiliares con un tiempo mínimo de dos años de trabajo en el Hospital de la Mujer
- Médicos enfermeras y auxiliares que se encuentren en función de trabajo al momento de la encuesta
- Médicos enfermeras y auxiliares que acepten ser parte del estudio

#### **6.3.2. Criterios de exclusión**

- Médicos enfermeras y auxiliares que no acepten ser parte del estudio

### **6.4. MUESTRA**

La muestra fue no probabilística direccional (o intencional) que se caracteriza por seleccionar solo a las personas que pueden dar información sobre el tema de investigación, en este caso se incluyeron a trabajadores que durante la pandemia han estado más vinculados a la atención de la COVID – 19 que fueron 37 auxiliares de enfermería y 62 profesionales entre 27 médicos y 22 enfermeras haciendo un total de 86 trabajadores en salud.

### **6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **6.5.1. Operacionalización de variables del objetivo 1**

Describir al personal de salud según variables demográficas laborales, académicas y de infección por COVID – 19.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
Variables demográficas (Edad y sexo)	Proporción de médicos y personal de enfermería según grupo etario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 40 años</li> <li>• 40 – 60 años</li> <li>• ≥ 60 años</li> </ul>	Cualitativa ordinal
	Proporción de médicos y personal de enfermería según sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Variables académicas (Formación a nivel de técnico o licenciatura)	Proporción de médicos y personal de enfermería según cargo en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicos (Auxiliares de Enfermería)</li> <li>• Licenciatura (Enfermeras y médicos)</li> </ul>	Cualitativa nominal politómica
Variables laborales (Experiencia en el hospital)	Proporción de médicos y personal de enfermería según años de experiencia en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 10 años</li> <li>• 10–20 años</li> <li>• &gt; 20 años</li> </ul>	Cualitativa ordinal
Infección por COVID. 19	Proporción de médicos y personal de enfermería según formación académica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con infección</li> <li>• Sin infección</li> </ul>	Cualitativa ordinal
Infección por COVID – 19 según salas	Proporción de médicos y personal de enfermería según grupo servicio o unidad donde trabajan actualmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos/ Pre- Partos</li> <li>• Ginecología</li> <li>• ARO</li> <li>• Sala de la COVID</li> <li>• Terapia intensiva</li> <li>• Quirófano</li> <li>• Emergencias</li> <li>• Puerperio Quirúrgico</li> <li>• Suministros</li> <li>• Recién Nacido</li> </ul>	Cualitativa nominal politómica

### **6.5.2. Operacionalización de variables del objetivo 2**

Comparar la frecuencia del Síndrome de Burnout en sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
Frecuencia del Síndrome de Burnout Según sus dimensiones	Frecuencia según Subescala de agotamiento emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 27</math> = Alta</li> <li>• 19 – 26 intermedia</li> <li>• <math>&lt; 19</math> Agotamiento</li> </ul>	Cualitativa Ordinal
	Frecuencia según Subescala de despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 10</math> = Alta</li> <li>• 6 – 9 intermedia</li> <li>• <math>&lt; 6</math> Despersonalización</li> </ul>	Cualitativa Ordinal
	Frecuencia según Subescala de realización personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 33 baja realización personal</li> <li>• 34 a 39 intermedia</li> <li>• <math>\geq 40</math> sensaciones de logro</li> </ul>	Cualitativa Ordinal
Frecuencia de síndrome de Burnout	Frecuencia de síndrome de Burnout	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con Burnout</li> <li>• Sin Burnout</li> </ul>	Cualitativa dicotómica

### 6.5.3. Operacionalización de variables del objetivo 3

Determinar la relación entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con variables demográficas laborales y académicas de médicos y personal de enfermería.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
Asociación entre el Síndrome de Burnout con variables demográficas laborales y académicas	Frecuencia de Agotamiento emocional por variables demográficas laborales académicas y de infección por COVID - 19	Agotamiento emocional Por edad <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>&gt; 40</math> años</li> <li>• <math>\leq 40</math> años</li> </ul> Por sexo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul> Por categoría profesional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar</li> <li>• Licenciatura</li> </ul> Por años de experiencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>&gt; 5</math> años</li> <li>• <math>\leq 5</math> años</li> </ul>	Cualitativa Nominal dicotómica

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
		Por capacitación en la COVID - 19 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Por lugar de trabajo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala COVID</li> <li>• Otras salas</li> </ul> Por antecedente de la COVID - 19 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermó</li> <li>• No enfermó</li> </ul>	
	Frecuencia de Despersonalización por variables demográficas laborales académicas y de infección por COVID – 19	Despersonalización <ul style="list-style-type: none"> <li>Por edad               <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 40 años</li> <li>• ≤ 40 años</li> </ul> </li> <li>Por sexo               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul> </li> <li>Por categoría profesional               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar</li> <li>• Licenciatura</li> </ul> </li> <li>Por años de experiencia               <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 5 años</li> <li>• ≤ 5 años</li> </ul> </li> <li>Por capacitación en la COVID - 19               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> </li> <li>Por lugar de trabajo               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de la COVID - 19</li> <li>• Otras salas</li> </ul> </li> <li>Por antecedente de la COVID - 19               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermó</li> <li>• No enfermó</li> </ul> </li> </ul>	Cualitativa Nominal dicotómica
	Frecuencia de Realización personal por variables demográficas laborales académicas y	Realización personal por <ul style="list-style-type: none"> <li>Por edad               <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 40 años</li> <li>• ≤ 40 años</li> </ul> </li> <li>Por sexo               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul> </li> </ul>	Cualitativa Nominal dicotómica

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
	de infección por COVID - 19	Por categoría profesional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar</li> <li>• Licenciatura</li> </ul> Por años de experiencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 5 años</li> <li>• ≤ 5 años</li> </ul> Por capacitación en la COVID - 19 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Por lugar de trabajo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala de la COVID</li> <li>• Otras salas</li> </ul> Por antecedente de la COVID - 19 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermó</li> <li>• No enfermó</li> </ul>	

#### 6.5.4. Operacionalización de variables del objetivo 4

Determinar la correlación entre la edad del personal de salud con las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
Correlación entre la edad del personal de salud con las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.	Correlación entre la edad del personal de salud con las dimensiones de agotamiento emocional.	Correlación lineal de Pearson Valores entre -1 y +1	Cuantitativa continua
	Correlación entre la edad del personal de salud con las dimensiones de despersonalización	Correlación lineal de Pearson Valores entre -1 y +1	Cuantitativa continua



<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valores finales</b>	<b>Tipo de variable</b>
	Correlación entre la edad del personal de salud con las dimensiones de realización personal.	Correlación lineal de Pearson Valores entre -1 y +1	Cuantitativa continua

## **6.6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.6.1. Planificación**

En primer lugar, se procedió a la planificación para el desarrollo final de la tesis lo cual se resume en un cronograma de actividades. (ANEXO 1)

### **6.6.2. Coordinación**

Para tener acceso a los datos se coordinó con la dirección del establecimiento donde se informó sobre los objetivos y características de la investigación, una vez aprobada la solicitud, (ANEXO 2) se continuó el diseño de instrumentos y recolección de datos.

### **6.6.3. Instrumentos de recolección de datos**

El cuestionario incluye la primera parte con variables demográficas como ser; la edad, el sexo, variables académicas, laborales, y antecedentes de la COVID – 19, en una segunda parte incluyen preguntas que componen el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su y su función es medir el desgaste profesional. (ANEXO 3)

### **6.6.4. Recolección de datos**

Se realizaron reuniones de coordinación con cada responsable de sala o servicio indicándole los propósitos del estudio y la metodología para la aplicación del cuestionario de Burnout. Posteriormente se entregaron los

cuestionarios de acuerdo al número de recursos humanos por la mañana y se recogieron los mismos durante el mismo día.

### **6.6.5. Tabulación de datos**

Se establecieron códigos para la tabulación de los datos de cada ítem del cuestionario (ANEXO 4) con estos códigos se tabularon los datos de cada cuestionario en una base de datos (ANEXO 5) producto de la exploración de datos se incluyen datos desagregados que forman parte de los datos de los que se obtuvieron los resultados pero que no se incluyen en el cuerpo de la tesis como todas las tablas 2x2 en el análisis correlacional (ANEXO 6)

### **6.6.6. Procesamiento de datos y análisis estadístico**

#### **6.6.6.1. Estadística descriptiva**

Se utilizará la estadística descriptiva, para la obtención de medidas de tendencia central que conllevan información respecto a valores en torno a los que tienden a agruparse las variables estudiadas y medidas de dispersión que hacen referencia a la variedad o dispersión que muestran los datos.

Igualmente, en el análisis se emplearán valores de probabilidad matemática, expresados como porcentaje que resulta de la multiplicación de las fracciones por cien. De esta forma se medirá la probabilidad de ocurrencia de los hechos investigados mediante un número entre cero y uno multiplicado por 100. (Un hecho que no puede ocurrir tiene una probabilidad de cero, y un evento cuya ocurrencia es segura tiene probabilidad de cien) (30).

Por ejemplo, para la proporción se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Proporción de médicos con Síndrome de Burnout} = \frac{\text{Número total de médicos con Síndrome de Burnout}}{\text{Número total de médicos encuestados}} \times 100$$

### 6.6.6.2. Medidas de asociación

La situación más común en los servicios de salud es la comparación de dos proporciones (31), y el análisis de la asociación entre las mismas por ejemplo si existe asociación entre la edad con la frecuencia del síndrome de Burnout, para ello se aplica el siguiente algoritmo

$$X^2 = \sum_{i=1}^K \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

**Donde:**

$X^2$  = Chi cuadrado

$\Sigma$  = Sumatoria

$O_i$  = Es la frecuencia de los eventos observados en los datos muestrales

$E_i$  = Es la frecuencia de los eventos esperados si no hubiera diferencia entre las proporciones que se comparan

$K$  = Es el número de categorías o clases

El propósito es determinar si la presencia de un factor evaluado se relaciona con la frecuencia de la enfermedad. En dichas condiciones se espera que la prevalencia de exposición a dicho factor sea razonablemente más alta entre los que han enfermado o sufrido un daño a la salud que en aquellos que no han enfermado.

Esta asociación se la mide generalmente con el valor de chi cuadrado cuyo valor calculado se compara con un valor tabulado (esperado) tomado de la distribución de probabilidades teóricas. Este valor teórico corresponde al que se esperaría encontrar si los resultados observados ocurrieran puramente por azar, a este valor teórico se le llama valor crítico: si el valor observado es mayor que el valor crítico se concluye que las diferencias observadas son estadísticamente significativas y que existe asociación entre las variables estudiadas, Si el valor observado es igual o menor que el valor crítico entonces

se concluye que. las diferencias observadas NO son estadísticamente significativas y que NO existe asociación entre las variables estudiadas.

El valor crítico del Chi Cuadrado (de acuerdo a una tabla de distribución teórica) es 3.84, que corresponde al llamado chi cuadrado con un grado de libertad, específico para tablas 2x2 (2 columnas y 2 filas).

#### **6.6.6.3. Medidas de significancia estadística**

El “p” valor indica el nivel de significancia de la prueba, que expresa la probabilidad de que la diferencia observada haya ocurrido por azar. En otras palabras, es el margen de error que el estudio acepta como máximo, Si el nivel de confianza es de 95 % entonces el “p” valor será de 5 % y se denota como  $p < 0,05$ . (30).

Cuando el p valor correspondiente es menor que 0,05 entonces se puede afirmar que las diferencias han sido estadísticamente significativas y cuando es igual o mayor que 0,05 entonces esas diferencias no son estadísticamente significativas (32).

#### **6.6.6.4. Medidas de fuerza de asociación Odds Ratio**

El término ‘frecuencia relativa’ implica que el valor numérico de cualquier probabilidad se sitúa entre 0 y 1.

Se trata del odds. El odds (o ‘ventaja’) se define como la probabilidad de que ocurra un evento dividida entre la probabilidad de que no ocurra, es decir, el odds viene a ser una razón de probabilidades complementarias. Esto es:

La razón de posibilidades de los estudios caso-control proporciona una medida que es conceptual y matemáticamente análoga al riesgo relativo de los estudios de cohortes. Desde un punto de vista más práctico, el OR, corresponde a la razón de productos cruzados en una tabla 2x2, como la presentada en esta Unidad y se calcula mediante la siguiente fórmula:

	Con Burnout	Sin Burnout	
> 40 años	a	B	a + b
≤ 40 años	c	D	c + d
	a + c	b + d	a + b + c + d

$$OR = \frac{a \times c}{b \times d}$$

Esta medida de fuerza de asociación tiene la misma interpretación que el riesgo relativo y en determinadas circunstancias (de baja frecuencia de la enfermedad) constituye una buena aproximación de éste. Así, un OR igual a 1 (OR=1) indica ausencia de asociación exposición-enfermedad; un OR mayor de 1 (OR>1) indica exposición de riesgo y un OR menor de 1 (OR<1) efecto protector (33).

#### 6.6.6.5. Medidas de correlación: Coeficiente de correlación lineal

El **coeficiente de correlación lineal**  $r$  mide la fuerza de la correlación lineal entre los valores cuantitativos pareados  $x$  y  $y$  en una *muestra*. El coeficiente de correlación lineal  $r$  ( $-1 \leq r < 0$  para correlación negativa y  $0 \leq r \leq 1$  para correlación positiva). El coeficiente de correlación lineal se denomina en ocasiones **coeficiente de correlación del momento del producto Pearson** en honor a Karl Pearson (1857-1936), quien lo desarrolló originalmente.(34)

El coeficiente de correlación de Pearson es un índice estadístico que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas. A diferencia de la covarianza (busca comparar los resultados obtenidos en diferentes grupos de una variable cuantitativa pero corrigiendo las posibles diferencias existentes entre los grupos en otras variables que pudieran afectar también al resultado (covariantes) la correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables.

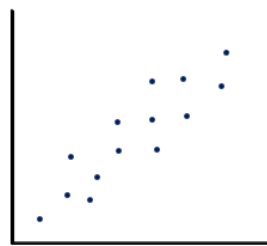
El cálculo del coeficiente de correlación lineal se realiza dividiendo la covarianza por el producto de las desviaciones estándar de ambas variables:

En una distribución bidimensional puede ocurrir que las dos variables guarden algún tipo de relación entre sí, por ejemplo, si se analiza la estatura y el peso de los alumnos de una clase es muy posible que exista relación entre ambas variables: mientras más alto sea el alumno, mayor será su peso.

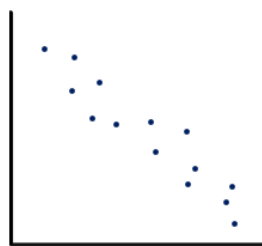
El coeficiente de correlación lineal mide el grado de intensidad de esta posible relación entre las variables. Este coeficiente se aplica cuando la relación que puede existir entre las variables es lineal (es decir, si representáramos en un gráfico los pares de valores de las dos variables la nube de puntos se aproximaría a una recta).

No obstante, puede que exista una relación que no sea lineal, sino exponencial, parabólica, etc. En estos casos, el coeficiente de correlación lineal mediría mal la intensidad de la relación entre las variables, por lo que convendría utilizar otro tipo de coeficiente más apropiado.

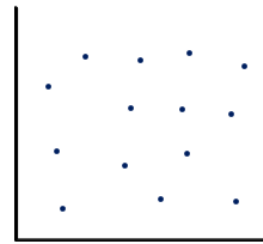
Para ver, por tanto, si se puede utilizar el coeficiente de correlación lineal, lo mejor es representar los pares de valores en un gráfico y ver qué forma describe.



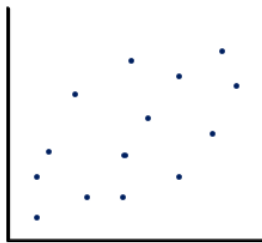
Correlación lineal (+) alta



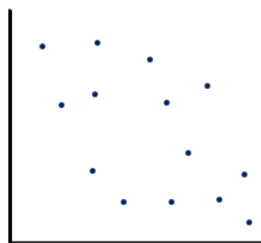
Correlación lineal (-) alta



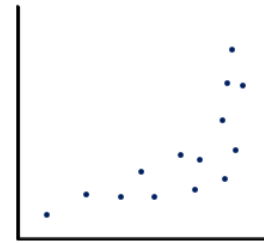
Sin Correlación



Correlación lineal (+)



Correlación lineal (-)



Correlación NO lineal

En este caso el algoritmo para el coeficiente de correlación de Pearson es el siguiente:

$$r = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{n \sum X^2 - (\sum X)^2} \sqrt{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$$

Donde:

$n$  = Tamaño de la muestra

$\sum xy$  = Sumatoria de  $x$  por  $y$

$\sum x \sum y$  = Sumatoria de  $x$  por la sumatoria de  $y$

$\sum X^2$  = Sumatoria de  $X^2$

$(\sum X)^2$  = Sumatoria del total de  $X^2$

$\sum y^2$  = Sumatoria de  $y^2$

$(\sum y)^2$  = Sumatoria del total de  $y^2$

### **6.6.7. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

El Síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral, que se caracteriza por tres parámetros medidos por un instrumento creado por la Dra. Cristina Maslach, mismo que tiene validación para detectar esta patología el instrumento (Maslach Burnout Inventory) consta de una serie de 22 preguntas tipo cuestionario, cuya finalidad es diagnosticar tres parámetros: agotamiento físico, despersonalización y eficacia profesional

El Maslach Burnout Inventory (MBI) El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981 (Maslach y Jackson, 1981). Este trabajo, era el resultado de una serie de entrevistas de casos anteriormente mantenidas. Para entender el impacto de este instrumento sobre la investigación en burnout, hay que mencionar que la aparición del MBI como técnica e instrumento de evaluación, probablemente constituye el hecho diferencial que marca el paso de un período inicial de formulación a otro riguroso y sistemático. En el MBI, el burnout aparecía definido como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal” (Maslach y Jackson, 1981).(35)

La forma más actualizada emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utiliza el siguiente sistema de puntuación, de tipo Likert, con siete niveles:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos



4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Esta escala tipo Likert sirve para calificar los 22 ítems del cuestionario que son los siguientes:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío (a).
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado (a).
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Siento que me hice más duro con la gente.
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. Me siento frustrado (a) en mi trabajo.
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. Me siento estimado (a) después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

Estos 22 ítems se dividen en tres dimensiones o escalas: Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, los ítems que conforman cada escala son los siguientes:

**Agotamiento emocional (AE):** Conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome; es decir, a mayor puntuación en esta subescala mayor es el nivel de Burnout experimentado por el sujeto.

**Despersonalización (DP):** Constituida por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del Burnout.

**Realización personal en el trabajo (RP):** La conforman los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout; es decir, a menor puntuación de realización o logros personales, más afectado está el sujeto. Este sistema de evaluación ha demostrado cumplir adecuadamente los criterios sobre validez convergente y validez divergente exigidos a los instrumentos de evaluación. La relación entre puntuación y grado de Burnout es dimensional. Es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad (12) Para medir los resultados de cada Subescala se utilizan los siguientes parámetros:

- **Subescala de agotamiento emocional:** valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, puntuaciones de 27 o superior serán indicativas de Burnout, el intervalo 19 – 26 corresponden a

puntuaciones intermedias y las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de Burnout bajos. (12)

- **Subescala de despersonalización:** valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Valora en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, puntuaciones superiores a 10 son de nivel alto, de 6 a 9 intermedios y puntuaciones por debajo a 6 bajo grado de despersonalización. (12)
- **Subescala de realización personal:** evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo de 0 a 33 indican baja realización personal de 34 a 39 intermedia y más de 40 sensaciones de logro. (12)

Puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome de Burnout

## 6.7. RESULTADOS

### 6.7.1. Personal de salud según variables demográficas laborales, académica e infección por la COVID - 19

**Tabla 1. Personal de salud según edad y sexo Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		N°	%
	N°	%	N°	%		
< 40 años	33	80	8	20	41	100
40 – 60 años	25	76	8	24	33	100
≥ 60 años	5	42	7	58	12	100
Total	63	73	23	27	86	100

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

En promedio la edad fue de 43 años con una desviación estándar de 14 años y un coeficiente de variación de 32 %, lo cual refleja una amplia dispersión de los datos en esta variable, con una edad mínima de 24 años y una máxima de 72.

Se pudo observar que el 73 % fueron del sexo femenino y solo un 27 % del sexo masculino, estas diferencias son aún más amplias en el grupo de menores de 40 años donde el 80 % son del sexo femenino y en el grupo de 40 a 60 el 76 % corresponde a personal de sexo femenino. mientras que, en el grupo etario de los de 60 y más años una mayoría con el 58 % son recursos humanos de sexo masculino, con lo que se puede inferir un retiro por jubilación más temprano en las mujeres que en los hombres.

**Tabla 2. Personal de salud según variables laborales y académicas Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Variables laborales y académicas	categorías	Frecuencia	Porcentaje
Años de experiencia	≤ 10 años	48	55.8
	10–20 años	13	15.1
	> 20 años	25	29.1
Categoría profesional	Auxiliar	24	27.9
	Licenciatura	62	72.1
Capacitación en la COVID – 19	Capacitado	34	39.5
	No capacitado	52	60.5

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

Consideramos una variable laboral como los años de experiencia y dos variables académicas la formación a nivel de técnico como los auxiliares de enfermería y la formación a nivel de licenciatura como las licenciadas en enfermería y los médicos (al margen de pos grado)

El promedio de años de experiencia fue de 13, la mayoría con un 56 % son recursos humanos con menos de 10 años de experiencia, solo un 15 % tuvieron de 10 a 20 años de experiencia y un 29 % más de 20 años de experiencia

En cuanto a la categoría profesional el 28 % fueron técnicos auxiliares y un 72 % tuvieron un nivel de licenciatura, respecto a los años de experiencia se pudo observar un promedio de 13 años con una desviación estándar de 10 años y un coeficiente de variación del 83 % que denota una muy amplia dispersión con recursos humanos que tienen solo 1 año de experiencia y otros hasta 30 años

finalmente, en lo académico relacionado a la capacitación en la COVID – 19 llama la atención que solo el 40 % haya manifestado que fue capacitado en esta nueva patología y la mayoría con un 60 % refirió que no recibió esta capacitación.

**Tabla 3. Personal de salud según incidencia de infección por COVID – 19, Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Personal que se infectó con COVID – 19	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	59.3
No	35	40.7
Total	86	100.0

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

Como se puede observar de los 86 recursos humanos que participaron en el estudio 51 se enfermaron con COVID – 19 lo que representa una incidencia acumulada de 59 %.

**Tabla 4. Personal de salud según incidencia de infección por COVID – 19 por salas y servicios, Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Servicio / Sala	COVID - 19		Total	% de infectados
	Si	No		
Partos/ Pre- Partos	6	2	8	75
Ginecología	10	4	14	71
ARO	2	1	3	67
Sala de la COVID	20	11	31	65
Terapia intensiva	3	2	5	60
Quirófano	4	3	7	57
Emergencias	3	3	6	50
Puerperio Quirurgico	2	4	6	33
Suministros	1	4	5	20
Recién Nacido	0	1	1	0
Total	51	35	86	59

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

Las más altas tasas de incidencia se presentaron en las salas relacionadas a la atención de la mujer como la sala de pre partos y partos con un 75 %, ginecología con 71 %, Alto Riesgo obstétrico con 67 % le siguen luego la Sala de la COVID con 60 % y las salas de quirófano, emergencias puerperio quirurgico y suministros con incidencias menores a la incidencia general, y la sala del recién nacido en la que no se presentaron casos positivos para la COVID – 19

### 6.7.2. Frecuencia del Síndrome de Burnout por dimensiones y global

**Tabla 5. Personal de salud según frecuencia de agotamiento emocional Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Agotamiento emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	50	58.1	58.1
Intermedio	12	14.0	72.1
Alto	24	27.9	100.0
Total	86	100.0	

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

Respecto a los componentes del Síndrome de Burnout en el de agotamiento emocional se observó que, la mayoría se encuentra con agotamiento emocional bajo con el 58.2 %, luego se encuentra un 14 % con grado de agotamiento intermedio, y un 27.9 % con grado do alto de agotamiento emocional, se puede decir que casi una tercera parte del recurso humano encuestado presenta un grado alto de agotamiento emocional.

**Tabla 6. Personal de salud según frecuencia de despersonalización, Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	33	38.4	38.4
Intermedio	24	27.9	66.3
Alto	29	33.7	100.0
Total	86	100.0	

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

En el componente de despersonalización se observan proporciones diferentes ya que la proporción de personal de salud con grado de despersonalización bajo es solo del 38.7 % en grado intermedio encontramos al 27.9 % y con alto grado de despersonalización más de una tercera parte con el 33.7 %

**Tabla 7. Personal de salud según frecuencia de Realización Personal (RP) Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Realización Personal (RP)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RP Baja	51	59.3	59.3
RP intermedia	15	17.4	76.7
RP Alta	20	23.3	100.0
Total	86	100.0	

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

El componente en el que se encontró una alta proporción alta de recursos humanos afectados fue en el de realización personal ya que en un nivel bajo de Realización Personal se observó un 59.3 %, en un grado intermedio se encontró solo un 17.4 % y con alto grado de Realización Personal. un 23.3 %

**Tabla 8. Personal de salud según frecuencia de Síndrome de Burnout (3 dimensiones) Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021**

Burnout con (3 dimensiones)	Frecuencia	Porcentaje
Con Burnout	12	14.0
Sin Burnout	74	86.0
Total	86	100.0

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no del síndrome de Burnout, y que, sin embargo, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome, se observó que de los 86 recursos humanos encuestados solo 12 tienen estas características lo cual representa un 14.



**6.7.3. Asociación entre el Síndrome de Burnout con variables demográficas laborales y académicas de médicos y personal de enfermería.**

**Tabla 9. Personal de salud según % con agotamiento emocional alto Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**

Factores	% con agotamiento emocional alto		Chi2	p	OR
Edad	> 40 años	36 %	2.75	0.10	2.28 (0.85 - 6.09)
	≤ 40 años	20 %			
Sexo	Femenino	24 %	1.97	0.16	0.49 (0.18 - 1.35)
	Masculino	39 %			
Categoría profesional	Auxiliar	42 %	3.13	0.08	2.45 (0.90 - 6.70)
	Licenciatura	23 %			
Experiencia	> 5 años	31 %	0.41	0.52	0.73 (0.28 - 1.91)
	≤ 5 años	24 %			
Capacitación en la COVID - 19	Si	15 %	4.87	0.03	0.30 (0.10 - 0.90)
	No	37 %			
Servicio	Sala de la COVID - 19	32 %	0.46	0.50	1.39 (0.53 - 3.67)
	Otras salas	25 %			
Enfermó con la COVID - 19	Enfermó	39 %	7.97	0.00	5.00 (1.53 - 16.33)
	No enfermó	11 %			

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

El porcentaje con agotamiento emocional alto mostró que en los mayores de 40 años fue de 36 % y en los de 40 o menos años solo 20 %, en personal de sexo femenino 24 % y en los de sexo masculino 39 %, en los auxiliares de enfermería 42 % en tanto en los que tenían un nivel de licenciatura solo 23 %, según experiencia en los que tenían 5 o menos años de experiencia 24 % y en lo que tenían más de 5 años 31 %, en el personal que trabajaba en la Sala de la COVID 32 % y en el resto de salas 25 %, sin embargo estas diferencias no han sido estadísticamente significativas ( $p>0.05$ )

Mientras que el porcentaje con agotamiento emocional alto mostró que en el personal que había sido capacitado en la COVID - 19 fue solo del 15 % y en el personal que no se había capacitado este porcentaje alcanzó hasta un 37 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ), se puede

afirmar que existe asociación entre el agotamiento emocional con el antecedente de capacitación en la COVID – 19 y la razón de probabilidades muy cercana a cero indica que este factor es decir la capacitación es un factor protector ante el agotamiento emocional en el personal de salud.

Finalmente, en relación al antecedente de enfermedad por la COVID - 19 los que enfermaron, el 39 % presentaron agotamiento emocional, y los que no enfermaron solo el 11 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) y se puede afirmar que existe asociación entre el agotamiento emocional con el antecedente de la COVID – 19, donde los que enfermaron con COVID – 19 tienen 5 veces más riesgo de tener agotamiento emocional que aquellos que no tuvieron el antecedente de la COVID – 19.

**Tabla 10. Personal de salud según % con despersonalización alta Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**

Factores	% con Despersonalización alta		Chi2	p	OR
Edad	> 40 años	47 %	7.08	0.01	3.61 (1.37 - 9.51)
	≤ 40 años	20 %			
Sexo	Femenino	30 %	1.34	0.25	0.56 (0.21 - 1.50)
	Masculino	43 %			
Categoría profesional	Auxiliar	50 %	3.95	0.05	2.65 (1.00 - 7.02)
	Licenciatura	27 %			
Experiencia	> 5 años	41 %	2.57	0.11	0.47 (0.18 - 1.20)
	≤ 5 años	24 %			
Capacitación en la COVID - 19	Si	15 %	9.10	0.00	0.20 (0.07 - 0.60)
	No	46 %			
Servicio	Sala de la COVID	39 %	0.54	0.46	1.41 (0.56 - 3.55)
	Otras salas	31 %			
Enfermó con la COVID - 19	Enfermó	37 %	0.70	0.40	1.48 (0.59 - 3.75)
	No enfermó	29 %			

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

El porcentaje con despersonalización alta mostró que, en personal de sexo femenino 30 % y en los de sexo masculino 43 %, en los auxiliares de enfermería 50 % en tanto en los que tenían un nivel de licenciatura solo 27 %,

según años de experiencia en los que tenían 5 o menos años de experiencia 24 % y en los que tenían más de 5 años 41 %, en el personal que trabajaba en la Sala de la COVID 39 % y en el resto de salas 31 %, en los que enfermaron con la COVID – 19, 37 % y en los que no enfermaron 29 %, sin embargo estas diferencias no han sido estadísticamente significativas ( $p>0.05$ )

Mientras que en el porcentaje con despersonalización alta se observó que, en el personal mayor de 40 años fue del 47 % y en el personal de 40 y menos años este porcentaje alcanzó solo un 20 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ), se puede afirmar que existe asociación entre la despersonalización con la edad donde la razón de probabilidades muestra que en los mayores de 40 años tienen 3.6 veces más riesgo de despersonalización que los menores de 40 años.

Finalmente el porcentaje de despersonalización, en relación al antecedente de haber recibido capacitación sobre la COVID - 19, en los que se capacitaron fue solo del 15 %, y en los que no recibieron esta capacitación el porcentaje de despersonalización fue de 46 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ) y se puede afirmar que existe asociación entre la despersonalización con el antecedente de capacitación en la COVID – 19, donde la razón de probabilidades muestra un valor muy cercano a cero por lo que se puede afirmar que la capacitación sobre la COVID 19, es un factor de protección frente a la despersonalización del personal de salud

**Tabla 11. Personal de salud según % con Realización Personal baja Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**

Factores	% con Realización Personal baja		Chi2	p	OR
Edad	> 40 años	80 %	16.75	0.00	6.93 (2.63 - 18.26)
	≤ 40 años	37 %			
Sexo	Femenino	59 %	0.03	0.86	0.91 (0.34 - 2.43)
	Masculino	61 %			
Categoría profesional	Auxiliar	67 %	0.75	0.39	1.54 (0.58 - 4.14)
	Licenciatura	56 %			
Experiencia	> 5 años	73 %	9.47	0.00 2	4.06 (1.63 - 10.12)
	≤ 5 años	41 %			
Capacitación en la COVID - 19	Si	41 %	7.66	0.01	0.28 (0.11 - 0.70)
	No	71 %			
Servicio	Sala de la COVID	61 %	0.08	0.78	1.14 (0.46 - 2.80)
	Otras salas	58 %			
Enfermó con la COVID - 19	Enfermó	61 %	0.11	0.74	1.16 (0.49 - 2.79)
	No enfermó	57 %			

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

El porcentaje de recursos humanos con realización personal baja, en personal de sexo femenino fue de 59 % y en los de sexo masculino 61 %, en los auxiliares de enfermería 67 % en tanto en los que tenían un nivel de licenciatura solo 56 %, en el personal que trabajaba en la Sala de la COVID 61 % y en el resto de salas 58 %, en los que enfermaron con la COVID 61 % y en los que no enfermaron 57 %, sin embargo, estas diferencias no han sido estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ )

Mientras que en el porcentaje de recursos humanos con realización personal baja según edad se observó que, en el personal mayor de 40 años fue del 80 % y en el personal de 40 y menos años este porcentaje alcanzó solo un 37 %

siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), se puede afirmar que existe asociación entre la realización personal con la edad donde la razón de probabilidades muestra que en los mayores de 40 años tienen 6.9 veces más riesgo de realización personal baja que los de 40 años o menos.

Respecto al porcentaje de recursos humanos con realización personal baja según años de experiencia en los que tenían 5 o menos años de experiencia fue 41 % y en lo que tenían más de 5 años 71 %, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

Se puede afirmar que existe asociación entre la realización personal con los años de experiencia, donde la razón de probabilidades muestra que los que tenían más de 5 años de experiencia tuvieron 4 veces más riesgo de realización personal baja que aquellos con menos años de experiencia.

Finalmente el porcentaje de recursos humanos encuestados con realización personal baja, en relación al antecedente de haber recibido capacitación sobre la COVID - 19, muestra que en los que se capacitaron fue solo del 41 %, y en los que no recibieron esta capacitación fue de 71 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), se puede afirmar que existe asociación entre el realización personal con el antecedente de capacitación en la COVID – 19, donde la razón de probabilidades muestra un valor cercano a cero por lo que se puede afirmar que la capacitación sobre la COVID 19, también es un factor de protección frente a la realización personal baja del personal de salud

**Tabla 12. Personal de salud según % con Personal e salud con Síndrome de Burnout Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**

Factores	% con Síndrome de Burnout		Chi2	p	OR
Edad	> 40 años	22 %	5.38	0.02	5.57 (1.14 - 27.19)
	≤ 40 años	5 %			
Sexo	Femenino	13 %	0.31	0.73	0.69 (0.19 - 2.56)
	Masculino	17 %			
Categoría profesional	Auxiliar	21 %	1.31	0.30	2.07 (0.59 - 7.29)
	Licenciatura	11 %			
Experiencia	> 5 años	16 %	0.53	0.46	0.62 (0.17 - 2.24)
	≤ 5 años	11 %			
Capacitación en la COVID – 19	Si	0 %	9.12	0.003	1.30 (1.12 - 1.51)
	No	23 %			
Servicio	Sala de la COVID	13 %	0.05	1.00	0.87 (0.24 - 3.16)
	Otras salas	15 %			
Enfermó con la COVID – 19	Enfermó	18 %	1.42	0.34	2.29 (0.57 - 9.13)
	No enfermó	9 %			

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

Tomando en cuenta que el recurso humano que presentó agotamiento emocional alto, despersonalización alta y realización personal baja tiene Síndrome de Burnout se observó que el porcentaje con Burnout en el sexo femenino fue de 13 % y en los de sexo masculino 17 %, en los auxiliares de enfermería 21 % en tanto en los que tenían un nivel de licenciatura solo 11 %, según años de experiencia en los que tenían 5 o menos años de experiencia 16 % y en lo que tenían más de 5 años 11 %, en el personal que trabajaba en la Sala de la COVID 13 % y en el resto de salas 15 %, en los que enfermaron con la COVID 18 % y en los que no enfermaron 9 %, sin embargo estas diferencias no han sido estadísticamente significativas ( $p>0.05$ )

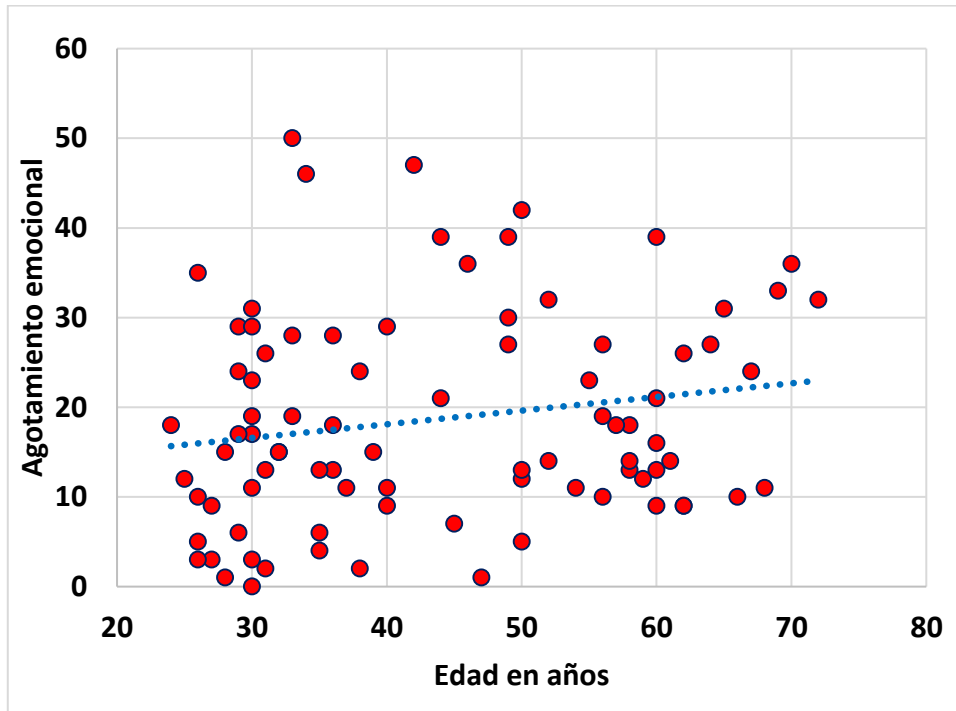
Mientras que en el porcentaje con Síndrome de Burnout según la edad del recurso humano encuestada se observó que, en el personal mayor de 40 años

fue del 22 % y en el personal de 40 y menos años este porcentaje alcanzó solo un 5 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), se puede afirmar que existe asociación entre el Síndrome de Burnout con la edad donde la razón de probabilidades muestra que en los mayores de 40 años tienen 5.6 veces más riesgo de tener Síndrome de Burnout que los menores de 40 años.

Finalmente, el porcentaje de Síndrome de Burnout en relación al antecedente de haber recibido capacitación sobre la COVID - 19, muestra que, en los que se capacitaron fue del 0 %, y en los que no recibieron esta capacitación fue de 23 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) y se puede afirmar que existe asociación entre el Síndrome de Burnout con el antecedente de capacitación en la COVID – 19. En este caso el ODDS RATIO es de 1.3 muy cerca a la unidad es decir al número 1 por lo que se considera nulo es decir la capacitación en la COVID – 19 no aumenta el riesgo ni la protección para adquirir síndrome de Burnout.

#### 6.7.4. Correlación entre los componentes del Síndrome de Burnout con la edad de médicos y personal de enfermería

**Gráfico 1. Personal de salud según correlación entre la edad y el Agotamiento Emocional Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**



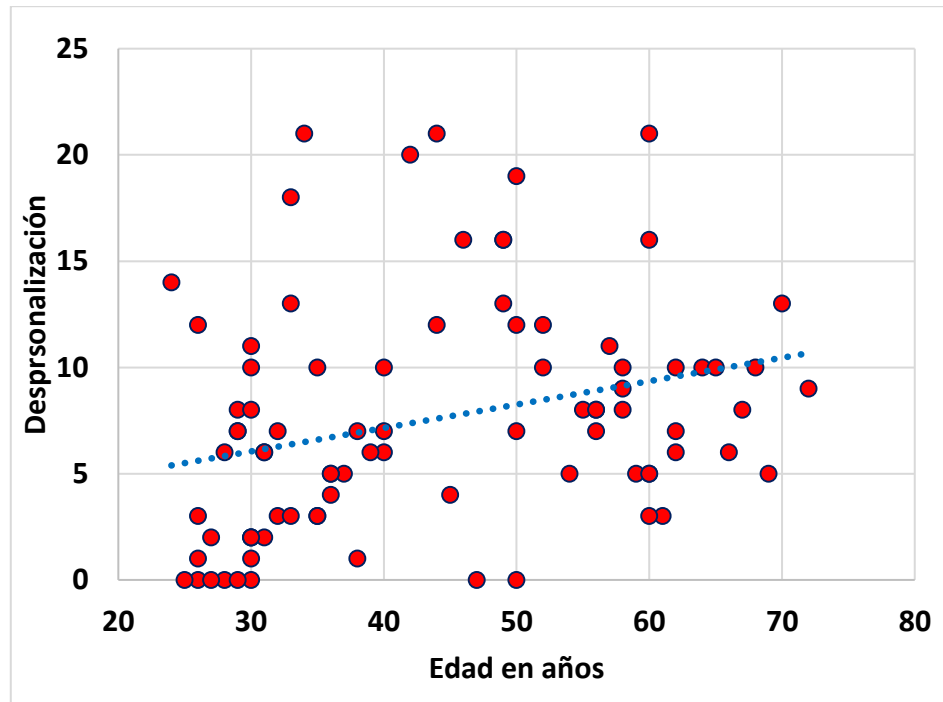
$r = +0.180$

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

La correlación lineal entre la edad y el Agotamiento Emocional ha sido positiva es decir se observó que a mayor edad del recurso humano se encontraba un mayor grado de agotamiento emocional, aunque esta correlación es muy débil.



**Gráfico 2. Personal de salud según correlación entre la edad y la despersonalización Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**

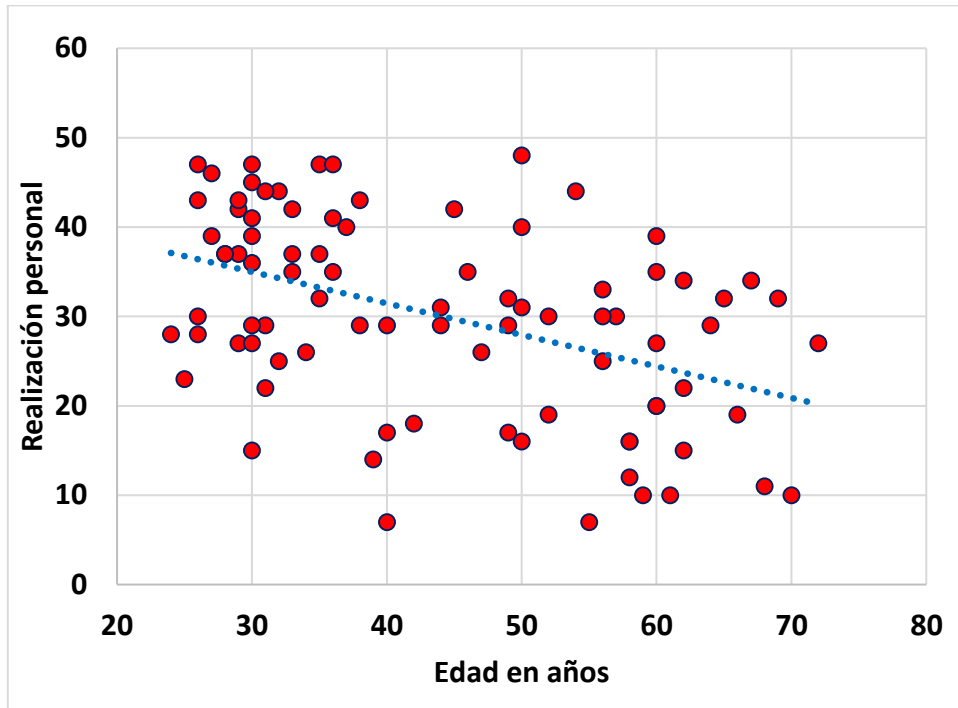


$r = +0.284$

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

La correlación lineal entre la edad y despersonalización igualmente ha sido positiva y débil, aunque un poco más alta que con el agotamiento emocional ya que se observó que a mayor edad del recurso humano se encontraron grados también mayores de despersonalización.

**Gráfico 3. Personal de salud según correlación entre la edad y la Realización Personal, Hospital de la Mujer La Paz tercer trimestre 2021 (N=86)**



$r = -0.452$

Fuente: Elaboración propia, según instrumento de recolección, 2021

La correlación lineal entre la edad y la realización personal, ha sido más bien negativa y débil, aunque mucho más alta que con los anteriores componentes observándose que, a mayor edad del recurso humano se encontraron grados menores de realización personal, es decir que a medida que el personal lleva más tiempo trabajando su grado de realización personal es cada vez más bajo.

## 6.8. DISCUSIÓN

En promedio la edad fue de 43 años con una desviación estándar de 14 años y un coeficiente de variación de 32 %, lo cual refleja una amplia dispersión de los datos en esta variable, con una edad mínima de 24 años y una máxima de 72. El promedio de años de experiencia fue de 13 años, la mayoría del personal encuestado ha sido de sexo femenino, excepto en el grupo etario de mayores de 60 años donde la mayoría fueron de sexo masculino, con lo que se puede inferir un retiro más temprano en las mujeres que en los hombres.

En Bolivia en la ciudad de La Paz se realizó un estudio el año 2020 con el objetivo de determinar el Burnout en el profesional de enfermería, frente a la pandemia del Coronavirus COVID -19 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, donde el 48% de las profesionales de enfermería tenía de 31 a 40 años, especialidad, el 60% tenía una experiencia de 1 a 5 años, (27) la edad es similar a la encontrada en nuestro estudio ya que el personal menor de 40 años fueron 41 de 86 es decir el 47 % y los años de experiencia en este estudio son menores que el promedio de 13 años encontrado en nuestro estudio.

En cuanto a la categoría profesional el 28 % fueron técnicos auxiliares y un 72 % tuvieron un nivel de licenciatura, respecto a los años de experiencia se pudo observar un promedio de 13 años; llama la atención que solo el 40 % haya manifestado que fue capacitado en esta nueva patología y la mayoría con un 60 % refirió que no recibió esta capacitación.

La incidencia acumulada de la COVID – 19 fue alta alcanzando un 59 %, donde las más altas tasas de incidencia se presentaron en las salas relacionadas a la atención de la mujer como la sala de pre partos y partos con un 75 %, ginecología con 71 %, Alto Riesgo obstétrico con 67 % le siguen luego la Sala de la COVID con 60 % y las salas de quirófano, emergencias puerperio quirurgico y suministros con incidencias menores a la incidencia general, y la sala del recién nacido en la que no se presentaron casos positivos para la COVID – 19

Como se pudo observar las más altas tasas de incidencia se presentaron en las salas relacionadas a la atención de partos, Alto Riesgo Obstétrico y Ginecología y las de menor incidencia en aquellas relacionadas a cirugía emergencia y neonatología.

Existe un 27.9 % con grado de alto de agotamiento emocional, el 33.7 % de despersonalización y un 59.3 %, con alto grado de Realización Personal bajo, El porcentaje con Síndrome de Burnout es decir los que presentaron agotamiento emocional alto despersonalización alta y realización personal baja fue del 14.5%

En un estudio transversal multinacional dirigido desde Jordania sobre determinantes del agotamiento y otros aspectos del bienestar psicológico en los trabajadores de la salud durante la pandemia de la COVID - 19, desde el 22 de marzo de 2020 hasta el 18 de junio de 2020, se invitó a participar a trabajadores sanitarios del Reino Unido, Polonia y Singapur. Se informa en este estudio que 67% dieron positivo en la prueba de agotamiento (24) las proporciones de agotamiento emocional son menores en nuestro estudio 27.9 % presentaron agotamiento emocional

El año 2020 se publicó un estudio en México con el objetivo de determinar la frecuencia y distribución del Síndrome de Burnout (SB) en médicos de primer nivel de atención y su asociación con el rol de género. Se identificó una frecuencia de SB del 12.8% sin relación significativa con el sexo en el análisis global y en el estratificado. De las dimensiones que componen el síndrome las más afectadas en cuanto a sexo, fueron el cansancio emocional en mujeres y la despersonalización en hombres (36) la proporción de Síndrome de Burnout en este estudio es menor que en el encontrado en la tesis que fue de 14 %

En México el año 2021 se publica un estudio con el objetivo de Identificar los niveles de estrés, burnout, ansiedad y depresión, y su posible relación con estresores psicosociales negativos y recursos psicosociales positivos en trabajadores de la salud en México durante la pandemia por la COVID - 19. Se

presentaron niveles altos de burnout con el 49.8% (26) esta proporción es mayor que la encontrada en nuestro estudio.

En el estudio mencionado de Bolivia en la ciudad de La Paz en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, Respecto a los niveles del Síndrome de Burnout en su dimensión Agotamiento fue de 60%, despersonalización 80 % y Realización personal 24 %. (27) proporciones que en nuestro estudio son en orden de frecuencia a la inversa ya que encontramos mayor frecuencia de falta de realización personal.

Como se puede observar existe mucha variación en cuanto a la frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud en el contexto de la pandemia. SE ha demostrado que existe asociación entre los componentes del Síndrome de Burnout con la capacitación en la COVID – 19, donde el porcentaje de agotamiento emocional despersonalización y realización personal es significativamente más alto en los que no se capacitaron. y la capacitación es un resultó ser factor protector tanto ante el agotamiento emocional como para la despersonalización ( $p < 0.05$ ) este resultado refleja que es necesario revisar las estrategias de información educación y sobre todo capacitación continua al personal de salud que está en contacto con los pacientes

Asimismo, se ha demostrado asociación estadísticamente significativa entre los componentes del Síndrome de Burnout con la edad, donde el porcentaje de despersonalización alta y de realización personal baja es significativamente mayor en médicos, enfermeras y auxiliares mayores de 40 años ( $p < 0.05$ ), En este contexto también existe asociación entre la realización personal con los años de experiencia, donde el porcentaje de realización personal baja es mayor en los que tienen más años de experiencia ( $p < 0.05$ ), por lo tanto se observa que a mayor edad y años de experiencia mayor riesgo de despersonalización, probablemente la institución no implemente políticas de incentivo en el personal de mayor edad y experiencia

También se demostró que existe asociación significativa entre el agotamiento emocional con el antecedente de enfermedad por la COVID – 19, donde el

porcentaje de agotamiento emocional es más alto en el recurso humano que durante la pandemia enfermó con la COVID ( $p < 0.05$ ) probablemente este resultado esté relacionado a factores físicos y biológicos que afecta la COVID – 19 y que aún no están bien determinados a nivel global.

En Vancouver Canadá se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del agotamiento médico durante la pandemia y las diferencias por género, etnia u orientación sexual. La prevalencia de burnout fue del 68% (agotamiento emocional 63%, despersonalización 39% y sentimiento de baja realización personal 22%). Las mujeres tenían más probabilidades de reportar agotamiento emocional (OR 2,00, IC del 95%: 1,07 a 3,73,  $p = 0,03$ ) y sentirse bajo en logros personales (OR 2,26, IC del 95%: 1,09 a 4,70,  $p = 0,03$ ) que los hombres (23). Estas proporciones de Síndrome de Burnout son más altas que en las encontradas en la tesis (14.0 %) y en nuestro estudio no se encontró asociación del Síndrome de Burnout con el sexo.

En Argentina se desarrolló un estudio con el objetivo de evaluar el estrés y el burnout en una población de trabajadores de la salud y, además, medir la concentración de cortisol capilar como biomarcador actual de estrés. El 12% de la población estudiada presentó Burnout (25) esta proporción es similar a la encontrada en la tesis que fue de 14 %.

**Limitaciones del estudio.** Para lograr la participación del personal de salud en estudios que implican la encuesta como técnica y el cuestionario como instrumento, particularmente cuando son cuestionarios que incluye un número importante de ítems, por la demanda alta de servicios el personal generalmente no dispone de tiempo y es difícil lograra la participación de todos ellos, por ello consideramos que esta fue la limitación más importante en el desarrollo del estudio, aunque se logró la participación fundamentalmente del recurso humano asignado para la atención de la COVID – 19.

## 6.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.9.1. Conclusiones

- La mayoría del personal encuestado ha sido de sexo femenino, llama la atención que menos de la mitad del recurso humano haya manifestado que fue capacitado en la COVID – 19 y la incidencia de la COVID - 19 ha sido alta (59 x 100) con más altas incidencias en salas relacionadas a atención de partos Alto Riesgo Obstétrico y Ginecología.
- La proporción de Síndrome de Burnout es del 14 %. El componente, más frecuente con más de la mitad del recurso humano afectado es el de realización personal baja, mientras más de una tercera parte tuvo un nivel alto de despersonalización. y una tercera parte tuvo un grado alto de agotamiento emocional.
- Existe asociación entre los componentes del Síndrome de Burnout con la capacitación en la COVID – 19, donde el porcentaje de agotamiento emocional despersonalización y realización personal es significativamente más alto en los que no se capacitaron. y la capacitación es un factor protector ante el agotamiento y la despersonalización ( $p < 0.05$ ), entre los componentes del Síndrome de Burnout con la edad, donde el porcentaje de despersonalización alta y de realización personal baja es mayor en los mayores de 40 años ( $p < 0.05$ ), entre el agotamiento emocional con el antecedente de enfermedad por la COVID – 19, donde el porcentaje de agotamiento emocional es alto en los que enfermaron con la COVID ( $p < 0.05$ ); y entre la realización personal con la experiencia, donde el porcentaje de realización personal baja es mayor en los que tienen más años de experiencia ( $p < 0.05$ )
- La correlación lineal entre la edad y el Agotamiento Emocional ha sido positiva y muy débil, entre la edad y despersonalización ha sido positiva y débil, y entre la edad y la realización personal, ha sido negativa y débil.

### 6.9.2. Recomendaciones

- Se debe promover y priorizar las medidas de bioseguridad particularmente en salas y servicios relacionados con atención de partos y ginecología por ejemplo mediante la promoción de protocolos seguros, para la prevención de la COVID - 19
- La mayoría del personal encuestado han sido de sexo femenino, excepto en el grupo etario de mayores de 60 años donde la mayoría fueron de sexo masculino, con lo que se puede inferir un retiro más temprano en las mujeres que en los hombres.
- La dirección y la instancia que corresponda deben planificar la capacitación integral en la COVID – 19 y que sea inclusiva y obligatoria al personal de salud. Ya que se demostró que la capacitación es un factor protector ante el agotamiento y la despersonalización.
- Los responsables de vigilancia epidemiológica deben gestionar la dotación y reposición de equipos de protección personal de acuerdo a protocolo ya que la tasa de incidencia en algunas salas ha sido muy alta.
- La dirección del hospital y direcciones intermedias deben compartir los objetivos de la institución con todo el personal y conseguir que sean también sus objetivos informando sobre qué se quiere conseguir con la atención a la COVID – 19 con el fin de incrementar la realización personal en el recurso humano.
- Proponer políticas de incentivo en el recurso humano con más años de trabajo dirigidas a incrementar su realización personal en función a su desempeño y aporte a la institución
- Desarrollar estudios para analizar los factores que inciden en el agotamiento emocional del personal con antecedente de haber enfermado con la COVID – 19



## BIBLIOGRAFÍA

1. Kelker H, Yoder K, Musey P, Harris M, Johnson O, Sarmiento E, et al. Prospective study of emergency medicine provider wellness across ten academic and community hospitals during the initial surge of the COVID-19 pandemic. *BMC Emerg Med* [Internet]. 24 de marzo de 2021 [citado 20 de julio de 2021];21:36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7988634/>
2. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 20 de julio de 2021];17(23):9096. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7730003/>
3. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *J Occup Health* [Internet]. 31 de octubre de 2020 [citado 20 de julio de 2021];62(1):e12175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7603426/>
4. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 20 de julio de 2021];17(21):7857. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7663773/>
5. Villca Villegas JL, Moreno Choque RA, Gomez Verduguez CA, Vargas Aguilar AA. Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. *Gac Médica Boliv* [Internet]. junio de 2021 [citado 2 de noviembre de 2022];44(1):75-80. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1012-29662021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Magnavita N, Chirico F, Garbarino S, Bragazzi NL, Santacroce E, Zaffina S. SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare Workers. An Umbrella Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 20 de abril de 2021 [citado 16 de julio de 2021];18(8):4361. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8072681/>
7. Greig Undurraga D, Fuentes Martínez X. «Burnout» o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. diciembre de 2009 [citado 26 de junio de 2019];28(4):403-7. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-85602009000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-85602009000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

8. El-Sahili Gonzales LF. Burnout Consecuencias y soluciones. 1.<sup>a</sup> ed. Vol. 1. México: El Manual Moderno; 2015. 3-4, 117-118 p.
9. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica [Internet]. marzo de 2015 [citado 25 de junio de 2019];32(1):119-24. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
10. Beltrán CA, Moreno MP, Reyes MBP. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. Psicol Salud [Internet]. 2004 [citado 25 de junio de 2019];14(1):79-87. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/868>
11. Musri VDM and M. Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace [Internet]. 2001 oct [citado 25 de junio de 2019]. Disponible en: [http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS\\_108523/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_108523/lang--en/index.htm)
12. Olivares Faúndez V, Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Cienc Amp Trab [Internet]. abril de 2017 [citado 25 de junio de 2019];19(58):59-63. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-24492017000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-24492017000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
13. Martínez A, Carlos J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública [Internet]. mayo de 1997 [citado 31 de octubre de 2019];71:293-303. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57271997000300008&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57271997000300008&script=sci_arttext&tlng=es)
14. Pérez AM. El Síndrome De Burnout. Evolución Conceptual Y Estado Actual De La Cuestión. Vivat Acad [Internet]. 2010 [citado 19 de julio de 2021];(112):42-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>
15. Culqui N, Brayars H. Nivel del síndrome de burnout en el personal médico del Hospital Minsa II-2 Tarapoto, julio-diciembre 2016. Univ Nac San Martín [Internet]. 2017 [citado 1 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/821>
16. Choi HM, Moon SY, Yang HI, Kim KS. Understanding Viral Infection Mechanisms and Patient Symptoms for the Development of COVID-19

- Therapeutics. *Int J Mol Sci* [Internet]. 9 de febrero de 2021 [citado 13 de julio de 2021];22(4):1737. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7915126/>
17. Grudlewska-Buda K, Wiktorczyk-Kapischke N, Wałęcka-Zacharska E, Kwiecińska-Piróg J, Buszko K, Leis K, et al. SARS-CoV-2—Morphology, Transmission and Diagnosis during Pandemic, Review with Element of Meta-Analysis. *J Clin Med* [Internet]. 3 de mayo de 2021 [citado 14 de julio de 2021];10(9):1962. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8125301/>
  18. Avendaño Carvajal LF, Avendaño Carvajal LF. COVID-19: Una mirada desde la virología. *Rev Chil Enfermedades Respir* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 4 de diciembre de 2020];36(3):164-8. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-73482020000300164&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-73482020000300164&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  19. Salian VS, Wright JA, Vedell PT, Nair S, Li C, Kandimalla M, et al. COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies. *Mol Pharm* [Internet]. 19 de enero de 2021 [citado 14 de julio de 2021];acs.molpharmaceut.0c00608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839412/>
  20. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeftang MM, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [citado 4 de diciembre de 2020];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013665/full/es?highlightAbstract=epidemiology%7Ccoronavirus%7Cepidemiolog>
  21. Rahman S, Montero MTV, Rowe K, Kirton R, Kunik F. Epidemiology, pathogenesis, clinical presentations, diagnosis and treatment of COVID-19: a review of current evidence. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 3 de mayo de 2021 [citado 14 de julio de 2021];1-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8095162/>
  22. Organización Panamericana de la Salud. Lista de verificación para la gestión de los trabajadores de salud en la respuesta a la COVID-19 [Internet]. O.P.S.; 2020 [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53276>
  23. Khan N, Palepu A, Dodek P, Salmon A, Leitch H, Ruzycki S, et al. Cross-sectional survey on physician burnout during the COVID-19 pandemic in Vancouver, Canada: the role of gender, ethnicity and sexual orientation.

- BMJ Open [Internet]. 10 de mayo de 2021 [citado 15 de julio de 2021];11(5):e050380. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8111871/>
24. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. PLoS ONE [Internet]. 16 de abril de 2021 [citado 15 de julio de 2021];16(4):e0238666. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8051812/>
  25. Ibar C, Fortuna F, Gonzalez D, Jamardo J, Jacobsen D, Pugliese L, et al. Evaluation of stress, burnout and hair cortisol levels in health workers at a University Hospital during COVID-19 pandemic. Psychoneuroendocrinology [Internet]. junio de 2021 [citado 15 de julio de 2021];128:105213. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8015376/>
  26. Juárez-García A, Camacho-Ávila A, García-Rivas J, Gutiérrez-Ramos O. Psychosocial factors and mental health in Mexican healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Salud Ment [Internet]. 2021 [citado 26 de mayo de 2022];44(5):229-40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102699&id2=>
  27. Bautista Gutiérrez LI. Burnout en el profesional de enfermería, frente a la pandemia del coronavirus covid 19, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria” primer semestre 2020 [Internet] [Thesis]. 2021 [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/25471>
  28. Gómez B. Manual de prevención de riesgos laborales. MARGE BOOKS; 2017. 152 p.
  29. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Med Leg Costa Rica [Internet]. marzo de 2015 [citado 26 de junio de 2019];32(1):119-24. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  30. Castillo Salgado C, Mujica OJ, Loyoloa E, Canela J. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2.<sup>a</sup> ed. Washington D.C. E.U.A.; 59-63 p. (Organización Panamericana de la Salud

CONTROL - Enfermedades; vol. 3 Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población).

31. Daniel Wayne W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 5.<sup>a</sup> ed. Vol. 1. México: Limusa; 2002. 3-390 p.
32. Navarro Fierro RR. INTRODUCCIÓN A LA BIOESTADÍSTICA Análisis de variables binarias. 1.<sup>a</sup> ed. México DF: McGraw-Hill Companies, Inc.; 1998. 85-91 p.
33. Pérez Gómez B, Rodríguez Artalejo F, Villar Álvarez F. El método epidemiológico. 1.<sup>a</sup> ed. Madrid, España: ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 120 p.
34. Triola MF. Estadística. 12.<sup>a</sup> ed. México DF: Pearson Educación de México, S.A. de C.V.; 2018. 468-532 p.
35. Hernández EG, Jiménez BM, Muñoz AR, Benadero MEM. Breve historia del Burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En: Quemarse en el trabajo: 11 perspectivas del burnout, 2005, ISBN 84-95879-45-X, págs 161-182 [Internet]. Egido; 2005 [citado 19 de julio de 2021]. p. 161-82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1184804>
36. Dickinson-Bannack ME, C GS, Fernández-Ortega MA, Palomeque RP, E GQ, I HV. Características del Síndrome de Burnout en médicos mexicanos de atención primaria. Arch En Med Fam [Internet]. 2007 [citado 26 de mayo de 2022];9(2):75-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17639&id2=>

**ANEXOS**

# **Anexo 1.**

## **Cronograma**

Actividades	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>I. Organización</b>																
Definición del problema objetivos y justificación	X															
Elaboración del marco teórico (estado del arte)	X															
Diseño de investigación y operacionalización de variables		X														
Diseño de instrumentos de recolección		X	X													
<b>II. Trabajo de campo</b>																
Solicitud de permiso para la recolección de datos			X													
Coordinación con hospital			X													
Validación de instrumentos de recolección (por expertos)				X												
Recolección de datos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			





# **Anexo 2.**

## **Cartas de solicitud para la recolección de datos**

La Paz, 5 de Agosto de 2021

Señor:

Dr. Edgar Chávez  
JEFE DEL AREA DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

PRESENTE.-



**REF: SOLICITUD DE PERMISO DE ACCESO AL HOSPITAL DE LA MUJER PARA REALIZAR LA EJECUCION DE UN PROYECTO DE TESIS**


De mi mayor consideración:

Por medio de la presente tengo el grato honor de dirigirme a su persona deseándole éxitos en las labores que desempeña día a día en bien de esta prestigiosa institución.

El motivo de la presente es para solicitar a usted el **PERMISO DE ACCESO AL HOSPITAL DE LA MUJER PARA REALIZAR MI PROYECTO DE TESIS** ya que mi persona, Dra. Consuelo Cecilia Larico Nina acaba de concluir la Maestría en Salud Pública mención Gerencia en Salud en el postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés de la Facultad de Medicina, estoy elaborando la tesis de: **SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A VARIABLES LABORALES Y ACADÉMICAS EN MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A PACIENTES CON COVID-19 HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ 3ER TRIMESTRE 2021**, a la presente solicito adjunto el protocolo de investigación.

Sin otro particular y agradeciéndole de ante mano su atención a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis mas altas consideraciones

Atentamente.

  
Dra. Consuelo Cecilia Larico Nina  
C.I. 4808000 L.P.  
Número de celular 69717048



"Cualificando Profesionales"

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, septiembre 07 de 2021

U.P.G. CITE N°1243/2021

Señor  
Dr. Edgar Chavez Navarro  
**JEFE DE ENSEÑANZA**  
**HOSPITAL DE LA MUJER**  
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la **Maestría en Salud Pública mención Gerencia en Salud** de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulada: **"SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A VARIABLES LABORALES Y ACADÉMICAS EN MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A PACIENTES CON COVID-19 HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ 3er TRIMESTRE 2021"**

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

**Dra. Consuelo Cecilia Larico Nina**

En ese sentido por lo expuesto solicito pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

Dr. M. Sc. Franck E. Chacon Bozo  
COORDINADOR ACADÉMICO  
UNIDAD DE POSGRADO



c.c.: Archivo  
/Shadia



"Cualificados Profesionales"

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, septiembre 07 de 2021

U.P.G. CITE N°1243/2021

Señor  
Dr. Yuri Perez Rua  
**DIRECTOR**  
**HOSPITAL DE LA MUJER**  
Presente.-



Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la **Maestría en Salud Pública mención Gerencia en Salud** de la Facultad de Medicina de la U.M.S.A., se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulada: **"SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A VARIABLES LABORALES Y ACADÉMICAS EN MÉDICOS Y PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A PACIENTES CON COVID-19 HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ 3er TRIMESTRE 2021"**

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

**Dra. Consuelo Cecilia Larico Nina**

En ese sentido por lo expuesto solicito pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

Dr. M. Sc. Franck E. Chacon Bozo  
**COORDINADOR ACADÉMICO**  
**UNIDAD DE POSGRADO**



c.c.: Archivo  
/shadia

# **Anexo 3.**

## **Consentimiento informado y Cuestionario** Incluye los ítems del cuestionario de Burnout de Maslach

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES  
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA, NUTRICION Y  
TECNOLOGIA MEDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**

**INVESTIGACIÓN SÍNDROME DE BURNOUT**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación sobre Síndrome de burnout en relación a variables laborales y académicas en médicos y personal de enfermería que atiende a pacientes con COVID-19 Hospital de la Mujer La Paz

Habiendo sido informado del propósito de la misma, y teniendo la confianza plena que la información será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, y que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

---

Firma

## Cuestionario

Distinguida (o): Se está realizando un estudio sobre síndrome de Burnout en personal de salud relacionado a la atención de pacientes con COVID, agradeceré a su persona se sirva responder el presente cuestionario con honestidad su participación no es obligatoria sino más bien voluntaria.

---

### IDENTIFICACIÓN

- 1. Edad.** Anote su edad en años cumplidos : \_\_\_\_\_
- 2. Sexo.** Seleccione el que corresponda:  Masculino  Femenino
- 3. Profesión / Categoría profesional:**  Médico  Enfermera  
 Auxiliar de enfermería
- 4. Anote el tiempo de trabajo en el hospital de la mujer**  
Si es menos de un año anote solo anote los meses  
Años : \_\_\_\_\_ Meses : \_\_\_\_\_
- 5. Formación académica**  
 Técnico auxiliar  Licenciatura  Especialidad  
 Maestría  Doctorado
- 6. Capacitación reglada por la institución en COVID-19**  
 Sí  No
- 7. Servicio o unidad donde trabaja:**  
 Sala COVID  Terapia intensiva  Puerperio  
 Ginecología  Emergencias  Obstetricia  
 ARO  Partos/ pre-partos  Recién Nacido  
 Quirófano  Suministros  Consultorio
- 8. Ha enfermado con COVID-19**  
 Sí  No

---

### CUESTIONARIO DE BURNOUT

Instrucciones: Señale la respuesta que considere sobre la frecuencia con que siente cada enunciado en base a una escala de 0 – 6, debe marcar una sola respuesta por ítem:

- 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo**
- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío (a).**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado (a).**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**8. Siento que mi trabajo me está desgastando.**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.

**9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.**

- 0       1       2       3       4       5       6  
Nunca.      Pocas veces al      Una vez al      Unas pocas      Una vez a la      Pocas veces a      Todos los  
año o menos.      mes o menos.      veces al mes.      semana.      la semana.      días.



**10. Siento que me hice más duro con la gente.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**13. Me siento frustrado (a) en mi trabajo.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**18. Me siento estimado (a) después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

**22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.**

- |                            |                             |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Nunca.                     | Pocas veces al año o menos. | Una vez al mes o menos.    | Unas pocas veces al mes.   | Una vez a la semana.       | Pocas veces a la semana.   | Todos los días.            |

***GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN***

# **Anexo 4.**

## **Códigos para tabulación de datos**

## Cuestionario

Componentes	ITEMS	INSTRUCCIONES / CÓDIGOS
<b>Identificación</b>	1. Edad. Anote su edad en años cumplidos	Anotar la edad en años cumplidos
	2. Sexo	1. Femenino 2. Masculino
	3. Profesión / Categoría profesional:	1. Médico 2. Enfermera (o) 3. Auxiliar de enfermería
	4. Tiempo de trabajo en el hospital de la mujer	Anotar el tiempo en años (Convertir los meses a años (por ejemplo 7 meses es igual a $7/12=0.58$ ))
	5. Formación académica	1. Técnico /Auxiliar de enfermería 2. Licenciatura 3. Especialidad 4. Maestría 5. Doctorado
	6. Capacitación reglada por la institución en COVID-19	1. Si 2. No
	7. Servicio o unidad donde trabaja	1. Sala COVID 2. Terapia intensiva 3. Quirófano 4. Partos/ Pre-Partos 5. Emergencias 6. Puerperio Quirurgico 7. Ginecología 8. Suministros 9. Recién Nacido 10 ARO
	8. Ha enfermado con COVID-19	1. Si 2. No

Componentes	ÍTEMS	INSTRUCCIONES / CÓDIGOS
<b>Burnout</b>	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	13. Me siento frustrado en mi trabajo.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	<b>0 - 1 - 2 - 3</b> <b>- 4 - 5 - 6</b>
	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	<b>0 - 1 - 2 - 3</b> <b>- 4 - 5 - 6</b>
	22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	<b>0 - 1 - 2 - 3</b> <b>- 4 - 5 - 6</b>

0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes, 4 = Una vez a la semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días

# **Anexo 5.**

## **Base de datos del Cuestionario**

N°	Identificación									
	1. Edad. Añote su edad en años cumplidos	2. Sexo	3. Profesión / Categoría profesional:	4. Años de trabajo en el hospital de la mujer	MESES de trabajo en el hospital de la mujer	Años de experiencia	5. Formación académica	6. Capacitación reglada por la institución en COVID-19	7. Servicio o unidad donde trabaja	8. Ha enfermado con COVID-19
1	30	1	3	3	4	3.3	1	1	1	1
2	32	1	2	4	3	4.3	2	1	7	1
3	30	1	3	5		5.0	1	1	3	2
4	29	1	1	1		1.0	2	1	1	1
5	36	1	2	6		6.0	4	1	9	2
6	54	2	1	15		15.0	3	1	7	1
7	60	2	1	13	6	13.5	4	2	4	1
8	35	1	1	1	3	1.3	1	1	1	2
9	44	1	3	8		8.0	1	1	1	2
10	55	1	2	27	0	27.0	2	2	5	1
11	45	1	3	5	5	5.4	1	1	7	2
12	31	1	2	2	1	2.1	2	1	5	2
13	35	1	2	3	4	3.3	2	1	6	2
14	40	2	3	10	0	10.0	1	2	3	1
15	69	1	3	26	2	26.2	1	2	8	1
16	62	2	1	27	3	27.3	3	2	1	2
17	61	1	3	26	0	26.0	2	2	7	1
18	46	1	2	15	3	15.3	2	2	2	1
19	33	1	3	3	0	3.0	2	2	1	1
20	56	2	1	6	10	6.8	3	2	1	1
21	28	2	3	2	1	2.1	2	2	1	1
22	52	1	1	20	3	20.3	3	2	1	1
23	27	1	2	2	0	2.0	2	1	1	2
24	50	1	3	20	0	20.0	1	2	1	1
25	24	1	3	5	0	5.0	1	1	5	2
26	26	2	3	3	0	3.0	2	2	5	1
27	60	2	1	22	1	22.1	4	2	7	1
28	56	1	2	26	0	26.0	4	1	7	1
29	58	1	2	18	6	18.5	4	2	2	1
30	52	1	3	20	0	20.0	1	2	1	1
31	36	1	3	9	0	9.0	1	2	7	1
32	29	1	1	2	6	2.5	3	1	7	1



N°	Identificación									
	1. Edad. Añote su edad en años cumplidos	2. Sexo	3. Profesión / Categoría profesional:	4. Años de trabajo en el hospital de la mujer	MESES de trabajo en el hospital de la mujer	Años de experiencia	5. Formación académica	6. Capacitación reglada por la institución en COVID-19	7. Servicio o unidad donde trabaja	8. Ha enfermado con COVID-19
33	44	1	3	19	0	19.0	1	2	4	1
34	49	1	2	13	0	13.0	4	2	6	2
35	37	1	3	4	0	4.0	1	2	7	1
36	33	1	3	5	0	5.0	1	1	7	1
37	42	2	1	3	3	3.3	4	2	1	1
38	40	1	1	2	2	2.2	4	2	4	1
39	62	2	1	27	0	27.0	3	2	3	1
40	64	1	2	26	0	26.0	2	3	2	8
41	65	2	1	20	0	20.0	3	2	5	1
42	59	1	2	29	0	29.0	2	2	1	1
43	25	1	3	2	7	2.6	1	1	1	2
44	30	2	3	4	0	4.0	1	1	1	2
45	31	1	3	5	7	5.6	1	2	4	1
46	68	2	1	28	0	28.0	4	2	1	2
47	30	1	3	4	0	4.0	1	2	6	1
48	47	1	3	25	0	25.0	1	2	8	2
49	26	1	3	1	1	1.1	1	1	6	2
50	34	1	1	2	1	2.1	3	2	1	1
51	30	1	2	1	9	1.8	2	2	6	2
52	36	2	2	2	6	2.5	2	1	7	1
53	27	2	3	3	3	3.3	1	2	2	2
54	56	1	3	23	3	23.3	1	1	7	2
55	26	1	3	5	0	5.0	1	1	1	2
56	38	1	1	2	1	2.1	4	1	1	1
57	49	1	3	25	0	25.0	1	2	1	1
58	31	1	3	2	4	2.3	1	2	1	1
59	72	1	3	30	0	30.0	1	1	1	1
60	50	1	2	22	0	22.0	2	2	1	1
61	30	2	3	10	0	10.0	1	1	1	1
62	60	1	3	30	0	30.0	1	1	4	1
63	30	1	1	3	0	3.0	3	1	4	1
64	58	2	1	25	0	25.0	4	2	7	2

N°	Identificación									
	1. Edad. Añote su edad en años cumplidos	2. Sexo	3. Profesión / Categoría profesional:	4. Años de trabajo en el hospital de la mujer	MESES de trabajo en el hospital de la mujer	Años de experiencia	5. Formación académica	6. Capacitación reglada por la institución en COVID-19	7. Servicio o unidad donde trabaja	8. Ha enfermado con COVID-19
65	62	2	1	28	0	28.0	4	2	4	2
66	29	1	3	1	11	1.9	1	1	3	1
67	50	1	3	20	3	20.3	1	2	10	1
68	70	2	1	29	0	29.0	5	2	7	2
69	26	1	3	2	0	2.0	1	1	2	1
70	66	2	1	28	0	28.0	4	2	5	2
71	39	1	2	7	3	7.3	2	2	10	2
72	49	1	3	9	10	9.8	1	2	10	1
73	38	1	2	6	9	6.8	4	1	8	2
74	29	1	3	7	0	7.0	1	2	3	2
75	32	1	3	8	0	8.0	1	1	8	2
76	35	1	1	1	9	1.8	3	1	4	2
77	60	2	1	25	0	25.0	3	2	3	2
78	60	11	2	28	0	28.0	2	2	1	2
79	30	1	3	2	0	2.0	1	1	1	2
80	58	1	2	28	0	28.0	2	2	1	1
81	33	2	1	2	6	2.5	4	2	1	2
82	40	1	3	17	0	17.0	1	2	1	1
83	67	1	3	26	8	26.7	1	2	8	2
84	28	2	2	4	0	4.0	2	2	3	1
85	50	1	2	20	0	20.0	2	2	1	1
86	57	1	2	27	0	27.0	2	1	6	1

N°	AE Agotamiento emocional (items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20)										rangos 27 Alto = ≥ 19 - 26 Intermedio = 19 - 26 Bajo = < 19		Dico (1 = Burnout alto)
	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	13. Me siento frustrado en mi trabajo.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	AE Total	AE	AE	
1	4	1	0	0	0	1	5	0	6	17	1	2	
2	1	1	0	0	8	1	1	0	3	15	1	2	
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	
4	6	1	5	1	5	2	6	2	1	29	3	1	
5	3	3	3	1	1	1	1	0	5	18	1	2	
6	1	1	1	2	2	1	1	1	1	11	1	2	
7	2	2	1	0	4	4	5	1	2	21	2	2	
8	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6	1	2	
9	1	1	1	2	3	6	2	1	4	21	2	2	
10	1	2	0	2	6	6	2	2	2	23	2	2	
11	0	0	1	0	1	0	3	1	1	7	1	2	
12	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	2	
13	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4	1	2	
14	1	1	2	1	0	2	1	2	1	11	1	2	
15	2	3	3	0	6	5	5	6	3	33	3	1	
16	5	2	2	5	5	1	2	3	1	26	2	2	
17	4	1	1	1	2	3	1	0	1	14	1	2	
18	4	4	4	1	5	5	5	5	3	36	3	1	
19	4	3	3	1	2	4	4	4	3	28	3	1	
20	5	3	4	1	5	1	4	1	3	27	3	1	
21	4	3	2	1	1	0	1	1	2	15	1	2	
22	1	1	1	0	2	2	3	1	3	14	1	2	
23	1	6	1	0	1	0	0	0	0	9	1	2	
24	1	0	1	1	1	0	0	0	1	5	1	2	
25	1	2	3	1	0	2	2	1	6	18	1	2	
26	5	4	5	3	5	2	3	4	4	35	3	1	
27	3	4	5	2	6	5	5	5	4	39	3	1	
28	1	2	1	6	1	1	3	1	3	19	2	2	
29	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	1	2	
30	4	3	4	5	3	5	3	1	4	32	3	1	

N°	AE Agotamiento emocional (items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20)										rangos 27 = ≥ 19 - 26 Bajo = < 19		Dico (1 = Burnout alto)
	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	13. Me siento frustrado en mi trabajo.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	AE Total	AE Alto =	AE Intermedio =	
31	3	0	1	1	1	1	1	0	5	13	1	2	
32	4	3	1	1	1	2	2	1	2	17	1	2	
33	4	2	3	4	5	5	6	5	5	39	3	1	
34	5	5	4	5	4	4	5	4	3	39	3	1	
35	3	0	3	1	3	0	1	0	0	11	1	2	
36	5	1	3	0	1	0	5	2	2	19	2	2	
37	5	5	6	4	6	6	5	4	6	47	3	1	
38	3	3	2	1	3	3	4	4	6	29	3	1	
39	1	0	1	0	1	1	2	1	2	9	1	2	
40	5	1	3	2	3	4	3	4	2	27	3	1	
41	6	2	4	1	1	5	5	5	2	31	3	1	
42	3	2	2	0	1	2	1	0	1	12	1	2	
43	3	0	4	0	2	0	0	1	2	12	1	2	
44	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	
45	6	5	2	1	5	4	2	0	1	26	2	2	
46	1	1	2	1	1	1	1	1	2	11	1	2	
47	6	3	5	1	5	1	0	1	1	23	2	2	
48	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	
49	1	0	1	1	1	0	1	0	0	5	1	2	
50	4	5	5	5	5	5	6	5	6	46	3	1	
51	3	4	4	2	3	1	1	0	1	19	2	2	
52	5	3	3	1	3	0	5	4	4	28	3	1	
53	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3	1	2	
54	1	1	3	1	1	0	0	2	1	10	1	2	
55	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1	2	
56	3	2	2	3	4	4	2	1	3	24	2	2	
57	3	1	2	1	4	6	6	1	6	30	3	1	
58	1	1	1	1	6	1	1	0	1	13	1	2	
59	4	4	5	0	5	3	6	4	1	32	3	1	
60	4	2	3	0	1	2	1	0	0	13	1	2	

N°	AE Agotamiento emocional (items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20)											
	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	13. Me siento frustrado en mi trabajo.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	AE Total	AE rangos Alto = $\geq 27$ Intermedio = 19 - 26 Bajo = < 19	Dico (1 = Burnout alto)
61	4	4	4	0	1	6	6	1	5	31	3	1
62	5	4	3	0	1	0	0	0	3	16	1	2
63	4	3	3	3	5	2	5	1	3	29	3	1
64	1	1	2	2	2	1	0	1	3	13	1	2
65	1	0	1	1	1	0	1	1	3	9	1	2
66	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	1	2
67	5	5	4	5	4	6	5	4	4	42	3	1
68	6	4	5	2	6	2	3	2	6	36	3	1
69	5	3	2	0	0	0	0	0	0	10	1	2
70	1	1	3	1	3	0	0	0	1	10	1	2
71	3	2	2	1	3	1	0	1	2	15	1	2
72	3	3	4	3	3	3	2	1	5	27	3	1
73	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	2
74	5	3	1	1	1	2	5	0	6	24	2	2
75	1	0	0	1	5	1	5	1	1	15	1	2
76	5	0	0	0	3	2	1	1	1	13	1	2
77	2	2	1	1	1	1	2	1	2	13	1	2
78	1	1	1	0	1	1	1	2	1	9	1	2
79	1	6	1	1	1	0	1	0	0	11	1	2
80	2	2	2	1	2	1	2	1	1	14	1	2
81	6	5	5	6	6	5	6	6	5	50	3	1
82	1	1	1	0	1	1	1	1	2	9	1	2
83	2	2	1	1	2	4	4	3	5	24	2	2
84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
85	2	2	2	1	3	0	0	1	1	12	1	2
86	3	1	1	2	1	2	3	2	3	18	1	2

N°	DP Despersonalización (Items: 5, 10, 11, 15 y 22)							
	5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	DP total	DP rangos Alta = $\geq 10$ Intermedia = 6 - 9 Baja = $< 6$	DP Dicotómico (1 Burnout Alto)
1	0	0	1	0	0	1	1	2
2	0	0	0	0	3	3	1	2
3	0	0	0	0	0	0	1	2
4	0	6	1	0	0	7	2	2
5	0	1	1	0	3	5	1	2
6	1	1	1	1	1	5	1	2
7	1	2	2	6	5	16	3	1
8	1	1	1	0	0	3	1	2
9	0	6	6	0	0	12	3	1
10	0	4	2	1	1	8	2	2
11	0	1	3	0	0	4	1	2
12	0	1	2	0	3	6	2	2
13	0	1	1	0	1	3	1	2
14	2	1	1	1	2	7	2	2
15	0	1	4	0	0	5	1	2
16	0	1	4	5	0	10	3	1
17	1	1	1	0	0	3	1	2
18	0	5	4	3	4	16	3	1
19	0	3	5	0	5	13	3	1
20	0	3	2	0	3	8	2	2
21	0	0	1	0	5	6	2	2
22	0	3	2	2	3	10	3	1
23	0	0	0	0	0	0	1	2
24	0	0	0	0	0	0	1	2
25	0	5	4	0	5	14	3	1
26	2	3	3	0	4	12	3	1
27	1	6	6	5	3	21	3	1
28	0	3	3	0	1	7	2	2
29	2	2	2	2	2	10	3	1
30	3	5	3	0	1	12	3	1
31	0	0	5	0	0	5	1	2
32	1	2	2	0	2	7	2	2
33	4	5	5	6	1	21	3	1

N°	DP Despersonalización (Items: 5, 10, 11, 15 y 22)							
	5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	DP total	DP rangos Alta = $\geq 10$ Intermedia = 6 - 9 Baja = $< 6$	DP Dicotómico (1 Burnout Alto)
34	0	5	5	5	1	16	3	1
35	0	3	2	0	0	5	1	2
36	0	1	1	0	1	3	1	2
37	4	6	6	2	2	20	3	1
38	0	3	3	2	2	10	3	1
39	0	1	1	2	3	7	2	2
40	0	2	3	1	4	10	3	1
41	1	2	3	0	4	10	3	1
42	0	2	2	0	1	5	1	2
43	0	0	0	0	0	0	1	2
44	0	0	2	0	0	2	1	2
45	0	2	4	0	0	6	2	2
46	3	1	2	2	2	10	3	1
47	0	1	1	0	0	2	1	2
48	0	0	0	0	0	0	1	2
49	0	1	1	0	1	3	1	2
50	4	5	5	3	4	21	3	1
51	2	4	2	0	2	10	3	1
52	0	2	2	0	0	4	1	2
53	0	1	1	0	0	2	1	2
54	1	1	2	4	0	8	2	2
55	0	0	0	0	0	0	1	2
56	1	2	2	0	2	7	2	2
57	0	2	3	6	5	16	3	1
58	0	0	1	0	1	2	1	2
59	0	0	4	0	5	9	2	2
60	1	1	2	6	2	12	3	1
61	0	0	1	6	4	11	3	1
62	0	0	3	0	0	3	1	2
63	0	4	4	0	0	8	2	2
64	1	2	1	1	3	8	2	2
65	0	1	1	1	3	6	2	2
66	0	0	0	0	0	0	1	2

N°	DP Despersonalización (Items: 5, 10, 11, 15 y 22)							
	5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	DP total	DP rangos Alta = $\geq 10$ Intermedia = 6 - 9 Baja = $< 6$	DP Dicotómico (1 Burnout Alto)
67	0	3	6	6	4	19	3	1
68	1	3	6	2	1	13	3	1
69	0	0	1	0	0	1	1	2
70	0	2	2	1	1	6	2	2
71	2	0	2	0	2	6	2	2
72	0	5	4	3	1	13	3	1
73	0	1	0	0	0	1	1	2
74	0	1	6	0	1	8	2	2
75	0	1	1	0	5	7	2	2
76	0	5	4	0	1	10	3	1
77	0	2	2	0	1	5	1	2
78	0	1	2	1	1	5	1	2
79	0	0	0	0	2	2	1	2
80	0	3	2	2	2	9	2	2
81	5	5	5	0	3	18	3	1
82	0	1	1	2	2	6	2	2
83	0	3	3	2	0	8	2	2
84	0	0	0	0	0	0	1	2
85	1	2	1	1	2	7	2	2
86	1	3	2	3	2	11	3	1



N°	RP Realización Personal (Items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21)										Burnout		
	4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis	18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de	RP total	RP rangos Alta ≥ 40 Intermedia = 34 Baja < 34	RP Dico (1 Baja realización personal)	Burnout con 3 dimensiones	Burnout GLOBAL
1	6	6	5	6	6	6	6	6	47	3	2	2	65
2	6	6	5	6	6	6	3	6	44	3	2	2	62
3	6	0	0	6	6	6	6	6	36	2	2	2	36
4	3	6	5	5	6	6	6	6	43	3	2	2	79
5	6	6	6	5	6	6	6	6	47	3	2	2	70
6	6	6	6	6	6	6	6	2	44	3	2	2	60
7	5	6	4	5	2	2	1	2	27	1	1	2	64
8	5	6	6	6	6	6	6	6	47	3	2	2	56
9	4	1	5	5	4	4	4	4	31	1	1	2	64
10	1	1	0	1	1	1	2	0	7	1	1	2	38
11	1	6	5	6	6	6	6	6	42	3	2	2	53
12	3	1	5	6	5	5	3	1	29	1	1	2	37
13	6	6	1	6	6	6	0	1	32	1	1	2	39
14	1	2	1	2	6	2	2	1	17	1	1	2	35
15	1	6	4	4	5	5	3	4	32	1	1	2	70
16	6	6	4	6	4	6	1	1	34	2	2	2	70
17	1	2	2	1	1	1	1	1	10	1	1	2	27
18	5	6	5	4	5	5	5	0	35	2	2	2	87
19	5	6	5	5	4	5	5	0	35	2	2	2	76
20	5	6	5	2	3	5	5	2	33	1	1	2	68
21	6	6	1	6	6	5	6	1	37	2	2	2	58
22	6	1	2	2	2	2	2	2	19	1	1	2	43
23	6	6	6	6	6	5	6	5	46	3	2	2	55
24	6	6	6	6	6	6	6	6	48	3	2	2	53
25	5	1	1	4	0	6	6	5	28	1	1	2	60
26	6	6	4	5	3	3	3	0	30	1	1	1	77
27	6	6	6	4	1	5	4	3	35	2	2	2	95

N°	RP Realización Personal (Items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21)										Burnout		
	4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis	18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de	RP total	RP rangos Alta ≥ 40 Intermedia = 34 Baja < 34	RP Dico (1 Baja realización personal)	Burnout con 3 dimensiones	Burnout GLOBAL
28	6	1	5	6	6	6	0	0	30	1	1	2	56
29	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1	1	2	44
30	6	5	4	4	6	2	3	0	30	1	1	1	74
31	0	3	6	6	6	3	6	5	35	2	2	2	53
32	3	2	4	4	5	3	2	4	27	1	1	2	51
33	3	3	5	5	4	4	5	0	29	1	1	1	89
34	6	6	4	4	3	4	5	0	32	1	1	1	87
35	6	5	5	6	6	5	6	1	40	3	2	2	56
36	5	3	3	6	6	6	6	2	37	2	2	2	59
37	5	3	5	2	2	0	1	0	18	1	1	1	85
38	6	6	4	2	2	4	5	0	29	1	1	1	68
39	6	0	2	1	3	1	0	2	15	1	1	2	31
40	1	2	5	4	3	5	5	4	29	1	1	1	66
41	6	6	1	5	4	2	5	3	32	1	1	1	73
42	1	1	2	2	1	1	0	2	10	1	1	2	27
43	5	2	6	0	2	2	3	3	23	1	1	2	35
44	6	1	3	6	1	1	6	5	29	1	1	2	34
45	2	6	6	6	6	6	6	6	44	3	2	2	76
46	2	1	1	1	1	2	1	2	11	1	1	2	32
47	5	6	6	3	5	1	1	0	27	1	1	2	52
48	6	0	0	6	6	2	6	0	26	1	1	2	27
49	6	5	6	6	6	6	6	6	47	3	2	2	55
50	5	3	3	5	3	2	5	0	26	1	1	1	93
51	3	3	3	3	1	0	0	2	15	1	1	2	44
52	3	6	5	6	6	6	6	3	41	3	2	2	73
53	1	6	6	6	6	6	6	2	39	2	2	2	44
54	6	4	0	2	3	5	5	0	25	1	1	2	43

N°	RP Realización Personal (Items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21)										Burnout		
	4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis	18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de	RP total	RP rangos Alta ≥ 40 Intermedia = 34 Baja < 34	RP Dico (1 Baja realización personal)	Burnout con 3 dimensiones	Burnout GLOBAL
55	6	6	4	6	6	6	6	3	43	3	2	2	46
56	2	6	5	3	6	3	4	0	29	1	1	2	60
57	6	1	6	3	5	6	0	2	29	1	1	1	75
58	4	2	1	1	4	2	6	2	22	1	1	2	37
59	0	6	5	5	5	1	1	4	27	1	1	2	68
60	6	6	5	1	3	3	5	2	31	1	1	2	56
61	5	5	1	6	6	6	6	6	41	3	2	2	83
62	6	4	6	6	6	5	4	2	39	2	2	2	58
63	5	6	6	6	4	5	5	2	39	2	2	2	76
64	2	1	1	2	3	4	0	3	16	1	1	2	37
65	6	1	0	5	2	2	3	3	22	1	1	2	37
66	0	6	6	6	6	6	6	1	37	2	2	2	43
67	6	4	6	5	5	4	5	5	40	3	2	2	101
68	0	3	0	1	2	2	2	0	10	1	1	1	59
69	6	0	0	0	6	5	6	5	28	1	1	2	39
70	6	1	1	3	1	1	6	0	19	1	1	2	35
71	3	5	0	2	1	1	0	2	14	1	1	2	35
72	6	4	0	2	1	2	0	2	17	1	1	1	57
73	6	6	6	6	6	6	6	1	43	3	2	2	46
74	5	6	5	5	6	6	6	3	42	3	2	2	74
75	1	6	1		4	4	3	6	25	1	1	2	47
76	6	6	4	6	5	5	5	0	37	2	2	2	60
77	6	6	1	1	1	2	2	1	20	1	1	2	38
78	6	6	0	6	1	1	0	0	20	1	1	2	34
79	6	5	6	6	6	6	5	5	45	3	2	2	58
80	2	1	1	2	2	2	1	1	12	1	1	2	35
81	6	6	6	5	6	6	5	2	42	3	2	2	110

N°	RP Realización Personal (Items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21)										Burnout		
	4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis	18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de	RP total	RP rangos Alta ≥ 40 Intermedia = 34 Baja < 34	RP Dico (1 Baja realización personal)	Burnout con 3 dimensiones	Burnout GLOBAL
82	2	1	0	1	1	1	0	1	7	1	1	2	22
83	6	6	2	5	6	3	1	5	34	2	2	2	66
84	6	6	1	6	6	6	6	0	37	2	2	2	38
85	6	3	1	1	2	1	1	1	16	1	1	2	35
86	2	6	4	3	6	3	4	2	30	1	1	2	59

# **Anexo 6.**

## **Datos desagregados**

**Tablas 2x2: Agotamiento emocional según variables demográficas  
laborales y académicas**

Edad en años	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	2.75
	Si	No				
> 40	16	29	45	36	p	0.10
≤ 40	8	33	41	20	OR	2.28
Total	24	62	86	28	Li	0.85
					Ls	6.09

Sexo	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	1.97
	Si	No				
Femenino	15	48	63	24	p	0.16
Masculino	9	14	23	39	OR	0.49
Total	24	62	86	28	Li	0.18
					Ls	1.35

Categoría profesional	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	3.13
	Si	No				
Auxiliar	10	14	24	42	p	0.08
Licenciatura	14	48	62	23	OR	2.45
Total	24	62	86	28	Li	0.90
					Ls	6.70

Años de experiencia	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	0.41
	Si	No				
≤ 5	9	28	37	24	p	0.52
> 5	15	34	49	31	OR	0.73
Total	24	62	86	28	Li	0.28
					Ls	1.91

Capacitación reglada por la institución en COVID-19	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	4.87
	Si	No				
Si	5	29	34	15	p	0.03
No	19	33	52	37	OR	0.30
Total	24	62	86	28	Li	0.10
					Ls	0.90

Servicio	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	0.46
	Si	No				
Sala COVID	10	21	31	32	p	0.50
Otros Servicios	14	41	55	25	OR	1.39
Total	24	62	86	28	Li	0.53
					Ls	3.67

Antecedente de COVID - 19	Agotamiento emocional (AE) Alto		Total	% con AE Alto	Chi2	7.97
	Si	No				
Si	20	31	51	39	p	0.00
No	4	31	35	11	OR	5.00
Total	24	62	86	28	Li	1.53
					Ls	16.33

### Tablas 2x2: Despersonalización según variables demográficas laborales y académicas

Edad en años	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	7.08
	Si	No				
> 40	21	24	45	47	p	0.01
≤ 40	8	33	41	20	OR	3.61
Total	29	57	86	34	Li	1.37
					Ls	9.51

2. Sexo	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	1.34
	Si	No				
Femenino	19	44	63	30	p	0.25
Masculino	10	13	23	43	OR	0.56
Total	29	57	86	34	Li	0.21
					Ls	1.50

Categoría profesional	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	3.95
	Si	No				
Auxiliar	12	12	24	50	p	0.05
Licenciatura	17	45	62	27	OR	2.65
Total	29	57	86	34	Li	1.00
					Ls	7.02

Años de experiencia	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	2.57
	Si	No				
≤ 5	9	28	37	24	p	0.11
> 5	20	29	49	41	OR	0.47
Total	29	57	86	34	Li	0.18
					Ls	1.20

Capacitación reglada por la institución en COVID-19	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	9.10
	Si	No				
Si	5	29	34	15	p	0.00
No	24	28	52	46	OR	0.20
Total	29	57	86	34	Li	0.07
					Ls	0.60

Servicio	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	p
	Si	No				
Sala COVID	12	19	31	39	OR	1.41
Otros Servicios	17	38	55	31	Li	0.56
Total	29	57	86	34	Ls	3.55

Antecedente de COVID - 19	Despersonalización (DP) Alta		Total	% con DP Alta	Chi2	p
	Si	No				
Si	19	32	51	37	OR	1.48
No	10	25	35	29	Li	0.59
Total	29	57	86	34	Ls	3.75

### Tablas 2x2: Realización Personal según variables demográficas laborales y académicas

Edad en años	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p
	Si	No				
> 40	36	9	45	80	OR	6.93
≤ 40	15	26	41	37	Li	2.63
Total	51	35	86	59	Ls	18.26

2. Sexo	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p
	Si	No				
Femenino	37	26	63	59	OR	0.91
Masculino	14	9	23	61	Li	0.34
Total	51	35	86	59	Ls	2.43

Categoría profesional	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p
	Si	No				
Auxiliar	16	8	24	67	OR	1.54
Licenciatura	35	27	62	56	Li	0.58
Total	51	35	86	59	Ls	4.14

Años de experiencia	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p
	Si	No				
≤ 5	36	13	49	73	OR	0.25
> 5	15	22	37	41	Li	0.10
Total	51	35	86	59	Ls	0.61



Capacitación reglada por la institución en COVID-19	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p	OR	Li	Ls
	Si	No							
Si	14	20	34	41	7.66	0.01	0.28	0.11	0.70
No	37	15	52	71					
Total	51	35	86	59					

Servicio	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p	OR	Li	Ls
	Si	No							
Sala COVID	19	12	31	61	0.08	0.78	1.14	0.46	2.80
Otros Servicios	32	23	55	58					
Total	51	35	86	59					

Antecedente de COVID - 19	Realización Personal (RP) Baja		Total	% con RP Baja	Chi2	p	OR	Li	Ls
	Si	No							
Si	31	20	51	61	0.11	0.74	1.16	0.49	2.79
No	20	15	35	57					
Total	51	35	86	59					

**Tablas 2x2: Burnout según variables demográficas laborales y académicas**

Edad en años	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout	Chi2	p	OR	Li	Ls
	Si	No							
> 40	10	35	45	22					
≤ 40	2	39	41	5					
Total	12	74	86	14					

2. Sexo	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout	Chi2	p	OR	Li	Ls
	Si	No							
Femenino	8	55	63	13					
Masculino	4	19	23	17					
Total	12	74	86	14					

Categoría profesional	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout	Chi2	p	OR	Li	Ls
	Si	No							
Auxiliar	5	19	24	21					
Licenciatura	7	55	62	11					
Total	12	74	86	14					

Años de experiencia	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout
	Si	No		
≤ 5	4	33	37	11
> 5	8	41	49	16
Total	12	74	86	14

Chi2  
p  
OR  
Li  
Ls

Capacitación reglada por la institución en COVID-19	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout
	Si	No		
Si	0	34	34	0
No	12	40	52	23
Total	12	74	86	14

Chi2  
p  
OR  
Li  
Ls

Servicio	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout
	Si	No		
Sala COVID	4	27	31	13
Otros Servicios	8	47	55	15
Total	12	74	86	14

Chi2  
p  
OR  
Li  
Ls

Antecedente de COVID - 19	Burnout: AE Alto, DP Alta, RP Baja		Total	% con Burnout
	Si	No		
Si	9	42	51	18
No	3	32	35	9
Total	12	74	86	14

Chi2  
p  
OR  
Li  
Ls