



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y DEL  
MIEDO AL COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD DE  
PRIMERA LÍNEA EN HOSPITALES GENERALES DE LIMA  
METROPOLITANA, ICA Y TACNA: ESTUDIO  
MULTICÉNTRICO

FREQUENCY OF BURNOUT SYNDROME AND FEAR OF  
COVID-19 IN FRONT-LINE HEALTH WORKERS IN  
GENERAL HOSPITALS OF LIMA CITY, ICA AND TACNA:  
A MULTICENTER STUDY

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

ALEJANDRO BORIS LLERENA URETA  
ZAMAR ANYELA MALCA CALDERÓN  
ROSA PATRICIA MORALES FIGUEROA

ASESORES

EDWARD ANTONIO LOZANO VARGAS

LIMA - PERÚ  
2022



## **JURADO**

Presidente: Dr. Otto Barnaby Guillén López

Vocal: Dra. Guiliana Mas Ubillus

Secretario: Dra. Paola Alexandra Salinas Ponce

## **ASESORES DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

### **ASESOR**

Dr. Edward Antonio Lozano Vargas

Departamento Académico de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Alberto

Hurtado

ORCID: 0000-0002-5615-2076

## **DEDICATORIA**

Para todas y cada una de las personas que permitieron la realización de este trabajo de investigación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darnos la vida y mantenernos con salud.

A nuestros padres que nos dieron la oportunidad de formarnos como profesionales.

A nuestro asesor, el Dr. Antonio Lozano Vargas por su apoyo y seguimiento, por su tiempo y paciencia.

A Diego Llerena Ureta, por su tiempo y apoyo.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Este proyecto fue autofinanciado por los investigadores.

## **DECLARACIÓN DE LOS AUTORES**

La presente tesis es un trabajo original de investigación de grado y no es resultado de un trabajo en colaboración con otros. Se respetaron tanto el cronograma y presupuesto detallado. No se alteraron la organización de la estructura metodológica ni los resultados del trabajo.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

Introducción	1
Objetivos	8
Materiales y Métodos	9
Resultados	14
Discusión	16
Limitaciones	23
Conclusiones	24
Referencias Bibliográficas	25
Tablas	

## RESUMEN

**Antecedentes:** La pandemia causada por el virus SARS-COV 2 (COVID-19) ha afectado emocionalmente al personal de salud. Esto se vio reflejado en el incremento en la incidencia de ciertos trastornos mentales como el síndrome de burnout (SBO) y una variante nueva como lo es el “miedo al COVID-19”.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia del Miedo al COVID-19 y del Síndrome de Burnout en el personal de salud de primera línea y determinar los factores relacionados.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal en el personal de salud de primera línea en 3 ciudades de Perú. Se aplicaron encuestas virtuales entre los meses de diciembre del 2020 y febrero del

2021. **Resultados:** Se determinó la frecuencia de miedo al COVID-19 en 3 niveles, donde el nivel medio presentó una mayor frecuencia de 43,7%. La frecuencia de SBO fue del 28,2%. En el modelo de regresión ajustado utilizando las variables significativas, la razón de prevalencia de miedo al COVID-19 y del SBO en aquellos que trabajaban en la capital fue 1.33 [RP=1.33; IC95% 1.00-1.76; p=0.043] y 3.19 [RP=3.19, IC95%1.80-5.65, p=0.000] veces en comparación con aquellos que trabajaban en provincia, respectivamente.

**Conclusiones:** La frecuencia de SBO y del miedo al COVID-19 en la muestra evaluada fueron mayor y similar a otros estudios, respectivamente. El trabajar en capital se relacionó a mayor prevalencia de SBO y Miedo al COVID-19.

**Palabras clave:** Burnout, COVID-19, personal de salud, miedo.

## SUMMARY

**Background:** The pandemic caused by the SARS-COV 2 virus (COVID-19) has emotionally affected health personnel, reflected in the increase in the incidence of certain mental disorders such as burnout syndrome (BOS) and a new variant such as the fear of COVID-19. **Objective:** To determine the frequency of fear of COVID-19 and Burnout Syndrome in front-line health personnel in three cities of Perú and to define the related factors. **Material and Methods:** A cross-sectional observational study was carried out in front-line health personnel. Virtual surveys were applied between the months of December 2020 and February 2021. **Results:** The frequency of fear of COVID-19 was determined at 3 levels, where the average level presented a higher frequency of 43.7%. The frequency of BOS found was 28.2%. In the adjusted regression model using the significant variables, the prevalence ratio of fear of COVID-19 and BOS in those who worked in the capital was 1.33 [PR=1.33; CI95% 1.00-1.76; p=0.043] and 3.19 [PR=3.19, CI95%1.80-5.65, p=0.000] times compared to those who worked in the province, respectively. **Conclusions:** The frequency of BOS and fear of COVID-19 were higher and similar to other studies, respectively. Frontline health workers working in the capital were related with a higher frequency of BOS and fear of COVID-19.

**Keywords:** Burnout, COVID-19, health personnel, fear.

## I. INTRODUCCIÓN

A fines del año 2019, un nuevo virus denominado SARS-COV 2 (COVID-19) surgió en la ciudad de Wuhan en China, el cual fue expandiéndose rápidamente a nivel mundial (1). De esta manera llegó también a Latinoamérica, siendo Brasil el primer país en esta región en reportar un caso de COVID-19 el día 25 de febrero del 2020, extendiéndose luego por otros países e incrementando el estrés y la carga laboral en el personal de salud de primera línea (2).

Por otro lado, el primer caso de COVID-19 en nuestro país se confirmó el día 05 de marzo del 2020 en un paciente procedente de Europa, quien había realizado viajes a España, Francia y República Checa; confirmándose posteriormente nuevos casos entre sus contactos (3). Asimismo, en agosto del 2020 se reportaron aproximadamente 19,456,496 casos de COVID-19 a nivel mundial y una cifra estimada de 722,937 muertes (4). En este contexto, el país con el mayor número de casos y de muertes fue Estados Unidos (4), mientras que el Perú ocupó el séptimo lugar a nivel mundial con 471,012 casos y el tercer lugar a nivel de Latinoamérica y el Caribe detrás de Brasil y de México (4,5).

En consecuencia, la pandemia por el COVID-19 obligó a los sistemas de salud de todo el mundo a enfrentarse a una enfermedad desconocida; y el personal de salud también se vio afectado en su condición física y mental. Por ejemplo, durante el primer semestre de la pandemia en el 2020, en nuestro país se estimó una cifra de 2786 médicos contagiados por COVID-19 y 103 fallecieron por dicha razón. (5)

Así mismo, se reportaron 58 muertes en el personal de enfermería y unas 63 muertes en el personal técnico de enfermería (6,7).

En este sentido, la condición de salud física y la salud mental de una persona no puede ser desvinculada de su actividad profesional y del contexto laboral (8); por lo tanto, el personal de salud que estuvo luchando contra la pandemia del COVID-19 se enfrentó también a una alta exigencia física y psicológica de manera sostenida. Diversos estudios fueron evidenciando el impacto en la salud mental, identificando la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, miedo y problemas de sueño en el profesional médico que trabajaba directamente en la atención de pacientes con COVID-19.

En Wuhan, Kang L et al. evaluaron el estado de salud mental en médicos a través de la aplicación de instrumentos como el 9-ítem Patient Health Questionnaire (PHQ-9), el 7-item Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), el 7-item Insomnia Severity Index (ISI) y el 22-item Impact of Event Scale-Revised (IES-R) para identificar la presencia de depresión, ansiedad, insomnio y estrés, respectivamente, encontrando que el 36% de médicos tenían una alteración de salud mental subumbral, el 34.4% tenían una alteración leve, el 22.4% una alteración moderada y el 6.2% una alteración severa; asimismo, se identificó que el grupo con alteración mental por debajo del umbral tenían poco contacto con personas confirmadas o sospechosas de COVID-19 (9).

Dos meses después del brote de la pandemia por COVID-19 en China, Teng. Z et al. estudiaron los efectos psicológicos en el personal de salud de primera línea y en los trabajadores de servicios esenciales para la población, hallando que el 52.8% tenía problemas de sueño, el 4.1% tenía depresión, el 39.1% ansiedad, el

15.2% fatiga física y el 19.4% fatiga mental; así mismo, el ser mujer, tener una edad joven, padecer dificultades para dormir, tener un bajo ingreso económico y un bajo soporte familiar fueron asociados con un estado mental severo y una propensión a la fatiga; además, este estudio confirmó la relación entre la fatiga con la presencia de depresión y ansiedad (10).

Por otro lado, Bassani E et al, en un estudio realizado en Brasil entre el personal de enfermería observaron una prevalencia de ansiedad de 48.9% y 25% de depresión; la existencia de depresión y de ansiedad fue mayor en mujeres que en varones (90% vs. 9.1%) y (90.7% vs. 9.3%), respectivamente; así mismo, el personal técnico de enfermería presentó una mayor frecuencia de ansiedad y de depresión en 44.2% y 54.5% respectivamente (8). De esta manera, se fue evidenciando el impacto en la salud mental en el personal de salud durante la pandemia en diversos lugares; lo cual puede también causar consecuencias negativas en la experiencia de satisfacción laboral, resultando en el perjuicio de la calidad de atención y en la seguridad del paciente (8).

El Síndrome de Burnout (SBO) fue definido por primera vez por Herbert Freudenberg en 1974 como “una sensación de fracaso o sensación de agotamiento que resultaba de una excesiva demanda de energía, recursos personales o fuerza del trabajador y que usualmente ocurría luego de un año de haber empezado a laborar en cierta institución” (10). En 1981, Maslach y Jackson lo definieron como “un síndrome de agotamiento emocional y despersonalización que ocurre frecuentemente en individuos que laboran en interacción con otras personas” y señalaron las tres dimensiones que se utilizan en la actualidad para definirlo. Estas

dimensiones son el agotamiento emocional (sentimiento de estar emocionalmente sobrepasado y extenuado por el trabajo), la despersonalización (falta de sentimientos y respuesta impersonal hacia el servicio, cuidado, tratamiento o instrucción de uno mismo) y la realización personal (sentimiento de competencia y éxito en el trabajo) (11).

En relación a ello, se ha observado que ciertos factores contribuyen al desarrollo del SBO, los cuales podemos dividirlos de la siguiente manera: el factor laboral (horas excesivas de trabajo, guardias, tipo de especialidad, sistema no electrónico de historias clínicas, falta de apoyo entre colegas) y el factor organizacional (recompensas insuficientes, falta de liderazgo en la institución, comunicación limitada, características personales de perfeccionismo, autocrítica, falta de sueño, compromiso excesivo, sistema de apoyo inadecuado fuera del entorno de trabajo) (12). Además, se sabe que el SBO puede estar asociado a fatiga, ansiedad, depresión, trastornos del ánimo, abuso de sustancias, suicidios y a mala calidad de atención hacia los pacientes (13). Esto afecta no solo a la persona que lo padece, sino también al equipo de trabajo y al cuidado del paciente. Todo ello crea un clima inadecuado de trabajo para el personal de salud, disminuyendo la productividad y generando un aumento en los costos de salud (14,15).

Sin embargo, si vemos la situación con mayor profundidad, gran parte de estos problemas se pueden estar desarrollando también por el miedo al COVID-19, que se ha descrito como el miedo a infectarse y a infectar a los seres queridos (16). Una manera de evaluar el miedo al COVID-19 es mediante el uso de la escala “Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)”(17,18).

También se cuenta con varios estudios de frecuencia del SBO durante la pandemia por el COVID-19. En un estudio se observó que el personal de salud que trabajaba en áreas habituales tenían mayor frecuencia del SBO que aquellos que trabajaban en primera línea (39% vs. 13%;  $P=0.0001$ ) (19). Sin embargo, este resultado varía dependiendo del lugar de trabajo del personal de salud de primera línea, como por ejemplo el trabajar en una unidad de cuidados intensivos se relaciona a tener una mayor frecuencia de SBO (20).

Otro estudio realizado en Italia, describe los niveles del SBO y síntomas físicos del personal de salud, y observan que el agotamiento emocional en médicos que atendieron a pacientes con COVID-19 fue mayor que aquellos que no atendían a pacientes con COVID-19. Así, un 45% de estos médicos experimentó con alta frecuencia al menos un síntoma físico en las últimas cuatro semanas (irritabilidad, cambios en los hábitos alimentarios, dificultad para conciliar el sueño y tensión muscular) y se observó además que los niveles altos del SBO se asociaban a una mayor frecuencia de síntomas físicos. Sin embargo, la despersonalización fue menor y la realización personal fue mayor en los médicos que trabajaban en primera línea (21).

En otro estudio, realizado en Rumania, se encontró una mayor prevalencia del SBO en médicos residentes que trabajaban en áreas habituales que en médicos residentes que trabajaban en primera línea: 86% vs 66% ( $P=0.019$ ). Dimitriu M et al. plantearon que este resultado se debe a que los residentes de primera línea reciben entrenamiento práctico, protocolos claros y adecuados equipos de protección, lo que aumenta la confianza y la sensación de control en el trabajo en

primera línea contra el COVID-19 (22).

En un estudio multicéntrico, realizado en 2707 profesionales de la salud de 60 países, se observó que un 51.4% reportó SBO. Las enfermeras presentaban una mayor probabilidad de padecer el SBO (OR=1.47). Además, el tener un adecuado acceso al uso de equipos de protección personal fue un factor protector para el desarrollo del SBO (RR=0.68) (23).

Y con respecto al miedo al COVID-19, en un estudio realizado en China en 2042 trabajadores de salud (médicos y enfermeras) y en 257 trabajadores administrativos de hospitales, utilizando la escala numérica de Becker, se observó que el miedo al COVID-19 en un nivel moderado y severo era mayor en el personal de salud que en el personal administrativo (70.6% vs 58.4%). Los factores asociados a estos resultados fueron el trabajo en estado de aislamiento, la preocupación de ser infectado, la escasez de equipos de protección personal, el pensamiento de que la pandemia nunca se controlará, la frustración por los resultados en el trabajo y la separación de sus seres queridos (24).

En nuestra región, Ecuador fue uno de los países en donde se realizó un estudio en 244 profesionales de salud de primera línea (enfermeras y médicos) y se observó la presencia del SBO en niveles moderado-severo en un 90% (25). Por otro lado, en Colombia se realizó un estudio en 531 médicos y se observó que el 37.1% presentó miedo al COVID-19 (26). En el Perú, hasta el segundo semestre de 2021, no hay estudios publicados que muestren la prevalencia del SBO y del miedo al COVID-19. Por lo tanto, sería significativo conocer cuál es la ocurrencia de estos dos grandes problemas de salud mental en nuestro país.

A partir de lo mencionado, la salud mental del personal de salud juega un rol muy importante para su correcto desempeño profesional y se refleja en la calidad de atención al paciente; por ello es necesario conocer el estado de salud mental del personal de salud de primera línea en nuestro país durante la pandemia por el COVID-19, a través de instrumentos que permitan la identificación de la presencia del SBO y el Miedo al COVID-19, y esto ayude a futuro a poder intervenir en esta población vulnerable a fin de evitar pérdidas laborales, brindar soporte emocional a los que lo necesiten y recomendaciones a las instituciones de salud para la toma de medidas administrativas dirigidas al cuidado del personal de salud. Por ello, se realiza un estudio transversal que responda a la pregunta ¿cuál es la frecuencia del SBO y del miedo al COVID-19 en el personal de salud de primera línea en hospitales generales de tres regiones del Perú?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo primario**

- Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout (SBO) y del Miedo al COVID-19 en el personal de salud de primera línea.

### **Objetivo secundario**

- Determinar los factores relacionados al Síndrome de Burnout (SBO) y al Miedo al COVID-19.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **1. Diseño de Investigación**

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en el personal de salud de 6 hospitales generales diferentes y distribuidos en las ciudades de Lima Metropolitana, Ica y Tacna; a través de la aplicación de dos instrumentos por vía electrónica: el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la Escala de miedo al COVID-19. Para ello se solicitó la autorización del comité de ética de cada institución y se tuvo acceso a los correos electrónicos y/o número de teléfonos del personal de salud para difundir la invitación a participar del estudio. Se usó el formato google forms para enviar el consentimiento informado y los instrumentos a los participantes. Los instrumentos fueron enviados entre los meses de diciembre del 2020 y febrero del 2021.

#### **2. Población**

Se consideró como personal de salud de primera línea a los médicos asistentes, médicos residentes y enfermeras que trabajaban en los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos y hospitalización de las áreas COVID-19 en los diferentes hospitales. El estudio se realizó en aquellos profesionales de salud que se encontraban trabajando dentro de las instalaciones de los hospitales: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima), Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins (Lima), Hospital IV Augusto Hernández Mendoza EsSalud (Ica), Hospital Regional (Ica), Hospital Hipólito Unánue (Tacna) y Hospital III Daniel Alcides Carrión- EsSALUD (Tacna).

## **2.1 Muestra y método de muestreo**

El tamaño muestral fue calculado con el programa estadístico Epidat 3.1 en base a la prevalencia de 12.58% de síndrome de burnout (SBO) del estudio de Vinueza et al 2020 (25) y en base a la población total de los respectivos hospitales a estudiar, utilizando un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta del 1% y 5%; obteniendo una muestra máxima de 187 y una mínima de 52. Se realizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se envió la encuesta a 676 personas, correspondiendo 203 en Lima, 219 en Tacna y 254 en Ica. Las encuestas fueron enviadas 3 veces a cada participante en un intervalo de tiempo de 2 semanas.

## **2.2 Criterios de inclusión**

- Personal de salud que se encuentra trabajando en áreas COVID-19 de los hospitales mencionados.
- Personal de salud que acepta participar del estudio a través del consentimiento informado electrónico.
- Personal de salud que responda a los cuestionarios enviados.

## **2.3 Criterios de exclusión**

No hubo ningún criterio de exclusión.

## **3. Instrumentos**

### **III.1 El inventario de Burnout de Maslach (MBI):**

Para el diagnóstico del Síndrome de Burnout (SBO) se utilizaron dos enfoques.

Inicialmente para ambos se utilizó el instrumento MBI-HSS

(Maslach Burnout Inventory Human services) considerado como el gold standard para medir el SBO y que cuenta con adaptación al español y validez peruana en el 2007, mostrando un coeficiente de cronbach de 0.8 , 0,47 y 0.73 para cada dimensión.(27)

Esta herramienta consta de 22 ítems y valora 3 dimensiones: Cansancio Emocional (ítems 1-2-3-6-8-13-14-16-20, Despersonalización (ítems 5-10-11-15-22) y Realización Personal (ítems 4-7-9-12-17-18-19-21).

Cada dimensión se estratifica en nivel bajo, medio y alto de acuerdo a los puntajes obtenidos: Cansancio emocional (nivel bajo de 0-18 puntos, medio de 19-26 puntos, alto de 27-54 puntos); Despersonalización (nivel bajo de 0-5 puntos, medio de 6-9 puntos, alto 10-30 puntos) y Realización personal (nivel bajo de 0-33 puntos, nivel medio de 34-39 puntos y alto de 40-56 puntos).

Para el primer enfoque de diagnóstico del SBO (SBO-1) tomamos los criterios de Gil-monte, et al donde se necesitan puntajes altos en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización y puntajes bajos en Realización Personal para diagnosticar un nivel alto de SBO, las puntuaciones medias en las tres dimensiones reflejan un grado medio del SBO y las puntuaciones bajas en Cansancio Emocional y Despersonalización junto a un puntaje alto en Realización Personal indica un grado bajo o nulo del SBO.(27)

Para el segundo enfoque de diagnóstico de SBO (SBO-2) nos basamos en el estudio de Victoria Llaja et al, donde se clasifica al SBO en cuatro grupos: presencia del SBO, tendencia, riesgo o sano (28). Se utilizaron 2 clasificaciones del SBO, debido a que la primera (SBO-1) contaba con criterios estrictos que no incluyen todas las combinaciones de las 3 dimensiones del SBO, mientras que la segunda (SBO-2) sí las incluye de tal manera que todos los participantes queden clasificados.

### **3.2. Escala de miedo al COVID-19:**

Se utilizó el instrumento “Fear of COVID-19 Scale”, que fue validado en el Perú y está compuesto por un factor general y dos factores específicos: uno de reacciones emocionales y otro de expresiones somáticas (CFI = 0,988, RMSEA = 0,075). El factor general del miedo al COVID-19 y los dos factores específicos tuvieron un nivel óptimo de consistencia interna ( $\omega > 0,89$  y  $\alpha > 0,83$ ). El instrumento consiste en 7 preguntas, con un puntaje mínimo de 7 y máximo de 35; donde a mayor puntaje, mayor es el miedo al COVID-19 (18). En el presente estudio, para fines estadísticos, se categorizó el miedo al COVID-19 en tres niveles: alto, medio y bajo, utilizando como modelo el estudio realizado por Broche et al. quien utiliza los percentiles para la estratificación del miedo al COVID-19 (nivel bajo  $< 14$ , nivel medio  $14-21$  y nivel alto  $> 21$ ) (29).

#### **4. Plan de análisis**

El análisis se realizó mediante el programa estadístico STATA 16.0. Se tabularon las variables sociodemográficas y se determinaron las frecuencias de SBO-1, SBO2 y Miedo al COVID-19. Para el análisis bivariado se usaron las pruebas estadísticas Chi2 y Prueba exacta de Fisher considerando un valor de  $P < 0.05$  como significativo. Para el análisis multivariado se usó la Regresión de Poisson con varianza robusta para determinar los factores relacionados a SBO y Miedo al COVID-19.

#### **IV. RESULTADOS**

En el estudio participaron 213 profesionales de salud de primera línea (tasa de respuesta: 30.02%): 88 de Lima, 74 de Ica y 51 de Tacna. Los datos sociodemográficos y variables independientes se pueden observar en la Tabla 1.

La frecuencia del miedo al COVID-19 de la población y por niveles de puntaje de localidad y profesión se observa en el Gráfico 1 y Tabla 2. La frecuencia del SBO-1 en la población, por localidad y profesión se observa en la Gráfico 2, Tabla 4,5. Por otro lado, la frecuencia del SBO-2 en la población, por localidad y profesión se observa en el Gráfico 2 , Tabla 6,7

En relación a la localidad del SBO-1, se observó que 44 (50.0%) presentaban un grado alto del SBO en la capital (Lima Metropolitana) y sólo 16 (12.8%) en provincia (Ica y Tacna). Este hallazgo se observó también usando el SBO-2.

Al realizar un análisis bivariado, se observó una diferencia significativa entre el personal de salud que trabajaba en la capital en comparación con los que trabajaban en provincia con respecto a la presencia del SBO con ambas formas de medición. Ver Tabla 8,9.

Asimismo, en relación al miedo al COVID-19, se observó que 27 (21.9%) en la capital (Lima Metropolitana) y 26 (31.1%) en provincia (Ica y Tacna) presentaron un nivel alto de miedo al COVID-19. Y al realizar el análisis bivariado, se observó una diferencia significativa entre aquellos que trabajaban en la capital (Lima Metropolitana) en comparación a los que trabajaban en provincia (Ica y Tacna).Ver Tabla 10.

En lo que respecta a la institución se observó una diferencia significativa entre aquellos que trabajaban en el MINSA en comparación a los que trabajaban en

Essalud con respecto a la presencia del SBO en ambas formas de medición y el miedo al COVID-19. En relación a la ocupación, se observó una diferencia significativa entre aquellos que trabajaban como médicos en comparación con los que trabajan como enfermeros con respecto a la presencia del SBO en ambas formas de medición, sin embargo no fue significativo para el miedo al COVID-19. Además, se observó una diferencia significativa en ambas formas de medir el SBO con las variables de área de trabajo y edad. En cambio, con la variable “vivir con familiar” solo se halló una diferencia significativa con el SBO-2. Tabla 8,9,10

En relación a la localidad, utilizando el análisis ajustado con todas las variables significativas en el análisis bivariado (localidad, ocupación, institución, vivir con familia, área de trabajo y edad), se observó que la razón de prevalencia del SBO en aquellos que trabajaban en la capital fue 3.19 veces con respecto al grupo que trabajaba en provincia, siendo esta significativa [RP=3.19, IC95%1.80-5.65, p=0.000]. Ver Tabla 11

Asimismo, con respecto al miedo al COVID-19 (nivel medio vs. bajo) se observó que la razón de prevalencia de los que trabajaban en la capital fue 1.33 veces mayor con respecto al grupo que trabajaba en provincia, siendo esta significativa [RP=1.33; IC95% 1.00-1.76; p=0.043]. Ver Tabla 12

## V. DISCUSIÓN

La pandemia por el COVID-19 ha sido un acontecimiento significativo a nivel global y ha reflejado las deficiencias del sistema de salud de nuestro país, en la que el personal de salud realiza su labor cotidiana intentando enfrentar al COVID-19. Esta pandemia ha traído consigo no sólo contagios y pérdidas de vidas humanas, sino también un impacto en la salud mental de quienes ejercen la encomiable labor de lucha en primera línea.

En nuestro estudio encontramos la frecuencia de SBO en 28.17% de las personas encuestadas, que corresponden a un nivel alto con ambos enfoques diagnósticos utilizados.

Esto fue mayor en comparación con regiones aledañas como Colombia, Venezuela y Brasil, donde la prevalencia del SBO estaba presente entre el 20-25% en trabajadores de salud como enfermeras, médicos asistentes y médicos residentes (30,31,32). En otro estudio, Marticorena- Quevedo et al. hallaron en el 2014 una prevalencia del SBO de 2,8% en 24 provincias del Perú (33). En el año 2019, Méndez et al. identificaron una prevalencia del 33% de un nivel alto del SBO en la ciudad de Chimbote (34). En ese mismo año se publicó un estudio que encontró que el personal de salud del servicio de emergencia de un hospital de Cuzco presentaba un 10% del SBO, y que los médicos representaban la población con mayor impacto frente a enfermeros, obstetras y técnicos de enfermería (35). Además, en la ciudad de Arequipa, Muñoz et al. reportaron un 6.9% del SBO en una población que incluía médicos jefes, médicos residentes e internos de medicina (36).

El presente estudio fue realizado en el segundo semestre de la pandemia por

COVID-19 y durante el periodo pre inmunización en nuestro país, en una etapa de incertidumbre por la escasez de recursos humanos y materiales en todo el sistema de salud, lo que podría explicar la alta prevalencia de SBO.

En la literatura, existen resultados diferentes a nuestro estudio, como los encontrados por Lapulú, donde se obtuvo una prevalencia del 16.5% del SBO en una población de médicos asistentes expuestos a pacientes con COVID-19; en donde encontraron una diferencia significativa con variables como carga laboral, número de horas laborales por semana y cantidad de guardias nocturnas. (37)

De igual manera, Flores et al. identificaron una prevalencia de 3,1% del SBO, siendo la profesión médica la más afectada (38). Además, similares resultados se observaron en la ciudad del Cusco, donde Galiano et al, utilizando el SBO-2, hallaron una prevalencia de 3.8% y una tendencia a presentarla en el 95.6% (39).

El motivo de encontrar una frecuencia menor de estos estudios en relación al nuestro podría deberse a ser una población más cerrada, ya que no se tomaron en cuenta a otros profesionales de salud, como enfermeras o médicos residentes, el número de horas de guardia no incrementadas en ciertas instituciones y a la situación específica de cada lugar con respecto a la primera ola del COVID-19; ya que las condiciones fueron diversas para cada hospital. Otros estudios en Latinoamérica, como el de Vinueza et al., muestran resultados diferentes, donde el 95.4% del personal médico muestra el SBO con nivel moderado y severo, similar al 95.9% en el personal de enfermería, explicando el incremento de la frecuencia del SBO por la asociación de este con la carga horaria laboral. (25) Esto refleja que los resultados de la prevalencia del SBO en los diferentes estudios mencionados ha sido heterogéneo independientemente de la pandemia por

COVID-19.

En relación a la presencia de miedo al COVID-19, se encontraron diferentes formas de interpretación basadas en una misma escala. (29,40). En Latinoamérica, Monterrosa-Castro et al. hallaron una prevalencia de 37.1% de miedo al COVID-19, identificando que trabajar en un municipio de la capital en comparación a trabajar en un municipio fuera de la capital no era un factor de riesgo para la presencia del miedo al COVID-19 (26). Nuestros resultados no difieren mucho a los reportados durante la pandemia, tanto fuera como dentro de nuestro país, ya que encontramos un nivel alto de miedo al COVID-19 en 24.9% de profesionales y un nivel medio en 43.7% de profesionales que laboran en primera línea. Por su parte, Montoya-Morales et al. hallaron una prevalencia de miedo al COVID-19 de nivel alto en 45.6% de profesionales de primera línea en un centro de atención temporal para COVID-19 en la ciudad de Arequipa (41). Por otro lado, en Lima, Llerena et al. identificaron que 43,7% profesionales de un Hospital en Huaycán tenían “mucho miedo” al COVID-19 (42). Asimismo, Huamaccto-Caballero et al. reportaron una prevalencia de miedo al COVID-19 de nivel alto en 16 profesionales (22.9%) y un nivel medio en 52 (74.3%) (43). Por tanto, el hallazgo observado con mayor frecuencia es de un nivel medio de miedo al COVID-19, debido probablemente a que el personal de salud se encuentra constantemente expuesto al riesgo de contagio del COVID-19, lo cual repercute en su salud mental.

Por otra parte, a partir del análisis bivariado, la institución, la localidad y la ocupación fueron significativas para el SBO; dentro de ellas la variable ocupación

(médico y enfermero) fue la que tuvo hallazgos similares con otros estudios publicados como los de Méndez et al (34) y Flores et al (38).

En relación al análisis multivariado, encontramos que el personal de salud que trabajaba en la capital era un factor asociado al SBO y al miedo al COVID-19. Así, la prevalencia del SBO en el grupo que trabajaba en la capital fue 3.19 veces mayor con respecto al grupo que trabajaba en provincia [RP=3.19, IC95%1.80-5.65, p=0.000]. Y la prevalencia de miedo al COVID-19 (medio vs bajo) en el personal de salud de la capital fue 1.33 veces mayor con respecto al personal de provincia, siendo esta significativa [RP=1.33, IC95% 1.00-1.76, p=0.043]. En la literatura, no se encontraron estudios que evalúen el SBO y el miedo al COVID-19 en médicos asistentes, médicos residentes y enfermeros al mismo tiempo; sin embargo, se han publicado estudios cuya población objetivo fueron los médicos y enfermeras, como es el caso del estudio de Torrente et al, quienes recolectaron datos dos semanas después al primer pico del COVID-19 en España. En este estudio, a diferencia de nuestro análisis, se observaron asociaciones donde ser médico fue un factor asociado a tener mayor nivel del SBO (44). Asimismo, en Italia, Lasalvia et al. hallaron que ser médico residente era un factor asociado para tener un puntaje alto en las 3 dimensiones del SBO, pues aumenta la prevalencia en 2.5 veces en comparación con el grupo de enfermeras y médicos asistentes (45). En España, Rodríguez et al. encuentran una asociación entre médicos internistas y SBO, y brindan la explicación de un incremento de responsabilidad por la pandemia en estos profesionales (46). Estos resultados difieren con los resultados de nuestro estudio donde la ocupación

(médico vs. enfermero) no fue significativa en el análisis multivariado ajustado.

Por otro lado, existen estudios sobre el SBO y el lugar de trabajo (capital y provincia) en los años pre pandemia. En Japón en el 2013, Saijo et al hallaron una mayor prevalencia de SBO en las ciudades urbanas a diferencia de las pequeñas ciudades y villas; sin embargo, para medir el SBO utilizaron una versión modificada del cuestionario, basándose en 16 ítems y no en 22 como lo indica la versión clásica del cuestionario de Maslach (47).

En relación al Miedo al COVID-19, encontramos que el personal de salud que trabajaba en la capital fue el único factor asociado a tener un nivel medio de miedo al COVID-19 con respecto al nivel bajo. La razón de prevalencia del miedo al COVID-19 (nivel medio vs. bajo) en el grupo que trabajaba en la capital fue 1.33 veces mayor con respecto al grupo que trabajaba en provincia [RP=1.33; IC 95%1.00-1.76; p=0.043].

Los estudios en Latinoamérica sobre el miedo al COVID-19 tenían como objetivo reportar la frecuencia; mas no estudiar los factores asociados a ella. A nivel mundial nuestros resultados no difieren a gran escala a los hallados en el continente asiático. En Bangladesh se observó que los recursos inadecuados de equipos de protección personal (EPP), desinfectantes y entrenamiento fueron factores asociados a niveles severos y medios de miedo al COVID-19, siendo la prevalencia 1.90 veces más en comparación a la disponibilidad adecuada de estos recursos (48). Siguiendo esta línea problemática, en Australia se identificó que la reutilización de EPP era un factor asociado a niveles altos de miedo al COVID-19. (49) Esto es probable porque los recursos insuficientes, como la escasez de EPP en la atención de pacientes con COVID-19 aumentaba el riesgo de contraer dicha

enfermedad provocando una gran presión psicológica en el personal de salud de primera línea (50). Entonces, se podría presumir que como nuestro estudio se desarrolla en un mismo contexto laboral, son influidos por la gran demanda poblacional de recurso humano y material y su poca disponibilidad durante la primera ola del COVID-19.

En este sentido, tanto el SBO como el miedo al COVID-19 han demostrado traer consecuencias en distintas esferas para el personal de salud (social, laboral, familiar) pudiendo afectar incluso la calidad de atención hacia los pacientes y aumentar la tasa de errores en la práctica clínica. Es por ello que comprender y evaluar estos efectos psicológicos de la pandemia son fundamentales para la promoción y protección de la salud mental del personal de salud de primera línea; por lo que mediante distintas estrategias de soporte como el enfoque individual, organizacional y mixto se podrá salvaguardar al personal de salud (51). En una revisión sistemática se encontró que las estrategias mencionadas tienen un impacto positivo frente al estrés laboral reducen los niveles de SBO; especialmente el enfoque personalizado, utilizando intervenciones como el mindfulness, demostrando resultados estadísticamente significativos, específicamente en la reducción del agotamiento emocional y la despersonalización. (52)

Por otro lado, si bien el Ministerio de Salud (MINSA) ha dispuesto una línea de atención para el personal de salud (53), su poca difusión y/o poca efectividad podría reflejar la alta incidencia de estos trastornos psicológicos en ellos; por lo que, teniendo en cuenta los datos previos, se podrían plantear estrategias efectivas para la reducción del agotamiento laboral y el miedo al COVID-19, y, por ende,

mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el costo que supone los errores médicos.

Finalmente, esperamos que estudios futuros con un diseño analítico puedan investigar el rol de otras variables en el desarrollo de SBO y el miedo al COVID-19, no solo en el contexto de trabajo, sino también de la familia y evaluando también la presencia de trastornos psiquiátricos como la depresión y ansiedad. Nuevos estudios podrían brindarnos información esencial para poder diseñar y aplicar programas dirigidos para la protección de la salud mental del personal de salud.

Además, recomendamos realizar estudios en otras poblaciones distintas a la asistencial en las instituciones de salud, ya que la mayoría de estudios engloba sólo a médicos y enfermeras y pocas veces abarca otro tipo de personal como, por ejemplo, el administrativo.

## **VI. LIMITACIONES**

Al tener un diseño transversal no se puede estimar el riesgo del SBO y del Miedo al COVID-19, tampoco demostrar una causalidad de factores de riesgo, ya que no podemos precisar con exactitud la relación temporal entre la exposición y la enfermedad. Los resultados expuestos describen sólo lo ocurrido en un tiempo específico en una determinada población. Debido a que se estudió a una población expuesta al riesgo de contagio por COVID-19 en las instalaciones de un hospital, es posible que explique la mayor prevalencia del SBO y de Miedo al COVID-19 encontrada. Ambos factores pueden afectar la validez externa del estudio y no hacer posible generalizar estos hallazgos a otras poblaciones con diferentes características.

Por otro lado, el sesgo de memoria o de recuerdo es frecuente en este tipo de investigaciones y puede afectar la validez interna del estudio. Asimismo, el número de participantes en Lima Metropolitana, Ica y Tacna fueron diferentes, lo cual puede ser una limitante para poder realizar una comparación y un análisis más adecuado de los datos.

No se contaron con otras variables que pudieran haber sido importantes en el análisis, como antecedente de problemas de salud mental, tratamiento actual con antidepresivos o ansiolíticos, infección por COVID-19, contagio y/o pérdida de familiares o colegas por COVID-19, aislamiento de la familia, percepción de bajo apoyo de las autoridades del hospital para enfrentar la pandemia, ausencia de equipos de protección personal, etc. Finalmente, el alcance al sistema EsSalud fue limitado en dos hospitales objetivos (Tacna y Lima), como se ve en la proporción que respondieron la encuesta en esa institución.

## **VII. CONCLUSIONES**

Un grado alto del SBO ocurrió en la primera ola de la pandemia por COVID-19 en algunos médicos asistentes, médicos residentes y enfermeros que trabajaban en primera línea en Lima Metropolitana, Ica y Tacna; mientras que el miedo al COVID-19 ocurrió en un nivel medio en la mayoría de esta población.

El análisis multivariado evidenció que el trabajar en la capital durante la pandemia fue un factor relacionado a una mayor prevalencia del SBO y al Miedo al COVID-19.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet] who.it: actualizado 30 de julio de 2020. Disponible en : <https://www.who.int>
2. Burki T. COVID-19 in Latin America. Lancet Infect Dis. 2020 May;20(5):547-548.
3. Ministerio de Salud. Alerta Epidemiológica Código: AE-019-2020. Disponible en: <https://www.gob.pe>
4. Gardner,L.Mapping COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) systems.jhu.edu. Actualizado 8 de agosto de 2020. *Disponible en:* <https://coronavirus.jhu.edu>
5. Ministerio de Salud. Minsa: Comunicado N°200 [Internet] gob.pe: 8 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe>
6. Rivas.A. El país supera la cifra de 100 médicos fallecidos a causa del COVID-19. Colegio médico del Perú [Internet]. 28 de Julio de 2020. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe>
7. Colegio de Enfermeros del Perú. Homenaje a nuestros héroes y heroínas del Colegio de Enfermeros del Perú. 2020. Última fecha de acceso: 15 de julio de 2020. Disponible en <https://www.facebook.com/cep.org.pe/>.
8. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. Rev Bras Enferm. 2020;73 Suppl 2:e20200434
9. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of

- psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:11-17.
10. Teng Z, Wei Z, Qiu Y, et al. Psychological status and fatigue of frontline staff two months after the COVID-19 pandemic outbreak in China: A cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2020 Oct 1;275:247-252.
  11. Freudenberger, H.J. (1974), Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165.
  12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
  13. Patel RS, Bachu R, Adikey A, et al. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)*. 2018 Oct 25;8(11):98.
  14. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, et al. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus*. 2020 Apr 4;12(4):e7538.
  15. Buchbinder SB, Wilson M, Melick CF, et al. Estimates of costs of primary care physician turnover. *Am J Manag Care*. 1999 Nov;5(11):1431-8.
  16. Bhattacharjee B, Acharya T. "The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA - A Review with Some Coping Strategies". *Psychiatr Q*. 2020 Dec;91(4):1135-1145.
  17. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, et al. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Mar 27:1-9.

18. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, et al. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict*. 2022;20(1):249-262.
19. Wu Y, Wang J, Luo C, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jul;60(1):e60-e65.
20. Alharbi J, Jackson D, Usher K. The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *J Clin Nurs*. 2020 Aug;29(15-16):2762-2764.
21. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020 Aug;290:113129.
22. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020 Nov;144:109972.
23. Morgantini LA, Naha U, Wang H, et al. Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *medRxiv [Preprint]*. *PLoS One*. 2020 Sep 3;15(9):e0238217.
24. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112936.
25. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, et al.

- Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic [Internet]. SciELO Preprints. 2020 [cited 2022 May 16]. Available from: <https://preprints.scielo.org>
26. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, et al. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020;23(2): 195-213.
  27. Gil P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología* 1999, vol. 15(2): 261-268.
  28. Sarriá C., García P. y Llaja V. Mbi Inventario Burnout De Maslach & Jackson, Muestra peruana. Lima, Perú.2007.
  29. Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, et al. Gender and Fear of COVID-19 in a Cuban Population Sample. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Jun 12:1-9.
  30. Grisales H, Muñoz Y, , Osorio D, et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enferm. glob*. [Internet]. 2016 Ene [citado 2022 Mayo 17] ; 15(41):244-257. Disponible en:<http://scielo.isciii.es>
  31. Lugo J. Síndrome de Burnout: factores asociados en médicos de un hospital tipo III/Burnout syndrome: associated factors in physicians of a type III hospital. *Rev Dig Post* 2019; 8(1):158.
  32. Silva D, Mercedes M, Souza M, et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais em saúde.*Rev Enferm UERJ* 2019;27: e43737.

33. Maticorena-Quevedo Jesús, Beas Renato, Anduaga-Beramendi Alexander, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2016 Abr; 33( 2 ): 241-247.
34. Yslado R, Norabuena R, Loli P, et al . Síndrome de burnout y la satisfacción laboral en profesionales de la salud. Horiz. Med. 2019 Oct; 19( 4 ): 41-49.
35. Sarmiento Valverde Georgina Silvia. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. Horiz. Med. 2019 Ene;19(1):67-72.
36. Muñoz-del-Carpio Toya Agueda, Arias Gallegos Walter L., Caycho-Rodríguez Tomás. Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2019 Jun; 57( 2 ): 139-148.
37. Lapulú S. Síndrome de Burnout en médicos asistentes que laboran en hospitales de contingencia COVID-19 Piura. Perú durante el período 2021. Mayo 2021. Univ. Nac. Piura. Disponible en :<https://repositorio.unp.edu.pe>
38. Flores H, Muñoz D. Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de primera línea contra la pandemia de COVID-19 en un hospital III de Lima. 2021. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe>
39. Galiano Z. Estrés laboral y Síndrome de Burnout en el personal de salud del hospital Antonio Lorena durante la pandemia por COVID-19. Cusco, 2021. Univ. Nac. San Antonio Abad del Cusco. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe>
40. Ali WW, Malik A, Basray R, Haq W, Malik MW, Ranjha MA, et al. Assessment of COVID-19 linked fear perception in the community of

Pakistan, 1 June to 31 July 2020. *Global Biosecurity*. 2021;3(1)

41. Montoya E. Factores asociados al miedo frente al COVID-19 en personal que labora en el centro de atención temporal covid y el área de triaje del hospital Goyeneche. Arequipa, 2021. Univ. Nac. San Agustín de Arequipa. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe>
42. Llerena Torrejón AA, López Condori OE. Medidas de bioseguridad y miedo a la COVID-19 asociado a calidad de vida en el trabajo en personal asistencial de salud de un hospital. *RMB*. 20 de enero de 2022;15(4):16-2.
43. Huamaccto Caballero YC. Miedo y ansiedad por coronavirus en personal de central de esterilización de un hospital de Lima. *Cuidado y Salud Pública*. 30 de junio de 2021;1(1):3-10.
44. Torrente M, Sousa PA, Sánchez-Ramos A, et al. To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ Open*. 2021;11(2):e044945.
45. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*. 2021;11(1):e045127.
46. Macía C, Alexandre de Oña Á, Martín D, et al. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2021 Feb 11;11(2): e042966.
47. Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, et al. Job stress and burnout among urban and rural hospital physicians in Japan. *Aust J Rural Health*. 2013;21(4):225-231.

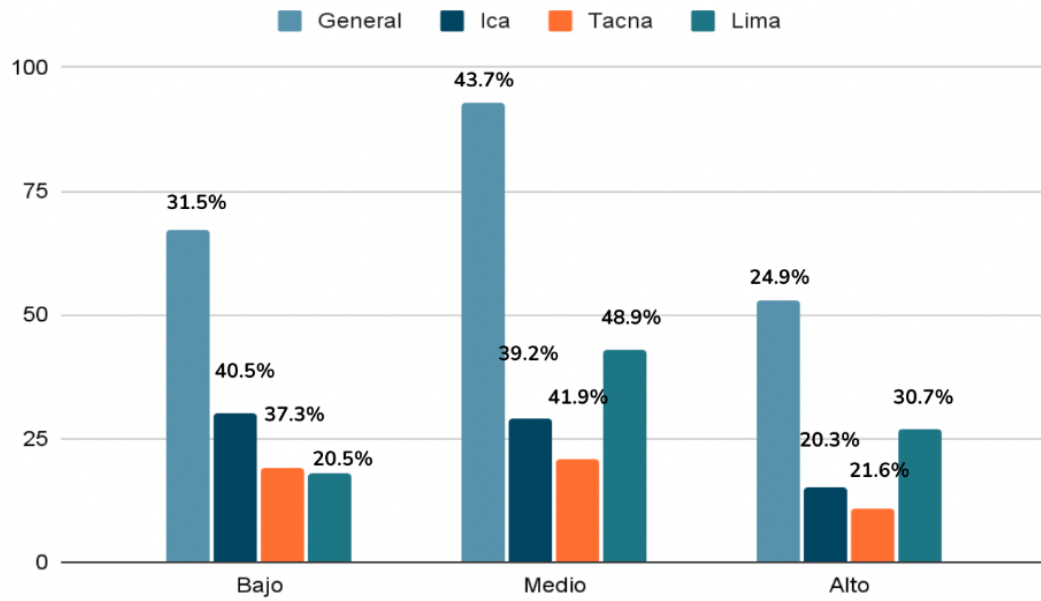
48. Sakib N, Akter T, Zohra F, *et al.* Fear of COVID-19 and Depression: A Comparative Study Among the General Population and Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic Crisis in Bangladesh. *International Journal of Mental Health and Addiction*.2021.
49. Aziz M, Hoque N, Alif S, *et al.* Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and health* vol. 16,1 95.
50. Labrague L, A de los Santos J. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J Nurs. Manag*.2021;29:395–403.
51. Aryankhesal A, Mohammadibakhsh R, Hamidi Y, *et al.* Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2019 (31 Jul);33:77.
52. Jiménez A.- Rodríguez L.Niveles de resiliencia y miedo al Covid-19 en personal médico. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2021 (Tesis de Grado) Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec>
53. Minsa. Guía Técnica de Salud Mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19.2020. 36p. pp16. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe>

## IX. TABLAS

**Tabla 1. Distribución de los participantes según las características sociodemográficas**

Sociodemográficas			Características profesionales		
<b>Género</b>	n	%	<b>Ocupación</b>	n	%
Masculino	57	26.76	Médico asistente	72	33.80
Femenino	156	73.24	Médico residente	25	11.74
			Enfermero(a)	116	54.46
<b>Edad (intervalo)</b>			<b>Hospital de trabajo</b>		
23-34	92	43.19	EsSalud	38	17.84
35-44	80	37.56	MINSA	175	82.16
45-54	37	17.37			
55-64	4	1.88			
<b>Estado civil</b>			<b>Área de servicio</b>		
Soltero	126	59.16	Emergencia	50	23.47
Casado	79	37.09	Hospitalización	90	42.25
Divorciado	7	3.29	UCI	73	34.27
Viudo	1	0.47			
<b>Región</b>			<b>EN PANDEMIA VIVE CON FAMILIA</b>		
Lima	88	41.31	Si	163	76.53
Ica	74	34.74	No	50	23.47
Tacna	51	23.94			
			<b>Horas/semana en área COVID</b>		
			12-48h	117	54.93
			48-72h	73	34.27
			72-96h	13	6.10
			>96h	10	4.69
			<b>Horas/semana en área NO COVID</b>		
			12-48h	108	50.70
			48-72h	63	29.58
			72-96h	11	5.16
			>96h	12	5.63
			no registra	19	8.92

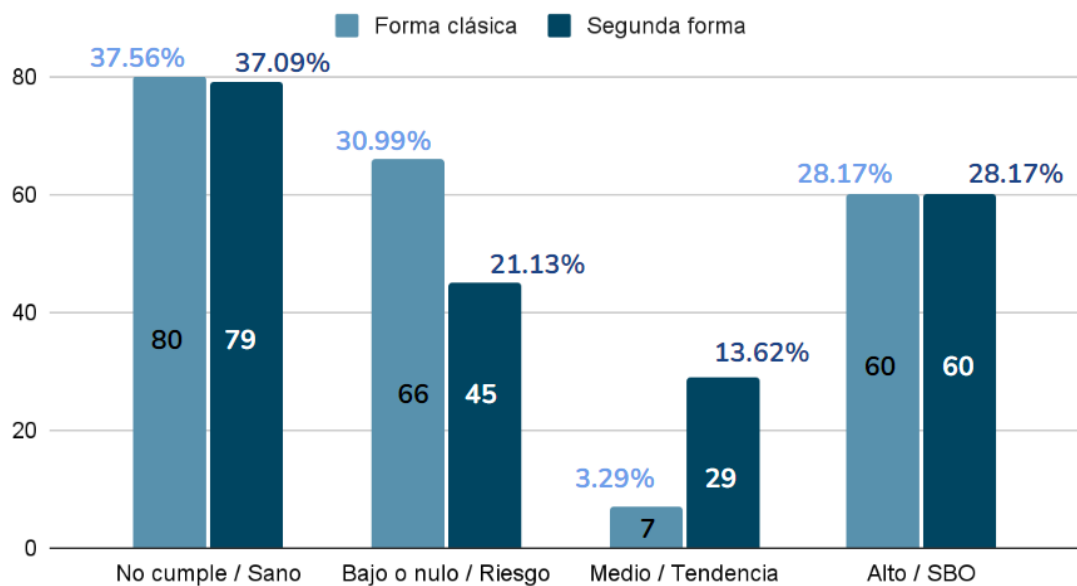
**Gráfico 1. Miedo al COVID-19 General y por Localidad**



**Tabla 2. Nivel de Miedo al COVID-19 por Profesión**

Miedo a COVID-19	Medico asistente (72)		Medico residente (25)		Enfermero (116)	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	21	29.17	2	8	44	37.93
Medio	32	44.44	15	60	46	39.66
Alto	19	26.39	8	32	26	22.41

**Gráfico 2. SBO-1 y SBO-2 en toda la población**



**Tabla 3. Dimensiones del Síndrome de Burnout en toda la población**

Dimensiones en toda la población		
<i>Cansancio emocional</i>	n	%
Alto	87	40.85
Medio	32	15.02
Bajo	94	44.13
<i>Despersonalización</i>		
Alto	87	40.85
Medio	52	24.41
Bajo	74	34.74
<i>Realización personal</i>		
Alto	41	19.25
Medio	50	23.47
Bajo	122	57.28

**Tabla 4. Nivel de SBO-1 por Localidad**

SBO-1	Lima (88)		Tacna (51)		Ica (74)	
	n	%	n	%	n	%
No cumple (0)	41	46.59	38	74.51	1	1.35
Bajo o nulo (1)	3	3.41	8	15.69	55	74.32
Medio (2)	0	0	0	0	7	9.46
Alto (3)	44	50	5	9.8	11	14.86

**Tabla 5. Nivel de SBO-1 por Profesión**

SBO-1	Medico asistente (72)		Medico residente (25)		Enfermero (116)	
	n	%	n	%	n	%
No cumple (0)	19	26.39	10	40	51	43.97
Bajo o nulo (1)	23	31.94	2	8	41	35.34
Medio (2)	4	5.56	0	0	3	2.59
Alto (3)	26	36.11	13	52	21	18.10

**Tabla 6. Nivel de SBO-2 por Localidad**

SBO-2	Lima (88)		Tacna (51)		Ica (74)	
	n	%	n	%	n	%
Sano	7	7.95	28	54.9	44	59.46
Riesgo	19	21.59	12	23.53	14	18.92
Tendencia	18	20.45	6	11.76	5	6.76
S. burnout	44	50	5	9.8	11	14.86

**Tabla 7. Nivel de SBO-2 por Profesión**

SBO-2	Medico asistente (72)		Medico residente (25)		Enfermero (116)	
	n	%	n	%	n	%
Sano	17	26.39	2	12	60	19.83
Riesgo	19	23.61	3	8	23	51.72
Tendencia	10	13.89	7	28	12	10.34
S. burnout	26	36.11	13	52	21	18.10

**Tabla 8. Análisis bivariado SBO-1**

Variables	Categorías	SBO-1				P
		No cumple	Bajo/nulo	Medio	Alto	
Localidad	Provincia	39	63	7	16	<b>0.000</b>
	Capital	41	3	0	44	
Ocupación	Médicos	29	25	4	39	<b>0.002</b>
	Enfermeros	51	41	3	21	
Institución	MINSA	80	33	5	57	<b>0.000</b>
	EsSALUD	0	33	2	3	
Vivir con familia	Sí	65	52	6	40	0.190
	No	15	14	1	20	
Area de trabajo	Emergencia	17	8	0	25	<b>0.000</b>
	Hospitalización	48	21	3	18	
	UCI	15	37	4	17	
	23-34	25	40	4	23	
Edad	35-44	34	18	2	26	<b>0.034</b>
	45-54	18	7	1	11	
	55-64	3	1	0	0	

**Tabla 9. Análisis bivariado SBO-2**

Variables	Categorías	SBO-2				P
		Sano	Riesgo	Tendencia	Burnout	
Localidad	Provincia	72	26	11	16	<b>0.000</b>
	Capital	7	19	18	44	
Ocupación	Médicos	19	22	17	39	<b>0.000</b>
	Enfermeros	60	23	12	21	
Institución	MINSA	48	42	28	57	<b>0.000</b>
	EsSALUD	31	3	1	3	
Vivir con familia	Sí	67	38	18	40	<b>0.011</b>
	No	12	7	11	20	
Area de trabajo	Emergencia	10	7	8	25	<b>0.005</b>
	Hospitalización	37	22	13	18	
	UCI	32	16	8	17	
	23-34	45	12	12	23	
Edad	35-44	23	20	11	26	<b>0.007</b>
	45-54	7	13	6	11	
	55-64	4	0	0	0	

**Tabla 10. Análisis bivariado Miedo al COVID-19**

Variables	Categorías	Miedo a COVID-19			P
		Bajo	Medio	Alto	
Localidad	Provincia	49	50	26	<b>0.013</b>
	Capital	18	43	27	
Ocupación	Médicos	23	47	27	0.084
	Enfermeros	44	46	26	
Institución	MINSA	48	81	46	<b>0.025</b>
	EsSALUD	19	12	7	
Vivir con familia	Si	54	70	39	0.620
	No	13	23	14	
Area de trabajo	Emergencia	13	21	16	0.519
	Hospitalización	33	37	20	
	UCI	21	35	17	
Edad	23-34	30	39	23	0.996
	35-44	26	35	19	
	45-54	10	17	10	
	55-64	1	2	1	

**Tabla 11. Análisis multivariado: Factores asociados al desarrollo de Síndrome de Burnout**

	RP crudo	(IC 95%)	p	RP ajustado	(IC 95%)	p
Capital vs Provincia	3.90	2.35 - 6.46	0.000	3.19	1.80 - 5.65	<b>0.000</b>
Minsa vs EsSalud	4.12	1.36 - 12.5	0.012	1.48	0.43 - 5.08	0.524
Médico vs enfermero	2.22	1.40 - 3.51	0.001	1.60	0.99 - 2.59	0.052
Vivir con familia	1.63	1.05 - 2.51	0.027	1.14	0.76 - 1.71	0.512
Área de trabajo	0.65	0.48 - 0.88	0.006	0.87	0.62 - 1.20	0.405
Edad	1.03	0.80 - 1.33	0.802	0.88	0.66 - 1.17	0.394

Se realizó el análisis ajustado con las variables: localidad, ocupación, institución, vivir con familia, área de trabajo y edad.

**Tabla 12. Análisis multivariado: Factores asociados al desarrollo de miedo al COVID-19**

	RP crudo	(IC 95%)	p	RP ajustado	(IC 95%)	p
<b>Alto vs Bajo</b>						
Capital vs Provincia	1.73	1.16-2.56	0.006	1.53	0.98 - 2.40	0.057
Minsa vs EsSalud	1.81	0.93 - 3.54	0.080	1.36	0.62 - 2.97	0.441
Médico vs enfermero	1.45	0.97 - 2.16	0.066	1.26	0.83 - 1.89	0.264
Vivir con familia	1.23	0.79 - 1.91	0.341	1.09	0.70 - 1.70	0.682
Área de trabajo	0.90	0.68 - 1.18	0.467	1.06	0.78 - 1.43	0.704
Edad	1.05	0.82 - 1.35	0.670	0.96	0.73 - 1.26	0.779
<b>Alto vs Medio</b>						
Capital vs Provincia	1.12	0.73 - 1.73	0.585	1.11	0.67 - 1.83	0.668
Minsa vs EsSalud	0.98	0.52 - 1.85	0.958	0.89	0.42 - 1.86	0.761
Médico vs enfermero	1.01	0.65 - 1.55	0.963	0.99	0.61 - 1.61	0.989
Vivir con familia	1.05	0.65 - 1.71	0.821	1.01	0.60 - 1.69	0.958
Área de trabajo	0.87	0.65 - 1.14	0.325	0.87	0.65 - 1.17	0.381
Edad	0.98	0.75 - 1.29	0.920	0.99	0.74 - 1.33	0.98
<b>Medio vs Bajo</b>						
Capital vs Provincia	1.39	1.08 - 1.80	0.010	1.33	1.00 - 1.76	<b>0.043</b>
Minsa vs EsSalud	1.62	1.02 - 2.57	0.041	1.43	0.84 - 2.43	0.176
Médico vs enfermero	1.31	1.01 - 1.70	0.040	1.17	0.89 - 1.53	0.251
Vivir con familia	1.13	0.84 - 1.51	0.405	1.03	0.77 - 1.38	0.801
Área de trabajo	1.02	0.85 - 1.22	0.791	1.14	0.94 - 1.38	0.174
Edad	1.05	0.89 - 1.23	0.545	0.93	0.77 - 1.12	0.471

Se realizó el análisis ajustado con las variables: localidad, ocupación, institución, vivir con familia, área de trabajo y edad.