

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

ESCUELA DE POSGRADO



**SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS
PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCION DE REDES
INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN
TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 – LIMA
2021**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN:
SALUD PÚBLICA**

**PRESENTADO POR LOS BACHILLERES
GALLO REJAS, ROBERTO ELEUTERIO
HUAMAN HUAROTO, JAHAIRA BRIGITTE**

LIMA – PERÚ

2022

**SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS
PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCION DE REDES
INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN
TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19**

LIMA – 2021

ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR

DR. MAURICIO GREGORIO MAMANI MENDIVIL

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY

Presidente

Dra. MARÍA VICTORIA LIZARBE CASTRO

Secretaria

Mg. MARIO EDGAR RIOS BARRIENTOS

Vocal

DEDICATORIA

A nuestros padres, por todos sus desvelos, esfuerzos y entrega, inspiraciones de vida.

A nuestras familias, por la comprensión y apoyo.

A María Fernanda, mi motivo de superación.

A Liz y Ángel, el esfuerzo es por y para ustedes

AGRADECIMIENTO

A nuestro asesor, profesores, compañeros y amigos, cuyo constante apoyo y estímulo facilitaron alcanzar el objetivo trazado.

ÍNDICE

Portada	I
Título	II
Asesor y miembros del jurado	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice	VI
Informe de antiplagio	X
Resumen	
Abstract	XIII
Introducción	XIV
Capítulo I. Planteamiento de problema	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.1.1 Formulación del problema	1
1.1.2 Problema general	4
1.1.3 Problemas específicos.....	4
1.2 Objetivos de la investigación.....	5
1.2.1 Objetivo general	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
1.3 Justificación e importancia.....	6
1.3.1 Justificación.....	6
1.3.2 Importancia.....	8
1.4 Limitación del estudio	8
1.5 Delimitación del estudio	9
Capítulo II. Marco teórico	11
2.1 Antecedentes de la investigación.....	11
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	11
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	16

2.2	Marco legal	18
2.2.1	Marco legal nacional.....	18
2.2.2	Marco legal internacional.....	20
2.3	Bases teóricas	20
2.3.1	Síndrome de burnout	20
2.3.1.1	Definición	20
2.3.1.2	Dimensiones o componentes del Síndrome de Burnout	22
2.3.1.3	Clínica del síndrome de burnout.....	22
2.3.1.4	Niveles de síndrome de burnout.....	23
2.3.1.5	Fases del síndrome de burnout	23
2.3.1.6	Instrumento de medición de burnout	24
2.3.1.6.1	Maslach burnout inventory	24
2.3.1.6.2	Rangos de medida de la escala	24
2.3.1.6.3	Cálculo de puntuaciones	25
2.3.1.6.4	Valores de referencia	25
2.3.2	Calidad de vida.....	26
2.3.2.1	Definición de calidad de vida.....	26
2.3.2.2	Áreas de calidad de vida	26
2.3.2.3	Dimensiones e indicadores de calidad de vida	27
2.3.2.4	Instrumento de medición calidad de vida.....	28
2.3.2.4.1	Puntuación.....	29
2.3.3	Trabajo remoto	29
2.3.3.1	Definición de trabajo remoto.....	29
2.3.3.2	A quienes aplica el trabajo remoto	30
2.3.3.3	Beneficios del teletrabajo	31
2.3.3.3.1	Ventajas para el empleado.....	31
2.3.3.3.2	Desventajas para el empleado	31
2.3.3.3.3	Ventajas para la empresa	32
2.4	Marco conceptual	33
2.5	Formulación de la hipótesis	34
2.5.1	Hipótesis general.....	34

2.5.2	Hipótesis específicas	34
2.5.2.1	Hipótesis específica 1	34
2.5.2.2	Hipótesis específica 2	35
2.5.2.3	Hipótesis específica 3	35
2.6	Identificación y operacionalización de las variables	35
2.6.1	Definición conceptual de las variables	35
2.6.2	Definición operacional	36
2.6.2.1	Variable 1: síndrome de burnout	36
2.6.2.2	Variable 2: calidad de vida	36
2.7	Operacionalización de variables	37
	Operacionalización de la variable 1: Síndrome de Burnout	37
	Operacionalización de la variable 2: Calidad de vida.....	39
	Capítulo III: Metodología	41
3.1.	Diseño metodológico	41
3.1.1.	Tipo de investigación	41
3.1.2.	Nivel de investigación	41
3.1.3.	Diseño	41
3.1.4.	Método	41
3.2.	Población y muestra	42
3.2.1.	Población	42
3.2.2.	Muestra	42
3.3.	Criterios de selección.....	42
3.3.1.	Criterios de inclusión	42
3.3.2.	Criterios de exclusión	43
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
3.4.1.	Técnicas.....	43
3.4.2.	Instrumentos.....	43
3.5.	Técnicas para el procesamiento de la información	44
3.6.	Aspectos éticos.....	44
	Capítulo IV: Resultados.....	46
4.1.	Resultados.....	46

4.1.1.	Características de la población.....	46
4.1.2.	Análisis de las variables	52
4.1.3.	Contrastación de hipótesis	56
4.1.3.1.	Hipótesis general.....	56
4.1.3.2.	Hipótesis específica 1	59
4.1.3.3.	Hipótesis específica 2	62
4.1.3.4.	Hipótesis específica 3	65
Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones		69
5.1.	Discusión	69
5.2.	Conclusiones	74
5.3.	Recomendaciones	74



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
ESCUELA DE POSGRADO**

INFORME DE VERIFICACIÓN DE SOFTWARE ANTIPLAGIO

FECHA:23/11/2022

NOMBRE DE LOS AUTORES (A) Roberto Eleuterio Gallo Rejas / Jahaira Brigitte Huaman Huaroto / **ASESOR (A):** Cesar Bonilla Asalde

TIPO DE PROINVESTIGACIÓN:

- PROYECTO ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (X)
- TESIS ()
- TRABAJO ACADÉMICO ()
- ARTICULO CIENTIFICO ()
- OTROS ()

INFORMO SER PROPIETARIO (A) DE LA INVESTIGACIÓN VERIFICADA POR EL SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN, EL MISMO TIENE EL SIGUIENTE TÍTULO: ---
“SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 – LIMA 202” _____

CULMINADA LA VERIFICACIÓN SE OBTUVO EL SIGUIENTE PORCENTAJE: 4 %

Conformidad Autor:



Conformidad Autor:



Nombre: Roberto Eleuterio Gallo Rejas
DNI: 08542067
Huella:

Nombre: Jahaira Brigitte Huaman Huaroto
DNI: 73194163
Huella:





Conformidad Asesor:

Nombre: Oriana Rivera Lozada De Bonilla
DNI:

Document Information

Analyzed document	TESIS FINAL GALLO-HUAMAN.docx (D150712769)
Submitted	2022-11-23 16:41:00
Submitted by	UNIVERSIDAD
Submitter email	chris.albino@upsjb.edu.pe
Similarity	4%
Analysis address	chris.albino.upsjb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	<p>Universidad Privada San Juan Bautista / . ROBERTO GALLO REJAS JAHAIIRA HUAMAN HUAROTO.docx</p> <p>Document . ROBERTO GALLO REJAS JAHAIIRA HUAMAN HUAROTO.docx (D107398036)</p> <p>Submitted by: oriana.rivera@upsjb.edu.pe</p> <p>Receiver: oriana.rivera.upsjb@analysis.orkund.com</p>		6
W	<p>URL: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7339/Relacion_TorresMalla_Alvaro...</p> <p>Fetches: 2021-11-07 20:51:53</p>		1
W	<p>URL: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11684</p> <p>Fetches: 2022-11-23 16:43:00</p>		1
SA	<p>3. LXXIII - JARA - MANCHA - MENDOZA.docx</p> <p>Document 3. LXXIII - JARA - MANCHA - MENDOZA.docx (D111113819)</p>		1

Entire Document

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
 ESCUELA DE POSGRADO
 SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 – LIMA 2021
 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN: SALUD PÚBLICA
 PRESENTADO POR LOS BACHILLERES GALLO REJAS, ROBERTO ELEUTERIO HUAMÁN HUAROTO, JAHAIIRA BRIGITTE
 LIMA – PERÚ 2022
 SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 LIMA – 2021
 ASESORES Y MIEMBROS DEL JURADO
 ASESOR Dr. Mauricio Gregorio Mamani Mendivil
 MIEMBROS DEL JURADO
 Dr.
 Glenn Alberto Lozano Zanelly Presidente
 Dra. Maria Victoria Lizarbe Castro Secretaria
 Mg. Mario Edgar Rios Barrantes Vocal
 DEDICATORIA:
 A nuestros padres, por todos sus desvelos, esfuerzos y entrega, inspiraciones de vida.
 A nuestras familias, por la comprensión y apoyo.
 A María Fernanda, mi motivo de superación.
 A Liz y Ángel, el esfuerzo es por y para ustedes
 AGRADECIMIENTO:
 A nuestro asesor, profesores, compañeros y amigos, cuyo constante apoyo y estímulo facilitaron alcanzar el objetivo trazado.
 ÍNDICE Portada I Título II Asesor y miembros del jurado III Dedicatoria IV Agradecimiento V Índice VI Resumen X Abstract XI Introducción XII
 Capítulo I.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, que realizaron trabajo remoto en el contexto del COVID19.

Tipo y diseño: Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo de nivel correlacional, de diseño no experimental, que metodológicamente correspondió a una investigación hipotético – deductivo. 139 profesionales de la salud participaron en la investigación, aplicándose los cuestionarios de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el WHOQOL-BREF para la recolección de los datos.

Resultados: Se encontró que el 37,4% de la población presentó un alto indicio de Síndrome de Burnout, con una correlación significativa negativa moderada entre éste y la calidad de vida (Rho de Spearman de -0,453 y un p-valor de <0,001). Se halló asimismo, correlaciones estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional y calidad de vida (Rho de Spearman -0,477), despersonalización y calidad de vida (Rho de Spearman -0,351), realización personal y calidad de vida (Rho de Spearman 0,257).

Conclusiones: Encontramos que el Síndrome de Burnout se relaciona significativamente con la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, que realizaron trabajo remoto en el contexto del COVID19, y que el trabajo remoto fue determinante del Síndrome de Burnout.

Palabras claves: *Síndrome de Burnout, calidad de vida, COVID19, trabajo remoto.*

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between Burnout Syndrome and the quality of life of health professionals from the Directorate of Integrated Health Networks Lima Sur, who carried out remote work within the context of COVID19. Type and design: An applied research was developed with a quantitative approach at a correlational level, and non-experimental design, which methodologically corresponded to a hypothetical-deductive investigation. 139 health professionals participated in the research, applying the Maslach Burnout Inventory (MBI) and WHOQOL-BREF questionnaires for data collection. Results: It was found that 37.4% of the population showed a high indication of Burnout Syndrome, with a moderate negative significant correlation between this latter and quality of life (Spearman's Rho of -0.453 and a p-value of . Likewise, statistically significant correlations were found between emotional exhaustion and quality of life (Spearman's Rho -0.477), depersonalization and quality of life (Spearman's Rho - 0.351), personal fulfillment and quality of life (Spearman's Rho 0.257). Conclusions: We found that the Burnout Syndrome is significantly related to the quality of life of the health professionals of the Directorate of Integrated Health Networks Lima Sur, who carried out remote work within the context of COVID19, and that remote work was a determinant in the Burnout Syndrome.

Key words: Burnout syndrome, quality of life, COVID19, remote work

INTRODUCCIÓN

La aparición y el incremento del nuevo coronavirus (SARS-CoV2), agente etiológico de la actual pandemia COVID19 que vive el mundo, llevó a adoptar drásticas pero necesarias medidas para disminuir su propagación: cierre de fronteras, suspensión de labores productivas y académicas, amén de otras que involucraban protección y distanciamiento social. En el Perú, los servicios de salud públicos entre otros fueron restringidos y los profesionales de la salud por cuestiones de salud o comorbilidad inician atenciones bajo la modalidad de trabajo remoto; situación que podría estar condicionando la aparición del denominado Síndrome de Burnout con el consecuente trastorno en la calidad de vida de estos.

Se plantea la presente investigación con el propósito de identificar la relación entre el Síndrome de Burnout y calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizaban trabajo remoto en el contexto del COVID19.

En el capítulo I se describe la realidad y se plantea el problema, señalándose el objetivo a alcanzar, la justificación e importancia de la investigación, capítulo II, el marco teórico, se realiza una revisión sobre el Síndrome de Burnout, sus dimensiones, clínica e instrumento de medición (Maslach Burnout Inventory). Una revisión semejante sobre la calidad de vida, sus connotaciones, así como el instrumento utilizado para su evaluación (WHOQOL-BREF) son examinados en éste mismo acápite; que incluyen una respecto del trabajo remoto. Se plantea las hipótesis (general y específicas); se identifica y operacionalizan las variables sujetas a medición. Capítulo III está dedicado al diseño metodológico y sus elementos considerados en la presente investigación, capítulo IV se presenta los resultados y análisis de las variables de interés de los mismos, utilizando la estadística descriptiva e inferencial, capítulo V discusión, conclusiones y recomendaciones que contribuya al desarrollo de la sociedad.

Capítulo I. Planteamiento de problema

1.1 Descripción de la realidad problemática

1.1.1 Formulación del problema

La aparición del nuevo coronavirus (SARS-CoV2) en el mundo y su rápida expansión, llevó a que la Organización Mundial de Salud (OMS) caracterizara al COVID19 como una pandemia (1). Esta declaratoria sanitaria de impacto mundial, conllevó a que muchos países reforzaran acciones ya iniciadas para disminuir en lo posible, la transmisión viral: cierre de fronteras, suspensión de clases, cierre de negocios y otras medidas que involucraran un distanciamiento social (2).

Sin embargo, las implementaciones de estas medidas no sólo acarrearían un costo social, sino que también, un enorme impacto económico; así la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), señalaba que el crecimiento económico mundial se vería disminuido en 0,5% (3). Para junio del 2020 el Banco Mundial (BM) vaticinaba una contracción de la economía mundial, que podría llegar a un 5,2 %, señalando que esta cifra podría llegar a 7,2% en los países de América Latina y el Caribe (4).

En este contexto, el trabajo a distancia (teletrabajo) adquiere vigencia como de herramienta importante para garantizar la continuidad operativa de muchas actividades, entre ellas, las actividades relacionadas con las de la salud (5).

El trabajo remoto no es algo nuevo, en América Latina se implementó hacia el año 2000 en Argentina como respuesta a la crisis de desempleo que enfrentó la nación hermana; nace como nueva forma de organización laboral que a su vez ayudaba a disminuir los costos en las empresas y fomentar el empleo (6).

En Colombia durante el año 2008, mediante Ley N° 1221, se inicia el trabajo remoto, definiéndosele como “Una forma de organización laboral, que consiste en el desempeño de actividades remuneradas o prestación de servicios a terceros en los que se utilizan como soportes las tecnologías de información y

comunicación (TIC) para el contacto entre el trabajador y la empresa, sin requerirse la presencia física del trabajador en un sitio específico de trabajo" (7)

En el año 2016 en España, se firma el plan "Concilia" con el objetivo de mejorar el bienestar laboral, personal y familiar de los trabajadores, además de regular el trabajo remoto (8).

En el Perú, el 15 de mayo del año 2013 se promulgó la Ley N°30036 que regulaba el trabajo remoto a través de medios informáticos, norma legal que lo caracteriza como: "El desempeño subordinado de labores sin presencia física del trabajador denominado, tele-trabajador en la empresa con la que mantiene vínculo laboral, a través de medios informáticos de telecomunicaciones y análogos, mediante los cuales se ejerce a su vez el control y supervisión de las labores" (9).

Sobre el particular, la filial de la empresa consultora Pricewaterhouse Coopers (PwC) en nuestro país, señalaba que en el Perú "El 48% de las empresas han habilitado el trabajo remoto, el 23% aún no lo ha realizado y el 29% se encuentra en vías de realización". La habilitación del trabajo requiere de la alineación de la fuerza laboral al entorno actual lo cual está siendo cumplido por el 54% de las empresas, el 31% lo hecho parcialmente y 15% no lo ha realizado (10).

El personal de salud dedicado a realizar actividades remotas en el Perú es aquella que por cuestiones de edad o por convivir con alguna comorbilidad en particular, fueron catalogadas como "personal de riesgo para enfermar o morir por COVID-19". En este contexto, el numeral 7.2. del Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Personas Afectadas por COVID-19 en el Perú, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 193-2020/MINSA, califica como tales a las personas mayores de 60 años y los que presentan comorbilidades como: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, asma, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia renal crónica, enfermedad o tratamiento inmunosupresor. (11)

Este grupo de profesionales realizan teletrabajo direccionado a la atención de las personas afectadas por COVID-19, así como a la población en general, aquejada por patologías agudas o crónicas. El teletrabajo implica: actividades

de orientación, monitoreo, consultas, terapias, coordinaciones, generación de reportes y enlace con otros niveles y grupos profesionales; actividades que posiblemente podrían haber impactado en la calidad de vida de estos.

El Síndrome de Burnout, también conocido como “Síndrome del trabajador quemado”, es un síndrome considerado como una situación asociada a exceso de carga laboral o al desempleo; declarado en el año 2000 por la OMS como un factor de riesgo laboral, por su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso poner en riesgo la vida de los afectados (12).

El Síndrome Burnout presenta 3 dimensiones que incluyen: el agotamiento emocional, la despersonalización y realización personal; dimensiones que son trastocadas en entornos de estrés laboral continuo (13).

De otro lado, la calidad de vida profesional es definida como la satisfacción que percibe un colaborador, producto del equilibrio entre las exigencias a las que es sometido y las capacidades psicológicas, organizacionales y relacionales con las que cuenta, para afrontar las mismas. Esta percepción es influenciada por situaciones personales, familiares, laborales, de reconocimiento, del ambiente laboral, etc. (14)

En este marco de consideraciones y en el contexto de que el trabajo remoto es una nueva modalidad laboral, para un grupo de profesionales de la salud, mediante el cual desarrollan actividades de su quehacer diario, podría estar generando un nivel no conocido de exigencias y por ende, un aumento de la tensión laboral, afectando la salud psicológica y la calidad de vida, por lo que resulta necesario realizar intervenciones con la finalidad de sugerir cambios que mejoren el bienestar y satisfacción laboral.

Tanto, el bienestar de los profesionales de salud y la satisfacción con el trabajo que desarrollan, se asocian al Síndrome de Burnout y la calidad de vida profesional, ambos constructos miden componentes que se encuentran fuertemente vinculados, identifican factores de talento humano que pueden mejorar la calidad de vida de profesional y por consiguiente la calidad de servicio que brindan a la sociedad (15).

Frente a las nuevas disposiciones sanitarias asociadas a la emergencia sanitaria, obligó al personal de salud a ejecutar actividades remotas, por tener alguna comorbilidad o ser mayor de 65 años; esta nueva modalidad de trabajo, puede ser un factor determinante para el incremento en la incidencia del Síndrome de Burnout y con ello vulnerar de manera alguna la calidad de vida.

En razón a lo expuesto, se desarrolló un estudio en los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Sur (DIRIS Lima Sur) que realizaban trabajo remoto. La DIRIS Lima Sur es una de las cinco direcciones desconcentradas del Ministerio de Salud, cuya jurisdicción sanitaria incluye a 13 distritos limeños.

Funcionalmente se encuentra conformada por 6 Redes Integradas de Salud (RIS): RIS de Barranco – Chorrillos – Surco, RIS San Juan de Miraflores, RIS Villa María del Triunfo, RIS Villa El Salvador, RIS de Pachacamac y RIS Lurín y balnerarios, y geográficamente tienen adscritos 132 establecimientos de salud del primer nivel de atención (*), cuyos profesionales fueron considerados en este estudio por estar realizando trabajo remoto.

Por lo expuesto, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?

1.1.2 Problema general

¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?

(*) Tomado de <https://www.gob.pe/dirislimasur>

1.1.3 Problemas específicos.

- ¿Existe relación entre la dimensión “agotamiento emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de

la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?

- ¿Existe relación entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?
- ¿Existe relación entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la dimensión “agotamiento emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.
- Identificar la relación entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.
- Identificar la relación entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.

1.3 Justificación e importancia

1.3.1 Justificación

Justificación teórica

El presente estudio ha permitido conocer la existencia de relaciones entre el Síndrome de Burnout, sus dimensiones y la calidad de vida, en profesionales de la salud que desarrollan sus actividades dentro de un contexto particular, el trabajo remoto en época de pandemia. El conocimiento generado posibilitara el inicio de otras intervenciones que permitan su validación o mejoren la comprensión de los aspectos que se relacionan con ellos, generando no solo beneficios para el personal de la salud, sino que también contribuirá al conocimiento científico pues no existe literatura sobre los efectos en la calidad de vida de los trabajadores de la salud en los que se detecta Síndrome de Burnout.

El estrés profesional desde el punto de vista de la salud pública es un arquetipo de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con sus habilidades cognoscitivas o procesos de adaptación a través de su conducta. En cuanto a los principales estresores laborales, y aunque existen muchas formas de clasificación, los más relevantes son, el medio ambiente físico, demandas del trabajo efectivo, organización del clima laboral, endeblez profesional, distribución del trabajo, cambio de roles y factores externos al trabajo que son condicionantes para la salud.

Justificación práctica

Las personas que se dedican al cuidado de la salud de otras personas (los profesionales de la salud) poseen ciertas cualidades innatas en ellos (empatía, paciencia, solidaridad, humanidad, respeto, flexibilidad, entre otras) que pueden ser perturbadas ante determinadas situaciones o circunstancias, que podrían llevar a la aparición en ellos del denominado Síndrome de

Burnout. Esta condición en un profesional de la salud, podría conllevar a que el desarrollo de sus actividades e intervenciones no sean las más adecuadas, con el consiguiente menoscabo no solo en la atención que brinda sino y sobre todo en el cuidado de la salud de quienes acudan a ellos.

En este sentido, el determinar la existencia de algún grado o no de relación entre el Síndrome de Burnout y la afectación de la calidad de vida del profesional de la salud, posibilitará a los niveles decisores correspondientes de nuestro sistema de salud, intervenciones dirigidas a su reducción o control, lo que redundará indubitablemente en la mejora de la atención que se brinde a la población en general, y en la mejora de la calidad de vida de tan importante recurso humano.

Justificación metodológica

Se desarrolló un estudio de enfoque o naturaleza cuantitativa, de alcance correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal, que ha permitido conocer la existencia de las relaciones entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de las DIRIS Lima Sur que realizan trabajo remoto.

La información obtenida servirá como referencia para nuevos trabajos de investigación que coadyuven a operar las correlaciones identificadas.

Justificación económica – social

La aparición del Síndrome de Burnout en cualquier persona acarrea cambios negativos en el rendimiento de esta, cambios cuyo dimensionamiento es mayor si la persona a la que nos referimos es un profesional de la salud; trastornos que se traducen en: profesionales desmotivados, poco empáticos, reactivos, que maltratan no solo a los usuarios externos, sino también a los internos, generando climas y conflictos laborales. Esta situación puede incluso ser llevado al plano familiar y generar problemas con la pareja, los hijos, los papás o hermanos, o con las personas que cohabitan con ellos, según sea el caso, alterando definitivamente la calidad de vida de cada uno de los integrantes de la familia personal como laboral.

El manejo adecuado de estas condiciones reducirá el ausentismo laboral, mejoraran el tipo y la calidad de atención de los pacientes, disminuyendo las quejas en el centro laboral, así como el mejoramiento de las relaciones interpersonales dentro del ámbito laboral y familiar.

1.3.2 Importancia

El Síndrome de Burnout es considerado hoy en día una enfermedad ocupacional que compromete muchas áreas del funcionamiento humano, que incluye situaciones que pueden confundirse o generar depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos del sueño, frustración, así como el desarrollo de actitudes pesimistas, que de una u otra manera afectan la calidad de vida de la persona que lo padece, así como de aquellas que lo rodean, ya sea en el campo laboral como familiar. Esta situación cobra mayor relevancia cuando la persona afectada es un profesional de la salud, toda vez que el desarrollo de sus actividades laborales se basa en la relación con otras personas.

El conocer el impacto y la relación del Síndrome de Burnout con la calidad de vida del trabajador de la salud, permitirá definitivamente intervenciones oportunas que impidan el deterioro de la salud del profesional, mejorando consecuentemente, la calidad de su trabajo (atención a los pacientes), las relaciones interpersonales en el campo laboral (mejora del clima laboral) y mejorando o recuperando las relaciones afectivas dentro de su vida familiar.

1.4 Limitación del estudio

- Escasa evidencia de estudios que involucren al Síndrome de Burnout, la calidad de vida y el trabajo remoto, en profesionales de salud en nuestro país, en tiempo de pandemia.

- Escasa evidencia nacional de estudios de Burnout en profesionales de la salud.

- La obtención de los datos supeditada a la aceptación de la participación de los profesionales en el presente trabajo de investigación, toda vez que los cuestionarios fueron puestos a disposición por medio virtual.
- Los resultados obtenidos sólo podrán ser comparados con otros grupos profesionales de iguales características, sólo si las condiciones laborales sean las mismas.

1.5 Delimitación del estudio

Delimitación espacial

El trabajo de investigación se desarrolló en la jurisdicción sanitaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur.

Delimitación temporal

El estudio fue ejecutado entre los meses de octubre y noviembre del 2021.

Delimitación social

La población sujeta de estudio fueron los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizaban trabajo remoto en el contexto del COVID19.

Delimitación del contenido

Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.

Delimitación del teórica

Este estudio contribuye al aporte de nuevo conocimiento y análisis de los riesgos potenciales del Síndrome de Burnout y la calidad de vida en los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur que realizan trabajo remoto.

Permitirá a los gestores la adopción de medidas preventivas o correctivas para disminución o control; asimismo, servirá de referencia para futuros estudios de profesionales y estudiantes de las ciencias de la salud.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Vilela C. – 2021 (16), desarrolló una investigación aplicada de diseño no experimental y corte transversal correlacional, denominada **“Síndrome de burnout y calidad asistencial en profesionales sanitarios de la clínica Semedic de Guayaquil por Covid 19, 2021”** a fin de establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad asistencial de los profesionales sanitarios de la Clínica Semedic - Guayaquil, Ecuador.

La población incluyó a 75 profesionales de la salud que involucraron a médicos, médicos especialistas, odontólogos, enfermeros, tecnólogos médicos especializados en laboratorio; cuyas edades fluctuaron entre 22 y 58 años, con una media de 36, correspondiendo al género femenino el 53% del total (40) de la población investigada.

Respecto a la variable “Síndrome de Burnout” encontró que el 52% presentaba un alto nivel de estrés, con lo que concluye la existencia de una relación negativa de las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y la calidad asistencial, por el contrario una correlación positiva baja en la realización personal.

Carlosama Sarmiento PE – 2021 (17) desarrolla un estudio en un distrito de Ecuador titulada **“Influencia del síndrome burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del distrito 10D02 año 2021”**, con el objetivo de evaluar el impacto del Síndrome Burnout sobre la calidad de vida del personal de salud del primer nivel de atención.

Presenta un estudio cuantitativo tipo descriptivo, observacional y de corte transversal, con una muestra de 188 profesionales de la salud que involucró a profesionales médicos (21.28%), enfermeras (25%), técnicos de atención primaria de salud (43.62%), psicólogos (2.13%), obstetras (3.72%) y odontólogos

(4.26%); aplicó el test de Maslach Burnout Inventory para valorar el nivel de estrés y el cuestionario de Salud SF- 36 para la calidad de vida.

Se halló niveles altos de Burnout en el 25% de la población intervenida, siendo los médicos, de género masculino, solteros, sin hijos, menores de 30 años, los más afectados. Respecto a la calidad de vida, el 25% afectado por el Síndrome percibió una calidad de vida entre regular y mala.

Se concluye un impacto negativo del Burnout en la calidad de vida de los profesionales del distrito 10D02.

Vinueza-Veloz AF et al. – 2020 (18) publicaron un artículo titulado “**Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19**” una investigación observacional de corte transversal en la que se involucran a 151 médicos y 73 enfermeros/as, encontrándose que la mayor parte de los participantes presentaron agotamiento emocional y despersonalización de moderado a severo (78.15% vs 63.02% respectivamente).

Se halló que 95.36% de médicos presentaban Síndrome de Burnout de moderado a severo.

Respecto al agotamiento emocional asociado a la función que ejecutaba el personal de salud: el personal médico presentó 5.17 puntos más que el de enfermería; los hombres obtuvieron 4.04 menos puntaje que las mujeres.

En lo referente a la despersonalización, los médicos alcanzaron 2.11 puntos más que las enfermeras, observándose una asociación entre la despersonalización y la edad. A medida que la edad aumenta el puntaje disminuye en 0.16.

El puntaje relativo a la realización personal en el trabajo (RTP) se asoció estadísticamente con la edad del personal, a medida que la edad aumenta el puntaje de RPT aumenta en 0.26, sin embargo, no tuvo asociación con la función que desempeña el personal de salud.

En el puntaje total del MBI, los médicos presentaron 6.61 puntos más que el personal de enfermería.

López E, et al. – 2020 (19) en el estudio titulado: **“Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID19 en el convenio UT San Vicente CES”** desarrollaron una investigación mixto descriptivo, involucrando a 403 profesionales de la salud que prestaban servicios de telemedicina durante la pandemia del COVID19, con el fin de caracterizar al Síndrome de Burnout (SÍNDROME DE BURNOUT).

La prevalencia del Síndrome de Burnout (SÍNDROME DE BURNOUT) completo fue 14,9%, la de riesgo de Burnout 40,9%, el análisis por variables mostró significancia para Burnout completo en: AE (Agotamiento emocional) y sobrecarga laboral ($p=0,00$), AE y baja remuneración ($p=0,00$), AE y prestación de servicios en modalidad de telemedicina ($p=0,01$), D y dificultades entre el personal de salud – paciente ($p=0,01$). Para el personal con riesgo de Burnout, se encontró significancia estadística en: edad y sobrecarga laboral ($p=0,04$), AE y mal ambiente laboral ($p=0,05$), AE y prestación de servicios en durante la pandemia de COVID 19 ($p=0,002$), AE y prestación de servicios en modalidad de telemedicina ($p=0,008$), D y pérdida de importancia de la actividad desempeñada ($p=0,02$), D y dificultades en la relación personal salud – paciente ($p=0,02$)

Los sujetos de estudio estuvieron sometidos a criterios de inclusión y fueron evaluados a través del cuestionario de Maslach asistencial (MBI). Se encontró una prevalencia del SÍNDROME DE BURNOUT completo en el 14.9% y en riesgo en un 40.9% de los profesionales estudiados respectivamente. Asimismo, se halló significancia para Burnout completo en agotamiento emocional con sobrecarga laboral, baja remuneración y trabajo en telemedicina.

Para el grupo con riesgo de Burnout, esta significancia estuvo relacionada a la edad y sobrecarga laboral; agotamiento emocional con el mal ambiente laboral, el servicio a través de telemedicina y el trabajo durante la pandemia COVID19; despersonalización con pérdida de importancia en la actividad desarrollada y dificultades de relación con el paciente. Concluyen que el Síndrome de Burnout es una entidad creciente, sugiriendo implementar programas de bienestar y salud mental para disminuir su ocurrencia.

Lin YY, et al. – 2020 (20), realizan un estudio llamado **“COVID-19 Pandemic Is Associated with an Adverse Impact on Burnout and Mood Disorder in Healthcare Professionals”** (La pandemia de COVID-19 se asocia con un impacto adverso sobre el agotamiento y el trastorno del estado de ánimo en los profesionales de la salud), con el objetivo de evaluar el estado de agotamiento y trastorno del estado de ánimo en profesionales enfermeras durante la pandemia COVID 19.

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario en línea e incluyó a 2,029 participantes que fueron las que respondieron voluntariamente el cuestionario. 901 (44,4%) y 923 (45,5%) de la población evaluada presentó un estado de agotamiento personal y laboral de moderado a grave, respectivamente. Las enfermeras que trabajan en áreas específica (emergencias, UCI, salas de aislamiento e internamiento) presentaron mayor puntaje para agotamiento relacionado con el trabajo y trastornos del estado de ánimo.

El 13,35% (271 enfermeras) tuvo trastorno del estado de ánimo de moderado a grave; esta condición se vinculó más a un mayor desgaste personal / laboral como a un estado de agotamiento más avanzado. Comparado con el trabajo en etapas de no pandemia (2019), los trabajadores en etapa de pandemia COVID-19 (2020) tienen puntuaciones más altas de agotamiento y agotamiento severo. Se concluye que el impacto de la pandemia COVID-19 ha sido adverso en los profesionales sanitarios. Recomendando la adopción de medidas adecuadas lo antes posible, para apoyar el sistema de salud.

Trujillo T, et al. – 2020 (21) publicaron la investigación llamada **“Síndrome de Burnout en trabajadores que laboran en las diferentes áreas de los servicios de salud de Antioquia, durante la pandemia ocasionada por COVID 19 en el año 2020”** desarrollan un estudio descriptivo con 202 trabajadores entre médicos generales, especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, instrumentadores, quirúrgicos, fisioterapeutas, técnicos en imágenes, odontólogos, bacteriólogos, vigilantes y servicios generales que desempeñan labores asistenciales, se obtuvieron 165 profesionales encuestados a los cuales se le aplicó el inventario de Maslach Burnout Inventory.

Obteniendo los siguientes resultados: Referente a la dimensión de agotamiento emocional 1 de cada 5 trabajadores de salud encuestados presento una pérdida progresiva de fuerza emocional, física y energía, con los siguientes porcentajes Alto (36,4%) Medio (21.2%) Bajo (42.4%) En la dimensión despersonalización 1 de cada 5 trabajadores muestra una actitud negativa produciendo distanciamiento frente a otros problemas laborales con tendencia a considerar a las personas a quienes brinda atención como objetos con los siguientes porcentajes Alto (27.3%) Medio (30.9%) Bajo (41.8%).

En la dimensión de realización personal 7 de cada 10 trabajadores presentadores desmotivación laboral y deseos de abandonarlo con los siguientes porcentajes Alto (25.5%) Medio (24.2%) Bajo (50.3%) en conclusión la dimensión del SÍNDROME DE BURNOUT más prevalente fue la baja realización personal lo que implica que los trabajadores perciben que las demandas en el trabajo exceden sus capacidades.

Jaramillo H, Fabrizio M. – 2020 (22) realiza una investigación de tipo descriptivo simple cualitativo de corte transversal titulado **“Síndrome de Burnout producido por COVID-19 en personal del Centro de Salud Saucos, Guayaquil – Ecuador 2020”**, a fin de determinar la presencia de Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Salud Saucos en Guayaquil – Ecuador, utilizando el test de Maslach Burnout Inventory.

Participaron 60 trabajadores, habiéndose encontrado que el 53% de ellos presentaban un nivel medio de Burnout y 47% alcanzaron un nivel alto.

Disgregando los resultados por las dimensiones del Burnout resultó que el cansancio emocional alcanzó un 51.7%, considerado como alto; la despersonalización un 45%, considerado como medio y la realización personal un 55%, considerado como alto. Concluyendo, el personal del establecimiento de salud presentan Síndrome de Burnout en un grado medio – alto.

Salgado-Roa JA, et al. – 2019 (23) desarrollan una investigación titulada **“Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos”**, con el objetivo de analizar la asociación entre Síndrome de Burnout, satisfacción laboral, calidad de vida profesional y otras variables

sociolaborales. Emplearon una técnica empírica con una estrategia asociativa de tipo comparativa transversal y diseño de grupos naturales.

La población sujeta de estudio estuvo constituida por 169 trabajadores de la salud provenientes de tres Centros de Salud Familiar Municipal (CESFAM): auxiliares, técnicos y profesionales universitarios. Los datos fueron colectados utilizando el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), la escala de satisfacción laboral (S20/23), y el cuestionario de vida profesional (CALIDAD DE VIDAP-35).

El estudio concluye en la existencia de niveles altos y medio/moderado del Síndrome de Burnout en el 10% y 88.8% de los trabajadores investigados respectivamente; igualmente se hallaron niveles satisfactorios de calidad de vida profesional y satisfacción laboral. La edad cronológica, motivación intrínseca, apoyo directivo, estado civil y años de servicio explicaron el 33,5% de la variabilidad del cansancio emocional.

Vidotti V, et al. – 2018 (24) desarrollaron un estudio denominado “**Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería**” de un hospital general de la región sur de Brasil.

El estudio transversal incluyó a 502 profesionales de enfermería; la información fue acumulada utilizando el Maslach Burnout Inventory, el Demand-Control-Support Questionnaire y el World Health Organization Quality of Life – Bref – WHOQOL-BREF.

Se determinó que el Síndrome de burnout afectaba al 20,9% de la población en estudio y las dimensiones fueron conexas con la elevada demanda, el bajo control sobre los aspectos laborales, el poco apoyo social recibido, percepciones de baja la calidad de vida física, psicológica, de las relaciones sociales y del medio ambiente.

Concluyen que el síndrome de Burnout se relaciona con elevados niveles de estrés y a la percepción negativa de la calidad de vida entre los trabajadores de enfermería.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Cervera P, Gabriela J – 2021 (25), desarrolla una investigación titulada **“Síndrome de Burnout en el personal de un centro de Salud de Jaén, en tiempo de pandemia covid-19”** con el objetivo de determinar la existencia de Síndrome de Burnout en los trabajadores del Centro de Salud Morro Solar de Jaén. A estos efectos ejecutó un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental – transversal y de nivel descriptivo. 91 profesionales (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos, odontólogos, psicólogos, etc.) participaron del estudio, a los cuales se les aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Se encontró una prevalencia de Síndrome de Burnout del 57.1%, porcentaje considerado como nivel bajo. Desagregadas lo hallado en las dimensiones del síndrome se halló un bajo cansancio emocional y despersonalización (79.1%), mientras que la realización personal fue alta (52.7%)

Se concluye que el personal de este establecimiento de salud no sufre cuadros de estrés ni presentan demasiada carga laboral.

Morales E. – 2019 (26), realizó una investigación denominada **“Síndrome de Burnout y calidad de vida profesional en el personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia de un Hospital Nivel II – Callao 2019”** con el objetivo de establecer la relación entre Síndrome de Burnout y calidad de vida profesional de las enfermeras que laboran en el Servicio de emergencia de un hospital nivel II.

Se lleva a cabo un estudio cuantitativo – correlacional, de corte transversal; los datos fueron recogidos empleando el cuestionario de Inventario de Burnout de Maslach (MBI), y el (cuestionario CALIDAD DE VIDAP 35) de Karasek R para la calidad de vida profesional. Se incluyeron a la totalidad de las enfermeras del Servicio de Emergencia: 75.

Los resultados evidenciaron una relación fuerte e inversa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida. Asimismo, se determinó que el personal profesional evaluado presentaba Burnout alto y medio en una proporción de 31% y 32% respectivamente, la calidad de vida profesional manifiesta CALIDAD DE VIDAP con 49% Finalmente recomiendan que a nivel organizacional se interactúe

positivamente con el personal asistencial de enfermería, a fin de permitir tomar decisiones para la mejora de la calidad laboral.

Mariños T. – 2019 (27) realiza un estudio experimental de orden transversal y descriptivo titulado **“Síndrome de Burnout en enfermeras del servicio de emergencias del Hospital Nacional Luis N. Saenz P.N.P Lima 2019”** para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en las enfermeras del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Luis N. Saenz PNP.

56 licenciados en enfermería participaron del estudio, a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) validado en Perú. Se halló que el 76.8% de la población mostró afectación moderada por el Síndrome de Burnout y el 23.2% presentó un nivel alto del mismo.

El 75% de la población presentó un nivel alto de realización personal, que resulta favorable para los trabajadores; el agotamiento emocional y la despersonalización se encontraron en un 73.2% y 57.1% de la población respectivamente.

Se concluye que las enfermeras del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP, presentaron Síndrome de Burnout de medio a alto.

2.2 Marco legal

2.2.1 Marco legal nacional

- Constitución Política del Perú.
- Ley General de Salud.
- Ley N° 30036, Ley que regula el teletrabajo.
- Ley N° 31125, Ley que declara en emergencia el Sistema Nacional de Salud y regula su proceso de reforma.
- Decreto Supremo N° 008-2020- SA, que declaró estado Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por la existencia del COVID-19.

- Decreto Supremo N°010-2020-TR.
- Decreto Supremo N°017-2015-TR, que aprueba el reglamento de la Ley N° 30036
- Decreto Supremo N° 044-2020–PCM y sus modificatorias, que declara el estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.
- Decreto de Urgencia N° 026—2020, que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del Coronavirus COVID-19 en el territorio nacional.
- Decreto de Urgencia N° 029-2020.
- Resolución Ministerial N°072-2020-TR, que aprobó la “Guía para la aplicación del trabajo remoto”.
- Resolución Ministerial N°141-2020-MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 088-MINSA-2020-CDC: Directiva Sanitaria para la implementación y funcionamiento de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) que realizan la Vigilancia Epidemiológica de casos sospechosos de COVID-19.
- Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA, que aprobó la “Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud”.
- Resolución Ministerial N° 265-2020-MINSA y sus modificatorias, que aprobaron los "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Salud de los Trabajadores con Riesgo del Exposición a COVID-19".
- Resolución Ministerial N° 183-2020/MINSA, y sus modificatorias que aprobaron la Directiva Administrativa N° 287-MINSA/2020/DGIESP: Directiva Administrativa que regula los procesos, registros y accesos a la información con el objetivo de garantizar el seguimiento integral de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 (Sistema Integrado para COVID-19 – SISCOVID-19).

- Resolución Ministerial N° 309-2020-MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Lineamientos para el fortalecimiento de de salud, redes de salud y oferta móvil frente al COVID-19 (en fase de transmisión comunitaria).
- Resolución Secretarial N° 089-2020-MINSA, que aprobó el “Protocolo para el reinicio gradual de labores y/o actividades de la Administración Central”.
- Resolución Ministerial N° 458-2020-MINSA, que aprobó la Directiva Administrativa N° 293-MINSA-2020-DIGEP: "Directiva Administrativa que regula el trabajo remoto de salud (TRIS) para el personal de la salud y administrativo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales".

2.2.2 Marco legal internacional

- Organización Internacional del Trabajo, Nota de políticas de la OIT sobre la COVID-19: Marco de políticas para responder a la crisis de la COVID-19
- Organización Internacional del Trabajo, Informe General de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR), 91ª reunión.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout” (II): Consecuencias, evaluación y prevención.

2.3 Bases teóricas

2.3.1 Síndrome de burnout

2.3.1.1 Definición:

Según Cristina Maslach, el Síndrome de Burnout conocido también como el síndrome de desgaste profesional (SDO), síndrome del trabajador desgastado, síndrome del trabajador consumido o el síndrome de quemarse por el trabajo y en francés “surmenage” (estrés) conceptualizado como el “desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto con los usuarios, especialmente personal sanitario y docentes (28).

Años después el término fue reformulado como “una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son: El agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” (29)

Gil-Monte P, explica el Burnout como la respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia los compañeros de trabajo y hacia su propio trabajo o rol profesional y la vivencia de encontrarse agotado (30)

La aparición de esta condición se encuentra relacionada a la presencia e interrelación de factores internos (valores personales) y externos (laborales, organizacionales) que conllevan al desarrollo de este síndrome, cuya presencia repercute negativamente en la calidad de vida del trabajador y consecuentemente en la calidad asistencial del mismo (31).

Freudenberger desde su experiencia laboral en una clínica de Nueva York explicó cómo los profesionales se están volviendo menos emocionales, menos comprensivos y más inclinados a un comportamiento agresivo aislado. ⁽¹⁾

1. Tomado de Hernández T. *“El Síndrome De Burnout: Una Aproximación Hacia Su Conceptualización, Antecedentes, Modelos Explicativos Y De Medición. (1986):50–68.”* Disponible en <https://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>

2.3.1.2 Dimensiones o componentes del Síndrome de Burnout

Se reconocen tres dimensiones (Maslach y Jackson) o componentes en el Síndrome de Burnout, a saber:

- I. **Cansancio emocional:** Referida a la pérdida progresiva de energía, con aparición de desgaste y fatiga emocional, física y mental, acompañado de sentimiento de no poder y sentirse poco útil (32).
- II. **Despersonalización:** También llamado de negación o cinismo, momento en el cual la persona afectada elabora una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración que presenta. Se desarrollan sentimientos negativos para con los compañeros de trabajo, se incrementa el automatismo relacional y el distanciamiento social.
- III. **Realización personal:** Desvalorización del trabajo que realiza, con la consiguiente desmotivación pierde el valor que tenía para el sujeto. Hay tendencia a la autoevaluación negativa en sus capacidad y habilidades profesionales, con la consecuente insatisfacción personal (33).

2.3.1.3 Clínica del síndrome de burnout

El inicio clínico del Síndrome de Burnout es progresivo, no aparece súbitamente, es paulatino y cíclico en el tiempo, es decir que una persona puede experimentarlo varias veces en diferentes momentos de su vida y en el mismo u otro trabajo. La sintomatología Burnout es variada e involucran diferentes aspectos de la persona afectada (34).

- ✓ **Psiquiátricas:** Estados de depresión y ansiedad crónica, cambios del carácter, suicidio, violencia y disfunciones familiares graves, adicciones (incluido el trabajo)
- ✓ **Somáticas:** Estados de estrés asociados a cuadros psicósomáticos de tipo musculares, nerviosos, endocrinos y otros.

- ✓ **Organizacionales:** Desmejoramiento de las relaciones en el trabajo, que conlleva a la disminución del desarrollo profesional, generación de rivalidades, desmotivación e inconformismo.

2.3.1.4 Niveles de síndrome de burnout

Según Saborío Morales L., Et Al (2015) en una revisión bibliográfica sobre el Síndrome de Burnout señala que clínicamente puede esquematizarse en cuatro niveles (35)

- **Leve:** Caracterizado por quejas frecuentes, declaración de cansancio reiterativo y dificultad para salir de la cama por las mañanas.
- **Moderado:** Prima el negativismo personal, aumenta la tendencia al aislamiento, el cinismo y desconfianza.
- **Grave:** Abuso de psicofármacos, ausentismo, hostilidad, uso de drogas y alcohol
- **Extremo:** Se caracterizan por cuadros psiquiátricos, grandes posibilidades de suicidios, aislamientos muy marcados, etc.

2.3.1.5 Fases del síndrome de burnout

Las siguientes cuatro fases se deben tener en consideración durante el proceso evaluativo del Síndrome de Burnout (36)

- **Inicial:** Entusiasmo y expectativa positiva frente al trabajo, gran energía
- **Estancamiento:** No se cumplen las expectativas profesionales, la relación entre esfuerzo y recompensa no es equilibrada, periodos de estrés.
- **Frustración:** Sentimientos de frustración, desilusión y desmoralización. Preocupación, ansiedad, tensión, agotamiento y fatiga.
- **Apatía:** Cambios actitudinales y conductuales. Trato distante y mecánico.

2.3.1.6 Instrumento de medición de burnout

2.3.1.6.1 Maslach burnout inventory

Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson es un cuestionario de 22 ítems, en los que se le plantea a la persona evaluada un conjunto de enunciados sobre sus pensamientos y sentimientos, sus relaciones sobre aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual.

El evaluado debe contestar a cada enunciado con base en la pregunta ¿Con qué frecuencia siente usted esto?, y mediante una escala de tipo Likert, de siete opciones que van “desde nunca a diariamente”, son clasificadas.

El cuestionario se divide en 3 subescalas, cada una mide las tres dimensiones que configuran el constructo Burnout (37):

- **Subescala de cansancio emocional:** Valora la vivencia de sentirse exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, consta de 9 preguntas ubicadas en los ítems N°s 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del instrumento. Su puntuación máxima es 54.
- **Subescala de despersonalización:** Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento; consta de 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) y su puntuación máxima es 30.
- **Subescala de realización personal:** Evalúa el sentimiento de autoeficiencia y realización personal/laboral; consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) y la puntuación máxima es 48.

2.3.1.6.2 Rangos de medida de la escala

Va desde el 0 al 6, donde 0 es el menor valor (nunca) y 6 el mayor valor (todos los días) (38)

- 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 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días.

2.3.1.6.3 Cálculo de puntuaciones

Se suman las respuestas a los ítems señalados (39)

Aspecto evaluado	Preguntas por evaluar	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Más de 26
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	Más de 9
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Menos de 34

2.3.1.6.4 Valores de referencia

Valores que se deben tener en referencia al evaluar Burnout (40)

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0 – 18	19 – 26	27 - 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56

2.3.2 Calidad de vida

2.3.2.1 Definición de calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud define a la “calidad de vida” como: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (41).

Asimismo, Botero de Mejía BE y Pico Merchán ME, en su artículo “Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años” (42) describen otras definiciones, pues señalan que la calidad de vida de una persona es el resultado del concurso muchos factores: objetivos y subjetivos. Los primeros (factores objetivos) son dependientes del sujeto, a saber, de la utilización y aprovechamiento de sus potenciales (intelectuales, emocionales y creativas) y de las situaciones externas que se relacionan con él: situación socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política.

2.3.2.2 Áreas de calidad de vida

Gómez LE et al., define las siguientes áreas (43)

- ✓ **Hogar bienestar económico:** Referida a la satisfacción que se presenta de acuerdo con las necesidades básicas, condiciones de vivienda y dinero para gastar.

- ✓ **Amigos vecindario y comunidad:** Satisfacción de las personas al desarrollarse y sociabilizar con las demás, amigos, vecindario, entorno laboral. Además, la seguridad de su comunidad con la facilidad para realizar compras
- ✓ **Vida familiar y familia extensa:** Satisfacción que tiene la persona con cada miembro de su familia (mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos, primos y otros parientes)
- ✓ **Educación y ocio:** Satisfacción de la persona según el grado de estudios alcanzado, el tiempo libre que tienen y la forma en que lo emplean.
- ✓ **Religión:** Satisfacción de la persona entorno a la vida religiosa y su comunidad
- ✓ **Salud:** Satisfacción del individuo por su estado de salud, asimismo la salud en su familia.

2.3.2.3 Dimensiones e indicadores de calidad de vida

En una revisión respecto a la calidad de vida, sobre el WHOQOL como instrumento de medición, analiza las 4 dimensiones del constructo (44).

Dominio	Facetas incorporadas dentro de los dominios
Salud física	▪ Actividades de vida diaria.
	▪ Dependencia de sustancias médicas.
	▪ Energía y fatiga.
	▪ Movilidad.
	▪ Dolor y molestia.
	▪ Sueño y descanso.
	▪ Capacidad de trabajo.
Psicológicos	▪ Apariencia e imagen del cuerpo.
	▪ Sentimientos negativos.
	▪ Sentimientos positivos.

- Autoestima.
 - Espiritualidad / religión / creencias personales.
 - Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
 - Relaciones personales.
- Relaciones sociales
- Apoyo social.
 - Actividad sexual.
 - Recursos financieros.
 - Seguridad, libertad y seguridad física.
 - Cuidado social y salud, acceso y calidad.
 - Ambiente hogareño.
- Ambiente
- Oportunidad para adquirir nuevas habilidades e información.
 - Participación en oportunidades de recreación y actividades de descanso.
 - Ambiente físico.
 - Transporte.

2.3.2.4 Instrumento de medición calidad de vida

La OMS diseñó el World Health Organization Quality Of Life, que en versión breve es reconocido como WHOQOL-BREF por sus siglas en inglés, como medida genérica de calidad de vida, esta es la que mejor se ajusta a los criterios desarrollados por Higginson y Carr; presenta excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad, adaptación cultural y de lenguaje (45). Dadas estas bondades, el WHOQOL-BREF ha sido aplicado ampliamente, se dispone así de una herramienta válida para captar la perspectiva del sujeto evaluado, generar información relevante para el desarrollo de nuevas investigaciones e incentivar el estudio de calidad de vida, como desenlace de los ensayos clínicos controlados y estudios observacionales.

El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico derivado de WHOQOL-100 que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro

dimensiones: Salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Destinado a evaluar las percepciones del individuo en las dos semanas previas, aplicable en sujetos sano y enfermos; su puntaje se utiliza para observar cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, con el objetivo de establecer valores pronósticos y valorar algunas intervenciones (46). El WHOQOL-BREF no se centra en aspectos funcionales si no en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez metodológica y conceptual.

2.3.2.4.1 Puntuación

El WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, cada dominio es puntuado de manera independiente. Cuanto mayor sea la puntuación de cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. Las puntuaciones van de 1 al 5 donde (46):

- 1 = Muy mal
- 2 = Poco
- 3 = Lo normal
- 4 = Bastante bien
- 5 = Muy bien

2.3.3 Trabajo remoto

2.3.3.1 Definición de trabajo remoto

Esta modalidad aparece en el año 1973 impulsado por Jack Niles, con su lema “llevar el trabajo al trabajador y no el trabajador al trabajo”; surge tras la crisis petrolera que vivió los Estados Unidos, pensando optimizar los recursos no renovables. Vio en el teletrabajo una solución para disminuir las horas de traslado de los trabajadores hacia su centro laboral.

En los años 90 la masificación llegó con la instauración del internet haciendo posible acceder a toda la información desde cualquier lugar donde te encuentres (47).

“El trabajo remoto es la prestación de servicios subordinados que realiza un trabajador el cual se encuentra de manera física en su domicilio o en algún lugar de aislamiento domiciliario (consecuencias debido a la COVID-19), este trabajo se realiza a través de medios informáticos, telecomunicaciones, internet, celular o cualquier otro que posibilite las labores fuera del lugar de trabajo”. (49)

2.3.3.2 A quienes aplica el trabajo remoto.

En el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria por el COVID-19 es facultad del empleador establecer el trabajo remoto para:

- Los trabajadores del sector público y privado.
- Las personas que laboran bajo modalidades formativas u otras análogas utilizadas en el sector público y privado.

De acuerdo con algunos antecedentes del teletrabajo, aparece tras una crisis ya sea financiera, social, económica o política, tal como la ocurrida en el año 2020.

En el Perú actualmente existe una guía para la aplicación del trabajo remoto, que tiene como objetivo proporcionar información relevante para que los/as trabajadores puedan aplicar las disposiciones relativas al trabajo remoto, regulado en los artículos 16 y 23 del Decreto de Urgencia N° 026-2020 que establece medidas excepcionales para prevenir la propagación del COVID19 en el territorio nacional (49).

El teletrabajo en el Perú se encuentra precisada en la Ley N° 30036; en este documento normativo el teletrabajo se caracteriza por el desempeño subordinado de labores sin la presencia física del trabajador denominado “teletrabajador”, en la empresa con la que mantiene vínculo laboral, a través de medios informáticos de telecomunicaciones y análogos mediante los cuales se ejercen a su vez el control y la supervisión de las labores (50).

Se establece que los elementos que coadyuvan a tipificar el carácter subordinado de esta modalidad de trabajo son la provisión por el empleador de los medios físicos y métodos informáticos, la dependencia tecnológica y la propiedad de los resultados entre otros.

En el estado de emergencia sanitaria decretada por el gobierno peruano, por el COVID-19, emitió directivas señalando que el teletrabajo o trabajo remoto se caracteriza por la prestación de servicios subordinada con la presencia física del trabajador en su domicilio o lugar de aislamiento domicilio, utilizando cualquier mecanismo que posibilite realizar las labores fuera del centro de trabajo siempre que la naturaleza de labores lo permita (51).

El teletrabajo es la posibilidad que tiene un trabajador de realizar la jornada laboral, al menos una vez por semana, desde un lugar diferente que no es su oficina. (52).

2.3.3.3 Beneficios del teletrabajo

Existen diversos trabajos y fuentes indicando los beneficios y desventajas del teletrabajo, presentan una serie de ventajas y desventajas para los empleados y empresas (52).

2.3.3.3.1 Ventajas para el empleado

Entre las ventajas para los empleados indican:

- ✓ Mayor independencia.
- ✓ Reducción de gastos en combustible y tiempos de traslado.
- ✓ Mayor seguridad referente al contexto de la pandemia.
- ✓ Ahorro económico.

2.3.3.3.2 Desventajas para el empleado

- Reducción de las interacciones laborales cara a cara.
- Posible reducción en las normas de seguridad ocupacional.

- Riesgo de pérdida de identidad con la empresa.
- Imposibilidad de separar el tiempo de trabajo del tiempo libre.
- Disponibilidad prácticamente a tiempo completo del empleador
- Los horarios de salida ya no se encuentran establecidos

2.3.3.3.3 Ventajas para la empresa

Para las empresas presentan las siguientes ventajas:

- Mayor productividad esto conlleva a mayores ingresos y mayor crecimiento económico para la entidad.
 - Gastos panificables debido a la blandura de la inversión en gastos de planta, adquisición de tecnología y contratación de recursos humanos que responderán a la demanda.
 - Reducción de gastos fijos en planta, mantenimiento, servicios continuos, entre otros.
 - Control y seguimiento continuos a los trabajadores cuando desarrollan las tareas programadas a través de las herramientas tecnológicas.
 - Mejoramiento de las condiciones para contratar al personal, ya que se necesita personal más calificado sin necesidad de disponer de su ubicación o disponibilidad de desplazamiento hacia la sede de la organización.
 - Equilibrio entre las áreas laborales y los trabajadores, generando actividades donde los trabajadores realizan mayor productividad.
 - Política “Bring Your Own Device -BYOD-” que dispone de los equipos de propiedad del trabajador y es un gasto para la organización.
 - Control total sobre las actividades virtuales y el flujo de la información.
- (53)

2.4 Marco conceptual

- **SÍNDROME DE BURNOUT**

Factor de riesgo laboral que puede afectar la calidad de vida, salud mental e incluso poner en riesgo la vida de la persona que lo padece, resulta una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño laboral (54).

- **CANSANCIO EMOCIONAL**

El agotamiento emocional presenta síntomas de agotamiento físico, psíquico, fatiga, desgaste, pérdida de energía y sentimientos de estar al límite. Se expresa en una sensación vaga de “no poder dar más de sí mismo”

- **DESPERSONALIZACIÓN**

Percepción que tienen las personas al quedarse sin energía, los cuales se manifiestan a través de síntomas emocionales o físicos como la ansiedad, fatiga, irritabilidad cansancio.

- **REALIZACIÓN PERSONAL**

Tendencia de la persona a autoevaluarse negativamente, de modo que los resultados afectan su habilidad de realización laboral y el tipo de relación y/o atención con las personas a las que brindan el servicio. (55).

- **CALIDAD DE VIDA**

Apreciación que el trabajador hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento, comparado con el que percibe como posible o ideal (56).

- **COVID-19**

Enfermedad causada por un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV2. La OMS tuvo noticias por primera vez de la existencia de este virus el 31 de diciembre del 2019, al ser informado de un grupo de casos de neumonía vírica que se habían declarado en Wuhan - China (57).

2.5 Formulación de la hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

- H_i . Existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.
- H_0 . No existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

2.5.2 Hipótesis específicas

2.5.2.1 Hipótesis específica 1

H_i : Existe relación significativa entre la dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

H_0 : No existe relación significativa entre la dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

2.5.2.2 Hipótesis específica 2

H_i: Existe relación significativa entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

2.5.2.3 Hipótesis específica 3

H_i: Existe relación significativa entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.

2.6 Identificación y operacionalización de las variables

2.6.1 Definición conceptual de las variables

- **VARIABLE 1: SÍNDROME DE BURNOUT**

Referido a la cronología del estrés laboral, que se manifiesta en un estado de agotamiento físico y mental, persiste en el tiempo y cambia la personalidad y la autoestima de los que lo sufren.

- **VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA**

Es el resultado de interacciones frecuentes entre factores económicos y sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entorno ambiental y estado de salud - enfermedad, tanto a nivel personal como social.

2.6.2 Definición operacional

2.6.2.1 Variable 1: síndrome de burnout

Dimensiones:

- Cansancio emocional
- Realización personal
- Despersonalización

2.6.2.2 Variable 2: calidad de vida

Dimensiones:

- Salud física.
- Salud psicológica.
- Relaciones sociales.
- Ambiental.

2.7 Operacionalización de variables

Operacionalización de la variable 1: Síndrome de Burnout

Variable	Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	ÍTEMS	Tipo de respuesta	Escala de medición	Valores	Instrumento
Síndrome de Burnout	Cualitativa ordinal	Cansancio emocional	Agotamiento emocional	1, 13	Politómica	Ordinal	0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez por mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes 4 = Una vez a la semana 5 = Unas pocas veces a la semana 6 = Todos los días	Maslach Burnout Inventory (MBI)
			Cansancio laboral	2, 3, 6, 8, 14,				
			Sensación de fatiga	16 y 20				
			Siento que estoy tratando algunos beneficiados como si fueran objetos personales	5				
		Despersonalización	Siento que me he hecho duro con la gente	10				
			Me preocupa que el trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	11				
			Realmente no me importa lo que ocurra con las personas que debo atender	15				
			Parece que los beneficiarios del trabajo me cumplan de sus problemas	22				
Siento que puedo entender fácilmente a quienes debo atender	4							

	Siento que trato con efectividad los problemas de las personas que atiendo	7
	Siento que influyó positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	9
	Me siento enérgico en mi trabajo	12
Realización personal	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo	17
	Me siento estimulado después de haber trabajado con quien debo atender	18
	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	19
	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de manera adecuada	21

Operacionalización de la variable 2: Calidad de vida.

Variable	Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	ÍTEMS	Tipo de respuesta	Escala de medición	Valores	Instrumento
Calidad de vida	Cualitativa Ordinal	Salud física	Dolor	3	Politómica	Ordinal	Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)	WHOQOL-BREF
			Dependencia de medicinas	4				
			Energía para la vida diaria	10				
			Movilidad	15				
			Sueño y descanso	16				
		Salud psicológica	Actividades de vida diaria	17				
			Capacidad de trabajo	18				
			Sentimientos positivos	5				
			Espiritualidad, religión, creencias personales	6				
			Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración	7				

	Imagen corporal	11
	Autoestima	19
	Sentimientos negativos	26
<hr/>		
	Relaciones personales	21
Relaciones sociales	Actividad sexual	20
	Apoyo social	22
<hr/>		
	Libertad y seguridad	23
	Ambiente físico	8
	Recursos económicos	12
Medio Ambiente	Información	13
	Ocio y descanso	14
	Atención sanitaria / social	24
	Transporte	25

Capítulo III: Metodología

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, analítico y observacional, con el objetivo de determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de calidad de vida en profesionales de la salud en trabajo remoto en contexto de pandemia por COVID 19 de la DIRIS Lima Sur (Hernández Sampiere 2018) (58).

3.1.2. Nivel de investigación

El estudio fue de nivel correlacional, pues se estableció la relación recíproca entre las variables de interés del estudio (59).

3.1.3. Diseño

Se utilizó un diseño observacional (no experimental) transversal; las variables no fueron manipuladas y las situaciones de estudio fueron recogidas en un momento determinado; es a partir de la observación de los fenómenos en su contexto natural en donde se realizó el análisis (60).

3.1.4. Método

El procedimiento metodológico del estudio fue hipotético – deductivo, pues sobre premisas iniciales se establecieron hipótesis (general y específicas), las mismas que a la luz de los resultados fueron contrastadas para posteriormente, concluir sobre ellas. (61).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por los profesionales de la salud de la Dirección Integrada de Redes de Salud Lima Sur (DIRIS LS), listados en el padrón nominal institucional y que desarrollaban trabajo remoto durante el año 2021.

3.2.2. Muestra

Se utilizó una muestra censal según padrón nominal de los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur en trabajo remoto. Hernández Sampieri (2018) señala que, si la población no es representativa, se puede realizar con población censal al 100%. ⁽²⁾

3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Profesionales de la salud que trabajaban dentro de la jurisdicción sanitaria de la Dirección de Redes Integradas Lima Sur (DIRIS LS).
- Profesionales de la salud de la DIRIS LS que se encontraban en trabajo remoto.
- Profesionales de la salud de la DIRIS LS que desarrollaron trabajo remoto superior al mes.
- Profesionales de la salud que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado.
- Profesionales de la salud mayores de 18 años.

2. Tomado de Hernández-Sampieri *“Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta”* - 2018. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.- Pag. 196.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Profesionales de la salud que no trabajaban dentro de la jurisdicción sanitaria de la Dirección de Redes Integradas Lima Sur (DIRIS LS).
- Profesionales de la salud de la DIRIS LS que no se realizaban trabajo remoto.
- Profesionales de la salud de la DIRIS LS con menos de un mes de trabajo remoto efectivo.
- Profesionales de la salud que no aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

Se utilizó la encuesta como técnica para la recolección de los datos. (61)

3.4.2. Instrumentos

Los cuestionarios fueron los instrumentos utilizados. Como se señaló en los acápites 2.3.1.6. y 2.3.2.4, los cuestionarios utilizados fueron el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el World Health Organization Quality of Live en su versión breve (WHOQOL-BREF) para evaluar el Síndrome de Burnout y la calidad de vida respectivamente.

El MBI es un instrumento utilizado y validado en muchas investigaciones desde el año de su creación y cuya vigencia es actual, así Austria Corrale F. Et Al (62) y Rivera-Ávila DA Et Al (63), validaron el cuestionario en personal del área de la salud en la ciudad de México. En nuestro país Oliva Segura GJ. (64) validó el MBI en personal del Hospital María Auxiliadora, concluyendo la pertinencia de este, por tanto, en la presente investigación utilizaremos el instrumento de medición Maslach Burnout, validado en el país.

El WHOQOL-BREF de otro lado, fue validado por Rocha NS and Fleck MP en Brasil (65), Cardona-Arias JA Et Al, realizaron lo pertinente en población colombiana para la determinación del Síndrome de Burnout y de la calidad de vida respectivamente (66).

A pesar de que los instrumentos utilizados ya se encontraban validados y vigentes, para nuestro caso particular se volvieron a validar los mismos a través de juicios de expertos, cuyos formatos se incluyen en la sección de los anexos. La confiabilidad de los instrumentos se realizó a través de la aplicación de los cuestionarios, en una población de 30 profesionales de la salud que tuvieron las mismas características de la población en estudio, pero que no formaron parte de la investigación, obteniéndose un α de Cronbach de 0,867 para el MBI y de 0,801 para el WHOQOL-BREF respectivamente.

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos a través de los instrumentos fueron registrados y tabulados en una página Excel, y posteriormente procesados y analizados en una base de datos SPSS 27.

Los resultados del análisis estadístico fueron confrontados para la comprobación de la hipótesis; para ello se construyeron tablas y figuras estadísticas para su análisis e interpretación. Se presentan la frecuencia y porcentaje de las variables, así como de las características sociodemográficas, como parte de la estadística descriptiva. De acuerdo a la naturaleza de las variables se hizo uso del coeficiente de correlación de Spearman por tratarse de variables cualitativas ordinales, para demostrar la correlación y significancia estadística entre las variables: Síndrome de Burnout y calidad de vida.

3.6. Aspectos éticos

El estudio se sometió a los principios éticos de la Declaración de Helsinki, así como a las normas del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista, para lo cual se solicitó y obtuvo la aprobación correspondiente (ver anexos).

Se utilizaron códigos para la protección de la información personal de los participantes, de sus respuestas o comentarios ligados al desarrollo de los cuestionarios o el manejo de la data por personas ajenas a los investigadores.

La aceptación (firma) del consentimiento informado fue requisito necesario para la inclusión del profesional, en este contexto los cuestionarios remitidos fueron totalmente anónimos y el acceso a los mismos totalmente restringidos con contraseñas que sólo manejaron los investigadores.

Los equipos y softwares utilizados para el análisis y procesamiento de los datos contaron con claves de acceso, a fin de cautelar y salvaguardar la información recolectada.

Capítulo IV: Resultados

4.1. Resultados

4.1.1. Características de la población

139 profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur en trabajo remoto en el contexto de la pandemia COVID19, participaron de la investigación.

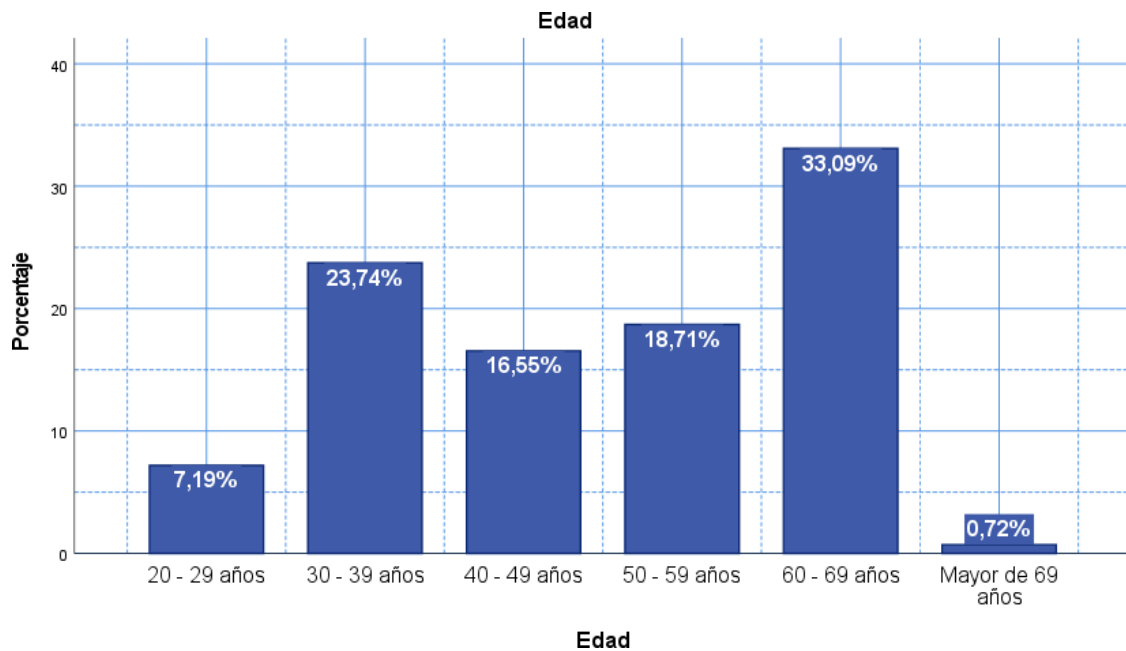
La edad de los participantes variaron entre los 20 y 69 años. Dos grupos etarios obtuvieron porcentajes de relevar, el grupo de 30 a 39 años que alcanzó un 23,74% y el de 60 a 69 años con un 33,09%, tal como se muestra en la Tabla y Figura N°01.

Tabla N°01. Distribución de los profesionales de la salud en trabajo remoto según grupo etario – Lima 2021

	Edad	Frecuencia	Porcentaje
Válido	20 - 29 años	10	7,19%
	30 - 39 años	33	23,74%
	40 - 49 años	23	16,55%
	50 - 59 años	26	18,71%
	60 - 69 años	46	33,09%
	<u>Mayor de 69 años</u>	<u>1</u>	<u>0,72%</u>
	<u>Total</u>	<u>139</u>	<u>100,0%</u>

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N°01. Distribución porcentual de los profesionales de la salud según grupo etario



Fuente: Elaboración propia - base de datos

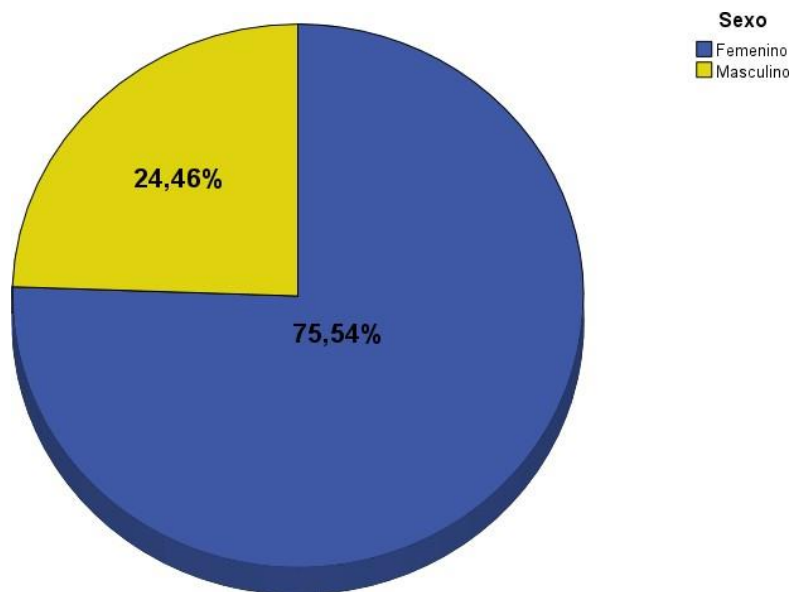
El 75,54% de la población correspondieron al sexo femenino, situación que se muestra en la Tabla y Figura N° 02.

Tabla N°02. Distribución de la población en trabajo remoto, según sexo. Lima 2021

	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	105	75,5%
	Masculino	34	24,5%
	Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N°02. Distribución porcentual de los profesionales de la DIRIS Lima Sur en trabajo remoto, según sexo. Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

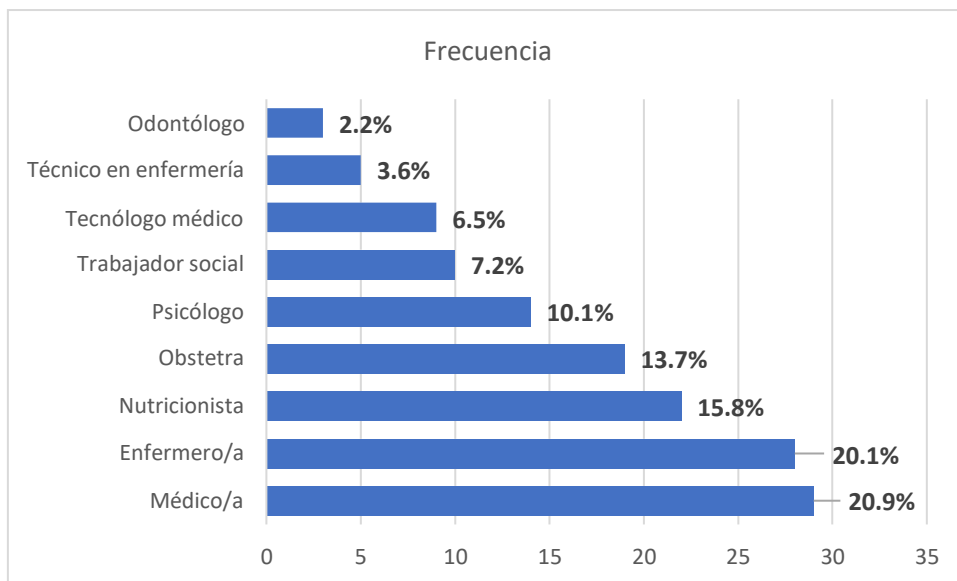
Los profesionales médicos y de enfermería constituyeron el 41% de la población general, correspondiéndoles un 20,9% y 20,1% respectivamente, como se señala en la Tabla y Figura N° 03

Tabla N°03. Distribución de los profesionales de la salud que realizan trabajo remoto, según grupo ocupacional – Lima 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Médico/a	29	20,9%
Enfermero/a	28	20,1%
Nutricionista	22	15,8%
Obstetra	19	13,7%
Psicólogo	14	10,1%
Trabajador social	10	7,2%
Tecnólogo médico	9	6,5%
Técnico en enfermería	5	3,6%
Odontólogo	3	2,2%
Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N°03. Distribución porcentual de los profesionales de la salud que realizan trabajo remoto, según grupo ocupacional – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

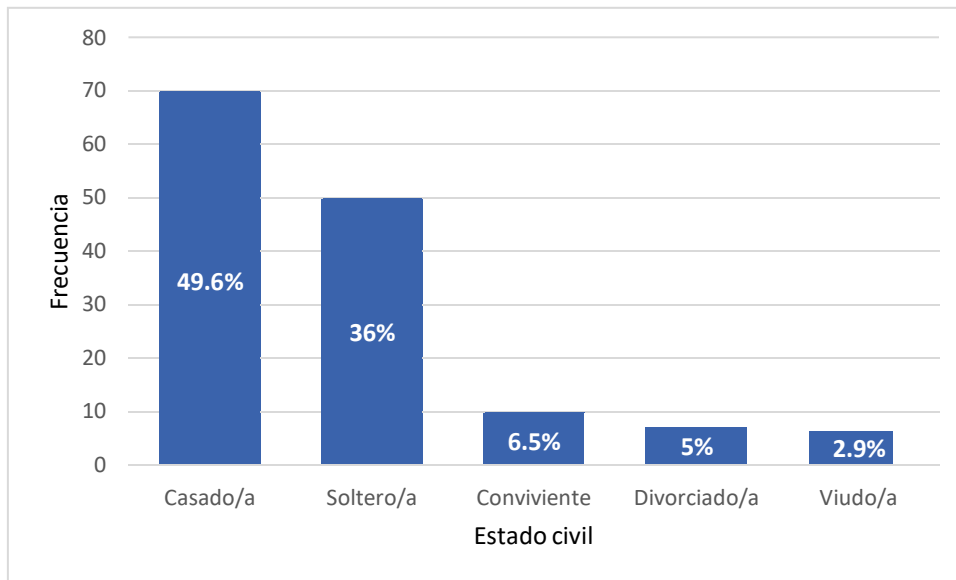
Un 49,6% de los profesionales encuestados refirieron ser casados/as, mientras que el 36% señalaron ser solteros, como se muestra en la Tabla y Figura N° 04.

Tabla N°04. Distribución de los profesionales de la salud, según estado civil – Lima 2021

	Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casado/a	69	49,6%
	Soltero/a	50	36,0%
	Conviviente	9	6,5%
	Divorciado/a	7	5,0%
	Viudo/a	4	2,9%
	Total		139

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N°04. Distribución porcentual de los profesionales de la salud, según estado civil – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

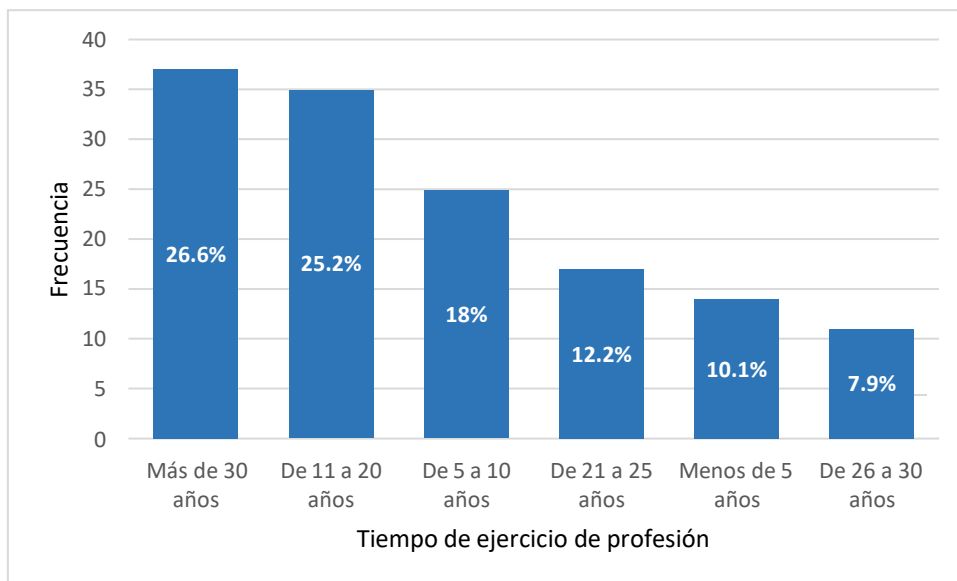
Respecto al tiempo de ejercicio profesional desarrollado por los participantes, el 46.7% de los mismos señalaron haber ejercido su profesión por un tiempo mayor a los 21 años, un 26.6% por más de 30 años y el 25.2% indicó haberlo realizado entre 11 y 20 años, como se muestra en la Tabla y Figura N°05.

Tabla N°05. Distribución del tiempo que se ejercen la profesión los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

Tiempo que ejerce su profesión	Frecuencia	Porcentaje
Más de 30 años	37	26,6%
De 11 a 20 años	35	25,2%
De 5 a 10 años	25	18,0%
Válido De 21 a 25 años	17	12,2%
Menos de 5 años	14	10,1%
De 26 a 30 años	11	7,9%
Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N°05. Distribución porcentual del tiempo de ejercicio profesional en los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

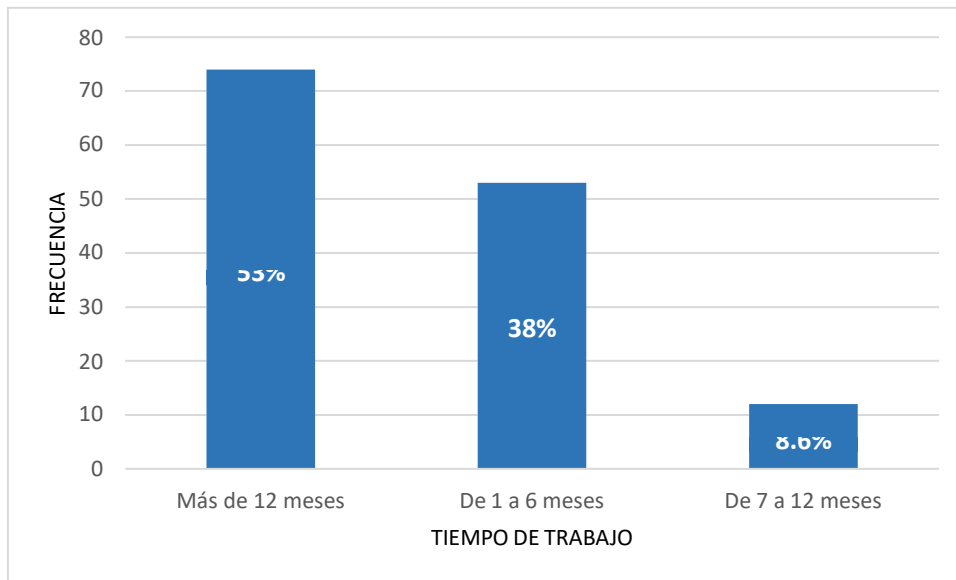
Interrogados sobre el tiempo en que los profesionales de la salud venían realizando trabajo remoto, el 53,2% refirió estar haciéndolo por más de 12 meses, como se muestra en la Tabla y Figura N° 06.

Tabla N°06. Distribución del tiempo que los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur realizan trabajo remoto – Lima 2021

Tiempo en que realiza trabajo remoto	Frecuencia	Porcentaje
Más de 12 meses	74	53,2%
De 1 a 6 meses	53	38,1%
De 7 a 12 meses	12	8,6%
Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N°06. Distribución porcentual del tiempo que el profesional de la salud desarrolla trabajo remoto – Lima 2021.



Fuente: Elaboración propia - base de datos

4.1.2. Análisis de las variables

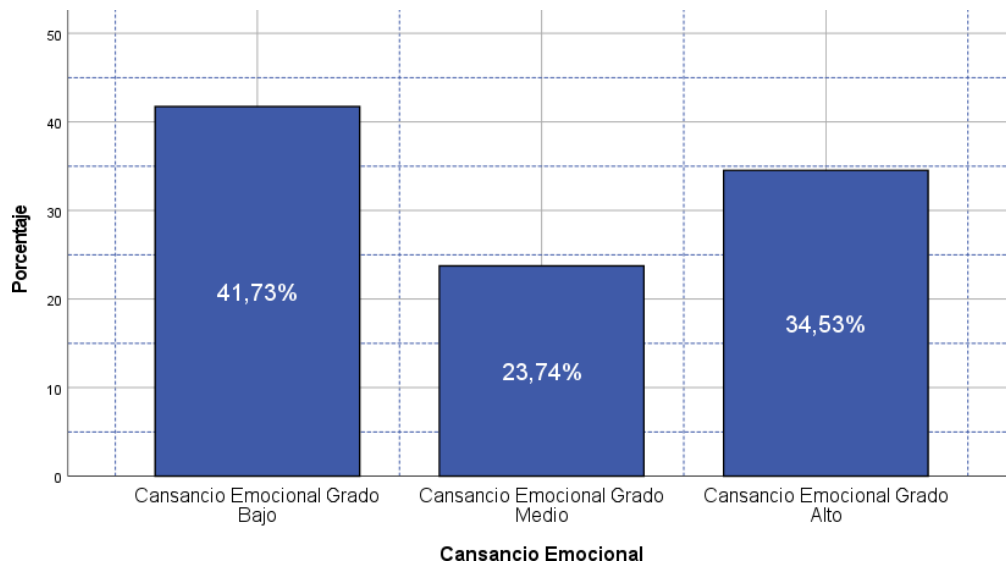
Analizada la dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout, se encontró que todos los participantes presentaron algún grado de afectación en ésta dimensión; así, el 41.7% de la población presentaba cansancio emocional de grado bajo y un 34,5% tuvo cansancio emocional de grado alto, como se muestra en la Tabla y Figura N° 07.

Tabla N°07. Distribución del “cansancio emocional” en los profesionales de la salud en trabajo remoto en el contexto de pandemia, Lima 2021

	Cansancio emocional	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Cansancio Emocional Grado Bajo	58	41,7%
	Cansancio Emocional Grado Medio	33	23,7%
	Cansancio Emocional Grado Alto	48	34,5%
	Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N° 07. Distribución porcentual de la dimensión grado de cansancio emocional en profesionales de la salud de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

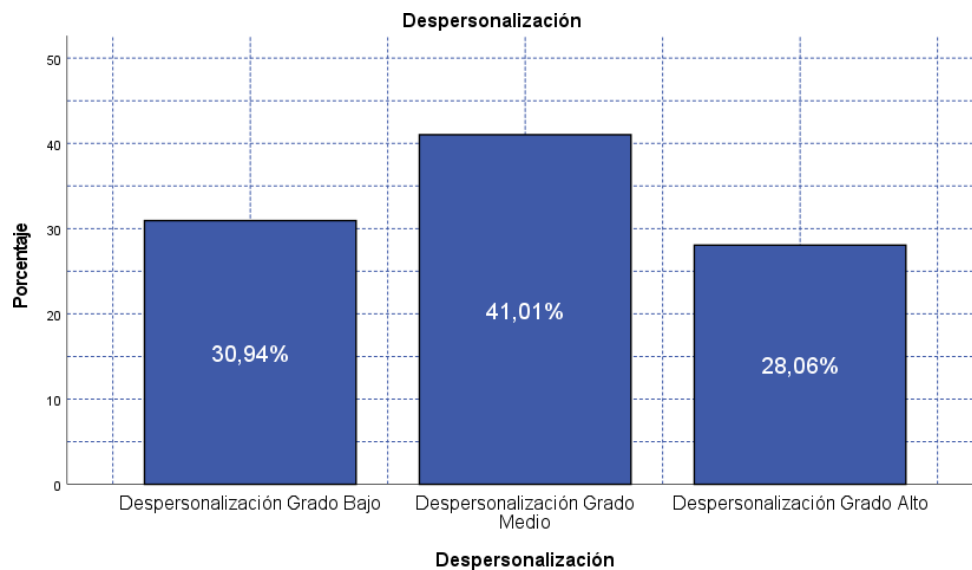
Respecto a la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout, se encontró que el 41.0% y el 28.1% presentaban despersonalización de grado medio y alto respectivamente, tal como se muestra en la Tabla y Figura N° 08.

Tabla N° 08. Distribución del grado de despersonalización de los profesionales de la salud en trabajo remoto en el contexto de pandemia, Lima 2021

	Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Despersonalización Grado Bajo	43	30,9%
	Despersonalización Grado Medio	57	41,0%
	Despersonalización Grado Alto	39	28,1%
	Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N° 08. Distribución porcentual de la dimensión despersonalización en los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto, según gradación – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

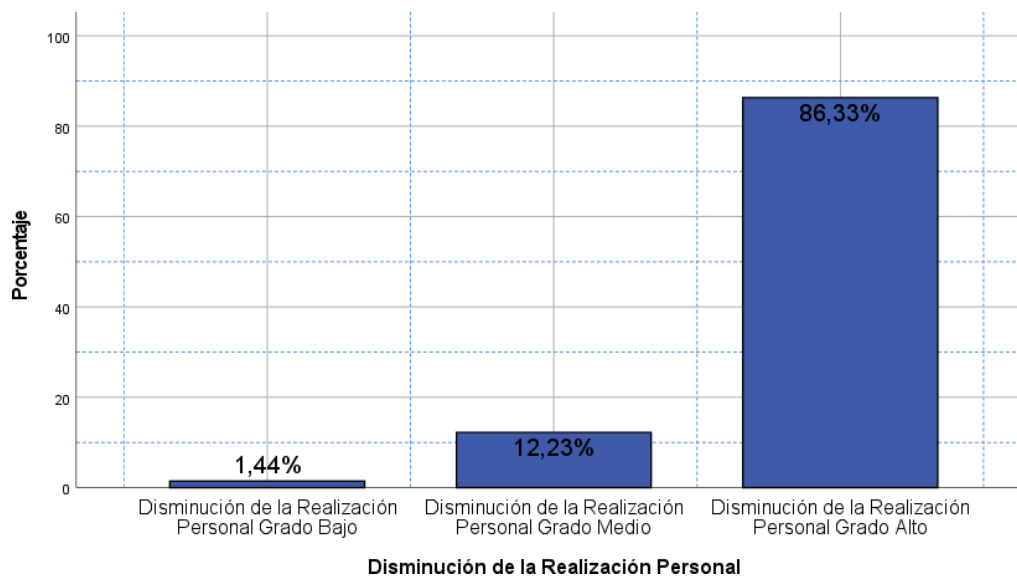
Analizada la “realización personal” del Síndrome de Burnout, se encontró un grado alto de afectación de esta en el 86.3% de la población en estudio, como se muestra en la Tabla y Figura N° 09.

Tabla N° 09. Distribución para grado de la realización personal de la salud en trabajo remoto por contexto de pandemia, Lima 2021

Disminución de la Realización Personal		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Realización Personal Grado Bajo	2	1,4%
	Realización Personal Grado Medio	17	12,2%
	Realización Personal Grado Alto	120	86,3%
Total		139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N° 09. Distribución porcentual de la dimensión realización personal en los profesionales de la salud de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

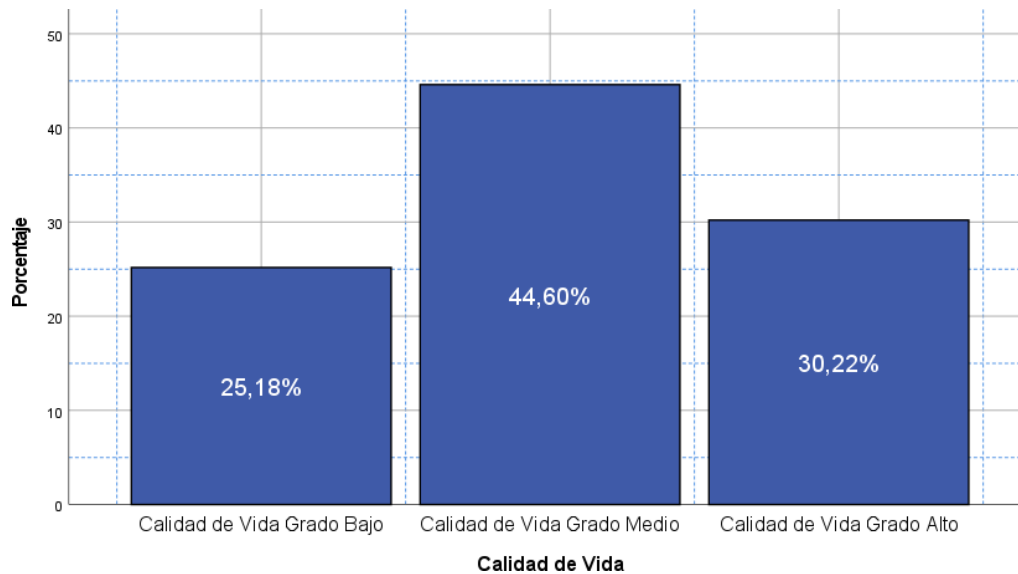
Examinada la “Calidad de vida” se halló que el 100% de la población presentó algún grado de afectación de la misma, siendo que el 74.8% tuvo una afectación de grado medio y alto, con un 44,6% y 30.2% respectivamente, como se muestra en la Tabla y Figura N° 10.

Tabla N° 10. Distribución de afectación de la calidad de vida en los profesionales de la salud de la DIRIS LS en trabajo remoto en el contexto de pandemia, según grado – Lima 2021

	Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Calidad de Vida Grado Bajo	35	25,2%
	Calidad de Vida Grado Medio	62	44,6%
	Calidad de Vida Grado Alto	42	30,2%
	Total	139	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Figura N° 10. Distribución porcentual de la afectación de la calidad de vida en los profesionales de la salud de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021.



Fuente: Elaboración propia - base de datos

4.1.3. Contrastación de hipótesis

4.1.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor <0,05)

H₀: No existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor >0,05)

Nivel de Significancia: 0,05

Elección de Estadístico de Prueba: Tablas cruzadas, Figura de barras de error para intervalo de confianza y Rho de Spearman

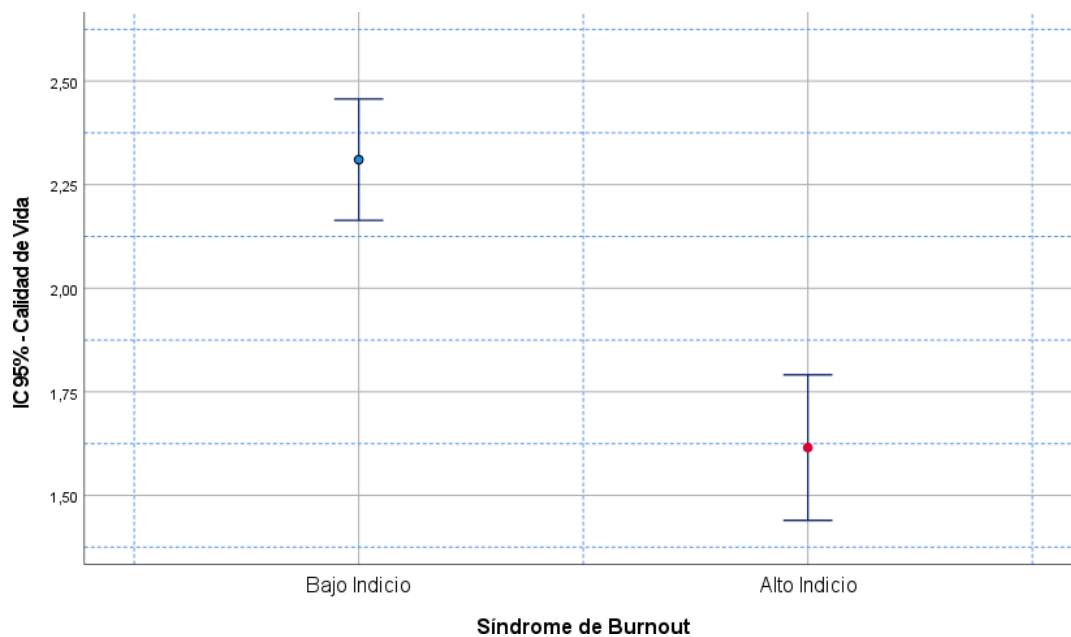
Tabla N° 11. Tabla cruzada: Síndrome de Burnout y calidad de vida de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

<i>Calidad de Vida</i>				
<i>Síndrome de Burnout</i>	Calidad de Vida Grado Bajo	Calidad de Vida Grado Medio	Calidad de Vida Grado Alto	Total
<i>Alto indicio de Síndrome de Burnout</i>	24 17,3%	24 17,3%	4 2,9%	52 37,4%
<i>Bajo indicio de Síndrome de Burnout</i>	11 7,9%	38 27,3%	38 27,3%	87 62,6%
<i>Total</i>	35 25,2%	62 44,6%	42 30,2%	139 100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Se observó una mayor frecuencia de eventos al relacionar calidad de vida de grado bajo con alto indicio de Síndrome de Burnout (17.3%). Por otra parte, se encontró que la calidad de vida de grado medio y alto se relacionaba con un bajo indicio de Síndrome de Burnout con un 27,3% respectivamente.

Figura N°11. Figura de barras de error para IC 95% Síndrome de Burnout y Calidad de Vida en profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

El Figura N°11 barras de error, muestra la correlación inversa que se presentan al relacionar las variables: a mayor indicio de Síndrome de Burnout, menor grado en la calidad de vida.

Tabla N° 12. Correlación bivariada “Síndrome de Burnout y Calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

		Síndrome de Burnout	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Síndrome de Burnout	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	139
	Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-,453
		Sig. (bilateral)	<,001
		N	139

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

El análisis estadístico de correlación de Spearman permitió obtener el resultado de - **0,453** para un **p-valor** < 0,001 (probabilidad < 0,05%), lo que nos permite aceptar la hipótesis de investigación (hipótesis alterna): **“Existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19”**. Se observa además que esta relación es una correlación negativa (moderada), es decir, a mayor presencia de Síndrome de Burnout, menor calidad de vida.

4.1.3.2. Hipótesis específica 1

Hi: Existe relación entre significativa la dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor <0,05)

Ho: No existe relación entre la significativa dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor >0,05).

Nivel de Significancia: 0,05

Elección de Estadístico de Prueba: Tablas cruzadas, Figura de barras de error para intervalo de confianza y Rho de Spearman.

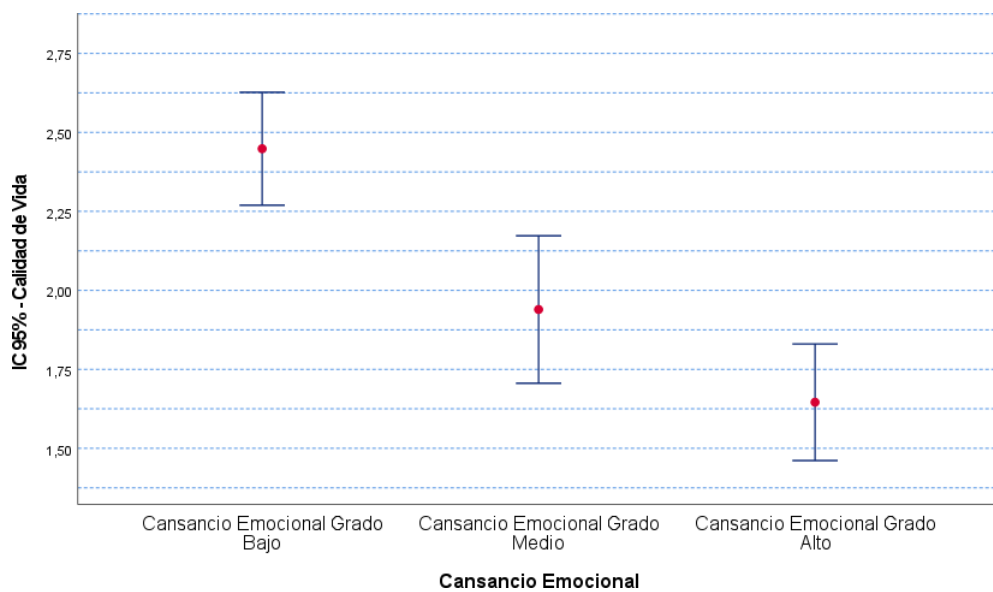
Tabla N° 13. Tabla Cruzada: Cansancio emocional y calidad de vida de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

<i>Calidad de vida</i>				
<i>Cansancio Emocional</i>	Calidad de Vida Grado Bajo	Calidad de Vida Grado Medio	Calidad de Vida Grado Alto	Total
<i>Cansancio Emocional Grado Bajo</i>	6 4,3%	20 14,4%	32 23,0%	58 41,7%
<i>Cansancio Emocional Grado Medio</i>	8 5,8%	19 13,7%	6 4,3%	33 23,7%
<i>Cansancio Emocional Grado Alto</i>	21 15,1%	23 16,5%	4 2,9%	48 34,5%
<i>Total</i>	35 25,2%	62 44,6%	42 30,2%	139 100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Contrastando la dimensión “cansancio emocional” vs “calidad de vida” de los profesionales de la salud de la DIRIS LS que realizan trabajo remoto, se encontró una afectación de grado alto de ésta dimensión con una calidad de vida baja y media en 15.1 y 16.5% respectivamente. Asimismo, se halló un “cansancio emocional” de grado bajo con “calidad de vida” de grado alto en un 23,0%.

Figura N° 12. Figura de barras de error para IC 95% “cansancio emocional vs calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

Trasladados los hallazgos signados en la tabla N° 13 a un Figura de barras de error (Figura N° 12), se observa la existencia de una correlación inversa: a mayor grado de cansancio emocional, menor grado en la calidad de vida.

Tabla N° 14. Correlación bivariada “cansancio emocional vs calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

		Cansancio Emocional	Calidad de Vida	
Rho de Spearman	Cansancio Emocional	1,000	-,477**	
	Calidad de Vida	-,477**	1,000	
		Sig. (bilateral)	.	<,001
		N	139	139
		Sig. (bilateral)	<,001	.
		N	139	139

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

Al analizar el estadístico de correlación de Spearman se obtuvo un resultado de **-0,477** para un **p-valor <0,001** (probabilidad < 0,05), lo que nos permite aceptar la hipótesis de investigación (hipótesis alterna): **“Existe relación significativa entre la dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la DIRIS LS, que realizan trabajo remoto”**. Se observa además que esta relación es una correlación negativa (moderada), es decir, a mayor cansancio emocional, menor calidad de vida.

4.1.3.3. Hipótesis específica 2

H_i: Existe relación significativa entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor <0,05)

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor >0,05)

Nivel de Significancia: 0,05

Elección de Estadístico de Prueba: Tablas cruzadas, Figura de barras de error para intervalo de confianza y Rho de Spearman.

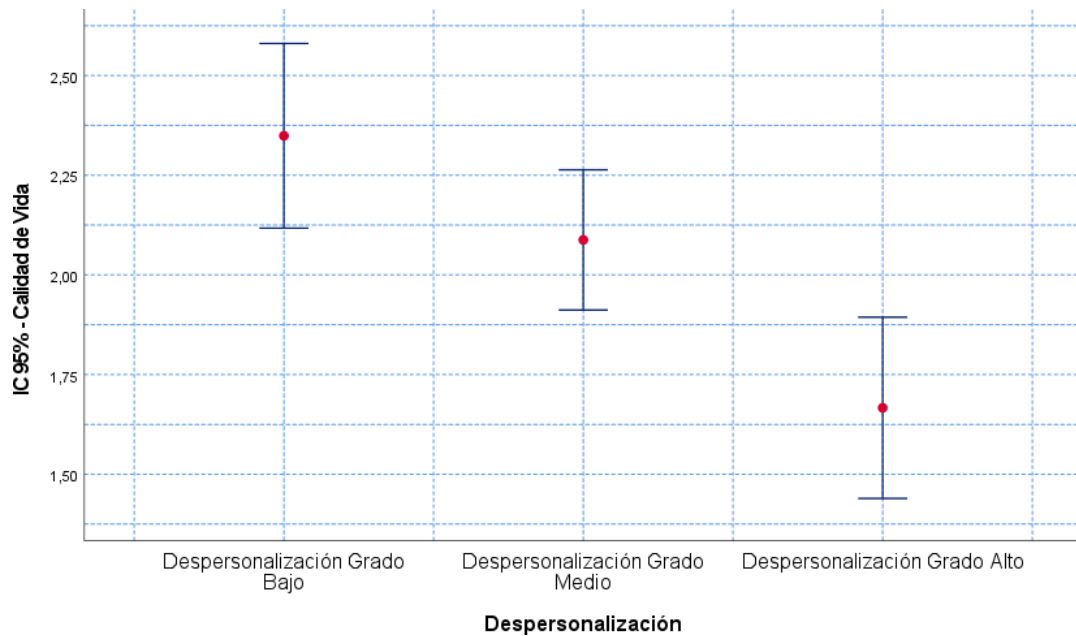
Tabla N°15. Tabla cruzada: Despersonalización y calidad de vida de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

<i>Calidad de Vida</i>				
<i>Despersonalización</i>	Calidad de	Calidad de	Calidad de	Total
	Vida Grado	Vida Grado	Vida Grado	
	Bajo	Medio	Alto	
<i>Despersonalización</i>	7	14	22	43
<i>Grado Bajo</i>	5,0%	10,1%	15,8%	30,9%
<i>Despersonalización</i>	10	32	15	57
<i>Grado Medio</i>	7,2%	23,0%	10,8%	41,0%
<i>Despersonalización</i>	18	16	5	39
<i>Grado Alto</i>	12,9%	11,5%	3,6%	28,1%
<i>Total</i>	35	62	42	139
	25,2%	44,6%	30,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Al contrastar la dimensión “despersonalización” vs “calidad de vida” de los profesionales de la salud de la DIRIS LS que realizan trabajo remoto, se encontró una relación entre la despersonalización de grado medio y calidad de vida de grado medio en un 23%; una despersonalización de grado bajo con calidad de vida de grado alto en un 15,8% y una despersonalización de grado alto con calidad de vida de grado bajo en el 12,9%.

Figura N°13. Figura de barras de error para IC 95% “despersonalización vs calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

Analizados los hallazgos en una tabla de barras de error (Figura N° 13), se observa una correlación inversa entre la dimensión “despersonalización” y la calidad de vida: a mayor despersonalización de grado alto, menor grado de calidad de vida.

Tabla N° 16. Correlación bivariada “despersonalización vs calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

		Depersonalización	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Despersonalización	1,000	-,351
		.	<,001
		139	139
Calidad de Vida		-,351	1,000
		<,001	.
		139	139

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

El análisis del estadístico de correlación de Spearman fue de - **0,351** para un **p-valor** < 0,001 (probabilidad < 0,05), lo que nos permite aceptar la hipótesis de investigación (hipótesis alterna): **“Existe relación significativa entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la DIRIS LS, que realizan trabajo remoto”**. |.

4.1.3.4. Hipótesis específica 3

H_i: Existe relación significativa entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor <0,05)

H₀: No existe relación significativa entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19. (p-valor >0,05)

Nivel de Significancia: 0,05

Elección de Estadístico de Prueba: Tablas cruzadas, Figura de barras de error para intervalo de confianza y Rho de Spearman

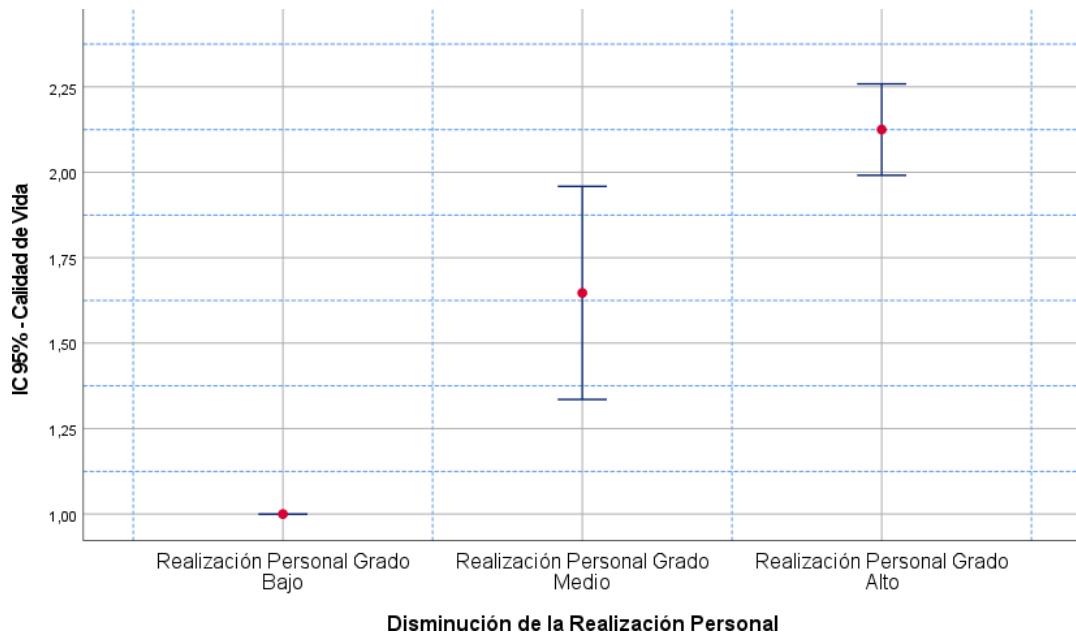
Tabla N° 17. Tabla cruzada: Realización personal y calidad de vida de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

<i>Calidad de Vida</i>				
<i>Realización Personal</i>	Calidad de	Calidad de	Calidad de	Total
	Vida Grado	Vida Grado	Vida Grado	
	Bajo	Medio	Alto	
<i>Realización Personal</i>	2	0	0	2
<i>Grado Bajo</i>	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%
<i>Realización Personal</i>	7	9	1	17
<i>Grado Medio</i>	5,0%	6,5%	0,7%	12,2%
<i>Realización Personal</i>	26	53	41	120
<i>Grado Alto</i>	18,7%	38,1%	29,5%	86,3%
<i>Total</i>	35	62	42	139
	25,2%	44,6%	30,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia - base de datos

Examinando la dimensión “realización personal” vs “calidad de vida” de los profesionales de la salud de la DIRIS LS que realizan trabajo remoto, se halló un grado alto de realización personal con un grado medio, alto y bajo de calidad de vida en un 38,1, 29,5 y 18.7% respectivamente.

Figura N°14. Figura de barras de error para IC 95% “realización personal vs calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021



Fuente: Elaboración propia - base de datos

El Figura N° 14 muestra las barras de error para la dimensión realización personal y calidad de vida; en ella se observa una correlación de concordancia positiva: a mayor grado de realización personal, mayor grado de calidad de vida.

Tabla N°18. Correlación bivariada “realización personal vs calidad de vida” de los profesionales de la DIRIS LS en trabajo remoto – Lima 2021

			Realización Personal	Calidad de Vida
Rho de Spearman	Realización Personal	Coeficiente de correlación	1,000	,257
		Sig. (bilateral)	.	,002
	Calidad de Vida	N	139	139
		Coeficiente de correlación	,257	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	139	139

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

Al analizar el estadístico de correlación de Spearman se obtuvo un resultado de **0,257** para un **p-valor** de 0,002 (probabilidad < 0,05%), lo que nos permite aceptar la hipótesis de investigación (hipótesis alterna): **“Existe relación significativa entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la DIRIS LS, que realizan trabajo remoto”**. Se observa además que esta relación es una correlación positiva (baja) es decir, a mayor realización personal, mayor calidad de vida.

Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones

5.1. Discusión

Al analizar los resultados de las características socio demográficas de los 139 profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur en trabajo remoto, encontramos que el 75,54% de la población correspondió al sexo femenino y el 24.46% al sexo masculino. Estos hallazgos se condicen con en el estudio realizado de (Trujillo 2020) en Colombia, (Yun Yi 2020) – Kaohsiung Medical University Hospital en Taiwan y (Morales 2019) en Perú, con poblaciones femeninas que alcanzaron el 70, 82 y 80% respectivamente; esta situación podría estar revelando el creciente empoderamiento y participación de las mujeres en las actividades formales del cuidado de la salud de las personas.

El grupo etario varió entre 20 a 69 años, sin embargo, dos grupos etarios obtuvieron porcentajes de mayor significancia entre el grupo de 30 a 39 años que alcanzó un 23,74% y el de 60 a 69 años con un 33,09%, congregando entre ambos al 56.8% del total de la población intervenida. (Salgado-Roa 2019) demostró en su estudio una población cuyos rango de edades variaron entre los 20 y 60 años, para Yun Yi fue de 21 a 69 años con una media de 40; para (Morales 2019) el 86% de la misma estuvo entre 31 y 50 años de edad, poblaciones estudiadas que guardan similitud con lo encontrado con nuestros hallazgos. Esta característica que pareciera ser común a muchos de los estudios contrastados, toma relevancia sobretodo para el nuestro pues, casi la tercera parte de la personal de salud pertenece ya a la denominada población “adulta mayor” (mayores de 60 años), población que a corto plazo y mediano plazo y según las normas laborales existentes, tendrán que ser cesados en sus actividades asistenciales, lo que implicaría para el Estado, valorar el reemplazo oportuno de los mismos.

Los profesionales médicos y de enfermería constituyeron el 41% de la población intervenida, correspondiéndoles un 20,9% y 20,1% respectivamente. El 49,6% de los encuestados refirió ser casados/as, mientras que el 36% solteros. Cifras semejantes se reportaron en los estudios realizados por (Carlosama 2021) en Ecuador y (Trujillo 2020) en Colombia, con porcentajes que registraron un 25 y

21.8% para el primero de los citados y de un 30% para profesionales médicos y enfermeras en el segundo de los casos. Esto reafirma lo encontrado en otros estudios en los cuales son los médicos y las enfermeras los grupos ocupacionales que tienen mayor presencia en la atención de las personas en nuestros servicios de salud.

Asimismo y respecto al estado civil de los participantes, los grupos de solteros y casados son los prevalentes dentro de las poblaciones estudiadas, así, (Salgado-Roa, 2019) encuentra que el porcentaje de casados y solteros son de 37.9 y 46.7 respectivamente, mientras que (Carlosama, 2021) en Ecuador reporta un 44.15 y 44.68% para cada uno de ellos. Esta condición que se describe como parte de las características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas, deberían ser valoradas con mayor rigor en el contexto de que podría ser un elemento coadyuvante a la presencia del Síndrome de Burnout, por cuanto consideramos que la condición de ser casado podría conllevar una mayor generación de estrés ya que por lo general, existe una carga familiar a la cual hay que atender.

Se halló que el 46.7% de los participantes señalaron estar ejerciendo su profesión por más de 21 años; un 26.6% por más de 30 años y el 25.2% indicó haberlo realizado entre 11 y 20 años. Esta condición que si bien se señala como parte de la estadística descriptiva en los estudios revisados, aparentemente no ha sido contrastada como elemento que podría o no generar estrés en el profesional de la salud; estudios a posteriori podrían considerar esta posibilidad, a fin de poder determinar si el estrés sólo es generado por el trabajo o tienen origen diferente.

El 53,2% los profesionales refirió estar realizando trabajo remoto por más de 12 meses, el 8.6% lo hizo entre 7 a 12 meses y el 38.1% restante, entre 1 y 6 meses. Esta característica que se presenta como uno de los criterios exigidos para la inclusión en el presente estudio, debería ser contrastada en estudios posteriores a fin de valorar si éste se constituye en un factor que incrementa o disminuye la presencia de Burnout en los trabajadores que realizan este tipo de actividad.

Se evidenció que todos los participantes presentaron algún grado de afectación de las 3 dimensiones del Síndrome de Burnout: así, el 41.7% presentó

“cansancio emocional” de grado bajo, el 23.7% de grado medio y el 34,5% restante, grado alto. El 30.9% presentó “despersonalización” de grado bajo, 41.0% de grado medio y el 28.1% restante, grado alto. En lo que respecta a dimensión “realización personal” el 1.4% tuvo un grado bajo, el 12.2% presento un grado medio y un grado alto el 86.3% de la población.

Para el cansancio emocional, hallazgos similares fueron descritos por (Vidotti V, 2018), (Trujillo Palacio, 2020) y (Vinueza-Veloz, 2020) en sus respectivos estudios, encontrando grados altos de cansancio emocional en el 31.8%, 36.4% y 27.13% de la población respectivamente ; sin embargo, los valores de las frecuencias y por ende los porcentajes más altos mostraron una afectación de grado bajo. Así nosotros reportamos un 41.7%, mientras que Trujillo obtuvo 42.4%, Vinueza-Veloz un 63.83% y (Mariños 2019) en su investigación “Síndrome de Burnout en enfermeras del servicio de emergencias del Hospital Nacional Luis N. Saénz. P.N.P. Lima. 2019” registró un 73.2% de profesionales de la salud con grado bajo de cansancio emocional.

Estas diferencias pueden estar relacionadas no solo con el tipo de profesión u ocupación de los individuos sujetos a estudio, sino también, al tipo de establecimiento, servicio, actividad que desarrollan, capacidad resolutive e incluso actitudes y capacidades profesionales y personales, dado que las condiciones de estrés son diferentes tanto en su origen como en su manejo.

Para la dimensión “despersonalización” porcentajes análogos fueron hallados en el estudio desarrollado por (Jaramillo H. 2020) “Síndrome de burnout producido por COVID-19 en personal del Centro de Salud Sauces, Guayaquil - Ecuador, 2020” y (Trujillo T)., “Síndrome de Burnout en trabajadores que laboran en diferentes áreas de los servicios de salud en Antioquia, durante la pandemia ocasionada por COVID-19 en el año 2020”; nosotros reportamos 41% de despersonalización de grado medio, Jaramillo 45% y Trujillo 30.9%; con despersonalización de grado bajo se halló 30.9%, Jaramillo 35% y Trujillo en 41.8% y de alto grado, 28.1%, 20 y 27.3% respectivamente.

Para la dimensión de “realización personal”, nuestro estudio reveló que el 86.3% de la población investigada presentaba un grado alto en esta extensión; este hallazgo se correlaciona con los hallazgos reportados por (Mariños T. 2019) cuyo

75% de su universo presentó la misma gradación. Lo señalado difieren de lo encontrado por (Vinueza-Veloz 2020), (Trujillo T. 2020), (Jaramillo H. 2020), (Cervera P. 2021) y (Morales E. 2019) que si bien es cierto, presentan el mayor porcentaje de sus poblaciones con grado alto de realización, los rangos de sus hallazgos van entre 50.3 a 56%.

La diferencia hallada podría deberse a las características de las poblaciones en las que se desarrolló las intervenciones así como del tipo de actividad que realizan.

Respecto a la “*Calidad de vida*” encontramos que el 25.2% de la población en estudio presentaba un grado bajo de la misma, el 44.6% un grado medio y el 30.2% un grado alto. Lo reportado revela que el mayor porcentaje de la población involucrada en nuestro estudio presenta una calidad de vida de grado medio, hallazgo similar que encontró por (Vilela C. 2021) y (Morales E. 2019) que reportan en esta gradación 67 y 72% respectivamente, a diferencia de lo expuesto por (Vinueza-Veloz 2020) que reporta en su estudio un 60.94% de la población con alto grado de calidad de vida.

Nuestros hallazgos evidenciaron que existe correlación negativa moderada entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizaban trabajo remoto en el contexto del COVID 19, obteniéndose Rho de Spearman de -0,453 para un p-valor de <0,001, estadísticamente significativo.

(Morales 2020) y (Vilela 2021) encontraron correlaciones en el mismo sentido pero con diferentes fuerzas de asociación, así para Morales la correlación fue negativa fuerte (Rho de Spearman de -0,829% y p valor de 0.000), mientras que Vilela obtuvo una correlación baja (Rho de -0,310 y p= 0,000 < 0,01). Esta diferencia podría explicarse por la actividad que cada profesional de salud desarrolla.

Encontramos asimismo que las tres dimensiones del Síndrome de Burnout se relacionan con la afectación de la calidad de vida de los profesionales de la salud en estudio; así, para la dimensión “cansancio emocional” se halló una correlación

negativa moderada (coeficiente de correlación de Spearman de -0,477 para un p-valor de $<0,001$). (Vidotti 2018) y (Vilela 2021) encontraron en sus investigaciones para estas variables, igual dirección pero baja intensidad (correlación negativa baja), para un Rho de Spearman de -0,325, un p valor de $<0,001$ y de -0,271 para un p valor de 0,019 ($< 0,05$) respectivamente.

La “despersonalización” presentó una correlación negativa baja (coeficiente de correlación de Spearman de -0,351 para un p-valor de $<0,001$). Estos valores se armonizan con los hallazgos hechos por Vidotti (2018) y Vilela (2021), que reportaron un Rho de Spearman de -0,376 considerando un p valor de $<0,001$ y de -0,386 para una significación estadística a nivel 0,01 ($p= ,001 < 0,01$) respectivamente; considerando éstas como correlaciones negativas baja y baja moderada para cada caso en particular.

Respecto a la tercera dimensión del Síndrome de Burnout “realización personal” encontramos una correlación positiva baja (coeficiente de correlación de Spearman de 0,2571 para un p-valor de $<0,002$). (Vilela 2021) al relacionar las variables detalladas, encontró en su investigación una correlación positiva muy baja para un Rho de 0,045 sin significación estadística ($p=0,701 > 0,05$). Por el contrario (Vidotti 2018), para las mismas variables, obtuvo un Rho de Spearman negativo de -0.310 con un p valor de $<0,001$, hallando por el contrario una correlación negativa.

5.2. Conclusiones

- El Síndrome de Burnout está relacionado significativamente con la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, se demostró que el trabajo remoto en los profesionales de salud en tiempos de Covid 19 fue un factor determinante del Síndrome de Burnout.
- El análisis de Spearman demostró que existe correlación significativa negativa moderada entre la dimensión “agotamiento emocional” del Síndrome de Burnout y el nivel de calidad de vida de los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur que realizan trabajo remoto en el contexto del Covid 19. (Rho de Spearman -0,477, p-valor <0,001).
- El análisis de Spearman demostró que existe una correlación significativa negativa baja entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y el nivel de calidad de vida de los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur que realizan trabajo remoto en el contexto del Covid 19 (Rho de Spearman -0,351, p-valor <0,001).
- El análisis de Spearman evidenció que existe una correlación significativa positiva baja entre la dimensión “realización personal” del Síndrome de Burnout y el nivel de calidad de los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur que realizan trabajo remoto en el contexto del Covid 19 (Rho de Spearman 0,257, p-valor <0,002).

5.3. Recomendaciones

1. Implementar actividades de información, educación y comunicación (IEC) dirigidas a los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur, a fin de que se reconozca tempranamente los síntomas y signos del Síndrome de Burnout, permitiendo a los gestores una intervención precoz.
2. Se debe continuar las investigaciones del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur y los riesgos sobre la calidad de vida de los mismos; conocimiento que también optimizar el

clima laboral, la calidad de la atención al cliente externo y los servicios de los establecimientos salud o la producción de la actividad remota.

3. Implementar actividades que permitan fortalecer o mejorar la esfera motivacional y el manejo de las emociones (habilidades blandas) en los trabajadores de la salud.
4. Implementar pausas activas y ejercicios kinésicos desde un enfoque de intervención en fisioterapia, dirigida a los profesionales de la salud de la DIRIS Lima Sur con algún grado de Síndrome de Burnout, a fin de garantizar una mejor calidad de vida y alivio de la sintomatología álgica que pudiese presentarse, sea que desarrollen trabajo remoto o presencial.

Fuentes de información

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2020. p. 4. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. Etienne C. OPS/OMS | Directora de OPS pide a ministros de Salud reorganizar los servicios de salud para atender a pacientes con COVID-19 y salvar vidas [Internet]. 2020. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15758:paho-director-to-health-ministers-reorganize-health-services-to-care-for-covid-19-patients-and-save-lives&catid=740&lang=es&Itemid=1926&utm_source=PAHO+Health+Systems+and+Services+
3. Galán J. Coronavirus y su impacto en la economía colombiana [Internet]. Universidad Sergio Arboleda. 2020 [cited 2021 May 13]. Available from: <https://www.usergioarboleda.edu.co/noticias/coronavirus-y-su-impacto-en-la-economia-colombiana/>
4. Banco Mundial. La COVID-19 (coronavirus) hunde a la economía mundial en la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial. Comun Prensa [Internet]. 2020 [cited 2021 May 13];19:209. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>
5. OIT. El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella Guía práctica [Internet]. Vol. 1, Oficina Internacional del Trabajo y la Fundación Europea. 2020. 52 p. Available from: www.ilo.org/publns.
6. Aghón G, Albuquerque F, Cortés P, Coelho FD. Desarrollo económico local y descentralización en América Latina: Análisis comparativo. CEPAL. 2001;317
7. Ministerio de Información y Telecomunicaciones (Min TIC), Ministerio del Trabajo Colombia (MinTrabajo), Colombia Digital. ABC del Teltrabajo en Colombia. Libr Blanco. 2001;1:1–97.
8. Campillo I. Políticas de conciliación de la vida laboral, personal y familiar en la Unión Europea. Inf UNAF. 2019;144.
9. Presidencia de la República del Perú. Ley No 30036 - Ley que regula el teletrabajo en Perú. D Of El Peru Normas Leg [Internet]. 2013;496509–10. Available from: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/DD7DF93E4B76742105257EF4000325BA/\\$FILE/30036.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/DD7DF93E4B76742105257EF4000325BA/$FILE/30036.pdf)
10. PwC Perú. Encuesta Gestión de crisis Covid-19. 2020

11. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú [Internet]. Diario Oficial del bicentenario el Peruano. 2020. p. 10–3. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/modifican-el-documento-tecnico-prevencion-diagnostico-y-tr-resolucion-ministerial-n-193-2020-minsa-1866159-4/>
12. Mumoli N. Burnout syndrome. *J Emerg Med.* 2012;43(2):349–50.
13. Leonardo Granados M., Chocó Cedillos A. Calidad de vida profesional y el Síndrome de Burnout en personal de enfermería del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt [revista en Internet] 2018 [citado 8 de diciembre del 2018]; 28 (1): [39]. *Rev Científica* [Internet]. 2018;28(2070–8246). Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/963798/calidad-de-vida.pdf>
14. Alonso Fernández M, Iglesias Carbajo AI, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria* [Internet]. 2002 [cited 2021 May 15];30(8):483–9. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656702790847?token=C9AB593BED27DEDD90CC01BD40F06407C57AF3245F811EE07A4BDE329313672C46BED73954FF69E6E3FD61CA648B7029&originRegion=u-s-east-1&originCreation=20210516001355>
15. García A. “Clima laboral y Síndrome de Burnout en trabajadores de la Policía Nacional del Perú, 2016.” Repositorio Universidad César Vallejo. 2016.
16. Vilela, C. Síndrome de Burnout y calidad asistencial en profesionales sanitarios de la clínica Semedic de Guayaquil por Covid 19, 2021. PE: Universidad César Vallejo; 2021. <https://hdl.handle.net/20500.12692/67572>
17. Carlosama Sarmiento PE. Influencia del síndrome burnout en la calidad de vida del personal sanitario del primer nivel de atención del distrito 10D02 año 2021 [Tesis de maestría en Internet]. ; 2021 [cited 2 June 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11684>
18. Vinuesa-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinuesa-Veloz MF. Burnout syndrome among Ecuadorian medical doctors and nurses during COVID-19 pandemic [Internet]. *SciELO Preprints.* 2020 [cited 2022 Jun. 18]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708>.
19. López Osorio, E. A., Cano, C. y Salazar Ospina. V. (2019). Caracterización del Síndrome de Burnout del personal de salud que labora en telemedicina, durante la pandemia COVID 19, en el convenio UT San Vicente CES. [Tesis de posgrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <http://hdl.handle.net/20500.12494/20449>
20. Lin YY, Pan YA, Hsieh YL, Hsieh MH, Chuang YS, Hsu HY, Et Al. COVID-19 pandemic is associated with an adverse impact on burnout and mood disorder in healthcare professionals. *Int J Environ Res Public Health.*

- 2021;18(7):3654.
21. Trujillo Palacio T, Moreno Agualimpia NR, Valencia Mesa HA. Síndrome de Burnout en trabajadores que laboran en diferentes áreas de los servicios de salud en Antioquía, durante la pandemia ocasionada por COVID19. Universidad de Antioquía; 2020.
 22. Jaramillo H, Fabrizio M. Síndrome de burnout producido por COVID-19 en personal del Centro de Salud Sauces, Guayaquil - Ecuador, 2020. 2020 [citado el 27 de junio de 2022]; Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCALIDAD DEVIDAV_1a14234c87dc1855e6f2b6a462a0facd](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCALIDAD_DEVIDAV_1a14234c87dc1855e6f2b6a462a0facd)
 23. Salgado-Roa JA, Leria-Dulčić FJ. Burnout, satisfacción y calidad de vida laboral en funcionarios de la salud pública chilenos. Univ y Salud. 2019;22(1):06–16.
 24. Vidotti V, Trevisan J, Quina M, Perfeito R, Cruz M. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. Enfermeria Global [revista en Internet] 2019 [acceso 06 de diciembre de 2021]; 55(1): 344-354. 2019;344–54. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/1695-6141-eg-18-55-344.pdf>
 25. Cervera P, Gabriela J. Síndrome de Burnout en el personal de un centro de salud de Jaén, en tiempo de pandemia covid-19. Universidad César Vallejo; 2022.
 26. Morales E. Síndrome de Burnout y calidad de vida profesional en el personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia de un Hospital de nivel II, Callao - 2019 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2020. Available from: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3666/T061_46124690_T.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 27. Mariños T, Angela L. Síndrome de Burnout en enfermeras del servicio de emergencias del Hospital Nacional Luis N. Saenz. P.N.P. Lima. 2019. 2019 [citado el 27 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5669>
 28. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Acad. 2010;0(112):42.
 29. Olivares Faundez V. Comprendiendo el burnout, Ciencia y trabajo. Cienc y Trab [Internet]. 2017;59–63. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059
 30. Gil-Monte P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología [revista en Internet] 1999 [acceso 26 de octubre de 2017]; 15(8): [261-268]. An Psicol. 1999;15(2):261–8.

31. Fernanda Vallejo-Villalobos M. El síndrome de desgaste en el área de salud. Rev Hematol Mex 2016 ene [Internet]. 2016;17(1):1–2. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2016/re161a.pdf>.
32. Carrillo-Esper R, Gómez Hernández K, De Los Monteros Estrada IE. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Med Interna Mex. 2012;28(6):579–84.
33. Li C del P. Universidad Nacional Federico Villarreal Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN [Internet]. Universidad Federico Villarreal; 2019. Available from: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3484/UNFV_Huamán_Zuniga_Zoraida_Olga_Segunda_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Montero-Marín J. El Síndrome de Burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. Anest analg reanim. 2016;29(1):4–4.
35. Saborio Morales L, Hidalgo Murillo LF. SÍNDROME DE BURNOUT. Asoc Costarric Med Leg y Discip Afines. 2015;32(1):291–5.
36. Torres E, González L, Gutiérrez V. Análisis del burnout y sus escalas de medición. Prax Investig Redie [Internet]. 2019;11(20):XX. Available from: [file:///C:/Users/usuario/Documents/CICLO4/METODOLOGIA/fundamentacion teorica/Dialnet-AnalisisDelBurnoutYSusEscalasDeMedicion-6951593.pdf](file:///C:/Users/usuario/Documents/CICLO4/METODOLOGIA/fundamentacion%20teorica/Dialnet-AnalisisDelBurnoutYSusEscalasDeMedicion-6951593.pdf)
37. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Acad. 2010;0(112):42.
38. Maslach C, Jackson S. MBI (Inventario De Burnout De Maslach). Consult Psychol Press. 1981;
39. Maslach C, Jackson SE. Cuestionario - Burnout. Mbi [Internet]. 1986;0(0):1–2. Available from: www.omint.com.ar
40. Murgieri M. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF. Desarro Programas Trat Asertivo Comunitario en Andalucía Doc marco Serv Andaluz Salud [Internet]. 2010;325–33. Available from: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf
41. OMS. Medición de la calidad de vida. Whoqol [Internet]. 1997;10. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>
42. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2007;12(1):11–24. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

43. Gómez LE, Verdugo MÁ, Arias B. Calidad de vida individual: Avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behav Psychol Psicol Conduct.* 2010;18(3):453–72.
44. Castillo Guzmán Antonio, Arocha Mariño Carmen, Castillo Arocha Ivette, Cueto Cañabate Michel E., Armas Rojas Nurys B.. Propuesta de un instrumento para medir calidad de vida relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas. *Rev Cubana Invest Bioméd [Internet].* 2009 Jun [citado 2021 Mayo 26] ; 28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200003&lng=es.
45. Power M, Kuyken W. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998 Jun 15;46(12):1569–85.
46. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme on mental health. WHO/HIS/HSI Rev. WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2012. 106 p
47. Gallusser P. Como Modalidad Laboral. *Creciente Av del teletrabajo como modalidad Labor.* 2005;10:1–15.
48. Ministerio de Trabajo y Promocion del empleo. Guia para la aplicacion del Trabajo Remoto [Internet]. Boletin Oficial del Estado. 2020. p. 12. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662676/guia_para_la_aplicacion_del_trabajo_remoto.pdf
49. Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto de Urgencia N° 026-2020. El Peru [Internet]. 2020;1–10. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-diversas-medidas-excepcion-decreto-de-urgencia-n-026-2020-1864948-1/%0Ahttps://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-complementarias-pa>
50. Presidencia de la República del Perú. Ley No 30036 - Ley que regula el teletrabajo en Perú. D Of El Peru Normas Leg [Internet]. 2013;496509–10. Available from: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/DD7DF93E4B76742105257EF4000325BA/\\$FILE/30036.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/DD7DF93E4B76742105257EF4000325BA/$FILE/30036.pdf)
51. Ministerio de Transportes y Comunicaciones. Políticas públicas de acceso a las Tecnologías de la Información y Comunicación. 2016;6. Available from: https://www.mtc.gob.pe/comunicaciones/regulacion_internacional/publicaciones/Publicaciones/Políticas Acceso TIC.pdf
52. Young E&. Teletrabajo: medio ambiente, economía y calidad de vida. *Club Investig Tecnológica.* 2013;Informe 44:31.
53. Urioste C. Teletrabajo: ventajas e inconvenientes |. *Pymes Online [Internet].* 2018; Available from: http://www.pymesonline.com/uploads/tx_icticontent/A027.pdf

54. Campo Panesso L, Ortegón Ortegón J. Síndrome de Burnout: Una revisión teórica. Univ la Sabana. 2012;1–40.
55. Gonzáles de Rivera y Revuelta JL. Síndrome de desgaste profesional. Estrés. 2007;53–60.
56. OMS. ¿Qué es calidad de vida? Foro Mund Salud [Internet]. 1996;17(4):385–7. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstr
57. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Med y Lab. 2020;24(3):183–205.
58. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISÍNDROME DE BURNOUTN: 978-1-4562-6096-5, 714 p. disponible: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
59. Arispe Alburqueque CM. La investigación científica. 1°. Universidad Internacional del Ecuador; 2020. 130 p.
60. Toledo N. Población y muestra. Poblacion y Muestra. México; 2016.
61. Mejía E. Tecnicas e instrumentos de investigación. Métodos, técnicas e instrumentos Investig [Internet]. 2005;(9972-834-08–05):239. Available from: <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasU6/tecnicas.pdf>
62. Austria Corrales F, Cruz Valdes B, Herrera Kienhelger L, Salas Hernández J. Relaciones Estructurales entre Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout en personal de salud: Un estudio de validez externa y de constructo. Univ Psychol. 2011;11(1):197–206.
63. Rivera-Ávila DA, Rivera-Hermosillo JC, González-Galindo C. Validación de los cuestionarios CALIDAD DE VIDAP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. Investig en Educ Médica [Internet]. 2017;6(21):25–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>
64. Oliva Segura GJ. Síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de salud del Hospital María Auxiliadora - Lima 2017. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2018;89. Available from: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1181/114_-_GERARDO_OLIVA_URP_30_OCT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
65. Rocha NS da, Fleck MP de A. Validity of the Brazilian version of

WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):147–53.

66. Cardona-Arias JA, Hernández-Petro AM, León-Mira V. Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Rev Colomb Reumatol*. 2014;21(2):57–64.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: SÍNDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 – LIMA 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión “agotamiento emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?.</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?.</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión “agotamiento emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión “cansancio emocional” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión “despersonalización” del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.</p>	Variable 1: SÍNDROME DE BURNOUT				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala valores	Niveles o rangos
				<p>Agotamiento emocional Cansancio laboral Sensación de fatiga</p> <p>Sentimientos personales Sentimiento de dureza Sentimiento de entendimiento Sentimiento de poca atención</p> <p>Sentimiento de entendimiento al otro Sentimiento de trato efectivo Sentimiento de influencia positiva Estímulo laboral Aporte valioso al trabajo realizado Sentimiento de solución de problemas</p>	<p>1, 13 2, 3, 6, 8, 14, 16 y 20</p> <p>5,10,11,15,22</p> <p>4,7,9,12,17,18,19,21</p>	<p>0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez por mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes 4 = Una vez a la semana 5 = Unas pocas veces a la semana 6 = Todos los días</p>	<p>BAJO (22-58)</p> <p>MEDIO (58-94)</p> <p>ALTO (95-132)</p>

<p>¿Existe relación entre la dimensión "realización personal" del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19?</p>	<p>Identificar la relación entre la dimensión "realización personal" del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID19.</p>	<p>Existe relación significativa entre la dimensión "realización personal" del Síndrome de Burnout y la calidad de vida de los profesionales de la salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, que realizan trabajo remoto en el contexto del COVID 19.</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>ENFOQUE: Cuantitativo</p> <p>MÉTODO. Hipotético-deductivo</p> <p>TIPO: Básica</p> <p>DISEÑO: Correlacional</p> <p>NIVEL: Descriptivo correlacional</p> <p>DISEÑO: No experimental - Transversal</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Conformada por profesionales de la salud de la Dirección Integrada de Redes de Salud Lima Sur (DIRIS LS), que desarrollaban trabajo remoto durante el año 2021.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Muestra censal, conformada por 139 profesionales de la salud de la Dirección Integrada de Redes de Salud Lima Sur (DIRIS LS) que realizaban trabajo remoto.</p> <p>MUESTREO</p> <p>Se utilizó muestra censal (padrón nominal)</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>Encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS:</p> <p>Cuestionario de Síndrome de Burnout</p> <p>Cuestionario de calidad de vida</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tablas de frecuencia - Figuras estadísticas <p>INFERENCIAL:</p> <p>Para la prueba de Hipótesis se realizarán cálculos estadísticos necesarios mediante las fórmulas de Correlación de Spearman</p> $r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$ <p>Dónde:</p> <p>r_s = Coeficiente de correlación por rangos de Spearman</p> <p>d = Diferencia entre los rangos (X menos Y)</p> <p>n = Número de datos</p>

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ANEXO 3: CUESTIONARIO SINDROME BURNOUT – MBI

Este cuestionario 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. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 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.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
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 he hecho 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 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 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	

EVALUACIÓN:

El resultado de este cuestionario se obtiene en 3 variables numéricas con los siguientes puntos de corte: CE bajo, ≤ 18 , CE medio de 19-26 y CE alto, ≥ 27 ; DP bajo, ≤ 5 , DP media de 6-9 y DP alta, ≥ 10 , y RP, baja ≤ 33 , RP media de 34-39 y RP alta, ≥ 40 .

Las subescalas de CE y DP indican mayor desgaste a mayor puntuación. La RP funciona en sentido inverso, indicando mayor desgaste las puntuaciones bajas. Estas 3 dimensiones consideran el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de Burnout, puntuaciones altas en AE y DP y baja en RP definen el síndrome. Consideramos como prevalencia de Burnout niveles altos en al menos una de las 3 dimensiones.

ANEXO 4: APROBACION EXPERTO 1 – CUESTIONARIO WHOQOL-BREF



ANEXO N° VALIDACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS

Escala de Calidad de Vida WHOQOL BREF

I- **Objetivo:** Obtener la validez del contenido del instrumento de recolección de datos.

Estimado(a) juez Experto(a): de acuerdo al objetivo arriba mencionado sírvase marcar con un aspa (x) su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, a su vez agradezco anticipadamente su apreciación y observaciones pertinentes.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	X		
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	X		
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	X		
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	X		
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	X		
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	X		
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?		X	
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?		X	
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	X		

Apellidos y nombres del juez: **Rosa Nancy Alamo Zapata**

LUGAR Y FECHA	DNI	GRADO ACADEMICO	CELULAR
Los Olivos 29/05/21	06590715	Magister en Gestión de Los Servicios de la Salud	946 223 170

FIRMA _____

ANEXO 5: APROBACION EXPERTO 2 – CUESTIONARIO WHOQOL-BREF



ANEXO N° VALIDACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS

Escala de Calidad de Vida WHOQOL BREF

I- Objetivo: Obtener la validez del contenido del instrumento de recolección de datos.

Estimado(a) juez Experto(a): de acuerdo al objetivo arriba mencionado sírvase marcar con un aspa (x) su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, a su vez agradezco anticipadamente su apreciación y observaciones pertinentes.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	X		
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	X		
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	X		
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	X		
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	X		
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	X		
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?		X	
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?		X	
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	X		

Apellidos y nombres del juez: **Quispe Tacuri Norma Delia**

LUGAR Y FECHA	DNI	GRADO ACADEMICO	CELULAR
San Juan de Miraflores 29/05/21	10014028	Magister en Gestión de Los Servicios de la Salud	922251974

FIRMA _____

ANEXO 6: APROBACION EXPERTO 3 – CUESTIONARIO WHOQOL-BREF



ANEXO N° VALIDACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

I. Objetivo: Obtener la validez del contenido del instrumento de recolección de datos. Estimado(a) juez Experto(a): de acuerdo al objetivo arriba mencionado sírvase marcar con un aspa (x) su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, a su vez agradezco anticipadamente su apreciación y observaciones pertinentes.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	X		
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	X		
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	X		
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	X		
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	X		
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	X		
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?		X	
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?		X	
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	X		

Apellidos y nombres del juez: **Campos Rivero Oscar Alberto**

LUGAR Y FECHA	DNI	GRADO ACADEMICO	CELULAR
San Juan de Miraflores, 28/05/2021	08955250	Maestro en Salud Pública M00229	996562237

FIRMA _____

ANEXO 7: APROBACION EXPERTO 1 – CUESTIONARIO MBI



ANEXO N° VALIDACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS Cuestionario MALASH BURNOUT INVENTORY (MBI)SBO

I- **Objetivo:** Obtener la validez del contenido del instrumento de recolección de datos.

Estimado(a) juez Experto(a): de acuerdo al objetivo arriba mencionado sírvase marcar con un aspa (x) su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, a su vez agradezco anticipadamente su apreciación y observaciones pertinentes.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	X		
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	X		
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	X		
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	X		
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	X		
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?	X		
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de datos?		X	
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de datos?		X	
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	X		

Apellidos y nombres del juez: **Rosa Nancy Alamo Zapata**

LUGAR Y FECHA	DNI	GRADO ACADEMICO	CELULAR
Los Olivos 29/05/21	06590715	Magister en Gestión de Los Servicios de la Salud	946 223 170

FIRMA _____

ANEXO 8: APROBACION EXPERTO 2 – CUESTIONARIO MBI



ANEXO N° VALIDACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS Cuestionario MALASH BURNOUT INVENTORY (MBI)SBO

I- **Objetivo:** Obtener la validez del contenido del instrumento de recolección de datos.

Estimado(a) juez Experto(a): de acuerdo al objetivo arriba mencionado sírvase marcar con un aspa (x) su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, a su vez agradezco anticipadamente su apreciación y observaciones pertinentes.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	X		
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	X		
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	X		
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	X		
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	X		
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	X		
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?		X	
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?		X	
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	X		

Apellidos y nombres del juez: **Quispe Tacuri Norma Delia**

LUGAR Y FECHA	DNI	GRADO ACADEMICO	CELULAR
San Juan de Miraflores 29/05/21	10014028	Magister en Gestión de Los Servicios de la Salud	922251974

FIRMA _____

ANEXO 9: APROBACION EXPERTO 3 – CUESTIONARIO MBI



ANEXO N° VALIDACIÓN POR JUICIOS DE EXPERTOS

Cuestionario Malash Burnout Inventory (MBI)SBO

I. Objetivo: Obtener la validez del contenido del instrumento de recolección de datos. Estimado(a) juez Experto(a): de acuerdo al objetivo arriba mencionado sírvase marcar con un aspa (x) su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, a su vez agradezco anticipadamente su apreciación y observaciones pertinentes.

II. ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	X		
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	X		
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	X		
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	X		
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	X		
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	X		
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?		X	
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?		X	
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	X		

Apellidos y nombres del juez: **Campos Rivero Oscar Alberto**

LUGAR Y FECHA	DNI	GRADO ACADEMICO	CELULAR
San Juan de Miraflores, 28/05/2021	08955250	Maestro en Salud Pública M00229	996562237

FIRMA _____

ANEXO 10: APROBACION COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION - UPSJB



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

REVISIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN- V 2.0

Título del proyecto de investigación: SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 – LIMA 2021

Investigador principal: Gallo Rejas, Roberto Eleuterio; Huamán Huaroto, Jahaira Brigitte

Fecha de revisión: 22/07/2021

Alumno
Pre-grado

Alumno
Posgrado

Proyecto
de
docentes

Participación de sujetos de investigación

¿Participarán sujetos humanos de investigación en el estudio, donde además se colecten datos individuales y/o información biológicas?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es NO, evaluar la consideración de EXONERACION de revisión protocolar e informar a la secretaría técnica del CIEI. Si la respuesta es SI, continuar con la revisión según los criterios indicados en la siguiente sección.		

Criterios de revisión de proyectos de investigación que incluyen a sujetos humanos

N°	CRITERIOS	COMENTARIOS			
		Si	No	No Aplica	Comentarios del revisor
1	JUSTIFICACIÓN Y PROPOSITO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN				
1.1	Existe información preliminar suficiente para justificar la investigación, se tiene suficiente contexto sobre el estudio.	X			
1.2	Los objetivos, hipótesis o pregunta de investigación están claramente identificados.	X			
2	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN / PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO				
2.1	El estudio incluye una intervención experimental en los participantes (Estudio experimental).		X		
2.2	El tipo de población elegida es apropiada para la pregunta de investigación formulada.	X			
2.3	El diseño de la investigación y los procedimientos están debidamente descritos y ayudan a resolver la pregunta de investigación (con el fin de no exponer a los sujetos a algún procedimiento innecesario).	X			
2.4	En caso el estudio implique seguimientos, se describen o dan detalles de cada "visita" y sus procedimientos.			X	
2.5	En caso de investigaciones de dispositivos médicos o de diagnóstico en sujetos humanos, se dan detalles de los procedimientos realizados.			X	



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

2.6	Se mencionan dónde serán ejecutadas las actividades del estudio de investigación.	X			
2.7	El tipo de muestreo está claramente descrito.		X		
2.8	Se definen claramente las variables principales del estudio.	X			
2.9	Se describen los procedimientos que se realizarán en el estudio.	X			
2.10	El instrumento que se usa en el estudio, presenta un criterio de validez.	X			
3	SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN (PARTICIPANTES DEL ESTUDIO)				
3.1	Los criterios de selección (inclusión/selección) son adecuadamente explicados y apropiados.	X			
3.2	Existe inclusión de población vulnerable (personas con capacidad limitada para consentir participación en los estudios de investigación: niños, embarazadas, prisioneros, pacientes críticos, ancianos, minorías étnicas, etc.)		X		
3.3	Si el estudio incluye a personas con ciertas vulnerabilidades (niños, mujeres embarazadas, prisioneros, etc.), ¿está correctamente justificada su inclusión y se consideran aspectos de protección (permiso de los padres, asentimientos de los menores, minimizar la influencia o coerción, etc.)?			X	
3.4	La muestra calculada es suficiente para responder la pregunta de investigación.	X			
4	CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO				
4.1	Se describen los riesgos potenciales del estudio en los sujetos de investigación.	X			
4.2	Los beneficios potenciales del estudio (para el participante y/o la sociedad) son identificados, evaluados o descritos de manera suficiente.	X			
4.3	Se aclara si los posibles riesgos en que se exponen a los sujetos de investigación son razonables en relación a los beneficios de la investigación.	X			
4.4	Se menciona que el estudio cuenta o solicitará aprobación de un comité de ética y/o permiso institucional para su ejecución.	X			
4.5	Se describen los procesos de confidencialidad de la participación de los sujetos humanos (codificación), así como los procesos a adoptar para almacenar y brindar seguridad a la información colectada.	X			
5	CONSENTIMIENTO Y/O ASENTIMIENTO INFORMADO (CI/AI)				




UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

5.1	El estudio requiere de consentimiento y/o asentimiento informado y está incluido en el protocolo.	X			
5.2	El consentimiento y/o asentimiento informado contiene información sobre los objetivos del estudio y los procedimientos a los cuales serán sometidos los sujetos de investigación	X			
5.3	El CI incluye datos del investigador principal para alguna comunicación.	X			
5.4	El CI incluye para los participantes datos del CIEI-UPSJB para contacto ante consultas sobre sus derechos de participación.	X			
5.5	Se considera algún tipo de compensación por participar en el estudio.		X		
5.6	En el CI y/o AI, se detallan los posibles riesgos y beneficios al que podría resultar la participación del sujeto de investigación.	X			
5.7	Se toman en cuenta medidas para proteger la privacidad de los sujetos de investigación y la confidencialidad de los datos colectados. Son adecuados los procesos de seguridad sobre el acceso y almacenamiento de la información colectada.	X			
5.8	El investigador principal explica en el CI y/o AI quienes tendrán acceso a la información de los participantes y como se manejará ello.	X			
5.9	¿Se colectarán muestras biológicas?, si es así, se ha explicado el proceso y posibles riesgos.		X		
5.10	En caso se colecten muestras biológicas, ¿existe un ítem que indique la aceptación/no aceptación a que sus muestras biológicas colectadas sean almacenadas?			X	
5.11	¿Se tiene un ítem para autorizar /no autorizar el contacto del participante para futuros estudios?	X			

REVISOR	APROBADO	APROBADO CON OBSERVACIONES A LEVANTAR	NO APROBADO
1. Mg. Mercedes del Pilar Palomino Garcia	X		
2.			

ANEXO 11: AUTORIZACION PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION POR PARTE DE LA DIRIS LIMA SUR

	PERÚ Ministerio de Salud	Vicerrectorado de Estrategias y Avanzamiento en Salud	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur
---	------------------------------------	---	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CONSTANCIA N° 031-2021
AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

ACTA DE EVALUACION N° 031-2021-COM.ET.IN.DIRIS-LS
ACTA DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES

EXPEDIENTE N° 21-044144-001

El que suscribe Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constar que:

ROBERTO ELEUTERIO GALLO REJAS Y
JAHAIRA BRIGITTE HUAMAN HUAROTO

Investigadores del proyecto de Investigación "SINDROME DE BURNOUT Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR QUE REALIZAN TRABAJO REMOTO EN EL CONTEXTO DEL COVID 19 – LIMA 2021" ha concluido satisfactoriamente el proceso de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, motivo por el cual se **AUTORIZA** a través del presente el desarrollo del proyecto de investigación.

El presente proyecto se desarrollará en la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur,





Hacemos de su conocimiento que, al término de su investigación deberá presentar a la Dirección General de nuestra institución un ejemplar de la misma para ser socializada a los establecimientos de salud con la finalidad de contribuir a mejorar la atención de los usuarios.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenece, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

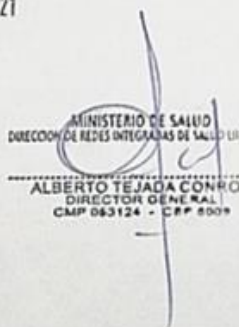
Esta constancia tiene validez por (04) meses, a partir de su expedición; la misma que puede ser renovable hasta la conclusión de la investigación.

Debido a la situación de pandemia, el investigador se adecuará a las condiciones establecidas por La DIRIS LS respecto a la factibilidad de desarrollar el proyecto de investigación bajo modalidad presencial o virtual. Asimismo, deberá cumplir con todos los protocolos de seguridad, como utilizar equipos de protección personal, a fin de evitar el riesgo de infección.

Barranco, **20 SEP 2021**



www.dirislimasur.gob.pe



ALBERTO TEJADA CONROY
DIRECTOR GENERAL
CNP 063124 - CPF 8009

ATCUBSHR/BE/RVV/RDN/Hmm.
c.c.: Interesado
Archivo

Calle Martínez de Pinillos 124B
Barranco, Lima 04, Perú
T (511) 477-3077