



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A MADERO
CIUDAD DE MÉXICO

***“ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y
SÍNDROME DE BURNOUT, EN PERSONAL DE SALUD DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE
LA COVID 19”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. CLAUDIA MARGARITA LOREDO GALVÁN.

REGISTRO: 105.2022

ASESOR DE TESIS:
D. EN C. DANIEL LÓPEZ HERNÁNDEZ



CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT, EN PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID 19”.

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA MARGARITA LOREDO GALVÁN.

AUTORIZACIONES:


DR. LUIS DAVID SANTIBAÑEZ ESPINO
DIRECTOR DE CMF GUSTAVO A. MADERO ISSSTE.


DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA
CMF GUSTAVO A. MADERO ISSSTE.


DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CMF GUSTAVO A. MADERO ISSSTE.


D. EN C. DANIEL LÓPEZ HERNÁNDEZ
DIRECTOR DE TESIS

“ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME DE BURNOUT, EN PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID 19”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA MARGARITA LOREDO GALVÁN.

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



ÍNDICE GENERAL.

1. RESUMEN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
4.1 Pregunta de investigación	8
5. OBJETIVO	9
5.1 Objetivo general	9
5.2 Objetivos específicos	9
6. HIPOTESIS	10
7. MATERIAL Y METODOS	11
7.1 Tipo de estudio	11
7.2 Diseño de estudio	11
7.3 Universo de estudio	11
7.4 Tamaño de la muestra	11
7.5 Criterios de selección	12
7.6 Variables de estudio	13
7.7 Procedimiento	14
7.8 Aspectos éticos	14
7.9 Recursos humanos y materiales	16
8. ANALISIS ESTADISTICO	18
9. RESULTADOS	19
10. DISCUSIÓN	25
11. CONCLUSIÓN	27
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
13. ANEXOS	33

ÍNDICE DE TABLAS.

TABLA 1. Subescalas del Inventario de Burnout de Maslach.	5
TABLA 2. Interpretación del Inventario de Burnout de Maslach.	5
TABLA 3. Operacionalización de las variables de estudio.	13
TABLA 4. Características sociodemográficas de la población de estudio.	20
TABLA 5. Características sociodemográficas de la población con y sin Síndrome de Burnout.	21
TABLA 6. Análisis de correlación entre las subescalas del Inventario de Burnout de Maslach.	22
TABLA 7. Análisis de regresión lineal entre el instrumento de calidad de vida y las subescalas del Inventario de Burnout Maslach.	23
TABLA 8. Análisis de asociación entre el Síndrome de Burnout, la calidad de vida y características sociodemográficas.	24

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA 1. Distribución por sexo.	19
FIGURA 2. Síndrome de Burnout.	22

1. RESUMEN

Introducción. Durante la pandemia por la COVID-19 ha habido cambios o alteraciones psicológicas, estrés, problemas de salud y de otro tipo, en el personal de salud. Es posible percibir un incremento en el estrés laboral que puede incitar la aparición del síndrome de burnout y que este influya con su calidad de vida.

Objetivo. Estimar la asociación entre calidad de vida y el síndrome de burnout en el personal de salud de primer nivel de atención durante la actual pandemia de la COVID-19.

Material y métodos. Se realizó un estudio no experimental, exploratorio, analítico, transversal y prospectivo. Se aplicó el test de Burnout (MBI), SF-12 (cuestionario de calidad de vida asociada a la salud) y el cuestionario de calidad de vida (WHOQOL BREF), al personal de salud de primer nivel de atención. El cálculo de la asociación se realizó mediante modelos de regresión logística univariante.

Resultados. Se incluyeron a 92 trabajadores de la CMF Gustavo A. Madero, los cuales presentaron una media de edad de 45.82 ± 9.91 años. La población de estudio se caracterizó principalmente por personal de salud del sexo femenino, con un estado civil casado(a), con un nivel educativo de licenciatura y posgrado, personal médico, del turno matutino, la gran mayoría sin enfermedad de base, pero, con antecedente personal de infección previa por el virus SARS-CoV-2.

Conclusión. Se observó asociación entre el síndrome de Burnout con la calidad de vida; de los componentes de calidad de vida que asociaron como factores de protección fueron la subescala de apreciación de calidad de vida y el ambiente. El personal administrativo tiene un riesgo 5 veces mayor de presentar síndrome de burnout en comparación con el personal médico.

Palabras clave. Calidad de vida, salud mental, síndrome de burnout.

SUMMARY.

Introduction. During the COVID-19 pandemic there have been psychological changes or alterations, stress, health and other problems in health personnel. It is possible to perceive an increase in work stress that can incite the appearance of burnout syndrome and that this influences their quality of life.

Objectives. To estimate the association between quality of life and burnout syndrome in primary care health personnel during the current COVID-19 pandemic.

Material and methods. A non-experimental, exploratory, analytical, cross-sectional and prospective study was carried out. The Burnout test (MBI), SF-12 (health-related quality of life questionnaire) and the quality of life questionnaire (WHOQOL BREF) were applied to primary care health personnel. The association was calculated using univariate logistic regression models.

Results. 92 workers from the CMF Gustavo A. Madero were included, with a mean age of 45.82 ± 9.91 years. The study population was mainly characterized by female health personnel, with a married marital status, with an undergraduate and postgraduate educational level, medical personnel, from the morning shift, the vast majority without underlying disease, but, with a personal history of previous infection with the SARS-CoV-2 virus.

Conclusion. An association was observed between Burnout syndrome and quality of life; of the quality of life components that were associated as protective factors were the quality of life appreciation subscale and the environment. Administrative staff have a 5 times higher risk of presenting burnout syndrome compared to medical staff.

Keywords. Quality of life, mental health, burnout syndrome.

2. MARCO TEÓRICO

La pandemia por la COVID-19 inició en marzo del 2020 y desde esa fecha hasta los primeros días de mayo del 2022 se han reportado más de 516, 476,000 casos y 6, 258,000 defunciones a nivel mundial. Mientras que en México el reporte oficial señala más de 5, 745,000 y 324,465 muertes ⁽¹⁾.

La enfermedad por la COVID-19 se debe al Coronavirus tipo 2 asociado al síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV2), el cual es un tipo de ARN virus; cuyas variantes patógenas hacia el ser humano se han asociado de manera directa con enfermedades del tracto respiratorio bajo, síndrome de distrés respiratorio, manifestaciones extra pulmonares e incluso cuadros letales ⁽²⁾.

Dentro de los coronavirus patógenos para el hombre se encuentran:

- SARS-CoV
- MERS-CoV
- SARS-CoV2

Este último virus es responsable de la actual pandemia, siendo el más virulento hasta ahora registrado. No tiene predilección por sexo o raza. Su infección se ve favorecida por un medio pro-inflamatorio y la expresión molecular del receptor de la enzima convertidora de angiotensina tipo 2 (ACE-2); razón por la cual todo ser humano está expuesto a la infección ⁽³⁾. Incluso se ha demostrado que a través de los conductos aéreos es posible generar condiciones de transmisión del virus SARS-CoV-2, lo cual ha afectado de manera directa a los trabajadores de la salud ⁽⁴⁾. Derivado de estas condiciones el personal de salud durante la pandemia presenta estrés, por riesgo de infección y muerte alta en el personal de salud ⁽⁵⁾.

Se ha reportado que el 10% de las personas contagiadas corresponden a personal de salud, desde enfermeras y médicos hasta trabajadores sociales o de apoyo administrativo ⁽⁶⁾. Siendo hasta el momento los más afectados los médicos

especialistas y los que se encuentran en formación ⁽⁷⁾. Además, el uso del equipo de protección y las medidas higiénicas favorecen problemas de salud dermatológica; así como, alteraciones psicológicas como estrés y ansiedad ⁽⁸⁾. A su vez, el uso prolongado de la mascarilla KN-95 puede generar cambios en el pH con tendencia a la acidosis respiratoria ⁽⁹⁻¹⁰⁾. En este contexto, los efectos de la pandemia por la COVID-19 se asocian al desarrollo de cambios o alteraciones psicológicas, estrés, problemas de salud y de otro tipo, en el personal de salud ⁽¹¹⁾. Con todo lo anterior, es posible percibir un incremento en el estrés laboral que puede incitar la aparición del síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout se caracteriza por tres esferas: agotamiento emocional, desvinculación afectiva (o despersonalización) y realización personal; su incidencia antes de la pandemia oscila entre 16 a 56% ^(12, 13). Por otra parte, en el personal de salud, se ha reportado un aumento del 23.1% en la incidencia de ansiedad y de 24.7% la de estrés, durante la pandemia ⁽¹¹⁾. La incidencia del síndrome de Burnout, ansiedad y estrés, durante la pandemia, reportadas en población abierta son del 44.8, 53.2 y 25.4%, respectivamente, lo que incluye al personal que labora en farmacias ⁽¹⁴⁾. Además, más del 90% del personal de salud ha presentado algún nivel (bajo, medio o alto) del síndrome de Burnout, durante la pandemia ^(15, 16).

El desarrollo del síndrome de Burnout se relaciona con cambios en respuestas emocionales y psicológicas ⁽¹⁷⁾. Asimismo, la esfera relacionada al agotamiento emocional se ha relacionado con alteraciones en la calidad de vida en el personal de salud; esto determinado por factores ambientales y condiciones laborales o bien por una insatisfacción laboral y/o con el desarrollo familiar ⁽¹⁸⁾.

El inventario Burnout de Maslach (MBI), es el principal instrumento de evaluación para detectar síndrome de Burnout, en diferentes escenarios, incluido personal de salud, durante la pandemia de la COVID-19 ^(15, 21). Este instrumento consta de 22 elementos con respuestas tipo Likert, que nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad, éstas se dividen en 7 opciones, calificadas de 0-6; cada uno

de los elementos hace referencia a las tres esferas del síndrome de burnout. Tiene un coeficiente de consistencia interna de 0.81, y un alfa de Cronbach de 0.85⁽²²⁾ por lo que lo hace una prueba consistente en sus respuestas para los objetivos de esta tesis. La calificación del cuestionario se da mediante la sumatoria de los valores de cada esfera y se interpreta de la siguiente manera (tablas 1 y 2)⁽²³⁾:

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

Fuente: Rosales Ricardo, Yury, & Cobos Valdes, Dailín. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 313-318.

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

(*) Síntomas de síndrome de burnout.

Fuente: Rosales Ricardo, Yury, & Cobos Valdes, Dailín. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(225), 313-318.

Por otro lado, el síndrome de Burnout se relaciona de manera directa con otras alteraciones como la calidad de vida con o sin asociación a la salud. Para la valoración de ello se presentan instrumentos como el Short-Form-12 (SF-12), el cual se compone de 12 preguntas tipo Likert con hasta 6 opciones de respuesta por pregunta; su interpretación es simple, ya que se da mediante la sumatoria de las respuestas teniendo un punto de corte de 50^(24, 25).

Por lo que, un puntaje superior a 50 indican un mejor estado de salud y percepción de calidad de vida; el instrumento SF-12 presenta un alfa de Cronbach de 0.7.^(24, 25)

Mientras que la calidad de vida de manera directa se puede evaluar mediante el instrumento WHOQOL-BREF, que genera mediante 26 preguntas un perfil de la calidad de vida sobre el aspecto de salud física, psicológica, relaciones sociales y

medio ambiente, cada pregunta es de tipo Likert con 5 posibles respuestas; el cual permite evaluar las percepciones del individuo sobre su vida basándose en las últimas dos semanas ⁽²⁶⁾.

El cuestionario WHOQOL-BREF centra sus evaluaciones en salud física (7 reactivos), salud psicológica (6 reactivos), ambiente (8 reactivos) y relaciones sociales (3 reactivos). Su calificación se obtiene mediante la sumatoria del puntaje de las respuestas, teniendo que a mayor puntaje es mejor la calidad de vida ⁽²⁷⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

La pandemia de la COVID-19 es una infección de carácter mundial que ha afectado a millones de personas y con una tasa de mortalidad considerable. La aparición de dicha pandemia impuso cambios importantes y rápidos en la atención médica, obligando al personal de salud a generar cambios en la atención, como consecuencia de los riesgos de contagio, severidad de los problemas de salud, facilidad de contagio, entre otros. Por estas causas el personal de salud se somete a estrés importante por el riesgo a su salud y su vida que conllevaba la práctica médica. De ahí que con el presente estudio se pretende identificar el impacto en la calidad de vida y el agotamiento físico.

Esto permitirá identificar las necesidades del personal de salud para iniciar un proceso de recuperación y mejora de su calidad de vida. Manteniendo al trabajador de la salud en una mejora de calidad de vida y de atención médica.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El personal de salud de manera general presenta una tendencia natural a desarrollar síndrome de Burnout con alteraciones en la calidad de vida debido a la naturaleza e intensidad del trabajo con las condiciones ambientales. Aunado a las condiciones generadas por la pandemia, aumentando la incidencia y prevalencia de síndrome de Burnout y por ende alteraciones en la calidad de vida.

Sin embargo, la pandemia no ha sido un desarrollo lineal, ha tenido incrementos en su incidencia y cambios. En la actualidad estamos ante un nuevo cambio en la situación de la pandemia por lo que el desarrollo y condiciones de la salud mental también estarán en constante cambio.

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida y el síndrome de Burnout en el personal de salud de primer nivel de atención durante la pandemia de la COVID-19?

5. OBJETIVO

5.1 Objetivo general

Estimar la asociación entre calidad de vida y el síndrome de Burnout en el personal de salud de primer nivel de atención durante la actual pandemia de la COVID-19.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas del personal de salud del primer nivel de atención.
- 2) Estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención.
- 3) Describir los componentes de la calidad de vida en el personal de salud del primer nivel de atención.
- 4) Estimar la razón de momios cruda asociada entre la calidad de vida y el síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención.

7. HIPÓTESIS

Ha: Existe asociación entre calidad de vida y el síndrome de Burnout en el personal de salud de primer nivel de atención.

Ho: No existe asociación entre calidad de vida y el síndrome de Burnout en el personal de salud de primer nivel de atención.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio no experimental

7.2 Diseño de estudio

Estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo y transversal.

7.3 Universo de estudio

Se estudió el personal de salud del primer nivel de atención de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero.

7.4 Tamaño de la muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico censal. En el cual se incluyeron todos los trabajadores de atención a la salud del primer nivel de atención. Por lo que no es necesario realizar un cálculo de tamaño de muestra.

7.5 Criterios de selección

Criterio de selección

- Personal adscrita a la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero.
- Personal calificado como personal de salud.

Criterios de exclusión

- Personal rotante en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero.
- Estudiantes de pregrado del área de la salud.

Criterios de eliminación

- Expedientes llenados de manera incompleta.

7.6 Variables de estudio

La definición operacional de las variables de estudio se describe en la tabla 3.

Tabla 3. Operacionalización de las variables de estudio.				
Variable	Definición operacional	Definición metodología	Tipo de Variable	Unidad de medica
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la valoración	Se obtendrá de entrevista directa	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Características de la función biológica de los órganos sexuales al nacimiento	Se obtendrá de entrevista directa	Cualitativa nominal	-Hombre .Mujer
Turno	Esquema laboral de horario de trabajo	Se obtendrá de entrevista directa	Cualitativa ordinal	-Matutino -Vespertino
Profesión o cargo	Puesto ejercido dentro del Centro Medico Familiar con base a su asignación o profesión	Se obtendrá de entrevista directa	Cualitativa nominal	-Medico -Enfermera -Trabajo social -Asistente medico -Laboratorio -Apoyo
Síndrome de Burnout	Reacción excesiva al estrés laboral. Se considera Síndrome de Burnout cuando se encuentran los valores indicativos con las tres subescalas presentes.	Se evaluó mediante la aplicación del instrumento MBI	Cualitativa ordinal	-Cansancio emocional (>26) - Despersonalización (>9) -Realización personal (<34)
Calidad de vida en relación con la salud	Preocupación por mejorar y modificar las condiciones de vida en tomo a la salud	Se evaluara mediante la aplicación del instrumento SF-12	Cualitativa nominal	>50 mejor estado de salud <50 peor estado de salud
Calidad de vida	Preocupación por mejorar y modificar las condiciones de vida	Se evaluara mediante el instrumento WHOQOL BREF	Cuantitativa discreta	Sin unidad

Fuente: Elaboración propia.

7.7 Procedimiento

El presente proyecto fue sometido a valoración por el comité de ética local; una vez aprobado se procedió a solicitar autorización a las autoridades locales para la aplicación del presente protocolo y las facilidades necesarias (aula u oficina de aplicación de los instrumentos)

Se invitó a participar de manera voluntaria a todo el personal de salud de la CMF Gustavo A. Madero, atendidos de manera individual en un espacio destinado para ello. La atención y evaluación se realizó aislada de cualquier ruido y de estímulos. La realización de la evaluación no influyó o afectó el desarrollo de sus actividades laborales.

A cada persona se le explicó en qué consistía su participación, haciendo énfasis que su participación era voluntaria, su decisión o abstención no afectó su trabajo y los resultados son confidenciales. Posteriormente, dentro de las encuestas se encontraba el consentimiento informado sobre su participación.

Tras aceptar y dar su consentimiento se les invitó a contestar o llenar de manera auto aplicado el instrumento SF-12, MBI y WHOQOL-BREF. Con la información recabada se conformó una base de datos en Microsoft® Excel, misma que se empleó para el análisis estadístico y conformación de una tesis.

7.8 Aspectos éticos

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial marca recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos, adoptadas por la 18ª. Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29ª. Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª. Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª. Asamblea Médica Mundial Hong Kong en septiembre

de 1989. El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. Como puntos importantes se hace referencia a:

- El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.
- Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles.
- Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.
- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.
- En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacen imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

El presente estudio requiere consentimiento informado al trabajar con seres humanos; acorde a la Ley General de Salud se considera un estudio de riesgo menor al mínimo. Debido a que, no se realizará ninguna intervención biológica, física o psicológica, al trabajar con humanos, se dio a firmar el consentimiento informado; este protocolo fue presentado al Comité Local de Investigación para su aprobación.

Los datos de cada participante guardarán todo principio de confidencialidad, sin identificar a ningún individuo en la divulgación de resultados.

7.9 Recursos humanos y materiales

Recursos Físicos.

La recolección de datos se realizará en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero

Recursos Humanos.

La realización del estudio estará a cargo del Residente de Claudia Margarita Loredo Galván, residente de tercer año de medicina familiar.

Recursos Materiales.

Se cuenta con 1 computadora.

Recursos Financieros.

Al no requerir ningún procedimiento especial o técnica de laboratorio, no se generó ningún costo adicional para el desarrollo del presente proyecto. Adicionalmente, la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero no invirtió en ningún procedimiento adicional a los participantes; y no requerirá ningún costo adicional. Se cuenta con la factibilidad de recabar el total de la muestra estimada.

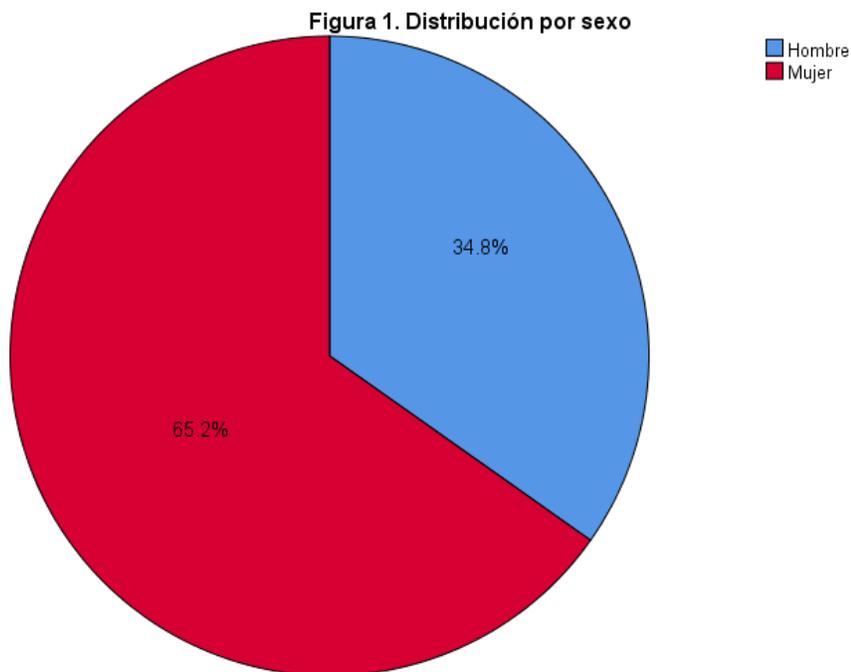
8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa IBM SPSS v. 25 (USA). Para la presentación de los resultados se emplean tablas y gráficos. Las variables de tipo cualitativo se analizaron mediante frecuencias y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas se revisaron mediante medidas de tendencia central. La distribución de la población se estudió mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Se realizó un análisis descriptivo entre los datos estudiados. El cálculo de la asociación se realizó mediante modelos de regresión logística univariante. Se consideró como resultado significativo un valor de probabilidad <0.05 .

9. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron a 92 trabajadores de la CMF Gustavo A. Madero, los cuales presentaron una media de edad de 45.82 ± 9.91 años con una distribución paramétrica (normal) por prueba de Kolmogórov-Smirnov ($p=0.2$). Además de presentar una mayor frecuencia de trabajadoras ($n=60$) en comparación con sus similares hombres ($n=32$) (Figura 1).

Figura 1. Distribución por sexo.



Las características sociodemográficas de la población de estudio se presentan en la tabla 4. Como puede verse en la tabla, la población de estudio se caracterizó principalmente por personal de salud del sexo femenino, personal con un estado civil de casado(a), con un nivel educativo de licenciatura y posgrado, principalmente personal médico, del turno matutino, con un único empleo; la gran mayoría sin enfermedad de base, pero, con antecedente personal de infección previa por el virus SARS-CoV-2, o contar con un familiar previamente infectado por el mismo virus (tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas de la población de estudio.		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Estado civil		
Divorciado	13	14.1%
Soltero	29	31.5%
Unión libre	15	16.3%
Viudez	2	2.2%
Grado de estudios		
Medio	28	30.4%
Universitarias	32	34.8%
Posgrado	32	34.8%
Área de trabajo		
Administrativo	25	27.2%
Área médica y paramédica	40	43.5%
Cuerpo de gobierno	4	4.3%
Enfermería	23	25%
Horario laboral		
Matutino	50	54.3%
Mixto/tiempo completo	20	21.7%
Vespertino	22	23.9%
Número de empleados		
1	64	69.6%
2	22	23.9%
3	6	6.5%
Enfermedades de base		
Si	43	46.7%
No	49	53.3%
Antecedente personal de COVID		
Si	47	51.1%
No	45	48.9%
Familiar con COVID		
Si	74	80.4%
No	18	19.6%

Fuente: Elaboración propia. Los valores p se calcularon mediante el estadístico Chi cuadrado corregido de Yates. No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa.

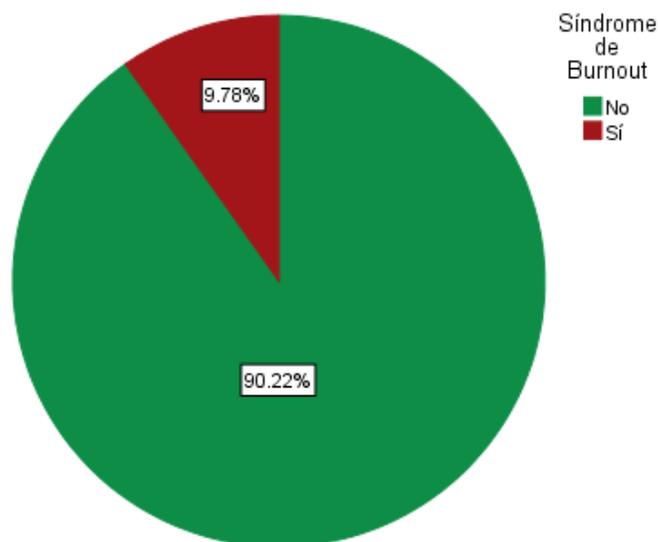
Por otra parte, no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas del personal de salud que presenta síndrome de Burnout en comparación con sus similares sin síndrome de Burnout (tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas de la población con y sin Síndrome de Burnout.		
Variables	Sin Síndrome de Burnout (n= 83) n; %, (IC 95%)	Con Síndrome de Burnout (n= 9) n; %, (IC 95%)
Sexo		
Mujer	55; 66.27, (56.63-75.9)	5; 55.56, (22.22-88.89)
Hombre	28; 33.73, (24.1-43.37)	4; 44.44, (11.11-77.78)
Casado y en unión libre		
No	41; 49.4, (38.6-60.2)	3; 33.3, (0-66.7)
Sí	42; 50.6, (39.8-61.4)	6; 66.7, (33.3-100)
Servicio		
Médico	40; 48.2, (37.3-59)	2; 22.2, (0-44.4)
Enfermería	22; 26.5, (16.9-36.1)	1; 11.1, (0-33.3)
Administrativo	21; 25.3, (16.9-34.9)	6; 66.7, (33.3-100)
Horario		
Matutino	46; 55.4, (44.6-66.3)	4; 44.4, (11.1-77.8)
Vespertino y mixto	37; 44.6, (33.7-55.4)	5; 55.6, (22.2-88.9)
Número de empleos		
1	59; 71.1, (61.4-80.7)	7; 77.8, (44.4-100)
2	21; 25.3, (16.9-34.9)	1; 11.1, (0-33.3)
3	3; 3.6, (0-8.4)	1; 11.1, (0-33.3)
Antecedente personal de COVID-19		
No	41; 49.4, (38.6-60.2)	4; 44.4, (11.1-77.8)
Sí	42; 50.6, (39.8-61.4)	5; 55.6, (22.2-88.9)
Familiar con COVID-19		
No	17; 20.5, (12-30.1)	1; 11.1, (0-33.3)
Sí	66; 79.5, (69.9-88)	8; 88.9, (66.7-100)

Fuente: Elaboración propia. Los valores p se calcularon mediante el estadístico Chi cuadrado corregido de Yates. No se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Se observó una baja prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de salud (Figura 2); principalmente en personal administrativo (tabla 5).

Figura 2. Síndrome de Burnout.



En cuanto a la evaluación de la calidad de vida se encontró en el instrumento WHOQOL-BREF un valor medio de 88.23 ± 15.01 que representa una calidad de vida con tendencia a lo alto; mientras que en la escala SF-12 mostro una media de 31.51 ± 2.94 . Se realizó un análisis de correlación de Pearson para evaluar la correlación entre los datos de Burnout y la calidad de vida (tabla 5).

Tabla 6. Análisis de correlación entre las subescalas del inventario de Burnout de Maslach.

Instrumento / Subescalas.	Puntaje Cansancio Emocional.	Puntaje Realización Personal.	Puntaje Despersonalización .
Puntaje total del instrumento de calidad de vida.	-0.350**	0.392**	-0.274**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). El coeficiente de correlación se calculó mediante el estadístico de correlación de Pearson. Fuente: Elaboración propia.

Se observó una correlación inversamente proporcional entre la calidad de vida y las subescalas de despersonalización y cansancio emocional. Al contrario, se observó una correlación directamente proporcional entre la calidad de vida y la subescala de realización personal.

Asimismo, se observó una asociación entre los puntajes de las subescalas de cansancio emocional y despersonalización del inventario de Burnout Maslach con el puntaje total del instrumento de calidad de vida de WHOQOL-BREF (tabla 6).

Tabla 7. Análisis de regresión lineal entre el instrumento de calidad de vida y las subescalas del inventario de Burnout Maslach.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Límite inferior	Límite superior	Valor p
	B	Error típ.	Beta				
Subescala de cansancio emocional.							
(Constante)	38.182	6.993		5.460	24.288	52.075	<0.001
Puntaje total. Calidad de vida.	-0.148	0.042	-0.350	-3.544	-0.231	-0.065	0.001
Subescala de realización personal.							
(Constante)	-0.399	6.809		-0.059	-13.926	13.128	0.953
Puntaje total. Calidad de vida.	0.164	0.041	0.392	4.041	0.084	0.245	<0.001
Subescala de despersonalización.							
(Constante)	16.275	3.917		4.155	8.494	24.057	<0.001
Puntaje total. Calidad de vida	-0.063	0.023	-0.274	-2.699	-0.110	-0.017	0.008

Coefficientes (a) a. Variable dependiente: Puntaje Cansancio Emocional. Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la tabla 6, por cada incremento de una unidad en el puntaje de la subescala de cansancio emocional se disminuye 0.148 unidades el valor total del puntaje sobre la calidad de vida. De manera similar, se observa una disminución en el puntaje total de la calidad de vida de 0.063 unidades por cada aumento de una unidad en la subescala de despersonalización.

Por otra parte, se observó una asociación inversamente proporcional entre el síndrome de Burnout y la calidad de vida (tabla 7). Específicamente, las subescalas de apreciación de calidad de vida, y ambiente del instrumento WHOQOL-BREF, presentaron dicha asociación; a mayor puntaje de apreciación sobre la calidad de vida y sobre la subescala de ambiente (en relación al entorno) menor probabilidad de presentar síndrome de Burnout.

Tabla 8. Análisis de asociación entre el síndrome de burnout, la calidad de vida y características sociodemográficas.

Subescalas	B	OR	IC 95%	Valor p
Escala completa	-0.034	0.966	0.939-0.995	0.021
Subescala apreciación de calidad de vida	-1.049	0.350	0.163-0.752	0.007
Subescala de Salud Física	0.006	1.006	0.82-1.235	0.953
Subescala Salud Psicológica	-0.101	0.904	0.759-1.076	0.255
Subescala Ambiente	-0.164	0.848	0.754-0.954	0.006
Subescala Relaciones Sociales	-0.305	0.737	0.542-1.003	0.052
Edad	0.000	1.000	0.932-1.072	0.990
Número de trabajos	0.026	1.026	0.300-3.516	0.967
Sexo				
Mujer		Referencia		
Hombre	0.452	1.571	0.391-6.317	0.524
Estado civil				
Personas solteras, separadas, viudas y divorciadas.		Referencia		
Casado y en unión libre	0.669	1.952	0.457-8.333	0.366
Servicio de adscripción				
Médico		Referencia		
Enfermería	-0.095	0.909	0.078-10.600	0.939
Administrativo	1.743	5.714	1.059-30.821	0.043
Horario				
Matutino		Referencia		
Vespertino y mixto	0.373	1.453	0.363-5.811	0.598
Infección previa de COVID-19				
No		Referencia		
Sí	0.199	1.220	0.306-4.867	0.778
Infección previa de COVID-19 en familiares				
No		Referencia		
Sí	0.723	2.061	0.241-17.621	0.509

Fuente: Elaboración propia. Modelos de regresión lineal y logística univariantes. Variable dependiente síndrome de burnout.

10. DISCUSIÓN

Desde hace ya unos años se ha reportado en el área de salud un incremento en la población femenina sobre el género masculino, esto casi siempre a expensas del personal médico y de enfermería. Dicha observación se mantiene en nuestro estudio donde se observa una población mayormente femenina ⁽²⁸⁾.

En relación a la calidad de vida, se ha señalado en estudios realizados en México, que las mujeres tenían un mayor nivel de calidad de vida, esto entre el personal de salud; sin embargo, dichas aseveraciones no han podido ser replicadas u observadas en el presente estudio ⁽²⁸⁾.

En cuanto a la aparición del síndrome de Burnout o el alto riesgo de padecerlo en la población del sector salud, este ha sido descrito previo a la pandemia como algo constante en dicha población y que es ajeno a las situaciones como cargo, educación, sexo o área laboral ⁽²⁹⁾. Esto es totalmente acorde a los hallazgos del presente estudio a excepción del área laboral, donde pudimos observar un mayor riesgo de síndrome de Burnout en personal administrativo. Por lo que, podemos especular que las tasas y predisposición al síndrome de Burnout que se encuentran usualmente en el personal de salud está asociado a las características de trabajo en si misma (intención de los derechohabientes, manejo de la salud y vida de terceros, alto grado de incertidumbre) ⁽¹³⁾. No obstante, la literatura indica que existe un nivel alto de rasgos del síndrome de Burnout en el personal de salud, y se ha reportado que el mismo se incrementó de manera considerable durante la parte álgida de la pandemia; esto asociado a las altas posibilidades de contagio que existían. ^(30, 31) Durante los puntos críticos de la pandemia por COVID-19 se observó que la prevalencia de síndrome Burnout podía alcanzar una prevalencia de hasta el 90%, lo cual fue diferente a lo observado en el presente estudio. ^(21, 32, 33)

Asimismo, se reportó una pérdida de la calidad de vida en las personas durante su confinamiento, lo cual incluso generaba una mayor ansiedad ⁽³⁴⁾. Con respecto al

personal de salud, se reportan estudios sobre la calidad de vida enfocados más a situaciones puntuales o específicas como los efectos en la salud del equipo de protección, la incomodidad del equipo de atención, separación de la familia por riesgo de contagio o situaciones similares ^(35, 36). Ya que previo a la pandemia la calidad de vida en el personal de salud se había asociado directamente a condiciones familiares y condiciones sociodemográficas; y no así a su desarrollo profesional en el área de salud ^(37,38). Por lo que, la baja prevalencia del síndrome de burnout, en la población trabajadora de la CMF Gustavo A. Madero, se podría explicar debido al declive de los casos de la COVID-19. No obstante, se demostró una asociación de protección significativa con dos componentes de la calidad de vida, lo cual hace sentido, ya que la disminución de los casos pudo también disminuir el estrés en el personal de salud ⁽³⁹⁾.

A su vez, no se encontró asociación entre el síndrome de Burnout con la presencia de antecedentes personales o familiares de infección previa por SARS-Cov-2 o de enfermedad de la COVID-19; lo cual es diferente respecto a lo que se esperaba previamente durante los estudios de las primeras olas de la pandemia donde se encontraba asociación entre la presencia de características de síndrome de burnout con antecedentes personales o familiares de presentar COVID-19. Esto sugiere que el eventual control de la pandemia de la COVID-19, y los cambios en su comportamiento epidemiológico expliquen la reducción en la prevalencia del síndrome de Burnout; incluso, con otras características asociadas en otros estudios. De ahí que podamos asumir que el control de la pandemia, también tenga un efecto psicológico positivo en el personal de salud del primer nivel de atención reduciendo su temor al contagio de manera paulatina.

11. CONCLUSIÓN

- ✓ Las principales características sociodemográficas del personal de salud del primer nivel de atención fueron: mujeres, personal casado, con un nivel educativo de licenciatura y posgrado, médico, del turno matutino, con un único empleo; la gran mayoría sin enfermedad de base, pero, con antecedente personal y familiar de infección previa por el virus SARS-CoV-2.
- ✓ Se observó una baja prevalencia (9.8%) del síndrome de Burnout en el personal de salud.
- ✓ Se observó un valor de calidad de vida alto.
- ✓ Se observó asociación entre el síndrome de Burnout con la calidad de vida; de los componentes de calidad de vida que asociaron como factores de protección fueron la subescala de apreciación de calidad de vida y el ambiente; a mayor puntaje de apreciación sobre la calidad de vida y sobre el ambiente menor probabilidad de presentar síndrome de Burnout. Por otro lado, se observó una asociación de riesgo para el personal administrativo, quienes tienen un riesgo 5 veces mayor de presentar síndrome de burnout en comparación con el personal médico.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. COVID-19. 2022.
2. Isler I D, Palma P V. (2021). Características de los coronavirus, origen del SARS-CoV-2, características estructurales, proteínas y factores de virulencia, variantes genéticas. *Rev Hosp Clin Univ Chile*, 97-106.
3. Bálint G, Vörös-Horváth B., & Széchenyi A. (2022) Omicron: increased transmissibility and decreased pathogenicity. *Signal Transduction and Target Therapy*, 7(1), 1-3.
4. Andrés, M., García, M. C., Fajardo, A., Grau, L., Pagespetit, L., Plasencia, V.,... & Bella, F. (2022). Nosocomial outbreak of COVID-19 in an internal medicine ward: probable airborne transmission. *Revista Clinica Espanola*.
5. Wan, K. S., Tok, P. S. K., Yoga Ratnam, K. K., Aziz, N., Isahak, M., Ahmad Zaki, R., ... & Said, M. A. (2021). Implementation of a COVID-19 surveillance programme for healthcare workers in a teaching hospital in an upper-middle-income country. *PloS one*, 16(4), e0249394.
6. Valero, N. (2020). La bioseguridad y el personal de salud: a propósito de la pandemia de COVID-19. *Enfermería investiga*, 5(3), 1-4.
7. La La Cruz-Vargas, D., & Jhony, A. (2020). Protegiendo al personal de la salud en la pandemia Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 173-174.
8. Erize-Herrera, J. A., García-Mireles, V., Uh-Sánchez, I., Felix-Téllez, F., Encarnación-Martínez, M., & Estrada-Aguilar, L. (2021). Manifestaciones dermatológicas en los profesionales de la salud asociadas al uso de equipo de protección personal para la atención de los pacientes con infección por COVID-19 en los hospitales del área metropolitana de la ciudad de México. *Piel*, 36(8), 510-515.
9. Romero Cabrera, A. B., & Lindo Cavero, A. K. (2021). Disponibilidad de equipo de protección personal adecuado y su asociación con síntomas depresivos, ansiosos y estrés en trabajadores de dos hospitales nacionales ESSALUD durante la pandemia de Covid-19.

10. Shechtman, L., Ben-Haim, G., Ben-Zvi, I., Steel, L., Ironi, A., Huszti, E., & Levy, L. (2022). Physiological effects of wearing N95 respirator on medical staff during prolong work hours in Covid-19 departments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 64(6), e378-e380.
11. Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 327-334.
12. Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., ... & Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM perspectives*.
13. Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75-80.
14. Samir Al Kudsi Z, Hany Mohamed Mostafa Kamel N, El-Awaisi A, Shraim M, Saffouh El Hajj M. Mental Health Problems, Burnout and Resilience in Community Pharmacists during the COVID-19 Pandemic: a Cross-Sectional Study. *Saudi Pharm J*. 2022 Apr 30. doi: 10.1016/j.jsps.2022.04.015. Epub ahead of print. PMID: 35529886; PMCID: PMC9056066.
15. Veloz, A. F. V., Pachacama, N. R. A., Segovia, C. M. M., Veloz, E. C. T., & Veloz, M. F. V. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo Científico Médico*, 25(2).
16. Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2.
17. Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
18. Pedraza, I. M. C., Torres, F. C., Chávez, E. P. V., & Shaikh, J. J. G. (2017). Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en el personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes psicológicos*, 17(1), 87-105.

19. Contreras, F., Juárez, F., & Murrain, E. (2010). Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento. *Pensamiento psicológico*, 4(11).
20. Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V., & del Carmen Pérez, M. (2013). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*, 9(16), 7-21.
21. Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D. P., Tapia-Veloz, E. C., & Vinueza-Veloz, M. F. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19.
22. García-Figueroa, M. E., Yslado-Méndez, R. M., & Ramírez-Asís, E. H. (2021). Propiedades psicométricas del cuestionario burnout para profesores universitarios en una muestra peruana. *Archivos de Medicina (Col)*, 21(2), 425-435.
23. Olivares, V., Gil-Monte, P., Montaña, R., Barrera, R., & Fredes, D. (2018). Figueiredo-Ferraz, H. Evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT) en profesionales de servicios. *Interciencia*, 43, 417-424.
24. Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A., & Jerez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud pública*, 12, 807-819.
25. Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina clínica*, 130(19), 726-735.
26. Cardona-Arias, J. A., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 175-189.
27. Huerta, J. A. L., Romo, R. A. G., & Tayabas, J. M. T. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(44), 105-115.

28. González Baltazar, R., Hidalgo Santacruz, G., CORTÉS, S., Contreras Estrada, M. I., Aldrete Rodríguez, M. G., Hidalgo González, B. J., & Barrera Vega, J. A. (2015). Relación entre género y calidad de vida laboral en profesionales de salud. *Psicogente*, 18(33), 52-65.
29. Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W., & Navarrete-Saravia, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
30. Arias Gallegos, W. L., Muñoz del Carpio Toia, A., Delgado Montesinos, Y., Ortiz Puma, M., & Quispe Villanueva, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(249), 331-344.
31. Hernández-García, Tirso J. (2018). Burnout en médicos de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 15(2), 161-172.
32. Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(4), 432-439.
33. Urgilés Urgilés, S. (2020). Síndrome de burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia covid-19 en un hospital de Quito.
34. Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science*, 18.
35. Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., & Zhu, C. (2020). Stress, burnout, and coping strategies of frontline nurses during the COVID-19 epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in psychiatry*, 1154.
36. Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fé Brás, M., & Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, 30(5), 1389-1405.
37. Daye, M., Cihan, F. G., & Durduran, Y. (2020). Evaluation of skin problems and dermatology life quality index in health care workers who use personal

protection measures during COVID-19 pandemic. *Dermatologic therapy*, 33(6), e14346.

38. Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., & Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), e01837.

39. Vilca Zelada, J. (2018). *Calidad de vida laboral del personal de salud de una institución pública, según sus características ocupacionales*, Lima 2018.

13. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

"Estudio de asociación entre calidad de vida y síndrome de burnout, en personal de salud del primer nivel de atención durante la pandemia de la COVID 19"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente protocolo de investigación, realizado por la Dra. Claudia M. Loredo Galván, es una investigación en la cual se protegen los datos personales y serán utilizados únicamente para fines estadísticos, a continuación se describen los puntos éticos a considerar:

- a) El objetivo del presente protocolo consiste en evaluar la asociación entre calidad de vida y síndrome de burnout en el personal de salud del primer nivel de atención durante la pandemia de la COVID 19.
- b) Beneficios: los principales beneficios para el personal de salud serán el detectar de manera oportuna el síndrome de burnout.
- c) Riesgos: la presente investigación no presenta ningún riesgo contra la salud e integridad del trabajador.

Ante lo cual:

- a) Los datos obtenidos durante la investigación serán tratados con confidencialidad y con fines de investigación.
- b) Los resultados obtenidos solo serán presentados antes miembros del jurado y colaboradores de la investigación.
- c) Los resultados obtenidos durante la investigación podrán ser publicados por la Dra. Claudia M. Loredo Galván para fines académicos y de investigación.
- e) Se procurará el bienestar del encuestado bajo los principios de beneficencia y no maleficencia.



claudet90@gmail.com (no compartidos) [Cambiar de cuenta](#)



Anexo 2. Inventario burnout de Maslach (MBI).

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS (MP)) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: _____ Sexo/género: _____

Área de trabajo: _____ Tiempo de trabajo: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 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

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

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

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

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

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

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

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

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

Anexo 4. Cuestionario de Salud Short-Form-12 (SF-12).

1. GH1 En general, ud diría que su salud es:	1	2	3	4	5	R
	○	○	○	○	○	
	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
I. Su salud actual, ¿Lo(a) limita para realizar estas actividades, si es así? ¿cuánto?			1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3 No, no me limita nada	
2. PF02 Esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de una hora			○	○	○	
3. PF04 Subir varios pisos por la escalera			○	○	○	
II. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?				1 Sí	2 No	
4. RP2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?				○	○	
5. RP3 ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?				○	○	
III. Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?				1 Sí	2 No	
6. RE2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?				○	○	
7. RE3 No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre				○	○	
8. BP2 Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?						R
	1	2	3	4	5	
	○	○	○	○	○	
	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
IV. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...						
	1	2	3	4	5	6
	○	○	○	○	○	○
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. MH3. Se sintió calmado(a) y tranquilo(a)?	○	○	○	○	○	○
10. VT2 Tuvo mucha energía?	○	○	○	○	○	○
11. MH4 Se sintió desanimado(a) y triste	○	○	○	○	○	○
SF2 Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales? (como visitar a los amigos o familiares)						
	1	2	3	4	5	6
	○	○	○	○	○	○
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca