

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



***Burnout y engagement* en médicos de instituciones de salud de Lima
Metropolitana y el Callao en el contexto de la COVID-19**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
DIRECCIÓN ESTRATÉGICA Y LIDERAZGO OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

PRESENTADA POR

Juan Alvarez Baldeón, DNI: 46645670

Nelly Margot Fauss Ochicua, DNI: 40241251

Jacqueline Mariana Knox Mere, DNI: 07021228

Evelyn Luna Victoria Vargas, DNI: 45940481

ASESOR

Daniel Eduardo Guevara Sánchez, DNI: 09412483

<https://orcid.org/0000-0002-6374-8062>

JURADO

Percy Samoel Marquina Feldman

Luis Alfonso Del Carpio Castro

Daniel Eduardo Guevara Sánchez

Surco, abril 2021

Agradecimientos

A los médicos, quienes son los verdaderos héroes durante esta pandemia.

A nuestro asesor y amigo Daniel Guevara.

A los profesores de la Maestría MCI EYL VIII.

A nuestras familias por su apoyo incondicional.

A los profesores Juan Narro y Ernesto Ríos por su apoyo y colaboración.



Dedicatorias

A mis padres por su incansable e inagotable apoyo, preocupación constante y amor incondicional; sin ellos nada de lo que he logrado habría sido posible. A mis hermanos que, entre sus bromas, me motivaron a nunca detenerme. A todos mis familiares que se involucraron en este proyecto académico e hicieron el camino más fácil. A ellos, mi agradecimiento infinito y con quienes comparto la alegría de haber concluido la maestría satisfactoriamente.

Juan Alvarez

A Dios, por todo lo que me ha permitido lograr hasta el día de hoy; sin su bendición nada hubiera sido posible.

A mi esposo, por ser el motor de nuestra familia, por brindarme siempre su apoyo y esa motivación incondicional que solo él me sabe dar. A mi hija Flavia, por su paciencia durante las largas jornadas de estudio. Finalmente, a mis padres y hermano por su comprensión y cariño por toda vez que no pude estar con ellos en momentos familiares.

Margot Fauss

A mi padre Jorge y a la memoria de mi madre Delia, por haberme formado como la persona que soy actualmente, por sus consejos y su confianza.

A mis Luises, que me comprendieron, me tuvieron paciencia y me cedieron su tiempo, para que este proyecto personal sea exitoso.

A mi hermana Marcela, por el constante aliento en cada momento difícil.

A ellos, mi eterno amor y gratitud.

Jacqueline Knox

A Dios por darle salud a mis padres, a mi familia y a mí en estos difíciles tiempos de pandemia. A mis padres por ser mi motor para seguir creciendo, por darme constantes ánimos para no rendirme, por todos los sacrificios que tuvieron que hacer para que estudiara y convertirme en la persona que soy hoy. A mis hermanas por ser mis cómplices y mi ejemplo a seguir. A mi futuro esposo que es mi mejor amigo, mi felicidad y mi paz y fue mi apoyo incondicional durante toda la maestría. Por último, a todo el personal sanitario que se encuentra en la primera línea de defensa contra este virus y son los verdaderos héroes de la pandemia de la COVID-19.

Evelyn Luna Victoria



Resumen Ejecutivo

La presente investigación tiene como objetivo medir los niveles de *burnout* y *engagement* en los médicos de instituciones de salud de Lima Metropolitana y el Callao, en el contexto de la COVID-19, a través de un estudio no experimental transversal con un alcance descriptivo. Para la investigación se utilizaron dos instrumentos en simultáneo, *Maslach Burnout Inventory for Human Services Survey* (MBI-HSS) para medir el *burnout* y *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) para medir el *engagement*, el primero fue creado por Christina Maslach y Susan E. Jackson, y el segundo, por Wilmar Schaufeli. Las encuestas fueron aplicadas a 400 médicos colegiados que trabajan en instituciones de salud de Lima Metropolitana y el Callao durante la pandemia de la COVID-19 y se identificó que el 80% de médicos presentó niveles muy altos de *engagement* y el 48%, niveles muy bajos de *burnout*. Por lo tanto, tomando como base los resultados obtenidos y que el *engagement* mitiga el riesgo que los médicos padezcan de *burnout*, se desarrolló un plan de implementación con estrategias enfocadas en mantener los niveles altos de *engagement* a fin de que los líderes de las instituciones de salud lo implementen en sus organizaciones, y contribuyan a desarrollar profesionales de la salud más productivos y con una mejor calidad de atención a los pacientes. Esto es relevante en un contexto de pandemia y en situaciones normales, ya que se necesitan líderes que aseguren las condiciones organizacionales para que los médicos cuenten con un estado de salud mental óptimo para ejercer su labor de salvar vidas.

Palabras clave: *burnout*, *engagement*, sector salud, MBI-HSS, UWES.

Abstract

This research aims to measure the levels of burnout and engagement in physicians from health institutions in Metropolitan Lima and Callao, in the context of COVID-19, through a non-experimental cross-sectional study with a descriptive scope. Two instruments were used simultaneously, Maslach Burnout Inventory for Human Services Survey (MBI-HSS) to measure burnout, and Utrecht Work Engagement Scale (UWES) to measure engagement, the first was created by Christina Maslach and Susan E. Jackson, and the second, by Wilmar Schaufeli. The surveys were applied to 400 registered physicians who work in health institutions in Metropolitan Lima and Callao during the COVID-19 pandemic, which identified that 80% of physicians showed very high levels of engagement, and 48% very low levels of burnout. Therefore, based on the results obtained and that engagement mitigates the risk that physicians suffer from burnout, an implementation plan was developed with strategies focused on maintaining high levels of engagement. Its implementation by leaders of health institutions will contribute to develop more productive health professionals with a better quality of care for patients. This is especially important during the context of a pandemic, but it is also relevant in normal situations, since leaders are needed to ensure the organizational conditions so that doctors have an optimal state of mental health to carry out their life-saving work.

Tabla de Contenidos

Lista de Tablas	xi
Lista de Figuras.....	xiii
Capítulo I: Introducción	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Problema de Investigación	2
1.3. Propósito de la Investigación	3
1.4. Justificación de la Investigación	4
1.5. Marco Conceptual	5
1.6. Preguntas de la Investigación.....	7
1.7. Limitaciones	7
1.8. Delimitaciones.....	8
1.9. Resumen.....	8
Capítulo II: Revisión de la Literatura	9
2.1. Mapa Conceptual	9
2.1.1. ¿Qué es una pandemia?	11
2.1.2. Impactos y necesidades del sector salud en una pandemia	11
2.1.3. ¿Qué es la COVID-19?.....	12
2.1.4. Llegada de la COVID-19 al Perú	13
2.1.5. Situación del sector salud en el Perú debido a la pandemia	14
2.1.6. Medidas implementadas con respecto a los médicos en el contexto de la COVID-19.....	16
2.2. <i>Burnout</i>	17
2.2.1. Definición del <i>burnout</i>	17
2.2.2. Causas que generan el <i>burnout</i>	19

2.2.3. Consecuencias del <i>burnout</i>	20
2.2.4. Instrumentos para medir el <i>burnout</i>	21
2.2.5. Investigaciones en el mundo sobre el <i>burnout</i>	24
2.2.6. Investigaciones en el Perú sobre el <i>burnout</i>	25
2.3. <i>Engagement</i>	26
2.3.1. Definición del <i>engagement</i>	26
2.3.2. Causas que generan el <i>engagement</i>	29
2.3.3. Consecuencias del <i>engagement</i>	30
2.3.4. Instrumentos para medir el <i>engagement</i>	31
2.3.5. Investigaciones en el mundo sobre el <i>engagement</i>	32
2.3.6. Investigaciones en el Perú sobre el <i>engagement</i>	34
2.4. Relación Inversa entre el <i>Burnout</i> y el <i>Engagement</i>	36
2.5. El Rol del Liderazgo para Reducir el <i>Burnout</i> y Promover el <i>Engagement</i>	37
2.6. Estrategias que Contribuyen a Reducir el <i>Burnout</i> y Promover el <i>Engagement</i>	39
2.7. Resumen.....	43
Capítulo III: Metodología	45
3.1. Diseño de la Investigación	45
3.2. Participantes de la Investigación.....	45
3.3. Confidencialidad	46
3.4. Instrumentos de Medición.....	47
3.5. Recolección de Datos	48
3.6. Análisis Estadístico	49
3.7. Análisis e Interpretación de Datos	49
3.8. Validez y Confiabilidad	50
3.9. Resumen.....	52

Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados.....	53
4.1. Perfil de los Participantes.....	53
4.2. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.....	55
4.3. Presentación de Resultados.....	56
4.3.1. Revisión de la pregunta central de investigación: ¿Cuál es el nivel de <i>burnout</i> y <i>engagement</i> en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la pandemia de la COVID-19?.....	57
4.3.2. Revisión de la pregunta específica 1: ¿Existen diferencias entre los niveles de <i>burnout</i> y <i>engagement</i> de los médicos de acuerdo con el tipo de institución de salud, el tiempo laborando en la institución y las horas de trabajo semanales?.....	65
4.3.3. Revisión de la pregunta específica 2: ¿Existen diferencias entre los niveles de <i>burnout</i> y <i>engagement</i> de los médicos con relación al sexo y edad?.....	75
4.3.4. Revisión de la pregunta específica 3: ¿Existen diferencias en los niveles de <i>burnout</i> y <i>engagement</i> entre médicos que trabajan en áreas de atención a la COVID-19 y el resto de áreas médicas?.....	83
4.4. Relación Inversa entre el <i>Burnout</i> y el <i>Engagement</i>	87
4.5. Resumen.....	88
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	90
5.1. Conclusiones.....	90
5.2. Recomendaciones.....	96
5.2.1. Recomendaciones teóricas.....	96
5.2.2. Recomendaciones prácticas.....	96
5.3. Contribuciones.....	98
5.3.1. Contribuciones teóricas.....	98
5.3.2. Contribuciones prácticas.....	99

5.4. Recomendaciones para Futuras Investigaciones	99
5.5. Plan de Implementación	101
5.5.1. Antecedentes.....	101
5.5.2. Objetivo general	101
5.5.3. Objetivo específicos	101
5.5.4. Presentación del plan de implementación	102
5.6. Resumen.....	108
Referencias.....	109
Apéndice A: Detalles de los Instrumentos de Investigación.....	129
Apéndice B: Consentimiento Informado	132

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Modo de calificación de los puntajes para el burnout y el engagement</i>	50
Tabla 2. <i>Perfil de los participantes</i>	54
Tabla 3. <i>Análisis factorial para los factores del burnout</i>	55
Tabla 4. <i>Análisis factorial para las dimensiones del engagement</i>	55
Tabla 5. <i>Valores de Alfa de Cronbach</i>	56
Tabla 6. <i>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para el burnout y sus factores</i>	56
Tabla 7. <i>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para el engagement y sus dimensiones</i>	56
Tabla 8. <i>Estadísticos descriptivos del burnout</i>	57
Tabla 9. <i>Estadísticos descriptivos del engagement</i>	58
Tabla 10. <i>Niveles del burnout y dimensiones por características sociodemográficas</i>	59
Tabla 11. <i>Niveles del engagement y dimensiones por características sociodemográficas</i> ..	60
Tabla 12. <i>Prueba de Dunn-Bonferroni de despersonalización para los rangos de tiempo de labor</i>	70
Tabla 13. <i>Resultado de diferencias significativas en los rangos de tiempo para la despersonalización</i>	71
Tabla 14. <i>Prueba de Dunn-Bonferroni para los rangos de horas laboradas semanalmente</i>	74
Tabla 15. <i>Resultado de diferencias significativas de burnout para las horas laboradas</i>	75
Tabla 16. <i>Resultado de diferencias significativas de despersonalización para las horas laboradas</i>	75
Tabla 17. <i>Prueba de Dunn-Bonferroni en burnout y factores para los rangos de edad</i>	82
Tabla 18. <i>Prueba de Dunn-Bonferroni en engagement y dimensiones para los rangos de edad</i>	82
Tabla 19. <i>Prueba de Dunn-Bonferroni en burnout y factores para las áreas</i>	86

Tabla 20. <i>Prueba de Dunn-Bonferroni en engagement y dimensiones para las áreas</i>	86
Tabla 21. <i>Plan de implementación</i>	103
Tabla 22. <i>Gantt del plan de implementación</i>	106
Tabla A23. <i>Estructura de la Maslach Burnout Inventory for Human Service Survey (MBI-HSS)</i>	129
Tabla A24. <i>Escala de Likert para la evaluación del Maslach Burnout Inventory for Human Service Survey (MBI-HSS)</i>	130
Tabla A25. <i>Estructura del Utrecht Work Engagement Scale (UWES)</i>	130
Tabla A26. <i>Escala de Likert para la evaluación del Utrecht Work Engagement Scale (UWES)</i>	131

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Mapa conceptual de revisión de literatura	10
<i>Figura 2.</i> Relación inversa entre el <i>burnout</i> y <i>engagement</i>	36
<i>Figura 3.</i> Relación inversa entre el <i>burnout</i> , <i>engagement</i> , <i>workaholism</i> y <i>job satisfaction</i>	37
<i>Figura 4.</i> Factores clave del <i>burnout</i> y <i>engagement</i> en médicos	40
<i>Figura 5.</i> Rango de fechas de aplicación de las encuestas	46
<i>Figura 6.</i> Histograma de respuestas de <i>burnout</i>	62
<i>Figura 7.</i> Histograma de respuestas de <i>engagement</i>	62
<i>Figura 8.</i> Distribución de <i>burnout</i> y sus factores por niveles.....	63
<i>Figura 9.</i> Distribución de <i>engagement</i> y sus dimensiones por niveles.....	64
<i>Figura 10.</i> Prueba de Mann-Whitney para el <i>burnout</i> y sus factores por tipo de institución	66
<i>Figura 11.</i> Prueba de Mann-Whitney para el <i>engagement</i> y sus dimensiones por tipo de institución.....	67
<i>Figura 12.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>burnout</i> y sus factores por el tiempo de labor de los médicos en su institución.....	68
<i>Figura 13.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>engagement</i> y sus dimensiones por el tiempo de labor de los médicos en su institución.....	69
<i>Figura 14.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>burnout</i> y sus factores por las horas laboradas semanalmente.....	72
<i>Figura 15.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>engagement</i> y sus dimensiones por las horas laboradas semanalmente	73
<i>Figura 16.</i> Prueba de Mann-Whitney para el <i>burnout</i> y sus factores por sexo	76
<i>Figura 17.</i> Prueba de Mann-Whitney para el <i>engagement</i> y sus dimensiones por sexo	77

<i>Figura 18.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>burnout</i> y sus factores por la edad de los médicos	79
<i>Figura 19.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>engagement</i> y sus dimensiones por la edad de los médicos.....	80
<i>Figura 20.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>burnout</i> y sus factores por área.....	84
<i>Figura 21.</i> Prueba de Kruskall-Wallis para el <i>engagement</i> y sus dimensiones por área.....	85
<i>Figura 22.</i> Dispersión y correlación lineal entre <i>burnout</i> y <i>engagement</i> por el método de Spearman.....	87



Capítulo I: Introducción

1.1. Antecedentes

Austria, Cruz, Herrera, Vázquez y Salas (2011) efectuaron un estudio sobre los niveles del síndrome de *burnout* en médicos mexicanos, durante la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de AH1N1, del cual identificaron altos índices de *burnout* potencialmente incrementados por el estrés psicológico, este último generado por la enfermedad a nivel nacional. En esta investigación, los autores concluyeron que, el 36.4% de los participantes demostró alcanzar niveles medio a alto de *burnout*, y que, criterios como la edad, sexo y lugar de residencia influyeron en los niveles de la variable analizada. Por su parte, Ferrán y Trigo (2020) identificaron en una investigación preliminar que, la tensión emocional de los médicos se incrementó en temporadas de pandemias, tal como sucedió en las crisis sanitarias del virus AH1N1 en 2009, del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2003 y del VIH en la década de los ochenta.

Por otro lado, en la revisión de la literatura no se halló evidencia de estudios relacionados con el *engagement* en el contexto de una pandemia; sin embargo, existen investigaciones que relacionan tanto el *burnout* y el *engagement* en personal sanitario en contextos normales. En esa línea, Prins et al. (2010), en su investigación en médicos residentes holandeses, evidenciaron que el 21% padecía de *burnout* moderado a severo mientras que el 27% mostró un nivel de *engagement* alto con su trabajo. Estos autores concluyeron que, el sexo de los participantes influyó en los resultados de las variables, es así que las mujeres demostraron niveles más altos de *burnout* y los hombres de *engagement*.

Existen estudios realizados en los que se evidencia la relación inversa entre el *burnout* y el *engagement* (Schaufeli, Salanova, González-Roma, & Bakker, 2002; Schaufeli

& Bakker, 2004; González-Roma, Schaufeli, Bakker, & Lloret, 2005). En ese sentido, mientras el *engagement* implica niveles de energía altos y trabajar con placer y agrado, el *burnout* es lo opuesto, puesto que tiene un nivel de activación baja y desagrado por el trabajo (Bakker & Oerlemans, 2011, citado en Hakanen, Peeters & Schaufeli, 2018). En consecuencia, el *burnout* en el sector salud puede generar un impacto negativo en (a) la atención al paciente, (b) el sistema de salud en general y (c) la salud del médico (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018; Patel et al., 2018). Por el contrario, el *engagement* puede generar un impacto positivo en el compromiso organizacional, iniciativa personal, comportamiento extra al rol y desempeño de los médicos (Schaufeli & Bakker, 2010).

1.2. Problema de Investigación

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) categorizó el 11 de marzo de 2020 al virus de la COVID-19 como una pandemia debido a su rápida propagación y a su gravedad, advirtiendo a los países a tomar medidas para enfrentarlo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a). Desde el inicio de la pandemia, la OMS ha brindado una serie de medidas para proteger la seguridad y salud ocupacional de los trabajadores de salud, quienes forman parte de la primera línea de defensa contra esta enfermedad. Este grupo de profesionales se encuentra expuesto no solamente al virus sino también a estrés, fatiga, angustia psicológica y *burnout* (OMS, s.f.-a). En ese sentido, el Ministerio de Salud del Perú publicó la Resolución Ministerial N°180-2020-MINSA, en la cual se expresó que el personal de salud afronta situaciones en esta pandemia que incrementan su estrés y la posibilidad de padecer de *burnout*, entre las situaciones se destaca el riesgo a infectarse e infectar a su familia, el desborde de trabajo, insuficiencia de personal médico y materiales para la atención de pacientes, agotamiento físico y mental, dilemas éticos y morales, entre otros; es relevante indicar que, Bueno y Barrientos (2020) identificaron estas mismas situaciones en su estudio aplicado en Wuhan, China.

En la resolución ministerial anterior, se estableció una “Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de Salud en el contexto del COVID-19” de cumplimiento obligatorio para todas las instituciones de salud a nivel nacional, a fin de proteger el bienestar mental del personal sanitario, ya que puede afectar la calidad de su trabajo y por ende su labor contra la pandemia. En la guía se planteó que es importante efectuar un diagnóstico para detectar el *burnout* y elaborar un plan para el cuidado de la salud mental, la cual debe ser abordada por las áreas Recursos Humanos. Es relevante destacar que, en estudios previos, se ha identificado al *engagement* como un factor que ayuda a proteger a los médicos contra el *burnout* (Prins et al., 2010; Schaufeli et al., 2006), por lo que se recomienda que las instituciones de salud promuevan y cultiven el *engagement* a fin de reducir el *burnout* (Shanafelt & Noseworthy, 2017). Ninivaggi (2020), psiquiatra de la Universidad de Yale, afirmó que la pandemia de la COVID-19 requiere médicos con un alto nivel de *engagement*, concentrados plenamente en la enfermedad y comprometidos a estudiar y mejorar el tratamiento contra el virus, a fin de lograr una atención segura y de calidad a los pacientes.

Por lo tanto, sobre la base de los antecedentes mencionados, el *burnout* y el *engagement* en médicos es un aspecto crítico y afecta a su labor, lo cual genera un impacto en la lucha contra la pandemia. En consecuencia, es importante identificar los niveles de *burnout* y de *engagement* en el personal sanitario a fin de que las instituciones de salud, a través de sus líderes, den relevancia y prioricen el tema para que desarrollen acciones que reduzcan el *burnout* y promuevan el *engagement*.

1.3. Propósito de la Investigación

El propósito de este estudio es brindar a los líderes de las instituciones de salud recomendaciones y estrategias, a través de un plan de acción, para cuidar la salud mental de

médicos mitigando el riesgo de padecer de *burnout* y promoviendo el *engagement*, en un contexto de emergencia sanitaria como la pandemia de la COVID-19, ya que los líderes deben de generar estabilidad y transmitir confianza en situaciones de crisis. Para lograr esto, se requiere identificar los niveles de *burnout* y *engagement* en médicos, y determinar si existen diferencias significativas según las características sociodemográficas y condiciones laborales.

Objetivo general:

El objetivo es determinar el nivel de *burnout* y *engagement* en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao, en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de *burnout* en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao, a través de la aplicación de la herramienta MBI-HSS de Maslach y Jackson.
- Determinar el nivel de *engagement* en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao, a través de la aplicación de la herramienta UWES de Schaufeli.
- Determinar si existe relación significativa entre las características sociodemográficas y condiciones laborales de los médicos con los niveles de *burnout* y *engagement*.

1.4. Justificación de la Investigación

La presente investigación permitirá dimensionar y describir los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos, quienes según la OMS (s.f.-b) son parte de la primera línea de defensa en la pandemia de la COVID-19; y a su vez, son el grupo de profesionales más propensos a sufrir de *burnout* por estrés (Plaza, 2010; Bueno & Barrientos, 2020; De Lorenzo, 1997; OMS, s.f., citado en Miranda, 2014), lo cual puede afectar su productividad, la calidad de la atención que brindan y la toma de decisiones, arriesgando el

bienestar y la vida de sus pacientes y la lucha contra la pandemia (RM N° 180-2020-MINSA). Asimismo, el presente estudio es relevante debido a que el *burnout* es una condición que puede pasar inadvertida por el aumento de la carga y presiones laborales, así como por la normalización de la explotación y estrés laboral de los trabajadores con tal de no arriesgar su estabilidad laboral (RM N° 180-2020-MINSA); por su parte, Plaza (2010) refirió que el estrés laboral es un factor de riesgo que puede acarrear enfermedades físicas y mentales en los trabajadores.

Cabe resaltar que, en un contexto de crisis, la labor de un líder es crucial ya que debe ser capaz de guiar a la organización para superarla, motivando e inspirando a su equipo a colaborar y trabajar juntos, mitigando el estrés y la angustia. Por lo tanto, esta investigación brinda un insumo para la definición de estrategias a los líderes de las instituciones de salud, de tal manera que puedan intervenir en la protección del bienestar mental y emocional, así como mejorar las condiciones laborales de los médicos de Lima Metropolitana y el Callao. De allí, es importante enfocarse en el *engagement*, pues se utiliza como una medida de reducir el *burnout* (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006); además, contribuye a contar con empleados con salud óptima, creativos, productivos e innovadores, con bajos niveles de rotación, ausentismo y accidentes laborales (Saks, 2006; Vega & Alarcón, 2018). Debido a la labor que desempeñan los médicos en el contexto de la COVID-19, es necesario cuidar su bienestar físico y mental para la atención de pacientes.

1.5. Marco Conceptual

El *burnout*, de acuerdo con Cristina Maslach y Susan Jackson, es un síndrome de agotamiento crónico que lo padecen los profesionales dedicados a atender personas con necesidades y dependencia, durante jornadas de trabajo intensas y prolongadas (citado en Quiceno & Alpi, 2007). Por su parte, Gil-Monte y Peiró (1997), citados en Quiceno y Alpi

(2007), refirieron que es “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”. Maslach y Jackson en 1982 desarrollaron el instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para medir el *burnout*, el cual se compone de tres factores: (a) agotamiento emocional, (b) despersonalización y (c) baja realización personal en el trabajo o cinismo. El primer factor, el agotamiento emocional - elemento clave del *burnout* -, refiere a que los recursos emocionales de la persona están agotados y sobrecargados; el segundo factor, la despersonalización, refleja actitudes negativas, cínicas e impersonales demostradas por el individuo, ocasionando sentimientos distantes hacia los demás; y la tercera, la baja realización personal en el centro laboral, refiere a la degradación en los sentimientos de competencia y éxito, generando así una tendencia negativa en la autoevaluación, principalmente en el ambiente laboral compartido (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996, citado en Olivares, Mena, Jélvez y Macía, 2013).

Por otro lado, el *engagement* es un estado mental positivo y satisfactorio relacionado con el trabajo (Schaufeli et al., 2002), el cual, según el Manual de *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) elaborado por Wilmar Schaufeli y Arnold Bakker (2003a), se compone de tres dimensiones: (a) vigor, (b) dedicación y (c) absorción. La primera dimensión, el vigor, alude a la voluntad, el alto nivel de energía y resistencia mental para dedicar esfuerzo y empeño al trabajo, siendo persistente a pesar de enfrentarse a obstáculos; la segunda, la dedicación, refiere al nivel de entrega e involucramiento en el trabajo con entusiasmo, inspiración, orgullo, sensación de desafío en el trabajo e importancia; y la tercera, la absorción, es el nivel de concentración e inmersión en el trabajo de manera feliz y fascinada, lo cual genera la sensación de que el tiempo se pasa rápido y por lo tanto se produce desagrado por tener que dejar de trabajar.

1.6. Preguntas de la Investigación

La pregunta central de la investigación es: ¿Cuál es el nivel de *burnout* y *engagement* en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la pandemia de la COVID-19?

Asimismo, se han planteado las siguientes preguntas específicas:

- ¿Existen diferencias entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos de acuerdo con el tipo de institución de salud, el tiempo de labor en la institución y las horas de trabajo semanales?
- ¿Existen diferencias entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos con relación al sexo y edad?
- ¿Existen diferencias en los niveles de *burnout* y *engagement* entre médicos que trabajan en áreas de atención a la COVID-19 y el resto de áreas médicas?

1.7. Limitaciones

Los factores que estuvieron fuera de control del equipo investigador son los siguientes:

- La extensión de los cuestionarios pudo desviar o disipar la atención de los médicos encuestados durante el proceso de desarrollo.
- La subjetividad de los encuestados, quienes pudieron responder a los cuestionarios de forma parcializada por temor a represalias en su institución.
- La negación de los médicos para resolver las encuestas.
- La carga laboral de los médicos, en época de pandemia, dificultó que puedan responder la encuesta.
- Las respuestas pudieron estar influenciadas por eventos de coyuntura nacional (pandemia), coyuntura personal de los participantes (factores sociales,

emocionales, etc.) o coyuntura de las instituciones (huelgas, pronunciamientos públicos).

- La autovaloración de los encuestados.

1.8. Delimitaciones

En la investigación se identificaron los niveles de *burnout* y *engagement* de médicos colegiados que trabajan en instituciones de salud de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la COVID-19.

1.9. Resumen

En el presente capítulo se expusieron estudios previos sobre el *burnout* y el *engagement* en profesionales de salud a nivel mundial. A través del problema de investigación, se resaltó la importancia del estudio, la cual radica en la necesidad de brindarles a los médicos condiciones óptimas que favorezcan al desarrollo de sus funciones, para que brinden un servicio de calidad a los pacientes, además de cuidar su bienestar mental y emocional. Basado en esta necesidad, se plantearán estrategias y herramientas que permita a líderes de las instituciones de salud mitigar el *burnout* o promover el *engagement* en los médicos, para lo cual es relevante identificar los niveles de ambas variables, mediante la aplicación de los instrumentos MBI-HSS y UWES los cuales fueron usados ampliamente en investigaciones a nivel mundial. Estos instrumentos fueron propuestos por Maslach y Jackson, y Schaufeli respectivamente.

La delimitación de la investigación se centró en médicos colegiados que laboren en instituciones del sector salud, privados o públicos de Lima Metropolitana y el Callao. Las principales limitaciones radicarón en la autoevaluación de los encuestados por intentar reflejar su propia percepción y la influencia de otros factores asociados al individuo.

Capítulo II: Revisión de la Literatura

2.1. Mapa Conceptual

En este capítulo se presenta una síntesis de las fuentes académicas revisadas que sustenta el marco de la investigación. Para la revisión de la literatura, una de las primeras tareas que se desarrolló fue organizar los conceptos y teorías de la investigación en el mapa conceptual de la figura 1, en línea con los pasos recomendados por Creswell (2009). En primer lugar, se identificaron los conceptos claves, posteriormente se buscó información en fuentes primarias como bases de datos virtuales, artículos de revistas, libros, tesis, entre otros. Consecutivo, se elaboró un mapa para organizar y resumir la información más relevante para la presente investigación. Al mismo tiempo, se desplegó una matriz de desarrollo de argumentos, la cual luego permitió redactar el marco conceptual.

Asimismo, se detallan los conceptos básicos, contexto e impactos de la COVID-19 en el sector de salud peruano. Después, se presenta la definición del *burnout* y el *engagement*, sus causas, consecuencias, instrumentos de medición, estudios aplicados a médicos en el mundo y en Perú. Luego se muestra la relación inversa entre ambas variables y cómo el rol del líder puede influenciar en la reducción del *burnout* y el incremento del *engagement* a través de estrategias organizacionales.

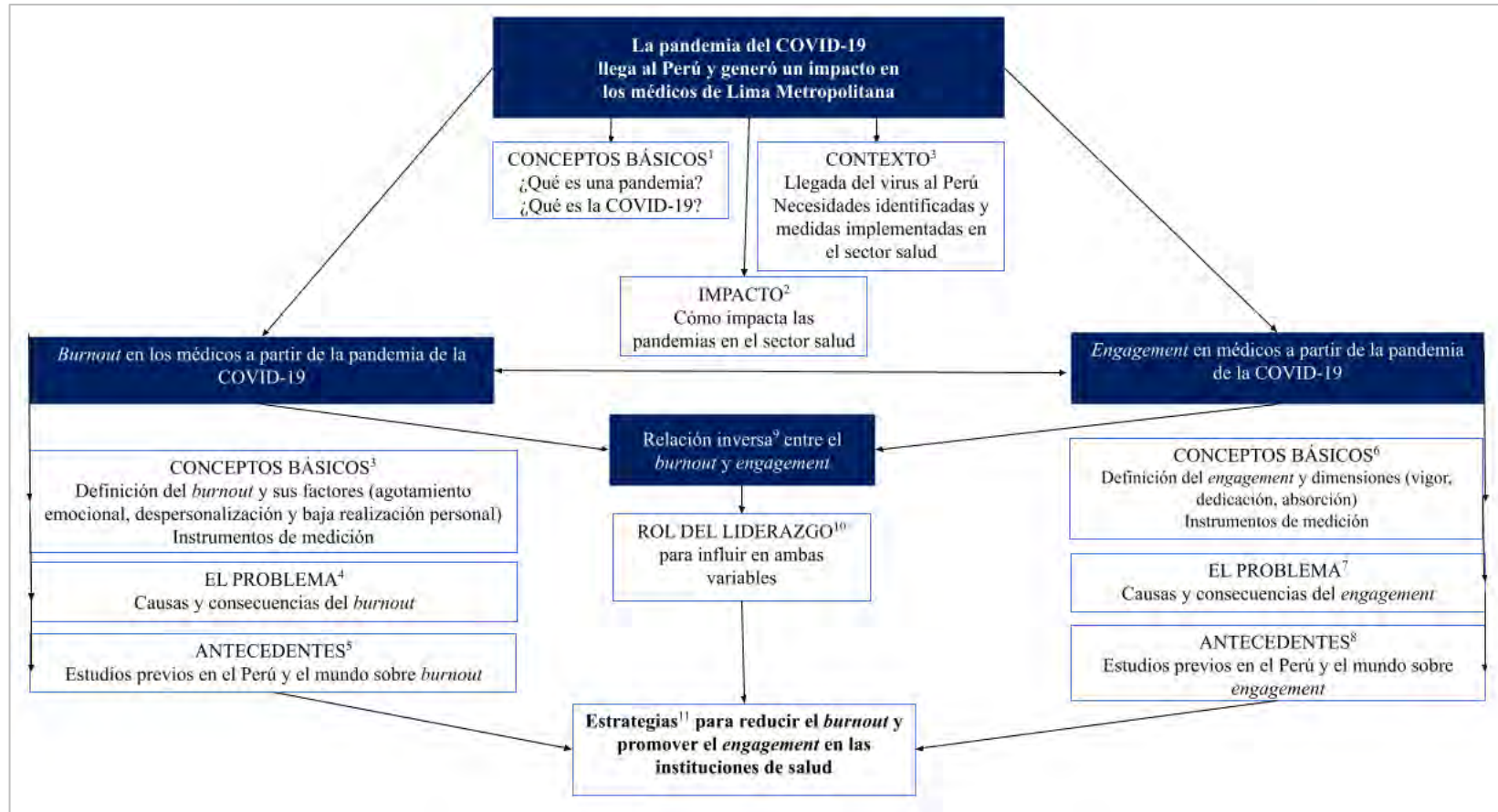


Figura 1. Mapa conceptual de revisión de literatura

Nota: (1) OMS (2010), OMS (s.f.-c), Yuki, K., Fujiogi, M., & Koutsogiannaki, S. (2020). (2) Gobierno declara emergencia sanitaria (2020). (3) Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel (2014). (4) Zavala (2008), West, Dyrbye, & Shanafelt (2018), Panagioti, Geraghty, Johnson, Zhou, Panagopoulou, Chew-Graham, Peters, Hodkinson, Riley, & Esmail (2018). (5) Díaz (2019). (6) Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), Hoon Song, Kolb, Hee Lee, & Kyoung Kim (2012), Simpson (2009). (7) Bakker y Demerouti (2008), Hobfoll, Johnson, Ennis, & Jackson (2003), Bakker & Demerouti (2007), Judge, Van Vianen y De Pater (2004). (8) Lopez (2018), García (2018). (9) Maslach y Leiter (2016), Schaufeli y Bakker (2001), Hakanen, Peeters & Schaufeli, (2018). (10) Liang, Howard, Wang y Xu (2020), Vincent-Höper, Muser & Janneck (2012), Zopiatis & Constanti (2010). (11) Shanafelt y Noseworthy (2017)

2.1.1. ¿Qué es una pandemia?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución encargada de gestionar, promover y dictar políticas de salud a nivel mundial, el término pandemia corresponde a una nueva enfermedad provocada por un agente infeccioso al cual las personas no tienen inmunidad y se propaga a nivel mundial (OMS, s.f.-b; OMS, 2010). Cabe resaltar que, la OMS es la entidad responsable de evaluar nuevas enfermedades y declararlas como pandemias, debido a que es el núcleo de los organismos de salud en el mundo, tal como lo menciona el Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2016). Sin embargo, para que la OMS declare una enfermedad como pandemia debe cumplir con dos condiciones, que la aparición del nuevo virus sea capaz de producir graves daños en la salud y que tenga la capacidad de transmitirse entre las personas (OMS, 2010).

2.1.2. Impactos y necesidades del sector salud en una pandemia

La OMS ha alertado que los países no se encuentran preparados y no cuentan con medidas de control para los brotes y contagios de enfermedades infecciosas como las de una pandemia (OMS, 2018). Por ello, en los países se deben replantear los criterios básicos de la salud pública con el objetivo de estar mejor preparados para afrontar una pandemia, fortaleciendo las capacidades e incrementando los recursos. En ese sentido, la OMS ha desarrollado recomendaciones que orientan a las autoridades para prepararse tanto a nivel de infraestructura sanitaria como de directivas referidas al personal de salud. En relación a este último punto, se recomienda calcular el número necesario de profesionales para la atención oportuna a los pacientes sin que ello afecte la integridad de los médicos, pudiendo incorporar personal sanitario para cubrir la demanda e incluyendo condiciones como seguro y apoyo psicosocial a los médicos (OMS, 2005).

Bernaldo de Quirós (2020) y Lozano (2020) mencionaron que los trabajadores de salud, en momentos de pandemia, se sienten frágiles, vulnerables por la posibilidad de contagio, desorientados por tanta información y los cambios diarios de protocolos de seguridad ante el avance de la enfermedad, impotentes ante la imposibilidad de hacerle frente a la muerte, sobrecargados y agotados por largas jornadas de atención. En consecuencia, estas emociones les genera altos grados de estrés, que les puede producir el síndrome de *burnout* (Bernaldo de Quirós, 2020).

2.1.3. ¿Qué es la COVID-19?

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por un nuevo tipo de coronavirus de origen zoonótico, cabe resaltar que los coronavirus son una familia de virus que afectan a humanos y animales causando infecciones respiratorias (OMS, s.f.-c). En el caso de la COVID-19, causan el nivel más extremo de infecciones respiratorias, conocida como síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (OMS, s.f.-c), similar al SARS-CoV, que causó una alta mortalidad en el 2002-2003 (Yuki, Fujiogi & Koutsogiannaki, 2020). La COVID-19 o SARS-CoV-2 no solo afecta el sistema respiratorio sino también puede llegar a comprometer otros órganos, sus síntomas principales son fiebre, tos seca, cansancio y dificultad para respirar, dolor de cabeza, dolor de garganta, mareos, pérdida del olfato, vómitos, diarrea, entre otros; asimismo, cabe destacar que es una enfermedad de progreso rápido, es decir, en corto tiempo se desarrollan los síntomas (OMS, s.f.-c; Yuki et al., 2020). Sin embargo, una de cada cinco personas llega a desarrollar el SARS y el 80% de las personas se recuperan sin un tratamiento (OMS, s.f.-c; Yuki et al., 2020). No obstante, a pesar de que cualquier persona puede alcanzar a desarrollar un cuadro grave, tienen más posibilidad de desarrollarlo los adultos mayores y aquellas personas que padecen enfermedades previas como hipertensión, problemas cardíacos, pulmonares, diabetes,

cáncer, entre otros (OMS, s.f.-c). Es preciso señalar que, este virus se transmite a través de gotículas que bota una persona al hablar, toser o estornudar, las cuales no tienen un alcance amplio porque caen al suelo rápidamente debido a su peso, es por eso que la OMS recomienda el distanciamiento mínimo entre personas de 1 metro, utilizar mascarillas y lavarse las manos con frecuencia (OMS, s.f.-c).

La propagación del virus de la COVID-19 se dio a partir de que, en diciembre de 2019, en un hospital de la ciudad de Wuhan (China), se identificaron cuatro casos de neumonía en pacientes que trabajaban en un mercado de la localidad, originados por un nuevo virus (Tomasi, 2020). Estos fueron reportados al Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades, al ser analizados se confirmó la presencia de un virus desconocido (Tomasi, 2020). Luego, hacia finales de año, China informó a la OMS, que registraron 27 casos diagnosticados con neumonía de causa desconocida y que los pacientes se encontraban en estado crítico (Palacios et al., 2020).

En las siguientes dos semanas del reporte del primer brote, la OMS tuvo la confirmación del primer contagio fuera de China, en la ciudad de Tailandia (OMS, 2020c), corroborando la transmisión a otros países (OMS, 2009). Por lo tanto, el 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS, Tedros Adhanom, declaró que el brote del virus constituye una emergencia de salud pública con la existencia de 7,818 casos en China y 82 en otros países en ese momento (OMS, 2020a) y finalmente, el 11 de marzo declara a la COVID-19 como pandemia, por su gravedad y rápida propagación (OMS, 2020b).

2.1.4. Llegada de la COVID-19 al Perú

Previo a que la OMS declarara como pandemia a la COVID-19, el Ministerio de Salud del Perú ya se encontraba implementando medidas para diagnosticar el virus de

manera oportuna (“Minsa informa sobre brote”, 2020), por lo que, el 31 de enero de 2020 aprobó el Plan Nacional de Preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV (Ministerio de Salud, 2020a). A pesar de los esfuerzos, estos no fueron suficientes, y el 06 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de contagio confirmado de la COVID-19 en el Perú (“Coronavirus en el Perú”, s.f.).

Ante la rápida propagación del virus, el 11 de marzo de 2020, el presidente de la República, Martín Vizcarra declaró al país en Estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA (“Gobierno declara emergencia sanitaria”, 2020), y a través del Decreto Supremo N° 010-2020-SA aprobó el Plan de Acción-Vigilancia, contención y atención de casos de la nueva COVID-19 en el Perú. Cabe destacar que, el gobierno amplió el Estado de Emergencia en más de una oportunidad, mediante el Decreto Supremo N° 020-2020-SA (“Emergencia sanitaria”, 2020).

El Ministerio de Salud creó una plataforma en tiempo real para mantener informada a la población sobre los resultados de la COVID-19 y los recursos sanitarios con los que el Estado cuenta (“Sala Situacional COVID-19 Perú”, 2020). Al 13 de junio de 2020, se reportaron 225,132 casos confirmados con COVID-19 en el país, de los cuales 145,421 provenían de Lima y el Callao.

2.1.5. Situación del sector salud en el Perú debido a la pandemia

Durante el gobierno de Vizcarra se asignó un presupuesto de S/ 1,063 millones de soles para el fortalecimiento de los servicios de salud a fin de enfrentar la COVID-19 (“Recursos frente a la pandemia”, 2020). En esta misma publicación, se resaltó que en los dos primeros meses de la pandemia solo se había ejecutado el 16.7% de los fondos, lo cual generó que las compras esenciales en la lucha contra el virus se demoren, como la

adquisición de equipos, aparatos, materiales y suministros médicos, y la construcción de nueva infraestructura. En consecuencia, Miguel Palacios, decano nacional del Colegio de Médicos del Perú (CMP), indicó en una entrevista en Canal N el 09 de abril de 2020 que la vida de los médicos está en riesgo porque los que atienden a pacientes infectados con el virus no cuentan con los equipos de protección necesarios (“Decano de Colegio Médico pide a Vizcarra mascarillas”, 2020).

Por otro lado, el decano también afirmó que, para enfrentar la pandemia, hacían falta más médicos y evidenció que cuatro mil mantienen contratos como locadores de servicios con el Estado peruano y por ende carecen de seguro de salud y de vida (“Decano de Colegio Médico pide a Vizcarra mascarillas”, 2020). De igual manera, Jesús Valverde, presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva, criticó fuertemente al gobierno por no preocuparse en el número de especialistas que se requieren en las instituciones de salud, afirmó que para afrontar la pandemia se requieren de 1,400 médicos intensivistas, sin embargo, en el Perú se cuenta solo con 700 (Glademir, 2020). Del mismo modo, Juan Astuvilca, decano del Consejo Regional de Lima del CMP, señaló que el número de camas de UCI es menor en comparación con otros países de Latinoamérica y que es un problema que data de años atrás pero que se evidenció en la pandemia (López, 2020).

De acuerdo con Rivas (2020a), en mayo se registraron dos médicos fallecidos por día, siendo Lima una de las ciudades donde se reportaron más médicos contagiados. Cabe destacar que, el CMP dio a conocer el 04 de junio de 2020 que, hasta esa fecha, 1,435 médicos habían sido infectados por la COVID-19, de los cuales 30 se encontraban en la UCI (Rivas, 2020b). Asimismo, el 08 de junio, informó que en total eran 52 médicos los que habían fallecido debido al virus desde que empezó la lucha por la pandemia (Rivas, 2020c).

2.1.6. Medidas implementadas con respecto a los médicos en el contexto de la COVID-19

El gobierno decretó medidas para proteger la salud del personal sanitario en el contexto de la COVID-19. Entre estas medidas, destaca la aprobación de un bono extraordinario por un monto de S/ 720 soles mensuales, por el tiempo que dure la pandemia, para el personal de salud de cuidados intensivos, hospitalización, vigilancia epidemiológica y el que hace visitas domiciliarias, decretado en el Decreto Supremo N° 068-2020-EF el 04 de abril (“Otorgan bonificación extraordinaria a personal de salud”, 2020).

Asimismo, el 09 de abril de 2020, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA, aprobó la Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el contexto de la COVID-19, debido a los altos niveles de estrés, agotamiento, tensión que puede sufrir el personal de salud por la pandemia (“Minsa aprueba guía técnica”, 2020). En la resolución se estableció la importancia de identificar y diagnosticar problemas de salud mental en el personal sanitario y además se instó a las instituciones de salud públicas y privadas a tomar medidas para asegurar su bienestar (“Minsa aprueba guía técnica”, 2020).

Del mismo modo, el 12 de abril de 2020 a través del Decreto de Urgencia N° 037-2020, el gobierno peruano autorizó la contratación de profesionales de salud extranjeros para incrementar la capacidad del sistema de salud para enfrentar la pandemia (“Coronavirus en Perú: aprueban contratación de personal de salud extranjero”, 2020). Además, en el mismo decreto, se estableció la ampliación del seguro de vida para todo el personal de salud que esté brindando asistencia en instituciones de salud públicas durante la

pandemia y el servicio de movilidad para el desplazamiento del personal de salud de Lima Metropolitana a los hospitales donde laboran (“Gobierno otorga seguro de vida”, 2020).

Por otro lado, el 23 de abril de 2020, el Ministerio de Salud declaró en alerta roja el Sistema de Salud peruano, a fin de tomar medidas que aseguren la atención adecuada y oportuna de los pacientes con COVID-19 (“Minsa declarará en alerta roja el sistema de salud”, 2020). Una de ellas fue la reorganización del personal de salud y la suspensión de vacaciones y licencias a través de la Resolución Ministerial N° 255-2020-MINSA (“Minsa dicta medidas para contar con personal”, 2020). Sin embargo, el 24 de abril de 2020, el ministro de salud, Víctor Zamora, se reunió con el Colegio de Médicos del Perú y se pronunció sobre la eliminación de contratos por locación de servicios, la cual se reemplazará por la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (“Minsa se reúne con enfermeros y gremio médico”, 2020).

2.2. Burnout

2.2.1. Definición del *burnout*

Según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) el término *burnout* empezó a ser usado en la década de los setenta en los Estados Unidos de América, y con mayor regularidad por trabajadores de las áreas de servicios humanos. Uno de los pioneros fue Freudemberger, quien, en 1974, desarrolló investigaciones sobre el *burnout*, definiéndolo como las acciones de fracasar, fallar y agotarse por la alta demanda de energía, esfuerzo físico u otros recursos. Si bien la traducción al español del término *burnout* significa agotamiento, científicamente resulta ser más amplio; en la actualidad la definición más aceptada es la establecida por Maslach y Jackson en 1981, quienes mencionaron que es un síndrome que se presenta en profesionales cuyo trabajo implica el contacto con personas y se expresa a través de tres factores: agotamiento físico y emocional, despersonalización y baja

realización personal (Maslach & Jackson 1981, citado en Aranda, Pando & Salazar, 2016). El agotamiento emocional es el factor central del *burnout* y refiere al desgaste resultante del contacto con otras personas; la despersonalización es el desinterés o rechazo generado hacia las personas que reciben el servicio; finalmente, la baja realización personal corresponde a la disminución en los sentimientos de competitividad y logro en el trabajo por parte de los profesionales (Maslach & Jackson 1984, Maslach & Leiter 2008, citados en Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014).

Por otro lado, existen definiciones dadas por otros autores, tales como Maslach y Goldberg (1998) que lo explican como un síndrome psicológico propio de un individuo caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del logro personal. En un estudio posterior de Bakker y Costa (2014) lo definieron como una combinación de agotamiento arraigado y actitudes negativas hacia el ambiente laboral, que generan consecuencias nocivas para la salud y desempeño de los trabajadores. Posteriormente, en estudios recientes se evidenció que el *burnout*, no solo refiere a afectaciones psicológicas del individuo, sino también, como García, Escorcía y Pérez (2017) mencionaron, podría manifestarse con afectaciones físicas - además de las sociales y psicológicas -, a través de cefaleas, dolor de pecho, distanciamiento social e ideas de fracaso.

Es relevante indicar que hay autores que plantean una visión distinta sobre la presente variable, tal es el caso de Farber (2000) que refirió que, si bien la mayoría de definiciones del *burnout* tienen como base a la determinada por Maslach y Jackson en 1981 en cuanto a una relación de causalidad mediante agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización, su propuesta no concibe esta relación; por el contrario, corresponde a la percepción que tienen los profesionales de atención a personas,

en el cual sus esfuerzos de ayuda a los demás resultaron ineficaces, que su labor no fue terminada o que la retribución de su trabajo (reconocimiento, avance o apreciación) no se le fue brindada (Farber, 1991, citado en Farber, 2000). A partir del enfoque planteado por Farber, Montero, García, Mosquera y López del Hoyo (2009), establecieron una definición del término *burnout* en tres subtipos. El primer tipo es el frenético, que agrupa a personas altamente aplicadas y comprometidas con su trabajo, pero que invierten gran cantidad de tiempo y esfuerzo al mismo como respuesta a sus sentimientos de insatisfacción. El segundo tipo es el subestimado, que involucra a aquellos que realizan sus labores de manera superficial, pues le han perdido interés y motivación, se sienten vacíos de desafíos y de deseos de compromiso. El tercer tipo es el desgastado, que abarca a los que han reducido su nivel de participación y llegan a descuidar sus responsabilidades, están llenos de pesimismo y se rinden por completo.

Finalmente, a pesar de que la postura planteada por Farber - y soportada por Montero et al. (2009) - resulta ser interesante, pues busca ampliar la gama de investigación del *burnout* a partir de diversas perspectivas; el presente trabajo toma como base la definición de Maslach y Jackson, puesto que es el enfoque más estudiado y el que más aporte ha brindado al cuerpo de conocimiento mundial, lo cual ha servido como soporte científico sólido para el *burnout* y ha permitido brindarle validez y confiabilidad a sus instrumentos de medición.

2.2.2. Causas que generan el *burnout*

Al evaluar los motivos que desencadenan el síndrome del *burnout* en profesionales de la salud, las investigaciones coinciden en más de una razón y en la mayor parte de las evidencias se indicó que el exceso de carga laboral y la carencia de condiciones adecuadas de trabajo son las principales causas que generan estrés laboral crónico, es decir, *burnout*

(Zavala, 2008). Por su parte, De Silva, Dias y Teixeira (2012) refirieron que el estrés laboral crónico en el personal de salud, se genera por las condiciones precarias en el trabajo y el incremento de horas; ello implica que, cuando el colaborador se siente abrumado por las condiciones de trabajo, generalmente sufre de *burnout*. De acuerdo con Matos et al. (2012), entre los desencadenantes para el desarrollo del síndrome de *burnout*, se tiene a la función que desempeña, el clima laboral, la carga horaria que se le asigna, la duración del servicio en la misma unidad de salud y la falta de actividad física.

2.2.3. Consecuencias del *burnout*

Las consecuencias del *burnout* en el sector salud se categorizan en tres tipos, de acuerdo con su impacto: (a) en la atención al paciente, (b) en el sistema de salud y (c) en la salud del médico (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018; Patel et al., 2018). Respecto a la atención al paciente, el *burnout* puede llegar a producir negligencia médica, afectar la calidad de atención, despersonalizar a los pacientes y tratarlos de manera hostil, lo cual afecta así la satisfacción del usuario con el servicio brindando y pone en riesgo su salud (Panagioti et al., 2018; Patel et al., 2018; West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018). Asimismo, el *burnout* puede tener un impacto en el sistema de salud, ya que disminuye la productividad de los médicos, la calidad de los servicios que se brinda, incrementa el riesgo de abandono temprano de su profesión, rotación y retiro de médicos de las instituciones de salud, afecta económicamente debido a los costos asociados al reclutamiento y entrenamiento perdido (Moss et al., 2016; Panagioti et al., 2018; Patel et al., 2018; Shanafelt et al., 2015; Willard et al., 2019; Yates, 2019). Por otro lado, el impacto del *burnout* en la salud del médico puede dividirse en dos tipos: psicológicas y físicas. (Patel et al., 2018). Entre las psicológicas se encuentra el agotamiento emocional, el cansancio, la irritación, el abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, depresión, trastorno de estrés postraumático, e incluso el aumento de tendencias suicidas (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015; Moss et

al., 2016; Shanafelt, 2013; West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018). Entre las consecuencias físicas, está el aumento al riesgo a tener accidentes, como accidentes de autos y el deterioro en el autocuidado del médico (Patel et al., 2018; Shanafelt, 2003; West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018; West, Tan & Shanafelt, 2012).

2.2.4. Instrumentos para medir el *burnout*

Maslach Burnout Inventory (MBI), General Survey (MBI-GS), Human Services Survey (MBI-HSS)

La primera versión del instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) fue creada para medir el *burnout* en profesionales de la salud (García-Carmona, Marín & Aguayo, 2019); Gil-Monte, Rojas y Ocaña (2009) indicaron que a inicios de la década de los ochenta, gracias a los aportes de Maslach, se desarrolló este instrumento para la medición del estrés laboral crónico, el cual resultó ser el más representativo. Está compuesto por 22 ítems y se subdivide en tres dimensiones: (a) agotamiento emocional, (b) despersonalización y (c) logro personal (García-Carmona, Marín & Aguayo 2019). Con investigaciones posteriores, el MBI fue adaptándose a las necesidades de investigación, es así que se crea el *Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS), el cual, según Tipa, Tudose y Pucarea (2019), es considerado "el estándar de oro" para medir el agotamiento del estrés laboral. Con respecto a los usos de cada instrumento, Schaufeli, Leiter y Maslach (2009) mencionaron que la versión del MBI-HSS es el instrumento más usado en Latinoamérica y confiable para los servicios humanos, mientras que la versión MBI-GS, que es la encuesta general, fue creada para ser aplicada a todo tipo de ocupación, pero ha sido usada escasamente (Juárez et al., 2020). Cabe resaltar, que estos tres instrumentos han sido validados en diferentes investigaciones, el MBI en su versión original se encontró una consistencia interna de 0.80.

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

Uribe-Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano tomaron como marco de referencia las dimensiones definidas por Maslach y Jackson (1981) para el *burnout* (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), elaboraron la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) que incluye un cuestionario de 47 preguntas (Uribe, 2007). Según Uribe (2007), los autores decidieron desarrollar una nueva herramienta, porque no existía una escala propia de México que les permita medir y diagnosticar el *burnout* de forma fiable. Además de las tres dimensiones del MBI, agregaron un factor adicional que refiere a la medición de trastornos psicósomáticos a través de 40 preguntas (Uribe, 2007; Uribe et al., 2008). Este instrumento ha sido utilizado en trabajadores del sector público y privado de la Ciudad de México, con una consistencia interna general de 0.89 de Alfa de Cronbach (Uribe, 2007).

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

El cuestionario CESQT surgió como un nuevo modelo para evaluar el síndrome de quemarse por el trabajo (SQT). De acuerdo con afirmaciones realizadas por investigadores en Latinoamérica, el SQT es el segundo instrumento más usado para medir el *burnout*, anteponiéndose el MBI (Díaz & Gómez 2016, citado en Gil-Monte, 2019). El CESQT fue desarrollado a raíz de los aportes de Freudenberger, al establecer un conjunto de características que definen el *burnout* y se presentan en profesionales enfocados en brindar servicios a personas (Freudenberger 1974, citado en Gil-Monte, Rojas & Ocaña, 2009). Por otro lado, el cuestionario CESQT está conformado por 20 preguntas clasificadas en cuatro escalas: (a) ilusión por el trabajo, (b) desgaste psíquico, (c) indolencia y (d) culpa (Gil-Monte, 2019). Según Gil-Monte, Rojas y Ocaña (2009) el patrón que soporta al CESQT se basa en el SQT, el cual es una consecuencia del estrés laboral crónico desprendido de las

relaciones interpersonales problemáticas entre profesionales que trabajan al servicio de personas. En un estudio realizado por Gil-Monte (2017), se indicó que el CESQT contiene propiedades psicométricas válidas para evaluar el SQT en profesionales de la salud. Por lo expuesto, se determina que el CESQT es un instrumento muy usado y tiene validez para recuperar información psicométrica sobre el *burnout*. El Alfa de Cronbach es de 0.70.

Burnout Measure (BM), Burnout Measure-Short Form (BMS) y Couple Burnout Measure-Short Form (CBMS)

Junto con el MBI de Maslach, Jackson y Leiter, el instrumento *Burnout Measure* (BM) ha sido una de las herramientas más utilizadas para medir el *burnout* y fue diseñada por Pines y Aronson en 1981 (Enzmann, Schaufeli, Janssen, & Rozeman, 1998). Esta herramienta mide tres dimensiones: (a) la desmoralización, (b) el agotamiento y (c) la pérdida de motivación a través de 21 preguntas valoradas mediante una escala de Likert (Enzmann et al., 1998). Sin embargo, fue fuertemente criticada por Enzmann et al. (1998), debido a que aseguraron que el BM servía más que todo para medir el bienestar general, y que, por la forma en que estaba planteada, solo respondía a un aspecto particular del *burnout*. Cabe resaltar que Pines desarrolló el instrumento *Burnout Measure-Short Form* (BMS), el cual es una versión corta de 10 preguntas del BM con mayor facilidad de uso (Çapri, 2013). Este mismo autor ha elaborado una versión BMS enfocado a medir el *burnout* en las fases de una relación de pareja (coqueteo, enamoramiento, noviazgo, matrimonio, etc), a la cual ha llamado *Couple Burnout Measure-Short Form* (CBMS) (Çapri, 2013).

Burnout Assessment Tool (BAT)

Schaufeli, De Witte y Desart (2019) crearon el *Burnout Assessment Tool* (BAT) para medir el *burnout*, con el fin de corregir los defectos conceptuales, técnicos y prácticos de la herramienta *Maslach Burnout Inventory*. Fue diseñado como un cuestionario de

autoreporte, combinando un enfoque teórico y uno empírico, pues el *burnout* se manifiesta tanto en la falta de voluntad y también en incapacidad de llevar a cabo un trabajo por la fatiga crónica (Schaufeli et al., 2019). Este instrumento propone la evaluación de cuatro escalas: (a) el agotamiento, (a) la distancia mental, (c) el deterioro emocional y (d) el deterioro cognitivo. Una característica importante del BAT es que también se puede evaluar el *burnout* en personas que no están trabajando y se encuentran en tratamiento o asesoría (Schaufeli et al., 2019).

2.2.5. Investigaciones en el mundo sobre el *burnout*

Estudio de burnout, validación del MBI-GS a través de internet: El estudio realizado por la Organización Holandesa para la Investigación Científica, hizo uso de la herramienta MBI-GS a través de internet y permitió evaluar a 2,919 empleados asimismo, logró evidenciar que los profesionales en servicios humanos presentaron altos niveles de *burnout* debido a la alta carga laboral, el nivel de responsabilidad y la falta de un soporte por parte de sus supervisores, asimismo, las mujeres mostraron un alto nivel de agotamiento emocional, además de conductas negativas (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2002).

Investigación sobre el síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos: Álvarez, Cobo, Parra, Gómez y Acosta (2019) realizaron una evaluación en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018, a fin de conocer el estado de los médicos en dicha región. Para esta evaluación se tomaron datos de investigaciones anteriores que utilizaron el MBI-HSS, con la finalidad de realizar un análisis de paridad. De lo evidenciado, los autores resaltaron que el 45.88% de los médicos residentes cuenta con *burnout*, debido a la alta prevalencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Álvarez, Cobo, Parra, Gómez, & Acosta, 2019).

Investigación sobre el síndrome de Burnout en médicos residentes de la ciudad de México: Cigarroa (2018) realizó una investigación en médicos residentes en hospitales públicos de la Ciudad de México, a fin de comprender el desarrollo del síndrome de *burnout* en la vida cotidiana, consecuencias a nivel personal, cómo mitigarlo y prevenirlo. El autor utilizó el instrumento MBI-HSS, mediante el cual evidenció que las largas jornadas laborales, los sistemas de guardias y la ambigüedad de funciones contribuyen al incremento del *burnout*. Entre las principales acciones para mitigarlo, se identificó al desarrollo de actividades de ejercicio físicas (Cigarroa, 2018).

Investigación sobre el síndrome de burnout en médicos y enfermeras de UCI en China Continental: Hu et al. (2021) realizaron un estudio en julio de 2019, con el objetivo de investigar la gravedad del agotamiento y sus factores asociados a médicos y enfermeras de UCI en China continental. Esta investigación se desarrolló a través de un cuestionario dividido en dos secciones, la primera reunió información sociodemográfica y la segunda incluyó las preguntas del instrumento MBI. Participaron 1,122 médicos y 1,289 enfermeras, se concluyó que el 69.7% de las personas que trabajan en UCI tenían más probabilidades de sufrir agotamiento y que, los factores asociados al *burnout*, se manifestaban por la baja actividad física, presentar comorbilidades y turnos nocturnos extensos. El autor destacó que, dado que su investigación fue desarrollada previo a la pandemia de la COVID-19, su análisis puede ser de utilidad para comprender los cambios en los niveles de *burnout* durante la pandemia. (Hu et al., 2021).

2.2.6. Investigaciones en el Perú sobre el *burnout*

Investigación sobre burnout en médicos de emergencia de un hospital en Perú: En 2017, se desarrolló un estudio del síndrome de *burnout* y la calidad del servicio del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) EsSalud, el cual fue medido a través del instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y aplicado en una muestra de 100

médicos pertenecientes del servicio de emergencia (Díaz, 2019). A partir de los resultados se evidenció que el 47% de los profesionales de salud del HNGAI sufría del síndrome (Díaz, 2019).

Estudio de burnout en un hospital de Cajamarca: En 2016, Josue Miranda y Carmen Gálvez, desarrollaron una investigación para medir el *burnout* en los trabajadores de la Red de Servicios de Salud Contumazá en Cajamarca a través del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), y encuestaron a 139 personas (Miranda & Gálvez, 2016). En los resultados se evidenció que el 43.2% mostró un alto nivel de *burnout* y el 30.2% un nivel medio (Miranda & Gálvez, 2016).

Análisis de burnout en trabajadores de una clínica de Lima, Perú: Carlos Ledesma y Milko Quispe en 2015 caracterizaron al personal asistencial que tenía *burnout* en la Clínica del Hospital Hermilio Valdizán, encuestando a 48 trabajadores con el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Ledesma & Quispe, 2015). Los investigadores concluyeron que el personal que padece de *burnout*, corresponde a un profesional que escasamente reconoce su labor y tiene un elevado nivel de insatisfacción con la gestión de su institución.

2.3. Engagement

2.3.1. Definición del engagement

De acuerdo con Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), la psicología por tradición se ha enfocado en estudiar aspectos negativos, sin embargo, actualmente, se ha desarrollado la tendencia por darle mayor interés a las fortalezas de las personas y enfocarse en aspectos positivos; bajo esa premisa es que, el *engagement*, como concepto, surgió como respuesta al sinnúmero de investigaciones tempranas del *burnout*, a fin de estudiar el amplio espectro comprendido en el malestar y bienestar de los trabajadores (Carrasco, De la Corte & León, 2010; Kubota et al., 2011). No existe una traducción exacta al español de *engagement*, el

concepto que más se acerca es el de compromiso, que refiere al que desarrolla un individuo con la labor que desempeña y por la cual se siente orgulloso.

Uno de los primeros autores en hablar sobre el *engagement* fue Kahn, quien, en 1990, refirió al término para resaltar la mejora del desempeño laboral a través de expresiones físicas, cognitivas y emocionales demostradas por los empleados mientras realizan su trabajo (Hoon Song, Kolb, Hee Lee, & Kyoung Kim, 2012; Simon, 2009). En su estudio realizado, Kahn (1990) determinó que existen tres condiciones psicológicas que influyen al *engagement* de las personas: (a) significado psicológico, el cual refiere al sentimiento de satisfacción que uno recibe a cambio del esfuerzo realizado en su trabajo, y está influenciado por las tareas asignadas, roles asumidos e interacciones laborales; (b) seguridad psicológica, definida como el hecho de mostrarse apto y útil en el trabajo sin temor a las posibles consecuencias negativas que afecten al estatus o imagen propia, está influenciada por las relaciones interpersonales, dinámicas grupales, estilos de gestión y normas organizacionales; y (c) disponibilidad psicológica, la cual corresponde a la sensación de contar con los recursos físicos, emocionales y psicológicos necesarios para invertir en el desarrollo del trabajo, los elementos que la influyen son las energías físicas, emocionales, la inseguridad y vida fuera del trabajo.

Por otro lado, Mauno, Kinnunen y Ruokolainen (2007) identificaron que se han desarrollado dos corrientes marcadas de investigación respecto al *engagement* en el trabajo, una estudiada por Maslach y Leiter y otra por Schaufeli. Mientras que Maslach y Leiter plantean a la energía, la implicación y la eficacia como las tres dimensiones para definir el *engagement*, (citado en Durán, Extremera, Montalbán, & Rey, 2005); Schaufeli define al vigor, absorción y dedicación como las dimensiones del *engagement* (Salanova et al. 2000, Schaufeli et al. 2002, citados en Durán, Extremera, Montalbán, & Rey, 2005). De acuerdo

con Alves (2016), las tres dimensiones propuestas por Maslach y Leiter fueron usadas inicialmente para medir los niveles del *burnout* en el instrumento *Maslach Burnout Inventory* (p. 35); esto era válido porque el *engagement* se podía estimar como lo opuesto al *burnout*: la energía se contrapone al agotamiento, la implicación al cinismo y la eficacia a la ineficacia (Rodríguez-Muñoz & Bakker, 2013).

Por otro lado, Rothbard en 2001, analizó el *engagement* en el trabajo, afirmando que se operacionaliza a través de la atención y absorción que le dedican las personas a su trabajo. El primero, la atención, refiere a la duración o a la cantidad de tiempo que insume una persona pensando en el trabajo (Gardner, Dunham, Cummings & Pierce 1989, citado en Rothbard, 2001); e involucra a la preocupación mental hacia el trabajo (Frone et al. 1992, Greenhaus & Beutell 1985, Lambert 1991, citados en Rothbard 2001). Mientras que el segundo, la absorción refiere a la intensidad y duración en que uno está enfocado en el trabajo (Goffman 1961, Kahn 1990, citados en Rothbard, 2001). En esa misma línea, Martínez y Salanova (2003), indicaron que las personas con *engagement* se sienten con mucha energía y positivamente relacionados a sus tareas organizacionales, además se encuentran en total capacidad para responder a las exigencias de sus funciones con total eficiencia.

Si bien conforme al desarrollo de más investigaciones, el término *engagement* fue adquiriendo un enfoque diferente a la definición original. El presente trabajo tomará la línea dada por Schaufeli, debido a que se han efectuado gran cantidad de estudios con base en el instrumento que este autor ha desarrollado.

2.3.2. Causas que generan el *engagement*

Según la investigación realizada por Bakker y Demerouti (2008), el *engagement* en el trabajo se origina a partir de dos *drivers*, los recursos laborales y los recursos personales. De acuerdo con Bakker y Demerouti (2007), los recursos laborales corresponden a los aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizativos propios del trabajo que pueden: (a) ser funcionales y permiten alcanzar las metas laborales, (b) reducir las demandas laborales y los costos fisiológicos y psicológicos relacionados y (c) estimular el crecimiento personal, aprendizaje y desarrollo. En estudios relevados se ha demostrado de manera consistente que este tipo de recursos, tales como el apoyo de colegas y supervisores, la retroalimentación del desempeño, la variedad de habilidades, la autonomía y las oportunidades de aprendizaje están positivamente asociados con el incremento y desarrollo del *engagement* laboral en las personas (Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Salanova 2007, citado en Bakker & Demerouti, 2008). Asimismo, los recursos laborales aseguran la protección de los colaboradores y permiten la realización del trabajo (Bakker & Demerouti, 2007); en esa línea y, conforme a los mismos autores, en el modelo JD-R (*Job Demands-Resources*) se planteó que los recursos laborales tienen un componente motivador y conducen a un alto *engagement* laboral, bajo cinismo y excelente desempeño.

Por otro lado, los recursos personales se refieren a las autoevaluaciones positivas, vinculadas a la capacidad de las personas de recuperación o resiliencia y a la capacidad para lograr un impacto exitoso en su entorno (Hobfoll, Johnson, Ennis, & Jackson, 2003). Judge, Van Vianen y De Pater (2004) indicaron que estas autoevaluaciones influyen en la definición de objetivos, en su ambición profesional y en la satisfacción en entornos laborales y de la vida. Además, los recursos personales incluyen un componente afectivo

que, si aflora en los empleados en un sentido positivo, tendrán más probabilidad de alcanzar el *engagement* en sus trabajos (Bakker & Schaufeli, 2010).

2.3.3. Consecuencias del *engagement*

Un trabajador que demuestra *engagement*, según el modelo de motivación y compromiso en el trabajo planteado por Schaufeli y Bakker (2010), es posible que alcance lo siguiente: (a) compromiso organizacional: se refiere a la fuerza vinculante (estado psicológico de apego e identificación) entre el individuo y el centro de labores; (b) iniciativa personal: está relacionada directamente con el componente vigor del *engagement*, y corresponde a la proactividad y persistencia del empleado, lo cual le permite desarrollar más de lo normal y de lo que se espera, demostrando su aporte en términos de calidad y no solo en cantidad; (c) comportamiento extra a su rol: se refiere al esfuerzo adicional y voluntario que los colaboradores dan en su trabajo, no solo en cuanto a mayor tiempo de dedicación, sino también al aporte diferenciado que pueden brindar como el proporcionar soluciones creativas y; (d) desempeño: se refiere a que los resultados obtenidos, por el empleado, superan a las responsabilidades básicas asignadas y a los objetivos esperados como parte de sus labores asignadas.

Por su parte, Bakker y Demerouti (2008) identificaron que existen al menos cuatro razones de porqué los empleados con *engagement* obtienen mejor desempeño que aquellos empleados no comprometidos: (a) regularmente experimentan emociones positivas, como la felicidad, entusiasmo y gozo (Cropanzano & Wright, 2001), los hace sensibles a las oportunidades, más seguras y optimistas; (b) se sienten saludables, por lo que tienen menor probabilidad de padecer de enfermedades y cumplen con sus labores; (c) son capaces de crear sus propias responsabilidades y conseguir recursos personales, lo cual genera independencia y empoderamiento en los trabajadores y; (d) contagian su *engagement* a los demás, es decir, influncian a su entorno, crean un clima positivo independientemente de la

carga laboral, fomentan el trabajo en equipo y, por consiguiente, multiplican los esfuerzos (Bakker & Demerouti, 2008).

2.3.4. Instrumentos para medir el *engagement*

Inventario para la Medición del Engagement en el Trabajo (IMET)

De acuerdo con Cárdenas (2014), este instrumento fue desarrollado y adaptado para ser utilizado en México, pues no se contaba con instrumentos validados que sirvieran para medir y analizar el *engagement*. El mismo autor indicó que se requería de un modelo de medición conjunta sobre los recursos personales, aquellos que comprometen y relacionan al individuo con su trabajo, y los organizacionales, aquellos que permiten el crecimiento personal y profesional. Este instrumento consiste en 48 ítems y abarcan dos dimensiones: (a) aspectos personales y (b) aspectos laborales u organizacionales (Cárdenas, 2014). Cabe resaltar que en el IMET se utilizaron elementos del cuestionario UWES (*Utrecht Work Engagement Scale*) desarrollado por Wilmar Shaufeli y Arnold Bakker (2003). El instrumento obtuvo una consistencia general de 0.94 medidas a través del Alfa de Cronbach, por lo que se considera un nivel alto de confiabilidad.

Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) de Meyer y Allen

Esta escala fue construida por Meyer y Allen en 1991, luego modificada y actualizada en 1997 al idioma español por Arciniega y González (2006). Ha sido utilizada preferentemente por los investigadores al considerar que el compromiso organizacional es el proceso mediante el cual las metas del individuo se compenetran con las metas de la organización, bajo este escenario, esta conjunción se define a través de tres dimensiones: (a) compromiso afectivo, referido al apego e involucramiento que siente el individuo hacia la organización; (b) compromiso de continuidad, hace referencia a los costos, tiempo, esfuerzo que el individuo dejaría o perdería de abandonar la organización y; (c) compromiso normativo, referido a la obligación de permanecer en la organización por sus

normas y valores. La versión en español cuenta con 18 ítems, según refirió Montoya (2014) y el índice de consistencia fue de 0.70 de acuerdo con el Alfa de Cronbach.

2.3.5. Investigaciones en el mundo sobre el *engagement*

Estudio sobre la relación entre el compromiso organizacional y el desempeño laboral en profesionales de la salud de un hospital público en México: Esta investigación fue desarrollada por Pérez (2013) para determinar la relación entre el compromiso organizacional y el desempeño laboral del personal médico a fin de desarrollar recomendaciones para mejorar los sistemas de salud públicos. Para medir el primer factor, utilizó el cuestionario OCQ de Meyer y Allen; y para el segundo, una cédula de evaluación de desempeño de personal médico (Pérez, 2013). Se encuestaron a 30 médicos entre los 30 y 71 años de un hospital público de la ciudad Victoria Tamaulipas en México. Con los resultados se identificó que el 76.6% de los médicos de ese hospital contaba con compromiso laboral de alto a medio y, por el contrario, el 23.3% contaba con bajo compromiso. El autor concluyó que existe una relación positiva significativa entre uno de los componentes de compromiso laboral, el compromiso normativo y el desempeño y la capacitación en los médicos (Pérez, 2013).

Burnout, engagement y reporte de errores en médicos residentes: Se desarrolló una investigación nacional en médicos residentes de Holanda para conocer sus niveles de *burnout* y *engagement* y la relación que estas variables tienen con el autoreporte de errores (Prins et al., 2009; Prins et al., 2010). Se encuestaron a 2,115 médicos residentes con el instrumento MBI-HSS para el *burnout*, UWES para el *engagement* y una autoevaluación de las prácticas de atención al paciente (Prins et al., 2009). Con los resultados se demostró que el 27% de los encuestados presentó alto nivel de *engagement*; mientras que el 21%, un nivel de *burnout* alto a severo (Prins et al., 2010). Asimismo, los residentes con *burnout* reportaron significativamente más errores en el ejercicio de su labor ($p < 0.001$) y los que

tienen *engagement* presentaron menos errores ($p < 0.01$). En el estudio se concluyó que es importante mantener a los médicos con un alto nivel de *engagement* y prevenir el desarrollo de *burnout* (Prins et al., 2009).

Estudio sobre el engagement del personal sanitario de atención primaria y secundaria en una institución de Concepción, Chile: Esta investigación fue desarrollada por Müller, Pérez y Ramirez (2013) para determinar la validez y confiabilidad del instrumento UWES de 17 ítems, y evaluar la calidad de la vida laboral de trabajadores de un centro médico de Chile. Se encuestó a 165 colaboradores entre 23 y 68 años, distribuidos principalmente entre médicos (18% del total), personal técnico (27%) y administrativos (40%). Entre los resultados más resaltantes se tuvo que el instrumento en conjunto obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.87, con lo cual su confiabilidad resultó ser alta; sin embargo, en cuanto a la estructura factorial, se determinó que solo dos dimensiones del instrumento aplicarían en la realidad chilena, estos son el vigor y la absorción. Este último hallazgo corroboró los resultados del estudio de Parra y Pérez (2010) aplicado en el mismo país a estudiantes (citado en Müller, Pérez y Ramirez, 2013).

Evaluación del engagement en trabajadores del sector salud en Uruguay: El objetivo de la investigación de Gómez, Labarthe, Ferreira y Chiminelli (2019) fue evaluar las propiedades psicométricas del instrumento UWES en español en su versión de 17 ítems, el cual fue aplicado a 1,324 trabajadores del sector salud. La muestra estuvo compuesta por personal de enfermería, médicos, auxiliares de servicio y administrativos, de entidades públicas (46% de la muestra) y privadas (54%), y que laboraban en Montevideo y otras ciudades del país. Los cuales obtuvieron una puntuación media de 4.26 sobre 6.00 para el nivel *engagement*. Asimismo, los encuestados fueron clasificados por su sexo, edad y tipo de servicio que brindaban en su institución, es decir, servicios de cuidados intensivos,

intermedios, hospitalización, emergencia y otros. Con base en los resultados obtenidos, los autores concluyeron que, las correlaciones entre las dimensiones fueron estadísticamente significativas, con el Alfa de Cronbach de 0.91 determinaron que el instrumento es altamente consistente y que, a través de pruebas estadísticas, el UWES se ajusta de forma aceptable a los trabajadores de salud de Uruguay. Finalmente, afirmaron que, para asegurar la mejora del desempeño y proteger el bienestar mental, se requiere la mejora de las condiciones laborales y que se establezcan mecanismos que ayuden al personal sanitario a desconectarse de su trabajo, lo cual es complicado por la propia naturaleza de la labor de salud.

El papel del género, la edad, el nivel laboral y la seguridad laboral en el engagement de los médicos españoles de hospitales públicos: Salas y Alegre (2017) desarrollaron una investigación para analizar el efecto de las variables edad, género, nivel laboral y seguridad laboral en el *engagement* de 167 médicos de instituciones de salud pública de España. Concluyeron que los niveles de *engagement* son bajos e infirieron que la falta de recursos en las instituciones de salud públicas puede ser una causante. Asimismo, encontraron que todas las variables estudiadas, a excepción de la edad, tienen un efecto en el nivel de *engagement*, en ese sentido, identificaron que las mujeres, los empleados con una posición alta en la institución y aquellos profesionales con contratos temporales son los que demostraron un menor nivel de *engagement*, a diferencia de los hombres y empleados con contratos permanentes.

2.3.6. Investigaciones en el Perú sobre el *engagement*

Engagement relacionado con el desempeño laboral en el personal asistencial del Centro Médico Ascope: Argomedo (2019) desarrolló una investigación para evaluar la correlación entre el nivel de *engagement* y el desempeño laboral del personal de asistencia

del Centro Médico Ascope de la Red Asistencial La Libertad de EsSalud. Utilizó la herramienta de UWES para medir el *engagement* en una muestra de 30 trabajadores, evidenció que el 87% del personal cuenta con un nivel alto de *engagement* y el 13% con un nivel regular. Asimismo, en la investigación se determinó la existencia de una correlación positiva alta entre los niveles de *engagement* y el desempeño laboral.

Compromiso organizacional y satisfacción laboral de los trabajadores de un servicio médico privado en Lima: El objetivo de la investigación de García (2018) fue relacionar el compromiso organizacional y el nivel de satisfacción laboral de los trabajadores de una organización de servicio médico privado de Lima. La población estuvo constituida por 78 trabajadores de la empresa JQ Medical SRL y se utilizaron los instrumentos de Compromiso organizacional de Meyer y Allen y la de Satisfacción laboral de Materan. En relación a los resultados, se concluyó que el 75.6% de los trabajadores evidenció un nivel medio de compromiso organizacional y el 89.7% presentó un nivel medio de satisfacción laboral.

Compromiso organizacional y síndrome de burnout en tecnólogos médicos del Instituto Nacional de Oftalmología: En esta investigación desarrollada por Lopez (2018) se evaluó la relación del *burnout* con el compromiso organizacional en tecnólogos médicos del Instituto Nacional de Oftalmología (INO), en una muestra compuesta por 60 personas. Para medir el compromiso organizacional utilizó la herramienta OCQ de Meyer y Allen, y para el *burnout*, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Con los resultados de la investigación se demostró que el 50% de los tecnólogos médicos presentó un nivel compromiso organizacional bajo; el 33.3%, nivel medio; y el 16.7%, alto. Asimismo, se obtuvo que el 50.0% de los tecnólogos médicos demostró un alto nivel de *burnout*; un 31.7%, nivel bajo; y un 18.3%, nivel medio. En esa línea, en la investigación se concluyó

que existe una relación inversa significativa y casi perfecta entre el *burnout* y el compromiso organizacional, debido a que el coeficiente de correlación Spearman dio como resultado -0.953.

2.4. Relación Inversa entre el *Burnout* y el *Engagement*

Maslach y Leiter (2016) establecieron que el *burnout* y el *engagement* son opuestos, relacionados de manera inversamente perfecta ya que sus dimensiones son directamente opuestas, como se indica en la figura 2. De igual manera, Schaufeli y Bakker (2001) definieron la relación como una antítesis positiva de dos tipos de bienestar en el trabajo.

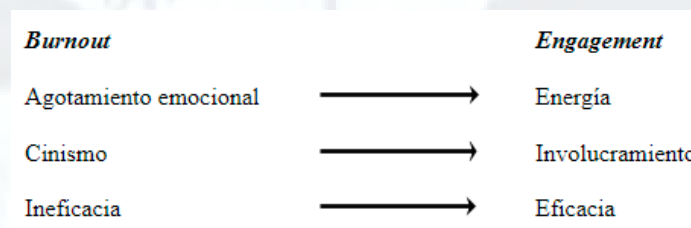


Figura 2. Relación inversa entre el *burnout* y *engagement*

Adaptado de Maslach & Leiter (1997) tomado de Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2001). Work and well-being. Towards a positive approach in Occupational Health Psychology. *Gedrag & Organisatie*, 14, 244. Recuperado de <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/166.pdf>

Existen estudios en los que se afirma que estas dos variables están intrínsecamente relacionadas tal como se presenta en la figura 3, debido a que, mientras el *engagement* tiene un nivel de energía alta y un placer y de agrado por el trabajo, el *burnout* es lo contrario, tiene un nivel de activación baja y desagrado por el trabajo (Bakker & Oerlemans, 2011, citado en Hakanen, Peeters & Schaufeli, 2018).

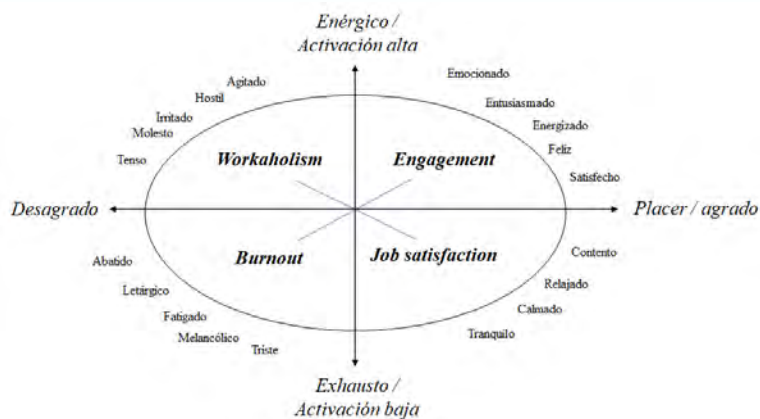


Figura 3. Relación inversa entre el *burnout*, *engagement*, *workaholism* y *job satisfaction*

Tomado de Hakanen, J. J., Peeters, M. C. W., & Schaufeli, W. B. (2018). Different types of employee well-being across time and their relationships with job crafting. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(2), 290. doi:10.1037/ocp0000081 Recuperado de <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/493.pdf>

También hay estudios en los que se afirma que el *engagement* previene el *burnout*, ya que genera un impacto positivo en la salud mental de los trabajadores (Hakanen, Peeters, & Schaufeli, 2018). A pesar de esto, Schaufeli y Bakker (2001) consideraron que ambas variables deben ser medidas de forma independiente para investigar su relación de forma empírica.

2.5. El Rol del Liderazgo para Reducir el *Burnout* y Promover el *Engagement*

Las instituciones de salud en la actualidad requieren de un liderazgo que facilite la gestión de la misma, sobre todo en escenarios tan cambiantes e inciertos como la pandemia de la COVID-19. En este sentido, es importante que los directores de las organizaciones de salud, jefes de área y todos aquellos que ejercen un rol de supervisión de equipos de trabajo, cuenten con habilidades de liderazgo y diseñen estrategias que les permitan reducir el *burnout* e incrementar el *engagement* en su institución. En ese sentido, Liang, Howard, Wang y Xu (2020) indicaron que invertir en el desarrollo de capacidades y la mejora de la competencia de los líderes de instituciones médicas es necesaria para desarrollar una mejor calidad de la prestación de servicios en la salud pública. Por su parte, Shanafelt y

Noseworthy (2017) mencionaron que un líder que reconoce los talentos únicos dentro de su equipo y cuáles son sus motivaciones, contribuirá a prosperar en entornos desafiantes, manteniendo médicos productivos con un alto nivel de *engagement* y bajo nivel de *burnout*.

En estudios se ha demostrado que el estilo de liderazgo que se maneja en las organizaciones tiene un efecto negativo en el desarrollo de *burnout* y un efecto positivo en nivel *engagement* de las personas (Vincent-Höper, Muser & Janneck, 2012; Zopiatis & Constanti, 2010). Si un director o jefe posee un estilo de liderazgo transformacional, (caracterizado por una influencia idealizada, estimulación intelectual, consideración individual y el carisma e inspiración), generará que los colaboradores tengan un nivel alto de *engagement* y reducido de *burnout* (Vincent-Höper, Muser & Janneck, 2012; Zopiatis & Constanti, 2010). Por el contrario, un estilo de liderazgo pasivo evitativo, conocido también como *laissez-faire* (caracterizado por evitar tomar decisiones e involucrarse, tomar distancia en cuestiones cruciales, con una conducta de dejar hacer), produce un alto nivel de *burnout*, ya que este estilo tiene una relación positiva con dos factores del *burnout*: el agotamiento emocional y despersonalización (Zopiatis & Constanti, 2010). Cabe resaltar que, el estilo de liderazgo transaccional (caracterizado por la motivación al equipo a través de premios y castigos y la utilización del poder formal para mandar y controlar), no tiene niveles reducidos de *burnout*, debido a que cuenta con una correlación positiva con el factor de logro personal pero una débil correlación negativa con el factor de agotamiento emocional y despersonalización (Zopiatis & Constanti, 2010). Por lo tanto, queda evidenciada la influencia que ejerce el rol de los líderes en los niveles del *engagement* y *burnout*.

En esa línea, NHM Leadership Academy (2013) diseñó un modelo de liderazgo para instituciones de salud, el cual plantea nueve dimensiones del comportamiento de un líder para promover el *engagement* en el personal de salud y brindar servicios de calidad a

los pacientes ya que afectan la cultura y el clima organizacional. Estos son: (a) crear un propósito compartido que inspire a los trabajadores, (b) ser empático y tener un alto nivel de inteligencia emocional, (c) estar abiertos a nuevas ideas y a analizar información variada para tomar decisiones en búsqueda de la mejora continua, (d) conectar con distintas personas, equipos y organizaciones para desarrollar relaciones de colaboración, (e) compartir una visión de futuro que sea alcanzable y excitante para la institución, (f) promover el trabajo en equipo, valorando las ideas y contribuciones de los trabajadores y promoviendo su compromiso, (g) desarrollar metas de desempeño con los equipos de trabajo, brindándoles claridad en las expectativas, retroalimentación y autonomía para que asuman responsabilidades que los desafíen y los hagan crecer; (h) fomentar el desarrollo de su equipo promoviendo el aprendizaje de habilidades, conocimientos y experiencias e; (i) influir en las personas, grupos y organizaciones siendo sensibles a sus preocupaciones, necesidades e intereses, para promover la colaboración y obtener un impacto positivo.

2.6. Estrategias que Contribuyen a Reducir el *Burnout* y Promover el *Engagement*

Reducir el *burnout* y promover el *engagement* en médicos es una responsabilidad compartida entre los mismos médicos y las organizaciones (Shanafelt & Noseworthy, 2017). Si bien existen una serie de factores que influye en los niveles de *burnout* y el *engagement*, estos pueden ser influenciados por la misma persona, por la unidad de trabajo, por la organización y el contexto nacional (Shanafelt & Noseworthy, 2017), tal como se aprecia en la figura 4.



Figura 4. Factores clave del burnout y engagement en médicos

Tomado de Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 3.

Por lo tanto, es importante que los líderes de las instituciones de salud planteen estrategias que como organización pueden contribuir a reducir el *burnout* e incrementar el *engagement*. En esa línea Shanafelt y Noseworthy (2017) propusieron las siguientes nueve estrategias organizacionales, las cuales fueron respaldadas por evidencia y experiencia en donde fue realizada la investigación en Mayo Clinic.

- **Reconocer y evaluar el problema:** Crear espacios de diálogo abierto y transparente entre los líderes y su equipo, promover de manera continua paneles de comunicación, entrevistas, pequeños grupos de trabajo en el cual el líder pueda escuchar las necesidades y sugerencias de sus colaboradores, esto permitirá identificar problemas que se tienen que abordar y reducir la brecha entre el nivel más alto y más bajo de la organización.
- **Aprovechar el poder del liderazgo:** La eficacia de los líderes para generar bienestar en los médicos que tienen a su cargo radica en la habilidad de identificar talentos únicos dentro de los miembros de su equipo y saber qué es aquello que los inspira y motiva. También, será necesario aplicar pruebas que permitan medir el

nivel de satisfacción que existe en la organización, y en caso se tengan bajas puntuaciones respecto a los líderes en continuas evaluaciones, se debe evaluar su permanencia.

- **Desarrollar e implementar intervenciones específicas:** En las organizaciones es importante identificar aquellas personas y áreas de trabajo que tienen un nivel alto de *burnout* para trabajar con ellas en identificación de factores que pueden mejorar el agotamiento en los médicos y su satisfacción. Esto ayudará a transformar a los médicos a ser un socio activo, comprometido y empoderado que trabaja con los líderes por la mejora de su unidad.
- **Cultivar la comunidad en el trabajo:** Existen desafíos médicos que no son comparables al rol de otras profesiones como demandas por negligencia o errores médicos, en este sentido promover el apoyo a través de grupos de intercambio de información con experiencias similares, el fomento de conexiones interpersonales, contribuye a dar el soporte que los profesionales requieren para superar estas dificultades.
- **Utilizar recompensas e incentivos de manera adecuada:** Muchas organizaciones identifican a la remuneración como un incentivo para los médicos; sin embargo, no evalúan los riesgos y consecuencias que pueden acarrear. Por ejemplo, la compensación basada en la productividad del médico, puede generar un incentivo perverso, orientando a los médicos a cumplir con los objetivos sacrificando la calidad de atención con el paciente, generando a su vez que se sientan física y emocionalmente agotados. Por ello, es importante tener en cuenta los riesgos y consecuencias de las recompensas y compensaciones para mitigarlos, y que no solo pueden ser monetarias, sino también pueden ser de diferente índole como

educación, mayor flexibilidad para el balance vida-trabajo y perseguir objetivos personales.

- **Alinear los valores y fortalecer la cultura:** En las instituciones de salud al igual que el resto de organizaciones es importante la cultura, valores y principios debido a que ellos permiten cumplir con la misión y con ello, alcanzar la visión. En ese sentido, es crucial identificar los factores que influyen en la cultura, evaluar formas para mantenerlos vigentes y evaluar periódicamente que las acciones de la organización se mantienen alineadas a los valores. Los valores pueden ayudar a la organización a trabajar hacia un fin común, como fuente para tomar decisiones, identificar áreas de mejora e inclusive para la contratación de personal nuevo.
- **Promover la flexibilidad y la integración vida - trabajo:** Se debe asegurar políticas institucionales que promuevan la flexibilidad y la integración vida-trabajo de los médicos ya que la cantidad de horas que laboran afecta su vida personal. En ese sentido, brindarles a los médicos flexibilidad para ajustar sus horarios laborales e incluso poder reducir sus horas laborales de manera proporcional con su compensación, puede ayudar a los médicos a recuperarse del agotamiento y asegurar la retención. De esta manera, se puede brindar las facilidades para cumplir con sus obligaciones personales sin reducir su esfuerzo laboral. Asimismo, se deben revisar la estructura de beneficios como las vacaciones y los permisos para cobertura de eventos especiales (cumpleaños, enfermedad, muerte de un familiar, nacimiento de un hijo, etc.).
- **Proporcionar recursos para promover resiliencia y autocuidado:** Se debe asegurar que los médicos cuenten con herramientas que les permitan auto-calibrar su nivel personal de bienestar y angustia, proporcionándoles información y recursos para promover la integración, el balance vida-trabajo, el ejercicio físico, dieta, salud

financiera, las relaciones, los pasatiempos, la atención médica preventiva, entre otros. Los médicos que cuidan mejor su salud, proporcionan una mejor atención a los pacientes, en ese sentido se recomienda proporcionar capacitaciones relacionadas a la resiliencia, psicología positiva, *mindfulness* y enfoques de integración trabajo-vida.

- **Facilitar y financiar la ciencia organizacional:** Esta estrategia busca que las instituciones de salud desarrollen programas internos que les permitan generar estudios, nuevos conocimientos y evidencia sobre cómo reducir el *burnout* y promover el *engagement* debido a la importancia en la calidad de atención de los pacientes y su satisfacción.

2.7. Resumen

En el presente capítulo se presenta el contexto e impacto de la pandemia de la COVID-19 en el Perú, a fin de brindar un marco general a la investigación. Asimismo, se revela que los médicos pertenecen al grupo de profesionales con mayor vulnerabilidad a sufrir de *burnout* y es importante medirlo debido a que impacta en la calidad de atención a los pacientes, en el sistema de salud y en el bienestar físico y psicológico del médico. También, se evidencia que el instrumento más utilizado para medir el *burnout* es el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), y ha sido la base para el desarrollo de otros instrumentos que miden la misma variable. Con respecto al *engagement*, se menciona que puede generar consecuencias favorables en la organización como: (a) el compromiso organizacional, (b) la iniciativa personal, (c) el comportamiento extra a su rol y (d) el desempeño mayor a lo esperado. Se expone que la medición de este estado es posible a través del *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), instrumento creado por el psicólogo Wilmar Schaufeli. Cabe resaltar, que este apartado, expone también que ambas variables tienen una relación inversa y que sus niveles no solo están influenciados por aspectos

individuales, sino también por los líderes y las organizaciones, en esa misma línea describe recomendaciones y estrategias que existen en la literatura para reducir el *burnout* y promover el *engagement*. En conclusión, se evidencia que, de acuerdo con lo presentado, para afrontar la crisis de la pandemia de la COVID-19 los líderes deben monitorear y desarrollar estrategias para disminuir los niveles de *burnout* y aumentar el *engagement* en médicos en las instituciones de salud, ya que las consecuencias pueden impactar a la lucha contra la pandemia.



Capítulo III: Metodología

En el presente capítulo, se explica la metodología aplicada para la recolección de datos, procesamiento y análisis de los mismos, que permita describir los niveles de *burnout* y *engagement* que presentan los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

3.1. Diseño de la Investigación

El estudio es de tipo cuantitativo, se aplicaron herramientas estadísticas, con las que se desarrollaron afirmaciones referidas a medidas de tendencia central, de dispersión, percentiles y representaciones gráficas de distribución. Asimismo, el alcance es descriptivo, ya que tuvo como finalidad medir de forma objetiva los niveles del *burnout* y del *engagement*, y explicarlas a través de los factores y dimensiones que los componen. Por otro lado, el diseño fue no experimental transversal, puesto que las variables de medición no fueron manipuladas y se limitaron a las preguntas brindadas en los instrumentos.

3.2. Participantes de la Investigación

Las encuestas fueron aplicadas a los participantes que cumplían con las características de ser médicos colegiados y cuyos centros de labores estén ubicados en Lima Metropolitana y el Callao, durante el período del estado de emergencia decretado por el gobierno peruano, entre el 13 de junio al 20 de septiembre de 2020, es decir, en la “primera ola” de contagios. En la figura 5 se presenta este rango de fechas (marco azul) respecto a la evolución de contagios diarios reportada por el Jhons Hopkings Coronavirus Resource Center (2021). Tomando en cuenta que la investigación es transversal, los participantes fueron seleccionados de manera aleatoria por conveniencia. Al 24 de mayo de 2020, la población de médicos colegiados en Lima y Callao fue de 28,760 según el Colegio de Médicos del Perú (2020). En ese sentido, considerando una población finita, un error máximo aceptable de 5% y con nivel de confianza deseado del 95%, la muestra calculada

ascendió a 380 médicos colegiados. La fórmula aplicada para el cálculo anterior, fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra a calcular;

Z: nivel de confianza (1.96);

p: variabilidad positiva;

q: variabilidad negativa;

N: tamaño de la población (28,760);

E: precisión o error (0.05).

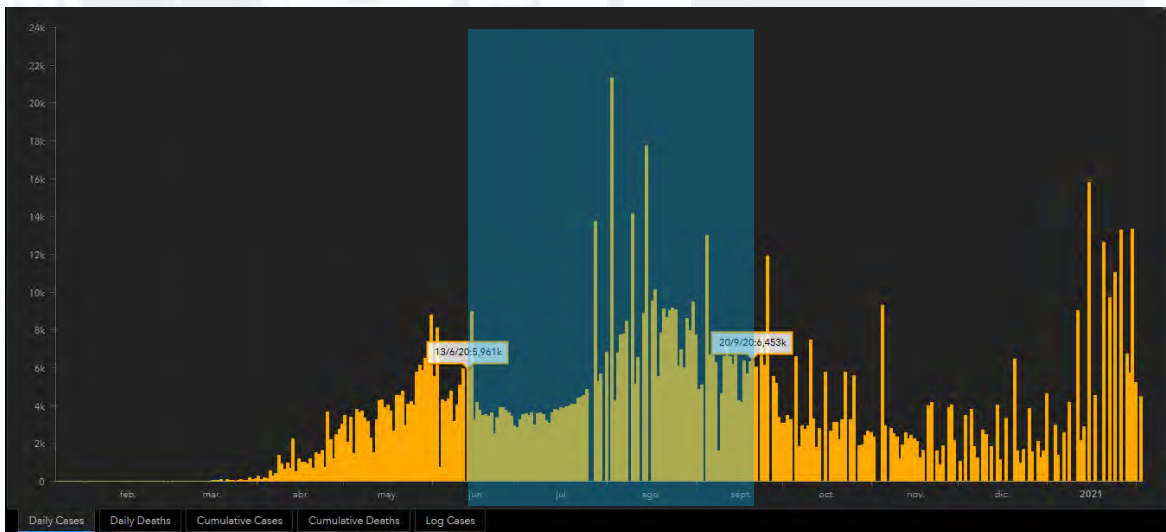


Figura 5. Rango de fechas de aplicación de las encuestas

Adaptado de Jhons Hopkins Coronavirus Resource Center (2021). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

3.3. Confidencialidad

Previo a la aplicación de los instrumentos a los participantes en formato de encuestas virtuales, se presentó una introducción con el nombre de los miembros del equipo

investigador informando expresamente que los datos proporcionados serán estrictamente confidenciales y secretos, también que toda información recabada será utilizada solo para fines de la investigación y estadísticos. Asimismo, para cumplir con los requisitos de uso académico de los instrumentos, se hizo mención que solamente los resultados y las conclusiones de la investigación serán compartidos con los autores Christina Maslach y Susan E. Jackson (instrumento MBI-HSS) y Wilmar Schaufeli (instrumento UWES).

3.4. Instrumentos de Medición

Las dos principales variables de estudio de la presente investigación son el *burnout* y el *engagement*, las cuales fueron medidas a través de los instrumentos *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS) y *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), respectivamente. Estos se escogieron debido a que, son los más utilizados en este tipo de investigaciones aplicadas a instituciones de salud a nivel mundial, y los autores permiten su uso educativo y de investigación no comercial, siempre y cuando se les compartan los resultados. A continuación, se explican los instrumentos:

Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS): Según indicó Gil-Monte (2015, citado en Aranda et al., 2016), la primera versión del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) fue un instrumento desarrollado por Christina Maslach y Susan E. Jackson en 1981 y contaba con cuatro factores. La versión final del cuestionario, adaptada al español y enfocada para profesionales dedicados al servicio de personas, consiste en 22 ítems que miden los tres factores del *burnout*: (a) agotamiento emocional con nueve ítems, (b) despersonalización con cinco ítems, y (c) realización personal en el trabajo con ocho ítems (Gil-Monte & Peiró, 1997, citado en Aranda et al., 2016); el encuestado debe responder con una escala de Likert del 0 al 6 que significan nunca y siempre, respectivamente. La relación entre los ítems y los factores se presenta en el Apéndice A.

Utrecht Work Engagement Scale (UWES): Es un instrumento desarrollado por Wilmar Schaufeli y Arnold Bakker (2003b); los mismos autores elaboraron el manual correspondiente, traducido por Valdez y Ron (2011), en el que, mediante una recopilación de investigaciones de aplicación, determinaron su validez. La versión extensa del cuestionario – traducida oficialmente a español – consiste en 17 ítems que miden las tres dimensiones del *engagement*: (a) vigor con 6 ítems, (b) dedicación con 5 ítems y (c) absorción con 6 ítems; el encuestado debe responder con una escala de Likert del 0 al 6 que significan nunca y siempre, respectivamente. La relación entre los ítems y las dimensiones se presenta en el Apéndice A.

3.5. Recolección de Datos

En la presente investigación, la recolección de datos se efectuó a través de la toma de encuestas virtuales de los instrumentos MBI-HSS y UWES vía Google Forms. Para tal fin, el procedimiento fue el siguiente: (1) En la ventana de introducción, se describe que el equipo investigador está conformado por estudiantes de CENTRUM en el programa de Maestría en Dirección Estratégica y Liderazgo, se explica el objetivo de la investigación y qué se espera de la misma; (2) Se expresa el consentimiento informado y la confidencialidad de la investigación, como se aprecia en el Apéndice B, si el participante está de acuerdo, procede a presionar “Siguiente”; (3) En el formulario brindado, el participante ingresa la información general tal como número de colegiatura, edad, sexo, tipo de entidad en la que labora, tiempo de trabajo en la institución, cantidad de personas a cargo, horas trabajadas a la semana y área en la que labora; (4) Luego, se presentan las encuestas correspondientes al MBI-HSS y UWES, cada una contará con las instrucciones necesarias; (5) Por último, se indica al participante que si desea conocer los resultados de la investigación y ser invitado para la sustentación del proyecto, podría dejar su nombre y correo electrónico.

3.6. Análisis Estadístico

Luego de la recolección de los datos a través de las encuestas, se procedió a efectuar un análisis de estadística descriptivo para las variables de medición mediante el software SPSS, con él se determinaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación), percentiles y representaciones gráficas de distribución (histograma y gráficos circulares). Entre los principales resultados se obtuvo el análisis descriptivo del *burnout* en médicos según los tres factores que lo componen (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo) y un análisis descriptivo del *engagement* en médicos según las tres dimensiones que lo componen (vigor, dedicación y absorción), los cuales se desagregaron por institución (pública o privada), sexo, rango de edad, tipo de institución, tiempo labor en la institución, horas laboradas por semana, área de labor y personas que tienen a cargo. Asimismo, con la prueba de Kolmogorov-Smirnov se determinó la no normalidad de los datos; como consecuencia, se procedió a efectuar pruebas no paramétricas (Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) para identificar diferencias significativas entre los tipos de grupo (tipo de institución de salud, tiempo que el médico labora en la institución, horas de trabajo semanal, sexo, edad y área de trabajo) y, en caso amerite, se ejecutan pruebas post hoc (Dunn-Bonferroni) para identificar específicamente los grupos que presentan diferencias sobre el resto; finalmente, se evalúa la correlación entre el *burnout* y el *engagement*, mediante una prueba no paramétrica (Spearman).

3.7. Análisis e Interpretación de Datos

Según lo indicado en el manual del instrumento MBI, los autores recomendaron que, para determinar los puntos de corte, se divida la escala de calificación en tercios (Maslach et al., 1996, citado en Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009); generalizando ello, se considera dividir en partes iguales. De igual manera, con base en lo referido por Schaufeli y Bakker (2003) en el manual del instrumento UWES, para comparar los promedios de las

dimensiones, se divide el rango de calificación (0 a 6 según la escala de Likert) en rangos de igual tamaño, de acuerdo con la cantidad de puntos de corte que se requieren. Tomando en cuenta lo mencionado por los autores de los instrumentos y para estandarizar la interpretación de los resultados de *burnout* y *engagement*, se determinó dividir la escala de calificación (0 a 6) una escala de cinco rangos iguales, como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1.
Modo de calificación de los puntajes para el burnout y el engagement

Nivel	Puntaje
Muy alto	Mayor o igual que 4.80
Alto	Entre 3.60 y 4.79
Promedio	Entre 2.40 y 3.59
Bajo	Entre 1.20 y 2.39
Muy bajo	Menor o igual que 1.19

3.8. Validez y Confiabilidad

A fin de explicar la validez y confiabilidad de los instrumentos a usar, se tomaron en cuenta investigaciones en las que fueron aplicados y los manuales correspondientes, tal como se detalla a continuación:

Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS): Respecto a la validez, Olivares, Mena, Jélvez y Macía (2013) aplicaron la prueba de análisis factorial del instrumento en castellano aplicado a 957 profesionales en Chile y concluyeron que, el rango de varianza de los factores oscila entre el 4.3% y 26.8%, por lo que, según los resultados obtenidos, no hay diferencia importante con lo hallado por la comunidad internacional, es decir que, la versión usada es válida. Por otro lado, Aranda et al. (2016) evaluaron la validez factorial aplicando el instrumento en castellano a 1,958 trabajadores en México y obtuvieron una varianza ajustada del 41.6%, similar al 43.7% del autor Gil-Monte, lo cual le da validez suficiente al instrumento. Por su parte, Gil-Monte (2005), evaluó el instrumento en castellano en 705 profesionales españoles y afirmó que, conforme

al valor de la chi-cuadrada en su prueba estadística, los modelos probados se ajustan correctamente, lo cual lo llevó a concluir que el instrumento es válido. Respecto a la confiabilidad, en los mismos estudios, los autores en mención obtuvieron los siguientes valores del Alfa de Cronbach para cada factor: (a) Agotamiento emocional, 0.86 en Olivares et al., 0.84 en Aranda et al. y 0.85 en Gil; (b) Despersonalización, 0.72 en Olivares et al., 0.41 en Aranda et al. y 0.58 en Gil-Monte; y (c) Realización personal en el trabajo, 0.76 en Olivares et al., 0.73 en Aranda et al. y 0.71 en Gil-Monte; con ello, se aprecia que el instrumento demuestra un nivel de confiabilidad alto. En ese sentido, debido a las altas puntuaciones en el Alfa de Cronbach no se ha considerado otros criterios de confiabilidad.

Utrecht Work Engagement Scale (UWES): Respecto a la validez, Schaufeli y Bakker (2003b, p. 8-12), en el manual del instrumento UWES, recabaron una serie de investigaciones de aplicación del instrumento en Países Bajos, España y Portugal y presentaron los resultados comparativos de las dimensiones mediante análisis factorial, y demostraron que la correlación entre ellos es alta, por lo que afirman que el instrumento goza de validez interna. Asimismo, Carlos Spontón, Medrano, Maffei, Marcos Spontón y Castellano (2012) efectuaron un estudio a 674 trabajadores en Argentina y, para probar la validez, verificaron el estadístico chi-cuadrado considerando modificaciones en los factores del instrumento, del cual obtuvieron un valor alto de significancia, es decir, el instrumento es sensible a los cambios en sus factores, con ello demuestran que el MBI-HSS es válido de forma íntegra. Respecto a la confiabilidad, en el mismo manual en mención y tomando las mismas investigaciones anteriores, los autores obtuvieron los siguientes valores del Alfa de Cronbach para cada dimensión: (a) Vigor de 0.83, (b) Dedicación de 0.92, y (c) Absorción de 0.80; debido a que todos los valores superan el 0.80, los autores afirmaron que el instrumento cuenta con un nivel de confiabilidad alto.

3.9. Resumen

Para la investigación se aplicaron dos herramientas simultáneas, *Maslach Burnout Inventory* - Human Services Survey (MBI-HSS) para medir el *burnout* y *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) para medir el *engagement*, la primera elaborada por Christina Maslach y Susan E. Jackson y la segunda por Wilmar Schaufeli, todos los autores se han especializado en estudiar y desarrollar investigaciones de cada uno de los conceptos de sus instrumentos. Estos dos instrumentos de investigación han sido probados en cuanto a su validez y confiabilidad. Para el primer caso, a través de los resultados de pruebas estadísticas y comparativas tomadas de la aplicación de los instrumentos en múltiples investigaciones, los autores concluyeron que los valores de significancia son altos, por lo que se demuestra su validez; mientras que, para el segundo, mediante los resultados altos del Alfa de Cronbach, superior a 0.71 para el caso de los factores de *burnout* y 0.8 para las dimensiones del *engagement*, se demostró la confiabilidad.

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia, la cual estuvo conformada por médicos que laboran en instituciones de Lima Metropolitana y el Callao y que cumplan la condición de ser colegiados. Cabe señalar, que luego de la recolección de los datos a través de las encuestas, se efectuó un análisis de estadística descriptivo mediante el software SPSS, para determinar las medidas de tendencia central, dispersión, percentiles y representaciones gráficas de distribución. El diseño de la investigación fue de tipo no experimental transversal, bajo un enfoque cuantitativo y con un alcance descriptivo para medir de forma objetiva los niveles de *burnout* y *engagement* en los médicos durante el estado de emergencia, siendo su principal propósito ser una investigación transeccional.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados

En el presente capítulo, se describe la metodología aplicada para la recolección de datos, procesamiento y análisis de los mismos, que permitieron describir los niveles del *burnout* y del *engagement* que presentaron los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en la coyuntura de la pandemia de la COVID-19.

4.1. Perfil de los Participantes

Se determinó que la muestra de la investigación sea de 380 médicos colegiados, considerando los parámetros de un error máximo aceptable de 5% y con nivel de confianza deseado del 95% y con una población total de médicos en Lima y Callao de 28,760 al 24 de mayo de 2020; no obstante, se aplicaron los instrumentos a 400 médicos colegiados. En esa línea, en la tabla 2, se muestra el perfil de los médicos participantes de la investigación, del cual el 57.50% correspondió al sexo masculino y el 42.50% al sexo femenino. Las edades de los entrevistados oscilaron entre 27 y 68 años, siendo el rango más representativo el que se encuentra entre 39 a 51 años con una presencia del 46.50% de la muestra. Por otro lado, el 65.25% de los médicos pertenecía al sector público, mientras que el 34.75% al sector privado. Respecto al tiempo de servicio de los profesionales de salud, el 69.50% de la muestra cuenta con más de 5 años ejerciendo sus labores. Sobre la cantidad de horas laboradas, el 4.75% trabaja menos de 12 horas a la semana; el 5.75%, entre 12 y 24 horas; el 51.00%, entre 24 y 48 horas; y el 38.50%, más de 48 horas. Se observó también que el 3.75% de los encuestados labora en Cirugía, el 18.50% en Consultorios, el 8.00% en atención a la COVID-19, el 28.50% en Emergencia/UCI, el 35.75% en Hospitalización y el 5.50% en otras áreas. Finalmente, el 50.50% de los profesionales tiene a menos de 5 personas a su cargo; el 40.25%, entre 5 y 15 personas a su cargo; y el 9.25%, más de 15.

Tabla 2.
Perfil de los participantes

Variable	Participantes (n = 400)	
	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	230	57.50
Femenino	170	42.50
Rango de edad		
Entre 27 y 38	87	21.75
Entre 39 y 51	186	46.50
Entre 52 y 68	127	31.75
Tipo de institución		
Pública	261	65.25
Privada	139	34.75
Tiempo de labor en la institución		
Menos de 1 año	30	7.50
De 1 a 2 años	16	4.00
De 2 a 5 años	76	19.00
Más de 5 años	278	69.50
Horas laboradas por semana		
Menos de 12 horas	19	4.75
Entre 12 y 24 horas	23	5.75
Entre 24 y 48 horas	204	51.00
Más de 48 horas	154	38.50
Área de labor		
Cirugía	15	3.75
Consultorio	74	18.50
COVID-19	32	8.00
Emergencia/UCI	114	28.50
Hospitalización	143	35.75
Otros	22	5.50
Personas a cargo		
Menos de 5	202	50.50
Entre 5 y 15	161	40.25
Más de 15	37	9.25

4.2. Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

La validez de los instrumentos aplicados fue evaluada a través del análisis factorial, cuyos resultados se presentan en las tablas 3 y 4 para el *burnout* y el *engagement*, respectivamente; en ellas se aprecia que, los valores debajo de la diagonal son positivos, con lo cual se afirma que existe correlación directa entre las dimensiones de cada instrumento y se demuestra la validez de los mismos.

Tabla 3.
Análisis factorial para los factores del burnout

Factor	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Agotamiento emocional	1		
Despersonalización	0.701	1	
Baja realización personal	0.232	0.205	1

Tabla 4.
Análisis factorial para las dimensiones del engagement

Dimensión	Vigor	Dedicación	Absorción
Vigor	1		
Dedicación	0.755	1	
Absorción	0.795	0.681	1

Por otro lado, respecto a la confiabilidad de los instrumentos MBI-HSS y UWES aplicados en la investigación, se analizó la consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach. Según refirieron Manerikar y Manerikar (2015), si el factor se encuentra entre el rango de 0.7 y 0.9, entonces la prueba es de buena consistencia y fiabilidad. En esa línea y, de acuerdo con los resultados indicados en la tabla 5, se aprecia que los valores del Alfa de Cronbach, para las dimensiones del *burnout* y del *engagement*, son mayores a 0.7, por tal motivo se concluye que demuestran buena consistencia interna, son aceptables y fiables para la presente investigación.

Tabla 5.
Valores de Alfa de Cronbach

Concepto	Dimensión	Alfa de Cronbach	Número de ítems
<i>Burnout</i>	Agotamiento emocional	0.824	9
	Despersonalización	0.843	5
	Baja realización personal	0.793	8
<i>Engagement</i>	Vigor	0.833	6
	Dedicación	0.809	5
	Absorción	0.770	6

4.3. Presentación de Resultados

Previo a efectuar el análisis estadístico para las preguntas de investigación, se evaluó la normalidad de la muestra, a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con la finalidad de determinar la aplicación de pruebas paramétricas o no paramétricas.

Tabla 6.
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para el burnout y sus factores

Dato de análisis	<i>Burnout</i>	Factores del <i>burnout</i>		
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Estadístico de prueba	0.167	0.118	0.245	0.124
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000

Tabla 7.
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para el engagement y sus dimensiones

Dato de análisis	<i>Engagement</i>	Dimensiones del <i>engagement</i>		
		Vigor	Dedicación	Absorción
Estadístico de prueba	0.232	0.252	0.229	0.231
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000

Al analizar los valores de la significancia asintótica (bilateral) de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, indicados en las tablas 6 y 7, se aprecia que el resultado para todos

los casos es menor al nivel de significancia de 0.05, por lo tanto, se afirma que la muestra obtenida para las variables *burnout* y *engagement*, y para las dimensiones de ambas no siguen una distribución normal. Teniendo en cuenta ello, se determinó la aplicación de las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney para comparar diferencias significativas entre pares y la de Kruskal-Wallis para la comparación de grupos de 3 elementos a más. Además, se aplicó la prueba a posteriori de Dunn-Bonferroni, complementaria a la de Kruskal-Wallis, para identificar específicamente los grupos que presentaron diferencias sobre el resto.

4.3.1. Revisión de la pregunta central de investigación: ¿Cuál es el nivel de *burnout* y *engagement* en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la pandemia de la COVID-19?

De acuerdo con los resultados obtenidos para el *burnout* indicados en la tabla 8, se muestra que la media fue de 1.43, es decir, una puntuación baja. La dimensión con menor puntaje fue la despersonalización, que obtuvo un valor de 0.79. Respecto al percentil 25, se aprecia que su valor fue de 0.96; mientras que en el percentil 75, se identificó un puntaje de 1.72. Basado en estos resultados, se afirma que existe un nivel bajo de *burnout*.

Tabla 8.
Estadísticos descriptivos del burnout

Dato	<i>Burnout</i>	Factores del <i>burnout</i>		
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Media	1.43	2.30	0.79	1.20
Error estándar	0.04	0.05	0.05	0.03
Mediana	1.22	2.11	0.40	1.13
Moda	1.19	1.78	0.00	1.13
Desviación estándar	0.74	1.06	1.08	0.62
Percentiles				
25	0.96	1.67	0.05	0.88
50	1.22	2.11	0.40	1.13
75	1.72	2.89	1.20	1.50

Tabla 9.
Estadísticos descriptivos del engagement

Dato	<i>Engagement</i>	Dimensiones del <i>engagement</i>		
		Vigor	Dedicación	Absorción
Media	5.11	5.12	5.28	4.93
Error estándar	0.03	0.03	0.03	0.03
Mediana	5.30	5.33	5.40	5.17
Moda	5.36	5.33	5.40	5.17
Desviación estándar	0.61	0.69	0.62	0.69
Percentiles				
25	5.03	5.00	5.20	4.83
50	5.30	5.33	5.40	5.17
75	5.42	5.50	5.60	5.33

En la tabla 9, se indican los resultados obtenidos para el *engagement*, de ahí se determina que la media alcanzó un nivel muy alto (5.11), así como en las dimensiones de vigor (5.12), la dedicación (5.28) y la absorción (4.93). En el percentil 25 se aprecia que el valor fue de 5.03; mientras que en el percentil 75 se obtuvo 5.42, con ello se evidencia que existe un alto nivel de *engagement* entre los encuestados.

En la tabla 10 se muestran los niveles del *burnout* según las características sociodemográficas y condiciones laborales. Se aprecia que el sexo femenino tiene niveles más altos de *burnout* en comparación con el sexo masculino. De igual forma se identificó que el rango de edad entre 27 y 38 años es el de mayor nivel de *burnout* en contraste con los otros rangos. También se observaron niveles elevados en los profesionales de la salud que laboran en entidades del sector público y en aquellos que ejercen sus funciones en el área de atención COVID-19.

Tabla 10.
Niveles del burnout y dimensiones por características sociodemográficas

Variable	Burnout	Factores del burnout		
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja realización personal
Sexo				
Masculino	1.49	2.22	0.75	1.13
Femenino	1.64	2.40	0.83	1.29
Rango de edad				
Entre 27 y 38	1.90	2.71	1.41	1.31
Entre 39 y 51	1.49	2.21	0.66	1.19
Entre 52 y 68	1.41	2.14	0.55	1.13
Tipo de institución				
Pública	1.74	2.55	1.02	1.28
Privada	1.21	1.82	0.35	1.04
Tiempo de labor en la institución				
Menos de 1 año	1.81	2.64	1.72	1.08
De 1 a 2 años	1.68	2.69	1.25	1.10
De 2 a 5 años	1.49	2.26	0.92	1.29
Más de 5 años	1.35	2.25	0.62	1.19
Horas laboradas por semana				
Menos de 12 horas	2.02	2.94	1.90	1.06
Entre 12 y 24 horas	1.70	2.29	1.09	1.41
Entre 24 y 48 horas	1.53	2.29	0.79	1.15
Más de 48 horas	1.50	2.22	0.61	1.24
Área de labor				
Cirugía	1.60	2.42	1.13	1.23
Consultorio	1.11	1.90	0.38	1.04
COVID-19	1.90	3.05	1.34	1.32
Emergencia/UCI	1.50	2.44	0.88	1.18
Hospitalización	1.39	2.24	0.7	1.23
Otros	1.54	2.09	1.12	1.40
Personas a cargo				
Menos de 5	1.33	2.09	0.71	1.17
Entre 5 y 15	1.51	2.48	0.83	1.24
Más de 15	1.60	2.61	1.03	1.17

Tabla 11.
Niveles del engagement y dimensiones por características sociodemográficas

Variable	Engagement	Dimensiones del engagement		
		Vigor	Dedicación	Absorción
Sexo				
Masculino	5.15	5.20	5.32	4.97
Femenino	5.04	5.03	5.24	4.88
Rango de edad				
Entre 27 y 38	4.86	4.83	5.14	4.64
Entre 39 y 51	5.12	5.12	5.29	4.98
Entre 52 y 68	5.24	5.33	5.37	5.06
Tipo de institución				
Pública	5.03	5.04	5.23	4.96
Privada	5.24	5.29	5.38	5.06
Tiempo de labor en la institución				
Menos de 1 año	4.97	4.89	5.24	4.78
De 1 a 2 años	5.01	4.99	5.24	4.80
De 2 a 5 años	5.02	5.00	5.26	4.80
Más de 5 años	5.16	5.19	5.30	4.90
Horas laboradas por semana				
Menos de 12 horas	4.88	4.95	5.06	4.86
Entre 12 y 24 horas	4.87	4.92	5.11	4.61
Entre 24 y 48 horas	5.12	5.11	5.32	4.96
Más de 48 horas	5.14	5.19	5.29	4.97
Área de labor				
Cirugía	4.83	4.71	5.25	4.53
Consultorio	5.25	5.29	5.39	5.10
COVID-19	4.84	4.70	5.13	4.67
Emergencia/UCI	5.15	5.21	5.28	4.95
Hospitalización	5.16	5.17	5.32	4.99
Otros	4.73	4.71	4.94	4.54
Personas a cargo				
Menos de 5	5.09	5.09	5.29	4.89
Entre 5 y 15	5.16	5.19	5.28	5.00
Más de 15	5.04	5.05	5.24	4.84

En la tabla 11 se presentan los niveles de *engagement* según las características sociodemográficas y condiciones laborales. A diferencia del *burnout*, se encontró que el sexo masculino tiene un mayor nivel de *engagement* que el sexo femenino. Se resalta que los médicos entre 52 y 68 años presentaron niveles más altos de *engagement*; además destaca la dedicación como la más alta dimensión. En esa línea, se aprecia también que los médicos que laboran en entidades del sector privado y los que se desempeñan en el área de Consultorios demostraron niveles más altos de *engagement*.

Por otro lado, en las figuras 6 y 7 se presentan los histogramas de frecuencias de respuesta para el *burnout* y *engagement*, respectivamente. En cuanto al primero, se apreció que la mayoría de médicos presenta niveles bajo y muy bajo de *burnout*, ubicados principalmente entre los valores de 0.00 y 2.00; sin embargo, se identificó una contraposición de un grupo menor de médicos que presenta nivel alto (alrededor de 4.00). Respecto al segundo, un grupo representativo de médicos mostró un nivel muy alto de *engagement*, concentrados en puntajes superiores a 5.00; a pesar de ello, se distinguió un grupo menor entre nivel bajo y promedio (entre 2.00 y 3.00). Además, se afirma que los puntajes de *burnout* presentan mayor dispersión que el *engagement*, dentro de sus rangos respectivos de calificación.

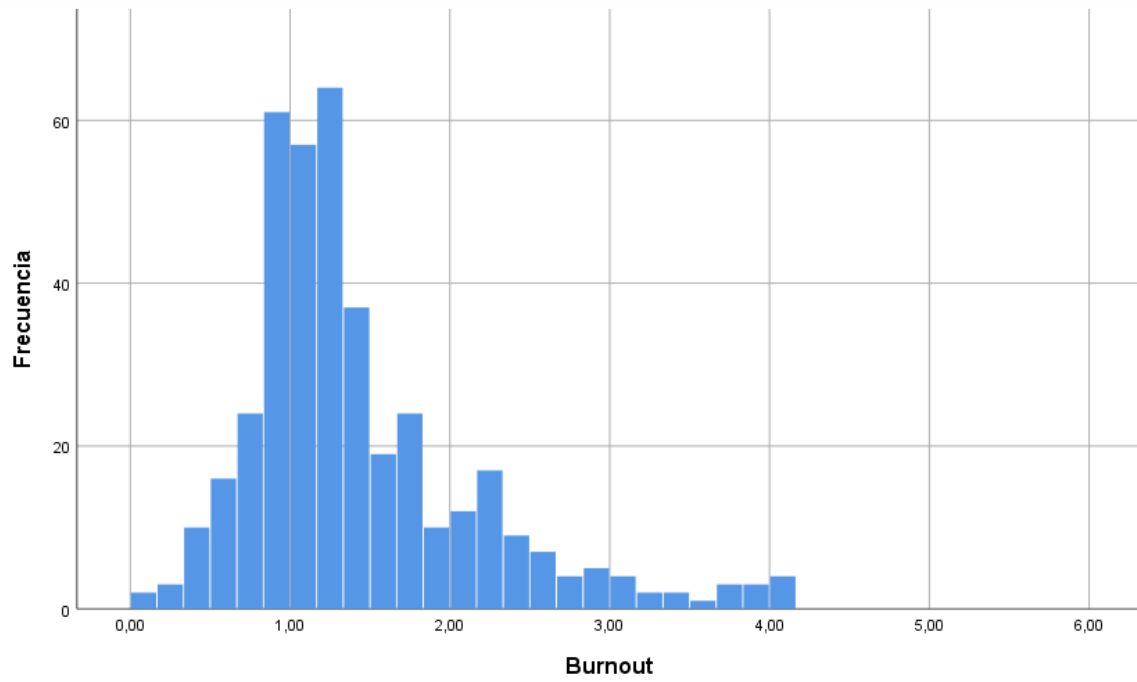


Figura 6. Histograma de respuestas de burnout

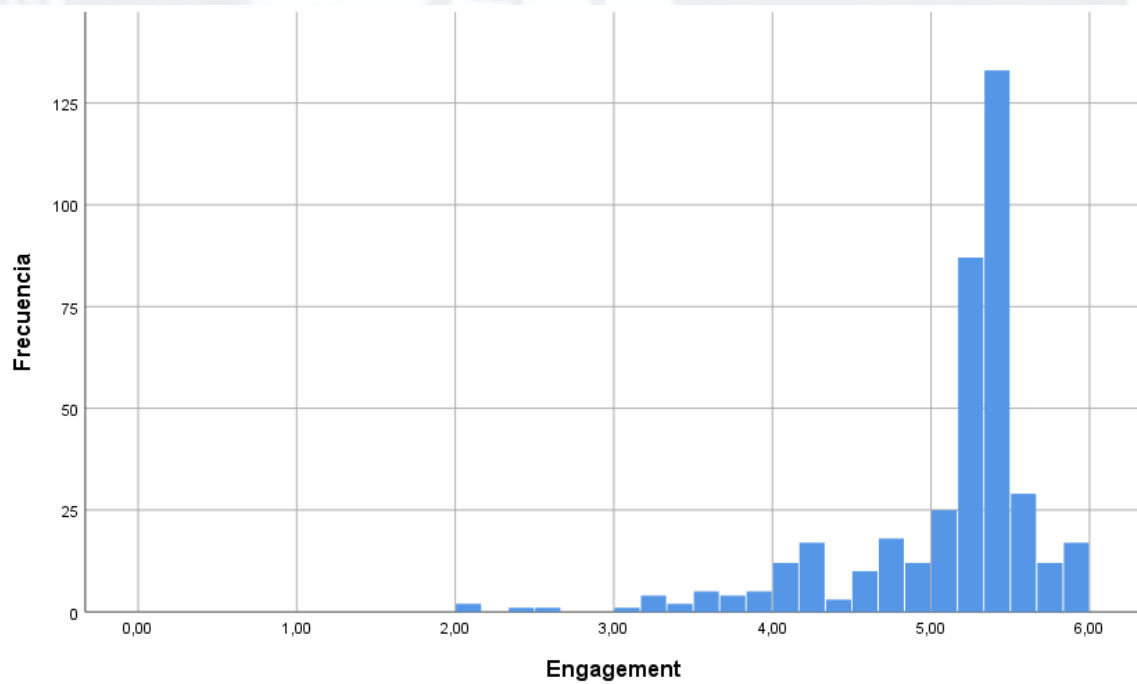


Figura 7. Histograma de respuestas de engagement

Finalmente, se procedió a identificar la proporción de médicos por cada nivel de *burnout*, *engagement* y dimensiones correspondientes.

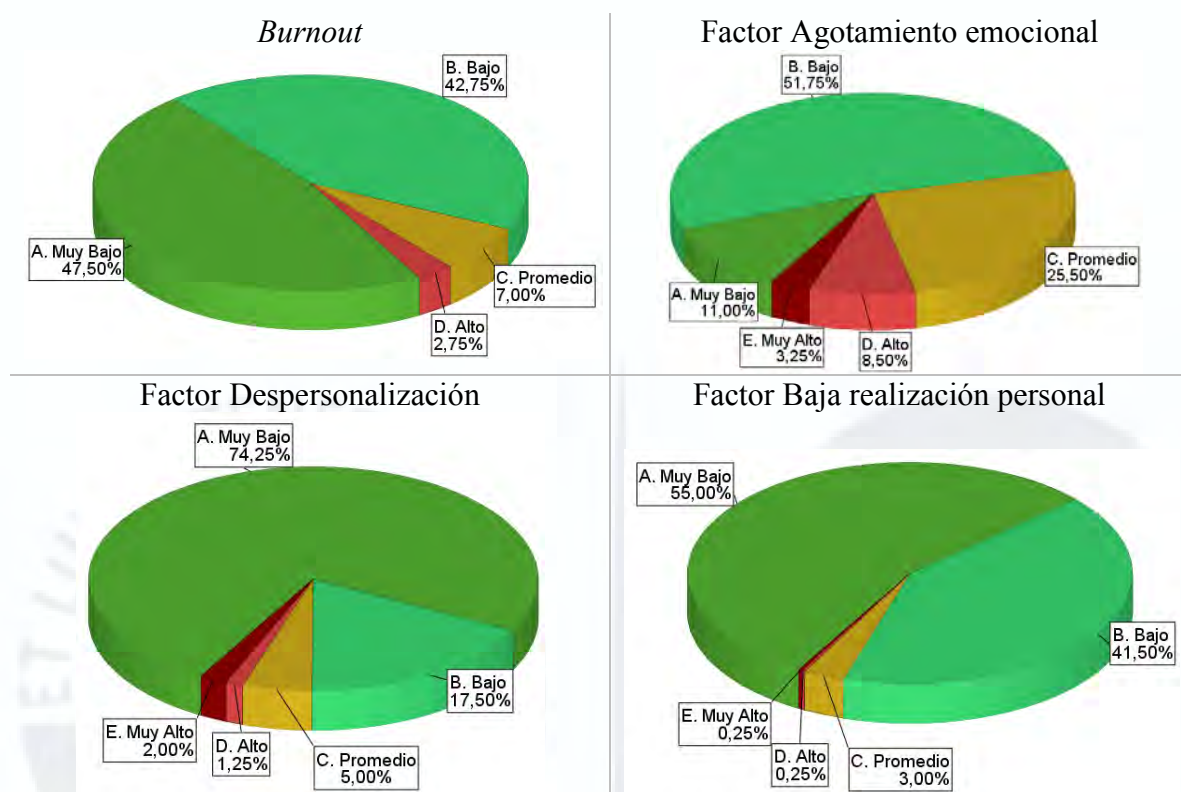


Figura 8. Distribución de *burnout* y sus factores por niveles

Respecto al *burnout* y sus factores, en la figura 8 se aprecia que, un 47.50% de la población de médicos demostró un nivel muy bajo de *burnout* y un 42.75% con nivel bajo. En cuanto a los factores, se resalta que (a) el 62.75% de los médicos demostró nivel muy bajo a bajo de agotamiento emocional, y a la vez, concentró una mayor proporción de médicos con niveles alto (8.50%) y muy alto (3.25%) en comparación con el resto de factores de *burnout*; (b) la despersonalización tiene el grupo más grande de profesionales con nivel muy bajo (74.25%) y bajo (17.50%) y; (c) la baja realización personal cuenta con un 55.00% de médicos en nivel muy bajo y 41.50% en bajo.

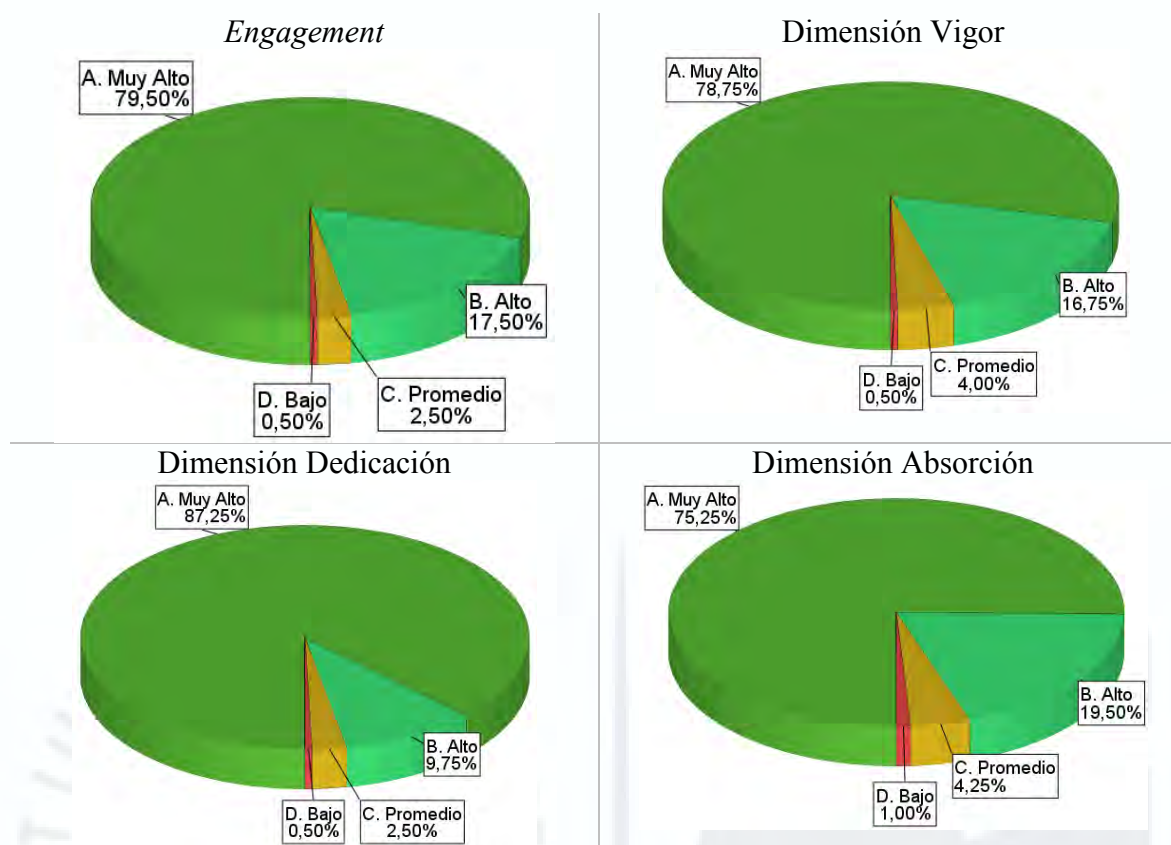
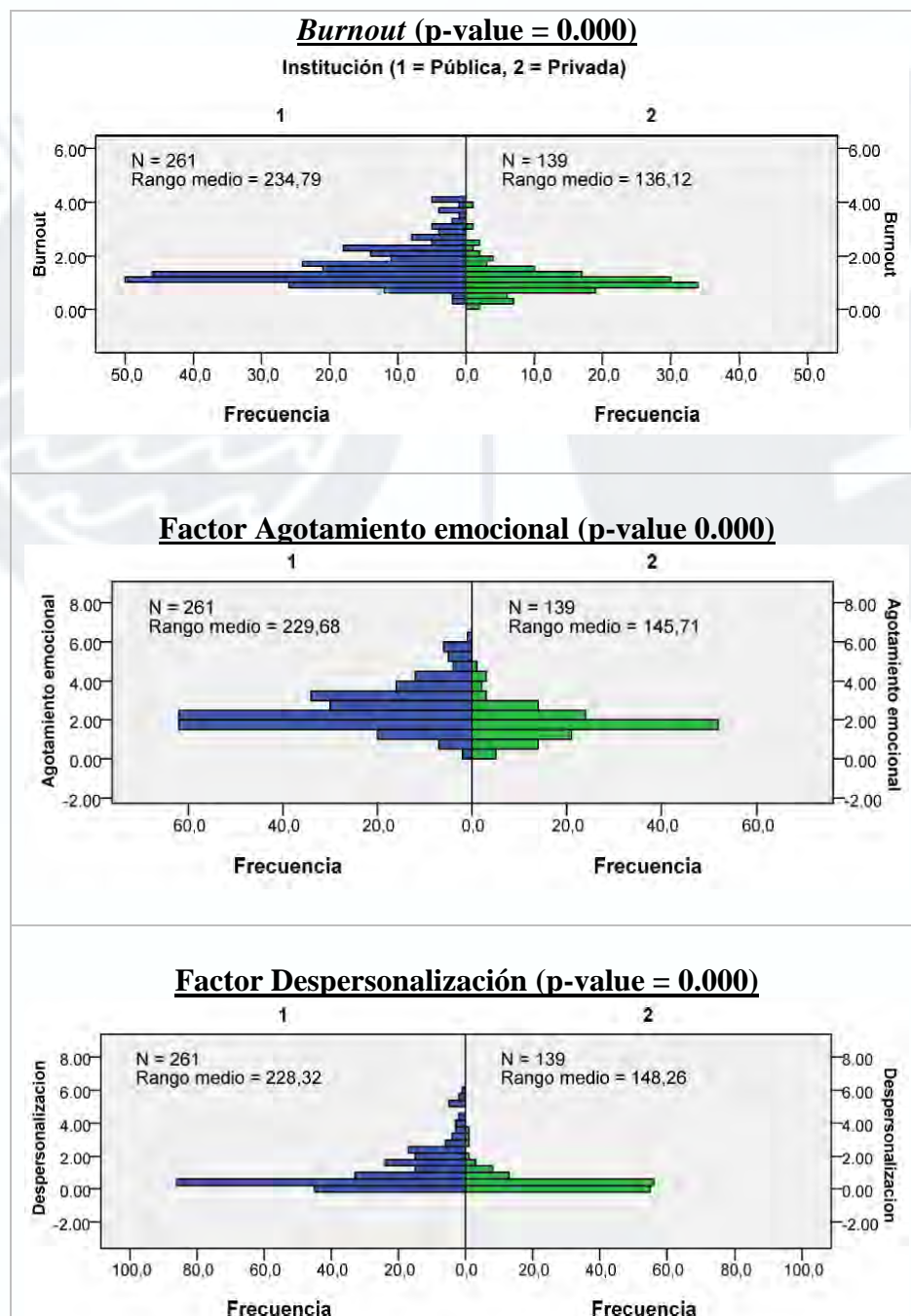


Figura 9. Distribución de *engagement* y sus dimensiones por niveles

Por el lado del *engagement* y sus dimensiones, en la figura 9 se aprecia que, la población total de médicos está distribuida en un 79.50% con nivel muy alto de *engagement* y un 17.50% con nivel alto. Sobre las dimensiones, se destaca que (a) en el vigor se identificó un grupo de 78.75% que lo calificó con nivel muy alto y un 16.75% en alto; (b) la dedicación es la dimensión más presente en los médicos, con un 87.25% muy alto y 9.75% alto y; (c) la absorción, en comparación de las dos dimensiones anteriores, concentró una menor proporción de médicos con niveles alto (19.50%) y muy alto (75.25%) en comparación con el resto de dimensiones del *engagement*.

4.3.2. Revisión de la pregunta específica 1: ¿Existen diferencias entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos de acuerdo con el tipo de institución de salud, el tiempo laborando en la institución y las horas de trabajo semanales?

Tipo de institución de salud: En primer lugar, se analiza la existencia de diferencias significativas por el tipo de institución de salud, a través de la prueba de Mann-Whitney de comparación entre pares (institución de salud pública y privada).



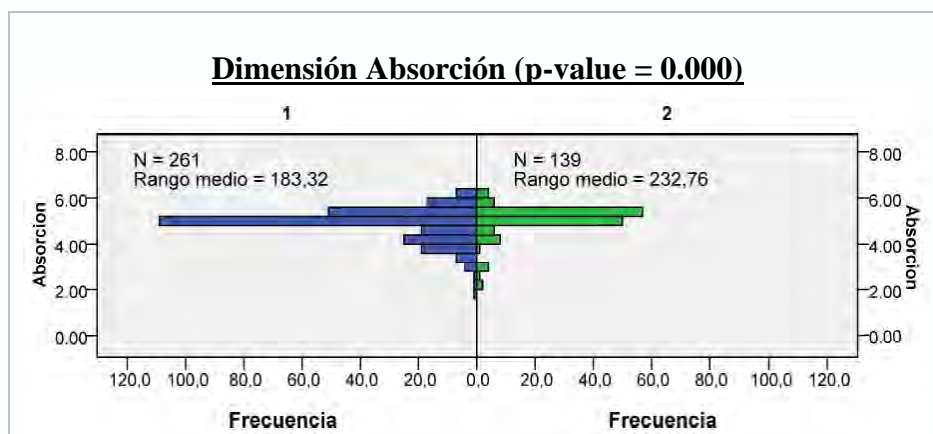


Figura 11. Prueba de Mann-Whitney para el *engagement* y sus dimensiones por tipo de institución

En el caso del *burnout* y sus factores, al verificar los valores de la significancia asintótica (p-value) indicados en la figura 10, se aprecia que el resultado para todos los casos es menor al nivel de significancia de 0.05, por lo tanto, se afirma que, existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* y sus factores en las instituciones públicas y privadas. Similar situación se aprecia en la figura 11 del *engagement* y sus dimensiones, los resultados son menores que el nivel de significancia de 0.05 y se afirma que, existen diferencias significativas entre los niveles de *engagement* y sus dimensiones en las instituciones públicas y privadas. En conclusión, sí existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos de acuerdo con el tipo de institución de salud.

Tiempo laborando en la institución: En segundo lugar, se analiza la existencia de diferencias significativas respecto al tiempo que laboran los médicos en su institución de salud actual, a través de la prueba de Kruskal-Wallis de comparación de grupos. El tiempo en mención ha sido clasificado en cuatro rangos: (a) menos de un año, (b) entre uno y dos años, (c) entre dos y cinco años y (d) más de 5 años:

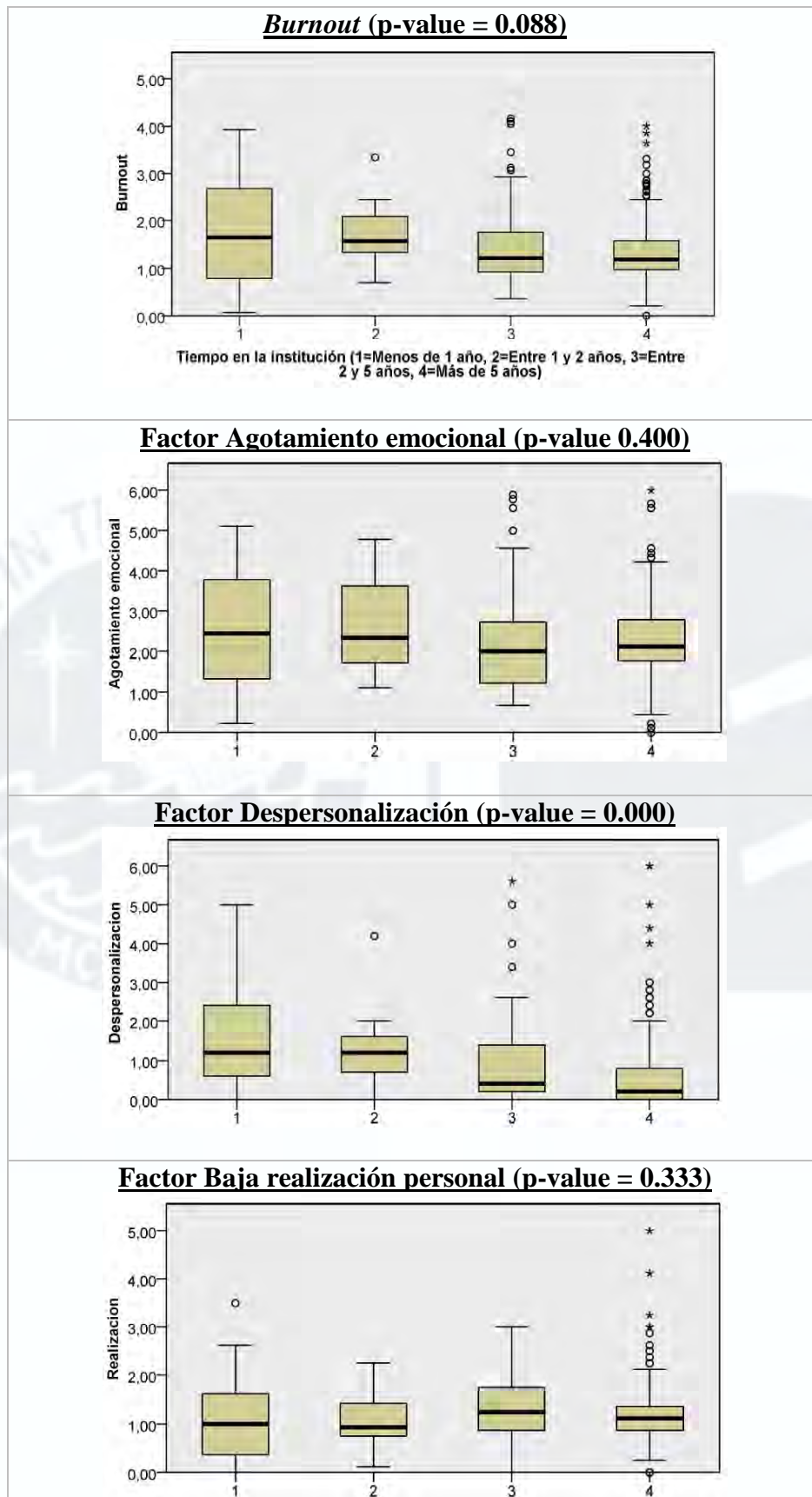


Figura 12. Prueba de Kruskal-Wallis para el burnout y sus factores por el tiempo de labor de los médicos en su institución

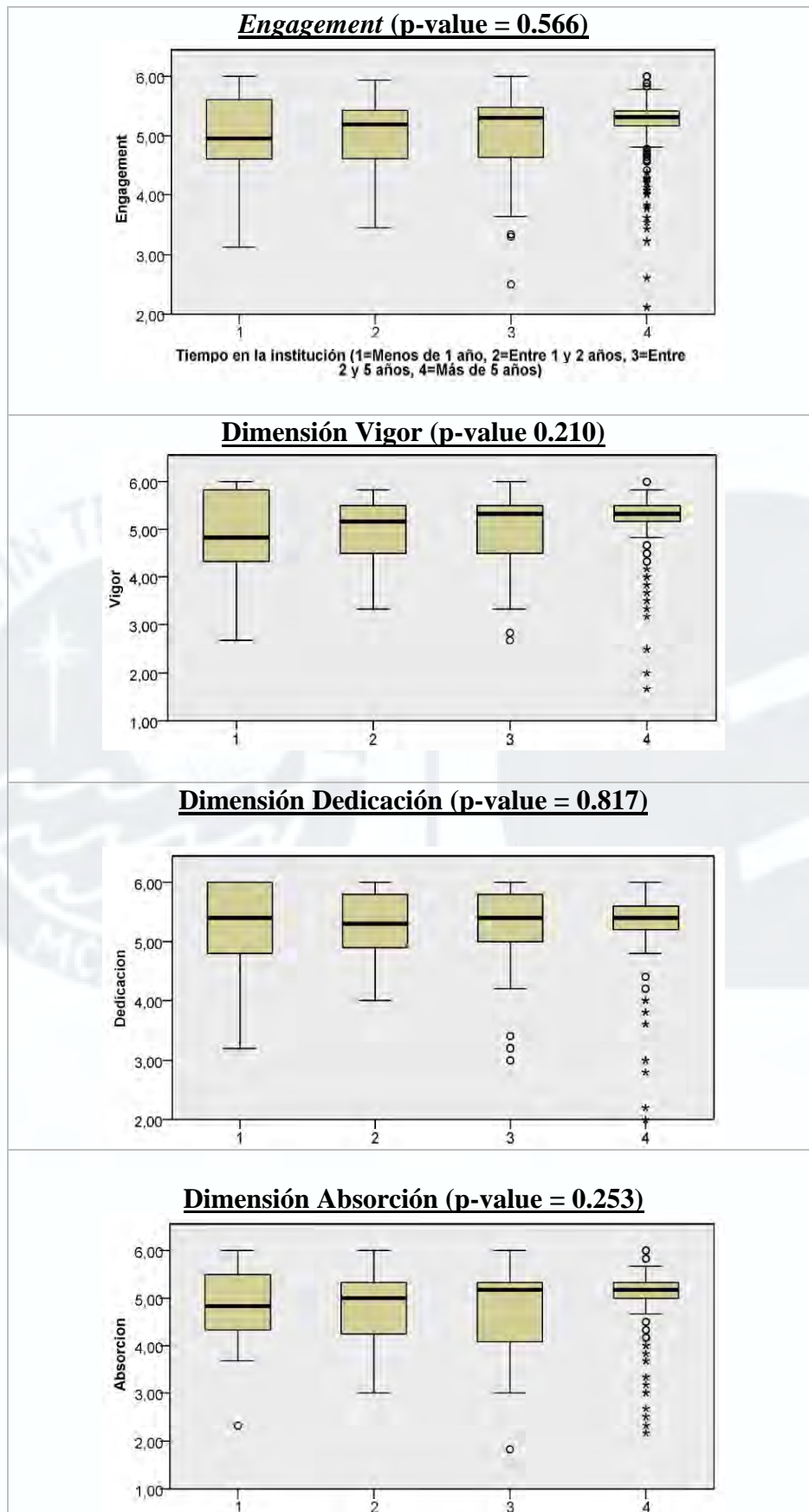


Figura 13. Prueba de Kruskal-Wallis para el *engagement* y sus dimensiones por el tiempo de labor de los médicos en su institución

De acuerdo con lo indicado en la figura 12, se aprecia que los valores de significancia (p-value) para el nivel de *burnout* y los factores de agotamiento emocional y baja realización personal no son menores a 0.05, por lo que se afirma que el tiempo de labor de los médicos en su institución actual no influye en los niveles indicados. Sin embargo, solo en el caso del factor de despersonalización, la significancia es menor a 0.05, por lo tanto, se determina que el tiempo de labor de los médicos sí influye en el nivel del factor mencionado. Es relevante indicar que esta prueba no es suficiente para identificar qué rangos representan las diferencias significativas, por lo que se aplicó la prueba adicional de Dunn-Bonferroni, la cual se muestra en la tabla 12. Por otro lado, según lo planteado en la figura 13, los valores de significancia para el nivel de *engagement* y sus dimensiones no son menores a 0.05 y se afirma que el tiempo de labor no influye en los niveles indicados.

Tabla 12.
Prueba de Dunn-Bonferroni de despersonalización para los rangos de tiempo de labor

Rango de tiempo de labor comparados	Sig. Ajuste
b) Entre 1 y 2 años d) Más de 5 años	0.031
a) Menos de 1 año d) Más de 5 años	0.000
a) Menos de 1 año c) Entre 2 y 5 años	0.017

Notas: En línea con el interés de la investigación, solo se presentan los comparativos con diferencias estadísticamente significativas; ello implica que, en los comparativos no mostrados no hay diferencias significativas.

Según lo indicado en la tabla 12, en tres pares de rangos se muestran diferencias significativas para el nivel de despersonalización en los médicos, dado que el valor de significancia en la prueba de Dunn-Bonferroni es menor a 0.05. A modo de resumen, en la tabla 13, se presenta el resultado de la comparación entre todos los pares de rango de acuerdo con el tiempo laborado en la institución.

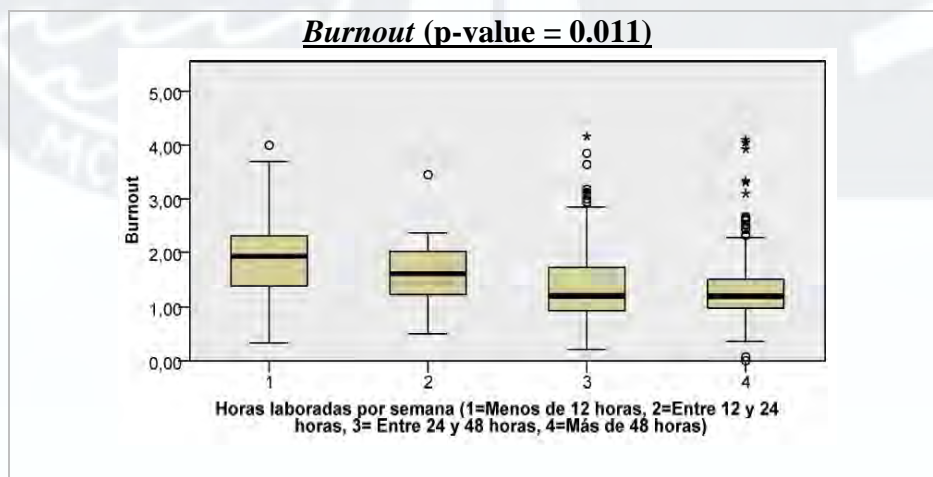
Tabla 13.

Resultado de diferencias significativas en los rangos de tiempo para la despersonalización

Rango de tiempo	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Entre 2 y 5 años	Más de 5 años
Menos de 1 año	-	-	-	-
Entre 1 y 2 años	Sin diferencia	-	-	-
Entre 2 y 5 años	Con diferencia	Sin diferencia	-	-
Más de 5 años	Con diferencia	Con diferencia	Sin diferencia	-

En conclusión, no existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos de acuerdo con el tiempo de labor en la institución actual.

Horas de trabajo semanales: En tercer lugar, se analiza la existencia de diferencias significativas en las horas semanales que laboran los médicos en su institución de salud actual, a través de la prueba de Kruskal-Wallis de comparación de grupos. Las horas semanales en mención han sido clasificadas en cuatro rangos: (a) menos de 12 horas, (b) entre 12 y 24 horas, (c) entre 24 y 48 horas y (d) más de 48 horas.



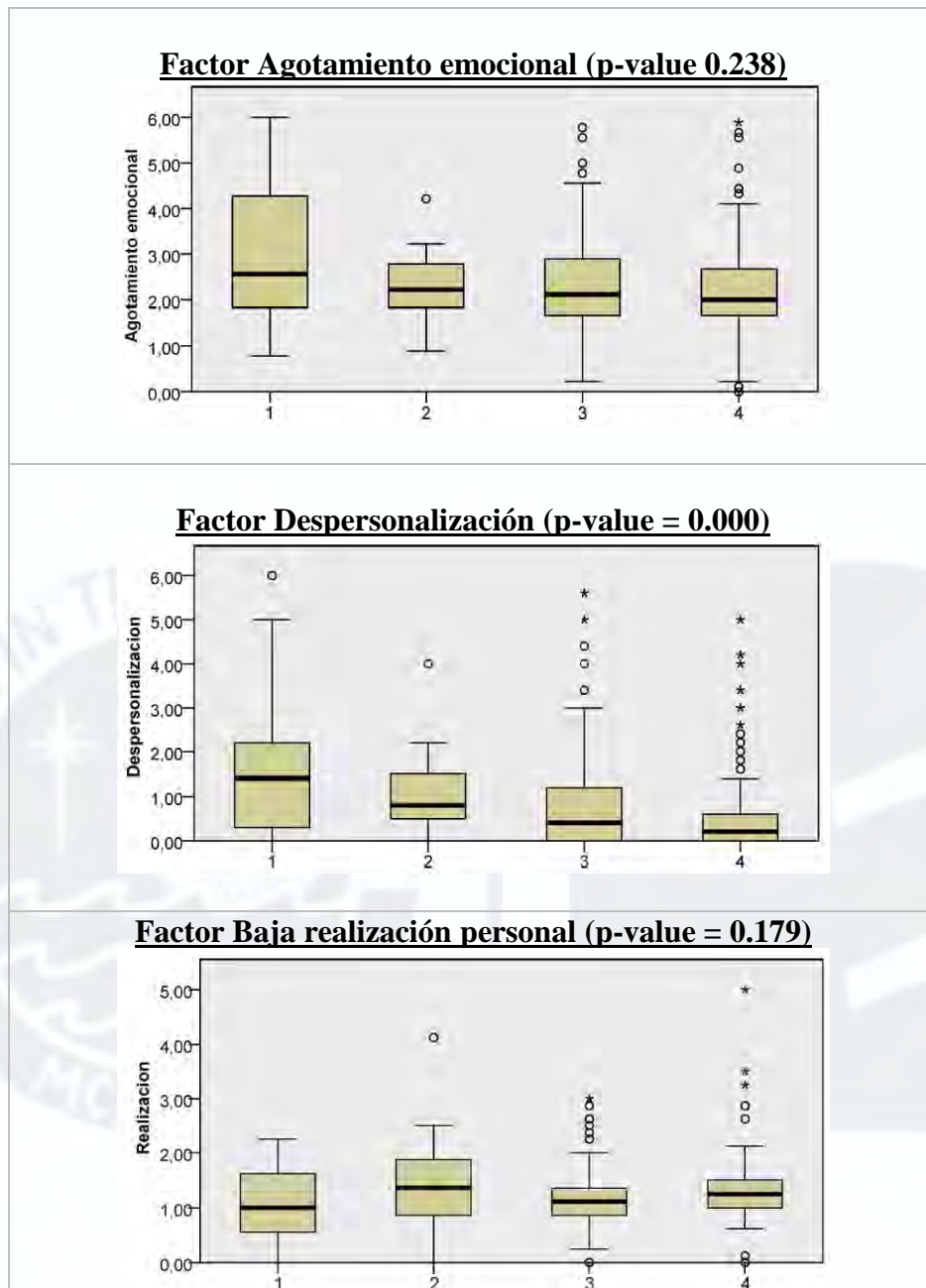


Figura 14. Prueba de Kruskal-Wallis para el *burnout* y sus factores por las horas laboradas semanalmente

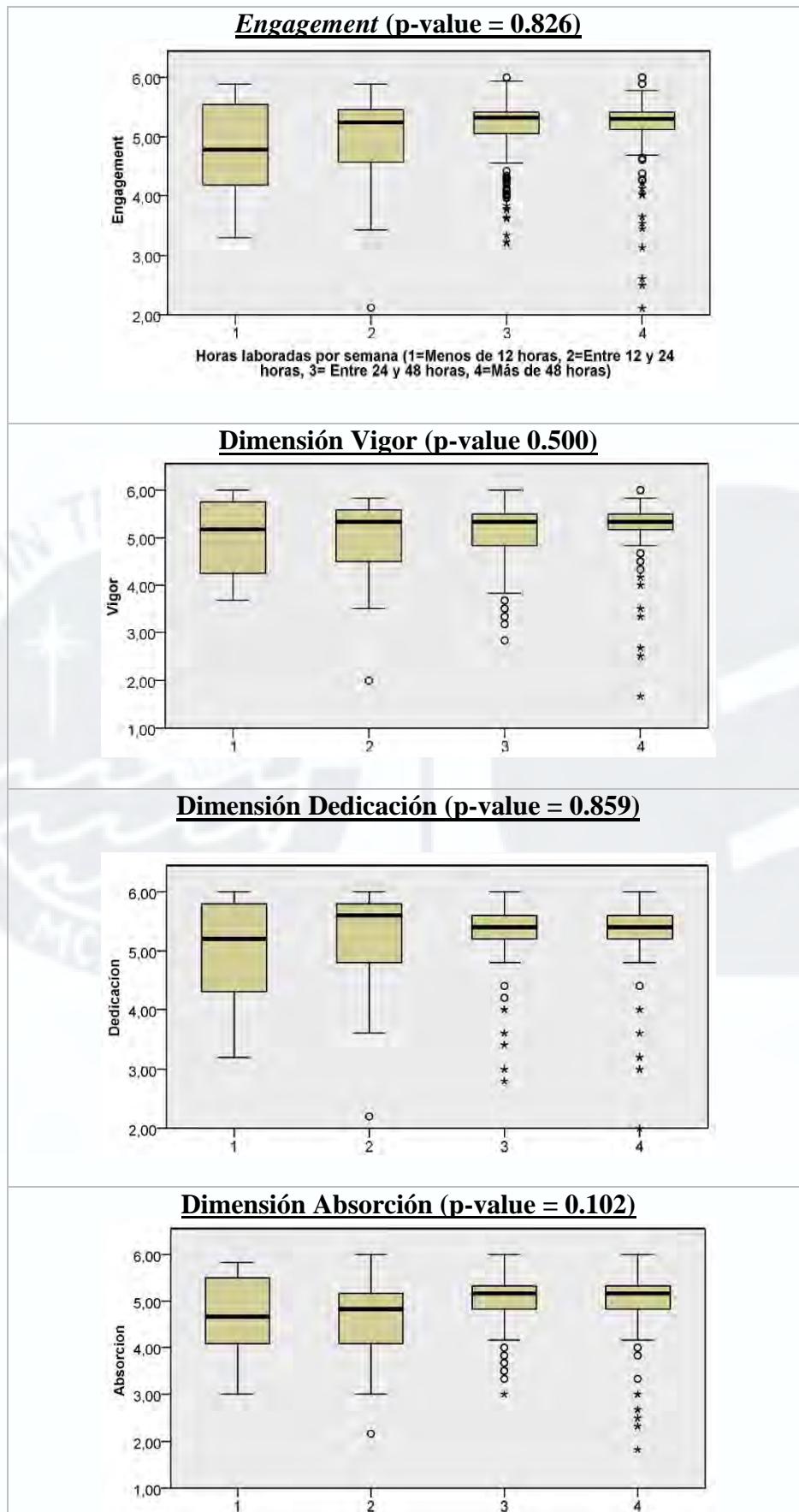


Figura 15. Prueba de Kruskal-Wallis para el *engagement* y sus dimensiones por las horas laboradas semanalmente

De acuerdo con lo indicado en la figura 14, se aprecia que los valores de significancia (p-value) para los niveles de los factores de agotamiento emocional y baja realización personal no son menores a 0.05, por lo que se afirma que las horas laboradas semanalmente no influyen en los niveles indicados. Sin embargo, en el caso del *burnout* y el factor de despersonalización, la significancia es menor a 0.05, por lo tanto, se determina que las horas laboradas semanalmente sí influyen en los niveles mencionados; no obstante, esta prueba no es suficiente para identificar qué rangos de horas representan las diferencias significativas, por lo que se aplicó la prueba de Dunn-Bonferroni que se muestra en la tabla 14. Por otro lado, según lo planteado en la figura 15, los valores de significancia para el nivel de *engagement* y sus dimensiones no son menores a 0.05 y se afirma que las horas de trabajo semanales no influyen en los niveles indicados.

Tabla 14.
Prueba de Dunn-Bonferroni para los rangos de horas laboradas semanalmente

Concepto	Rango de horas comparadas	Sig. Ajuste
<i>Burnout</i>	a) Menos de 12 horas	0.046
	c) Entre 24 y 48 horas	
	a) Menos de 12 horas	0.037
	d) Más de 48 horas	
Despersonalización	a) Menos de 12 horas	0.024
	c) Entre 24 y 48 horas	
	a) Menos de 12 horas	0.004
	d) Más de 48 horas	
	b) Entre 12 y 24 horas	0.020
	d) Más de 48 horas	

Notas: En línea con el interés de la investigación, solo se presentan los comparativos con diferencias estadísticamente significativas; ello implica que, en los comparativos no mostrados no hay diferencias significativas.

Según lo indicado en la tabla 14, en el nivel de *burnout* se identificaron dos pares de rangos y en el factor de despersonalización, tres pares de rangos que muestran diferencias significativas, dado que los valores de significancia en la prueba de Dunn-Bonferroni son menores a 0.05. A modo de resumen, en las tablas 15 y 16, se presentan los resultados de la comparación entre todos los pares de rango para el *burnout* y despersonalización.

Tabla 15.
Resultado de diferencias significativas de burnout para las horas laboradas

Rango de hora	Menos de 12 horas	Entre 12 y 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas
Menos de 12 horas	-	-	-	-
Entre 12 y 24 horas	Sin diferencia	-	-	-
Entre 24 y 48 horas	Con diferencia	Sin diferencia	-	-
Más de 48 horas	Con diferencia	Sin diferencia	Sin diferencia	-

Tabla 16.
Resultado de diferencias significativas de despersonalización para las horas laboradas

Rango de hora	Menos de 12 horas	Entre 12 y 24 horas	Entre 24 y 48 horas	Más de 48 horas
Menos de 12 horas	-	-	-	-
Entre 12 y 24 horas	Sin diferencia	-	-	-
Entre 24 y 48 horas	Con diferencia	Sin diferencia	-	-
Más de 48 horas	Con diferencia	Con diferencia	Sin diferencia	-

En conclusión, existen diferencias significativas para los niveles de *burnout*, en los médicos de acuerdo con la cantidad de horas laboradas semanalmente, por el contrario, no se identificaron diferencias significativas para el *engagement*.

4.3.3. Revisión de la pregunta específica 2: ¿Existen diferencias entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos con relación al sexo y edad?

Sexo: En primer lugar, se analiza la existencia de diferencias significativas en el sexo de los médicos, a través de la prueba de Mann-Whitney de comparación entre pares (masculino y femenino).

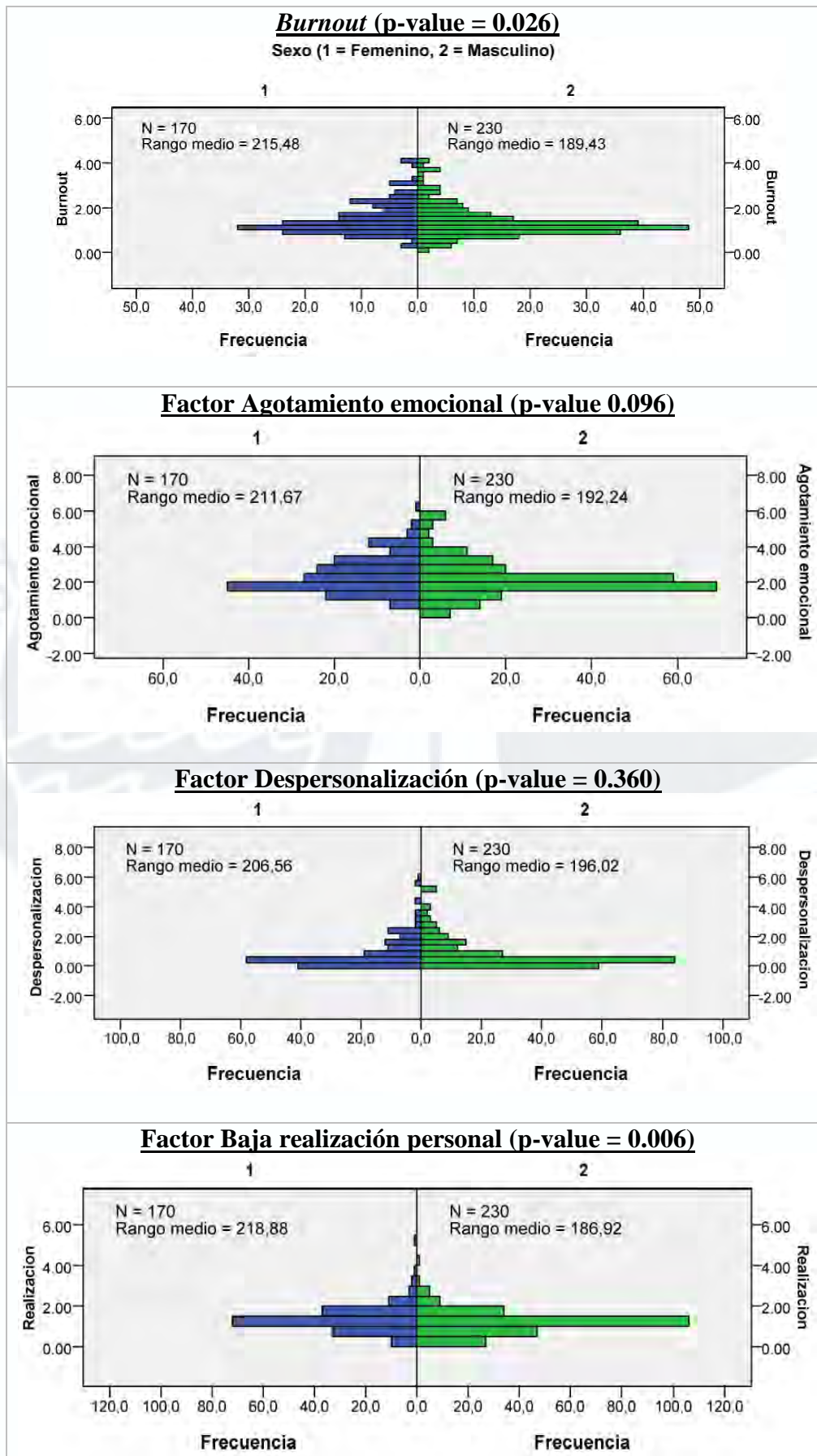


Figura 16. Prueba de Mann-Whitney para el burnout y sus factores por sexo

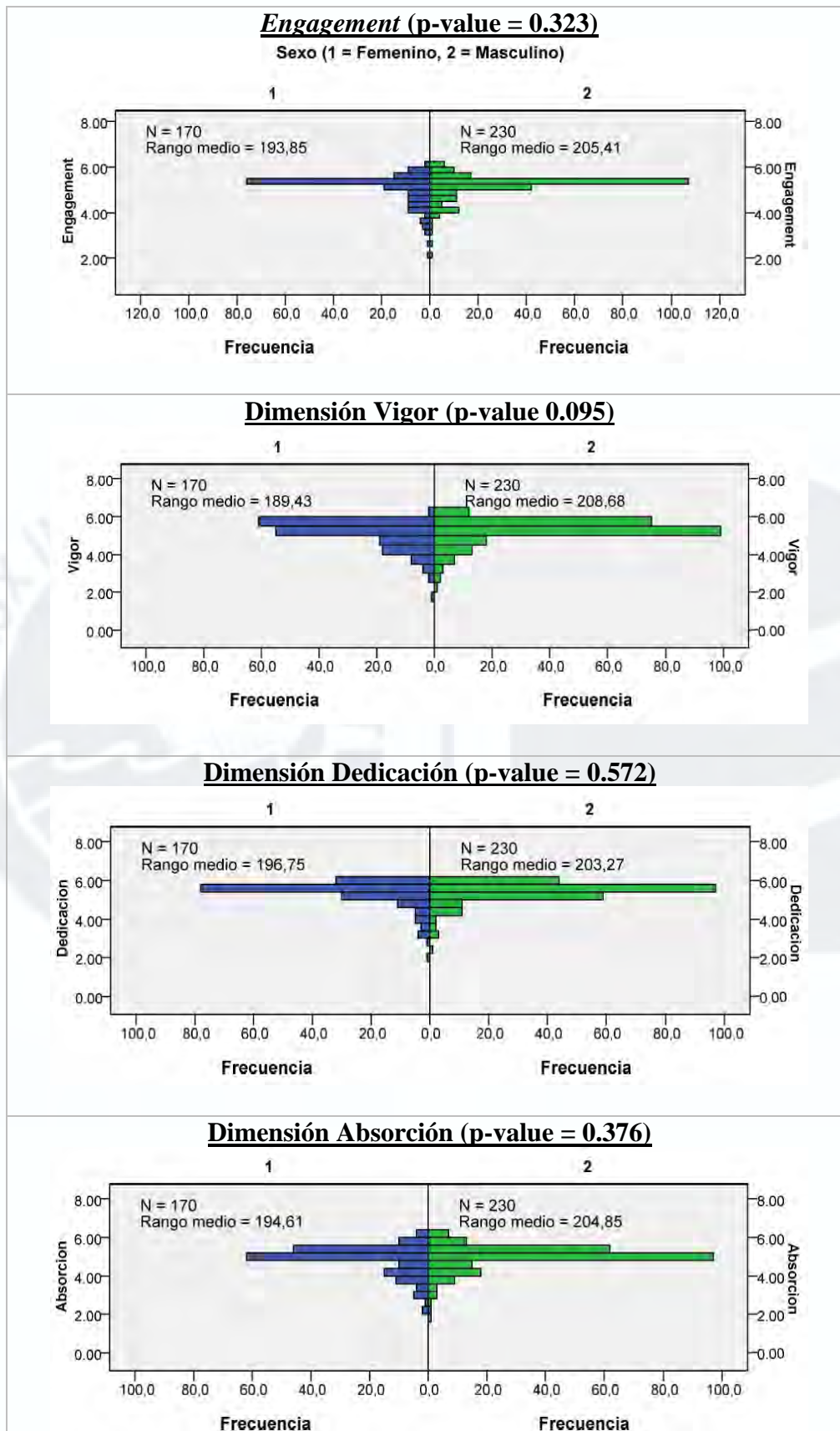
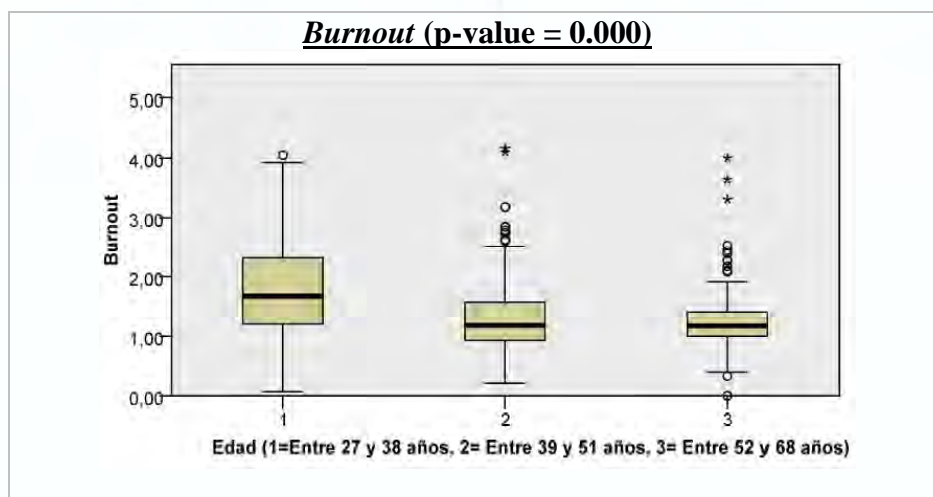


Figura 17. Prueba de Mann-Whitney para el *engagement* y sus dimensiones por sexo

De acuerdo con lo indicado en la figura 16, se aprecia que los valores de significancia (p-value) para el nivel de los factores de agotamiento emocional y despersonalización no son menores a 0.05, por lo que se afirma que no existen diferencias significativas conforme al sexo de los médicos; sin embargo, en el caso del *burnout* y el factor de baja realización personal, la significancia es menor a 0.05, por lo tanto, se determina que sus niveles son diferentes conforme al sexo de los médicos. Por otro lado, según lo planteado en la figura 17, los valores de significancia para el nivel de *engagement* y sus dimensiones no son menores a 0.05 y se afirma que no existe diferencia significativa conforme al sexo de los médicos. En síntesis, existen diferencias significativas para los niveles del *burnout*, respecto al sexo de los médicos, por el contrario, no se identificaron diferencias significativas para el *engagement*.

Edad: En segundo lugar, se analiza la existencia de diferencias significativas en la edad de los médicos, a través de la prueba de Kruskal-Wallis de comparación de grupos. La edad en mención ha sido clasificada en tres rangos: (a) de 27 a 38 años, (b) de 39 a 51 años y (c) de 52 a 68 años.



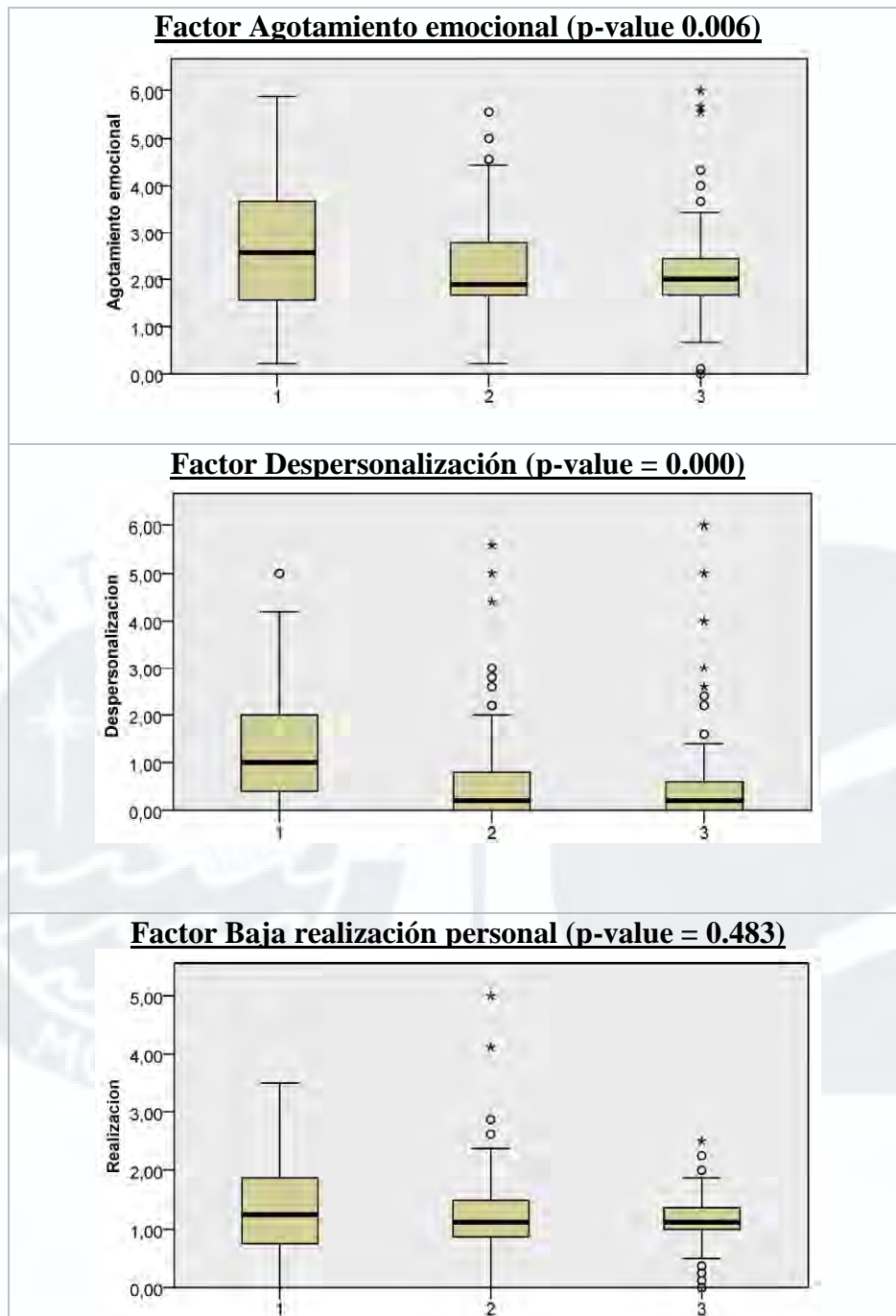


Figura 18. Prueba de Kruskal-Wallis para el burnout y sus factores por la edad de los médicos

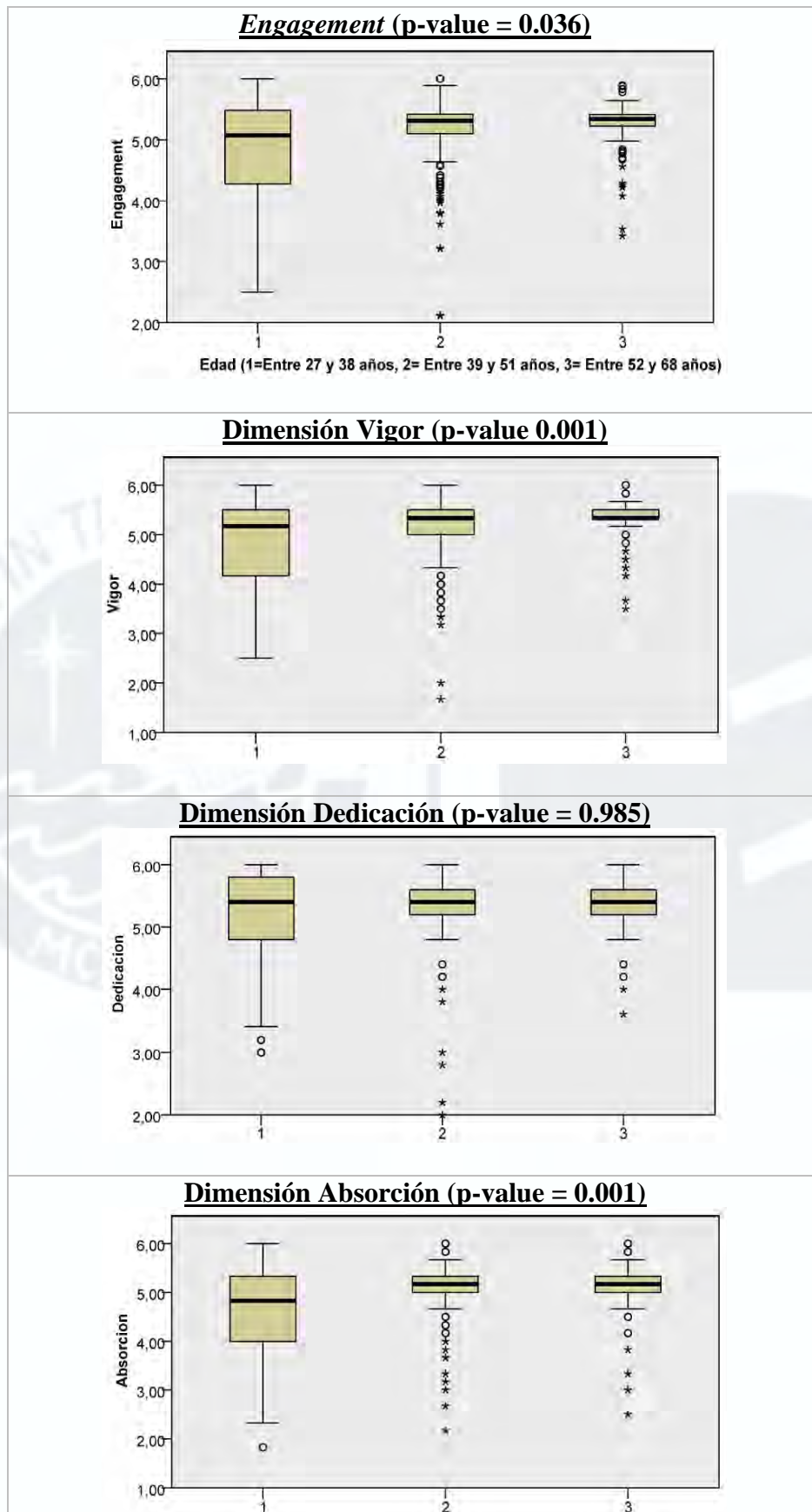


Figura 19. Prueba de Kruskal-Wallis para el *engagement* y sus dimensiones por la edad de los médicos

Conforme a lo indicado en la figura 18, se aprecia que el valor de significancia (p-value) para el nivel del factor de baja realización personal no es menor a 0.05, por lo que se afirma que la edad de los médicos no influye en el nivel del presente factor; sin embargo, en el caso del *burnout* y los factores de agotamiento emocional y de despersonalización, la significancia es menor a 0.05, por lo tanto, se determina que la edad sí influye en estos niveles. Por otro lado, según lo planteado en la figura 19, el valor de significancia para el nivel de la dimensión de dedicación no es menor a 0.05 y se afirma que la edad de los médicos no influye en el nivel de la presente dimensión; asimismo, los valores de significancia del *engagement* y las dimensiones de vigor y absorción son menores a 0.05 y se afirma que no existe diferencia significativa conforme a la edad de los médicos para estos niveles.

Debido a que en la prueba anterior se determinó que existen rangos de edades con diferencias significativas, se efectuó la prueba de Dunn-Bonferroni de comparación en parejas para identificarlos. Cabe precisar que se aplicó para el *burnout*, *engagement* y para las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización, vigor y absorción.

Tabla 17.
Prueba de Dunn-Bonferroni en burnout y factores para los rangos de edad

Concepto	Rango de horas comparadas	Sig. Ajuste
<i>Burnout</i>	a) De 27 a 38 años	0.000
	c) De 52 a 68 años	
	b) De 39 a 51 años	0.000
	c) De 52 a 68 años	
Agotamiento emocional	a) De 27 a 38 años	0.010
	c) De 52 a 68 años	
	b) De 39 a 51 años	0.014
	c) De 52 a 68 años	
Despersonalización	a) De 27 a 38 años	0.000
	c) De 52 a 68 años	
	b) De 39 a 51 años	0.000
	c) De 52 a 68 años	

Notas: En línea con el interés de la investigación, solo se presentan los comparativos con diferencias estadísticamente significativas; ello implica que, en los comparativos no mostrados no hay diferencias significativas.

Tabla 18.
Prueba de Dunn-Bonferroni en engagement y dimensiones para los rangos de edad

Concepto	Rango de horas comparadas	Sig. Ajuste
<i>Engagement</i>	a) De 27 a 38 años	0.037
	c) De 52 a 68 años	
Absorción	a) De 27 a 38 años	0.006
	b) De 39 a 51 años	
	a) De 27 a 38 años	0.002
	c) De 52 a 68 años	
Vigor	a) De 27 a 38 años	0.001
	c) De 52 a 68 años	
	b) De 39 a 51 años	0.049
	c) De 52 a 68 años	

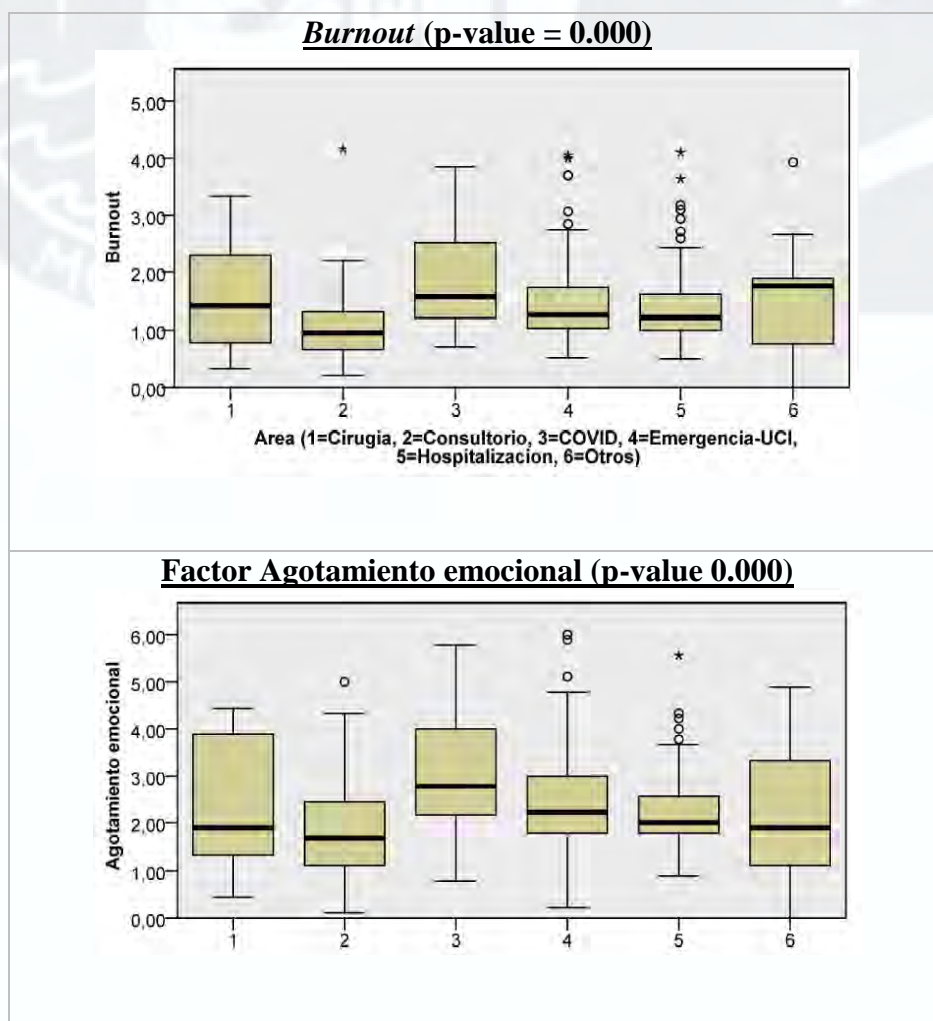
Notas: En línea con el interés de la investigación, solo se presentan los comparativos con diferencias estadísticamente significativas; ello implica que, en los comparativos no mostrados no hay diferencias significativas.

De acuerdo con los resultados de las tablas 17 y 18, se determinó que, el nivel de *burnout* y los factores de agotamiento emocional y despersonalización presentan dos pares de rangos de edades con diferencias significativas; mientras que, el *engagement* presenta un par de rangos y las dimensiones de absorción y vigor, dos rangos cada una.

En síntesis, existen diferencias significativas para los niveles de *burnout*, respecto a la edad de los médicos, por el contrario, no se identificaron diferencias significativas para el *engagement*.

4.3.4. Revisión de la pregunta específica 3: ¿Existen diferencias en los niveles de *burnout* y *engagement* entre médicos que trabajan en áreas de atención a la COVID-19 y el resto de áreas médicas?

Teniendo en consideración que se han definido seis áreas donde laboran los médicos (Cirugía, Consultorio, COVID-19, Emergencia/UCI, Hospitalización y otros), se analiza la existencia de diferencias significativas a través de la prueba de Kruskal-Wallis de comparación de grupos.



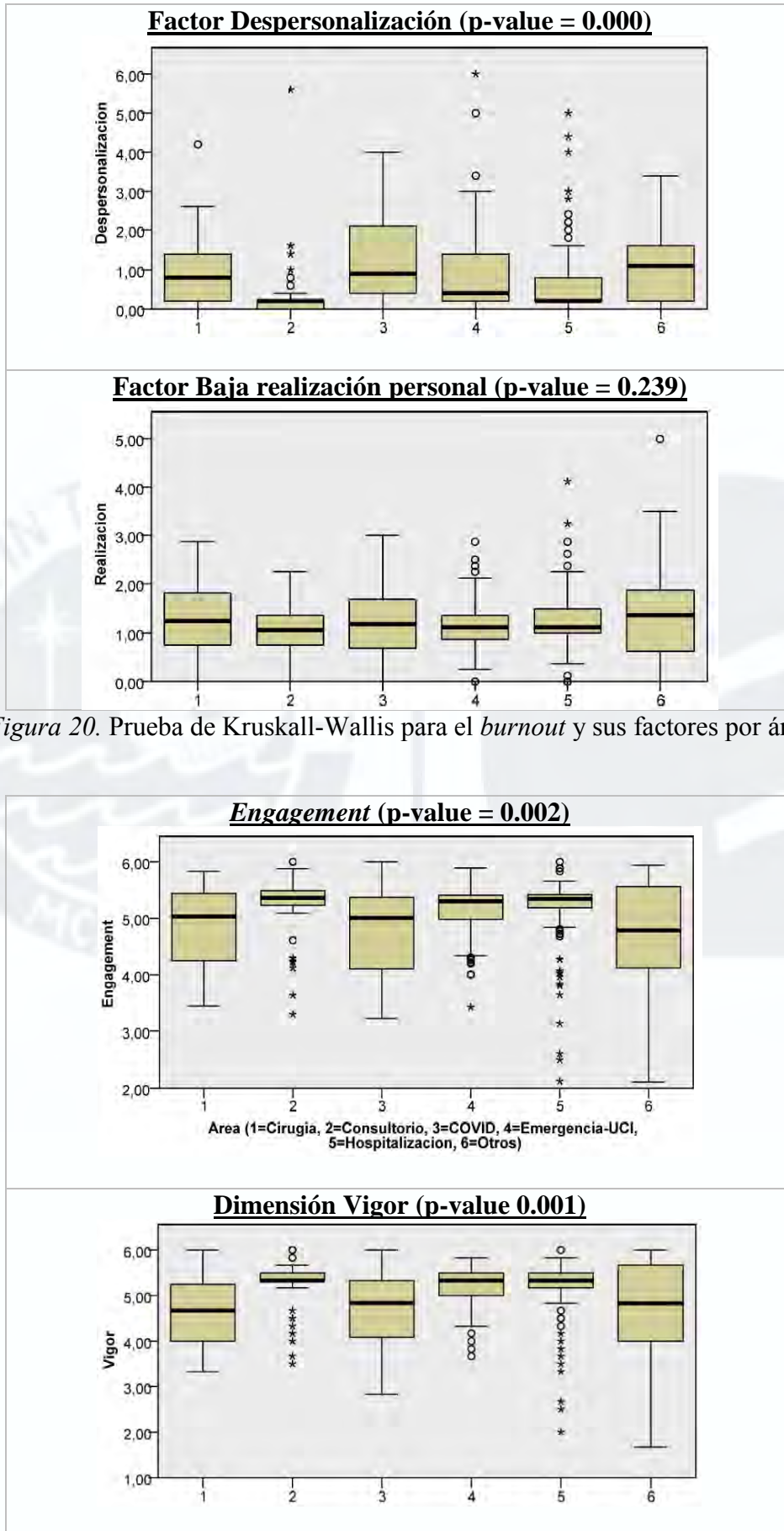


Figura 20. Prueba de Kruskal-Wallis para el burnout y sus factores por área

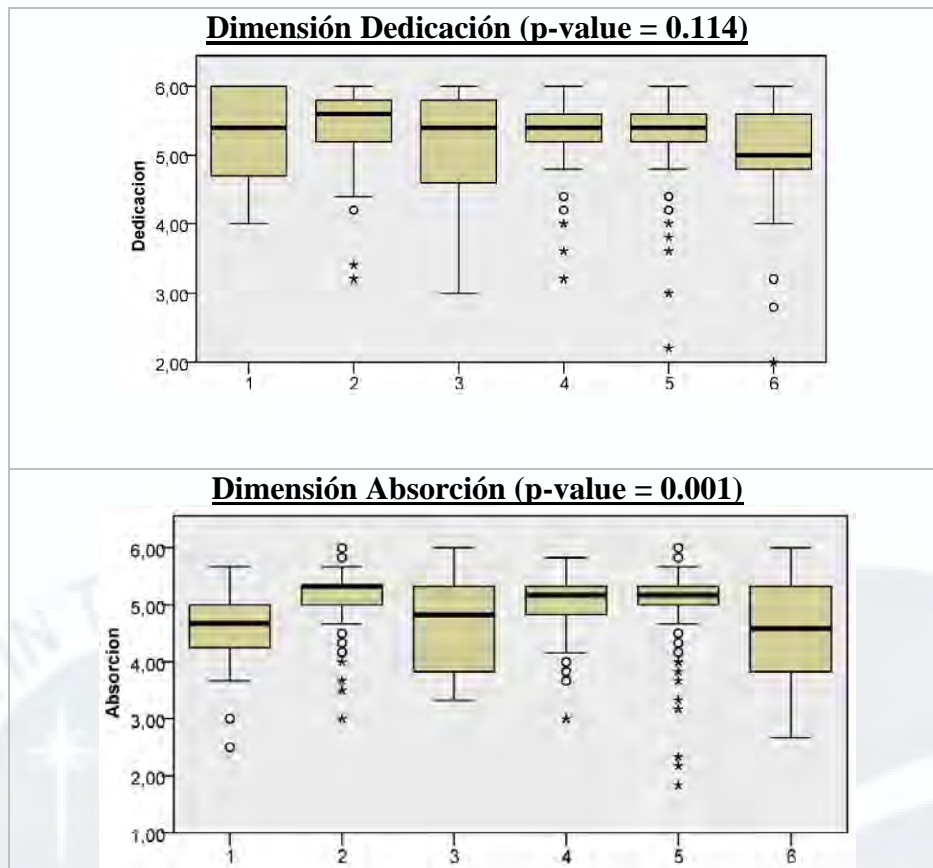


Figura 21. Prueba de Kruskal-Wallis para el *engagement* y sus dimensiones por área

De acuerdo con lo presentado en la figura 20, se aprecia que el valor de significancia (p-value) para el nivel del factor de baja realización personal no es menor a 0.05, por lo que se afirma que el área de trabajo de los médicos no influye en el nivel del presente factor; sin embargo, en el caso del *burnout* y los factores de agotamiento emocional y de despersonalización, la significancia es menor a 0.05, por lo tanto, se determina que el área sí influye en estos niveles. Por otro lado, según lo planteado en la figura 21, el valor de significancia para el nivel de la dimensión de dedicación no es menor a 0.05 y se afirma que el área no influye en el nivel de la presente dimensión; asimismo, los valores de significancia del *engagement* y las dimensiones de vigor y absorción son menores a 0.05 y se afirma que existe diferencia significativa conforme al área de labor de los médicos para estos niveles.

Dado que en la prueba anterior se determinó que existen áreas con diferencias significativas, se efectuó la prueba de Dunn-Bonferroni de comparación en parejas para identificarlos. Cabe precisar que se aplicó para el *burnout*, *engagement* y para las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización, vigor y absorción; asimismo, teniendo en cuenta que la presente investigación está enfocada en el contexto de la COVID-19, la comparación de pares solamente se efectuó entre el área COVID-19 y las áreas.

Tabla 19.
Prueba de Dunn-Bonferroni en burnout y factores para las áreas

Concepto	Área	Sig. Ajuste
<i>Burnout</i>	Consultorio	0.000
	Hospitalización	0.032
Agotamiento emocional	Consultorio	0.000
	Hospitalización	0.018
	Otras	0.030
Despersonalización	Consultorio	0.000
	Hospitalización	0.004

Notas: En línea con el interés de la investigación, solo se presentan los comparativos con diferencias estadísticamente significativas; ello implica que, en los comparativos no mostrados no hay diferencias significativas.

Tabla 20.
Prueba de Dunn-Bonferroni en engagement y dimensiones para las áreas

Concepto	Rango de horas comparadas	Sig. Ajuste
<i>Engagement</i>	Consultorio	0.006
Absorción	Consultorio	0.041
Vigor	Consultorio	0.006
	Emergencia	0.030

Notas: En línea con el interés de la investigación, solo se presentan los comparativos con diferencias estadísticamente significativas; ello implica que, en los comparativos no mostrados no hay diferencias significativas.

De la tabla 19, respecto al área COVID-19 se presentan diferencias significativas con respecto al (a) nivel de *burnout* del Consultorio y Hospitalización, (b) nivel de agotamiento emocional del Consultorio y Hospitalización, y (c) nivel de despersonalización del Consultorio y Hospitalización. Finalmente, conforme a la tabla 20, respecto al área COVID-19 se presentan diferencias significativas con respecto al (a) nivel de *engagement* del Consultorio, (b) nivel de absorción del Consultorio, (c) nivel de vigor del Consultorio y

Emergencia/UCI. En conclusión, sí existen diferencias significativas entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos de acuerdo con el área donde laboran.

4.4. Relación Inversa entre el *Burnout* y el *Engagement*

La prueba de correlación no paramétrica de Spearman permite evaluar la relación entre dos variables, con el resultado se determina la existencia la interdependencia directa o inversa. Dancey y Reidy (2007) plantearon una escala para la interpretación de resultados del coeficiente de correlación para temas relacionados con psicología, en ese sentido, a fin de determinar el grado de asociación, propusieron una subdivisión en cinco categorías: perfecta, fuerte, moderada, débil y nula. Es importante considerar los siguientes aspectos para interpretar los resultados: (a) los puntos individuales son los datos de los entrevistados, (b) la línea continua trazada es la regresión lineal inversa hallada con el mejor ajuste y (c) la zona pintada es el intervalo de confianza de la regresión.

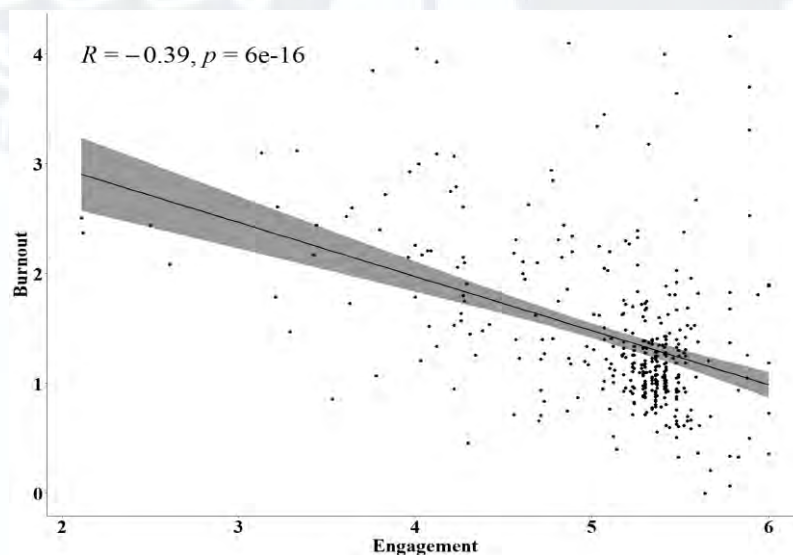


Figura 22. Dispersión y correlación lineal entre *burnout* y *engagement* por el método de Spearman

De acuerdo con la figura 22, se obtuvo como resultado una correlación inversa débil a moderada debido a que el valor de R se ubica entre -0.3 y -0.4, ello se interpreta que: a

mayor nivel de *engagement*, menor nivel de *burnout* y viceversa. Asimismo, por el valor de significancia ($p > 0.001$), se obtuvo que esta correlación es altamente significativa, es decir, hay validez en el resultado identificado.

4.5. Resumen

En primer lugar, y antes de proceder con el análisis de los resultados, se evaluó la validez y confiabilidad de los instrumentos aplicados a través de un análisis factorial y una prueba para hallar el valor del Alfa de Cronbach, respectivamente. Como resultado se obtuvo que, existe una correlación directa entre las dimensiones de los instrumentos, por lo que se determina su validez. La confiabilidad quedó demostrada con los valores de Alfa de Cronbach superiores a 0.793 para los factores del *burnout* y a 0.770 para las dimensiones del *engagement*. Teniendo en cuenta que los datos son válidos y confiables, se afirma que, mediante las medidas de tendencia central, los médicos demostraron niveles muy bajos para el *burnout* (1.49 de 6.00) y muy altos de *engagement* (5.15). Asimismo, con el apoyo de histogramas se apreció que el rango de 0.00 a 2.00 concentra a la mayoría de médicos de bajo *burnout* y el rango de 5.00 a 6.00, a la mayoría con alto nivel de *engagement*; sin embargo, en ambos casos, hay un pequeño grupo de médicos cuyo comportamiento es opuesto para cada variable.

Por otro lado, y para responder a las preguntas de investigación, se evaluó la normalidad de la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con ella se determinó que la población sigue una distribución no normal y corresponde aplicar las pruebas no paramétricas, como la de Mann-Whitney para comparar diferencias entre pares, la de Kruskal-Wallis para comparar diferencias en grupos de más de 3 elementos y la prueba de Dunn-Bonferroni para identificar específicamente a los grupos que puedan presentar diferencias sobre el resto. A partir de las pruebas aplicadas, se determinó que (a)

los niveles de *burnout* y *engagement* presentan diferencias significativas para el tipo de institución; (b) el tiempo de labor en una institución influye solo en los niveles de *engagement* pero no en el *burnout*; (c) la cantidad de horas laboradas semanalmente influye en los niveles de *burnout* pero no en el *engagement*; (d) en cuanto al sexo de los médicos, solo el *burnout* es distinto en relación con esta característica, lo cual no ocurre con el *engagement*; (e) respecto a la edad de los médicos, influye solo en los niveles de *burnout* y no en los de *engagement* y; (f) el área donde laboran los médicos también influye en el *burnout* y en el *engagement*. De este último punto, es relevante indicar que el *burnout* del Consultorio y Hospitalización presenta diferencias frente al área COVID-19, y para el *engagement*, en el área COVID-19 y Consultorio se identificaron diferencias.

Finalmente, con la prueba de Spearman, se determinó que las variables de *burnout* y *engagement* mantienen una correlación inversa calificada como débil a moderada, por lo tanto, es posible afirmar que, en líneas generales, a un mayor nivel de *engagement* en los médicos implica que los niveles de *burnout* sean menores.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

En este capítulo se presentan (a) conclusiones del estudio tomando en consideración las preguntas de investigación; (b) discusión de los resultados; (c) recomendaciones teóricas y prácticas; (d) contribuciones teóricas y prácticas; (e) propuestas y sugerencias para futuras investigaciones y; (f) un plan de implementación para los líderes de las instituciones de salud.

5.1. Conclusiones

La presente investigación se desarrolló con base en la información recolectada a través de los instrumentos MBI-HSS y UWES para medir el *burnout* y el *engagement*, respectivamente, en médicos colegiados de Lima Metropolitana y el Callao. De acuerdo con los resultados identificados y el análisis efectuado, se presentan las conclusiones por cada pregunta de investigación:

Revisión de la pregunta central de investigación: ¿Cuál es el nivel de *burnout* y *engagement* en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la pandemia de la COVID-19?

1. Respecto al *burnout*, se identificó que, los médicos de Lima Metropolitana y el Callao mostraron un nivel bajo, obtuvieron un puntaje de 1.43 de 6.00. Por tal motivo, se afirma que, en el contexto de la COVID-19, este grupo de profesionales no manifestó síntomas de estrés laboral crónico. Este resultado se contrapone a la investigación de Austria, Cruz, Herrera, Vázquez y Salas (2011), quienes hallaron altos índices de *burnout* en médicos mexicanos durante la emergencia sanitaria ocasionada por el virus AH1N1.

2. Se determinó que, en Lima Metropolitana y el Callao, el 47.50% de los médicos presentó nivel muy bajo de *burnout*, el 42.75% nivel bajo, el 7.00% nivel promedio y el 2.75% nivel alto; por el contrario, Austria et al. (2011) concluyeron que, el 36.4% de los participantes de su investigación demostró alcanzar niveles medio a alto de *burnout*.
3. En el caso de los factores del *burnout*, el 62.75% de los médicos demostró nivel muy bajo a bajo de agotamiento emocional; el 91.75%, nivel muy bajo a bajo de despersonalización y; el 96.50%, nivel muy bajo a bajo en realización personal.
4. Respecto al *engagement*, se identificó que, los médicos de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la COVID-19, mostraron un nivel muy alto con un puntaje de 5.11 de 6.00. Cabe destacar que, en la revisión de la literatura, no se hallaron estudios que midan el *engagement* de médicos en contextos de pandemia o similares a la presente investigación. A partir de estos resultados, se infiere que la pandemia puede haber incrementado el nivel de *engagement* de los médicos debido a que se ha resaltado el valor de su labor salvando las vidas de las personas y arriesgando su propia salud.
5. Asimismo, el 79.50% de los médicos, de Lima Metropolitana y el Callao, presentó un nivel muy alto de *engagement*, el 17.50% nivel alto, el 2.50% nivel medio y el 0.50% nivel bajo.
6. Por el lado de las dimensiones del *engagement*, el 95.50% de los médicos demostró un nivel alto a muy alto de vigor, el 97.00% nivel alto a muy alto en dedicación; y el 94.75% nivel alto a muy alto de absorción.
7. Mediante la prueba de Spearman, se evidenció una correlación inversa débil a moderada entre los niveles de *burnout* y *engagement*. Lo cual comprueba las teorías

presentadas por Schaufeli, Salanova, González-Roma y Bakker (2002), Schaufeli y Bakker (2004) y González-Roma, Schaufeli, Bakker y Lloret (2005).

Revisión de la pregunta específica 1: ¿Existen diferencias entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos de acuerdo con el tipo de institución de salud, el tiempo de labor en la institución y las horas de trabajo semanales?

8. En cuanto al tipo de institución de salud (pública o privada), en la prueba estadística de Mann-Whitney, se identificó que los niveles de *burnout* y *engagement* son diferentes para cada tipo de institución de salud. En el caso del *burnout*, ambos tipos de instituciones demostraron niveles bajos: la institución pública con un valor de 1.74 y la institución privada, 1.21. Mientras que el *engagement*, ambos tipos de instituciones demostraron niveles muy altos: la institución privada con un valor de 5.24 y la institución pública, 5.03. En ese sentido, se puede afirmar que la presente investigación confirma lo concluido por Salas y Alegre (2017), que los médicos que laboran en instituciones públicas presentan niveles inferiores de *engagement*.
9. Respecto al tiempo que los médicos vienen laborando en su actual institución de salud, en la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se identificó que este no influye en los niveles de *burnout* y *engagement* de forma significativa.
10. En el caso del *burnout*, los médicos demuestran niveles bajos; se aprecia una tendencia que, a mayor tiempo laborando en la institución, menor *burnout*: menos de 1 año (1.86), entre 1 y 2 años (1.79), entre 2 y 5 años (1.60), y más de 5 años (1.49).
11. En el caso del *engagement*, los médicos muestran niveles muy altos; se aprecia una tendencia que, a mayor tiempo laborando en la institución, mayor *engagement*:

menos de 1 año (4.96), entre 1 y 2 años (5.00), entre 2 y 5 años (5.00), y más de 5 años (5.15).

12. Cabe destacar que, en la revisión de la literatura, no se hallaron estudios que analicen la relación entre los niveles del *burnout* o del *engagement* de médicos y el tiempo laborando en la misma institución.
13. Con relación a las horas trabajadas semanalmente, a través de la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se identificó que estas influyen en el *burnout*; sin embargo, no generan influencia en el *engagement*. En ese sentido, se puede afirmar que con la presente investigación se contrapone a lo concluido por Cristina Maslach y Susan Jackson en su estudio (citado en Quiceno & Alpi, 2007), en que jornadas largas de trabajo incrementan los niveles de *burnout*.
14. En el caso del *burnout*, los médicos demuestran niveles bajos; sin embargo, se aprecia una tendencia que, a mayor cantidad de horas laborando, menor *burnout*: menos de 12 horas (2.02), entre 12 y 24 horas (1.70), entre 24 y 48 horas (1.53), y más de 48 horas (1.50). Se infiere que el laborar menos horas de trabajo podría estar asociado a la inestabilidad laboral y la necesidad de buscar empleos adicionales.
15. En el caso del *engagement*, los médicos demuestran niveles altos: menos de 12 horas (4.89), entre 12 y 24 horas (4.87), entre 24 y 48 horas (5.12), y más de 48 horas (5.14).
16. En el estudio efectuado por Bakker, Demerouti y Schaufeli (2002), se concluyó que, la alta carga laboral (cantidad de horas trabajadas) genera mayor nivel de *burnout*, esta misma posición fue soportada por Zavala (2008). La presente investigación no se alinea con lo mencionado por los autores anteriores.

Revisión de la pregunta específica 2: ¿Existen diferencias entre los niveles de *burnout* y *engagement* de los médicos con relación al sexo y edad?

17. Respecto al sexo, con la prueba estadística de Mann-Whitney se determinó que este no influye en los niveles de *burnout*, pero sí en el *engagement*.
18. En el caso del *burnout*, ambos sexos demostraron niveles bajos: el sexo femenino con un valor de 1.64 y el sexo masculino, 1.49
19. En el caso del *engagement*, ambos sexos demostraron niveles muy altos: el sexo masculino con un valor de 5.15 y el sexo femenino, 5.04.
20. Tomando como referencia el estudio de Prins et al. (2010), no es posible afirmar que el sexo de los participantes influya en ambas variables, ello solo sucede con el *engagement*; sin embargo, con la presente investigación se corrobora el hallazgo que las mujeres muestran niveles más altos de *burnout* y los hombres de *engagement*. Por otro lado, conforme al estudio de Salas y Alegre (2017), se confirma que el sexo influye en los niveles de *engagement*.
21. En cuanto a la edad, en la prueba estadística de Kruskal-Wallis, se determinó que la edad de los médicos sí influye en los niveles de *burnout* o *engagement*.
22. En el caso del *burnout*, los médicos demostraron niveles bajos; se aprecia una tendencia que, a mayor edad, menor *burnout*: entre 27 y 38 años (1.90), entre 39 y 51 años (1.49) y entre 52 y 68 años (1.41).
23. En el caso del *engagement*, los médicos mostraron niveles muy altos; se aprecia una tendencia que, a mayor edad, mayor *engagement*: entre 27 y 38 años (4.86), entre 39 y 51 años (5.12) y entre 52 y 68 años (5.24).
24. Finalmente, es factible afirmar que con la presente investigación se confirma lo identificado por Austria et al. (2011), quienes determinaron que el sexo y la edad influyen en los niveles de *burnout*. Por otro lado, se contraponen la posición de Salas

y Alegre (2017), quienes afirmaron que la edad no influye en los niveles de *engagement*.

Revisión de la pregunta específica 3: ¿Existen diferencias en los niveles de *burnout* y *engagement* entre médicos que trabajan en áreas de atención a la COVID-19 y el resto de áreas médicas?

25. De acuerdo con la prueba de Kruskal-Wallis, se identificó que los niveles de *burnout* y *engagement* son estadísticamente diferentes para las áreas donde laboran los médicos.
26. En el caso del *burnout*, los médicos de las áreas de Cirugía (1.60), COVID-19 (1.90), Emergencia /UCI (1.50), Hospitalización (1.30) y otros (1.54) demostraron niveles bajos; mientras que en Consultorio (1.11) el nivel fue muy bajo.
27. En el caso del *engagement*, los médicos de las áreas Cirugía (4.83), Consultorio (5.26), COVID-19 (4.84), Emergencia/UCI (5.15) y Hospitalización (5.16) demostraron niveles muy altos; mientras que en otras áreas (4.73) el nivel fue alto.
28. Finalmente, con la prueba Dunn-Bonferroni se identificaron las áreas que presentan niveles significativos: en el *burnout*, el área de atención a COVID-19 es diferente de Consultorio y Hospitalización; mientras que, en el *engagement*, el área de atención COVID-19 es diferente a Consultorio.
29. Es importante mencionar que no se identificaron investigaciones que determinen la relación entre el área donde laboran los médicos y los niveles de *burnout* y *engagement*.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Recomendaciones teóricas

- Con respecto a las características sociodemográficas, se recomienda adicionar preguntas como, la carga familiar que poseen los participantes y el tiempo de desplazamiento que requieren para llegar hasta su centro de labores, que no fueron incluidas en la presente investigación.
- También, se recomienda medir los niveles de *burnout* y *engagement* con instrumentos distintos al MBI-HSS y UWES, a fin de corroborar los resultados obtenidos en la presente investigación. Sobre todo, se sugiere utilizar la herramienta de Meyer y Allen para medir el compromiso organizacional, la cual cuenta con investigaciones previas de médicos de instituciones públicas en Perú en contextos normales.
- Evaluar la correlación entre las dimensiones del *engagement* y los factores del *burnout* a fin de identificar si existe relación inversa perfecta. En esa línea, se sugiere también desarrollar dos investigaciones: una que contraste los resultados de la herramienta de MBI-HSS contra UWES y otra que contraste los resultados MBI-HSS contra el OCQ de Meyer y Allen, a fin de encontrar cual tiene una mayor relación inversa.

5.2.2. Recomendaciones prácticas

- Aplicar encuestas de manera presencial a médicos, a fin de obtener una mayor cantidad de participantes en el contexto de una pandemia, debido que existe una alta demanda y mayor exigencia de las labores en los médicos participantes y no se abastecen de tiempo para responder las encuestas de manera virtual.

- Asimismo, se recomienda efectuar nuevas mediciones del *burnout* y del *engagement* durante futuros rebrotes de la COVID-19 a fin de contrastar los resultados con los de esta investigación.
- Dado que el 34.75% de los encuestados pertenece a instituciones privadas se recomienda realizar una nueva medición que contemple una muestra más representativa en este sector, con la finalidad de plantear estrategias específicas.
- Debido a que el 98% de los médicos presentó un nivel muy alto y alto de *engagement*, en el contexto de la pandemia, se recomienda que los líderes de las instituciones de salud aseguren la implementación de medidas para mantener esos niveles en condiciones normales.
- Dado que se halló que las mujeres tienen un mayor nivel de *burnout* y un menor nivel de *engagement* en comparación a los hombres, se recomienda que las instituciones de salud desarrollen una medición constante y monitoreo de los niveles de bienestar mental de las mujeres en situaciones de crisis a fin de brindarles el soporte necesario de manera oportuna.
- En vista de que con los resultados de la investigación se evidenció que los médicos con menor edad demostraron mayores niveles de *burnout* y menores de *engagement*, en comparación con los médicos con mayor edad, se recomienda desarrollar un monitoreo cercano al bienestar mental de los médicos en los primeros años de su ejercicio laboral y desarrollar estrategias focalizadas para fortalecer el *engagement* en esta población.
- Puesto que se identificó que las instituciones de salud públicas presentan un mayor nivel de *burnout*, se recomienda brindar una mayor atención y seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de la “Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de Salud en el contexto del COVID-19” del Ministerio

de Salud. Para ello, se debe evaluar si cuentan con el presupuesto necesario para aplicar estas medidas.

- Considerando que el líder cumple un rol importante en el desarrollo del *engagement* de los médicos, se recomienda implementar estrategias para fortalecer el liderazgo transformacional de los directores, jefes y supervisores de las instituciones de salud.
- De acuerdo con Shanafelt y Noseworthy (2017) el compensar, otorgar beneficios y dar reconocimientos a los profesionales de la salud, contribuyen al desarrollo del *engagement*, en ese sentido, es importante prestar atención a aquellos aspectos no solo durante la crisis de la pandemia sino también en condiciones normales.
- Es relevante indicar que, en los resultados de la investigación, se identificaron grupos minoritarios de la muestra con un alto nivel de *burnout* y un nivel de bajo a promedio de *engagement*. En ese sentido, es recomendable que los líderes de las instituciones de salud identifiquen a estas personas, con el fin de trabajar con ellos de manera prioritaria para mejorar sus niveles de *burnout* y *engagement*.

5.3. Contribuciones

5.3.1. Contribuciones teóricas

Esta investigación aporta al conocimiento sobre el *burnout* y el *engagement* en médicos en un contexto de pandemia y crisis, a través de la medición de las variables con los instrumentos MBI-HSS y UWES. Se considera que, para futuros estudios, esta investigación sirva de sustento para plantear hipótesis de los niveles de *burnout* y *engagement* en médicos bajo el contexto de crisis sanitarias. Al mismo tiempo, proporciona investigaciones de referencia relacionadas a *burnout* y *engagement*, e instrumentos adicionales para medirlos. Además, contribuye teóricamente con la validez y confiabilidad de los instrumentos MBI-HSS y UWES en los médicos de Lima Metropolitana y el Callao.

Por otro lado, se validó que la relación entre *burnout* y *engagement* es inversa, en consecuencia, que las medidas para promover el *engagement* reducen el *burnout*.

5.3.2. Contribuciones prácticas

- Las características sociodemográficas y condiciones laborales consideradas en la presente investigación han permitido identificar la relación con los niveles de *burnout* y *engagement*.
- En la investigación se evidenció que existe una relación inversa entre el *burnout* y *engagement*.

5.4. Recomendaciones para Futuras Investigaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos, las limitaciones y la experiencia en el desarrollo de la presente investigación, se proponen las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones:

1. Aplicar los instrumentos MBI-HSS y UWES a instituciones de salud a nivel nacional, a fin de conocer los niveles de *burnout* y *engagement* en médicos del Perú y compararlos con los resultados obtenidos de Lima Metropolitana y el Callao, estableciendo de esta manera estrategias que contribuyan al cuidado y conservación de la salud mental y física de los médicos.
2. Teniendo en cuenta que, en la presente investigación se identificaron autores que desarrollaron sus propios instrumentos para medir el *burnout* y *engagement*, se recomienda la aplicación de estos en Perú a fin de corroborar su validez y confiabilidad.
3. Replicar la presente investigación al mismo público objetivo, pero en un contexto post pandemia con la finalidad de identificar la variación de los niveles de *burnout* y

engagement, y corroborar los estudios de Ferrán y Trigo (2020) y Prins et al. (2010); en el primero, se determinó que los niveles de *burnout* se elevan en temporadas de pandemia; y en el segundo, el *engagement* es alto durante situaciones de actividad médica de menor intensidad que en una pandemia.

4. Efectuar investigaciones que evalúen la relación del *burnout* o el *engagement* con respecto a los niveles de rotación, ausentismo, accidentes laborales, productividad e innovación tal como lo plantearon Saks (2006) y Vega y Alarcón (2018).
5. Desarrollar investigaciones tomando en cuenta las propuestas teóricas de *burnout* y *engagement* planteadas por Farber (2000) y Maslach y Leiter (s.f.), de manera que se contribuya al campo de la investigación con los resultados, recomendaciones y conclusiones teóricas sobre las dimensiones propuestas y aporten a la validación de que ambos constructos son opuestos.
6. Dado que, en la revisión de literatura, no se lograron identificar investigaciones que determinen si existe influencia entre el tiempo de labores de los médicos en una misma institución de salud y los niveles obtenidos de *burnout* y *engagement*, se recomienda desarrollar investigaciones que incluyan esta característica para conocer su impacto.
7. Efectuar una investigación de enfoque cualitativo que complemente los resultados identificados, a través del desarrollo de entrevistas, *focus group* u observaciones, que brinden aportes adicionales a los revisados, además de indagar a profundidad sobre las causas y consecuencias generadas por los niveles de *burnout* y *engagement*.

5.5. Plan de Implementación

5.5.1. Antecedentes

Con los resultados obtenidos en la presente investigación, se ha demostrado que los médicos de instituciones de salud públicas y privadas tienen un alto nivel de *engagement* y bajo nivel de *burnout*. En ese sentido, es importante que los líderes de las instituciones de salud establezcan estrategias que permitan mantener los niveles de *engagement* y disminuir los de *burnout*, con la finalidad de que se encuentren preparadas para potenciales rebrotes de contagios de la COVID-19 u otras enfermedades. Por ello, a modo de contribución, se propone un Plan de Implementación de dichas estrategias que los líderes de las instituciones de salud utilicen como guía y la adapten a la organización que dirigen.

5.5.2. Objetivo general

Para finales de 2021, mantener el nivel alto de *engagement* en médicos de instituciones de salud públicas y privadas, con el fin de optimizar el desempeño y prevenir que los médicos desarrollen *burnout* a través del desarrollo de emociones positivas relacionadas con la resiliencia.

5.5.3. Objetivo específicos

- Para finales de 2021, mantener o superar el puntaje promedio de 5.12 en la dimensión de vigor del *engagement* en los médicos de instituciones públicas y privadas a través del desarrollo de condiciones laborales para que los médicos gocen de energía, entusiasmo y emociones positivas.
- Para finales de 2021, mantener o superar el puntaje promedio de 5.28 en la dimensión de dedicación del *engagement* en los médicos de instituciones públicas y privadas mediante el reconocimiento del valor de su trabajo.

- Para finales de 2021, mantener o superar el puntaje promedio de 4.93 en la dimensión de absorción del *engagement* en los médicos de instituciones públicas y privadas a través del mejoramiento de la cultura y clima organizacional, así como brindando las condiciones de seguridad y estabilidad laboral.

5.5.4. Presentación del plan de implementación

El presente Plan de Implementación describe sugerencias de estrategias y actividades planteadas para el logro de los objetivos, detalla los recursos necesarios para su puesta en marcha y propone las áreas responsables. Esta propuesta está dirigida a instituciones de salud medianas a grandes, las cuales, a través de sus líderes, deberán priorizar la implementación de las estrategias con base en sus necesidades y recursos disponibles. Cabe resaltar que el rol de los líderes, jefes de área y directores de las instituciones de salud es de vital importancia para la consecución de los objetivos. En ese sentido, en la tabla 21 se presenta el Plan de Implementación y en la tabla 22, el Gantt del plan de implementación. El tiempo total de ejecución es de 1 año, el presupuesto general asciende a S/ 472,780.00 soles.

Tabla 21.
Plan de implementación

Objetivo general	Objetivos específicos	Metas	Nombre de la estrategia	Actividades	Frecuencia	Indicadores / U. de medida	Meta	Recursos (materiales, humanos)	Presupuesto	Responsable
Mantener o superar el nivel de <i>engagement</i> en los médicos de instituciones públicas y privadas para finales de 2021.	Mantener o superar el puntaje promedio de 5.12 en la dimensión de vigor en los médicos de instituciones públicas y privadas para noviembre de 2021.	Lograr desarrollar una disposición positiva y proactiva en los médicos de la institución.	Mi trabajo me llena de <i>Energía</i>	Crear espacios físicos para la relajación, deporte u ocio, donde el personal pueda tomar un descanso y renovar energía física.	1 única vez	Número de espacios creados	1	Espacio físico y materiales de deporte u de distracción	S/ 35,000.00	Recursos Humanos
				Crear una comisión fiscalizadora de los horarios de trabajo del personal médico, a fin de respetar sus horarios establecidos en el cronograma y evitar excesos.	1 única vez	Comisión fiscalizadora creada	1	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos / Jefe de Área
				Campaña masiva de Comunicaciones para el reconocimiento simbólico de los médicos cómo héroes de la COVID-19.	Semanal (durante 3 meses)	Campaña implementada	1	Material audiovisual, diseño gráfico, personal responsable.	S/ 80,000.00	Directores de la institución de salud Comunicaciones
				Brindar prioridad para la vacunación contra la COVID-19 al núcleo familiar y familiares de riesgo de los médicos.	Semanal	Porcentaje de familiares vacunados	100%	Vacunas y personal de vacunación	S/ 0.00	Recursos Humanos
				Otorgar cupones con 24 horas libres para ser usados en las oportunidades que el profesional lo requiera.	1 única vez	Porcentaje de médicos que acceden a la cuponera	100%	Cuponera virtual	S/ 0.00	Jefes de Área
				Crear un comité que garantice la calidad de los equipos de protección entregados a médicos, buscando asegurar la bioseguridad.	1 única vez	Creación del comité	1	Personal encargado	S/ 0.00	Departamento de Logística
	Mantener o superar el nivel de <i>engagement</i> en los médicos de instituciones públicas y privadas para finales de 2021.	Establecer condiciones para generar mayor fortaleza emocional en los médicos, de tal manera que puedan desarrollar la capacidad de reponerse a las adversidades.	Tengo las herramientas para ser <i>resiliente</i> ante cualquier problema	Poner a disposición una oficina de apoyo psicológico para todo el equipo médico que requiera orientación.	1 única vez	Instalación de oficina para el profesional de psicología	1	Espacio físico y muebles de oficina	S/ 57,500.00	Recursos Humanos / Departamento de Logística
					Organizar talleres para el autoconocimiento, que ayude a los médicos a conocer sus fortalezas y desarrollar sus áreas de mejora.	Trimestral	Número de talleres organizados	4	Plataforma de videoconferencia	S/ 0.00
	Mantener o superar el puntaje promedio de 5.28 en la dimensión de dedicación en los médicos de instituciones públicas y privadas para finales de 2021.	Mantener el orgullo de trabajar en una institución de salud.	El <i>valor</i> de mi trabajo	Crear un cronograma de difusión de mensajes positivos para los médicos sobre el valor de su trabajo y cifras de los resultados alcanzados, por correo electrónico y WhatsApp.	Semanales	Número de mensajes enviados	72	Equipo responsable en RRHH	S/ 2,880.00	Recursos Humanos / Comunicaciones
				Desarrollar una App para que los pacientes y familiares de pacientes le envíen agradecimientos a los médicos.	1 única vez	App desarrollada	1	Oficina de Tecnología de la Información	S/ 4,000.00	Oficina de Tecnología de la Información
				Implementar en la web de la institución, una sección con Power BI que muestre los datos de cuántos pacientes han atendido y recuperado los médicos, a fin de visibilizar los resultados alcanzados por la entidad.	1 única vez	Link creado dentro de la web	1	Una web	S/ 0.00	Oficina de Tecnología de la Información
		Conocer el nivel de desempeño de los médicos por áreas.	Mi trabajo me <i>desafía</i>	Institucionalizar reuniones de <i>feedback</i> entre los médicos y sus jefes a fin de definir objetivos a corto plazo y monitorear su progreso.	Mensual	Número de reuniones con el líder del área	12	No requiere	S/ 0.00	Jefe de Área
				Establecer evaluaciones de desempeño semestrales con metas e indicadores a todo el personal de institución de salud.	Semestral	Número de evaluaciones	2	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos
				Establecer metas y desarrollar un programa de reconocimiento para médicos que alcanzan el objetivo, además difundir los logros a través de los canales de comunicación interna.	Semestral	Porcentaje de médicos reconocidos	30%	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos
		Promover la motivación en los médicos de la institución	Me siento <i>inspirado</i>	Implementar una escuela de formación de líderes para los jefes de las instituciones de salud para que puedan inspirar y guiar a sus supervisados.	1 única vez	Porcentaje de médicos participantes	100%	Espacio físico, sillas, mesas, útiles de oficina	S/ 40,000.00	Recursos Humanos
Desarrollar <i>webinars</i> virtuales para que los médicos compartan sus experiencias y casos de éxito con otros colegas a nivel nacional.				Mensual	Porcentaje de médicos asistentes al <i>webinars</i>	30%	Plataforma de videoconferencia	S/ 0.00	Recursos Humanos	
Desarrollar videos con historias de éxito de los pacientes que se han curado y que les brindan agradecimiento al médico que le atendieron.				Semanal (durante 2 meses)	Número de reproducciones	Más de 5 mil	Cámaras y computadoras	S/ 32,000.00	Comunicaciones	
Brindar estímulos en los colaboradores,				La labor que realizo me <i>entusiasma</i>	Desarrollar actividades de integración de personal (celebraciones festivas).	Trimestral	Número de eventos realizados	4 al año	No requiere	S/ 6,000.00

Objetivo general	Objetivos específicos	Metas	Nombre de la estrategia	Actividades	Frecuencia	Indicadores / U. de medida	Meta	Recursos (materiales, humanos)	Presupuesto	Responsable	
Mantener o superar el puntaje promedio de 4.93 en la dimensión de absorción en los médicos de instituciones públicas y privadas para noviembre de 2021.	que permitan incrementar su entusiasmo.	que permitan incrementar su entusiasmo.		Hacer una evaluación de las bandas salariales y los tipos de contrato, a fin de identificar aquellos que se requieren ajustar para que sea equitativo y motivador para los colaboradores.	1 única vez	Porcentaje de contratos revisados	100%	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos	
				Crear una política de vacaciones y días de descanso de manera que se brinde flexibilidad para que los médicos lo tomen de acuerdo con sus necesidades, previa coordinación con RRHH.	1 única vez	Política de vacaciones y días de descanso	1	No requiere	S/ 0.00	Directores de la institución de salud Recursos Humanos	
		Fortalecimiento de las relaciones entre los médicos y la institución de salud.	Me involucran en mi trabajo		Involucrar a los profesionales en la creación y mejora de procesos de su propia área, buscando desarrollar una participación activa de los médicos.	Semestral	Porcentaje de médicos participantes en los proyectos	30%	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos
					Desarrollar un plan de capacitaciones y formación de médicos a fin de incentivar el desarrollo profesional.	Trimestral	Número de capacitaciones programadas al año	12	Plataforma de videoconferencia	S/ 40,000.00	Recursos Humanos
					Ofrecer oportunidades de crecimiento profesional fuera de la institución a través de pasantías.	Anual	Número de convenios establecidos con otras instituciones para las pasantías	6	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos
					Establecer una línea de carrera para cada médico a fin de que puedan tener oportunidades de desarrollo identificadas	Anual	Porcentaje de médicos con los cuales se ha establecido línea de carrera	100%	No requiere	S/ 0.00	Jefes de Área Recursos Humanos
	Crear programas de transferencia de información, en los que el profesional de salud trabaje como mentor de otros futuros médicos.				Semestral	Porcentaje de médicos que son mentores o asesorados	25%	No requiere	S/ 0.00	Jefes de Área	
	Fortalecer la cultura organizacional de la institución de salud a fin de que los médicos se identifiquen y se comprometan con la visión.	Me identifico con mi institución laboral		Diagnosticar la cultura actual de la institución de salud y revisar la identificación de los médicos con la misión, visión, valores y costumbres de la institución.	1 única vez	Diagnóstico de cultura organizacional	1	No requiere	S/ 8,000.00	Directores de la institución de salud	
				Desarrollar una nueva propuesta para la cultura de la organización aplicable al nuevo contexto de la pandemia.	1 única vez	Propuesta de nueva cultura	1	No requiere	S/ 0.00	Directores de la institución de salud	
				Desarrollar un plan para implementar el cambio en la cultura siguiendo los 8 pasos de Kotter.	1 única vez	Plan de cambio de cultura	1	No requiere	S/ 0.00	Directores de la institución de salud Recursos Humanos	
				Elaborar e implementar una campaña para compartir y difundir los nuevos principios de la organización.	Diariamente (durante 2 meses)	Propuesta de campaña de comunicaciones	1	No requiere	S/ 50,400.00	Directores de la institución de salud Comunicaciones	
				Trabajar con los líderes de las instituciones de salud para que promuevan la nueva cultura entre los médicos.	Diariamente (durante 2 meses)	Número de médicos que serán embajadores de la nueva cultura	20	No requiere	S/ 0.00	Directores de la institución de salud Recursos Humanos	
	Mantener un buen ambiente laboral que brinde las condiciones a los médicos para estar contentos y concentrados en el trabajo.	Disfruto de mi trabajo		Desarrollar y aplicar evaluaciones de clima laboral a todo el personal de las instituciones de salud.	1 vez al año	Porcentaje de médicos que respondieron a la evaluación de clima laboral	80%	Encuesta para medir el clima	S/ 10,000.00	Recursos Humanos Consultores	
				Construir un proyecto de mejora del clima laboral, involucrando al personal médico, con miras al largo plazo.	1 vez al año	Proyecto de mejora	1	Plataforma para videoconferencias	S/ 15,000.00	Recursos Humanos Consultores	
				Registrar resultados obtenidos e implementar mejoras a través de una consultora de RRHH.	1 vez al año	Informe de resultados	1	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos	
				Implementar un buzón de sugerencias interna y una línea telefónica para sugerencias o reclamos.	1 vez al año	Buzón de sugerencias instalado	1	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos	
				Renovar las instalaciones de las instituciones de salud, para que se vean modernas, limpias y con una decoración que motive a los empleados	1 vez al año	Plan de renovación	1	Materiales de construcción y decoración	S/ 40,000.00	Área de Servicios Generales	
				Implementar modernos sistemas tecnológicos e inteligencia artificial en las instituciones de salud públicas para facilitar la comunicación y el acceso al historial médico de los pacientes para mejorar el trabajo de los médicos.	1 vez al año	Sistema creado	1	No requiere	S/ 10,000.00	Oficina de Tecnología de la Información	
Fomentar la concentración en el trabajo a fin de mejorar la	Me mantengo concentrado feliz con mi trabajo		Implementar talleres para promover el equilibrio salud-vida-trabajo.	Semestral	Número de talleres al año	12	No requiere	S/ 8,000.00	Recursos Humanos		
			Contratar empresas de asesoría o coach para los médicos que requieran apoyo emocional.	Semestral	Número de coaches	2	Coach	S/ 24,000.00	Recursos Humanos		

Objetivo general	Objetivos específicos	Metas	Nombre de la estrategia	Actividades	Frecuencia	Indicadores / U. de medida	Meta	Recursos (materiales, humanos)	Presupuesto	Responsable
		productividad de los médicos en sus horas laborales.		Implementar talleres de inteligencia emocional.	Semestral	Porcentaje de médicos participantes	30%	Espacio físico, sillas, mesas, útiles de oficina	S/ 10,000.00	Recursos Humanos
	Revisar y mejorar de las condiciones de trabajo para motivar a los médicos y evitar que tengan preocupaciones de otra índole.		Tengo <i>seguridad y estabilidad laboral</i>	Brindar a través de contratos y beneficios, estabilidad laboral que brinde seguridad económica.	Trimestral	Porcentaje de médicos que acceden al Programa de Reconocimientos	100%	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos
Crear equipos de trabajo que garanticen y velen la cantidad de insumos y equipos suficientes para el personal.				1 única vez	Equipos de trabajo creados	1	No requiere	S/ 0.00	Recursos Humanos	
Crear un comité que garantice la calidad de los equipos de protección entregados a médicos, buscando asegurar la bioseguridad.				1 única vez	Creación del comité	1	Personal encargado	S/ 0.00	Departamento de Logística	



5.6. Resumen

En los resultados obtenidos de la investigación, se concluyó que los médicos de instituciones de salud públicas y privadas tienen un alto nivel de *engagement* y bajo nivel de *burnout*, los cuales fueron disgregados de acuerdo con características sociodemográficas y condiciones laborales de los participantes. A partir de estos hallazgos, se recomienda a los líderes de instituciones de salud, implementar medidas para mantener el alto nivel de *engagement*, con el fin de optimizar el desempeño y prevenir que los médicos padezcan de *burnout* para situaciones críticas futuras. Entre las principales medidas destacan el fortalecimiento de la cultura organizacional a fin de mejorar la relación entre los colaboradores, la comunicación, la motivación y el desarrollo de incentivos y reconocimientos.

Cabe resaltar, que esta investigación recomienda que en el futuro se desarrolle el mismo estudio a nivel nacional, dado que la situación de Lima Metropolitana y el Callao puede diferir de los médicos que se encuentran en otras regiones del país. Asimismo, se recomienda replicarlo en un contexto post pandemia para contrastar con otras investigaciones. Por último, se sugiere analizar a profundidad si los mayores niveles de *burnout* en el sexo femenino y mayores niveles de *engagement* en el sexo masculino están asociados a factores culturales, profesionales o familiares.

Referencias

- Álvarez, J., Cobo, N., Parra, L., Gómez, L., & Acosta, M. (2019). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Diálogos de Saberes*, 50, 37-58. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.18041/0124-0021/dialogos.50.2019.5551>
- Alves, J. (2016). *El modelo burnout-engagement en enfermeros: el factor protector de la resiliencia*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Aranda, C., Pando, M., & Salazar, J. G. (2016). Confiabilidad y validación de la escala *Maslach Burnout Inventory* (HSS) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-277.
- Arciniega, L. & Gonzales, L. (2006). What is the influence of work values relative to other variables in the development of organizational commitment? .*Revista de Psicología Social*, 21(1), 35-50. Recuperado de <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/125409/2006%20Arciniega%20y%20Gonz%C3%A1lez.pdf>
- Argomedo, J. R. (2019). Engagement relacionado con el Desempeño Laboral en el personal asistencial del Centro Médico Ascope (Tesis de maestría, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú). Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/45540/Argomedo_CJR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L., Vázquez, J. C., & Salas, J. (2011). Síndrome de burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza AH1N1. *Gaceta Médica de México*, 147, 97-103.

- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research, 1*(3), 112-119. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*(3), 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International, 13*(3), 209-223. <https://doi.org/10.1108/13620430810870476>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD-R Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 1*(1), 389-411. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the *Maslach Burnout Inventory*--A General Survey: An Internet Study. *Anxiety, Stress & Coping, 15*(3), 245. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1080/1061580021000020716>
- Bernaldo de Quirós, M. (2020, 30 de marzo). Cómo afecta la pandemia al personal sanitario: efectos psicológicos y cómo minimizarlos. Recuperado de <https://theconversation.com/como-afecta-la-pandemia-al-personal-sanitario-efectos-psicologicos-y-como-minimizarlos-133988>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review, 36*, 28-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004

- Bueno, M., & Barrientos, S. (2020). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Çapri, B. (2013). The Turkish Adaptation of the Burnout Measure-Short Version (BMS) and Couple Burnout Measure-Short Version (CBMS) and the Relationship between Career and Couple Burnout Based on Psychoanalytic Existential Perspective. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13(3), 1408-1417. doi:10.12738/estp.2013.3.1576.
- Carrasco, A. M., De la Corte C. M., & León, J. M. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista Digital de Prevención*, 1, 2-22.
- Cigarroa, V. P. (2018). Experiencia del síndrome de Burnout en médicos residentes de la Ciudad de México. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/65684>
- Colegio de Médicos del Perú (2020, 24 de mayo). Médicos colegiados CMP. Recuperado de <https://www.cmp.org.pe/medicos-colegiados-cmp/>
- Coronavirus en el Perú: casos confirmados (s.f.). Gobierno del Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/8662-coronavirus-en-el-peru-casos-confirmados>
- Coronavirus en Perú: aprueban contratación de personal de salud extranjero durante emergencia. (2020, 12 de abril). El Comercio. Recuperado de <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-peru-aprueban-contratacion-de-personal-de-salud-extranjero-durante-emergencia-nndc-noticia/>
- Creswell, J.W. (2009). *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3th ed.). California, Estados Unidos: Sage Publications.

Cropanzano, R., & Wright, T. A. (2001). When a “Happy” Worker Is Really “Productive”

Worker: A Review and Further Refinement of the Happy-Productive Worker

Thesis. *Consulting Psychology Journal*, 53(3), 182–199. doi:10.1037/1061-

4087.53.3.182

De Lorenzo, L. (1997). El informe de la O. I. T., efectos sobre la salud. *Revista Previsión*,

70, 72-73.

De Silva, J. L., Dias, A. C., & Teixeira, L. R. (2012). Discussão sobre las causas da

Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem.

Aquichan, 12(2), 144-159.

Decano de Colegio Médico pide a Vizcarra mascarillas, guantes y mamelucos para

doctores. (2020, 09 de abril). Diario Correo. Recuperado de

<https://diariocorreo.pe/edicion/lima/decano-de-colegio-medico-miguel-palacios-pide-a-martin-vizcarra-mascarillas-guantes-y-mamelucos-para-doctores-coronavirus-covid-10-mascarillas-noticia/>

Díaz, D. (2019). *Síndrome de Burnout y calidad del servicio en el personal médico de emergencia del HNGAI EsSalud*. Lima 2017 (Tesis de maestría, Universidad

Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11467/Diaz_hd.pdf

Durán, M., Extremera, N., Montalbán, F., & Rey, L. (2005). Engagement y Burnout en el ámbito docente: Análisis de sus relaciones con la satisfacción laboral y vital en una

muestra de profesores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*,

21(1), 145-158. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2313/231317039009>

Emergencia sanitaria se extiende hasta el 7 de setiembre en medio de la “meseta irregular”.

(2020, 4 de junio). Diario Gestión. Recuperado de

<https://gestion.pe/peru/emergencia-sanitaria-se-extiende-hasta-el-8-de-setiembre-en-medio-de-la-meseta-irregular-noticia/>

Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P., & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71(4), 331–351. doi:10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680.x

Farber, B. A. (2000). Introduction: Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 56(5), 589-594.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200005\)56:5<589::AID-JCLP1>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200005)56:5<589::AID-JCLP1>3.0.CO;2-S)

Ferrán, M. B., & Trigo, S. B. (2020). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Enfermería Clínica. Publicación anticipada en línea

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

<https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

García, A., Escorcía, C., & Pérez, B. (2017). Síndrome de Burnout y sentimiento de autoeficacia en profesores universitarios. *Revista Propósitos y Representaciones*,

5(2), 65-126. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.170>

García, C. I. (2018). Compromiso organizacional y satisfacción laboral de los trabajadores de un servicio médico privado en Lima (Tesis de maestría, Universidad César

Vallejo, Trujillo, Perú). Recuperado de:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14196/Garc%
3%ada_CIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14196/Garc%c3%ada_CIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2019). Burnout syndrome in secondary school teachers: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education, 22*, 189-208. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11218-018-9471-9>
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública, 39*(1), 1-8. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/01.pdf>
- Gil-Monte, P. (2019). *CESQT Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Madrid, España: Tea ediciones.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Rojas, S. U., & Ocaña, J. S. (2009). Validez factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental, 32*(3), 205-214.
- Gil-Monte, P. R., Viotti, S., & Converso, D. (2017). Propiedades psicométricas del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en profesionales de la salud italianos: una perspectiva de género. *Liberabit, 23*(2), 153-169. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.24265/liberabit.2017.v23n2.01>
- Glademir, A. (2020, 22 de abril). Hospitales de Lima no tienen camas UCI para el COVID-19. *Diario Correo*. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/edicion/lima/hospitales-de-lima-no-tienen-camas-uci-para-el-covid-19-noticia/>
- Gobierno declara emergencia sanitaria por 90 días a nivel nacional por nuevo coronavirus. (2020, 11 de marzo). RPP. Recuperado de <https://rpp.pe/politica/gobierno/coronavirus-gobierno-declara-emergencia-sanitaria-a-nivel-nacional-por-covid-19-noticia-1251004>

- Gobierno otorga seguro de vida a personal asistencial que lucha contra el Covid-19. (2020, 12 de abril). Gobierno del Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/112186-gobierno-otorga-seguro-de-vida-a-personal-asistencial-que-lucha-contra-el-covid-19>
- Gómez, L., Labarthe, J., Ferreira, A., & Chiminelli, V. (2019). Evaluación del engagement en trabajadores de la salud en Uruguay a través de la escala Utrecht de engagement en el trabajo (UWES). *Ciencias Psicológicas*, *13*(2), 305-316. doi: 10.22235/cp.v13i2.1888
- González-Roma, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2005). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, *68*(2006), 165-174.
- Hakanen, J. J., Peeters, M. C. W., & Schaufeli, W. B. (2018). Different types of employee well-being across time and their relationships with job crafting. *Journal of Occupational Health Psychology*, *23*(2), 289-301. doi:10.1037/ocp0000081
Recuperado de <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/493.pdf>
- Hobfoll, S. E., Johnson, R., Ennis, N., & Jackson, A. P. (2003). Resource Loss, Resource Gain, and Emotional Outcomes Among Inner City Women. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(3), 632-643. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.3.632>
- Hoon Song, J., Kolb, J. A., Hee Lee, U., & Kyoung Kim, K. (2012). Role of transformational leadership in effective organizational knowledge creation practices: Mediating effects of employees' work engagement. *Human Resource Development Quarterly*, *23*(1), 65-101. doi: 10.1002/hrdq.21120
- Hu, Z., Wang, H., Xie, J., Zhang, J., Li, H., Liu, S., Li, Q., Yang, Y., Huang, Y. (2021). Burnout en médicos y enfermeras de UCI en China continental. Revista de

- Cuidados Intensivos. 62, 265-270. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.12.029>
- Jhons Hopkings Coronavirus Resource Center (2021). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Juárez, A., Merino, C., Fernández, M., Flores, C. A., Caraballo, M., & Camacho, C. (2020). Validación transcultural y funcionamiento diferencial del *Maslach Burnout Inventory* - General Survey en docentes de tres países latinoamericanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 135-156. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6621>
- Judge, T. A., Van Vianen, A. E., & De Pater, I. E. (2004). Emotional Stability, Core Self-Evaluations, and Job Outcomes: A Review of the Evidence and an Agenda for Future Research. *Human Performance*, 17(3), 325-346. doi: 10.1207/s15327043hup1703_4
- Kahn, W. A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *The Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. doi: 10.2307/256287
- Kubota, K., Shimazu, A., Kawakami, N., Takahashi, M., Nakata, A., & Schaufeli, W. B. (2011). Distinción empírica entre engagement en trabajolismo en enfermeras hospitales de Japón: Efecto sobre la calidad del sueño y al desempeño laboral. *Ciencia & Trabajo*, 13, 152-157.
- Ledesma, C., Quispe, M. (2015). Síndrome de Burnout en el personal asistencial de la Clínica del Hospital “Hermilio Valdizán”. Marzo 2015. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la universidad Ricardo Palma, 15(2), 17-27. Recuperado de <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1007/908>

- Liang, Z., Howard, P., Wang, J., & Xu, M. (2020). A Call for Leadership and Management Competency Development for Directors of Medical Services—Evidence from the Chinese Public Hospital System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6913. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17186913>
- López, S. (2020, 28 de abril). Ministerio de Salud solo tiene 3 camas UCI con ventilador mecánico. Diario Correo. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/peru/ministerio-de-salud-solo-tiene-3-camas-uci-con-ventilador-mecanico-noticia/>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3688>
- Manerikar, V. & Manerikar, S. (2015). Cronbach's alpha. *Aweshkar Research Journal*, 19(1), 117-119.
- Martínez, I. M., & Salanova, M. (2003). Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional. *Revista de Educación*, 330, 361-384.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/227634716_The_Measurement_of_Experienced_Burnout
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of Burnout: New Perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7(1), 63-74.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 351-357. doi:10.1016/b978-0-12-800951-2.00044-3

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Recuperado de https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/13606/maslach_01_jobburnout.pdf
- Matos, L., Peres, R. L., Rodrigues da Silva, A. M., Pires, J. S., Lyrio Costa, L. L., da Silva Neves, D., Barbosa, R. A., & de Fátima Vilela, K. (2012). Causas Ambientales para Síndrome de Burnout en UTI Neonatal. *Revista Eletrônica Em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental*, 7(7), 1291-1296. <https://doi.org/10.5902/223611705541>
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 70, 149-171. doi:10.1016/j.jvb.2006.09.002
- Meyer, J., & Allen, N. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research and application*. London: Sage publications. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4135/9781452231556>
- Minsa aprueba guía técnica que vela por la salud mental del personal de salud en contexto Covid-19. (2020, 9 de abril). Gobierno del Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/112113-minsa-aprueba-guia-tecnica-que-vela-por-la-salud-mental-del-personal-de-salud-en-contexto-covid-19>
- Minsa declarará en “alerta roja” el sistema de salud para asegurar la atención en emergencias. (2020, 23 de abril). Gobierno del Perú. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/edicion/lima/hospitales-de-lima-no-tienen-camas-uci-para-el-covid-19-noticia/>
- Minsa dicta medidas para contar con personal que permita mejor atención de pacientes Covid-19 y no Covid-19. (2020, 6 de mayo). Gobierno del Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/148896-minsa-dicta-medidas-para->

contar-con-personal-que-permita-mejor-atencion-de-pacientes-covid-19-y-no-covid-19

Minsa informa sobre brote de nuevo coronavirus (2020, 22 de enero). Gobierno del Perú.

Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/78328-minsa-informa-sobre-brote-de-nuevo-coronavirus>

Minsa se reúne con enfermeros y gremio médico en el marco de la estrategia “La Salud nos

une”. (2020, 24 de abril). Gobierno del Perú. Recuperado de

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/128061-minsa-se-reune-con-enfermeros-y-gremio-medico-en-el-marco-de-la-estrategia-la-salud-nos-une>

Miranda, J. O. & Gálvez, N. C. (2016). Clima organizacional y Síndrome de Burnout en trabajadores de una red de servicios de salud en Cajamarca-Perú. *Revista Científica*

Tzhoecoen, 8(2). Recuperado de

<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/400>

Miranda, R. (2014). *Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos de un centro de salud privado de Lima* (Tesis de maestría, Universidad de San Martín de Porres,

Perú). Recuperado de <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/1430>

Montero, J., García, J., Mosquera, D., & López del Hoyo, Y. (2009). A new definition of

burnout based on Farber's proposal. *Journal of Occupational Medicine and*

Toxicology, 4(31). <https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-31>

Montoya, E. (2014). Validación de la Escala de Compromiso Organizacional de Meyer y

Allen en trabajadores de un Contac Center. Universidad de Ciencias Aplicadas.

Recuperado de

[https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/581494/TESIS%20](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/581494/TESIS%20FINAL_Elizabeth%20Montoya.pdf)

[FINAL_Elizabeth%20Montoya.pdf](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/581494/TESIS%20FINAL_Elizabeth%20Montoya.pdf)

- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A Call for Action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368-376. doi: 10.4037/ajcc2016133
- Müller, R., Pérez, C. E., & Ramirez, L. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de la *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) 17 entre trabajadores sanitarios de Chile. *Liberabit*, 19(2), 163-171. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/686/68629471002.pdf>
- Ninivaggi, F. J. (2020, 21 de mayo). *Physician engagement: mindfulness as part of the pandemic solution*. Elsevier Connect. Recuperado de <https://www.elsevier.com/connect/physician-engagement-mindfulness-as-part-of-the-pandemic-solution>
- Olivares, V., Mena, L., Jélvez, C., & Macía, F. (2013). Validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*, 13(1), 145-159. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb
- Organización Mundial de la Salud (2009). Fase actual de alerta de pandemia según OMS. Recuperado de https://web.archive.org/web/20090429100206/http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2018, febrero). 10 amenazas a la salud mundial en 2018. Acerca de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/features/2018/10-threats-global-health/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Lista de verificación de la OMS de preparativos en caso de pandemia. Alerta epidémica y respuesta. Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles. Recuperado de

https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_4SP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006, mayo). Contribuir a la Salud. Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015. Un programa de acción sanitaria mundial. Recuperado de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69381/GPW_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010, 24 de febrero). ¿Qué es una pandemia? Alertas y Respuestas Mundiales (GAR). Recuperado de

https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Reglamento Sanitario Internacional - 2005. Ginebra, 2016*. Recuperado de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020a, 30 de enero). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Recuperado de

[https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Organización Mundial de la Salud. (2020b, 11 de marzo). Alocución de apertura del

Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Recuperado de

<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

- Organización Mundial de la Salud. (2020c, 20 de abril). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Acerca de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.-a). Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.-b). Funciones de la OMS en la salud pública. Acerca de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/about/role/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.-c). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Otorgan bonificación extraordinaria a personal de salud que lucha contra el Covid-19. (2020, 4 de abril). Gobierno del Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/111856-otorgan-bonificacion-extraordinaria-a-personal-de-salud-que-lucha-contra-el-covid-19>
- Palacios, M., Santos, E., Velázquez, M., & León, M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*. doi:10.1016/j.rce.2020.03.001
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association Between

- Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. *JAMA Internal Medicine*. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3713
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral sciences*, 8(11), 98. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Pérez, C.L. (2013). *Relación del grado de compromiso organizacional y desempeño laboral en profesionales de la salud de un hospital público* (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/3646/1/1080256660.pdf>
- Plaza, C. A. (2010). El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio (III). *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 76, 32–37. Recuperado de <http://pdfs.wke.es/6/4/8/1/pd0000056481.pdf>
- Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E., Gazendam-Donofrio, S. M., Dillingh, G. S., Bakker, A. B., Huisman, M., Jacobs, B. & Van der Heijden, F. M. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*, 44(3), 236–247. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03590.x>
- Prins, J. T., van der Heijden, F. M. M. A., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Bakker, A. B., van de Wiel, H. B. M., Jacobs, B., & Gazendam-Donofrio, S. M. (2009). *Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors*. *Psychology, Health & Medicine*, 14(6), 654–666. doi:10.1080/13548500903311554
- Quiceno, J., & Alpi, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125.
- Recursos frente a la pandemia. (2020, 11 de mayo). Instituto Peruano de Economía. Recuperado de <https://www.ipe.org.pe/portal/recursos-frente-a-la-pandemia-salud/>

Resolución Ministerial N° 039-2020-MINSA "Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV" (2020a)

Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA. Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el contexto del COVID-19 (2020b).

Rivas, A. (2020a, 20 de mayo). A más de mil, aumenta la cifra de médicos infectados por covid-19. Colegio Médico del Perú. Recuperado de <https://www.cmp.org.pe/a-mas-de-mil-aumenta-la-cifra-de-medicos-infectados-por-covid-19/>

Rivas, A. (2020b, 4 de junio). Se incrementan a 47 el número de médicos fallecidos. Recuperado de <https://www.cmp.org.pe/se-incrementa-a-47-el-numero-de-medicos-fallecidos/>

Rivas, A. (2020c, 8 de junio). Presidente de la República visita galería de médicos fallecidos por covid-19. Recuperado de <https://www.cmp.org.pe/se-incrementa-a-47-el-numero-de-medicos-fallecidos/>

Rothbard, N. P. (2001). Enriching or Depleting? The Dynamics of Engagement in Work and Family Roles. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 655-684.
<http://dx.doi.org/10.2307/3094827>

Saks, A. (2006). "Antecedents and Consequences of Employee Engagement". *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600-619.

Sala Situacional COVID-19 Perú. (2020, 12 de junio). Gobierno del Perú. Recuperado de https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio de Burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67

Salas, A., & Alegre, J. (2017). The role of gender, age, job level and job security on physician's engagement in Spanish public hospitals. *Universia Business Review*, 56, 36-51. doi: 10.3232/UBR.2017.V14.N4.02

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. (2003). UWES – *Utrecht Work Engagement Scale*. Preliminary Manual. Recuperado de https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Espanol.pdf
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315. doi: 10.1002/job.248
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. En A. B. Bakker (Ed.) & M. P. Leiter, *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. Psychology Press.
- Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress, and Coping*, 20(2), 177-196.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire. A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66(4), 701-716.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F., & Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress*, 23(2), 155-172. doi: 10.1080/02678370902834021
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2019). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT)*. KU Leuven, Belgium: Unpublished internal report. Recuperado de <http://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2019/10/Handleiding-BAT-engels-versie-1.4.pdf>

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International, 14*(3), 204-220.
<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies, 3*, 71-92.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2001). *Werk en welbevinden: Naar een positieve benadering in de Arbeids- en Gezondheidspsychologie [Work and well-being. Towards a positive approach in Occupational Health Psychology]*. Gedrag & Organisatie, *14*, 229-253. Recuperado de
<https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/166.pdf>
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Foundation for Medical Education and Research. Mayo Clinic Proceedings, 92*(1), 129-146. Recuperado de
[https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/pdf)
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings, 90*(12), 1600-1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023
- Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., & Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. *The American Journal of Medicine, 114*(6), 513-519. doi: 10.1016/s0002-9343(03)00117-7
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 1012-1024. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003

- Spontón, C., Medrano, L., Maffei, L., Spontón, M., & Castellano, E. (2012). Validación del cuestionario de engagement UWES a la población de trabajadores de Córdoba, Argentina. *Liberabit*, 18(2), 147-154.
- Tipa, R. O., Tudose, C., & Pucarea, V. L. (2019). Measuring Burnout Among Psychiatric Residents Using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) Instrument. *Journal of Medicine and Life*, 12(4), 354–360. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.25122/jml-2019-0089>
- Tomasi, S. (2020, abril). Historia de las pandemias mundiales y la economía. Recuperado de <http://www.magatem.com.ar/historia-de-las-pandemias-mundiales-y-la-economia.pdf>
- Uribe, J. F. (2007). Estudio confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26 (1), 7-21, Recuperado de <http://revista.cinzel.com.co/index.php/RPO/article/download/73/73#:~:text=No%20existe%20una%20escala%20mexicana,facto%2D%20res%20de%20salud%2C%20pero>
- Uribe, J. F., García-Saisó, A., Pichardo, C. N., & Retiz, A. G. (2008). Perfil Psicosomático y de Desgaste Ocupacional en Cajeros del sector Bancario con la Escala de EMEDO. *Ciencia & Trabajo*, 30 (1), 138-150. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/44204841_Perfil_Psicosomatico_y_de_Desgaste_Ocupacional_en_Cajeros_del_sector_Bancario_con_la_Escala_de_EMEDO
- Vega, G. y Alarcón, L. (2018). *El engagement de los obreros agrícolas como discriminante en el logro de la meta de la productividad laboral en poda uvera iqueña*. Lima: Universidad del Pacífico.

- Vincent-Höper, S., Muser, C., & Janneck, M. (2012). Transformational leadership, work engagement, and occupational success. *Career Development International*, 17(7), 663-682. doi:10.1108/13620431211283805
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. doi: 10.1111/joim.12752
- West, C. P., Tan, A. D., & Shanafelt, T. D. (2012). Association of Resident Fatigue and Distress With Occupational Blood and Body Fluid Exposures and Motor Vehicle Incidents. *Mayo Clinic Proceedings*, 87(12), 1138-1144. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.07.021
- Willard-Grace, R., Knox, M., Huang, B., Hammer, H., Kivlahan, C., & Grumbach, K. (2019). Burnout and Health Care Workforce Turnover. *The Annals of Family Medicine*, 17(1), 36-41. doi: 10.1370/afm.2338
- Yates, S. W. (2019). Physician Stress and Burnout. *The American Journal of Medicine*, 122(2), 160-164. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.08.034>
- Yuki, K., Fujiogi, M., & Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical Immunology*. doi:10.1016/j.clim.2020.108427
- Zavala, J. (2008). *Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Zopiatis, A., & Constanti, P. (2010). Leadership styles and burnout: is there an association? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 22(3), 300-320. doi:10.1108/09596111011035927

Apéndice A: Detalles de los Instrumentos de Investigación

Tabla A23.

Estructura de la Maslach Burnout Inventory for Human Service Survey (MBI-HSS)

Factor	Ítem
Agotamiento emocional	<p>1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.</p> <p>2. Al final de la jornada me siento agotado.</p> <p>3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.</p> <p>6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.</p> <p>8. Me siento “quemado”, “fatigado” por el trabajo.</p> <p>13. Me siento frustrado por mi trabajo.</p> <p>14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.</p> <p>16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce mucho estrés.</p> <p>20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.</p>
Despersonalización	<p>5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.</p> <p>10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.</p> <p>11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.</p> <p>15. Realmente no me importa lo que le ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo atender.</p> <p>22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.</p>
Baja realización personal en el trabajo	<p>4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.</p> <p>7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.</p> <p>9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.</p> <p>12. Me encuentro con mucha vitalidad.</p> <p>17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.</p> <p>18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.</p> <p>19. He realizado muchas cosas que merecen la pena este trabajo.</p> <p>21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.</p>

Nota: Adaptado de “Confiabilidad y validación de la escala *Maslach Burnout Inventory* (HSS) en trabajadores del occidente de México” por C. Aranda, M. Pando y J. Salazar (2016).

Tabla A24.

Escala de Likert para la evaluación del Maslach Burnout Inventory for Human Service Survey (MBI-HSS)

Valor	Significancia cualitativa	Significancia cuantitativa
0	Nunca	Ninguna vez
1	Casi nunca	Pocas veces al año
2	Algunas veces	Una vez al mes o menos
3	Regularmente	Pocas veces al mes
4	Bastantes veces	Una vez por semana
5	Casi siempre	Pocas veces por semana
6	Siempre	Todos los días

Nota: Adaptado de “Confiabilidad y validación de la escala *Maslach Burnout Inventory* (HSS) en trabajadores del occidente de México” por C. Aranda, M. Pando y J. Salazar (2016).

Tabla A25.

Estructura del Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Dimensión	Ítem
Vigor	1. En mi trabajo me siento lleno de energía. 4. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo. 8. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar. 12. Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo. 15. Soy muy persistente en mi trabajo. 17. Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando.
Dedicación	2. Mi trabajo está lleno de significado y propósito. 5. Estoy entusiasmado con mi trabajo. 7. Mi trabajo me inspira. 10. Estoy orgulloso del trabajo que hago. 13. Mi trabajo es retador.
Absorción	3. El tiempo vuela cuando estoy trabajando. 6. Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí. 9. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo. 11. Estoy inmerso en mi trabajo. 14. Me “dejo llevar” por mi trabajo. 16. Me es difícil ‘desconectarme’ de mi trabajo.

Nota: Adaptado de “Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES) ®” por W. Schaufeli y A. Bakker (2003)

Tabla A26.

Escala de Likert para la evaluación del Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Valor	Significancia cualitativa	Significancia cuantitativa
0	Nunca	Ninguna vez
1	Casi nunca	Pocas veces al año
2	Algunas veces	Una vez al mes o menos
3	Regularmente	Pocas veces al mes
4	Bastantes veces	Una vez por semana
5	Casi siempre	Pocas veces por semana
6	Siempre	Todos los días

Nota: Adaptado de “Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES) ®” por W. Schaufeli y A. Bakker (2003).



Apéndice B: Consentimiento Informado

El propósito de este documento es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, procederá con el desarrollo de las preguntas.

La presente investigación se titula “Una investigación del *burnout* y *engagement* en médicos de instituciones de salud de Lima Metropolitana y el Callao en el contexto de la COVID-19” y es elaborada por estudiantes de CENTRUM en el programa de Maestría de Dirección Estratégica y Liderazgo VIII, Evelyn Luna Victoria Vargas, Juan Alvarez Baldeón, Jacqueline Knox Mere y Margot Fauss Ochicua. Este proyecto es asesorado por el PhD. Daniel Eduardo Guevara Sánchez, profesor investigador de CENTRUM. El propósito de la investigación es explorar, medir y comparar el nivel de *engagement* y *burnout* en los médicos de instituciones del sector salud.

Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 20 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio.

No se recopilan datos que revelen su identidad, por lo que el tratamiento será de manera anónimo, es decir, el equipo investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de otros participantes y servirá para la elaboración de artículos y presentaciones académicas. Además, esta será conservada por cinco años, contados desde la publicación de los resultados, en la computadora personal del investigador responsable, a la cual podrá también acceder su grupo de investigación.

Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, recibirá un resumen con los resultados obtenidos y será invitado(a) a la sustentación final del proyecto de investigación. Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre	
Correo electrónico	

Adaptado del Protocolo de consentimiento informado para encuestas. Recuperado de <http://investigacion.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2019/04/ejemplos-de-los-pci-desarrollados-todos-los-casos.pdf>

