

Original

Burnout y satisfacción laboral durante la pandemia de COVID-19 en un hospital nacional de Perú (2020-2021)

LUDWIG CÁCERES FARFÁN

LUDWIG CÁCERES FARFÁN
Médico Cirujano.
Maestro en Gerencia de
Servicios de Salud.
Departamento de Cirugía de
Tórax y Cardiovascular,
Hospital Nacional Edgardo
Rebagliati Martins.
Lima, R del Perú.

FECHA DE RECEPCIÓN: 23/04/2023
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30/07/2023

Objetivo: evaluar los niveles de estrés y satisfacción laboral en el personal de salud durante la pandemia COVID-19. **Método:** se aplicó una encuesta electrónica a médicos y enfermeras que laboraron en áreas COVID. Para medir el estrés y la satisfacción laboral se usaron los cuestionarios MBI-HSS y SL-SCP, respectivamente. Se emplearon estadísticas descriptivas, de correlación y modelos de regresión lineal para analizar los datos; se incluyeron 258 personas; 123 médicos (52.3 %) y 135 enfermeras (47.7 %). **Resultados:** el estrés laboral estuvo presente en el 67.4 %, siendo severo en el 33.7 % y ausente en un 32.6 %. Los factores que se asociaron a estrés fueron la cantidad de horas de trabajo y turnos nocturnos, haber dado positivo en la prueba de SARS-CoV-2, insuficiente acceso a equipos de protección personal y el área de trabajo, existiendo mayores puntuaciones en sala de operaciones y UCI. En cuanto a la satisfacción laboral, se vio que un 76.7 % presentó una satisfacción regular, 21.7 % insatisfacción y un 1.6 % estuvo satisfecho. Las variables que mejor predijeron satisfacción fueron la edad, la ausencia de estrés laboral, los incentivos financieros, el tipo de contrato y el área de trabajo, viéndose mejores puntuaciones en áreas no críticas. **Conclusión:** la pandemia COVID-19 provocó niveles elevados de *burnout*, aunque se mantuvieron niveles regulares de satisfacción laboral.

Palabras clave: Estrés laboral – Gratificación laboral – COVID-19 – Médicos – Enfermeras.

Burnout and Job Satisfaction During the Covid-19 Pandemic in a National Hospital from Perú (2020-2021)

Objective: to evaluate the levels of stress and job satisfaction in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. **Method:** an electronic survey was applied to physicians and nurses who worked in COVID-19 areas. To measure occupational stress and job satisfaction, the MBI-HSS and SL-SCP questionnaires were used, respectively. Descriptive statistics, of correlation and linear regression models were applied to analyze the data; a total of 258 people were included; 123 physicians (52.3 %) and 135 nurses (47.7 %). **Results:** occupational stress was present in 67.4 %, being severe in 33.7 % and absent in 32.6 %. The factors associated with stress were the greater number of working hours and night shifts, having positive tested for SARS-CoV-2, insufficient access to personal protective equipment and the working area, with higher scores in the operating room and ICU. Regarding job satisfaction, it was seen that 76.7 % presented regular satisfaction, 21.7 % dissatisfaction and 1.6 % satisfaction. The factors that best predicted satisfaction were age, absence of occupational stress, financial incentives, type of job contract and the working area, with better scores in non-critical areas. **Conclusion:** the COVID-19 pandemic caused high levels of occupational stress, although regular levels of job satisfaction were maintained.

Keywords: Occupational Stress – Professional Fulfillment – COVID-19 – Physicians – Nurses.

CORRESPONDENCIA
Dr. Ludwig Cáceres Farfán.
Av. Edgardo Rebagliati 490,
Jesús María, 15072,
Lima, Perú;
ludcafa1006@gmail.com

Introducción

La pandemia de COVID-19 comenzó el 31 de diciembre del 2019, cuando la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (Hubei, China) alertó la aparición de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en personas que tenían como exposición común un mercado de animales vivos. El 7 de enero del 2020, se identificó como agente causal un nuevo tipo de virus pertenecientes a la familia *coronaviridae*, siendo llamado posteriormente SARS-CoV-2 [16]. El 30 de enero, se catalogó como una emergencia de salud global por las crecientes notificaciones de casos. El 11 de marzo, finalmente, la OMS lo declaró como pandemia mundial, la cual desde su inicio ha alcanzado grandes cifras de morbilidad y mortalidad [27]; siendo así que, según su informe de situación sobre el coronavirus, para el 6 de enero del 2022, en el mundo se habían reportado 288.867.634 casos confirmados y 5.437.636 muertes. En América las cifras se estimaron en 104.698.449 casos y 2.411.818 muertes [26]. En el Perú, hasta el 16 de enero del 2022, se notificaron 2.631.826 casos positivos y 203.550 muertes acumuladas, habiendo un porcentaje de letalidad del 8.8 % durante la primera ola y de 9.1 % durante la segunda ola, siendo los periodos más álgidos de esta pandemia [15].

Los trabajadores de salud han enfrentado riesgos para su propio bienestar desde el comienzo del brote. Se ha creado «segundas víctimas», lo que se refiere a experimentar un trauma relacionado con la atención de una persona infectada, que se ve reflejado en que el profesional se siente impedido de tratar completamente todas las necesidades de su propio paciente. El estrés se ha manifestado de diversas formas; desde la aparición del miedo al contagio (a sí mismos o a sus familiares), hasta diversos grados de ansiedad, inseguridad y depresión [24]. El haber enfrentado una enfermedad nueva, sin antecedentes, sin tener un esquema de tratamiento completamente establecido, el no disponer de una vacuna 100 % efectiva, la escasez de equipos de protección personal (EPP), la aparición de nuevas cepas, la gran virulencia del microorganismo y el estigma del que pueden ser víctimas, han exacerbad problemas de salud mental [11].

Según cifras del Colegio Médico del Perú (CMP), al 20 de mayo del 2021, se estimó que hubo 15.589 médicos contagiados, de los cuales muchos se encontraban en una unidad de cuidados intensivos (UCI) con pronóstico reservado; y al 01 de enero del 2022 se reportaron 554 muertes [7]. Ante el desborde del sistema de salud peruano y el estado grave de muchos galenos en diferentes puntos del país, el CMP incluso, tuvo que coordinar y efectivizar su traslado a la ciudad de Lima para que puedan recibir atención especializada. Todo esto, sumado a la percepción de una falta de apoyo por parte de la población y del gobierno, hizo que la ansiedad se incrementase, mermando así su desempeño y su satisfacción laboral, lo cual constituyó un verdadero problema. La misión esencial del médico es salvar vidas y el hecho de que no pueda hacerlo le afecta y lo liga a emociones negativas como tristeza, desesperanza y miedo, e inclusive puede reaccionar con sentimientos de cólera secundario a la impotencia [9].

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el grado de estrés y de satisfacción laboral relacionados con la pandemia COVID-19, sus características y factores asociados, en el personal de salud del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), ubicado en Lima, Perú, con el fin de poder dar inicio a la implementación de programas de salud mental, enfocados en la prevención y en la mejora de las condiciones laborales, sobre todo durante periodos de crisis sanitaria.

Materiales y Métodos

Diseño del estudio

El estudio fue observacional, transversal, prospectivo y analítico/correlacional. Se reunió variables cuantitativas y cualitativas con el uso de técnicas estadísticas.

Área de estudio

El HNERM es un nosocomio perteneciente a la seguridad social del Perú (EsSalud), el cual constituye uno de los hospitales más grandes de Lima y del Perú y con mayor capacidad resolutive. Además, fue uno de los principales centros designados para la atención de pacientes con COVID-19 durante la pandemia, albergando diferentes áreas destinadas a este propósito.

Descripción de la muestra

Se incluyó al personal médico y de enfermería (considerando residentes), con un contrato vigente y que atendieron a pacientes con COVID-19 en las diferentes áreas del hospital. Se excluyó personal con licencia, administrativos, internos y aquellos con cuestionarios incompletos o inadecuadamente llenados. El tipo de muestreo fue el probabilístico estratificado, aplicado con base en 2 estratos definidos por la ocupación: personal médico y personal de enfermería. Se eligió los participantes al azar, teniendo como requisito el cumplir con los criterios de inclusión y que dieran su consentimiento para participar en el estudio.

Procedimientos

Una de las limitaciones para la recolección de datos dentro de los ambientes hospitalarios fue el riesgo de exposición al contagio; por tal motivo, se realizó una encuesta virtual a través de la plataforma *Google Forms®*. La manera en qué se distribuyó fue a través de la red social *WhatsApp®*, conversando previamente con la persona seleccionada de manera directa, por mensajería o vía telefónica, explicando el propósito de la investigación, solicitando su participación y posteriormente a su aceptación, se enviaba el *link* de enlace.

El instrumento usado consta de cuatro secciones: 1) consentimiento informado; 2) datos generales: 13 ítems referidos al perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil) y perfil laboral (ocupación, especialización, clasificación profesional médica, tipo de contrato, área de trabajo, horas de trabajo en áreas COVID, número de guardias nocturnas, disponibilidad de EPP suficiente, incentivos económicos, prueba para COVID-19 positiva); 3) cuestionario de estrés laboral; y 4) escala de satisfacción laboral. La puntuación final e interpretación de los resultados estuvo a cargo del investigador.

Mediciones

Cuestionario Inventario Burnout De Maslach aplicado a Servidores de Salud (MBI-HSS): instrumento con validez internacional, acerca del estrés laboral y/o síndrome de *Burnout* en trabajadores de salud. Cuenta con 3 dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y 22 ítems, que evalúan la sensación de agotamiento

emocional, conductas de indiferencia o desapego hacia la institución y los pacientes, y sentimientos de éxito, logro y bienestar dentro del ambiente de trabajo. Cada una se calificó haciendo uso de una escala ordinal tipo Likert, de 0 a 6 puntos, según la presencia de los elementos valorados, su intensidad e importancia para el trabajador [14]. Mediante la sumatoria de puntajes, se elaboró la calificación final, tomando como puntos de corte el percentil 33 y 66 [19]:

1. Mayor al percentil 66 = alto grado de estrés laboral.
2. Percentiles 33 al 66 = leve a moderado estrés laboral.
3. Menor al percentil 33 = ausencia de estrés laboral.

Cuestionario de satisfacción laboral de Sonia Palma Carrillo, (SL-SPC): escala validada en el Perú, que evalúa el grado de satisfacción laboral en base a 7 dimensiones y 36 ítems que utilizan una escala tipo Likert, de 1 a 5 puntos, con base en la percepción y valoración del trabajador [20]. Dichas dimensiones evalúan las condiciones físicas e infraestructura donde se labora y los materiales con los que dispone, la percepción respecto a los beneficios laborales y remunerativos, la satisfacción en relación a normas institucionales y políticas administrativas, el agrado con otros miembros de la institución, el desarrollo personal, la valoración cotidiana del desempeño y realización de tareas, la relación con la autoridad, la apreciación con los jefes y también la interrelación del empleador con el trabajador. Para la calificación final, luego de la sumatoria de las puntuaciones, se obtuvieron las siguientes categorías [5]:

1. 168 o más puntos = alta satisfacción laboral.
2. de 149 a 167 puntos = parcial satisfacción laboral.
3. de 112 a 148 puntos = regular satisfacción laboral.
4. de 93 a 111 puntos = parcial insatisfacción laboral.
5. 92 o menos puntos = baja satisfacción laboral.

Análisis estadístico

Los cuestionarios completados se ingresaron en el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences, SPSS®* versión 25.0.

Inicialmente se realizó el estudio descriptivo: las variables cuantitativas se presentaron numéricamente con la media más o menos su desviación estándar. Para las variables cualitativas, se usaron medidas de distribución de frecuencia con sus respectivos porcentajes.

Posteriormente, se realizó el estudio analítico: para establecer diferencias o asociaciones, se utilizaron pruebas estadísticas considerándose significativas aquellas con un valor p menor a 0.05. El análisis se dividió en cuatro fases: 1). Correlación entre variables dependientes (estrés y satisfacción laboral). 2). Asociación con variables no dependientes (factores socio-demográficos y laborales). 3). Se comprobaron diferencias en relación a la ocupación de los participantes, y 4). Análisis para el grupo de médicos, haciendo énfasis en su especialidad clínico-quirúrgica y su clasificación profesional. Como principales pruebas se emplearon la correlación de Pearson, la regresión lineal simple y los modelos de regresión lineal múltiple. Los resultados se presentaron en tablas, mostrando los valores de significancia, potencia estadística y tamaño del efecto, entre otros. Se incluyeron las ecuaciones de regresión y se reportaron indicadores de multicolinealidad (VIF y tolerancia).

Consideraciones éticas

No se generó ningún riesgo que afecte a los participantes, interaccionando con ellos solo al momento de la recolección de datos, siempre y cuando exista la autorización expresa. En cuanto al uso y análisis de los datos, los principios éticos de confidencialidad, secreto profesional, no maleficencia, beneficencia y autonomía fueron respetados en su totalidad. De igual forma, no se generó ninguna modificación al contenido de la misma, solamente extrayendo datos de relevancia garantizando su veracidad.

Estudio descriptivo

Se obtuvo una muestra de 258 personas. De ellos fueron 123 médicos (52.3 %) y 135 enfermeras (47.7 %). Las edades oscilaron entre los 25 y 63 años, con una media de 40.5 años. En cuanto al sexo, 34.5 % fueron varones y 65.5 % mujeres, habiendo mayor proporción de varones en los médicos y de mujeres en el grupo de enfermería. El estado civil fue de 43.8 % personas solteras y 56.2 % casados.

Dentro del perfil laboral, se encontró 122 personas con especialidad clínica (47.3 %) y 136 quirúrgica (52.7 %). Dentro del grupo de galenos, la variable clasificación profesional nos mostró 64 médicos residentes, 52 médicos especialistas y 7 médicos generales. En cuanto al tipo de contrato, vemos que el contrato fijo 728 fue el que mayor proporción tuvo (65.5 %), seguido del Contrato Administrativo de Servicios - CAS (19.4 %), personal nombrado 276 (8.9 %), CAS-COVID (4.7 %) y los servicios no personales - Terceros (1.5 %). En el área de trabajo se vio un 47.7 % en áreas de hospitalización, 24.8 % en sala de operaciones, 19 % en emergencia y 8.5 % en UCI. Aproximadamente un 50 % realizó más de 36 horas semanales en áreas COVID. La cantidad de guardias nocturnas en más del 50 % fue de 1 a 2 por semana (sobre todo el personal médico, alcanzando un porcentaje de hasta 75.6 %). Se pudo ver una alta percepción de falta de EPP (76.7 %) en médicos y enfermeras. Así mismo, un 95.7 % de los encuestados indicaron no haber recibido ningún tipo de incentivo financiero. Algo a resaltar es que el 20 % de los médicos y un 18 % de las enfermeras, dieron positivo a una prueba de COVID en los meses de pandemia hasta el momento que realizaron la encuesta. La tabla 1 presenta todos estos hallazgos.

Si hablamos del estrés laboral, se vieron puntuaciones desde 25 hasta 112, con una media de 74 ± 17 puntos. El percentil 33 correspondió a 68 puntos y el percentil 66 a 80 puntos. Por ende, valores menores a 68 equivalieron a «ausencia de estrés», mayores a 80 a «alto nivel de estrés» y entre 68 y 80 puntos a «nivel leve a moderado de estrés». Es importante resaltar que el 67.4 % mostró algún nivel de *burnout* (siendo éste severo en el 33.7 %), y que solo un 32.6 % no lo presentó.

En cuanto a la satisfacción laboral, se encontró puntuaciones entre 92 y 160, con una media de 123 ± 14 puntos. Al dividirla en grados, se ve que un 76.7 % presentó una satisfacción regular, seguido de un 20.9 % que indicó estar «insatisfechos». Los porcentajes más bajos son aquellos con grados de «satisfecho» (1.5 %) y «muy insatisfecho» (0.7 %), no encontrándose ningún participante «muy satisfecho». La tabla 2 presenta estos hallazgos.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y laboral de médicos y enfermeras de primera línea. N:258

	Ocupación		Total n (%)
	Médico n (%)	Enfermero n (%)	
Edad			
24-34 años	85 (69.1)	23 (17.0)	108 (41.9)
35-45 años	27 (22.0)	35 (25.9)	62 (24.0)
46-56 años	7 (5.7)	46 (34.1)	53 (20.5)
57-67 años	4 (3.2)	31 (23.0)	35 (13.6)
Sexo			
Masculino	78 (63.4)	11 (8.1)	89 (34.5)
Femenino	45 (36.6)	124 (91.9)	169 (65.5)
Estado civil			
Soltero (nunca casado, divorciado, viudo)	80 (65.0)	33 (24.4)	113 (43.8)
Casado	43(35.0)	102 (75.6)	145 (56.2)
Especialidad			
Clínica	57 (46.3)	65 (48.1)	122 (47.3)
Quirúrgica	66 (53.7)	70 (51.9)	136 (52.7)
Clasificación profesional medica			
Médico general	7 (5.7)		7 (5.7)
Médico residente	64 (52.0)		64 (52.0)
Médico especialista	52 (42.3)		52 (42.3)
Hora de trabajo/Semana			
<12 horas	4 (3.3)	9 (6.7)	13 (5.0)
12-36 horas	57 (46.3)	58 (43.0)	115 (44.6)
>36 horas	62 (50.4)	68 (50.3)	130 (50.4)
Turnos noche/Semana			
Ninguno	5 (4.1)	24 (17.8)	29 (11.2)
1-2 guardias	93 (75.6)	68 (50.4)	161 (62.4)
>2 guardias	25 (20.3)	43 (31.8)	68 (26.4)
Área de trabajo			
Emergencia	31 (25.2)	18 (13.3)	49 (19.0)
Hospitalización	59 (48.0)	64 (47.4)	123 (47.7)
UCI	12 (9.7)	10 (7.4)	22 (8.5)
Sala de operaciones	21 (17.1)	43 (31.9)	64 (24.8)
Tipo de contrato			
Nombrado 276	4 (3.3)	19 (14.1)	23 (8.9)
Contrato fijo 728	85 (69.0)	84 (62.2)	169 (65.5)
CAS	23 (18.7)	27 (20.0)	50 (19.4)
CAS-COVID	7 (5.7)	5 (3.7)	12 (4.7)
Terceros	4 (3.3)	.0 (.0)	4 (1.5)
EPP suficiente			
Si	35 (28.5)	25 (18.5)	60 (23.3)
No	88 (71.5)	110 (81.5)	198 (76.7)
Incentivos financieros			
Si	.0 (.0)	11 (8.1)	11 (4.3)
No	123 (100.0)	124 (91.9)	247 (95.7)
Prueba COVID positiva			
Si	25 (20.3)	24 (17.8)	49 (19.0)
No	98 (79.7)	111 (82.2)	209 (81.0)

Nota: n = recuento, % = porcentaje dentro de la ocupación o en el total.

Tabla 2. Niveles de estrés y satisfacción laboral en el personal de primera línea durante la pandemia COVID-19. N:258

	Ocupación		Total n (%)
	Médico n (%)	Enfermero n (%)	
Nivel de estrés laboral			
Ausencia de estrés	41 (33.3)	43 (31.9)	84 (32.6)
Leve a moderado estrés	45 (36.6)	42 (31.1)	87 (33.7)
Alto nivel de estrés laboral	37 (30.1)	50 (37.0)	87 (33.7)
Grado de satisfacción laboral			
Muy insatisfecho	2 (1.6)	.0 (.0)	2 (.8)
Insatisfecho	33 (26.8)	21 (15.5)	54 (20.9)
Regular satisfacción laboral	88 (71.6)	110 (81.5)	198 (76.7)
Satisfecho	.0 (.0)	4 (3.0)	4 (1.6)
Muy satisfecho	.0 (.0)	.0 (.0)	.0 (.0)

Estudio analítico

Estrés y satisfacción laboral: en los resultados de correlación (Pearson) entre estas dos variables se obtuvo un valor de $r(256) = -.15$; $p = .009$. Se calculó un modelo de regresión lineal simple usando el método de entrada *Enter*. La ecuación de la regresión fue estadísticamente significativa: $F(1, 256) = 5.63$; $R^2 = .02$; $p = .018$.

Estrés laboral y factores sociodemográficos y laborales: se realizó una regresión lineal simple para cada una de las posibles variables predictoras. La edad, estado civil, ocupación, especialidad, tipo de contrato e incentivos financieros no presentaron correlaciones ni modelos de regresión estadísticamente significativos ($p < .05$), por lo que fueron excluidos. Con el resto se llevó a cabo una prueba de regresión lineal múltiple mediante un modelo por inclusión o hacia adelante (*forward*). Los resultados de la tabla 3, muestran que todos los índices de significancia son adecuados. Se vio que, al irse incorporando variables al modelo, este tuvo un mayor poder de explicación del *burnout*, así como un mayor tamaño de efecto (f^2), con un nivel de potencia estadístico ($1-\beta$) alto; lo que permite afirmar que los resultados son relevantes y que las variables turnos noche/semana, horas de trabajo/semana, prueba COVID positiva, área de trabajo y EPP suficiente, en conjunto predicen el 42.3 % del estrés labo-

ral. La variable sexo fue excluida a pesar de ser estadísticamente significativa en el análisis de regresión simple. Los indicadores de multicolinealidad VIF (*Variance Inflation Factor*) fueron menores de 10 y los valores de tolerancia fueron mayores a .20, lo que indica que no existen correlaciones elevadas entre los factores incluidos y por ende no existe multicolinealidad en este modelo.

Satisfacción laboral y factores sociodemográficos y laborales: inicialmente, las variables estado civil, especialidad, EPP suficiente y prueba COVID positiva no fueron significativos ($p < .05$) en la regresión lineal simple, por lo que no entraron en el posterior análisis. Se llevó a cabo una prueba de regresión lineal múltiple mediante el método por inclusión hacia adelante. La tabla 4 nos muestra los modelos obtenidos, todos ellos con valores de significancia, potencia estadística y tamaño del efecto aceptables. Esta prueba agregó las variables, manteniendo aquellas que contribuyeron significativamente. El modelo 5 muestra un nivel de potencia alto de .99 y un tamaño de efecto moderado de .21; por lo que se puede afirmar que los resultados obtenidos son importantes y que la edad, el área de trabajo, los incentivos financieros, el tipo de contrato y el estrés laboral, predicen un 17.4 % de la satisfacción laboral. Las variables sexo, ocupación, horas de trabajo/semana y turnos noche/semana, a

Tabla 3. Modelos de regresión lineal múltiple para el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el estrés laboral.

Modelos	F	R ²	ΔR ²	B	Error estándar	β	p	1-β	f ²
Modelo 1	122.585 (1,256)	.324	.321	55.501	1.843		<.001	1	.479
Turnos noches/semana				15.753	1.423	.569	<.001		
Modelo 2	79.540 (2,255)	.384	.379	49.086	2.180		<.001	1	.623
Turnos noches/semana				10.024	1.779	.362	<.001		
Horas de trabajo/semana				8.951	1.790	.321	<.001		
Modelo 3	57.364 (3,254)	.404	.397	55.725	3.141		<.001	1	.678
Turnos noches/semana				9.522	1.762	.344	<.001		
Horas de trabajo/semana				8.201	1.784	.294	<.001		
Prueba COVID positiva				-6.135	2.117	-.146	.004		
Modelo 4	44.598 (4,253)	.414	.404	53.661	3.282		<.001	1	.706
Turnos noches/semana				9.605	1.752	.347	<.001		
Horas de trabajo/semana				8.026	1.775	.288	<.001		
Prueba COVID positiva				-6.026	2.105	-.144	.005		
Área de trabajo				1.533	.752	.098	.042		
Modelo 5	36.959 (5,252)	.423	.412	51.904	3.373		<.001	1	.733
Turnos noches/semana				9.155	1.755	.331	<.001		
Horas de trabajo/semana				7.533	1.780	.270	<.001		
Prueba COVID positiva				-6.145	2.092	-.147	.004		
Área de trabajo				1.557	.747	.100	.038		
EPP suficiente				3.981	1.950	.102	.042		

pesar de haber sido estadísticamente significativas en la regresión simple fueron excluidos en la prueba final. Los valores de VIF y tolerancia fueron aceptables, por lo que se descartó multicolinealidad.

Diferencias entre médicos y enfermeras: las pruebas de regresión lineal revelan que la ocupación no estuvo relacionada al *burnout* ($p = .694$), ni a la satisfacción laboral ($p = .184$).

Análisis de la especialidad y clasificación profesional en médicos: se evaluó la muestra conformada solo por médicos, en la cual se aplicó nuevamente el análisis de correlación, regresión lineal simple y múltiple para cada una de las variables, haciendo énfasis en la especialidad (clínica o quirúrgica) y la clasificación profesional médica (nivel de especialización). En la tabla 5 se muestra la correlación y los modelos de regresión line-

al de las variables mencionadas sobre el *burnout*. Ambos son estadísticamente significativos en la regresión simple, pero al ser incluidas en la regresión múltiple, solamente la especialidad muestra influencia significativa.

En la tabla 6, se puede ver el mismo análisis, pero aplicada a la satisfacción laboral. Se ve que a pesar de que ambas variables se hallan correlacionadas, solamente la clasificación profesional médica genera pruebas de regresión lineal simple y múltiples, estadísticamente significativas.

Discusión y conclusiones
Niveles de estrés y satisfacción laboral del personal de primera línea
Haciendo comparación con trabajos internacionales, vemos que las cifras de estrés laboral se mantuvieron elevados en los meses

Tabla 4. Modelos de regresión lineal múltiple para el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre la satisfacción laboral

Modelos	F	R ²	ΔR ²	B	Error estándar	β	p	1- β	f ²
Modelo 1	18.383 (1,256)	.067	.063	110.196	3.226		<.001	.955	.072
Edad				0.329	.077	.259	<.001		
Modelo 2	16.291 (2,255)	.113	.106	106.794	3.286		<.001	.997	.127
Edad				0.360	.075	.284	<.001		
Estrés laboral				-6.539	1.792	-.217	<.001		
Modelo 3	13.563 (3,254)	.138	.128	104.635	3.343		<.001	.999	.160
Edad				0.339	.075	.267	<.001		
Estrés laboral				-6.702	1.771	-.222	<.001		
Área de trabajo				-2.123	.786	-.158	.007		
Modelo 4	12.131 (4,253)	.161	.148	118.291	6.164		<.001	.999	.192
Edad				0.261	.080	.206	.001		
Estrés laboral				-7.256	1.764	-.240	<.001		
Área de trabajo				-2.438	.786	-.182	.002		
Incentivos financieros				-11.597	4.418	-.166	.009		
Modelo 5	10.651 (5,252)	.174	.158	121.339	6.307		<.001	.999	.211
Edad				0.209	.083	.164	.013		
Estrés laboral				-7.324	1.753	-.243	<.001		
Área de trabajo				-2.559	.783	-.191	.001		
Incentivos financieros				-9.499	4.510	-.136	.036		
Tipo de contrato				-2.502	1.230	-.131	.043		

Tabla 5. Correlación y modelos de regresión lineal para el efecto de la especialidad y la clasificación profesional sobre el estrés laboral en médicos.

Estrés laboral Vs	Correlación		Modelo de regresión lineal					
	r	p	F	R ²	B	Error estándar	β	p
Correlación								
Especialidad	-.282	.001						
Clasificación profesional medica	-.224	.006						
Regresión simple								
Especialidad			10.457 ^a	.080	-8.499	2.628	-.282	.002
Clasificación profesional medica			6.394 ^a	.050	-5.725	2.264	-.224	.013
Regresión múltiple								
Especialidad			20.060 ^b	.509	52.102	4.243		<.001
Clasificación profesional medica					-5.321	2.113	-.177	.013
							.018	.811

Nota: a. El valor F tuvo como grados de libertad a 1 y 121; b. El valor F tuvo como grados de libertad a 6 y 116.

más álgidos de pandemia. Alrawashdeh [4], encontró un porcentaje alto del 57.7 % en médicos. Magnavita [13], un 71.1 % de *burnout* en anestesiólogos. Lai [12] halló cifras

de hasta el 71.5 % asociado además a depresión, ansiedad e insomnio. Tiete [25] evaluó el impacto en unidades críticas hallándose que casi la mitad de los participantes

Tabla 6. Correlación y modelos de regresión lineal para el efecto de la especialidad y la clasificación profesional sobre la satisfacción laboral en médicos.

Satisfacción laboral Vs	Correlación		Modelo de regresión lineal					
	r	p	F	R ²	B	Error estándar	β	p
Correlación								
Especialidad	-.170	.030						
Clasificación profesional médica	.336	<.001						
Regresión simple								
Especialidad			3.602 ^a	.029	-4.530	2.387	-.170	.060
Clasificación profesional médica			15.374 ^a	.113	7.585	1.934	.336	<.001
Regresión múltiple								
Clasificación profesional médica			15.374 ^b	.201	110.954	2.765		<.001
					9.918	1.952	.439	<.001

Nota: a. El valor F tuvo como grados de libertad a 1 y 121; b. El valor F tuvo como grados de libertad a 2 y 120.

reportaron un agotamiento significativo, viéndose en un 25.1 % síntomas de moderado a graves niveles de estrés.

Al igual que el presente trabajo, a pesar de altos niveles de *burnout*, se mantuvieron cifras moderadas de satisfacción laboral en la mayor parte de estudios, como el de Alrawashdeh [4]. Por otro lado, Savitsky [23], mostró cifras más bajas en enfermeras que atendieron pacientes positivos y en las que laboraban en hospitales, en comparación a aquellas que realizaban trabajos comunitarios. Yu [29], vio «niveles decentes» de satisfacción laboral, más altos incluso que medidas tomadas anteriormente, lo que se explicó por una mayor satisfacción personal al ayudar a los enfermos. Una investigación peruana realizada por Jiménez [10], encontró un promedio de satisfacción por encima de la media.

Relación entre estrés y satisfacción laboral durante la pandemia COVID-19

El presente trabajo estableció una correlación inversa baja entre ambas variables, es decir, a mayor estrés menor será la satisfacción laboral. Alrawashdeh [4], reveló que el *burnout* es un predictor importante de satisfacción laboral. Piotrowski [21], encontró una correlación fuerte y negativa entre satisfacción y estrés ($r = -.55$); así mismo, una correlación positiva entre satisfacción y resiliencia ($r = .30$) y entre estrés e intención de dejar el

trabajo ($r = .46$). El autor resalta a la satisfacción como un mediador entre estrés e intención de abandono, así como al estrés entre la resiliencia y la satisfacción.

Relación del estrés laboral con factores sociodemográficos y laborales

En el presente estudio, el *burnout* empeoró en relación al mayor número de horas trabajadas en áreas COVID y mayor cantidad de guardias nocturnas; así mismo, la ausencia de EPP y el contagio del coronavirus, intensificó su aparición. El área de trabajo también fue un factor asociado, encontrándose mayores puntuaciones de estrés en áreas críticas como la UCI y sala de operaciones.

Alrawashdeh [4], resaltó como fuentes de agotamiento a la sobrecarga laboral (por mano de obra insuficiente), la incertidumbre sobre el curso de la pandemia (cambios en protocolos y roles operativos), equilibrio trabajo-familia desafiante y relaciones de trabajo tensas. Said [22], vio que los principales estresores fueron la carga de trabajo (98.6 %), trato con la muerte y miedo a morir (96.7 %) y el estigma (90.5 %). Por otro lado, Alnazly [3], encontró puntuaciones de estrés más bajas en aquellos que tomaron vacaciones durante los meses de pandemia ($p < .001$). El déficit de EPP fue marcado, sobre todo en los primeros meses del brote, al haber alta demanda y pobre abasto en los hospitales públicos. Alrawashdeh [4], también halló como fuentes de estrés a la falta

de EPP y el tener una prueba positiva para SARS-CoV-2; y Said [22] por otro lado, encontró estrés y discomfort asociado al empleo de estrictas medidas de bioprotección (95.2 %). En cuanto al área de trabajo, Caillet [6], nos hace recordar que el personal de la UCI ha tratado pacientes críticos y en fase aguda, con una alta tasa de morbi-mortalidad; la ardua labor al tratar de cumplir con este desafío intensificó los niveles de estrés, sumado a la necesidad de liberar camas hospitalarias ante la gran demanda de pacientes. Magnavita [13], reportó altos grados de estrés en médicos anestesiólogos intensivistas, relacionado a largas jornadas y a un desequilibrio entre alto esfuerzo y baja recompensa. El estrés laboral en sala de operaciones, también afectó a los médicos cirujanos; esta relación se discute más adelante en otro apartado.

El sexo, edad, estado civil, tipo de contrato, entre otras, no se comportaron como variables predictoras en el presente estudio. Sin embargo, trabajos como el de Alnazly [3], mostraron puntuaciones de estrés más altos en el sexo masculino ($p = .001$), en mayores de 40 años ($p < .001$), en casados ($p = .012$) y en personal de mayor experiencia ($p < .001$). Alrawashdeh [4], en cambio, encontró más relación con el sexo femenino. Por su parte, Magnavita [13], no encontró diferencias significativas en cuanto a edad y sexo, pero sí había mayor tendencia en mujeres y jóvenes.

Son múltiples los resultados de estos estudios y dependen mucho del lugar donde fueron realizados; sin embargo, se puede inferir que el miedo al COVID-19 fue un factor común para todos ellos, sobre todo en los primeros meses de pandemia donde el desconocimiento de la enfermedad y el no saber cómo enfrentarlo, condujo a preocupación, ansiedad y estrés. Por ejemplo, Monterrosa-Castro [18] encontró que más del 70 % de los encuestados manifestaron este miedo, el cual puede explicar el mayor estrés - encontrado en otros estudios - en personas casadas (por temor al contagio a sus propias familias), en personas mayores (al constituir un grupo más vulnerable) o en profesionales de menor experiencia (al no estar preparados para enfrentar crisis sanitarias o no poder manejar pacientes críti-

cos). Finalmente, es importante considerar que la falta de actividad física, meditación y otras actividades (producto del confinamiento en casa durante la cuarentena impuesta por el gobierno), el malestar psicológico, las experiencias insatisfactorias, el duelo al haber perdido algún familiar o amigo por coronavirus y los daños económicos secundarios al confinamiento; en su conjunto, afectan la resiliencia en cualquier individuo y lo predisponen a mayores niveles de estrés.

Relación de la satisfacción laboral con factores sociodemográficos y laborales

El segundo pilar de la presente investigación fue analizar la satisfacción laboral. Se encontró mejores niveles en personas de mayor edad y en los que habían recibido algún incentivo económico; y menores niveles con la presencia de estrés laboral. Así mismo, hubo mejores puntuaciones en áreas no críticas como emergencia y hospitalización (contrariamente al comportamiento de la misma variable con el *burnout*), y en aquellas personas que tenían un contrato laboral más estable.

Otros estudios, como el de Alrawashdeh [4], encontraron que la edad se asoció positivamente, no habiendo diferencia en relación al sexo. Esta relación es explicada por la mayor experiencia y madurez que permite un mejor afrontamiento a factores estresantes y una mejor apreciación del propio trabajo. Por el contrario, trabajar en hospitales muy cargados, salarios bajos y el sufrir de *burnout* implicó niveles bajos de satisfacción. Zhang [30], vio que a mayor edad había un impacto positivo sobre las horas de labor, en comparación con jóvenes. En este estudio no influyó el género, ni la educación, aunque la redistribución del personal a áreas diferentes sí la afectó. Por otro lado, Satitsky [23] vio niveles de satisfacción significativamente inferiores, relacionado a la falta de EPP.

Es importante mencionar que, a pesar de la asociación de las variables mencionadas, en su conjunto predecían un porcentaje bajo de la satisfacción laboral; lo cual indica que hay más factores (no considerados en el presente estudio), que predicen cuán satisfecha está una persona con su trabajo. Satitsky

[23], por ejemplo, encontró que el principal componente de satisfacción laboral estuvo relacionado a la realización personal, lo que significa que, a pesar de las condiciones de pandemia, los valores ocupacionales más importantes fueron sus logros personales, desafíos e interés en el trabajo, independencia en la práctica y desarrollo personal, lo que se vinculó a la sensación de haber brindado ayuda y un servicio de calidad a todos los pacientes. Yu [29], resalta niveles de satisfacción más altos incluso que en periodos prepandemia, explicando que esto se deba a que el arduo trabajo fue reconocido por la sociedad y sus necesidades fueron garantizadas por las políticas de su país. Entre estas se incluyen: la seguridad en el entorno laboral, materiales de protección, acceso al tratamiento, implementación de turnos y rotaciones, asesoramiento psicológico e introducción de políticas de recompensas. Así mismo, al asumir el gobierno todos los costos de tratamiento se alivió la economía familiar, lo que facilitó la cooperación y la confianza entre médicos y pacientes; y esta gratitud mejoró la realización profesional. Otros factores asociados a mayor satisfacción fueron la experiencia laboral, duración de la labor antiepídémica, duración del sueño diario, mayor nivel educativo y mayores habilidades profesionales para enfrentarse a una emergencia. Finalmente, Piotrowski [21], resalta que la rápida incorporación de nuevos procedimientos, la reubicación del personal y los pacientes, cambios estructurales y organizacionales, y la aparición del riesgo de enfermedad y muerte, impactaron negativamente, aunque la resiliencia fue un factor con influencia positiva.

Diferencias entre médicos y enfermeras

Yu [29] y Alnazly [3], tampoco encontraron diferencias, ya que durante la pandemia se formaron grupos temporales cuyo objetivo era el combate de esta enfermedad independiente de su título. Sin embargo, Tiete [25], vio que las enfermeras tenían síntomas de ansiedad más graves. Lai [12], encontró un porcentaje considerable de síntomas de depresión (50.4 %), ansiedad (44.6 %), insomnio (34%) y angustia (71.5 %) en ambos grupos siendo más severos en enfermeros y mujeres. Otros autores como Moncada [17] muestran todo lo contrario,

siendo los médicos los que presentaron puntuaciones más altas de *burnout*; esto fue justificado por las responsabilidades asociadas a su cargo que incluía toma de decisiones, gestión de recursos, alta presión laboral y pobre respuesta de sus demandas ante sus superiores o el Ministerio de Salud Nacional.

Burnout y satisfacción laboral en médicos

Se analizó a médicos de especialidades clínicas y quirúrgicas, dado que realizan diferentes actividades hospitalarias y el afronte a la pandemia no necesariamente fue el mismo. De igual manera, el grado de especialización, desde un médico general, a un residente hasta llegar a ser especialista, denota muchas diferencias en cuanto al nivel de habilidades médicas, conocimientos y experiencia profesional, factores que pueden mediar en el impacto de una crisis sanitaria tanto a nivel personal como profesional.

Se encontraron niveles más elevados de estrés asociados a la especialidad clínica, y esto se puede explicar por la distribución del personal, siendo los médicos quirúrgicos enviados sobre todo a áreas de hospitalización, y los clínicos a hospitalización, emergencia y unidades críticas (lugares que asociaron niveles de estrés más elevados). Los médicos con especialidades no relacionadas con enfermedades infecciosas como el COVID-19 (por ejemplo: dermatología, endocrinología, reumatología, etc.), dejaron de hacer sus actividades cotidianas, lo que se relacionó a mayor desgaste profesional y emocional. Los médicos de especialidades quirúrgicas también estuvieron expuestos a esta enfermedad y realizaron actividades muy similares e incluso, tuvieron que ejecutar procedimientos y cirugías, manteniendo mayor riesgo de contagio. Xu [28], encontró cifras de ansiedad, depresión y estrés significativamente más elevados en cirujanos en comparación con periodos pre brote. El estrés quirúrgico normal se incrementó al tratar de reducir la duración de las cirugías, sumado a la falta de ambientes con adecuados sistemas de ventilación, la prohibición del aire acondicionado, uso de doble guante y el tener que usar EPP incómodos que cubrían la totalidad del cuerpo, fuera de la vestimenta quirúrgica tradicional.

Se vio más tendencia a estrés en médicos residentes en comparación a especialistas. Los residentes se encuentran en una etapa de formación, lo cual demanda largas jornadas hospitalarias y múltiples responsabilidades, lo cual ya de por sí genera un mayor nivel de desgaste y agotamiento. Durante la pandemia fueron desplazados hacia áreas COVID-19, alejándose de sus actividades, dejando de ver pacientes propios de cada especialidad, y en caso de residentes quirúrgicos, no ser partícipes de cirugías que no fuesen de emergencia. Al-Jabir [2], resalta esta interrupción marcada de la formación, por lo cual, muchos lugares se han adaptado haciendo uso de herramientas virtuales, con el fin de continuar con actividades académicas. Sin embargo, estas pueden ayudar a la adquisición de conocimiento teóricos, pero no prácticos, siendo los más perjudicados los residentes quirúrgicos. El-Mouedden [8], hizo un estudio en estudiantes de medicina y médicos residentes, donde los participantes mencionaron a la interrupción de las actividades docentes, como una fuente de estrés más que como un alivio. Abati [1], encontró que un 40.5 % de los residentes clínicos creían que sus competencias no habían cambiado y un 40 % que habían mejorado frente al 19.5% que dijeron que habían empeorado. Al comparar residentes clínicos versus quirúrgicos, se vio que la percepción de mejora de competencias fue mayor en los clínicos (47.1% vs 20.7 %; $p < .001$). En cuanto a las competencias quirúrgicas, se vio que un 60.7 % indicaron que sus habilidades habían empeorado y un 36 % que no habían cambiado. Si bien es cierto, el presente estudio no hizo un análisis tan amplio en médicos residentes, las asociaciones estadísticas apoyan a que el impacto de la pandemia fue muy similar al de otras realidades, siendo los residentes un grupo vulnerable.

En cuanto a la satisfacción laboral, vimos una relación positiva para médicos especialistas en comparación con residentes, sin importar su especialidad, lo cual puede estar relacionado a menos horas de trabajo, menos turnos nocturnos, mayor edad, mayor experiencia, entre otras variables explicativas. Abati [1], encontró en residentes, que la satisfacción tuvo una reducción durante la

pandemia, de un 68.4 % a 45.8 %. Al comparar residentes clínicos y quirúrgicos, se vio una diferencia significativa (38 % vs 18 %, respectivamente) sin importar el año de residencia. Este estudio encontró, además, una reducción en la duración del sueño, estado de ánimo, calidad de las relaciones familiares y sociales, y en la satisfacción laboral durante la primera ola. Por lo tanto, se puede deducir un mayor riesgo de ansiedad, agotamiento e insatisfacción en residentes, sobre todo en aquellos con escaso acceso a medidas preventivas.

Recomendaciones y limitaciones

La pandemia COVID-19 afectó la salud mental del personal de salud, expresándose en niveles altos de *burnout*; a pesar de ello, se mantuvieron niveles regulares de satisfacción laboral. Aunque la evaluación de las variables estudiadas puede diferir en diversos contextos, la concordancia del presente estudio con trabajos internacionales indica que la pandemia trajo consigo una crisis que pasó fronteras.

Se sugiere establecer protocolos para el cuidado y atención de la salud mental del personal asistencial, haciendo hincapié en los trastornos relacionados al estrés, la ansiedad y la depresión, en especial en periodos de crisis sanitaria. A nivel nacional, optar por políticas que busquen mejorar las escalas salariales, eviten la sobrecarga laboral, creen mejores oportunidades y un entorno laboral saludable y seguro, fomenten el asesoramiento psicológico y la creación de protocolos claros y aplicables, para así, mejorar la satisfacción laboral.

Para finalizar, algunas de las limitaciones de este estudio están en su carácter transversal que impide hacer inferencias sobre la secuencia de eventos y no excluye la posibilidad de causalidad inversa. El trabajo se centra a un período corto, durante el cual los efectos crónicos de la pandemia no han tenido tiempo de manifestarse.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

El presente trabajo fue completamente autofinanciado.

Referencias

1. Abati E, Nelva Stellio L, Manini A, Moroni F, Azzalini L, Vilca LM. A cross-sectional survey study of the impact of COVID-19 pandemic on the training and quality of life of Italian medical residents in the Lombardy region. *Ann Med*. 2022;54(1):2326-39. PMID: 36001504 DOI: 10.1080/07853890.2022.2105392
2. Al-Jabir A, Kerwan A, Nicola M, Alsafi Z, Khan M, Sohrabi C, et al. Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 1. *Int J Surg*. 2020;79:168-79. PMID: 32407799 DOI: 10.1016/j.ijsu.2020.05.022
3. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS One*. 2021;16(3):e0247679. PMID: 33711026 DOI: 10.1371/journal.pone.0247679
4. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):811. PMID: 33906619 DOI: 10.1186/s12889-021-10897-4
5. Boada Llerena NA. Satisfacción laboral y su relación con el desempeño laboral de trabajadores operativos en una Pyme de servicios de seguridad peruana en 2018 [tesis de grado]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola - USIL; 2019. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/25c6743b-4f5e-46fd-a506-426c155f337a/content>
6. Cailliet A, Coste C, Sanchez R, Allaouchiche B. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39(6):717-22. PMID: 33007463 DOI: 10.1016/j.accpm.2020.08.006
7. Colegio Médico del Perú. Médicos con COVID-19 Positivo (autoreporte) [Internet]. Lima, Perú: CMP; 2021 [citado el 20 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/>
8. El Mouedden I, Hellemans C, Anthierens S, Michels NR, DeSmet A. Experiences of academic and professional burn-out in medical students and residents during first COVID-19 lockdown in Belgium: a mixed-method survey. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):631. PMID: 35986307 DOI: 10.1186/s12909-022-03694-z
9. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327-34. DOI: 10.17843/rpmesp.2020.372.5419
10. Jiménez Calderón AC. Satisfacción laboral y Salud mental en los profesionales de salud de primera y segunda línea durante el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 en el Hospital III Daniel Alcides Carrión - EsSalud, Tacna - 2020 [tesis de grado]. Tacna - Pe: Universidad Privada de Tacna - UPT; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1464/Jimenez-Calderon-Alexa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. PMID: 32035030 DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. PMID: 32202646 DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
13. Magnavita N, Soave PM, Ricciardi W, Antonelli M. Occupational Stress and Mental Health among Anesthetists during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8245. PMID: 33171618 DOI: 10.3390/ijerph17218245
14. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W. Measuring Burnout. En: *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being* [Internet]. 1 ed. New York; 2009 [citado el 20 de mayo del 2021]. pp. 86-108. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/46703718_Measuring_Burnout
15. Ministerio de Salud del Perú. Sala Situacional COVID-19 Perú [Internet]. Lima, Perú:

- MINSA. 2022 [citado el 16 de enero del 2022]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
16. Ministerio de Sanidad España. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid, España: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias - Ministerio de Sanidad España; 2020 [citado el 4 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>
 17. Moncada B, Suárez M, Duque L, Escobar K. Job stress in primary care medical and nursing personnel in the COVID-19 health emergency. *Perf.* 2021;25(1):13-23. DOI: 10.47187/perf.v1i25.109
 18. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB.* 2020; 23(2):214-32. DOI: 10.29375/01237047.3890
 19. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cien Trab.* 2017;19(58):59-63. DOI: 10.4067/S0718-24492017000100059
 20. Palma Carrillo S. Elaboración y validación de una Escala de Satisfacción Laboral SL-SPC para trabajadores de Lima metropolitana. *Teoría e Investigación en Psicología.* 1999;9(1):27-34.
 21. Piotrowski A, Sygit-Kowalkowska E, Boe O, Rawat S. Resilience, Occupational Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization among Nurses and Midwives during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(11):6826. PMID: 35682410 DOI: 10.3390/ijerph19116826
 22. Said RM, El-Shafei DA. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during COVID-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2021;28(7):8791-801. PMID: 33067794 DOI: 10.1007/s11356-020-11235-8
 23. Savitsky B, Radomislensky I, Hendel T. Nurses' occupational satisfaction during Covid-19 pandemic. *Appl Nurs Res.* 2021;59:151416. PMID: 33947510 DOI: 10.1016/j.apnr.2021.151416
 24. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic - A review. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102-19. PMID: 32339895 DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102119
 25. Tiete J, Guatteri M, Lachaux A, Matossian A, Hougardy JM, Loas G, et al. Mental Health Outcomes in Healthcare Workers in COVID-19 and Non-COVID-19 Care Units: A Cross-Sectional Survey in Belgium. *Front Psychol.* 2021;11:612241. PMID: 33469439 DOI: 10.3389/fpsyg.2020.612241
 26. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation reports [Internet]. 2022 [citado el 6 de enero del 2022]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
 27. World Health Organization (WHO). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [citado el 2 de junio del 2020]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
 28. Xu J, Xu QH, Wang CM, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* 2020;288:112955. PMID: 32302815 DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112955
 29. Yu X, Zhao Y, Li Y, Hu C, Xu H, Zhao X, et al. Factors Associated With Job Satisfaction of Frontline Medical Staff Fighting Against COVID-19: A Cross-Sectional Study in China. *Front Public Health.* 2020;8:426. PMID: 32850610 DOI: 10.3389/fpubh.2020.00426
 30. Zhang SX, Chen J, Afshar Jahanshahi A, Alvarez-Risco A, Dai H, Li J, et al. Succumbing to the COVID-19 Pandemic-Healthcare Workers Not Satisfied and Intend to Leave Their Jobs. *Int J Ment Health Addict.* 2022;20(2):956-65. PMID: 33437225 DOI: 10.1007/s11469-020-00418-6