



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“SÍNDROME DE BURNOUT Y SALUD
MENTAL EN EL PERSONAL ASISTENCIAL
DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA
REGIÓN DEL CUSCO”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

KAREN GRIS BUSTILLOS DE LA CUBA.

LIMA-PERÚ

2025

ASESORA

Mgt. Patricia Dora Iparraguirre Baltazar

JURADO DE TESIS

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

PRESIDENTE

Mg. Brigitte Lucía Aguilar Salcedo

VOCAL

Mg. Susana Elizabeth Mamani Guerra

SECRETARIA

Dedicatoria

A mi pequeña Danaé, me motivas todos los días y con tu sonrisa me llenas de alegría; a mi mamá por guiarme en todos mis pasos, y a mi compañero de vida; mi amada familia.

Agradecimiento

A las personas que han sido guía en mi camino por orientarme constantemente en mi aprendizaje.

Fuentes de financiamiento

Tesis autofinanciada



FORMATO PARA LA DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	28	FEBRERO	2024
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	BUSTILLOS DE LA <u>CUBA</u> , KAREN GRIS		
PROGRAMA DE POSGRADO	PROGRAMA DE MAESTRIA PSICOLOGIA CLINICA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2012	2012-I	
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	"SÍNDROME DE BURNOUT Y SALUD MENTAL EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN DEL CUSCO		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO (marcar)	<input checked="" type="checkbox"/> TESIS	<input type="checkbox"/> TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
Declaración del Autor			
La presente Tesis es un Trabajo de Investigación de Grado original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	984119694		
E-mail	KAREN.BUSTILLOS.D@UPCH.PE		

Firma del egresado
DNI 43183982

Índice de Contenidos

Índice de Contenidos	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Listado de Acrónimos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I. Introducción.....	1
II. Objetivos	12
III. Hipótesis.....	13
IV. Marco Teórico	17
V. Metodología	27
VI. Resultados.....	42
VII. Discusión	52
VIII. Conclusiones.....	60
IX. Recomendaciones	63
X. Referencias Bibliográficas	64
XI. Anexos	73

Índice de Tablas

Tabla 1: Definición conceptual y operativa de las variables	15
Tabla 2: Operacionalización de las variables.....	16
Tabla 3: Población de estudio	28
Tabla 4: Distribución de elementos y puntajes según dimensiones	36
Tabla 5: Niveles de síndrome de burnout según dimensiones	37
Tabla 6: Afirmaciones según dimensiones	38
Tabla 7: Puntajes asignados según tipo de afirmación.....	38
Tabla 8: Caracterización personales y laborales	42
Tabla 9: Niveles de síndrome de Burnout	43
Tabla 10: Snd. de Burnout según características socio-laborales	44
Tabla 11: Niveles de salud mental	46
Tabla 12: Salud Mental según características socio-laborales	47
Tabla 13: Correlaciones (ρ) entre Burnout (MBI) y Golberg (GHQ).....	49
Tabla 14: Correlaciones (ρ) entre Golberg (GHQ) y las dimensiones del Burnout.....	49

Índice de Figuras

Figura 1: Niveles de MBI según Antecedente de salud mental y Años de servicio	45
Figura 2: Niveles de Salud Mental según Edad y Antecedente de salud mental	48
Figura 3: Correlación entre el Snd. Burnout y la Salud General	50
Figura 4: Correlación entre el Agotamiento emocional y la Salud General	50

Listado de Acrónimos

SB	Síndrome de Burnout
SM	Salud Mental
GHO-28:	Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems.
MBI-22:	Maslach Burnout Inventory de 22 ítems.
MBI:	Maslach Burnout Inventory.
Rho de Spearman:	Coefficiente de Correlación de Charles Spearman
MBI-ed	Maslach Burnout Inventory educativo.
MBI-HSS:	Maslach Burnout Inventory para profesionales de servicios humanos.
SUSESO-ISTAS 21:	Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo.
UNCP:	Universidad Nacional del Centro del Perú.
CESQT:	Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
USA:	Estados Unidos de América.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
COVID-19:	Enfermedad por Coronavirus 2019.
CAS-1057:	Contratación Administrativa de Servicios D. Leg. 1057.
AFC:	Análisis factorial confirmatorio.
AFE:	Análisis factorial exploratorio.
SPSS:	Paquete estadístico para las ciencias sociales.

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue identificar cómo se relaciona el Síndrome de Burnout con la Salud Mental de la población asistencial en centros de salud (CS) en el área sur de la Región del Cusco, para el año 2022. Métodos: Se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario de Goldberg (GHQ28) para la Salud Mental. La población está conformada por el personal asistencial (Médicos, Odontólogos, Biólogos, Psicólogos, Químico-Farmacéuticos, Enfermeras, Obstetras, nutricionistas y técnicos) que trabaja en los CS pública de niveles I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, que incluyen los establecimientos de San Jerónimo, Urcos, Quiquijana y Ocongate, donde el número de trabajadores alcanza en total de 214 personas; de los cuales 203 respondieron a los cuestionarios. Resultados: el 14.3% del personal presentó agotamiento emocional; 25.1% despersonalización y 48.8% niveles bajos de realización personal. Se ha identificado síntomas somáticos que afectan al 19.2% de trabajadores, ansiedad e insomnio afecta al 25.6%, y depresión al 4.4%, no existiendo ningún caso de disfunción social. La correlación (ρ) entre ambos cuestionarios, MBI y GHQ, fue moderada, positiva y significativa ($\rho=0.362$). Conclusión: Un nivel alto de deterioro laboral se correlaciona con los problemas en salud mental de nivel alto, y viceversa.

Palabras clave:

Burnout, salud mental, personal asistencial, centros de salud.

ABSTRACT

The purpose of this work was to identify how Burnout Syndrome is related to the Mental Health of the healthcare population in health centers (HC) in the southern areas of the Cusco Region, during the year 2022. Methods: The Maslach Burnout Inventory (MBI) Questionnaire and the Goldberg Mental Health Questionnaire (GHQ-28) were applied. The population consisted of healthcare personnel (Doctors, Dentists, Biologists, Psychologists, Chemists-Pharmacists, Nurses, Obstetricians, Nutritionists and Technicians) who work in level I-4 public HC in the southern localities of the Cusco region, which include the establishments of San Jerónimo, Urcos, Quiquijana and Ocongate, where the number of workers totals 214 people; of which 203 responded to the questionnaires. Results: 14.3% of the staff presented emotional exhaustion; 25.1% depersonalization and 48.8% low levels of personal accomplishment. Somatic symptoms have been identified affecting 19.2% of workers, anxiety and insomnia affect 25.6%, and depression affects 4.4%, with no cases of social dysfunction. The correlation (ρ) between both questionnaires, MBI and GHQ, was moderate, positive and significant ($\rho=0.362$). Conclusion: High levels of job impairment correlate with high levels of mental health problems, and vice versa.

Keywords:

Burnout, mental health, healthcare personnel, health centers.

I. Introducción

Entre los grupos más expuestos a las condiciones de estrés continuo está el personal que prima en los centros de salud, los cuales están cargados de sentimientos de frustración, impotencia y dolor. Estas condiciones laborales hacen que este grupo de profesionales sean más vulnerables a la sensación de agotamiento o despersonalización propios del Síndrome de Burnout (SB), que terminan negativamente con la buena disposición y calidad de atención que debería caracterizar las relaciones interpersonales en estos servicios.

Por otro lado, las exigencias de atención masiva, así como el entorno cada vez más crítico en términos laborales, económicos, sociales, tecnológicos y comunicacionales hace que la salud mental de todos los grupos humanos y particularmente de los profesionales de salud también se encuentra en riesgo, máxime en una época de crisis sanitaria como el que se viene atravesando, por ello este trabajo busca analizar los niveles del SB y de salud mental (SM) de los trabajadores del área de la salud.

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Cuevas (2024), realizó un estudio en estudiantes de educación y enfermería respecto a la personalidad, al SB, la SM, y hábitos saludables, utilizando cinco instrumentos de medida: el burnout académico (MBI-SS) en su edición española con 15 ítems y tres dimensiones, el cuestionario de Salud (GHQ-12) de 12 ítems, el NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI), la Escala de Ansiedad-Depresión y Estrés (DASS-21) en su versión corta; y la escala de Cansancio Emocional (ECE). Concluyen señalando una prevalencia alta del SB académico en los dos grupos de

estudiantes universitarios, resaltando que el SB y la SM están estrechamente relacionados.

Masanillas y otros (2021) efectuaron una investigación sobre la SM y el agotamiento emocional en médicos, utilizando el GHQ-28 y el MBI-22. Se concluyó que hay evidencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables SM y agotamiento emocional, identificando que tanto la depresión como la ansiedad están relacionadas de forma significativa con el agotamiento emocional.

Franco (2021), estudió la relación entre el SB y la salud mental en trabajadores de un centro de privación de la libertad, concluyendo la afirmación que la presencia del malestar psicológico está relacionada con el SB, agregando, además, que existe una mayor presencia del SB en los hombres y mayor malestar psicológico en las mujeres.

Jiménez y Caballero (2020), en su investigación acerca de la percepción de la salud en general, y su asociación con el SB académico, y con el pensamiento suicidas en universitarios colombianos, aplicaron la Escala de Salud General (GHQ), el Inventario del SB Académico (MBI-SS), y la Escala de Ideación Suicida (CES-D-IS); concluyen afirmando que la ideación suicida y las dimensiones del SB son factores de riesgo para la salud general percibida en los estudiantes universitarios.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Bustamante (2023), en su estudio sobre la SM y el SB en profesionales de enfermería que laboraban en los servicios de urgencias, de un establecimiento limeño, concluye señalando que existe una alta correlación ($r=0.918$) entre los síntomas de SM y el SB, señalando que la gravedad o nivel del SB está en

proporción directa con los síntomas de SM entre el personal profesional de enfermería.

Angulo (2021), en su estudio sobre burnout y salud mental en 35 trabajadores de un centro quirúrgico hospitalario, aplicaron el GHQ y el MBI. Los resultados señalan que el 57% presentó un nivel bajo del SB, el 19.9% un nivel medio, y el 23% un nivel alto; y respecto a la SM, en el 94.2% fue adecuada, y en el 5.8% fue Inadecuada. Concluyen que entre las dimensiones del SB y de la SM existe una relación significativa y positiva.

Tumbay (2020), realizó un estudio sobre factores psico-sociales y el SB en 80 trabajadores asistenciales de un centro sanitario en la ciudad de Lima; se utilizaron los cuestionarios que evalúan los riesgos psico-sociales en un entorno laboral (SUSES-ISTAS 21) y el MBI. En conclusión, los factores psico-sociales y el SB, tienen una correlación directamente proporcional ($\rho=0.371$) y significativa ($p<0.05$). Así mismo, los factores psico-sociales y los niveles altos de agotamiento emocional y bajos en realización personal presentan una correlación directa y significativa.

Huachos y Veli (2020), en su investigación sobre el SB y la depresión, en funcionarios de una universidad peruana, cuyos resultados indican, por un lado, que un 6.67% de la muestra presentó un SB bajo, en un 22.67% fue medio, y en un 70.67% fue alto, y, por otro lado, que un 81.3% estaban deprimidos, de los cuales 38.7% presentaron depresión leve, un 20% moderada; un 4% severa y un 18.6% muy severa. Concluyen afirmando que la correlación entre el SB y el estado depresivo fue positiva y significativa entre ambas variables y entre las dimensiones de cada una de ellas.

Los diversos estudios realizados tanto a nivel internacional como nacional coinciden en que está presente la correlación entre el SB y la SM; las distintas teorías psicológicas como el modelo transaccional de estrés o la teoría de agotamiento emocional se cimientan en estos estudios; asimismo, aportan datos específicos sobre las diferencias culturales, sociales, económicas y otros factores psicosociales que influyen en los resultados y que son importantes analizarlos de acuerdo a la realidad y el contexto de cada estudio. Por otro lado, estos estudios destacan la importancia de la prevención para reducir el SB en los trabajadores.

1.2. Planteamiento del Problema

A través de diversas investigaciones realizadas en trabajadores de la salud, docentes, asistentes sociales y profesionales que tienen un contacto interpersonal intensivo, tanto en países europeos e iberoamericanos, se ha demostrado que existen niveles significativos de agotamiento laboral, estados de ansiedad y despersonalización, que repercuten directamente en las funciones laborales, así como en la operatividad y eficiencia en la configuración de las instituciones. Pero los efectos de dicho agotamiento no solo repercuten en la eficiencia institucional, sino también, en la SM del trabajador (Marengo & Ávila, 2016).

Las investigaciones realizadas el año 2000 en la Universidad de Utrech Holanda, en 514 trabajadores, mostraron la presencia de grados significativos del SB (agotamiento profesional), lo que repercute en el compromiso laboral (engagement) o institucional. De manera similar, los estudios realizados en el 2002 en 528 médicos de atención primaria de diversos centros de salud, determinaron que el 40% de ellos presentaba algún síntoma del Síndrome de Burnout sin diferencias significativas según sexo, de los cuales el 12.3% presentó agotamiento

laboral severo, además de presentar correlaciones significativas entre el agotamiento profesional y los niveles de tensión, vigilancia y ansiedad (Salanova, y otros, 2002).

En la Universidad Arturo Prat de Chile, el año 2009, se hicieron estudios en 121 docentes de enseñanza básica, el objetivo fue establecer niveles de agotamiento profesional medido a través de dos instrumentos similares: el Maslach Burnout Inventory (MBI), y el cuestionario que evalúa el síndrome laboral de “quemarse” (CESQT) propuesto por Gil-Monte. Sus resultados, en la población, arrojaron niveles poco significativos del SB y CESQT en general; no obstante, al analizarse de manera particular las dimensiones del síndrome, se estableció que la presencia de las dimensiones del síndrome, como: desgaste profesional, despersonalización, culpa, etc., están concentrados especialmente en determinados grupos etarios, años de experiencia laboral o sexo (Carbajal, Bobadilla, Rebolledo, & Roa, 2009).

El año 2007, en la Universidad Pedagógica de Durango, Facultad de Educación, los estudios realizados en 88 médicos y 108 profesores, a través del Maslach Burnout Inventory para identificar la presencia del Síndrome, se determinó una presencia leve sin diferencias significativas entre médicos y profesores (Barraza, Carrasco, & Arreola, 2007).

Por su parte, Martínez (2017), quien realizó una investigación del SB y la SM en la comunidad médica de Málaga, mediante el GHQ-22, el MBI-HSS-22 y el cuestionario de agresiones del Observatorio Andaluz, concluye señalando que el 35.11% de los médicos registra un alto agotamiento emocional a pesar de que el 50% presenta niveles altos de realización personal. Afirma, además, que las médicas tienen peor SM que sus colegas varones.

En el Perú, los padecimientos del síndrome de burnout se fueron identificando por varios estudios, entre los que destacan los trabajos realizados por Muñoz et al. (2019), en 87 médicos de la ciudad de Arequipa, en la que encontró que el 6.9% de participantes presentaron grados severos del SB, siendo estadísticamente iguales según sexo, años de servicio e ingreso económico, sin embargo, en el estado civil y centro laboral sí hubo diferencias significativas.

Igualmente, las investigaciones de Bautista (2019) buscaron identificar el estado de SM del trabajador sanitario de un establecimiento II-1, en la ciudad de Ferreñafe, aplicando el cuestionario de Goldberg GHQ-28; habiendo llegado a determinar que el personal en general presenta deterioro en su SM: 17% con ansiedad e insomnio; 16% con síntomas somáticos, siendo mayor entre las mujeres. En cuanto a la edad, la mayoría los adultos intermedios fueron los que presentaron mayores episodios de ansiedad y/o insomnio (33.9%) y en segundo lugar casos de disfunción o desorden social (27.9%).

Rodríguez (2018), en su estudio sobre el SB como factor causal de la depresión, analizó a 120 personas entre residentes e internos en medicina, y concluye señalando que 57.4% de esa comunidad médica presentaba el SB, además, el 40.7% presentaba depresión. También se menciona que los que desarrollaron depresión fue debido a que presentaron el SB, es decir, el SB aumenta en 2.7 veces el riesgo de depresión, además, el personal femenino es más propenso al desarrollo de la depresión.

Asimismo, Sarmiento (2019), realizó un trabajo con el propósito de identificar el SB en los servicios de urgencias hospitalarios, habiendo determinado que 9.9% del personal sanitario presentó el SB, y la frecuencia fue mayor cuando la condición laboral era contrato temporal o con un periodo de servicio de hasta 10 años, de sexo masculino. Igualmente se encontró un 15.4% con alto agotamiento emocional, 33.5% con alta despersonalización, y 51.7% con una realización personal baja.

Del mismo modo, Carreño et al. (2022) quienes realizaron un estudio correlacional entre ambiente organizacional negativo y el SB, habiendo demostrado que ambas variables son interdependientes, es decir, que un incremento del nivel del ambiente organizacional se relaciona con niveles regulares del SB entre los trabajadores del área sanitaria de un Hospital cusqueño, en el marco de la pandemia por el COVID-19.

De acuerdo a las investigaciones preliminares realizadas en algunos de los centros sanitarios en la ciudad del Cusco, a través de visitas y entrevistas informales, se pudo observar que existe una fuerte presencia de determinados síntomas de agotamiento profesional que serían interesantes medirlas aplicando el Maslach Burnout Inventory (MBI), validado recientemente tanto en México, Chile y Caracas por distintos investigadores, pero aunado a la medición simultánea de indicadores de salud en general y mental en particular medidos por el cuestionario de Goldberg, partiendo del supuesto lógico de que, si existe algún nivel de SB, es posible que exista también alguna intensidad en la patología de la SM del trabajador asistencial de estos establecimientos de salud.

Es de esperar, dadas las condiciones socioeconómicas de la población de estudio, así como a las características de la población usuaria y del entorno socioeconómico general, que exista algún grado del síndrome de Burnout y que dicho estado tenga una relación más o menos significativa con los indicadores de SM del personal asistencial de los centros sanitarios dentro del sistema peruano de Salud Pública en la región del Cusco.

Por lo tanto, el enunciado problemático de este trabajo de investigación queda enmarcado en la siguiente interrogante principal: ¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y la salud mental del trabajador asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022?

1.3. Justificación del Estudio

1.3.1. Justificación Teórica

El síndrome de Burnout ha sido investigado a lo largo y ancho de nuestra sociedad occidental y moderna, especialmente en zonas urbanas más desarrolladas, no obstante, las investigaciones en zonas semiurbanas del interior de los países como el nuestro son aún menores. Por otro lado, la salud mental es una de las preocupaciones más importantes en el momento actual, porque la intensificación de las relaciones sociales, los medios de comunicación y en general el sistema de vida moderno hace que dicha salud se vea condicionada o amenazada por el estrés, la inseguridad y las constantes crisis económicas a las que las poblaciones se ven cada vez más sometidas. Así lo señalan algunos investigadores dentro de los cuales se puede mencionar a Manzanillas et al. (2021) cuando señalan que “en el ámbito de la salud los médicos han estado expuestos a un sinnúmero de exigencias de una sociedad que pide resultados más eficaces ante la demanda a ciertas problemáticas

muy complejas y diversas lo que ha provocado una afectación en su salud mental” (p. 201). En consecuencia, conocer el grado de agotamiento y salud mental del equipo de salud en zonas semiurbanas constituirá un aporte al conocimiento general y psicológico en particular.

1.3.2. Justificación Social

La infraestructura y recursos con que cuentan los centros de salud del interior del país en el Perú, sin las suficientes condiciones básicas de carácter estructural, comunicacional y tecnológica, así como de equipamiento y atención de servicios, configura un entorno de alta presión y solicitud de atención en salud de la comunidad usuaria, especialmente de poblaciones rurales o semirurales de bajos recursos. Esta situación la vive diariamente el personal de salud de todas las especialidades. En consecuencia, es necesario diagnosticar, detectar y proteger la salud sea física o mental del personal de salud en los diferentes centros sanitarios regionales. Es necesario analizar el SB pues está asociado a la protección sanitaria como un derecho, que tiene todo ser humano en una organización, y parte de ese derecho es no estar expuesto o sometido a factores que generen una posible merma de su salud Hernández et al (2016, pág. 80). En ese sentido, esta investigación diagnostica la presencia del SB y los casos de SM del personal de salud que requiere su atención por parte del sistema peruano sanitario.

1.3.3. Justificación Práctica.

El resultado del estudio servirá para ajustar o modificar algunas políticas de organización del servicio sanitario en la región, porque los distintos grados de cansancio, despersonalización, realización laboral, la sintomatología somática, ansiedad y desvelo, disfunciones sociales y depresión, que se encuentren presentes

entre los trabajadores de la salud, requerirán algún grado de atención o intervención por parte de las autoridades de salud, especialmente de las unidades de psicología de los centros de salud. “La SM es la base del bienestar y el motor eficaz del ser humano, además, su importancia radica en que carecer de buena salud mental implicaría desbalances en el bienestar y en la calidad de vida, no sólo de las personas sino también del entorno socio-cultural” Aguirre, Castillo y García (2018, pág. 8). En ese sentido, la investigación provee información valiosa para la implementación de dichas políticas.

1.4. Limitaciones de la Investigación

La investigación se circunscribe solamente a una parte de la red de salud Cusco Sur, específicamente a cuatro centros de salud de nivel I-4 de la zona sur (Centros de salud de San Jerónimo, Urcos, Quiquijana y Ocongate), ubicados en las provincias de Cusco y Quispicanchis; de manera que los resultados de la investigación no pueden ser generalizados a otros centros de salud de la Red ni a otras regiones.

La medición del SB y de la salud mental fue realizada con base en instrumentos de medición debidamente validados como: el Inventario de Maslach y Jackson (MBI) publicado en 1981, y el Cuestionario de salud de Goldberg, versión GHQ-28; que fueron adaptadas a investigaciones realizadas en territorio peruano, a cargo de Yslado, Ramírez y García (2021) y Vásquez (2020) en el caso del MBI; y por Gastelú y Hurtado (2022), así como por Ames, Barreda y Huamaní (2017) en el caso del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg en su versión corta de 28 ítems.

Para aplicar ambos instrumentos, se ha considerado íntegramente a la población objetivo, es decir, todo el personal asistencial (profesionales y técnicos) de los centros de salud mencionados, no siendo necesario considerar una muestra de estudio en razón del número relativamente reducido del personal asistencial en dichos centros.

Los instrumentos de investigación se aplicaron de manera directa y personal en los mismos centros de salud, previas las coordinaciones con las autoridades locales y regionales y de acuerdo las consideraciones y recomendaciones éticas correspondientes.

Con fines de una mejor comprensión del estudio, los resultados son presentados primero en forma cuantitativa y descriptiva, en términos de una caracterización socioeconómica de la población de estudio, seguida de los niveles de severidad del SB y de la salud mental de manera general, y de forma particular por cada una de sus dimensiones; seguidamente, según las características socio-laborales de la población de estudio; y por último, la forma estadística de acuerdo al modelo de correlación correspondiente.

II. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la salud mental en el personal asistencial de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir el perfil socio-laboral del profesional asistencial de los Centros de Salud I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.
- Identificar los niveles del Síndrome de Burnout y las características socio-laborales asociadas, en los profesionales asistenciales de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.
- Identificar los niveles de salud mental y las características socio-laborales asociadas, en los profesionales asistenciales de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.
- Establecer las correlaciones entre el Síndrome de Burnout y las dimensiones de la salud mental, en profesionales asistenciales de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.
- Establecer las correlaciones entre la Salud Mental y las dimensiones del Síndrome de Burnout, en profesionales asistenciales de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.

III. Hipótesis

Existe una correlación directa entre el síndrome de burnout y la salud mental de la población asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.

Hipótesis específicas

- Las características socio-laborales se asocian a los niveles del Síndrome de burnout en la población asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco.
- Las características socio-laborales se asocian a los niveles de la Salud Mental en la población asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco.
- Existe correlación directa entre el Síndrome de burnout y cada dimensión de la Salud Mental en la población asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco.
- Existe correlación directa entre la Salud Mental y cada dimensión del Síndrome de burnout en la población asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco.

3.1. Variables

Síndrome de Burnout

Variable cuantitativa, expresada en una escala de intervalo, que para algunos objetivos se categorizó en 3 niveles: alto, medio y bajo, de acuerdo a los puntajes globales alcanzados, y también para los puntajes parciales en sus componentes de: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Tanto el instrumento como los puntajes asignados a cada uno de las dimensiones se encuentran explicados en las tablas 2, 4 y 5.

Salud mental

Variable cuantitativa, expresado en una escala de intervalo categorizada en casos y no casos, de acuerdo a los puntajes alcanzados, tanto global como por cada una de sus dimensiones de: sintomatología somática, ansiedad y/o desvelo, disfunción social, y depresión. La escala con los puntajes asignados en cada dimensión se encuentra explicado en las tablas 2, 6 y 7.

3.2. Definición y Operacionalización de las Variables

Ver páginas siguientes.

Tabla 1*Definición conceptual y operativa de variables*

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Definición conceptual
Síndrome de Burnout	Presencia de agotamiento o cansancio emotivo, indiferencia, falta de empatía, y reducida realización como persona, que ocurre en entornos laborales. Este concepto destaca que el síndrome no solo implica el agotamiento físico y emocional, sino también una pérdida de empatía y un sentido de ineptitud o falta de logro en el trabajo. (Maslach & Jackson, 1981)	Su métrica se obtiene de forma global, y de cada componente de forma individual: cansancio emocional, indiferencia y realización laboral-personal. Cada dimensión se evalúa mediante un conjunto de ítems, y los puntajes obtenidos se utilizan para clasificar los niveles de burnout en bajo, medio o alto, según criterios previamente definidos. (Maslach & Jackson, 1981)	Agotamiento emocional	Indica una merma o pérdida de capacidad emocional o la presencia de sentimientos de saturación y cansancio emotivo por las labores diarias. (Maslach & Jackson, 1981)
			Despersonalización	Indica respuestas no empáticas, frías, impersonales con ausencia de sentimientos y sensibilidad hacia su entorno humano de atención. (Maslach & Jackson, 1981)
			Realización personal	Indica actitudes competitivas y eficacia laboral. Tienden a evaluar su trabajo personal, que de forma negativa es la experiencia de insuficiencia profesional. (Maslach & Jackson, 1981)
Salud Mental	Identifica trastornos psiquiátricos en entornos clínicos y no clínicos, centrándose en la capacidad del individuo para llevar a cabo sus funciones habituales y en la presencia de nuevos fenómenos de naturaleza angustiante. Su objetivo es detectar trastornos de salud mental de corta duración, como la ansiedad o depresión, antes de que evolucionen en condiciones más graves. (Goldberg & Hillier, 1979)	Se mide a partir de un instrumento auto-aplicado que consta de 28 ítems, divididos en cuatro sub-escalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa. Sus ítems se valoran según Likert, obteniendo puntajes tanto globales como individuales (por dimensión), y puntajes más altos indican mayores niveles de malestar psicológico. (Goldberg & Hillier, 1979)	Síntomas somáticos	Se manifiesta como una respuesta física que produce incomodidad o malestar, que puede tener una causa no orgánica que explique tales respuestas. (Goldberg & Hillier, 1979)
			Ansiedad e insomnio	Es un estado de intranquilidad siendo una de las emociones más frecuentes del ser humano. La ansiedad generalmente está asociada a la depresión. (Goldberg & Hillier, 1979)
			Disfunción social	Son conductas desadaptativas que no permiten un normal funcionamiento del ser humano, como el retraimiento social (Goldberg & Hillier, 1979)
			Depresión	De acuerdo a Alarcón y otros (2015), es un cambio del humor donde sobresale una ausencia de energía o bien un desinterés o incapacidad para la obtención de placer, que afecta la vivencia personal. (Goldberg & Hillier, 1979)

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Se mide a partir de los siguientes indicadores del instrumento	Tipo de variable	Escala	Alternativas de respuesta	Puntajes o punto de corte	Valores
Síndrome de Burnout	Agotamiento emocional	Preguntas: 1,2,3,6,8,13,14,16,20	Cuantitativa	De intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = nunca • 1 = pocas veces • 2 = una vez/mes o menos • 3 = pocas veces/mes • 4 = una vez/semana • 5 = pocas veces/semana • 6 = a diario 	Agotamiento emocional 26-54 puntos 14-25 puntos 0-13 puntos	Alto Medio Bajo
	Despersonalización	Preguntas: 5, 10,11,15,22				Despersonalización 10-30 puntos 5-9 puntos 0-4 puntos	Alto Medio Bajo
	Realización personal	Preguntas: 4,7,9,12,17,18,19,21				Realización personal 41-48 puntos 33-40 puntos 0-32 puntos	Alto Medio Bajo
Salud mental de Goldberg	Síntomas somáticos	Preguntas: A1 al A7	Cuantitativa	De intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = No absolutamente • 0 = Lo habitual • 1 = Más de lo habitual • 1 = Mucho más de lo habitual • 0 = No absolutamente • 0 = Lo habitual • 1 = Más de lo habitual • 1 = Mucho más de lo habitual • 0 = Mejor que lo habitual • 0 = Igual que lo habitual • 1 = Peor que lo habitual • 1 = Mucho peor que lo habitual • 0 = No absolutamente • 0 = Lo habitual • 1 = Más de lo habitual • 1 = Mucho más de lo habitual 	Punto de corte 5/6 <= 5 No_caso >= 6 Caso	No_caso Caso
	Ansiedad insomnio	Preguntas: B1 al B7					
	Disfunción social	Preguntas: C1 al C7					
	Depresión	Preguntas: D1 al D7				Puntaje Total 0-12 puntos 13-28 puntos	No_caso Caso

Nota: elaboración propia

IV. Marco Teórico

4.1. Síndrome de Burnout

4.1.1. Breve Contexto Histórico

Según Álvarez y Fernández (1991) el concepto burnout, traducido al castellano indica un estado de “estar quemado o agotado”; fue aplicado inicialmente en el argot deportivo anglosajón, sin embargo, de acuerdo a Fidalgo (2006), fue Freudenberger (United States of América - USA) el primero en plantear en 1974, el carácter clínico de este síndrome, al que definió como un sentimiento de derrota y cansancio producto de un exceso de trabajo que demanda mayor energía o fuerza espiritual del trabajador.

El mismo Fidalgo (2006) señala también que fue Cristina Maslach quien desde 1976, empezó a estudiar lo que inicialmente denominada una “pérdida de responsabilidad profesional”, la misma que se presentaba especialmente en los profesionales que ofrecían servicios de ayuda social (sanitarios, educadores, etc.) debido a la enorme presión emocional a la que se encontraban sometidos, las mismas que eran imposibles de cumplir y que terminaban generando en ellos una sensación de fracaso personal.

Efectivamente, fue recién en el año 1986 en que Maslach define el síndrome como: “cansancio emocional, falta de empatía y baja realización personal”, el cual también fue denominado como “síndrome de deterioro emocional” (Fidalgo, 2006, pág. 2).

Pines, Aronson y Kafry (1981) citados por Manzo (2006) definen el burnout como “un estado de cansancio corporal, emotivo y mental” pues las personas están expuestas a situaciones emocionalmente exigentes.

Por otro lado, también se ha definido el *burnout* como una consecuencia del conflicto entre las expectativas de la organización, los ideales del trabajador y los resultados del desempeño profesional de los trabajadores (Buunk & Schaufeli, 1993).

En general, los trabajadores más susceptibles a contraer el SB son los profesionales de las áreas de salud y educación, sin embargo, no es exclusivo de los servicios sanitarios o sociales, también se presenta en otras profesiones o actividades laborales.

4.1.2. Definición del Síndrome de Burnout

Existen diferentes aportes conceptuales orientados al conocimiento del Burnout, pero con diferentes matices:

Grebert (1992), citado por Garcés de los Fayos y Vives (2003), señala que el SB es “un constructo cultural que experimentan los profesionales que desarrollan actividades de apoyo, manifestar sus sufrimientos y dificultades” (p. 222). Este punto de vista tiene una connotación más sociológica que psicológica del síndrome de Burnout, sin embargo, si estas dificultades se detectan a tiempo, pueden aplicarse medidas de prevención y control sanitario.

Garcés de los Fayos y Vives (2003) hacen notar, por otra parte, que Freudenberger (1980) había aportado algunos elementos a la conceptualización del SB que resultan importantes para su comprensión, señalando que se trata de un “vaciamiento, producto del agotamiento de los recursos corporales y/o mentales” (p. 223). Este vaciamiento de sí mismo, implica el desempeño de determinadas acciones hasta el agotamiento total de la reserva de energías tanto físicas como

emocionales, una sensación de impotencia frente a una situación externa que escapa totalmente a su control.

Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1997), citado por Blanca y Arias (2018) denomina al SB como respuesta a la tensión laboral expresada en manifestaciones negativas hacia los colegas en el entorno laboral. Esta definición destaca principalmente la respuesta psicológica frente a la presión que generan las obligaciones laborales, la misma que puede tomar distintas expresiones o manifestaciones actitudinales y comportamentales frente a las personas con las que se interactúa cotidianamente.

Según Manzo (2006), salvo pequeños matices, las sucesivas definiciones realizadas al síndrome de burnout no agregaron casi nada significativo a los establecidos por Maslach y Jackson, Freudemberger, y Pines; de hecho, según este autor, el concepto del burnout, es la más aceptada por los investigadores al realizar sus estudios, el mismo que también será utilizado en la presente investigación.

4.1.3. Fases o Etapas del Burnout

Carlin y Garcés de los Fayos (2010), citando a Maslach y Jackson (1981), indican que el SB está caracterizado por tres factores: agotamiento emocional, indiferencia y baja realización laboral/personal. Estas categorías no se comportan propiamente como fases o etapas del síndrome sino como formas de expresión o dimensiones del síndrome. La mayor parte de los investigadores han preferido mantener vigentes estas dimensiones señaladas por Maslach y Jackson; también citan a Edelwich y Brodsky (1980), que proponen 4 periodos por los atraviesa un individuo con SB: entrega, embotellamiento, desilusión y apatía.

4.1.4. Categorías Socioeconómicas Asociadas al Burnout

De acuerdo a Casas et al. (2002), existen algunas profesiones cuyas tareas son más susceptibles a verse afectadas por el Burnout, siempre que el ejercicio de tales profesiones se efectúe de manera continua y en estrecha relación con las personas, clientes o usuarios. La incidencia del burnout en las distintas profesiones, de acuerdo a los diversos estudios realizados entre 1980 y 1994, destacan principalmente a los médicos (50%), enfermeros (20 a 35%), estudiantes de enfermería (39%), profesores (25%), policías y personal sanitario (20%) (Pacheco, 2016, pág. 28).

Además, de acuerdo a Pacheco (2016), el burnout está presente en entornos laborales integrados por personal que brinda servicios a otras personas, y cuyo puesto de trabajo les demanda un alto compromiso laboral y por el cual están sometidos a fuertes presiones y exigencias que pueden derivar en frustraciones al no alcanzar las expectativas esperadas, provocando su total desmotivación.

Por su parte Arias (2017) concluye que es latente una correlación entre los factores del SB y la edad; los varones tienden más a la despersonalización; la mayor frecuencia del SB entre las trabajadoras puede explicarse porque existe más personal femenino laborando en las instituciones de salud; y que el SB tiende a estar presente en los que tienen menos edad por la poca experiencia en el trabajo.

López (2017) refiere que hay diversos estudios con características sociodemográficas estudiando factores como sexo, edad y otros. Los resultados arrojan que existe una baja asociación entre estos factores, sin embargo, existen posiciones encontradas, ya que refiere que existen estudios que indican que

pasando los 10 años de labor el personal de salud comienza a tener sintomatología de burnout.

4.1.5. Factores de Riesgo

De acuerdo a Fidalgo (2006), existe un conjunto de factores de riesgo del burnout: La organización, el diseño de los puestos de trabajo, las relaciones interpersonales y los cambios supra organizacionales que pueden ocurrir y que terminan generando estrés y agotamiento, para finalmente derivar en burnout en las personas:

a) Relativos a la Organización

Los factores de riesgo en este grupo pueden estar asociados a: una organización excesivamente jerarquizada; la burocracia desorbitada; omisiones de reconocimiento laboral; de desarrollo laboral; conflictos en las relaciones de la organización, y un liderazgo con estilo no adecuado, entre otros.

b) Relativos al Diseño del Puesto de Trabajo

El riesgo puede estar asociado al exceso laboral, a presiones de tipo emotivo al relacionarse con el usuario; desequilibrio entre autogobierno y responsabilidad del puesto de trabajo; inadecuada dosificación del tiempo para atender al usuario; inadecuado control de resultados; baja capacidad decisional, entre otros.

c) Relativos a las Relaciones Interpersonales

Entre estos factores pueden estar: la atención a usuarios conflictivos; interrelaciones difíciles entre compañeros de trabajo; falta de colaboración o trabajo en equipo y falta de retribución en las relaciones sociales.

d) Relativos a las Características Personales

Entre estos factores pueden estar: alta expectativa por la colaboración; alto grado de idealismo, empatía y perfeccionismo; baja autoestima; reducidas habilidades sociales; compromiso emocional excesivo; bajo nivel de autoeficacia, etc.

e) Relativos a los Cambios Supra-Organizacionales

En este grupo pueden estar: los cambios tecnológicos; rediseño de los esquemas de servicio; variación de procesos, o labores; cambios en las características demográficas de la población usuaria y que implican a su vez una redefinición de roles.

La clasificación de los factores de riesgo que presenta Fidalgo (2006) constituyen “grupos de estresores que pueden desencadenar en burnout” y que actúan de manera conjunta y casi nunca de manera aislada.

4.1.6. Signos de Alarma

De acuerdo a Gutiérrez et al. (2006) existen muchas manifestaciones que pueden contemplarse como signos de alarma del burnout. Entre estas manifestaciones se encuentran: la negación, el aislamiento, la ansiedad, el temor, la depresión, la ira, la fuga o anulación, las adicciones, el cambio de personalidad. Estos signos pueden presentarse de manera aislada, parcial o conjunta, y requieren la atención de las instancias de dirección y control sanitario y psicológico para diagnosticar y deslindar la presencia o no del SB.

4.1.7. Consecuencias del Burnout

De acuerdo a Gutiérrez et al. (2006, pág. 308), pueden ser múltiples y pueden abarcar desde el ámbito enteramente personal hasta el laboral u

organizacional. Incluso señala que los que padecen este síndrome corren el riesgo de sufrir enfermedades mentales, drogadicción, ausencia laboral, poca disposición para integrarse en el equipo laboral, rotación laboral, bajo desempeño, frecuencia de faltas, trastornos en la capacidad de aprendizaje, memoria, incluso en su actividad sexual.

Por su parte Martínez (2010, pág. 62), basado en los estudios de Ramos (1999) señala que las consecuencias del burnout pueden ser: desmotivación, negacionismo, apatía, indiferencia, indecisión, bajo rendimiento laboral, baja productividad, descenso en la calidad del trabajo e insatisfacción laboral.

4.2. Salud Mental

4.2.1. Definición de Salud Mental (SM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, p. 7, señala que “la SM es un estado de bienestar mental, que incluye el bienestar subjetivo y sentimientos de autonomía, competencia, relaciones intergeneracionales armónicas, reconocimiento de capacidades intelectuales y emocionales para afrontar al estrés cotidiano, ser productivos y contribuir en sus comunidades”

Para la OMS (2004), la SM, la salud corporal y social, están estrechamente relacionadas, y reconoce a la SM como una columna central o base del estado de bienestar de las personas y de la sociedad: (p. 7).

Por su parte, Pulido (2018) conceptúa a la SM como: un estado de armonía en que se encuentra una persona dentro de su entorno social y ambiental, garantizando su integración laboral, para lograr la calidad de vida. Este mismo autor señala que el mejor modo de identificar el estado de SM de las personas es a través de la gestión de sus capacidades, competencias, responsabilidades y relaciones

interpersonales para hacer frente a los conflictos, temores, tensiones y necesidades tanto individuales y grupales. (p. 3).

Por su parte, la Ley 30947, Ley de Salud Mental en el Perú, concibe a la SM como un proceso dinámico de bienestar (Art. 5°). Este concepto difiere significativamente del concepto de la OMS e integra el concepto de bienestar, interrelación con el entorno y despliegue de capacidades que no están presentes o no fueron enfatizadas por la OMS. Además, reconoce la salud mental individual, colectiva y, sobre todo, los conceptos de empatía en la relación con los demás y el reconocimiento mutuo e interdependiente de los sujetos de derecho. Esta forma de concebir la salud mental sale del marco puramente psicológico, médico o sociológico e integra también el campo jurídico.

4.2.2. Importancia de la Salud Mental

De acuerdo a Pulido (2018), “la SM es imprescindible en todos los periodos de la vida”. Pero la salud mental no solo tiene fuentes y repercusiones somáticas individuales, sino también sociales, es decir, depende y al mismo tiempo repercute en el entorno social, se alimenta del entorno social y al mismo tiempo contribuye a la convivencia social a través de la comunicación, la toma de decisiones, los compromisos e interacciones racionales, emocionales y comportamentales.

Es importante señalar, según Pulido (2018, pág. 4) que la salud mental no solo implica una atención posterior sino también una atención preventivo-promocional, orientada a la generación de un ambiente sociocultural que propicie la autoestima y las relaciones interpersonales sanas desde la niñez y la juventud.

De manera que la salud mental puede ser prevenida y formada, lo que evidencia su naturaleza y dimensión sociocultural y educativa, que debe ser materia

de previsión a través de las políticas educativas, sanitarias, familiares y comunicacionales.

4.2.3. Promoción de la Salud Mental

Con el surgimiento de la pandemia a nivel mundial del COVID-19, y las medidas de confinamiento y restricción de la vida social e interactiva, las condiciones sociales que permiten promover la salud mental se han debilitado sustancialmente. Esta situación demanda con mayor fuerza y prioridad la necesidad de fortalecer los programas de salud mental en todos los países, con el concurso y participación activa de las familias y de los medios de comunicación.

4.2.4. Categorías Socioeconómicas Asociadas a la Salud Mental

Bautista (2020) señala que en las mujeres es más frecuente la sintomatología somática y crisis de ansiedad y/o insomnio que en los varones; respecto a la edad, encuentra que individuos entre 40 a 65 años presentan más indicadores de ansiedad e insomnio que implica disrupción social respecto a los adultos más jóvenes.

Morales y otros (2022), en un estudio realizado durante la pandemia, encontraron que ser mujer, estar desempleada, tener menos de 29 o más de 65 años, permanecer en cuarentena, tener síntomas COVID-19, y reportar comorbilidad física o depresión, se asociaron con los riesgos a la salud mental.

Por su parte, Procel y otros (2023) señalan que las características socio demográficas: procedencia, residencia, convivencia, etnia, nivel educacional, estado civil, religión y tenencia de hijos se asocian con los problemas de salud mental de nueva aparición. Esta última variable fue mayor en mujeres que en hombres; mientras que la tenencia de problemas crónicos fue similar en ambos sexos.

4.2.5. La Salud Mental desde la Perspectiva de Goldberg.

Chirinos (2019) señala que el objetivo principal de la escala de salud diseñada por David Goldberg en los años 70, fue: evaluar la salud general y/o mental de los individuos. Al inicio Goldberg estaba interesado en detectar perturbaciones psiquiátricas mínimas, pero terminó midiendo “la carencia de SM y no la condición general de salud” (p. 30).

Los primeros trabajos de Goldberg estaban orientados a un grupo de personas que padecían enfermedades mentales como ansiedad, depresión, hipocondría, y disrupción social, para cuyo efecto, preparó un cuestionario de 60 ítems, formulando con todos ellos un instrumento cuya aplicación fue de carácter autoadministrado.

García (1999) señala que posteriormente se fueron elaborado versiones más cortas del cuestionario, los cuales contenían 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han demostrado igual eficacia. De acuerdo a Chirinos (2019) el cuestionario ha sido muchas modificado y adaptado en distintos países como: España, Colombia, Rumanía, Cuba, etc. La versión cubana, según subraya Chirinos (2019) le devuelve el sentido original a la escala de Goldberg (p. 31).

Según Chirinos (2019), en el Perú se realizaron investigaciones psicométricas sobre el cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12); según García (1999) este cuestionario fue utilizado para diferentes estudios. Sin embargo, se ha utilizado de manera más frecuente y exitosa para estudiar los indicadores de SM autopercebida.

V. Metodología

5.1. Tipo, Enfoque y Nivel de Investigación

Este trabajo es de carácter básico, descriptivo cuantitativo. Está orientado a conocer la presencia del SB y el estado de SM entre el personal de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, desde la perspectiva cuantitativa. Sánchez y otros (2018) señalan que las investigaciones básicas están orientadas a buscar nuevos conocimientos sin fines prácticos, inmediatos o específicos, que las investigaciones cuantitativas emplean procedimientos estadísticos para recoger información y procesarla, y que las investigaciones descriptivas se orientan a identificar las características de un hecho o fenómeno (p. 79-80).

5.2. Diseño de Investigación

El estudio es no experimental de tipo correlacional-transversal. No se efectúa una intervención ni se incluye elementos nuevos en la realidad, por el contrario, se refleja la realidad tal y como se presenta al momento de aplicar la investigación. Al respecto, Hernández y otros (2014) señalan que los diseños no experimentales realizan estudios “sin manipular deliberadamente las variables, observando sólo fenómenos en un entorno natural para su análisis” (p. 152). En consecuencia, el diseño puede expresarse de la siguiente manera:



X = Presencia y nivel del SB

Y = Presencia y nivel de SM

↔ = Correlación entre ambas variables

La presencia y nivel del SB y Salud mental del equipo asistencial de los Centros de Salud Pública, de nivel I-4, de la zona sureña de la región del Cusco, es medida de manera cuantitativa, y sus resultados son presentados de forma descriptiva e inferencial.

5.3. Población y Muestra

5.3.1. Población

La población la conformó todo el equipo asistencial de los centros sanitarios I-4 de la zona Sur de la Región del Cusco, de las provincias de Cusco y Quispicanchis, de las cuales se eligieron a los centros de salud con mayor densidad poblacional, cantidad de usuarios y número de personal asistencial existente; en base a Sánchez y otros (2018) que señalan que la población de estudio se refiere a la totalidad de seres humanos que conforman el ámbito de estudio (p. 123), el tamaño poblacional fue de 214 profesionales entre Médicos, Odontólogos, Biólogos, Psicólogos, Químico-Farmacéuticos, Enfermeras, Técnicos, Obstetras, y nutricionistas, cuya distribución es la siguiente:

Tabla 3
Población de estudio

Profesión	Urbano				Rural			
	C.S. San Jerónimo		C.S. Urcos		C.S. Quiquijana		C.S. Ocongate	
	N	C	N	C	N	C	N	C
Medico	6	1	1	9	3	3	-	2
Odontólogo	2	-	2	-	1	1	2	1
Psicólogo	1	2	-	1	1	-	1	-
Nutricionista		1		1	-	1	-	1
Obstetra	12	-	2	5	3	3	4	6
Enfermero	18	-	6	6	6	2	4	4
Biólogo	1	-	2	1	1		1	1
Q. farmacéutico	-	1	-	1	-	1	-	1
Técnico	30	2	17	2	8	-	12	7
Sub total	70	7	30	26	23	11	24	23
Total	77		56		34		47	
Total general	214							

Nota: CAP Red Sur del Ministerio de Salud de la Región Cusco. (N=Nombrado, C=Contratado)

Respecto a la muestra, no siempre es necesario seleccionar una, según Hernández y otros (2014, p. 172) en una investigación, el estudio puede efectuarse de manera censal, es decir, incluir en el estudio a todos los casos (personas, animales, plantas, objetos, etc. Por tanto, en razón del número relativamente pequeño de profesionales, de los cuatro centros sanitarios elegidos, no fue necesario tomar una muestra, decidiéndose incluir en el estudio a todo el personal asistencial (214 personas).

5.3.2. Criterios de Inclusión-Exclusión

De acuerdo a Corona y Fonseca (2023) “una adecuada utilización de las categorías “población” y “muestra” hace innecesaria la declaración de criterios inclusivos y exclusivos en el diseño metodológico de la mayoría de los proyectos de investigación” (p. 1146). Por tanto, no habiendo elegido una muestra, se ha considerado en el estudio a todo el personal asistencial que tenga las siguientes características:

Trabajador profesional o técnico asistencial de planta, nombrado según el Decreto Legislativo 276 o que tenga un contrato de trabajo temporal vigente, mediante el sistema de Contratación Administrativa de Servicios (CAS-1057) en los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco (San Jerónimo, Urcos, Quiquijana y Ocongate) y que a la fecha de realización del estudio se encuentre en actividad laboral.

Se excluirá al personal de salud que haya dado a luz recientemente, últimos 6 meses, y que haya tenido algún problema de depresión post-parto. Y también al personal que presente alguna enfermedad crónica que pueda estar afectando su salud mental o laboral.

5.3.3. Criterios de Eliminación

Se eliminaron del estudio a los trabajadores con las siguientes situaciones:

- Estar de permiso laboral, de vacaciones o comisiones de servicio
- No haber cumplido con los protocolos correspondientes, es decir, no responder o haber respondido parcialmente los cuestionarios, ya sea por omisión, adulteración o poca legibilidad.

5.4. Instrumentos de Investigación

5.4.1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Se ha utilizado el MBI, validado por Cristina Maslach y Susan Jackson en 1981, el mismo que está estructurado por 22 preguntas distribuidos en tres constructos: cansancio emocional (9 preguntas), despersonalización (5 preguntas) y realización personal (8 preguntas).

Fiabilidad

La versión utilizada es la versión original de Maslach y Jackson (1981), cuya confiabilidad fue bastante alta, con alphas de Cronbach de 0.89, 0.77 y 0.74 para sus tres dimensiones respectivas.

Validez y adaptación

Las propiedades psicométricas del MBI fueron validadas y adaptadas recientemente en el Perú por Yslado, Ramírez y García (2021) a través de una investigación denominada “Propiedades psicométricas del Cuestionario Burnout para profesores universitarios en una muestra peruana”. El Objetivo fue analizar que tan válido y confiable era dicho cuestionario para profesores universitarios, que es una versión modificada de la versión española del MBI. Para cuyo efecto se

propusieron realizar un estudio psicométrico, transversal, de tipo instrumental, cuya muestra estuvo conformada por 206 docentes, 164 varones y 42 mujeres, de 20 a 70 años de edad, 165 nombrados y 41 contratados, quienes participaron voluntariamente en el estudio. Los resultados evidencian que el cuestionario cuenta con validez de contenido, para lo cual se consultó a ocho expertos y se determinó la V de Aiken, que presenta un valor aceptable igual a 0,91. El constructo se validó por medio del análisis factorial tanto exploratorio (AFE) como confirmatorio (AFC), en la cual la medida de Kaiser Meyer Olkin es igual a 0,87; y donde las puntuaciones de medida de ajuste son adecuadas para el burnout. La validez discriminante se determinó mediante el índice de discriminación de los ítems, y todos obtuvieron puntuaciones superiores al mínimo aceptable ($r=0,20$). Asimismo, los resultados revelaron consistencia interna con un coeficiente de Cronbach alto ($\alpha=0,92$) y del Omega ($\Omega=0,92$). Concluyendo que las propiedades psicométricas del cuestionario burnout para profesores universitarios son adecuadas, pues evidencia tener validez y confiabilidad para evaluar el SB.

El MBI fue validado y adaptado en Perú por Vásquez (2020), en su investigación denominada: “Propiedad psicométrica del MBI en trabajadores de una empresa semi-estatal de Trujillo”, el mismo que aplicó un diseño no experimental, y validez de contenido según el criterio de jueces. Los resultados hallados confirman que casi todos los ítems fueron calificados como adecuados, claros y relevantes, estimando un índice de Aiken altamente significativo. La estructura de 3 constructos o dimensiones se validó con el AFC, señalando un ajuste adecuado del modelo. La confiabilidad se estimó por consistencia interna, con

correlaciones rho de Spearman, resultando altamente significativas ($p < 0.01$); confirmando así consistencia interna en la población de estudio.

5.4.2. Cuestionario de Salud General de Goldberg – GHQ28.

Igualmente, se utilizó el cuestionario GHQ-28, que está compuesto por 28 reactivos distribuidos en cuatro sub-escalas (A: síntomas somáticos, B: ansiedad-insomnio, C: disfunción social y D: depresión).

Fiabilidad

Se han realizado varios estudios a nivel mundial para estimar la validez del GHQ-28, y se han aplicado en diversos grupos poblacionales. La información y la evidencia han mostrado que este instrumento, GHQ-28, tiene una alta fiabilidad ($\rho = 0.90$) según el test-retest.

Validez y adaptación

El cuestionario GHQ-28 fue validado y adaptado en el Perú por Gastelu y Hurtado (2022) a través de la investigación denominada: “Adaptación del cuestionario de SM en universitarios, en Lima Metropolitana, 2021”. Fue un estudio instrumental, psicométrico, La muestra fueron 1036 estudiantes, de los cuales 460 eran mujeres, y de 18 a 30 años de edad. El AFC estimó índices de bondad de ajustes adecuados; la consistencia se determinó con el Omega de McDonald con valores de 0.962, 0.848, 0.919, 0.804 y 0.951 para la escala y sus 4 dimensiones respectivamente. La conclusión fue que se pudo adaptar el GHQ-28, que posee características psicométricas, y que es apta para ser aplicada en universitarios residentes en Lima Metropolitana.

El GHQ-28 también fue validado y adaptado por Ames, Barreda y Huamaní (2017), quienes analizaron a una comunidad de adultos peruanos mediante un AFC.

Se examinaron 434 individuos, estudiando la bondad y estructura del cuestionario Goldberg GHQ-28. Los resultados evidencian una alta confiabilidad que indica valores óptimos (α de Cronbach = 0,829), además hay cuatro factores correlacionados que muestran invariancia estricta entre los 28 ítems. La estructura del GHQ-28 se verificó con AFE y AFC. Se concluye que estructura factorial obtenida en este estudio es similar a la originalmente descrita por los investigadores implicados en el cuestionario original y que el GHQ-28 es adecuado para explorar la prevalencia de psicopatologías en contextos de emergencia sanitaria para una población general no psiquiátrica.

5.5. Procedimientos de Recopilación de Datos

De acuerdo a Sánchez y otros (2018) la recopilación de datos “constituye una actividad necesaria dentro del proceso de investigación, derivada de una observación, un experimento o aplicación de una encuesta. El investigador organiza una estrategia de clasificación u ordenamiento que permita acumular los datos recopilados para posteriormente poder procesarlos” (p. 15).

Se establecieron contactos con los directivos y trabajadores de cada uno de los centros sanitarios, a efectos de solicitarles su participación en la aplicación de los cuestionarios, para cuyo efecto se hizo la gestión correspondiente con la red de salud Cusco Sur, que incluye todos los establecimientos de salud que están considerados en el estudio (C.S. San Jerónimo; C.S. Urcos; C.S. Quiquijana; C.S. Ocongate), los mismos que tomaron conocimiento del proyecto y dieron las facilidades necesarias para acceder a la población de estudio.

Se tuvo acceso previo a la base de datos del personal de cada centro de salud provista por el área de personal de la zona sur de la Región del Cusco. A partir de

esta premisa, el personal fue debidamente identificado y convocado a una reunión previamente programada para su centro de salud. Dicha reunión se realizó en coordinación con el director o directora del Centro y la colaboración del profesional de Psicología en cada Centro.

Se procedió a establecer un calendario de aplicación según centros de salud, considerando 20 minutos de aplicación por persona para ambos instrumentos de investigación, a 10 minutos por cada uno. Se tuvo apoyo del equipo profesional de Psicología de cada centro de salud, quienes asesoraron en el llenado de los cuestionarios, así como en su verificación correspondiente.

Se asignó un día en específico para cada centro de salud a fin de contar con la participación de la mayor parte del personal de salud, procurando reunir a todos los profesionales del centro en un salón a fin de explicarles los alcances del estudio, realizar una charla de sensibilización sobre el SB y la repercusión en la SM del equipo de salud, entregarles el tríptico informativo y alcanzarles el formato de consentimiento informado. Se invitó al personal de salud en su totalidad a participar del estudio de tal manera que todos tengan la misma opción y posibilidad de beneficiarse con la información, así como con la aplicación de los cuestionarios.

A quienes dieron su consentimiento de participación, se les entregó los instrumentos de acopio de datos: a) ficha socioeconómica, b) Cuestionario MBI, c) Cuestionario GHQ 28, y un tríptico informativo. Se dejó claramente establecido que la participación era voluntaria y que no existía ninguna consecuencia si algún profesional o trabajador de salud no deseaba participar en el estudio.

El objetivo del cuestionario de Goldberg es determinar si el personal de salud presenta algunos problemas de SM en el último mes, sin pretender conocer qué problemas tuvieron en el pasado, sino los actuales.

Al realizar la charla de información cada profesional tuvo acceso a la explicación detallada sobre la depresión y otros trastornos de SM, aclarándose que el objetivo no era individualizar resultados, sino conocer el número de casos probables del SB y trastornos de SM en el conjunto del personal. De surgir algún caso, se asumía el compromiso de guiar al interesado con las pautas de contención necesarias, y proponer un programa de atención sostenido para reducir síntomas de Burnout y trastornos de salud mental entre el personal.

Una vez acopiada la información, se procesaron los cuestionarios utilizando el aplicativo SPSS, versión 27, luego del cual se establecieron las correlaciones y la interpretación de los resultados.

El llenado de las fichas socioeconómicas y los cuestionarios fueron de carácter anónimo, sin embargo, en la charla inicial se dio a conocer los signos de alarma del burnout y cómo este repercute éste en la salud mental, se les brindó los alcances necesarios para asegurar que los profesionales reciban la orientación y puedan conocer dónde pueden acudir si reconocen que tienen dichos síntomas. Con posterioridad a la evaluación de los resultados de la investigación se les propuso además realizar talleres o reuniones grupales para reducir los índices de burnout y problemas de SM, preservando el anonimato y privacidad de cada resultado individual. En los casos en los que surgieron intereses individuales en recibir ayuda específica, se brindó toda la información necesaria para que busquen

voluntariamente ayuda profesional, no se impuso nada, ni se usó la información sin su consentimiento.

La información que se obtuvo de manera grupal fue netamente de carácter informativo, los resultados fueron brindados a la institución al finalizar el estudio. En cuanto al beneficio individual estos fueron expresados en las orientaciones y charlas de sensibilización que les permitió conocer esta problemática y reconocer señales de alerta para reconocer el SB y los signos de alarma en la salud mental.

5.6. Procesamiento de Datos

5.6.1. Procesamiento del Cuestionario Burnout

La puntuación asignada a cada respuesta varía entre 0 y 6. El cuestionario lo componen 22 reactivos, que se distribuyen en tres áreas o dimensiones: 9 para agotamiento emocional, 5 para despersonalización y 8 para realización personal. Los ítems en cada una de las dimensiones no son secuenciales, están entremezcladas de acuerdo a la siguiente distribución:

Tabla 4

Distribución de elementos y puntajes según dimensiones

Dimensiones	Elementos	Puntaje máximo
Agotamiento emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	54
Despersonalización	5-10-11-15-22	30
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	48
Escala Global	Del 1 hasta el 22	132

Para obtener el puntaje global, se aplicó el siguiente artificio propuesto en el estudio de Ávalos (2023): se sumaron los puntajes de cada dimensión, sin embargo, los puntajes de la dimensión Realización Personal por tener una

orientación positiva, contraria a las otras dos dimensiones, tuvo que ser transformada simétricamente de la siguiente forma:

$$\text{Puntaje REA}^* = (6-x_4)+(6-x_7)+(6-x_9)+(6-x_{12})+(6-x_{17})+(6-x_{18})+(6-x_{19})+(6-x_{21})$$

Siendo x_4 , x_7 , etc., los puntajes de los ítems 4, 7... respectivamente, y REA^* el puntaje transformado para la dimensión Realización personal. Teniendo los puntajes parciales de cada dimensión se obtuvo el puntaje global:

$$\text{Puntaje global} = \text{Puntaje de AGO} + \text{Puntaje DES} + \text{Puntaje REA}^*$$

Donde AGO es el puntaje parcial en Agotamiento emocional, y DES es el puntaje parcial en Despersonalización. Este puntaje global se utilizó para las correlaciones entre las dos escalas, MBI y Goldberg.

El instrumento cuenta además con una categorización de acuerdo a los puntajes alcanzados en cada dimensión, y de forma global:

Tabla 5

Niveles de síndrome de burnout según dimensiones

Niveles	MBI-Global	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización personal
Alta	89-132	26-54	10-30	41-48
Media	45-88	14-25	5-9	33-40
Baja	0-44	0-13	0-4	0-32

5.6.2. Procesamiento del Cuestionario de Goldberg

El instrumento cuenta con 28 reactivos distribuidos en cuatro dimensiones, de acuerdo a la siguiente distribución:

Tabla 6*Afirmaciones según dimensiones*

Dimensiones	Total de ítems
A. Síntomas somáticos	7
B. Ansiedad-Insomnio	7
C. Disfunción social	7
D. Depresión	7
Total	28

Las afirmaciones con orientación positiva en A es la 1, y en C son las 1, 3, 4, 5, 6 y 7; el resto de ítems son de orientación negativa. La calificación sugerida en la identificación de problemas en salud mental, es la puntuación de ítems con valores de: 0, 0, 1, 1.

Tabla 7*Puntajes asignados según tipo de afirmación*

Afirmaciones	Puntajes
Mejor que lo habitual	0
Igual que lo habitual	0
Peor que lo habitual	1
Mucho peor que lo habitual	1

Una vez obtenidos los puntajes totales para cada dimensión, se procedió a determinar los casos probables y no probables (caso/no caso) de presencia de problemas de SM, con el punto de corte que se situó en 5/6, con los cuales se elaboraron las tablas de resultados.

Luego de recolectar los datos a través de los instrumentos de investigación, se procedió a procesarlos estadísticamente y presentar los siguientes resultados:

- Distribución de frecuencias de las características socio-laborales (edad, sexo, centros de salud, profesión, condición y tiempo de servicio) del trabajador.

- Tabulación de frecuencias de los niveles del SB, considerando también el cruce de sus niveles de deterioro laboral versus las variables socio-laborales.
- Tabulación de frecuencias de los niveles de SM, considerando también el cruce de sus niveles de deterioro en salud mental versus las variables socio-laborales.
- Correlación estadística entre los puntajes del SB y los indicadores de SM de Goldberg, de acuerdo a las variables socio-laborales del trabajador.

5.7. Plan de Análisis Estadístico de Datos

Para analizar los datos se procedió de la siguiente manera:

5.7.1. Análisis estadístico descriptivo

La información obtenida con las fichas y registros, se digitalizó en el aplicativo Excel de Microsoft, donde las variables de estudio fueron categorizadas y depuradas; luego se trasladó dicha información al aplicativo SPSS versión 27, para su respectivo análisis.

Las variables socio-laborales, los niveles del SB y de la SM de Goldberg se resumieron en tablas de frecuencia y tablas cruzadas (absolutas y porcentuales), así como en gráficos de dispersión y de barras.

5.7.2. Análisis estadístico inferencial

Las correlaciones de las variables principales se realizaron aplicando la técnica de Pearson pues los puntajes de estas escalas presentaron distribución normal; en las dimensiones se aplicaron correlaciones de Spearman porque sus puntajes no presentaron distribución normal, según la prueba de Kolmogorov. Para determinar si existía asociación entre los niveles del SB o los niveles de SM versus las variables socio-laborales, se aplicó la prueba Chi-cuadrado. En todos los contrastes se utilizó un nivel de significancia de 0.05. La interpretación de los

coeficientes rho de Spearman o de Pearson fue realizada de acuerdo a la siguiente escala (no considerar el signo si la correlación es negativa):

Coeficiente	Correlación
de 0 a <0.10	nula o inexistente
de 0.10 a <0.30	Débil
de 0.30 a <0.50	Moderada
de 0.50 a 1.00	Fuerte

5.8. Consideraciones Éticas

De acuerdo a Miranda y Villacís (2019) la aprobación por un comité de ética es un requisito de ley para todas las investigaciones en seres humanos, donde es indispensable “evaluar si los riesgos a los que se someten los participantes de los estudios son necesarios, y si los beneficios obtenidos de la investigación justifican su realización”, además se debe cumplir con los requisitos solicitados para conducir éticamente un estudio. (p. 116)

La presente investigación contó con los permisos de los centros de salud, permisos y certificaciones de la universidad, así como el consentimiento informado del personal de salud participante, quienes fueron integrados en el estudio de manera equitativa, sin sesgos ni prejuicios personales, sociales, religiosos, étnicos o lingüísticos a fin de garantizar la imparcialidad y evitar la manipulación deliberada o involuntaria, tampoco implicó riesgos físicos, psicológicos o económicos para los participantes, en cambio, los beneficios fueron: el conocimiento de su nivel de stress laboral y su salud mental en general.

Una vez informado, cada participante firmó el consentimiento informado de manera libre, antes de la aplicación de la ficha socio-laboral y los cuestionarios del estudio; además, se les aclaró que si deseaban retirarse de la investigación podían

hacerlo antes o durante el proceso de investigación. Se protegieron los datos de identificación, respuestas y resultados de cada participante. La investigación cumplió con los lineamientos en bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, es decir, el personal de salud podía decidir si participaba o no en la investigación o actuar bajo sus propias convicciones; fue beneficiado con la charla informativa; no se produjo daño a su salud, por el contrario, se buscó prevenir la enfermedad; fue justa, sin prejuicios personales o preferencias de ninguna clase; se trató a cada persona con la dignidad que corresponde sin discriminación alguna, incluso se tomaron las previsiones por si algún participante presentaba una crisis emocional durante el proceso de investigación.

VI. Resultados

6.1. Características socio-laborales del Personal Asistencial.

La muestra de estudio fueron 203 trabajadores del área de salud, cuya edad media fue 40.4 años, en un intervalo de 18 a 63, seleccionados de 4 centros sanitarios de la región del Cusco, durante el año 2022.

Tabla 8.

Características personales y laborales

	n	%		n	%
Edad (años)			Profesión (en salud)		
18 a 35	62	30.5	Médico	23	11.3
36 a 45	81	39.9	Enfermero	47	23.2
46 a +	60	29.6	Obstetra	32	15.8
Sexo			Técnico	70	34.5
Femenino	139	68.5	Otros	31	15.3
Masculino	64	31.5	Centro		
Años de Servicio			Quiquijana	35	17.2
<5	60	29.6	Urcos	57	28.1
5a10	50	24.6	Ocongate	44	21.7
>10	93	45.8	San Jerónimo	67	33.0
Condición			Problemas de salud mental		
Nombrado	118	58.1	No tuvo	181	89.2
Contratado	85	41.9	Sí tuvo	22	10.8

El perfil característico de la muestra, Tabla 8, fue un profesional entre 36 a 45 años de edad, mujer (68.5%), y con más de 5 años de servicio (70.4%); cabe resaltar que, de los 118 trabajadores de condición laboral nombrados, según los registros de la recolección de datos, la mayoría eran enfermeros o técnicos (64%), seguido de obstetras (16%), y médicos (8%); respecto a la presencia de antecedentes en salud mental (10.8%), éstos problemas no tuvieron relación con ninguna característica personal ni laboral del trabajador ($p>0.05$).

6.2. Niveles de Síndrome de Burnout (MBI)

Según la metodología propuesta, de los puntajes obtenidos del MBI, se determinaron 3 niveles de intensidad (bajo, medio y alto), los cuales se muestran a continuación:

Tabla 9.
Niveles del Síndrome de Burnout (MBI)

	n	%		n	%
MBI			Despersonalización		
Bajo	95	46.8	Baja	87	42.9
Medio	65	32.0	Media	65	32.0
Alto	43	21.2	Alta	51	25.1
Agotamiento emocional			Realización personal		
Bajo	113	55.7	Baja	99	48.8
Medio	61	30.1	Media	60	29.6
Alto	29	14.3	Alta	44	21.7

En general, Tabla 9, poco menos de la mitad de trabajadores (46.8%) presentaron niveles bajos de deterioro laboral, pero lo preocupante es que 53.2% de trabajadores tenían niveles medio y alto del síndrome ; y de sus 3 dimensiones , la más crítica fue la Realización personal por ser de sentido inverso seguida de la Despersonalización, pues un 78.4% de trabajadores presentaron niveles altos y medios de baja realización personal y la cuarta parte de trabajadores presentaron niveles altos de despersonalización , que muestran actitudes de insatisfacción laboral ,indiferencia e insensibilidad tanto hacia sus labores profesionales como hacia los pacientes o hacia sus colegas.

Las dimensiones con mayor impacto en el puntaje total fue el Agotamiento emocional, cuyo coeficiente de correlación con la escala fue bastante alto e igual a $\rho=0.784$ ($p<0.001$), además. tanto esta dimensión como la Despersonalización tuvieron una correlación inversa y muy significativa con la Realización personal, de $\rho= -0.234$ y $\rho= -0.300$ respectivamente ($p<0.001$), es decir, a mayor

realización personal menor será el agotamiento emocional y menor despersonalización, y viceversa, trabajadores que se sienten poco realizados o ineficaces en su trabajo presentarán niveles altos de despersonalización y cansancio emocional.

Los coeficientes rho, se estimaron con correlaciones de Spearman, debido a que los puntajes en Agotamiento emocional y Despersonalización no presentaron normalidad, $p = 0.026$, y $p = 0.004$ cada uno, con la prueba de Kolmogorov; pero los puntajes totales del burnout sí presentaron normalidad, $p = 0.326$, y también la dimensión Realización personal, $p = 0.065$.

Tabla 10.
Características socio-laborales asociadas al Snd. Burnout

		Niveles del Snd. Burnout						χ^2*	gl	p
		Bajo		Medio		Alto				
		n	%	n	%	n	%			
Edad	18 a 35	30	31.6	18	27.7	14	32.6	0.379	2	0.827
	36 a más	65	68.4	47	72.3	29	67.4			
Sexo	Femenino	62	65.3	48	73.8	29	67.4	1.344	2	0.511
	Masculino	33	34.7	17	26.2	14	32.6			
Años de servicio	<5	37	38.9	14	21.5	9	20.9	7.568	2	0.023
	>=5	58	61.1	51	78.5	34	79.1			
Condición	Nombrado	50	52.6	41	63.1	27	62.8	2.217	2	0.330
	Contratado	45	47.4	24	36.9	16	37.2			
Profesión	Médico	16	16.8	2	3.1	5	11.6	7.791	4	0.100
	Enfermero/Téc.	52	54.7	39	60.0	26	60.5			
	Obstetra/Otros	27	28.4	24	36.9	12	27.9			
Centro**	Quiq/Urcos	53	55.8	28	43.1	11	25.6	11.095	2	0.004
	Ocongate/SJ	42	44.2	37	56.9	32	74.4			
Antecedente de salud mental	No	90	94.7	57	87.7	34	79.1	7.733	2	0.021
	Sí	5	5.3	8	12.3	9	20.9			

*Chi-cuadrado, gl=Grados de libertad, **Quiq=Quiquijana; SJ=San Jerónimo

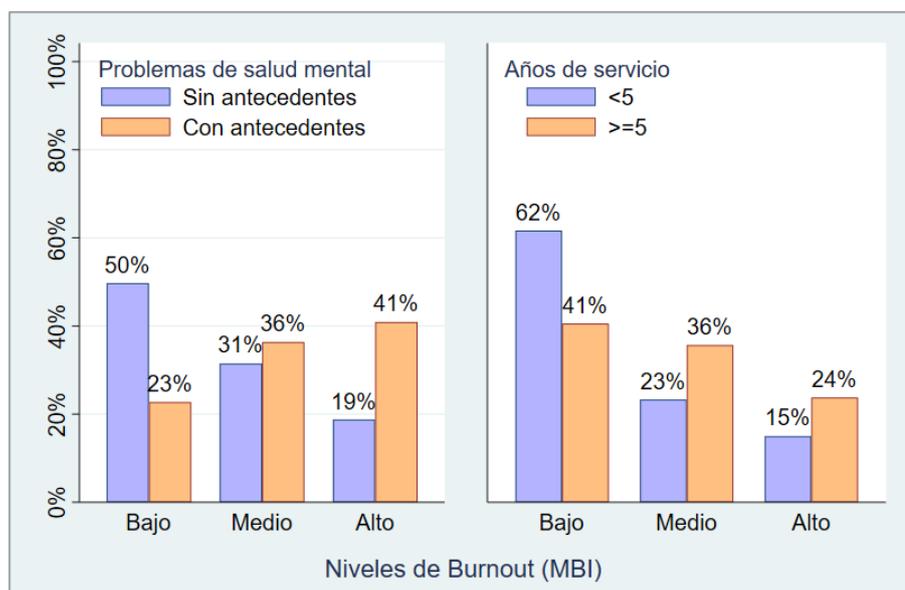
Al contrastar los niveles del SB versus las características socio-laborales, Tabla 10, no se halló asociación con la edad ($p=0.827$) ni con el sexo del personal

($p=0.511$), es decir, a cualquier edad y sexo puede presentarse el deterioro laboral; tampoco hubo asociación con la condición laboral ($p=0.330$) ni con la profesión ($p=0.100$), no obstante, hay una inclinación donde los contratados tienen menores niveles de Burnout que los nombrados. Las características que se asociaron al SB fueron los años de servicio ($p=0.023$), el centro de salud ($p=0.004$), y el antecedente de algún problema de salud mental ($p=0.021$), esto es, el personal con niveles más altos del SB, tiene 5 a más años de servicio, o presentan antecedentes de problema mental, o laboran en los centros de salud de Ocongate y San Jerónimo.

Del panel izquierdo de la Figura 1 se observa que, entre el personal con antecedentes de problemas mentales, el 41% presentaba un nivel alto de burnout frente a 19% entre los que no tenían dicho antecedente, siendo esta diferencia porcentual muy significativa ($p=0.002$). Del panel derecho, entre el personal con más de 5 años de servicio laboral, el 24% tenía niveles altos de burnout frente a 15% entre los trabajadores con más de 5 años de servicio ($p=0.006$), esto indica que a mayor tiempo de servicio mayor riesgo de que un trabajador desarrolle el SB.

Figura 1.

Niveles de Burnout según Antecedente de salud mental y Años de servicio



De los 4 centros sanitarios, los que se ubicaban en Quiquijana y en Urcos tuvieron niveles de burnout significativamente menores que de los centros de salud ubicados en Ocongate y San Jerónimo ($p=0.008$), es decir, el personal asistencial de estos dos últimos centros presenta mayor despersonalización y menor realización personal que los dos primeros.

6.3. Niveles de Salud Mental (GHQ)

El GHQ, puede ser utilizado tanto para evaluar la salud en general como la mental, dependiendo de la forma de calificación de sus ítems; en este trabajo se optó por la calificación original de Goldberg, tal como se detalló en la metodología, por lo que de aquí en adelante el GHQ y sus dimensiones se referirán a la salud mental. En general, en el 25.1% del personal asistencial se presentaron problemas psicológicos, Tabla 11, con mayor incidencia de problemas relacionados a la ansiedad y el insomnio (25.6%). No hubo ningún caso de disfunción social, y apenas 9 (4.4%) trabajadores presentaron depresión.

Tabla 11.
Niveles de Salud Mental

	N	%		n	%
Salud Mental (GHQ)			Disfunción social		
No caso	152	74.9	No caso	203	100.0
Caso	51	25.1	Caso	0	0.0
Síntomas somáticos			Depresión		
No caso	164	80.8	No caso	194	95.6
Caso	39	19.2	Caso	9	4.4
Ansiedad e insomnio					
No caso	151	74.4			
Caso	52	25.6			

De las 4 dimensiones de este cuestionario GHQ, las que ejercieron mayor impacto sobre los puntajes generales fueron la Ansiedad/Insomnio ($\rho=0.922$), y Síntomas somáticos ($\rho=0.889$), esto indica que la incapacidad del personal

asistencial, para realizar sus labores, se debe principalmente a la aparición de síntomas somáticos y a la ansiedad.

Tabla 12.
Características socio-laborales asociadas a la Salud Mental

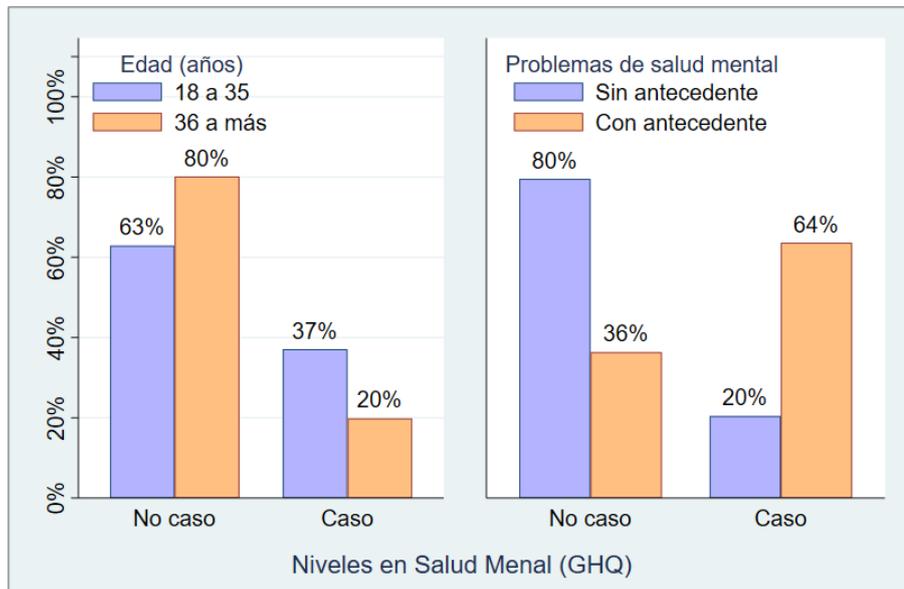
		Salud Mental (GHQ)				x ² *	gl	p
		No caso		Caso				
		n	%	n	%			
Edad	18 a 35	39	25.7	23	45.1	6.803	1	0.009
	36 a más	113	74.3	28	54.9			
Sexo	Femenino	103	67.8	36	70.6	0.141	1	0.707
	Masculino	49	32.2	15	29.4			
Años de servicio	<5	44	28.9	16	31.4	0.108	1	0.743
	>=5	108	71.1	35	68.6			
Condición	Nombrado	90	59.2	28	54.9	0.291	1	0.589
	Contratado	62	40.8	23	45.1			
	Médico	19	12.5	4	7.8			
Profesión	Enfermero/Téc.	89	58.6	28	54.9	1.668	2	0.434
	Obstetra/Otros	44	28.9	19	37.3			
Centro**	Quiq/Urcos	73	48.0	19	37.3	1.788	1	0.181
	Ocongate/SJ	79	52.0	32	62.7			
Antecedente de salud mental	No	144	94.7	37	72.5	19.455	1	0.001
	Sí	8	5.3	14	27.5			

*Chi-cuadrado, gl=Grados de libertad, **Quiq=Quiquijana; SJ=San Jerónimo

De la Tabla 12, sólo la edad y el antecedente de problemas mentales se asociaron a la Salud Mental (GHQ), $p=0.009$ y $p=0.001$ respectivamente, pues el personal menor de 36 años de edad entre los casos eran el 45.1% versus el 25.7% entre los No-casos, siendo esta diferencia muy significativa; y el personal con antecedentes de problemas mentales entre los casos eran el 27.5% versus el 5.3% entre los No-casos, siendo esta diferencia altamente significativa; es decir, el personal de salud con edades menores a 36 años y/o con antecedente de problemas mentales, presentan mayor frecuencia de problemas de ansiedad/insomnio, y signos somáticos.

Figura 2.

Niveles de Salud Mental según Edad y Antecedente de salud mental



Al transformar los puntajes del cuestionario GHQ a dos niveles (No casos y Casos), se halló que entre los trabajadores con antecedentes en salud mental (Figura 2, panel derecho) el 64% habían sido clasificados como Casos; y del panel izquierdo se observa que de los menores de 36 años de edad el 37% eran Casos.

6.4. Correlaciones entre el Snd. Burnout y las dimensiones de Salud Mental

Al igual que los puntajes del inventario de burnout, los del GHQ también presentaron normalidad ($p > 0.05$, prueba de Kolmogorov) por lo tanto la correlación entre ambas escalas se estimó con correlaciones de Pearson, pero los puntajes de las dimensiones del GHQ y del MBI ninguna presentó normalidad ($p < 0.05$) excepto Realización personal, por ello, para correlacionar estas dimensiones con las del MBI se aplicaron coeficientes de correlación de Spearman.

Tabla 13.*Correlaciones (rho) entre Burnout (MBI) y dimensiones del Golberg (GHQ)*

	Burnout (MBI)	
	rho	p
Salud Mental (GHQ)		
Sínt. Somáticos	0.342	0.000
Ansiedad/insomnio	0.296	0.000
Disfunción social	0.202	0.001
Depresión	0.401	0.000

De la Tabla 13, el inventario de burnout se correlacionó positiva, moderada y de forma significativa con las dimensiones Síntomas somáticos ($\rho=0.342$) y Depresión ($\rho=0.401$), en otras palabras, cuando un trabajador presenta niveles moderados o altos de deterioro laboral, será muy probable que también presente síntomas somáticos y depresión. La Ansiedad y la Disfunción social presentaron correlaciones bajas pero significativas con el MBI.

6.5. Correlaciones entre Salud Mental y las dimensiones del Burnout (MBI)

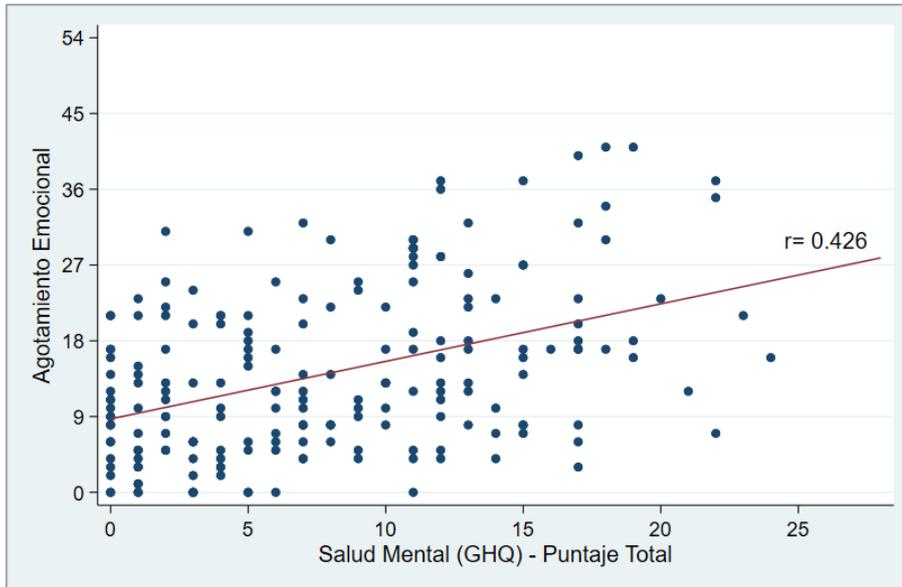
Tabla 14.*Correlaciones (rho) entre Golberg (GHQ) y las dimensiones del Burnout (MBI)*

	Salud Mental (GHQ)	
	rho	P
Burnout (MBI)		
Agotamiento emocional	0.426	0.000
Despersonalización	0.307	0.000
Realización personal	-0.087	0.225

El componente del burnout que tuvo mayor correlación con la Salud Mental fue el Agotamiento emocional ($\rho=0.426$), siendo una relación directamente proporcional, y de nivel moderada, donde valores altos de agotamiento emocional se correlacionan con valores altos de deterioro en salud mental, y viceversa (Figura

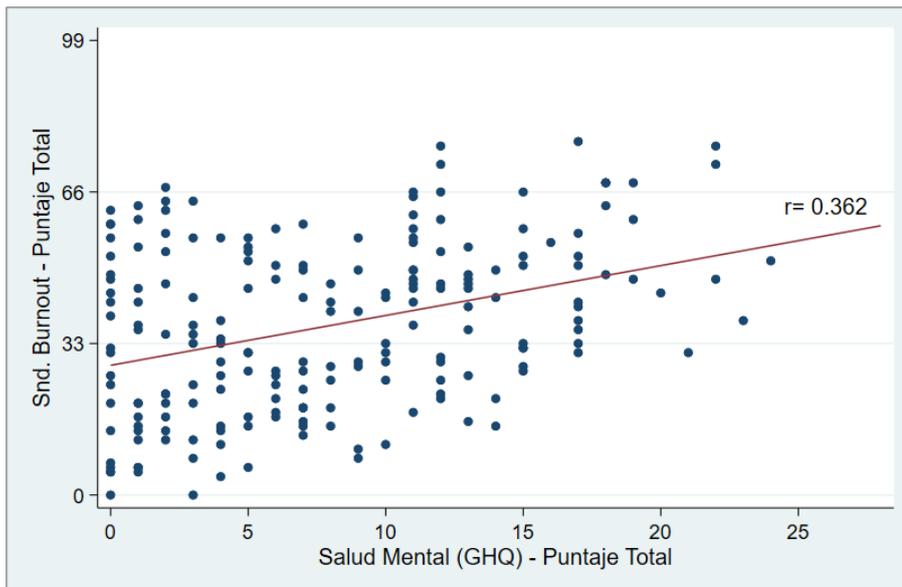
3). Además, el componente Realización personal no tuvo ninguna relación con la escala GHQ ($\rho = -0.087$)

Figura 3.
Correlación entre Agotamiento emocional y Salud Mental



6.6. Correlación entre el Snd. Burnout y la Salud Mental

Figura 4.
Correlación entre el Snd. Burnout y la Salud Mental



Se observa, Figura 4, que las escalas MBI y Salud mental se correlacionan de forma significativa ($p < 0.001$), directamente proporcional, y de nivel moderado ($\rho = 0.362$), esto indica que trabajadores con niveles altos de deterioro laboral (puntajes altos en burnout) también presentarán niveles altos de deterioro en su salud mental (puntajes en el GHQ), y viceversa.

En este objetivo general también se analizó las posibles correlaciones entre dimensiones de ambos instrumentos, hallando que el Agotamiento emocional se correlacionó moderada y proporcionalmente con los síntomas somáticos ($\rho = 0.409$), es decir, el agotamiento emocional se asocia al dolor o debilidad corporal, a problemas de respiración, entre otros. La dimensión Despersonalización tuvo una correlación muy baja o leve ($\rho = 0.161$) con la Disfunción social, y también con la Ansiedad/insomnio ($\rho = 0.231$).

El componente Realización personal no tuvo ninguna relación con las dimensiones Síntomas somáticos ($p = 0.473$), Ansiedad e insomnio ($p = 0.457$) ni Disfunción social ($p = 0.845$), pero sí tuvo correlación leve, inversa y significativa con la Depresión ($\rho = -0.221$), esto indica que trabajadores con baja realización personal tendrán mayor grado de depresión, y si su realización personal es alta entonces sus niveles de depresión serán muy bajos o nulos.

VII. Discusión

7.1. Síndrome de Burnout

Fidalgo (2006) destaca los planteamientos de Freudenberger cuando éste último plantea que el síndrome de Burnout (SB) es básicamente un sentimiento de fracaso y cansancio, producto de la sobrecarga de trabajo, esto hace que el sujeto o trabajador despliegue una mayor energía que termina en un estado de desgaste emocional.

El mismo Fidalgo (2006) señala que dicho síndrome se presenta especialmente en profesionales que ofrecen servicios de ayuda social, dentro de los cuales se encuentra el personal sanitario, el mismo que está sometido a una fuerte presión que termina desgastándolo física y emocionalmente; lo que nos lleva a concluir que el equipo de salud de los centros sanitarios investigados también presentan algunos indicadores de burnout, que pueden terminar afectando su salud mental.

La investigación realizada concluye que un 14.3% del personal presenta un *agotamiento emocional* alto y un 30.1% agotamiento emocional medio, lo que significa que debería concitar la atención y preocupación de las autoridades de salud. Estos resultados son similares, aunque en menor magnitud, a los encontrados por Angulo (2021) quien encontró un 22.9% con nivel de alto, un 20% con nivel medio y un 57.1% con nivel bajo de burnout.

Por otro lado, un 25.1% presenta una *despersonalización* alta, lo que significa que uno de cada cuatro personas estaría ofreciendo servicios despersonalizados a los pacientes, es decir, con hostilidad, apatía, conflictividad o irritación. Este hecho no solo evidencia una alteración de la salud del personal

asistencial sino perjudica al ambiente laboral y al carácter de la atención sanitaria de la población usuaria.

Asimismo, el 48.8% del personal asistencial presenta una realización personal baja, este dato es sumamente negativo porque significa que casi el 50% del personal de los centros de salud estudiados no se encuentra satisfecho consigo mismo, con su actividad laboral, ni encuentra un sentido de realización o crecimiento personal y profesional en el desempeño de sus responsabilidades laborales. Este hecho es sumamente preocupante porque afecta significativamente el desempeño laboral del personal asistencial, por lo que sería necesario efectuar estudios psicológicos específicos, así como modificar estrategias de gestión de personal en los centros de salud estudiados. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Sarmiento (2019) que estimó un 51.8% del personal de emergencia de un hospital con baja realización personal.

De manera más específica, el *agotamiento emocional* alto que afecta al 14.3% de la población de estudio, se presenta básicamente en los centros de salud de San Jerónimo y Ocongate; entre 18 a 45 años de edad; sexo femenino; con más de 10 años de servicios; personal nombrado, especialmente personal técnico y otros profesionales de salud (odontólogos, psicólogos, químico-farmacéuticos). Estos resultados difieren de las conclusiones de Muñoz et al. (2019) quien encontró que 6.7% de participantes presentó niveles altos del SB, pero no hubo diferencias según sexo, tiempo de servicios e ingreso económico ($p>0.05$), pero sí las hubo según estado civil y lugar de trabajo ($p<0.05$). Es decir, el agotamiento emocional puede variar dependiendo de las varias socioeconómicas o variables clasificatorias.

La *despersonalización* alta afecta al 25.1% de la población de estudio y está presente principalmente en los *centros de salud* de San Jerónimo y Ocongate; en profesionales con edades de 36 a 45 años; de sexo femenino; con más de 10 años de servicios; condición laboral nombrado; con formación profesional técnico, especialmente entre personas que no tuvieron alguna vez un problema mental; los hallazgos mencionados son semejantes a los encontrados por Sarmiento (2019) donde el personal de emergencia de un hospital presentó una *despersonalización* alta en un 33.6%, es decir, la tercera parte del personal se encontraba *despersonalizada*, lo que significa que actúan de manera fría, impersonal e insensible frente a las personas que solicitan su atención.

En este estudio se evidencia que el personal sanitario de *sexo* femenino tiene mayor tendencia a desarrollar burnout, así como generar síntomas de salud mental, ello podría explicarse en parte porque están expuestas a mayor estrés laboral, se encuentran alejadas de sus familias y no se sienten suficientemente satisfechas a nivel personal con su entorno laboral.

Igualmente, la investigación realizada ha permitido identificar que la *realización personal* baja afecta al 48.8% de la población de estudio, principalmente en los centros de Salud de San Jerónimo y Ocongate; entre personas de 36 a 45 años de edad; de sexo femenino, con más de 10 años de servicio; condición laboral nombrado; con formación profesional técnico o enfermero, especialmente entre las personas que no presentaron alguna vez problemas mentales. Este tipo de personal puede ser proclive a experimentar un vaciamiento de sí mismos o presentar una impotencia frente a las situaciones externas porque escapan totalmente a su control, tal como señala Garcés (2003), o experimentar una

actitud o sentir negativo frente a los colegas o usuarios, y como señala Blanca y Arias (2018); o en su defecto, tornarse ansiosos, tensos, fatigados o agotados, con las consiguientes alteraciones de actitud y oposiciones defensivas como lo señala Cherniss (1980) citado por Garcés (2003).

Se debe aclarar que Carlín y Garcés (2010) señalan que los componentes de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal no se comportan como fases del síndrome sino como formas de expresión del síndrome, en ese sentido, los que presentan agotamiento emocional, pueden o no experimentar simultáneamente una despersonalización o baja realización personal. Si esto es así, sería necesario abordar estrategias psicológicas y laborales más complejas, discriminadas o multifactoriales para prevenir o afrontar tales expresiones del síndrome.

Además, estos síntomas o formas de expresión del SB pueden derivar en problemas mentales, habida cuenta que, de acuerdo al coeficiente rho de Spearman, el SB y la Salud Mental están asociados y son interdependientes, a pesar de presentar una interdependencia débil.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta, como señala Pacheco (2016), que los factores asociados al SB podrían estar también asociados a los problemas organizacionales o supra organizacionales, al diseño del espacio laboral, a las interrelaciones entre colegas, a las características personales de cada trabajador, etc., de manera que sería necesario además identificar debidamente los factores que sean significativos en los casos de cansancio emocional alto (14.3%), despersonalización alta (25.1%) y baja realización personal (48.8%) que presenta el equipo sanitario de estos centros de salud.

7.2. Salud Mental

El estudio ha permitido determinar en promedio la existencia de un 25.1% de casos con trastornos de salud mental frente a un 74.9% de personas que no presentan ninguna alteración o trastorno mental. Estos datos significan que 1 de cada cuatro personas que trabajan en los centros de salud estudiados presenta algún tipo de alteración mental. Entre los casos están principalmente los signos de ansiedad y falta de sueño con un 25.6%, síntomas psicósomáticos con un 19.2% y depresión con un 4.4%; sin que se hayan presentado ningún caso de disfunción social. Estos resultados difieren de los encontrados por Angulo (2021) quien encontró que solo el 5.7% del centro quirúrgico de un hospital presente una inadecuada salud mental y el 94.3% con una salud mental adecuada, lo que significa que la población estudiada en la presente investigación presenta una mayor prevalencia de trastornos mentales.

Los casos de *síntomas somáticos* se presentan principalmente en los Centros de salud de San Jerónimo y Ocongate; principalmente entre las edades de 18 a 35 años (7.9%) y 46 años a más (6.9%); sexo femenino (16.3%); con más de 10 años de servicios (9.9%); condición laboral nombrado (13.3%), especialmente entre enfermeros y técnicos, pero de manera especial, entre personas que nunca presentaron alteraciones mentales (13.3%).

Los casos de *ansiedad y falta de sueño*, se presentan principalmente en los centros de salud de San Jerónimo (8.4%) y Urcos (6.9%); entre las edades de 46 años a más (8.9%); de sexo femenino (15.8%); con más de 10 años de servicio (10.3%); condición laboral nombrado (13.8%) con formación profesional técnico (8.9%), incluyendo a personas que no tuvieron alguna vez problemas de salud

mental (17.2%). Los resultados mencionados son relativamente parecidos a los hallados por Marengo y Ávila (2016) cuando señalan que los problemas de ansiedad-insomnio fueron frecuentes entre docentes con contratación fija, es decir, los casos de ansiedad e insomnio se presentan principalmente entre el personal nombrado.

No se encontró ningún caso de *disfunción social* en la muestra de estudio, esto significa que, desde la perspectiva social, el personal de los centros sanitarios estudiados se encuentra socialmente activo, realizando sus tareas de manera habitual, desempeñando un rol beneficioso para sus vidas, disfrutando sus actividades laborales e interpersonales en forma normal

Los pocos casos de *depresión* (4.4%) se encuentran principalmente en el centro sanitario San Jerónimo (2.5%), entre los 46 a más años de edad (2.5%); sexo femenino (3.9%); condición laboral contratado (2.5%) con formación profesional “otros profesionales de salud” (2.0%), entre estos últimos se encuentran: psicólogos, químico-farmacéuticos, nutricionistas, etc., y especialmente entre las personas que nunca tuvieron antecedentes de haber presentado algún problema mental (3.0%). Estos resultados difieren de los hallados por Rodríguez (2018) quien encontró que el 40.8% de los internos y residentes de medicina presentan depresión, habiendo demostrado además que el síndrome de Burnout aumenta en 2.7 veces cuando hay presencia de depresión y que el personal femenino es más propenso al desarrollo de depresión en 3.5 veces.

Estos resultados significan que existe exposición en el equipo de salud a niveles de preocupación y miedos intensos ante situaciones cotidianas, pasando por

problemas de insomnio, cansancio y en algunos casos llegando a la depresión, lo cual, afecta su salud mental de manera directa.

7.3. Correlaciones Estadísticas

El análisis de las correlaciones efectuadas mediante el coeficiente de Pearson (ρ), indica que el SB y la salud Mental tienen una interdependencia positiva y moderada, igual a $\rho = 0.362$) con una significación bilateral de $0.000 < 0.05$, lo que indica que un incremento del SB implicará también un incremento de alguna alteración mental. Estos resultados no difieren de los señalados por Angulo (2021) cuando señala que entre el SB y la salud mental del personal sanitario existe una correlación directa y significativa. Por su parte Huachos y Veli (2020) analizan la correlación entre burnout y depresión y señalan que la correlación entre las dos variables es positiva y fuerte; igualmente, Mansanillas y otros (2021) señalan que existe una relación significativa entre las variables de salud mental y el cansancio emocional, lo que conllevaría a afirmar que a mayor agotamiento emocional mayores alteraciones de la salud mental; o los resultados de Tumbay (2020) quien señala que los factores sociales y el SB tienen una correlación significativa y directamente proporcional ($\rho = 0,372$) ($p < 0.05$).

El mismo comportamiento (correlación positiva moderada) se presenta entre las dimensiones de agotamiento y síntomas somáticos ($\rho = 0.409$), agotamiento y ansiedad e insomnio ($\rho = 0.359$), agotamiento y disfunción social ($\rho = 0.319$) y agotamiento y depresión ($\rho = 0.330$). Así como entre despersonalización y síntomas somáticos ($\rho = 0.328$), despersonalización y ansiedad e insomnio ($\rho = 0.231$), despersonalización y disfunción social ($\rho =$

0.229). Finalmente, la realización personal sólo tuvo correlación significativa e inversa con la Depresión ($\rho = -0.221$).

Los resultados evidencian que ambas variables están relacionadas positivamente lo cual indica que son interdependientes, sin embargo, la magnitud o significancia de dicha relación no es elevada sino moderada. Estos resultados difieren de los encontrados por Bustamante (2023), quien identificó una correlación directa y significativa entre la sintomatología en salud mental y el SB, además, de haber encontrado una correlación positiva entre los componentes de cada una de las variables, cabe indicar que este autor investigó la presencia de problemas en salud mental y el SB en el personal de enfermería del servicio de urgencias de adultos de un Hospital de Lima.

VIII. Conclusiones

1. El perfil promedio del personal asistencial, fue un trabajador adulto joven, entre 36 a 45 años de edad, generalmente de sexo femenino, con más de 5 años de servicio; más de la mitad eran de condición laboral nombrados, en particular en enfermeros, técnicos u obstetras; y sólo 1 de cada 10 trabajadores tenían antecedentes de problemas en salud mental, sin embargo, este antecedente no tuvo relación con ninguna característica personal ni laboral del trabajador.
2. Poco menos de la mitad de trabajadores presentaron niveles bajos de deterioro laboral, y la quinta parte de trabajadora presentó niveles altos del síndrome. La dimensión más crítica fue la Despersonalización, pues la cuarta parte de trabajadores presentaron actitudes de indiferencia e insensibilidad; y en el componente Realización personal la mitad de trabajadores presentó niveles medio-alto, y a mayor realización personal menor agotamiento emocional y menor despersonalización, y viceversa,
3. A cualquier edad, sexo, condición laboral o profesión, puede presentarse el deterioro laboral, pero no con el antecedente de algún problema de salud mental, ni con los años de servicio, ni con el centro de salud donde labora el trabajador, pues a mayor tiempo de servicio mayor nivel de burnout, y presentar un antecedente de salud mental se asocia con severidad del síndrome; además, en los centros ubicados en Quiquijana y en Urcos sus trabajadores tuvieron niveles de burnout significativamente menores que los ubicados en Ocongate y San Jerónimo.

4. La cuarta parte de trabajadores presentaron problemas psicológicos, según la escala de Goldberg, con mayor incidencia de problemas relacionados a la ansiedad y el insomnio. No hubo casos de disfunción social, y apenas 9 de 203 trabajadores presentaron depresión.
5. Sólo la edad y el antecedente de problemas mentales se asociaron a la salud mental, indicando que los trabajadores de 36 años o menos y con antecedentes de problemas mentales presentaron mayor nivel de ansiedad, falta de sueño, y síntomas somáticos.
6. La escala de burnout tuvo una correlación directa y significativa con los componentes Sintomatología somática y Depresión. El Cansancio emocional se correlacionó de forma moderada y proporcional con los síntomas somáticos. La Despersonalización tuvo una correlación muy baja con la Disfunción social, y con la Ansiedad/insomnio.
7. La dimensión Realización personal no tuvo ninguna relación con el inventario de salud mental, ni con sus componentes Sintomatología somática, Ansiedad y falta de sueño, y Disrupción social, pero sí tuvo correlación leve, inversa y significativa con la Depresión, esto indica que trabajadores con baja realización personal tendrán mayor grado de depresión.
8. Las escalas de burnout y la de Salud Mental se correlacionaron significativamente y directamente proporcional, indicando que niveles altos de deterioro laboral (puntajes altos en burnout) se relacionan con niveles altos de deterioro en salud mental (puntajes en el GHQ), y viceversa.

9. En general, el estudio ha permitido mostrar o evidenciar que entre el síndrome de burnout y la salud mental del equipo asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco (2022), existe una correlación positiva moderada. Esto significa que ambas variables son interdependientes y que el aumento del nivel de burnout implica a su vez un incremento de los trastornos de salud mental.

IX. Recomendaciones

1. Se recomienda efectuar estudios clínicos y seguimientos de carácter psicológico en los casos de síndrome de burnout con expresiones de cansancio emocional alto, severa falta de empatía, y poca realización personal. De igual manera en los casos detectados de salud mental, se considera necesario realizar un análisis clínico exhaustivo de los casos que presentan sintomatología somática, ansiedad, falta de sueño, y depresión.
2. Las autoridades de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región Cusco, que tienen la responsabilidad del diseño, distribución, y organización de los procedimientos y funciones, deben establecer políticas y estrategias laborales y asistenciales que impacten positivamente en la salud corporal y mental del equipo asistencial, evitando fuentes de estrés y presión innecesarias.
4. Realizar sesiones de psico-educación al personal de salud para prevenir la aparición del síndrome de burnout y las alteraciones mentales, lo que servirá a los establecimientos como factor de protección y beneficiará a la población que acude a estos centros de salud.
5. Instar a las redes de salud Cusco Sur a mejorar el acompañamiento clínico psicosocial que se ha implementado con los centros comunitarios en salud mental para optimizar el rendimiento del personal y mejorar su clima laboral.
6. Fomentar la realización de estudios psicométricos del inventario de Burnout, para verificar y sentar evidencia de que este inventario puede dar un puntaje global, además de las puntuaciones parciales de sus 3 dimensiones, para así estimar el síndrome de cansancio laboral de forma integral.

X. Referencias Bibliográficas

- Aguirre, G. P., Castillo, S. M., & García, G. G. (2018). *Características de Salud Mental y Burnout en los empleados asistenciales y administrativos en una IPS de la ciudad de Cartagena*. Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de San Buenaventura, Cartagena, Colombia.
http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/6180/1/Caracter%C3%ADsticas%20de%20salud%20mental_Yina%20Aguirre%20R_2018.pdf
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., & Pujalte, M. (2015). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. (S. M. Salud, Ed.) Murcia, España: Región de Murcia, Consejería de Sanidad.
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Alvarez G., E., & Fernandez R., L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional I, revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XI(39).
<https://core.ac.uk/download/pdf/228838173.pdf>
- Ames, R., Barreda, V., & Huamani, J. (2017). Psychometric properties and factor invariance for the general health questionnaire (GHQ-28): study in peruvian population exposed to the COVID-19 Pandemic. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 21(2), 01-12.
<https://www.aseanjournalofpsychiatry.org/articles/psychometric-properties-and-factor-invariance-for-the-general-health-questionnaire-ghq28-study-in-peruvian-population-ex.pdf>
- Angulo Guevara, K. (2021). *Síndrome de Burnout y la salud mental del personal de salud del centro quirúrgico*. Tesis para optar a la segunda especialidad Profesional en Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/17333/2E%20679.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4750397>
- Apiquian, A. (2007). *El síndrome del burnout en las empresas*.
<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
- Arias, W., Muñoz, A., Delgado, Y., Ortiz, M., & Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(249), 331-344. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n249/0465-546X-mesetra-63-249-00331.pdf>

- Avalos, A.; Castillo-Costa, Y.; D'Imperio, H.; Prieto, O.; Gantesti, J.; López, C.; et al. (2023). Encuesta burnout en Especialistas de Cardiología SAC. *Rev argentina de cardiología*, 91(6), 413-421. <https://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20709>
- Barraza, A., Carrasco, R., & Arreola, M. (2007). *Síndrome de Burnout, un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango*. Informe final de investigación, Universidad Pedagógica de Durango, Durango. <https://upd.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf>
- Baustista, K. (2020). *Salud mental por dimensiones en trabajadores de un hospital de Ferreñafe 2019*. Tesis para optar al título profesional de Licenciado en Psicología, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2856/1/TL_BaustistaSanchezKerly.pdf
- Bautista Sanchez, K. (2020). Salud mental por dimensiones en trabajadores de un hospital de Ferreñafe, categoría II-1, de setiembre a diciembre, 2019. Chiclayo.
- Becerra, B., Calle, M., & Condori, A. (2021). Estados de ánimo y salud mental de estomatólogos peruanos durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Estomatología, Órgano Oficial de la Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas*, 58(4), 7. <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3481>
- Blanca Gutierrez, J., & Arias Herrera, A. (Octubre de 2017). Síndrome de Burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería Universitaria*, 15. doi:<http://dx.org.doi/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Blanca, J., & Arias, A. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario. *Enfermería Universitaria*, 15(1). <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v15n1/2395-8421-eu-15-01-30.pdf>
- Bustamante, J. (2023). *Salud mental y el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del servicio de emergencia adultos de un Hospital de Lima, 2023*. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología, Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/137902/Bustamante_MJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Buunk, B., & Schaufeli, W. B. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. (W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, Edits.) Washington, DC.

- Carbajal, J., Bobadilla, M., Rebolledo, V., & Roa, S. (2009). *Presencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en docentes de enseñanza básica del sistema de educación municipal de la ciudad de los Ángeles. Chile*. Tesis para optar al título de profesor de educación básica, Universidad Arturo Prat Sede Victoria, Los Angeles, Chile.
https://www.uv.es/unipsico/pdf/CESQT/Externos/2009_Tesis_Carvajal_et_al.pdf
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. (U. d. Murcia, Ed.) *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16713758020.pdf>
- Carreño, U., Cuba, C., & Mercado, L. (2022). *Clima organizacional y síndrome de burnout en el Hospital Regional del Cusco en el contexto de la pandemia por el COVID-19, 2021*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Administración, Universidad Continental, Cusco.
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12178>
- Casas, R. L. (Setiembre de 2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesiones sanitarias. *Administración sanitaria*, vi(23).
https://www.researchgate.net/publication/237316492_Dimensiones_y_medicion_de_la_calidad_de_vida_laboral_en_profesionales_sanitarios
- Chirinos, G. (2019). *Evidencias de validez de la escala de amor concreto en adultos de la provincia de Trujillo*. Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Humanidades, Trujillo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30306/chirinos_hg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cialzeta, J. R. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo. Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf
- Corona, L., & Fonseca, M. (2023). Uso y abuso de los criterios de inclusión y exclusión en los proyectos de investigación. *Medisur*, 21(5), 1-3. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n5/1727-897X-ms-21-05-1144.pdf>
- Cuevas, E. (2024). Burnout académico, personalidad, salud mental y hábitos saludables en estudiantes de Enfermería y Educación. 347.
<https://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/7685/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Delgado, A. (2003). El síndrome del Burnout en profesores de educación secundaria de Lima Metropolitana. (U. N. Facultad de Psicología, Ed.) *Revista de Investigación en Psicología*, 6(2). doi:<https://doi.org/10.15381/rinvp.v6i2.5149>
- Díaz Campos, G. E., & Machuca Mariñas, S. M. (Noviembre de 2017). Dimensiones del síndrome de burnout y su presencia en el desempeño laboral del personal médico de la red de salud Cajamarca. Cajamarca, Perú.
- Dirección Nacional de Salud Mental. (23 de Setiembre de 2014). *Gobierno de Mendoza-Argentina*. <https://www.mendoza.gov.ar/salud/temas-de-salud/salud-mental-2/>
- Elloy, D., Terpening, W., & Kohls, J. (2010). A causal model of burnout among self-managed work. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and applied*, 135(3), 321-334. doi:10.1080/00223980109603702
- Fidalgo, M. (2006). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. https://app.mapfre.com/documentacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1031502
- Franco, S. (2021). *Síndrome de Burnout y Salud Mental en personal penitenciario de Centro de Libertad en Manizales*. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias de la Salud, Maestría en Salud Pública. <https://repositorio.ucaldas.edu.co/server/api/core/bitstreams/e463b62e-964c-4c46-9025-4c75af222be1/content>
- Garcés de los Fayos, E., & Vives, L. (2003). Hacia un modelo teórico explicativo de burnout en deportistas: una propuesta integradora. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*, 2(2), 221-242. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1075728>
- García Viniegras, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Golberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 15(1), 88-97. [https://www.researchgate.net/publication/262471297_Manual_para_la_utilizacion_d el_cuestionario_de_salud_general_de_Golberg_Adaptacion_Cubana/fulltext/5981d7 da4585150575c03ebe/Manual-para-la-utilizacion-del-cuestionario-de-salud-general-de-Golberg-Adapta](https://www.researchgate.net/publication/262471297_Manual_para_la_utilizacion_del_cuestionario_de_salud_general_de_Golberg_Adaptacion_Cubana/fulltext/5981d7da4585150575c03ebe/Manual-para-la-utilizacion-del-cuestionario-de-salud-general-de-Golberg-Adapta)
- García Viniegras, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

- Gastelu, S., & Hurtado, L. (2022). *Adaptación de la escala de Salud Mental en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, 2021*. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Cesar Vallejo, Escuela Profesional de Psicología, Lima.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/89604/Gastelu_SJ-Hurtado_DLE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gerard, C. (23 de Abril de 2011). *El blog de Cristian-Gerard*. <http://cristian-gerard.over-blog.org/article-historia-salud-mental-85953719.html>
- Goldberg, D. (1972). The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. *Oxford University Press*.
- Goldberg, D., & Hillier, V. (1979). A Scled versión of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Gorazabal, J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria*. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/14125/66216_gorosabel%20rebolleda%20jesus.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gutierrez, G. A., Celis, M. Á., Moreno, S., Farias, F., & Suárez, J. d. (2006). Síndrome de Burnout. *Neurodent Mediagráfic Artemisa*, 11(4), 305-309.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Hernandez, F., Rodriguez, A., Jimenez, J., & Rodriguez de Vera, B. (2016). El Síndrome de Burnout y la salud mental de los estudiantes de grado de Enfermería. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe. 3), 79-84.
https://www.researchgate.net/publication/312017978_El_sindrome_de_burnout_y_la_salud_mental_de_los_estudiantes_de_grado_en_enfermeria
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana editores. doi:<https://studylib.es/doc/8868132/metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n--5ta-edici%C3%B3n---sampler>
- Huachos Pacheco, A., & Veli Chuquillanqui, R. (2020). Síndrome de Burnout y depresión en trabajadores de la Universidad Nacional del Centro del Perú 2018. *Horizonte de la Ciencia*, 10(18), 8. doi:<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.408>

- Jimenez, M., & Caballero, C. (2020). La salud general percibida y su asociación al síndrome de burnout académico e ideación suicida en universitarios colombianos. *Psicogente*, 24(45), 23-38. <https://www.redalyc.org/journal/4975/497570254002/html/>
- López, A. (2017). *El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública Gallega*. Tesis doctoral, Universidad de Vigo, Escuela Internacional de Doctoramiento, Vigo.
https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome_burnout_antecedentes_consecuentes_organizacionales_sanidad_gallega_analia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Masanillas, T., Ramirez, M., & Ortega, D. (2021). *Percepción de la salud mental y su relación con el agotamiento emocional en médicos ecuatorianos*. Universidad Técnica Particular de Loja.
https://www.researchgate.net/publication/357536367_Percepcion_de_la_salud_mental_y_su_relacion_con_el_agotamiento_emocional_en_medicos_ecuatorianos
- Manzo, S. (2006). *El síndrome de burnout en los trabajadores de la salud*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ5015.pdf>
- Marenco, A., & Ávila, J. (2016). Burnout y problemas de salud mental en docentes: Diferencias según características demográficas y sociolaborales. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 1(10), 91-100. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n1/v10n1a09.pdf>
- Martínez Mezo, G. L. (2017). *Burnout y salud mental en los médicos de Málaga*. Málaga, España: Universidad de Málaga. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/15155>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*(112), 42-80.
<https://www.redalyc.org/pdf/5257/525752962004.pdf>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Occupational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Miranda, M., & Villacís, M. (2019). El Protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Alergia México, Versión Online*, 66(1), 115-122.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v66n1/2448-9190-ram-66-01-115.pdf>
- Monterroso, Á., Ordosgoitia, E., & Beltrán, T. (2020). Ansiedad y depresión identificadas con la escala de Golberg en estudiantes universitarios del Área de la Salud. *MedUNAB*, 23(3), 372-388. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3881/3352>

- Morales, S., López, A., Bosh, A., Beristain, A., Escobar, G., Robles, R., & López, F. (2022). Condiciones Socioeconómicas y de Salud Mental durante la Pandemia por COVID-19. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(2), 5-23.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v11n2/2007-4719-aip-11-02-5.pdf>
- Muñoz, A., Arias, W., & Caycho, T. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Neuro Psiquiat*, 57(2), 139-148.
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v57n2/0717-9227-rchnp-57-02-0139.pdf>
- OPS. (10 de Octubre de 2013). *Organización Panamericana de Salud*. Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo:
https://www3.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=760:depresion-demencia-son-trastornos-mentales-que-mas-afectan-mayores-60-anos-mundo&Itemid=245
- Pacheco, S. G. (2016). *Relación entre la percepción del clima laboral y el síndrome de Burnout en enfermeras y técnicas de enfermería de una clínica de Lima Metropolitana*. Lima.
- Párraga Sánchez, J. M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Cáceres: Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Sociología de la Educación.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
- Peinado, A. I., & Garcés de Los Fayos, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. (U. d. Murcia, Ed.) *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16714108.pdf>
- Perlman, B., & Hartman, E. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human relations*, 35(4), 283-305. doi:<https://doi.org/10.1177/001872678203500402>
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free.
- Procel, C., Granizo, L., & Santos, D. (2023). Caracterización del estado de salud mental general en conductores profesionales de la sierra centro ecuatoriana. *Revista Eugenia Espejo*, 17(2), 78-88. <https://doi.org/10.37135/ee.04.17.09>
- Pulido, D. (2018). Boletín de información. Salud en mi barrio. *Atención Primaria de Salud*, 3-7.
- Ramos, R. A. (2017). *El delincuente psiquiátrico: visión histórica, su problemática en México y una propuesta criminológica*. México.

- Rios, M., Peñalver, F., & Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivo. *Science Direct*, 19(4), 169-178.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239908758322>
- Rodríguez Castañeda, S. A. (2018). *El síndrome de burnout como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina del Hospital Nacional P.N.P. Luis N. Sáenz en el año 2017*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1231/138%20rodriguez%20casta%3%b1eda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salanova, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodriguez, C., García, M., & Cebría, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10), 613-619. <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original1.pdf>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de Términos en Investigación Científica, Tecnológica y Humanística*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, Vice-Rectorado de Investigación. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Sarmiento, G. (2019). Burnout en el servicio de emergencia de un hospital. *Horizonte Médico*, 19(1), 67-72. doi:<https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.11>
- Senado y cámara de diputados de Argentina. (25 de Noviembre de 2010). *Ley 26657 Ley Nacional de Salud Mental*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Starrin, B., Larsson, G., & Styborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian journal of caring sciences*, 4(2), 83-91.
doi:10.1111/j.1471-6712.1990.tb00050.x
- Tumbay Tenazoa, L. A. (2020). *Factores psicosociales y síndrome de Burnout en el personal asistencial de un Centro de Salud del distrito de San Martín de Porres*. Lima: Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47493>
- Valdivieso, F. M. (2013). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital "Isidro Ayora" de Loja", durante el año 2012*. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/7601/1/VALDIVIESO%20FLOR%20MARIA%2c-%20TESIS.pdf>

- Vásquez, J. (2020). *Propiedades psicométricas del Inventario burnout de Maslach en colaboradores de una empresa paraestatal de Trujillo*. Tesis para obtener el grado académico de Doctor en Psicología, Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado, programa académico de Doctorado en Psicología, Trujillo Perú.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/46900/V%c3%a1squez_MJC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Yslado, R., Ramírez, E., & García, M. (2021). Propiedades Psicométrica del cuestionario burnout para profesores universitarios en una muestra peruana. *Archivos de Medicina, Universidad de Manizales*, 21(2), 425-435.
<https://www.redalyc.org/journal/2738/273868435010/html/>

XI: Anexos

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Escalas de medición	Metodología
¿Qué relación existe entre el Síndrome de Burnout y la salud mental del equipo asistencial de los centros sanitarios de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022?	Establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y la salud mental de la población asistencial de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.	Existe una correlación estadística positiva y significativa entre el Síndrome de Burnout y la Salud Mental de la población asistencial de los centros de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022.	Síndrome de burnout	Agotamiento emocional	Ítems: 1,2,3,6,8,13,14,16,20	<i>De intervalo</i> • Nunca=0	Tipo y enfoque de investigación Básico, cuantitativo Diseño No experimental, transversal, descriptivo y correlacional Población de estudio 214 personas Población encuestada 203 personas Instrumentos MBI (1981) y GHQ 28 Estadístico Coeficientes de correlación de Spearman y Pearson
				Despersonalización	Ítems: 5, 10,11,15,22	• Pocas Veces=1 • 1 vez/mes o menos=2 • Pocas veces/mes=3 • 1 vez/semana=4 • Pocas veces/semana=5 • A diario=6	
				Realización personal	Ítems: 4,7,9,12,17,18,19,21	• No en absoluto=0 • No más que lo habitual=0 • Más que lo habitual=1 • Mucho más que lo habitual=1	
			Salud mental de Goldberg	Síntomas somáticos	Preguntas: A1 al A7	<i>De intervalo</i> • No en absoluto=0 • No más que lo habitual=0 • Más que lo habitual=1 • Mucho más que lo habitual=1	
				Ansiedad insomnio	Preguntas: B1 al B7	<i>De intervalo</i> • Mejor que lo habitual=0 • Igual que lo habitual=0 • Peor que lo habitual=1 • Mucho peor que lo habitual=1	
				Disfunción social	Preguntas: C1 al C7	<i>De intervalo</i> • No en absoluto=0 • No más que lo habitual=0 • Más que lo habitual=1 • Mucho más que lo habitual=1	
				Depresión	Preguntas: D1 al D7		

Fuente: elaboración propia

Anexo 2: Inventario “Burnout” de Maslach (MBI)

FICHA TÉCNICA

Nombre Original: Maslach Burnout Inventory, Manual.

Nombre de la Adaptación: Inventario Burnout de Maslach (MBI). Síndrome del Quemado por Estrés Laboral Asistencial.

Versiones: Única y completa (MBI) con 22 preguntas. Agotamiento Emocional: 09 preguntas; Despersonalización: 05 preguntas; Realización Personal: 08 preguntas.

Autores: Cristina Maslach (1977) y Susan E. Jackson (1980)

Procedencia: Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California, USA.

Adaptación Perú: Yslado, Ramírez y García (2021); Vásquez (2020)

Editorial: TEA ediciones (1997).

Aplicación: Individual y colectiva. Adultos en profesiones de servicio humano.

Finalidad: Evaluación de tres dimensiones básicas del Síndrome de Burnout: Escala **CE**: Agotamiento Emocional; Escala **DP**: Despersonalización; Escala **RP**: Realización Personal.

Material: Manual (1.997) y ejemplar.

Tipificación: Baremos de tipo general (reunión de varias sub-muestras) y discriminado por género en puntuaciones *centiles*, con escalas ordinal que va desde 1 a 99; y la escala *típica S* cuya media vale 50 y su desviación típica es de 20 unidades.

Tiempo: La mayoría de los sujetos tarda entre 10 y 15 minutos en completarlo.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Se mide por intermedio de cuestionario (Maslach de 1986) que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Agotamiento emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones, se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Sub-escala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. Sub-escala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. Sub-escala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

Agotamiento emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros, y baja en el tercero. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Al levantarme 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 influyo 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	

Valores de referencia:

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	0-13	14-25	26-54
Despersonalización	0-4	5-9	10-30
Realización personal	0-32	33-40	41-48
Puntaje global	0-44	45-88	89-132

Valoración de puntuaciones:

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Anexo 3: Cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ28

Ficha Técnica

Nombre:	Cuestionario de Salud General de Goldberg
Nombre original:	General Health Questionnaire (GHQ)
Autor:	David Goldberg
Año:	El año del GHQ es 1978 y del GHQ-28 es 1979
Adaptación Perú:	Gastelú y Hurtado (2022); Ames, Barreda y Huamani (2017)
Tipo de instrumento:	Cuestionario auto administrado
Población Diana:	Población general.

Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso). Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso). Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto.

PUNTUACION	CHQ	CGHQ
A. Síntomas somáticos		
B. Ansiedad-Insomnio		
C. Disfunción social		
D. Depresión		
Puntuación total		

Anexo 4: Cuestionario de Salud General De Goldberg – GHQ-28

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante, intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="radio"/> Mejor que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Peor que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se leviente encima?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="radio"/> Más activo que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="radio"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="radio"/> Mejor que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Peor que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
<input type="radio"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="radio"/> Más útil de lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Menos útil de lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="radio"/> Más que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Peor que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="radio"/> Más que lo habitual	<input type="radio"/> Claramente, no
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> Me parece que no
<input type="radio"/> Peor que lo habitual	<input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="radio"/> Claramente, lo he pensado

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 5: Ficha socioeconómica complementaria
(Datos Generales)

Centro de Salud.....

Edad: 18 a 25 () 26 a 35 () 36 a 45 () 46-55 () Más de 55 ()

Sexo: F () M ()

Años de servicio: < 1 año () 1 a 5 () 5 a 10 () Más de 10 ()

Condición Laboral: Nombrado () Contratado ()

Profesión:

Médico () Enfermero () Obstetra ()

Biólogo () Odontólogo () Nutricionista ()

Químico-farmacéutico () Psicólogo () Técnico ()

¿Ha tenido usted alguna vez un problema de salud mental? Sí () No ()

Anexo 6: Consentimiento informado para participar en la investigación

Título de estudio: Síndrome de Burnout y Salud Mental en el personal asistencial de los Centros de Salud de la región del Cusco.

Investigador(a): Karen Gris Bustillos De la Cuba.

Institución: Centro de salud de San Jerónimo, Urcos, Quiquijana, Ocongate.

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para conocer la relación entre el Síndrome de Burnout y la salud mental de la población asistencial de los centros de salud de nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco, 2022. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y los centros de salud nivel I-4 de la zona sur de la Región del Cusco.

Los profesionales que trabajan directamente con personas se ven expuestos a una serie de estresores que según como sean vividos, resueltos y afrontados determinan la respuesta individual al estrés. creemos necesario investigar más en este tema y abordarlo con la importancia que amerita

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio tome en cuenta lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta socioeconómica donde le tomaremos algunos datos personales
2. Esta encuesta tomará un tiempo aproximado de 30 minutos donde llenará dos cuestionarios para conocer sus niveles de Burnout y Salud Mental

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios:

Se le informará de manera confidencial los resultados que se obtengan de la encuesta y/o test de evaluación. Recibirá un tríptico con información sobre el tema del estudio.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recolecte será mantenida con estrictas reservas de confidencialidad.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a Karen G. Bustillos De la Cuba al teléfono 984119694

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico:

orvei.ciei@oficinas-upch-pe

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada a usted.

Declaración del Investigador:

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán en reserva y que los resultados del estudio serán utilizados para fines exclusivos de investigación.

Nombre y apellidos del participante

Fecha y hora

Firma

Investigadora

Fecha y hora

Firma

Anexo 7: Tríptico informativo para los participantes

¿ COMO SE MANIFIESTA EL BURNOUT ?

Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).

- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, fatiga y agotamiento (tensión)
- Cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo).



¿Y EN NUESTRA SALUD MENTAL ?

- Aislamiento
- Ansiedad
- Miedo o temor
- Depresión
- Fuga o anulación
- Adicciones
- Cambios de personalidad
- Culpabilidad y autoinmolación
- Cargas excesivas de trabajo
- Comportamiento riesgoso
- Sensación de fatiga crónica.
- Abandono de sí mismo
- Pérdida de la memoria y desorganización.
- Trastornos del sueño

¿ QUIERES CONOCER COMO ESTAN TUS NIVELES DE BURNOUT Y SALUD MENTAL ? Te invitamos a llenar estos cuestionarios



EL DIA DE HOY TE DAREMOS INFORMACION SOBRE EL BURNOUT (SINDROME DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL) Y LA SALUD MENTAL

¿Por que ?

Los profesionales que trabajan directamente con personas se ven expuestos a una serie de estresores que según como sean vividos, resueltos y afrontados determinan la respuesta individual al estrés



El bienestar en la salud mental es esencial para asegurar la homeostasis y el equilibrio del cuerpo y la mente, para que las personas puedan disfrutar de una salud y bienestar sostenible, libre de enfermedades y trastornos.



Nuestro mundo globalizado ha creado muchos desafíos y complejidades que impactan de manera adversa en la salud y en los niveles de bienestar de las personas.

A los profesionales de la salud se les pide que empleen un tiempo considerable implicándose intensamente con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, ansiedad, depresión y otros



Anexo 8: Aprobación del Comité de Ética



VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA 524 - 38 - 22

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** de manera unánime por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : “**Síndrome de Burnout y Salud Mental en el personal asistencial de los Centros de Salud de la región del Cusco.**”.

Código de inscripción : 208303

Investigadora principal : **Karen Gris, Bustillos De la Cuba**

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Proyecto aprobado**, versión recibida en fecha 12 noviembre del 2022.
2. **Consentimiento Informado**, versión recibida en fecha 12 noviembre del 2022.
3. **Cuestionario de salud general de Goldberg**, versión recibida en fecha 12 noviembre del 2022.
4. **Inventario “Burnout” de Maslach**, versión recibida en fecha 12 noviembre del 2022.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 14 de noviembre del 2023.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 15 de noviembre del 2022.



Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/s/gg

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado postal 4314
319 0000 Anexo 201302
vriive@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe