



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE LA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JIMENA LANDGRAVE LUNA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR. MATRÍCULA: 97376257
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 161
TEL: 5515201763 EXT. 21705. SIN FAX.
EMAIL: jime_landgrave@hotmail.com

PAUL GONZALO VÁZQUEZ PATRÓN

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ADSCRITO A UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA N. 161
MATRÍCULA: 99122480
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 161
TEL: 5515201763 EXT. 21705. SIN FAX.
EMAIL: paulecito@hotmail.com

INDIRA ROCÍO MENDIOLA PASTRANA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N. 8
"DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO" MATRÍCULA: 99126743
TEL: 2222395398, FAX: SIN FAX
EMAIL: dramendiolapastrana@gmail.com

ROSARIO LITA MORALES

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA. MATRÍCULA: 98373890
ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 161
TEL: 5559643168, FAX: SIN FAX
EMAIL: aldard25@hotmail.com

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2022.



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.

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL
SÍNDROME DE BURN OUT EN EL EQUIPO
AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID 19

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA NO. 161
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

AUTORIZACIONES:

Dra. Dalila Huerta Vargas

Directora de la UMF 161 con UMAA

Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 161
con UMAA**

Dra. Irene Rojas Tamariz

Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar

Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón
Director de Tesis

Dra. Indira Rocío Mendiola Pastrana
Asesor metodológico de Tesis

Psi. Rosario Lita Morales
Asesor clínico de Tesis

Agradecimientos.

A mi familia, mis padres y mi hermana, quienes me apoyaron desde el inicio de esta carrera tan compleja y difícil de comprender, para que pudiera cumplir mi sueño, pero ¡vaya!, que difícil y duro ha sido el camino, no lo hubiera logrado sin ustedes. Estos logros son también de ustedes. Los amo.

A mi esposo, quien incondicionalmente me ha apoyado de una manera inimaginable durante mi trayectoria profesional y personal. Sin ti, hubiera sido más difícil el camino, gracias por tu amor y paciencia infinita. Te amo.

Índice	
Resumen.....	7
Introducción.....	8
Marco Teórico	9
Justificación.....	26
Planteamiento del problema.....	27
Objetivos	28
Objetivos generales	28
Objetivos específicos	28
Hipótesis.....	28
Material y métodos	29
Tipo de estudio	29
Diseño de la investigación.....	30
Población lugar y tiempo del estudio.....	31
Selección de muestra	31
Criterios de selección de la muestra:	32
Definición de variables	33
Diseño estadístico	36
Instrumentos de recolección de datos.....	37
Técnicas y procedimientos.....	38
Método de recolección.....	38
Sesgos	39
Cronograma de actividades.....	40
Aspectos éticos	42
Recursos y Financiamiento	48
Resultados, tablas y gráficas.....	49
Discusión de resultados	69
Conclusiones.....	71
Referencias	73
Anexos	80

Resumen.

Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en el equipo ampliado de salud durante la pandemia por Covid 19.

Jimena Landgrave Luna¹, Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Rosario Lita Morales⁴

1 .Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA N. 161. 3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Medicina Familiar N. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". 4. Licenciada en Psicología, Unidad de Medicina Familiar N. 161.

Antecedentes: El 11 de marzo del 2020, la OMS, calificó como pandemia a brote por Covid 19, generando un impacto mundial en el sector salud, económico y biopsicosocial.

Ante la pandemia, el personal de la salud ampliado se ha encontrado bajo largas jornadas de trabajo, expuestos potencialmente por su participación como primera línea de atención en unidades médicas; afectando su salud de distintas maneras. El síndrome de Burnout es característico y prevalece en profesiones de ayuda, como es el caso de los profesionales de salud. Este síndrome tiene mayor prevalencia en México, superando a países como Estado Unidos y China; como consecuencia puede perjudicar a los usuarios de los servicios de salud, a corto y largo plazo.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el equipo ampliado de salud durante la pandemia por Covid 19.

Material y métodos: Es un estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico. Se aplicó la encuesta Maslach y cuestionario de factores asociados a todo el personal de salud ampliado, adscrito a la UMF 161/UMAA.

Recursos e infraestructura: La presente investigación se realizará en la UMF 161/UMAA. Se utilizaron recursos humanos, materiales, físicos y financieros. Financiada por el investigador.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollar: Cada uno de los investigadores y colaboradores cuenta con amplia experiencia y formación en investigación, así como el manejo de herramientas para la misma, además de un vasto conocimiento e interés en el tema a estudiar. Se realizará de marzo 2020 al marzo de 2022.

Introducción

El personal de salud ampliado, frecuentemente se encuentra bajo múltiples condiciones de estrés, dependiendo del área de trabajo donde desempeñe sus actividades diarias, esto a consecuencia de la alta demanda que las instituciones de salud tienen por parte de los usuarios, afectando la salud de los trabajadores.

El síndrome de Burnout hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno, específicamente en el contexto laboral, y como consecuencia ciertas actitudes negativas de los trabajadores hacia los usuarios. Se caracteriza por: disminución de autorrealización personal, desgaste emocional y despersonalización, que como consecuencia genera un desempeño laboral no óptimo, así como síntomas físicos. Además, existen factores conocidos que predisponen al desarrollo del síndrome, por otro lado, también existen factores protectores para el mismo.

Si bien es conocido que el síndrome de Burnout prevalece en profesiones o actividades de ayuda o en contacto frecuente con personas, (quienes se encuentran bajo la responsabilidad del trabajador), durante la contingencia sanitaria ocasionada por virus SARS-CoV 2, tanto las instituciones de salud como el personal de salud ampliado, quienes son la primera línea de batalla, se han encontrado ante múltiples cambios y situaciones adversas, que como consecuencia, han impactado directamente en la salud física y mental de los trabajadores a nivel individual y social, repercutiendo en su labor profesional.

Con este estudio se pretende determinar la prevalencia del síndrome de Burnout asociado a la pandemia por Covid 19 en el personal de salud ampliado, así como los factores y características que podrían influenciar en el desarrollo y grado del síndrome.

Marco Teórico

Virus SARS-CoV 2 y Enfermedad por Covid 19.

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). Son un tipo de virus que se pueden contagiar de los animales a las personas, es decir, de transmisión zoonótica. En este caso, se trata del SARS-CoV2, el cual provoca la enfermedad llamada Covid 19, que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud el 11 de Marzo del 2020.(1) Estas infecciones suelen cursar con fiebre y síntomas respiratorios (tos y disnea) y en los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, incluso la muerte. (2)

Los primeros casos de Covid 19 se relacionaron con un mercado de animales vivos en Wuhan, China, lo que sugiere que el virus se transmitió inicialmente de los animales a los seres humanos. (3) El 31 de Diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notificó un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad, y se determinó que eran causados por un nuevo coronavirus, el 13 de Enero del mismo año, se confirma oficialmente un caso de Covid 19 en Tailandia, el primero registrado fuera de China, después, el 22 de Enero la misión de la OMS emite una declaración en la que se afirma que se ha demostrado la transmisión entre seres humanos en Wuhan; el 30 de Enero, la OMS señala la existencia de un total de 7,818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China y 82 en otros 18 países. (4)

El 28 de febrero del 2020, se reporta el primer caso de Covid 19 en México, se trataba de un residente de la Ciudad de México, quien provenía de un viaje de Italia, y el 18 de marzo del mismo año, se registra el primer fallecimiento secundario a esta enfermedad. Las primeras entidades en presentar casos fueron Sinaloa y la Ciudad de México. (5)

Salud Mental en la pandemia por Covid 19

La aparición de Covid 19 es considerado un fenómeno perturbador de tipo sanitario-ecológico, estos se originan por la acción patógena de agentes biológicos que afectan a la población, a los animales y a las cosechas, causando su muerte o la alteración en su salud. Las epidemias o plagas constituyen un desastre sanitario en el sentido estricto del término. En esta clasificación también se encuentra la contaminación del aire, agua, suelo y alimentos. Un fenómeno perturbador es un acontecimiento que puede impactar a un sistema afectable (población y entorno), así como transformar su estado normal, con daños que pueden llegar al grado de desastre. (6)

El personal de salud, quienes se encuentran potencialmente en constantes situaciones de estrés, más de lo habitual, existen múltiples factores en el ámbito laboral y no laboral que pueden afectar a la salud física y mental, exacerbándose o debutando principalmente durante la actual situación traumática de la pandemia por Covid 19, y también ésta como estresor; si el individuo no cuenta con las características y recursos necesarios para lograr una homeostasis, generará una respuesta negativa, afectando su salud, incluyendo alteraciones en la salud mental, manifestándose de múltiples maneras, siendo las más comunes: ansiedad, depresión, adicciones, violencia, mala calidad del sueño y síndrome de Burnout, además, se pueden desencadenar enfermedades no mentales, o agravar enfermedades preexistentes, incluyendo alteraciones en las esferas biopsicosocial. La salud mental es un sistema biológico que requiere de homeostasis (equilibrio), ya que ante la presencia de perturbación en el equilibrio en cualquiera de las esferas (biopsicosocial) se presentan condiciones como estrés, el cual no es del todo “malo” o negativo, ya que es una forma de adaptación del individuo ante una amenaza para su supervivencia. El estrés es indispensable para generar cambios y desarrollo de los individuos; sin embargo, cuando el estrés es constante y por periodos prolongados, puede ocasionar o agravar patologías mentales y no mentales.(7)

Es importante mencionar que el estrés que permite desarrollar habilidades se denomina eustrés, es decir, estrés positivo, y el estrés que paraliza y que lleva al colapso se denomina distrés, es decir, estrés negativo(7), ocasionando una

condición patológica como lo sería: depresión, ansiedad, adicciones, síndrome de Burnout, etc.

La salud mental está definida por la OMS de la siguiente manera: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (8)

Por otro lado, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la define a la enfermedad laboral o enfermedad profesional como “toda enfermedad contraída por la exposición a factores de riesgo que resulte de la actividad laboral”. (9)

La ley Federal del Trabajo en el artículo 475 define enfermedad de trabajo como todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout es un término anglosajón, conocido en la literatura de habla hispana como síndrome de desgaste profesional, síndrome de quemado, síndrome de desgaste, síndrome de desgaste emocional, síndrome de quemarse por el trabajo, entre otros. Este síndrome, descrito por primera vez en los años 70 por el psiquiatra Freudenberg en Nueva York, haciendo referencia a ciertas actitudes negativas de los trabajadores hacia los usuarios, dichas actitudes generadas por estrés laboral crónico; el burnout es “fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante”. (10) (11)

El síndrome de Burnout no solo afecta a la salud mental y bienestar del personal de salud, si no también, se asocia con errores médicos (iatrogenias) durante el desarrollo de sus actividades laborales y disminución de la calidad de los servicios que otorga.(12)(13) Por otro lado, la psicóloga Cristina Maslach, en 1982, define dicha condición de una forma más contundente como quemazón o desgaste, un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes; la quemazón o desgaste, es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos en el ámbito laboral.(13)(14)(15) Esto hace referencia a un desequilibrio en las capacidades del personal y la demanda laboral.

Este síndrome es característico y prevalece en profesiones de ayuda o quienes trabajan directamente con personas, como es el caso de los profesionales de salud (personal médico, de enfermería, odontólogos, psicólogos, etc.), pero no es exclusiva de éstos. (16)(17)

Evaluación del Síndrome de Burnout

La psicóloga Maslach en colaboración con el psicólogo P. Leiter, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, Maslach Burnout Inventory (MBI), que desde su desarrollo en 1986, ha sido el instrumento más utilizado en todo el mundo, traducido al español por el doctor José Carlos Minote en España.(18) (19)

En la literatura, se mencionan hasta 15 instrumentos diferentes para la evaluación del síndrome de Burnout, con enfoque según el medio donde se desarrolla, el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), para profesionales de servicios humanos, el cual consta de 22 reactivos, el Maslach Burnout Inventory Educators Survey (MBI-ES) el cual sustituye la palabra pacientes por estudiantes, y el Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS), una nueva versión para su uso en cualquier tipo de ocupación consta de 16 reactivos. En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empelados para definir el síndrome de Burnout. (20)

El Burnout comprende un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo, medio y alto. (20)

El instrumento de Maslach evalúa los 3 componentes ya mencionados consta de 22 reactivos en forma de afirmaciones; 9 reactivos para desgaste emocional, 5 para despersonalización y 8 para disminución de autorrealización, los cuales tienen siete opciones de respuesta, que van desde nunca hasta diariamente; pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout, entre más alto sea el puntaje para desgaste emocional y para despersonalización, será mayor el riesgo de Burnout, así como, entre menor sea el puntaje en la disminución de autorrealización será mayor el riesgo de Burnout. (21) Dicho instrumento es utilizado para el diagnóstico de síndrome de Burnout.

Es de importancia saber que, se deben mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una sola puntuación, ya que, si se combinan, no es posible determinar en cual área es que el paciente tiene mayor afección. (22)

El cuestionario toma contestarlo de entre 10 a 15 minutos, y puede ser aplicado en grupo o individual.(21)

Diferencia del síndrome Burnout y otros trastornos de la salud mental.

Es importante diferenciar el síndrome de Burnout de otros trastornos relacionados con la salud mental, como el estrés general, fatiga física, depresión y aburrimiento. (20)

El estrés general, es un proceso psicológico que implica efectos tanto positivos como negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno, específicamente en el contexto laboral. (20)

Por otro lado, la fatiga física, para diferenciarla del síndrome de Burnout es fundamental observar el proceso de recuperación, ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y de éxito. (20)

La depresión es otro trastorno para diagnóstico diferencial, sin embargo, podría estar relacionado con el cansancio emocional, uno de los componentes del síndrome de Burnout, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout, (según investigaciones de McKnight y Glass en 1995, Leiter y Durup en 1994 y Hallsten en 1993), uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, el cual no está presente en el síndrome de Burnout; Freudenberg considera que la depresión es uno de los síntomas característicos del Burnout, sin embargo, en el 2004 Häätinen y cols. concluyen que a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del síndrome de Burnout. (20) Por otra parte, al aburrimiento, se le ha dado diversos significados según diferentes autores, por ejemplo, Hallberg (1994) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio, entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout, por el contrario, Faber (1983) y Pines et al. (1981) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Krafy (1978), Maslach y Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral. (20)

Manifestaciones orgánicas del Síndrome del Burnout.

Durante mucho tiempo han sido estudiados hasta 38 biomarcadores derivados principalmente del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, además del sistema nervioso autónomo y del sistema inmune; se ha observado que los mediadores del estrés pueden atravesar la barrera hematoencefálica y ejercer efectos en el sistema inmune,(23) procesos metabólicos, estrés oxidativo, secreción y acción de hormonas, cambios en el sueño. Estos biomarcadores pueden ser detectados en saliva o sangre, pero hasta el momento ninguno es determinante. (24)

En 1968, McEwen menciona por primera vez que el cerebro de los roedores podía responder a los glucocorticoides (como uno de los operadores en la cascada del estrés), por lo que esta hipótesis de que el estrés puede generar cambios funcionales en el sistema nervioso central (SNC) fue aceptada,(25) a partir de ese momento, se reconocieron dos tipos de receptores corticotrópicos: glucocorticosteroides y mineralocorticoides. (26) Los glucocorticosteroides son necesarios para mejorar el aprendizaje y la memoria,(27) sin embargo, la recuperación de eventos en la memoria después de la exposición al estrés disminuirá. (28)

En estudios previos se han demostrado trastornos cognitivos posteriores a la exposición al estrés,(29) con efectos sobre la cognición de forma aguda (mediada catecolaminas), causados principalmente por efectos beta-adrenérgicos, y de forma crónica (mediada por glucocorticosteroides). (30)

Estudios han demostrado que el estrés tiene muchos efectos sobre el sistema nervioso humano y puede originar cambios estructurales en diferentes partes del cerebro, como disminución de la masa y peso cerebral, secundario a estrés crónico, ocasionando alteraciones en respuesta al estrés, cognición y la memoria; estos cambios dependerán del nivel de estrés, duración y exposición a éste.(31)

Por otro lado, se ha demostrado que el estrés puede generar cambios funcionales y estructurales en el hipocampo, como atrofia y trastornos de la neurogénesis, además, el estrés crónico el cual genera un aumento de cortisol plasmático, conduce a una reducción en el número de ramas dendríticas y en el número de neuronas, no obstante, el estrés no siempre afecta la función del cerebro y la memoria, ya que se ha planteado que el estrés puede agudizar la memoria en algunas situaciones, pero esto solo es de manera temporal.(32)

Además, el estrés también puede afectar el aprendizaje; las principales áreas afectadas son el hipocampo, amígdala y el lóbulo temporal, donde se desencadena un proceso neurodegenerativo, ya que al estar expuesto constantemente al estrés ocasiona trastornos conductuales, cognitivos y del estado de ánimo(30)(33)

El estrés, ya sea agudo o crónico, tiene un efecto negativo sobre la función del sistema cardiovascular, (34)(35) y no sólo efectos estimulantes, sino también de

inhibitorios,(36) ocasionando activación del sistema nervioso autónomo, afectando indirectamente la función del sistema cardiovascular, si estos efectos ocurren tras la activación del sistema nervioso simpático, entonces propiciará aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la fuerza de contracción, vasodilatación en arterias de los músculos esqueléticos, vasoconstricción de las venas, vasoconstricción en arterias renales, así como disminución en la excreción renal de sodio.(37) Por el contrario, en ocasiones, el estrés activa el sistema nervioso parasimpático (38) ocasionando disminución de la contractilidad, vasodilatación periférica y disminución de la presión arterial, disminución o incluso paro total del latido cardíaco (39). Además, el estrés puede modular la función de las células endoteliales vasculares y aumentar el riesgo de trombosis e isquemia, y aumentar la agregación plaquetaria. (34)

Diversos estudios han demostrado que el estrés psicológico disminuye la microcirculación en las arterias coronarias por un mecanismo dependiente del endotelio y aumenta el riesgo de infarto de miocardio, incluso muerte súbita.(40)(41) Por otro lado, puede verse afectada la función normal del tracto gastrointestinal, la alteración más común es el apetito, y síndrome de colon irritable, ya que afecta el proceso de absorción, permeabilidad intestinal, alteración en la peristalsis, evitando el vaciado del estómago y/o la aceleración de la motilidad colónica, alteración en la secreción de moco y ácido estomacal, alteración en la función de los canales iónicos, generando afectaciones a nivel gastrointestinal de predominio inflamatorio. (42)(43)(44)(45)(46)(47)(48)(49) Muchas enfermedades inflamatorias, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, están asociadas con el estrés.(50) En resumen, los efectos del estrés en el sistema gastrointestinal se pueden clasificar en seis: trastornos en la peristalsis, aumento de la irritabilidad visceral, alteración de la velocidad y excreción de diversas secreciones, alteración en la permeabilidad de la barrera intestinal, alteración en el flujo sanguíneo a el tracto gastrointestinal y proliferación de bacterias intestinales(51)

Manifestaciones psicosociales del síndrome de Burnout

En los últimos 10 años el síndrome de Burnout ha sido un problema de importancia psico social,(52) que como ya se mencionó previamente, es caracterizado por tres determinantes:

- Disminución de autorrealización personal (insatisfacción laboral),
- Desgaste emocional,
- Despersonalización (cinismo o deshumanización)

La falta de realización personal hace referencia a la autoevaluación de forma negativa el trabajo propio, insuficiencia profesional y baja autoestima personal, por otra parte, el agotamiento emocional, hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, en otras palabras, existen sentimientos o pensamientos de incapacidad para brindar nada hacia el usuario, familia, compañeros, ni a sí mismo y por último, la despersonalización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, es decir insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado, es decir, trato deshumanizado.(10) (11)

El cuadro clínico del síndrome de Burnout se caracteriza por 4 etapas, las cuales tienen la siguiente secuencia: (53)

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa 2. El individuo realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
- Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los tres componentes ya descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.

Además, existen tres grados de síndrome de Burnout, los cuales son: Primer grado, el cual se caracteriza por presencia de signos y síntomas asociados al agotamiento, suelen ser eventuales, de corta duración y desaparecen realizando actividades de recreación, hobbies o distracción. Segundo grado, los síntomas de agotamiento son más constantes y de larga duración, resultando más difícil la distracción, volviéndose fundamental la efectividad en el desempeño laboral, además, puede presentar pensamientos negativos y mostrarse frío con el equipo de trabajo y usuarios. Tercer grado, se presentan los mismos síntomas que en los puntos anteriores, pero ocurren con mayor continuidad e intensidad, generando alteraciones psicológicas y físicas, lo que lleva al individuo a aislarse, pudiendo incrementar las crisis familiares. (54)(55)(56)(11)

Como ya se mencionó anteriormente, pueden presentar consecuencias a corto y largo plazo tales como: (57) (52) (58)

- a) Cognitivos: Dificultad de concentración, confusión, deterioro en la memoria, pensamiento menos efectivo, reducción de la capacidad de solución de problemas (desempeño laboral deficiente), reducción de la capacidad de aprendizaje.
- b) Fisiológicos: tensión muscular, lumbalgia, cervicalgia, cefalalgia, malestar estomacal (gastritis o síndrome de colon irritable), fatiga, malestar general, vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, palpitaciones, taquipnea, aumento de la presión sanguínea, agotamiento, mayor riesgo de obesidad y de problemas cardiovasculares, problemas de sueño.
- c) Emocionales: ansiedad, miedo, irritabilidad, mal humor, frustración, agotamiento, impotencia, inseguridad, desmotivación, intolerancia.
- d) Conductuales: Disminución de la productividad, cometer errores, reportarse enfermo, dificultades en el habla, risa nerviosa, trato brusco en las relaciones sociales (desempeño laboral no óptimo), llanto fácil, bruxismo, aumento de sustancias, entre las más comunes tabaco y alcohol.

Síndrome de Burnout en el personal ampliado de salud: Epidemiología

Algunos autores sugieren que el Burnout en los médicos se comienza a desarrollar desde su formación académica, los estudiantes de medicina en comparación con individuos del mismo rango de edad de la población general tienen una calidad de vida mental mucho menor (59) (60) Según un estudio realizado por Dyrbye et al, publicado en el 2010, entre los estudiantes de medicina hasta un 49.6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional. (22) Un estudio realizado en Colombia determinó que al menos el 9.1% de los médicos internos padecían síndrome de Burnout. (61) otro estudio realizado en Canadá reportó una incidencia de hasta un tercio de los residentes de cualquier especialidad. (22) Un estudio realizado en Costa Rica en el 2004 determinó la incidencia del 20% del síndrome en médicos generales y especialistas, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes los más afectados con un 55.6%. (62)

Este síndrome, se ha observado en médicos en la práctica y en médicos en formación, con una prevalencia cercana o superior al 50%. (64) (65)

Por otra parte, los residentes deben desarrollar habilidades específicas en el área elegida para su especialidad en la que se están formando profesionalmente, y mantener una adecuada calidad en la atención al paciente.(66) Durante el periodo de adiestramiento del médico residente, existe privación del sueño, pesadas cargas de trabajo y salario insatisfactorio e insuficiente; (67) así como también tienen a su cargo responsabilidades en su área de trabajo, los médicos internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo de grado severo en el 52%, por lo que en conjunto y en combinación de factores, hacen aún más vulnerables al personal para el desarrollo del síndrome de Burnout.(68) Los médicos internos de pregrado y residentes no mostraron diferencias significativas en Latinoamérica. (69) (70)

En diversos estudios se ha encontrado una mayor prevalencia en urgenciólogos e internistas y una menor prevalencia en anestesiólogos y dermatólogos; los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32%. (19) (63)

Una investigación realizada en México durante el periodo de 2012-2018, se realizó una revisión de bibliografía respecto al Burnout, se encontró que la prevalencia del

síndrome de Burnout, en médicos residentes resultó ser del 45.88%, en médicos generales del 42.5%, en los médicos especialistas del 35.66%, de acuerdo con estos resultados, se puede concluir que los médicos residentes y los médicos generales son los más afectados. (71) Asimismo, existe una revisión sistemática-exploratoria realizada en México por Loya-Murguía, donde se menciona una frecuencia del Burnout entre el 7% y 59% en el personal de salud. (72)

Por otro lado, un estudio realizado en Guadalajara en el año 2019, se encontró una prevalencia de 49.5%,(73) sin embargo, es importante mencionar que estos datos son previos la pandemia por Covid 19.

Por otro lado, en lo que respecta al personal de enfermería las diversas publicaciones existentes muestran una prevalencia del 30.5 al 39% y el género más afectado es el masculino. (19) (63)

Según la OMS, El 75% de los mexicanos padece fatiga por estrés laboral, superando a países como China y Estados Unidos. (58) estos datos a partir de la pandemia.

Respecto a las enfermedades de trabajo, la memoria estadística el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reporta que en el 2018 se notifican 15,182 enfermedades de trabajo, con una tasa de 7.8 por cada 10,000 trabajadores, fueron 161 las enfermedades de trabajo por trastornos mentales y el comportamiento, cifra que corresponde al 1.1% de las enfermedades calificadas en 2018. (74)

En China se realizó un estudio durante en brote epidémico por Covid 19, participó el personal de salud que formaba parte de la primera línea de batalla contra el Covid 19 y personal de salud que laboraba en su puesto de trabajo usual, se aplicó la escala Maslach, y se observó que el síndrome de Burnout prevalecía en el personal que se desarrollaba en su puesto usual, por lo que se llegó a la conclusión que el ser parte del personal que trabaja directamente o aborda a pacientes portadores del virus, brinda una mayor sensación de control, por lo que disminuye las posibilidades del desarrollo de Burnout. (52)

Factores protectores y factores asociados al Síndrome de Burnout.

Diferentes literaturas mencionan múltiples factores de riesgo o factores predisponentes para el desarrollo del síndrome de Burnout, así como también se mencionan factores protectores, para impedir el desarrollo de este síndrome. Estos factores van a depender de las características de cada individuo, y del ambiente donde desarrolla su labor profesional, así como sus redes de apoyo.(11) La escolaridad podría influir en el desarrollo del síndrome durante la pandemia, esto podría influir tanto positiva como negativamente según el grado de escolaridad; la profesión, de las que destacan son: profesores y personal de salud, sin embargo es importante destacar que durante los primeros años de carrera profesional y personas jóvenes de entre los 35 y 54 años aumenta el riesgo, ya que el personal se encuentra vulnerable ante un periodo de sensibilización, e idealismo profesional así como económico, la personalidad de cada individuo, institución para la que labora o si labora en más de una institución, siendo mayor el riesgo en personal con largas jornadas de trabajo, prevalece en trabajadores de más de 11-19 años de ejercicio, o cuando la institución no cuenta con los recursos necesarios para el desempeño profesional, tipo de contratación y puesto de trabajo, horario laboral, número de pacientes atendidos, siendo más frecuente y presentándose con mayor gravedad, en aquellos trabajadores que brindan servicio a más de 20 pacientes por turno, (11) por otro lado, un factor importante durante la pandemia por Covid 19, podría ser el uso de equipo de protección personal (EPP), ya que al estar durante largas jornadas con este tipo de protección, puede generar ansiedad, estrés, frustración y desesperación, en contraste, también podría generar, hasta cierto punto, “seguridad” y protección para la salud del trabajador. Es de importancia señalar que también dependerá de los recursos y redes de apoyo con los que cuenta cada individuo.

Durante la pandemia por Covid 19 las instituciones de salud pública contrataron de manera temporal a personal médico, de enfermería y administrativo, debido a las necesidades del sistema de salud, siendo los contratos temporales un factor de riesgo importante, ya que genera incertidumbre respecto a la estabilidad laboral, llegando a pensar “si hay Covid hay trabajo”.

El género femenino, socialmente es considerado el género más vulnerable, debido a la doble carga de trabajo, tanto laboral como familiar, (19) (11) además de la discriminación de género que aún se vive en el ámbito laboral de la salud. Estado civil, el síndrome suele prevalecer en personas solteras o que no tienen pareja estable, debido a una aparente menor realización personal, por lo que el estado civil de casado se considera un factor protector; número de hijos, o ausencia de estos, debido a que las personas con hijos podrían tener mayor madurez, por lo que sería un factor protector para el desarrollo del síndrome, (19) (10) (75) (11) (76) ya que también suele ser una red de apoyo, sin embargo, durante la contingencia sanitaria, el personal médico, de enfermería y personal de salud ampliado se vio ante la necesidad de aislarse y separarse temporalmente de su familia, por el riesgo de contagio, ya que el personal de salud se encuentra en exposición constante y potencial con personas enfermas por Covid 19.

Durante la pandemia por Covid 19, se han observado múltiples actos de violencia y discriminación hacia el personal de salud en general, lo que podría influir de manera indirecta para el desarrollo del síndrome.

Otro factor de protección son las actividades recreativas, como la actividad física, (10) la cual curiosamente la minoría de los médicos la realizan. Cabe mencionar que durante la contingencia sanitaria por Covid 19 se han mantenido cerrados los gimnasios y lugares de recreación como parques, restaurantes, cines, teatros, centros comerciales, bibliotecas, etc. por lo que las personas debían realizar actividad física y otras actividades recreativas en casa.

Burnout en el ámbito laboral y de la salud.

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS en el año 2000, (24) por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida de los trabajadores, el síndrome de Burnout no se describe en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), y tampoco se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V). (22)

En el año 2019, la OMS lo incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), dentro de la categoría “Problemas asociados con el empleo y desempleo” al síndrome de desgaste profesional, con el código Z73.0, (77) aunque ya lo mencionaba antes en la CIE 10, se realizaron especificaciones respecto al padecimiento, sin embargo, su diagnóstico entrará en vigor hasta el 2022. (78) (79) A su vez, la OMS también reconoce a México como el líder internacional en personas con Síndrome de Burnout, como ya se mencionó antes, se estima que el 75% de los trabajadores sufre de este problema de salud. En segundo China con 73% y tercer Estados Unidos con 59%. (79) (58)

La Organización Internacional del Trabajo (OTI) señaló en el 2013, que algunos de los riesgos tradicionales han disminuido gracias a la seguridad, adelantos tecnológicos y mejor normatividad existente, sin embargo, paralelamente se registra un aumento en los nuevos tipos de enfermedades profesionales, denominados riesgos emergentes, sin que se apliquen medias de prevención, protección y control adecuados. Dentro de los riesgos emergentes se incluyen a los riesgos de factor psicosocial. Por otro lado, a pesar de que las necesidades de capacitación incluidas en la NOM-035-STPS-2018 (Diario Oficial de la Federación, 23 de octubre de 2018) cumplen con el objetivo general de proteger al trabajador de riesgos psicosociales relacionados con el entorno laboral, pueden no resultar suficientes para incluir algunos aspectos de prevención, detección oportuna y seguimiento de salud mental en los trabajadores, y aun menos en emergencias como la actual pandemia de Covid 19, ya que los estresores aumentan significativamente no sólo a nivel laboral, sino también en el ámbito social. (80) (37)

Toda capacitación, evaluación o intervención debe ser encaminada a mejorar las esferas intra e interpersonal en los trabajadores, y no limitarse a los aspectos de productividad laboral. (80) (37)

Podemos inferir que el estrés continuo y persistente, es decir, de tipo crónico, de y tipo distrés, es el principal factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de Burnout.

Prevención y Tratamiento del Síndrome de Burnout

Algunas otras de las medidas de prevención que menciona la literatura son: (10)

- Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana, equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes. Limitar la agenda laboral: Tiempo adecuado para cada paciente. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
- Formación continua, diálogo efectivo con las autoridades.

El tratamiento del síndrome de Burnout se decidirá según la gravedad de los síntomas, es decir, si estos son menores y leves, se recomiendan medidas como cambiar los hábitos de vida y optimizar el equilibrio entre la vida laboral y personal. Existen múltiples estrategias para enfrentar el síndrome de Burnout, la primera estrategia se centra en las redes de apoyo, comprender de la importancia de pasar tiempo de calidad con la familia, amigos, etc. la cual también incluye el desarrollo activo de conexiones con colegas, para compartir y reflexionar con ellos sobre los aspectos emocionales y existenciales. Estas medidas se enfocan en tres pilares importantes: el alivio de los factores estresantes, recuperación (distracciones, relajación, deporte, etc.) y el “regreso a la realidad” para evitar las ideas de perfección. (82)

Algunas estrategias sencillas que se recomiendan son: Ejercicios de respiración. Inhalación y exhalación lenta y profunda, respiración diafragmática, en un ambiente sin ruido, con poca luz, con una duración de 5 a 20 minutos, al menos tres veces al día; ejercicios de relajación; atención plena (mindfulness), hace referencia a concentración o conciencia plena, los pensamientos están enfocados en la aceptación de lo que está ocurriendo en el presente y no las preocupaciones ya que la resistencia a lo negativo es lo que provoca la enfermedad. (81)

Otro elemento que parece promover el bienestar en algunas personas es la creencia religiosa o la práctica espiritual (83) (84) hasta un 34% de las personas considera este aspecto como importante e incluso esencial. (85) (83)

Por otro lado, se incluye también a las actitudes laborales, como encontrar significado y realización en el trabajo, elegir y limitar activamente el tipo de práctica médica, como trabajar a tiempo parcial, estar involucrado en la educación y/o investigación, capacitaciones constantes, administrar el horario y descontinuar aspectos no satisfactorios de la práctica, una cuarta estrategia consiste en prácticas de autocuidado, hacienda referencia a que el individuo cultive activamente los intereses personales y la autoconciencia, además de las responsabilidades profesionales y familiares. Esto también implica buscar activamente ayuda profesional en caso de problemas o enfermedades físicas y psicológicas personales, así como actividad física, alimentación adecuada, hábitos adecuados del sueño, atención médica periódica, como promoción y prevención de la salud, y el asesoramiento profesional oportuno, etc. por último, el quinto componente se enfoca en desarrollar un enfoque filosófico de la vida que se basa en una mirada positiva donde se identifican los valores propios y se actúa en consecuencia con énfasis en el equilibrio entre la vida personal. (17)

Si los síntomas del agotamiento son graves, se recomiendan intervenciones psicoterapéuticas. También puede haber un lugar para los antidepresivos, preferiblemente combinados con psicoterapia. (82)

Aunque cada individuo responsable de su propio bienestar, influyen múltiples determinantes, como ya se han mencionado anteriormente los factores asociados y factores protectores para el desarrollo del síndrome; la conciencia organizacional e institucional y así como el equilibrio entre las esferas biopsicosocial, la atención y el reconocimiento del problema de manera oportuna pueden jugar un papel crucial. (70) (86)

Justificación

La salud mental es un determinante de salud en general, el cual para que sea óptimo requiere de homeostasis biopsicosocial; es de importancia que se ha estimado que hasta el 75% de la población mexicana podría estar sufriendo de fatiga por estrés laboral, generando afectaciones en la salud mental, superando a países desarrollados.

El desequilibrio de la salud mental engloba múltiples padecimientos, como lo son: ansiedad, depresión, síndrome de Burnout, mala calidad de sueño, estrés, problemas familiares, violencia, adicciones, etc.

El síndrome de Burnout, como consecuencia del estrés laboral crónico, se han potencializado por la situación actual de la pandemia por Covid-19, por este motivo es importante conocer y evaluar estos padecimientos oportunamente en los trabajadores de salud, ya que se pueden presentar consecuencias en el trabajador y actividades laborales, afectando también a los usuarios del sistema de salud de manera directa e indirecta, ocasionando consecuencias a corto y largo plazo como: como reducción de productividad, descenso en la calidad de vida, problemas de salud física y/o mental, propiciando el desarrollo de enfermedades, trastornos de depresión y ansiedad, problemas familiares, riesgos de adicciones.

Es de importancia identificar de manera oportuna datos que orienten a síndrome de Burnout en el personal de salud, para prevenir o tratar consecuencias a corto y largo plazo en el ámbito laboral, personal, así como para el usuario, así como lograr diferenciarlo de otras patologías de salud mental para un manejo adecuado.

Planteamiento del problema

El coronavirus es un virus que afecta vías aéreas bajas, es un nuevo virus relacionado con el SARS-CoV y MERS-CoV; el 31 de diciembre del 2019, China notifica a la OMS un conglomerado de casos de neumonía en Wuhan, el 13 de enero se reporta el primer caso fuera de China (Tailandia). El 28 de febrero del 2020, se reporta el primer caso de Covid-19 en México, y 18 de marzo se registra el primer deceso secundario a esta enfermedad, lo cual generó múltiples crisis en la sociedad y en el sistema de salud de México. (1) (4) (5) La OMS la declaró pandemia el 11 de Marzo del 2020.

El personal de salud, desde su formación se ha encontrado ante constantes situaciones de estrés, y alta carga de trabajo y desgaste físico. Ante la pandemia, el personal de la salud ampliado, principalmente de instituciones públicas, se han encontrado bajo largas jornadas de trabajo, expuestos potencialmente por su participación como primera línea de combate en unidades médicas; afectando su salud de distintas maneras.

El 75% de los mexicanos padece fatiga por estrés laboral, superando a países como China y Estados Unidos. (58)

Debido a la alta carga de trabajo, que en muchas ocasiones es bajo condiciones y situaciones inadecuadas, la salud mental del personal de salud, indirectamente se ha visto afectada, lo que como consecuencia puede perjudicar a los usuarios de los servicios de salud, directa e indirectamente a corto y largo plazo, como reducción de productividad, iatrogenias, descenso en la calidad de vida, problemas de salud física y/o mental, propiciando el desarrollo de enfermedades, trastornos de depresión y ansiedad, problemas familiares, riesgos de adicciones.(58)

Se realizará este estudio ya el Síndrome de desgaste (Burnout) es un factor determinante de salud, el cual, puede presentarse o empeorar durante una crisis como la que se vive actualmente por lo que surge el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados del síndrome de Burnout en el equipo ampliado de salud durante la pandemia por Covid 19?

Objetivos

Objetivos generales

- a) Determinar y evaluar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el equipo ampliado de salud durante la pandemia por Covid 19.

Objetivos específicos

- a) Identificar síndrome de Burnout según la categoría del equipo ampliado de salud.
- b) Comparar el síndrome de Burnout según la categoría del equipo ampliado de salud.
- c) Identificar en cual categoría prevalece en el desarrollo de síndrome de burnout.
- d) Identificar las características generales del personal, que podrían influenciar, así como: género, edad, estado civil, hijos, etc.
- e) Identificar las características laborales del personal, que podrían influenciar, así como: categoría y tipo de contratación.

Hipótesis

Hipótesis nula: No hay síndrome de Burnout entre el equipo ampliado de salud

Hipótesis alterna: derivado de la pandemia por Covid 19, el síndrome de Burnout es tiene una mayor prevalencia, en personas con edad entre los 35 y 54 años, en mujeres, estado civil soltero, en personas quienes no tienen hijos, quienes no realizan actividad física, quienes hayan mantenido distancia social o aislamiento, quienes brindan atención a más de 20 pacientes por turno, quienes brindan atención a pacientes con Covid 19, quienes hayan recibido algún tipo de discriminación o agresión, en personas con mayor antigüedad laboral, contratación temporal.

Material y métodos

Tipo de estudio

Es un estudio observacional, transversal, (retrospectivo), retrospectivo, analítico.

Observacional. El factor de estudio no es controlado por el investigador.

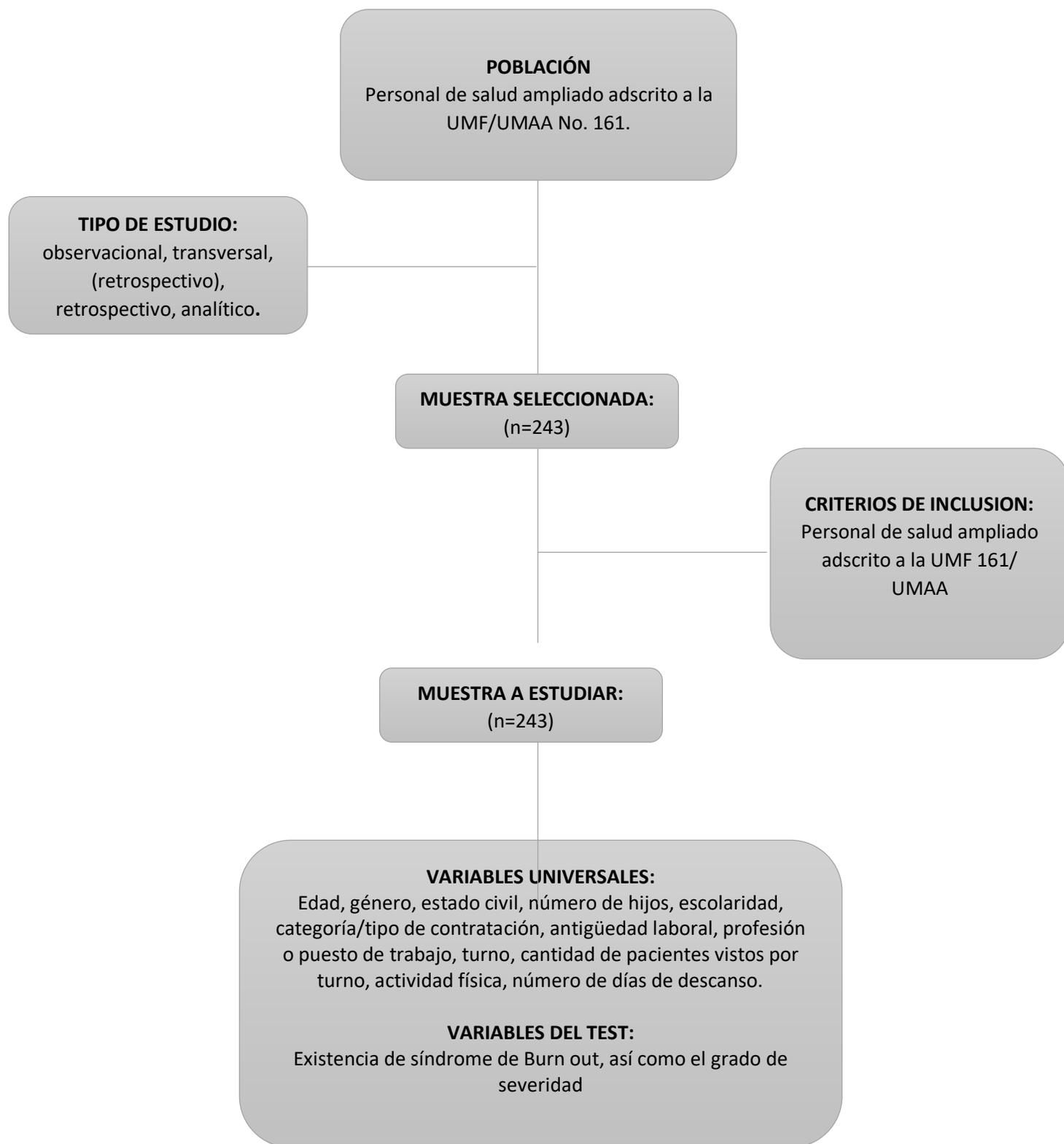
Transversal. Se realiza una sola medición en la población de estudio, sin registro de seguimiento.

Retrospectivo. Los eventos estudiados, tanto la exposición como el evento, ocurrieron previo al inicio del estudio.

Descriptivo. Se explican los factores que influyen en la población de estudio

Analítico. Su finalidad es evaluar una relación causal entre un factor de riesgo y un efecto.

Diseño de la investigación



Población lugar y tiempo del estudio

Se trata de una población finita. Se tomará el total de personal de salud ampliado, adscrito a la UMF 161/UMAA

Periodo de estudio: Marzo 2020 – Febrero 2022

Lugar del desarrollo de estudio: UMF 161/UMAA

Selección de muestra

Tipo de muestra: Se seleccionará a todo el personal de salud ampliado, adscrito a la UMF 161/UMAA. Se trata de una muestra finita, que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo: Se realizará muestreo no probabilístico por conveniencia porque se incluirá a todo el universo de estudio.

Cálculo de tamaño de la muestra

Se realizó cálculo de tamaño de muestra para estimar una proporción en una población infinita, considerando los siguientes parámetros.

- Prevalencia de síndrome de Burnout en personal de salud (p): 49.5% (73)
- Nivel de seguridad: 95%
- $Z_{\alpha} = 1.96$
- Precisión (d): 7%
- $q = 1 - p$

Formula:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.495 \times 0.505}{0.07^2} = 195$$

Tamaño de muestra necesario: 195

Fórmula:

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = n \left(\frac{1}{1 - R} \right)$$

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = 195 \left(\frac{1}{1 - 0.20} \right) = 243$$

- n = número de sujetos sin pérdidas (195)
- R = proporción esperada de pérdidas (20%)

Muestra ajustada a pérdidas: 243

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión	Criterios de eliminación
Personal de salud ampliado adscrito a la UMF 161/UMAA	Personal que se encuentre de licencia Personal que se encuentre de convenio Personal que no quiera participar Personal de nuevo ingreso al momento del inicio del estudio	Baja laboral Renuncias Cambio de sede Muerte Que no quieran continuar con la participación

Definición de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Burnout	Dependiente	El síndrome de Burnout se caracteriza por: Disminución de autorrealización personal (insatisfacción laboral), desgaste emocional, despersonalización (cinismo o deshumanización), que como consecuencia genera un desempeño laboral no óptimo, así como síntomas físicos	Escala Maslash	Cualitativa Dicotómica	Escala Maslash
Edad	Independientes	Años de vida	Años cumplidos	Cuantitativa	Edad cumplida
Estado civil	Independientes	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Referido por el participante	Cualitativa Politómica	a) Casado b) soltero c) unión libre d) divorciado /separado e) viudo
Sexo	Independientes	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	Referido por el participante	Dicotómica	a) Hombre b) Mujer
Escolaridad	Independientes	Ultimo grado de estudios	Referido por el participante	Cualitativa Politómica	a) Primaria b) secundaria c) bachillerato d) carrera técnica e) licenciatura f) posgrado
Número de hijos	Independientes	Cantidad de hijos nacidos	Referido por el participante	Dicotómica	a) Con hijos b) Sin hijos
Categoría /Tipo de contrato	Independientes	Acuerdo, generalmente escrito, por el que dos o más partes se comprometen reciprocamente a respetar y cumplir una serie de condiciones.	Referido por el participante	Cualitativa Politómica	a) Contrato Confianza 01 b) Contrato sustitución 08 c) Contrato Base 02 d) Contrato temporal 03 e) Base

Antigüedad	Independientes	Antigüedad laboral	Referido por el participante	Cualitativa Politómica	a) 10 años o menos b) 11-19 años c) 20 años o mas
Profesión / Puesto de trabajo	Independientes	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario	Referido por el participante	Politómica Ordinal	a) personal administrativo b) personal médico clínico c) personal medico directivo d) personal de enfermería e) personal de limpieza e higiene f) asistente médica g) estomatología h) trabajo social i) personal de laboratorio/imagen j) médico residente k) otros
Residente	Independientes	profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes.	Referido por el participante	Nominal	Residentes de 1er año
Cantidad de pacientes vistos por turno	Independientes	Número de pacientes vistos por turno	Referido por el participante	Cuantitativa Dicotómica	a) 20 o menos b) 21 o más

Discriminación/ Agresión	Independientes	La discriminación es una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Actividad física	Independientes	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Temor a contagio	Independientes	Temor o miedo a contagiarse de la enfermedad Covid19	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Antecedente de contagio de Covid 19	Independientes	Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Atención a pacientes sospechosos o confirmados de Covid 19	Independientes	Brinda atención directa a pacientes sospechosos o portadores de Covid 19	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Atención directa con pacientes en general	Independientes	Brinda atención directa a pacientes con patologías no respiratorias.	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Uso de equipo de protección	Independientes	Son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b) No
Servicio donde labora	Independientes	Servicio o lugar donde desarrolla laboralmente	Referido por el participante	Cualitativa Politómica	a) AMC b) Consulta externa c) Oficina

Aislamiento o distanciamiento social durante la contingencia sanitaria	Independiente	Aislamiento se refiere a la separación física de las personas contagiadas de aquellas que están sanas. El distanciamiento social consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas.	Referido por el participante	Cualitativa Dicotómica	a) Sí b)No
Días de descanso a la semana	Independientes	Días no que no labora	Referido por el participante	Cualitativa Politómica	a) Ninguno b) 1-2 días c) 3 días o más

Diseño estadístico

Se realizará un análisis descriptivo para lo cual se utilizarán medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, además de medidas de dispersión como varianza o desviación estándar, rangos, valor mínimo y valor máximo.

Para la descripción de variables cualitativas se utilizarán frecuencias y proporciones, mostrados a través de gráficos y tablas según corresponda la información. Se utilizará el programa estadístico STATA V14 para Windows.

Instrumentos de recolección de datos

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

Jimena Landgrave Luna¹, Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Rosario Lita Morales⁴

1. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA N. 161. 3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Medicina Familiar N. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". 4. Licenciada en Psicología, Unidad de Medicina Familiar N. 161.

Escala de Maslach. Específicamente para este estudio se utilizará el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS), el cual está enfocado en personal o profesional de servicios humanos, consta de 22 reactivos en forma de afirmaciones, que están divididas en tres subescalas de la siguiente manera: 9 reactivos para desgaste emocional, 5 reactivos para despersonalización y 8 reactivos para disminución de autorrealización, los cuales tienen siete opciones de respuesta, que van desde nunca hasta diariamente. Entre más alto sea el puntaje de desgaste emocional y despersonalización, mayor será el grado de Burnout, y entre menor sea el puntaje en la disminución de autorrealización será mayor el grado de Burnout. (21) (20) Se deben evaluar por separado el puntaje de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única, ya que, de esta manera no es posible determinar cuál área es la más afectada. (22) La clasificación del puntaje obtenido en cada subescala es de la siguiente manera: a) Cansancio emocional con un puntaje menor a 18 será riesgo bajo y un puntaje mayor a 19 riesgo alto, b) Despersonalización con un puntaje menor a 5 será riesgo bajo, y un puntaje mayor a 6 riesgo alto c) Realización personal con un puntaje menor a 33 será riesgo bajo y un puntaje mayor a 34 riesgo alto. Si en una o más subescalas obtiene puntaje de alto riesgo se requiere atención urgente, mientras que, si en las 3 subescalas presenta riesgo bajo, se requerirá manejo psicológico mediante grupos terapéuticos y psicoeducación.

El cuestionario toma contestarlo de 10 a 15 minutos, y puede ser aplicado en grupo o individualmente.(21) (Anexo 1)

Cuestionario de factores asociados a Síndrome de Burnout (elaborado por el investigador). Este cuestionario consta de 21 reactivos, que tienen opciones respuesta múltiple, la cual debe ser seleccionada por el participante según con la que se sienta más identificado o lo describa mejor. Se entregará el cuestionario al personal de salud ampliado, quien lo contestará.

Los reactivos pretenden recabar a siguiente información: edad, sexo, estado civil, escolaridad, número de hijos, si realiza actividad física, tipo de contratación, turno laboral, días de descanso, antigüedad laboral, profesión o puesto de trabajo, servicio donde labora, cantidad de pacientes vistos por turno, si ha recibido discriminación o agresión por ser personal de salud, si brinda atención a pacientes en general y pacientes sospechosos o confirmados de Covid 19, si tiene que utilizar equipo de protección personal, si ha tenido antecedente de contagio por Covid 19, si presenta temor a contagio y si ha tenido que aislarse o guardar distancia social. Con este cuestionario se pretende determinar los factores protectores y factores de riesgo asociados al desarrollo del síndrome de Burnout, que se presenten con mayor prevalencia. (Anexo 2)

Técnicas y procedimientos

Método de recolección

La psicóloga Rosario Lita Morales aplicó el cuestionario Maslach para el plan de acción en salud mental ante la pandemia por Covid 19, durante el periodo Mayo-Julio del año 2020, de donde se recabarán los datos y se utilizará para observar la prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal ampliado de salud de la UMF 161/UMAA.

Una vez aceptada su participación mediante firma de consentimiento informado, en el cual aceptan y aprueban la utilización de datos personales para el presente estudio, posterior a esto, se aplicará el cuestionario para identificación de factores asociados elaborado por el investigador, en el cual se pretende dar a conocer los factores más significativos para el desarrollo el síndrome de Burnout.

Una vez obtenido los datos se procederá a crear una base de datos en Excel para posteriormente realizar análisis de los mismos.

Sesgos

Sesgo de confusión.

Cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se modifica, debido a la asociación de dicha exposición con otro factor que influye sobre la evolución del resultado en estudio. (87)

El síndrome de Burn out es multifactorial, el cual puede ser desencadenado o exacerbado por la pandemia por Covid 19, así como las situaciones entorno a la pandemia.

Maniobra para evitarlo: Definir probables variables de confusión, así como las variables de inclusión, exclusión y eliminación.

Sesgo de medición o de información.

Ocurre cuando se produce un defecto al medir la exposición o la evolución que genera información diferente entre los grupos en estudio que se comparan (precisión). Se debe por ende a errores cometidos en la obtención de la información que se precisa una vez que los sujetos elegibles forman parte de la muestra del estudio. En la práctica, puede presentarse como la clasificación incorrecta de sujetos, variables o atributos, dentro de una categoría distinta de aquella a la que debería haberse asignado. (87)

Maniobra para evitarlo: Ese estudio es enfocado en el personal de salud ampliado, por lo que se deberá evaluar y jerarquizar el grado de Burn out según categorías de trabajo.

Sesgo por pérdidas.

se presenta cuando se pierden los pacientes durante el seguimiento. (88)

Maniobra para evitarlo: Se deben conocer las probables pérdidas, y el tamaño de muestra necesario para la elaboración del estudio, por lo que se ajusta el tamaño de muestra por posibles pérdidas.



Cronograma de actividades

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

Jimena Landgrave Luna¹, Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Rosario Lita Morales⁴

2020-2021

Actividad	mar-20	abr-20	may-20	jun-20	jul-20	ago-20	sep-20	oct-20	nov-20	dic-20	ene-21	feb-21
Título	R											
Antecedentes	R	R	R									
Planteamiento del problema		R										
Objetivos			R	R								
Hipótesis			R	R								
Diseño metodológico					R	R						
Consideraciones éticas							R					
Recursos								R				
Bibliografía				R	R	R	R	R	R	R		
Aspectos generales											R	
Aceptación												P

R: Realizado	P: Pendiente
--------------	--------------



2021-2022

Actividad	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	ene-22	feb-22
Revisión del protocolo por el comité	R	R	R	R	R							
Planeación operativa						R						
Recolección de la información						R						
Captura de datos							R					
Análisis de datos								R				
Análisis de resultados									R			
Elaboración de discusión y conclusiones										R		
Integración del trabajo final										R		
Envío del trabajo final											R	

R: Realizado	P: Pendiente
--------------	--------------

1. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA N. 161. 3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Medicina Familiar N. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". 4. Licenciada en Psicología, Unidad de Medicina Familiar N. 161.

Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación con el título “Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en el equipo ampliado de salud durante la pandemia por Covid 19” no desobedece la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; así mismo estará bajo la consideración del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La participación en el cuestionario realizado por el investigador “Factores asociados a síndrome de Burnout” es de carácter voluntario, las respuestas e información obtenida es confidencial. Se proporcionará el consentimiento informado, el cual deberá ser llenado y se informará al participante de manera general el objeto de estudio, así como la libertad de retirarse del mismo si así lo desea.

Declaración de Helsinki.

Fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta

de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3.Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.

4.Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del proyecto de investigación.

Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos

Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1.Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.

2.Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.

3.Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica

que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

German Enrique Fajardo Dolci, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. De la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. apartado A fracción I, 8º. fracción V y 9º. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma

Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Considerando que con fecha 5 de noviembre de 2009, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de esta norma, en cumplimiento a la aprobación del mismo por parte del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud; de conformidad con lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Que, durante el periodo de Consulta Pública de 60 días, que concluyó el 5 de enero de 2010 fueron recibidos en la sede del mencionado Comité, comentarios respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana, razón por la que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que, en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, se expide la siguiente. (Anexo 3)

Recursos y Financiamiento

Recursos Humanos

Investigador y recolector de datos: Dra. Landgrave Luna Jimena

Director de tesis: Dr. Vázquez Patrón Paul Gonzalo

Asesor metodológico: Dra. Mendiola Pastrana Indira Rocío.

Asesor clínico: Psi. Rosario Lita Morales

Participantes: Personal de salud ampliado adscrito a la UMF 161/UMAA

Recursos físicos

Unidad de Medicina Familiar 161 con Unidad Médica Atención Ambulatoria (UMF 161/UMAA)

Recursos materiales

Equipo de cómputo, impresora con tinta negra, plumas y hojas de papel blanco, USB para almacenar datos, fotocopias del instrumento que se utilizó.

Financiamiento del estudio

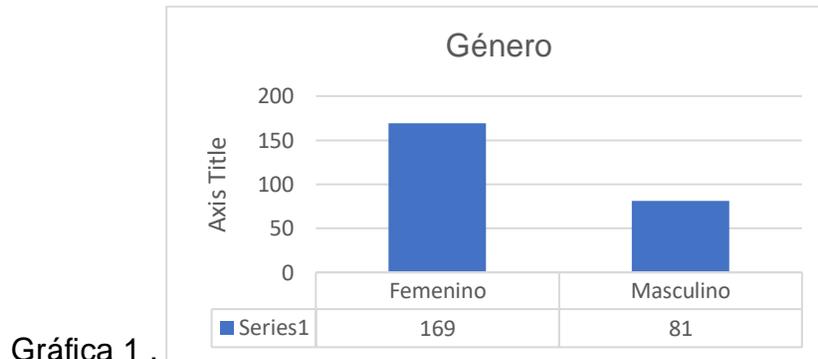
Todos los gastos para la realización del este estudio fueron financiados por el investigador

Resultados, tablas y gráficas

En este estudio se incluyeron al personal de salud ampliado adscrito a la UMF 161/UMAA, a quienes se les realizó el cuestionario de factores asociados a Burn Out, donde se observaron los siguientes resultados una prevalencia de Burn out de 4.8%, obtenido mediante la aplicación de cuestionario Maslach, y cuestionario de factores asociados a síndrome de Burn out, obtenidos mediante la bibliografía consultada, observando los siguiente.

Gráfica 1. Género

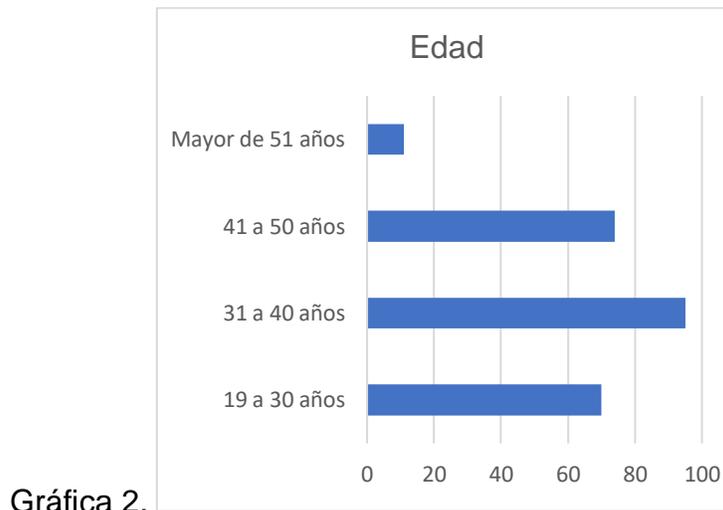
En este estudio se incluyeron al personal de salud ampliado adscritos a la UMF 161/UMAA, siendo un total de 250, siendo de género femenino 169 (68%) y género masculino 81 (32%).



Gráfica 1 .

Gráfica 2. Edad

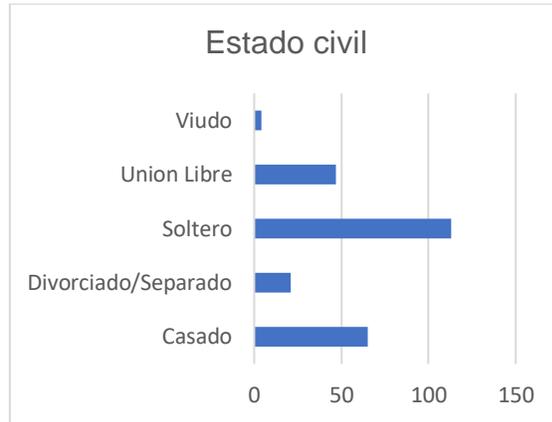
Del total de los pacientes se observó que el 38% tuvieron una edad entre 31-40 años, el 30% entre 41-50 años, el 28% de 19-30 años y solo el 4% 51 años o más



Gráfica 2.

Gráfica 3. Estado civil

En cuanto al estado civil se identificó que 113 personas son solteras (45%), seguido por 65 casados (26%), 47 personas se encuentran en unión libre (26%), 21 personas representan divorcio o separados (8.4%) y 4 participantes son viudos (1.6%).



Gráfica 3.

Gráfica 4. Número de hijos

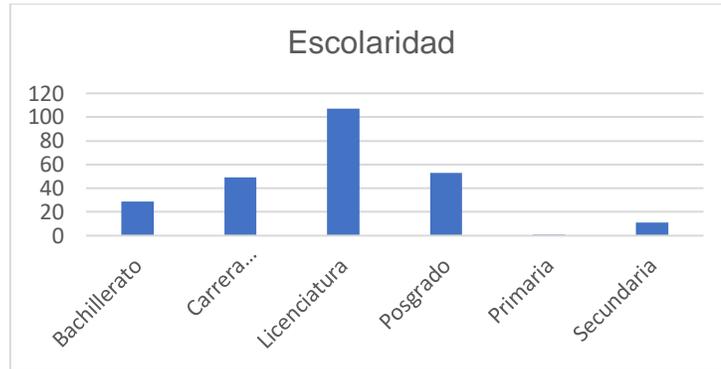
Por otro lado, se observó que 127 de los participantes tienen 1 a 2 hijos, representando un 50%, seguido de 109 participantes que no tienen hijos, representado 43.6% y solo 14 participantes tienen 3 o más hijos, equivalente a 5.6%.



Gráfica 4.

Gráfica 5. Escolaridad

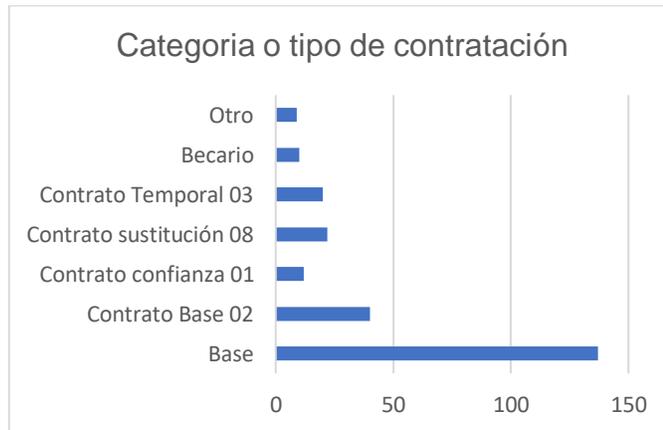
En cuanto a escolaridad se observó en el personal de salud ampliado 107 (42.8%) cuentan con licenciatura, 53 participantes cuentan con posgrado (21%), 49 participantes cuentan con carrera técnica (19.6%), 29 participantes con bachillerato (11.6%), 11 participantes con secundaria (4.4%) y 1 cuenta con primaria /0.4%)



Gráfica 5.

Gráfica 6. Categoría o tipo de contrato

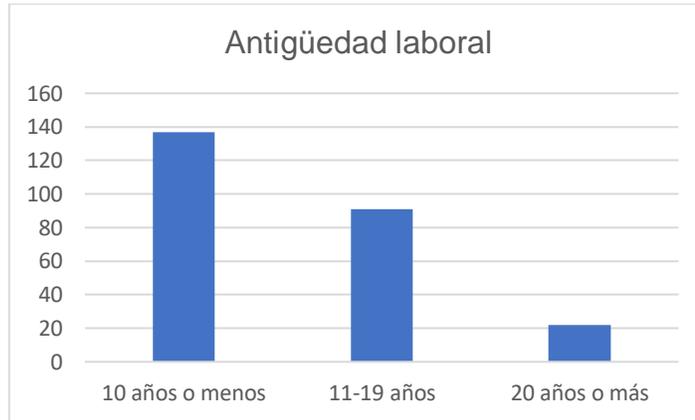
Referente a categoría se observó que prevalece la basificación, representando 137 participantes, (54.8%), seguido del tipo de contratación base 02 con 40 participantes (16%), contrato 08 con 22 participantes (8.8%), contrato temporal 03 con 20 participantes (20%), contrato de confianza con 12 participantes (4.8%), se observaron 10 becarios (4%), y 9 (3.6%) catalogados como otros.



Gráfica 6.

Gráfica 7. Antigüedad laboral

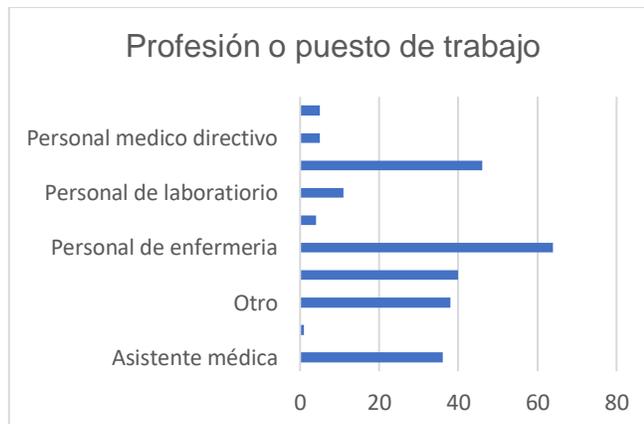
Respecto a la antigüedad laboral se observó que 137 de los participantes (54.8%) cuentan con 10 años o menos de antigüedad, 91 de los participantes (36.4%) tienen una antigüedad de 11 a 19 años, y solo 22 participantes (8.8%) tiene una antigüedad igual o mayor a 20 años



Gráfica 7.

Gráfica 8. Profesión o puesto de trabajo

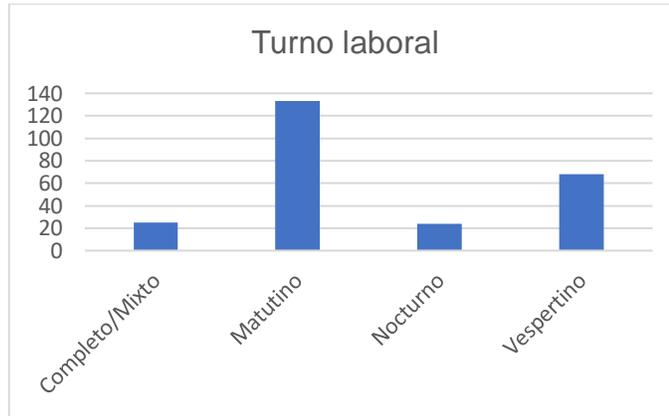
En relación a la profesión o puesto de trabajo se observó que el personal de salud que prevalece es enfermería con 64 participantes (25.6%), seguido de 46 médicos clínicos (18.4%), 40 participantes del área administrativa (16%), 38 de los participantes (15.2%) se encontraron dentro de la clasificación de otros puestos o profesiones que incluían (área de farmacia, sistemas, coordinadores de diferentes servicios, taller, etc.), 36 participantes (14.4%) fueron asistentes médicas, 11 participantes (4.4%) se desempeñan en el área de laboratorio y estudios de imagen, por otro lado el personal médico directivo es de 5 (2%) al igual que trabajo social que lo integran 5 participantes (2%) y estomatología 1 participante (0.4%)



Gráfica 8.

Gráfica 9. Turno laboral

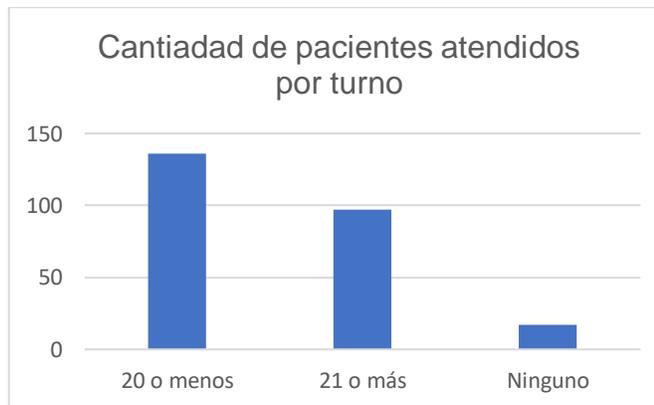
Respecto a los turnos prevalece el personal en el turno matutino siendo de 133 el número de participantes (53%), seguido de turno vespertino, donde participaron 68 trabajadores (27.2%), turno nocturno con 24 participantes (9.6%), y turno completo o mixto con 25 participantes (10%)



Gráfica 9.

Gráfica 10. Cantidad de pacientes atendidos por turno

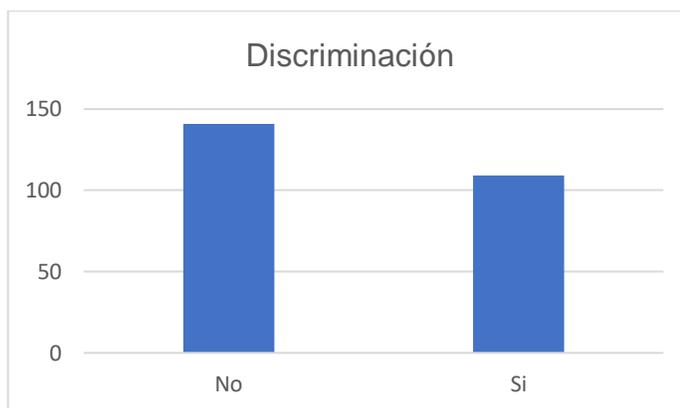
En cuanto a la cantidad de pacientes vistos por turno, observamos que la mayoría del personal atiende 20 pacientes o menos por turno, con 136 participantes (54.4%), por otro lado, se observó que 7 participantes (38.8%) atienden a 21 pacientes o más por turno, y solo 17 participantes no mantiene ningún tipo de contacto con pacientes (6.8%)



Gráfica 10.

Gráfica 11. Discriminación al personal de salud

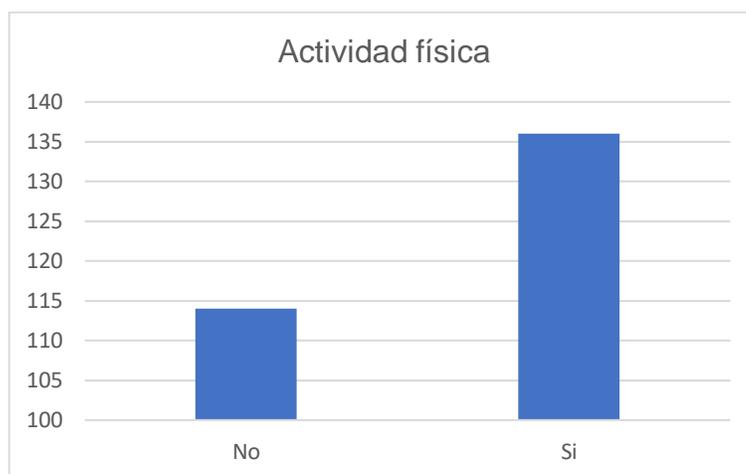
Respecto a discriminación se observó que 56.4% integrado por 136 participantes, recibieron algún tipo de discriminación por laborar en el área de la salud, en contraste, el 43% integrado por 109 participantes, negaron haber recibido algún tipo de discriminación.



Gráfica 11.

Gráfica 12. Actividad física

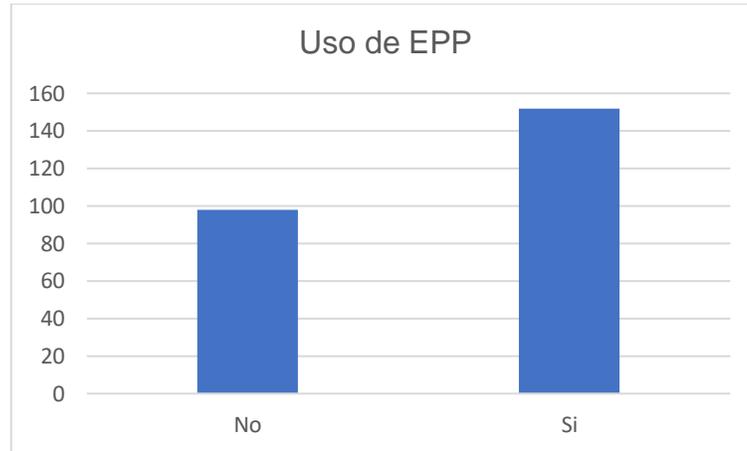
En el área de actividad física se observó que el personal de salud ampliado en mayoría sí realiza actividad física, representado por un 54.4%, y el 45.6% no realiza actividad física.



Gráfica 12.

Gráfica 13. Uso de EPP en la jornada laboral

Se observó que 152 de los participantes (60.8%) utilizaba durante su jornada laboral equipo de protección personal (EPP), incluido por gorro, bata, guantes, botas, careta, protección ocular, cubrebocas, etc.) y 98 de los participantes no utilizaba EPP durante su jornada laboral (39.2%)



Gráfica 13.

Gráfica 14. Contacto directo con pacientes durante la jornada laboral

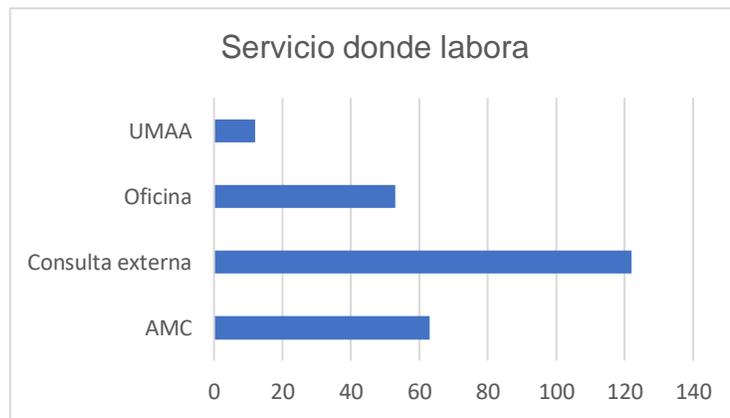
Se observó que prevalecen los participantes que tienen contacto directo con pacientes, representado por 219 (87.6%), en contraste con 31 participantes (12.4%) quienes no tienen ningún tipo de contacto por pacientes.



Gráfica 14.

Gráfica 15. Área donde labora

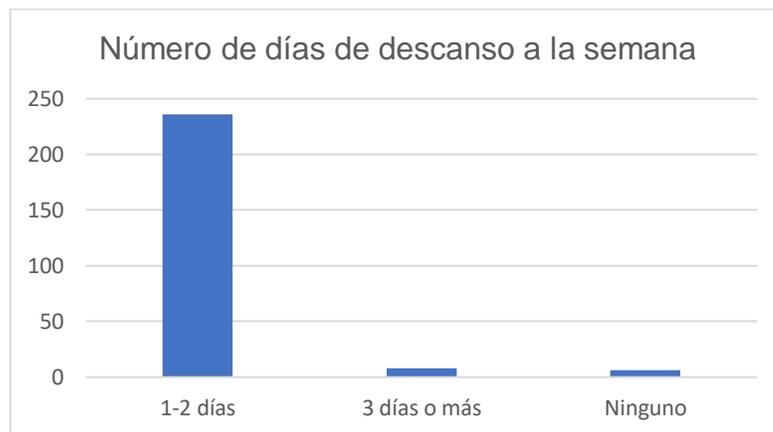
Se observó que 122 de los participantes (48.8%) laboran en la consulta externa, 63 laboran en el área de Atención médica continua (AMC) (25.2%), 53 participantes (21.2%) laboran en área administrativa dentro de oficinas, y 12 participantes laboran dentro de la Unidad Médica de Atención Ambulatorio (UMAA) (4.8%)



Gráfica 15.

Gráfica 16. Número de días de descanso a la semana

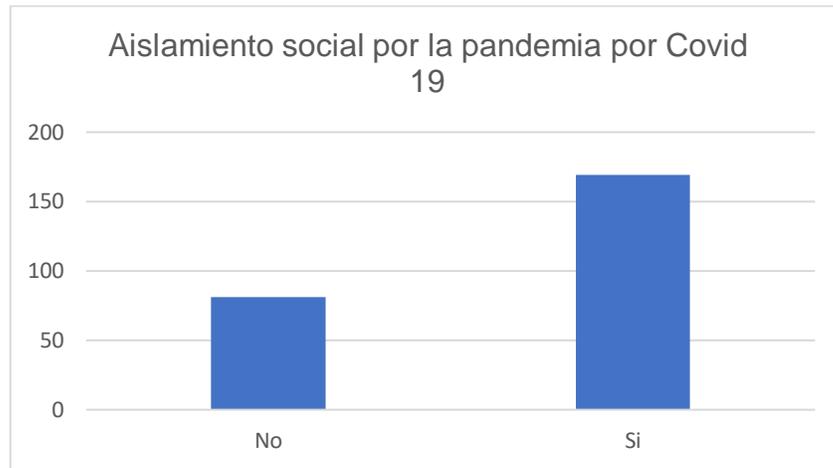
Se observó prevalencia en 1-2 días de descanso, representando por 236 participantes, que equivale a 94% de la población, en contraste, solo 8 participantes (3.2%) descansan 3 o más días, y solo 6 (2.4%) refieren ningún día de descanso a la semana



Gráfica 16.

Gráfica 17. Aislamiento social por la pandemia por Covid 19

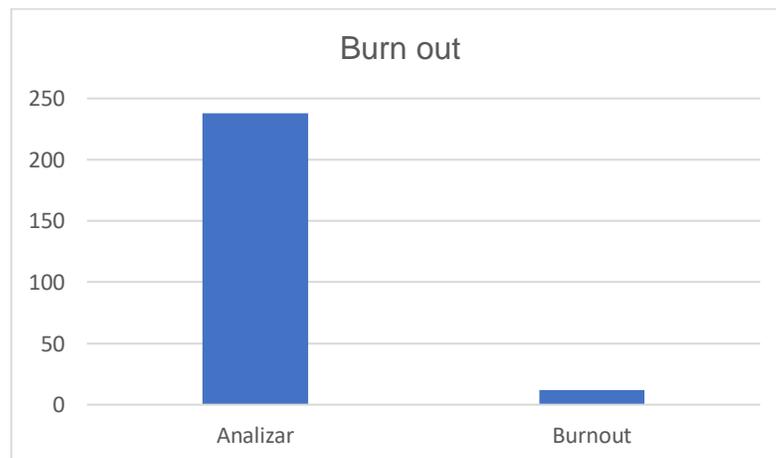
En cuanto a aislamiento por la pandemia por Covid 19, se observó que 169 participantes (67.6%) se mantuvieron en aislamiento de sus familiares, mientras que 81 participantes (32.4%) no se aislaron de su familia.



Gráfica 17.

Gráfica 18. Cuestionario MBI para diagnóstico de Burn out

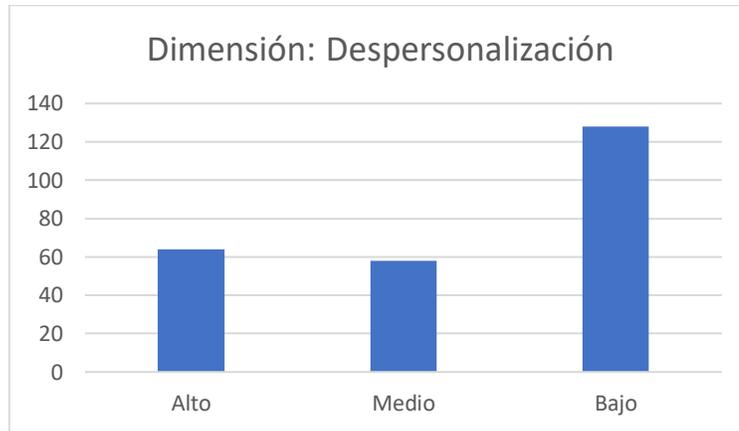
Respecto a la aplicación del cuestionario de Maslach para el diagnóstico de Burn out, 12 participantes del personal ampliado de salud salieron con diagnóstico de riesgo alto de padecer Burn out, lo que equivale al 4.8% de los participantes, sin embargo 238 participantes, los cuales equivalen a 95%, tuvieron un resultado de indicios de síndrome de Burn out, considerándose en riesgos moderado y bajo.



Gráfica 18.

Gráfica 19. Cuestionario MBI: Despersonalización

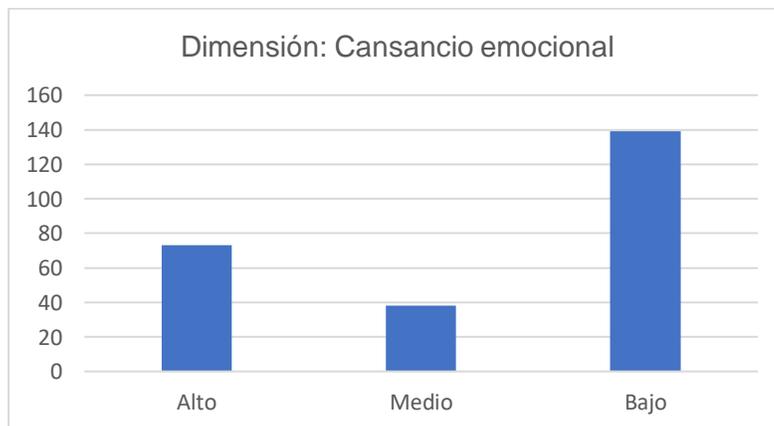
Respecto a la aplicación del cuestionario de Maslach para el diagnóstico de Burn out, en la dimensión de despersonalización, observamos que 64 participantes del personal ampliado de salud salieron con riesgo alto de padecer síndrome de Burn out, lo que equivale al 25.6% de los participantes, por otro lado, 58 participantes que equivale a 23.2% presentan riesgo moderado de padecer síndrome de Burn ut, mientras que 128 participantes, equivalente a 51.2% tienen riesgo bajo de padecer el síndrome



Gráfica 19.

Gráfica 20. Cuestionario MBI: Cansancio emocional

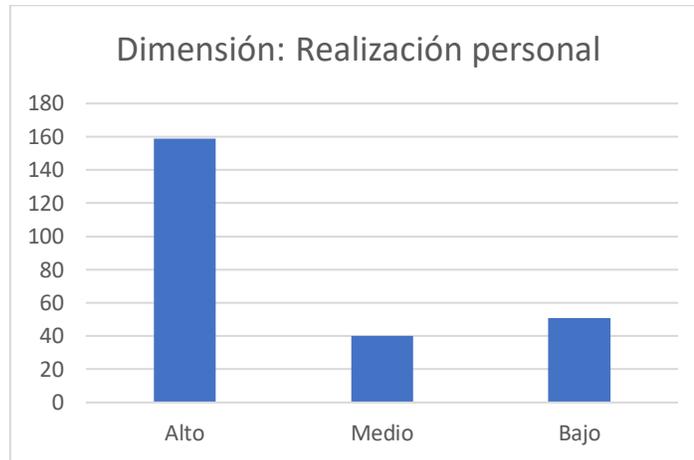
Respecto a la aplicación del cuestionario de Maslach para el diagnóstico de Burn out, en la dimensión de cansancio emocional, observamos que 73 participantes del personal ampliado de salud salieron con riesgo alto de padecer síndrome de Burn out, lo que equivale al 29.2% de los participantes, por otro lado, 38 participantes que equivale a 15.2% presentan riesgo moderado de padecer síndrome de Burn out, mientras que 139 participantes, equivalente a 55.6% tienen riesgo bajo de padecer el síndrome.



Gráfica 20.

Gráfica 21. Cuestionario MBI: Realización personal

Respecto a la aplicación del cuestionario de Maslach para el diagnóstico de Burn out, en la dimensión de realización personal, observamos que 159 participantes del personal ampliado de salud salieron con riesgo alto de padecer síndrome de Burn out, lo que equivale al 63.6% de los participantes, por otro lado, 40 participantes que equivale a 16% presentan riesgo moderado de padecer síndrome de Burn out, mientras que 51 participantes, equivalente a 20.4% tienen riesgo bajo de padecer el síndrome.



Gráfica 21.

Tabla 1. Prevalencia y asociación del síndrome Burn Out con la Categoría o tipo de contratado

Se observó que una prevalencia y asociación de Burn out en el personal becario 20%, sin embargo, el 10% pertenecientes a contrato base 02, el 10% de contrato temporal 03, y el 2.2% que cuentan con contrato base también presentaron síndrome de Burn out, en contraste con los que contaban con contrato 08 (0%) y otros (0%), los cuales incluye pasantes, farmacia, taller, etc.

La significancia asintótica de la Chi cuadrada fue de 0.051, por lo que se afirma la relación del síndrome de Burnout con la categoría o tipo de contrato

Tabla cruzada										
			categoría							Total
			Confianza 01	Sustitución 08	Contrato base 02	Temporal 03	Base 6	7		
Resultado estricto	Analizar	Recuento	11	22	36	18	134	8	9	238
		% dentro de categoría	91.7%	100.0%	90.0%	90.0%	97.8%	80.0%	100.0%	95.2%
	Burnout	Recuento	1	0	4	2	3	2	0	12
		% dentro de categoría	8.3%	0.0%	10.0%	10.0%	2.2%	20.0%	0.0%	4.8%
Total		Recuento	12	22	40	20	137	10	9	250
		% dentro de categoría	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.540 ^a	6	0.051
Razón de verosimilitud	11.528	6	0.073
Asociación lineal por lineal	0.431	1	0.512
N de casos válidos	250		
a. 6 casillas (42.9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.			

Tabla 2. Prevalencia y asociación de síndrome de Burn out con la edad

De los participantes con Burnout se observó prevalencia en participantes de 19-30 años de edad (12%), en comparación con los que tienen 41 o más años (0%), sin embargo, el 3.2% que se encuentra entre 31-40 años también presentaron Síndrome de Burn out.

La significancia asintótica de la Chi cuadrada fue de 0.002, por lo que se afirma la relación del síndrome de Burnout con la edad.

Tabla cruzada							
			Edad				Total
			Menor de 30 años	31 - 40 años	41 - 50 años	51 años o más	
Resultado estricto	Analizar	Recuento	61	92	74	11	238
		% dentro de Edad	87.1%	96.8%	100.0%	100.0%	95.2%
	Burnout	Recuento	9	3	0	0	12
		% dentro de Edad	12.9%	3.2%	0.0%	0.0%	4.8%
Total		Recuento	70	95	74	11	250
		% dentro de Edad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.791 ^a	3	0.002
Razón de verosimilitud	15.943	3	0.001
Asociación lineal por lineal	12.354	1	0.000
N de casos válidos	250		
a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .53.			

Tabla 3. Prevalencia y asociación de síndrome de Burn out con la antigüedad laboral

Se observó que una prevalencia y asociación de Burn out con la antigüedad laboral de 10 años o menos (8.8%) en comparación con los de mayor antigüedad (0%).

La significancia asintótica de la Chi cuadrada fue de 0.006, por lo que se afirma la relación del síndrome de Burnout con la antigüedad laboral

Tabla cruzada						
			Antigüedad			Total
			10 años o menos	11 a 19 años	20 años o más	
Resultado estricto	Analizar	Recuento	125	91	22	238
		% dentro de Antigüedad	91.2%	100.0%	100.0%	95.2%
	Burnout	Recuento	12	0	0	12
		% dentro de Antigüedad	8.8%	0.0%	0.0%	4.8%
Total		Recuento	137	91	22	250
		% dentro de Antigüedad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.397 ^a	2	0.006
Razón de verosimilitud	14.933	2	0.001
Asociación lineal por lineal	8.626	1	0.003
N de casos válidos	250		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.06.

Tabla 4. Prevalencia de Burn Out asociada al número de hijos

De los participantes con Síndrome de Burn out se observó prevalencia en quienes no tienen hijos (9.2%) en contraste con los que tenían 3 hijos o más (0%), sin embargo el 1.6% que tiene de 1-2 hijos también cuenta con Burn out.

La significancia asintótica de la Chi cuadrada fue de 0.017, por lo que se afirma la relación del síndrome de Burnout con el número de hijos.

Tabla cruzada						
			Número de hijos			Total
			Sin hijos	1-2 hijos	3 o más hijos	
Resultado estricto	Analizar	Recuento	99	125	14	238
		% dentro de Número de hijos	90.8%	98.4%	100.0%	95.2%
	Burnout	Recuento	10	2	0	12
		% dentro de Número de hijos	9.2%	1.6%	0.0%	4.8%
Total		Recuento	109	127	14	250
		% dentro de Número de hijos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.161 ^a	2	0.017
Razón de verosimilitud	8.891	2	0.012
Asociación lineal por lineal	7.423	1	0.006
N de casos válidos	250		
a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .67.			

Tabla 5. Prevalencia y asociación de Síndrome de Burn out con el turno laboral

Se observó una prevalencia de Burn out asociado al personal que labora en turno completo/mixto (16%) en comparación con los otros turnos, en el turno vespertino 5.9% presentó Burn out, mientras que el turno nocturno 4.2% presentaron Burn out, y el que labora durante el turno matutino (2.3%)

La significancia asintótica de la Chi cuadrada fue de 0.030, por lo que se afirma la relación del síndrome de Burnout con el turno laboral

Tabla cruzada							
			Turno				Total
			Matutino	Vespertino	Nocturno	Completo/Mixto	
Resultado estricto	Analizar	Recuento	130	64	23	21	238
		% dentro de Turno	97.7%	94.1%	95.8%	84.0%	95.2%
	Burnout	Recuento	3	4	1	4	12
		% dentro de Turno	2.3%	5.9%	4.2%	16.0%	4.8%
Total		Recuento	133	68	24	25	250
		% dentro de Turno	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.942 ^a	3	0.030
Razón de verosimilitud	6.887	3	0.076
Asociación lineal por lineal	6.995	1	0.008
N de casos válidos	250		
a. 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.15.			

Por otro lado, al analizar los factores de riesgo y asociación de éstos con el Síndrome de Burn out se observó mayor prevalencia en el personal ampliado de salud, que contaba con los siguientes factores de riesgo asociados: turno laboral, siendo el turno completo/Mixto, el número de hijos, siendo los participantes que no tiene hijos, antigüedad laboral menor a 10 años, edad siendo de mayor prevalencia entre 19-30 años, respecto a categoría, los becarios fueron de mayor prevalencia; ya que la significancia asintótica de Chi cuadrada fue menor o igual a 0.05, por lo que confirma la asociación de estos factores de riesgo al Burn out

Por otro lado, el síndrome de Burn out no presentó asociación alguna los siguientes factores de riesgo: estado civil, escolaridad, profesión o puesto de trabajo, número de pacientes atendidos por turno, el realizar actividad física, contacto directo con pacientes y servicio donde labora; esto debido a que la significancia asintótica de Chi cuadrada fue mayor a 0.05, por lo que no se demostró dicha asociación con los factores de riesgo siguientes.

Tabla 6. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con el género

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.783 ^a	1	0.182		
Corrección de continuidad ^b	1.039	1	0.308		
Razón de verosimilitud	1.673	1	0.196		
Prueba exacta de Fisher				0.211	0.154
Asociación lineal por lineal	1.776	1	0.183		
N de casos válidos	250				
a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.89.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla 7. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con el estado civil

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.998 ^a	4	0.558
Razón de verosimilitud	4.101	4	0.393
Asociación lineal por lineal	0.287	1	0.592
N de casos válidos	250		
a. 5 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .19.			

Tabla 8. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con la escolaridad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.367 ^a	5	0.272
Razón de verosimilitud	8.778	5	0.118
Asociación lineal por lineal	1.387	1	0.239
N de casos válidos	250		
a. 6 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.			

Tabla 9. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con la profesión o puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.518 ^a	9	0.186
Razón de verosimilitud	11.308	9	0.255
Asociación lineal por lineal	1.443	1	0.230
N de casos válidos	250		
a. 14 casillas (70.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.			

Tabla 10. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con el número de pacientes atendidos por turno

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.310 ^a	3	0.727
Razón de verosimilitud	2.093	3	0.553
Asociación lineal por lineal	0.025	1	0.876
N de casos válidos	250		
a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.			

Tabla 11. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con la realización de actividad física

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.255 ^a	1	0.133		
Corrección de continuidad ^b	1.451	1	0.228		
Razón de verosimilitud	2.267	1	0.132		
Prueba exacta de Fisher				0.149	0.114
Asociación lineal por lineal	2.246	1	0.134		
N de casos válidos	250				
a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.47.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla 12. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con el contacto directo con pacientes

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.192 ^a	1	0.661		
Corrección de continuidad ^b	0.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	0.213	1	0.645		
Prueba exacta de Fisher				1.000	0.548
Asociación lineal por lineal	0.191	1	0.662		
N de casos válidos	250				
a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.49.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Tabla 13. Test de Chi cuadrada. Asociación del síndrome de Burn out con el servicio donde labora

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.545 ^a	3	0.909
Razón de verosimilitud	0.491	3	0.921
Asociación lineal por lineal	0.236	1	0.627
N de casos válidos	250		
a. 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .58.			

Discusión de resultados

En este estudio se evaluó la prevalencia de síndrome de Burn out y los factores asociados para dicho padecimiento, hubo 250 participantes del personal de salud ampliado adscrito a la 161/UMAA, quienes contaron con los criterios de inclusión, encontrando una prevalencia de 12 participantes con un diagnóstico presuntivo de alto riesgo de padecer Síndrome de Burn out, representando 4.8%, desglosando cada una de las dimensiones, encontramos que en la dimensión de despersonalización encontramos que el 64% se encuentra en alto riesgo de padecer el síndrome de Burn out, en la dimensión de cansancio emocional 29.2% se encuentra en alto riesgo de padecer el síndrome, y en la dimensión de realización personal 63.6% se encuentra en alto riesgo de padecer el síndrome, por otro lado, de manera global, el 95%, tuvieron un resultado de indicios de síndrome de Burn out, considerándose dentro del riesgo moderado o bajo de padecer el síndrome, recordando que las dimensiones de despersonalización y cansancio emocional al tener un mayor puntaje y menor puntaje en la dimensión de realización personal, mayor será el riesgo de padecer el síndrome de Burn out.

En los participantes quienes obtuvieron un alto riesgo de síndrome de Burn out, requieren atención psiquiátrica y psicológica para un diagnóstico definitivo así como para su manejo integral, y los que presentaron indicios de Burn out, es decir, quienes se encontraban en riesgo moderado o bajo, requiere un análisis más complejo para su valoración y diagnóstico, ya que para el diagnóstico definitivo de este síndrome se debe evaluar el desempeño laboral, a lo que el cuestionario de MBI, no toma en cuenta, ya que al repercutir en el desempeño laboral se realizará el diagnóstico definitivo del síndrome de Burn out, utilizando el instrumento de Oldenburg Burn out Inventory (OLBI), el cual evalúa el desempeño laboral (compromiso) y el cansancio del trabajador.

En correspondencia a nuestra hipótesis (Derivado de la pandemia por Covid 19, el síndrome de Burn out tiene una mayor prevalencia, en personas con edad entre los 35 y 54 años en mujeres, estado civil soltero, personas sin hijos, quienes no realizan actividad física, quienes hayan mantenido distancia social o aislamiento, quienes brindan atención a más de 20 pacientes por turno, quienes brindan atención directa a pacientes, quienes hayan recibido algún tipo de discriminación o agresión por ser personal de salud, en personas con mayor antigüedad laboral y tipo sustitución 08); se empleó el test de Chi cuadrada para la asociación de variables relacionadas con la prevalencia de síndrome de Burn out.

Obtuvimos los factores de riesgo como turno laboral completo/mixto, seguramente por las largas jornadas laborales, el número de hijos (sin hijos), se pudiera inferir la falta de realización en el ámbito personal, o la falta de redes de apoyo, por lo otro lado, la antigüedad laboral menor a 10 años, edad entre 19 a 30 años, esto quizás a que a mayor edad existe una idea laboral más realista, a diferencia de las

expectativas que el personal con menor edad pudiera tener o la corta experiencia laboral, presentando mayor dificultad para la resolución o confrontación a problemas; y categoría o tipo de contrato (becarios, contratación 03 y 02), esto posiblemente por la inestabilidad laboral, dicho lo anterior, se puede inferir que estos factores se encuentran asociados a la prevalencia de síndrome de Burn out con una significancia asintótica de la Chi cuadrada menor o igual a 0.05, representado por 12 participantes que equivale al 4.8%.

Por otro lado, el género, estado civil, escolaridad, profesión o puesto de trabajo, pacientes vistos por turno, actividad física, contacto directo con pacientes y servicio donde labora tiene nula asociación con la prevalencia de síndrome de Burn out en el personal de salud ampliado adscrito a la UMF 161/UMAA durante la pandemia por Covid 19, con una significancia asintótica de la Chi cuadrada mayor a 0.05.

Dichos resultados respecto a los factores de riesgo asociados a Síndrome de Burn out concuerdan con la bibliografía consultada, sin embargo, los ítems que se adicionados, intencionadamente por la pandemia por Covid 19 como uso del EPP, servicio donde labora, profesión o puesto de trabajo no tuvieron asociación significativa con la prevalencia de Síndrome de Burn out, a pesar de ser mencionados en mínima bibliografía consultada.

Conclusiones

El síndrome de Burn out ha sido infra diagnosticado, pudiendo afectar de manera directa el desempeño laboral, así como la vida personal, profesional y estado de salud del que la padece, por lo que considero de importancia la aplicación del cuestionario MBI para su diagnóstico oportuno al ingreso laboral, así como dar seguimiento a los trabajadores de manera rutinaria, al menos 1 vez al año, ya que son múltiples los factores que se podrían encontrar asociados al desarrollo de Burn out.

Los resultados fueron obtenidos de acuerdo a la hipótesis planteada, con fines educativos, en la que se aceptó la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que los factores de riesgo asociados consultados en bibliografía si se encuentran asociados al síndrome de Burn out en el personal de salud ampliado adscrito a la UMF 161/UMAA.

Mediante la aplicación del test de Maslach en el personal ampliado de salud, se encontró población con bajo y alto riesgo de padecer síndrome de Burn out, y se demostró que la población mayormente afectada, es decir, con alto riesgo de desarrollar Burn out son los becarios, quienes cumplen con turno completo/mixto, quizás por la mayor sobreexposición y carga de trabajo, así como la pobre motivación externa; al ser considerados como trabajadores, se les debe de evaluar de manera integral a su ingreso a residencias médicas, así como durante el proceso de formación y al finalizar dicho periodo, y no solo evaluarlos, sino tomar acción en todo el personal que salga afectado por este síndrome.

Por otro lado, el resto de los participantes que presentaron bajo riesgo de padecer síndrome de Burn out, es decir, cuentan con indicios de este síndrome, pero quizá las redes de apoyo o factores protectores aún son efectivos, por lo que se sugiere el seguimiento y estudio futuro de estos, para evitar repercusión laboral.

Es importante mencionar, que el test MBI evalúa la percepción del trabajador, sin embargo, no evalúa la eficiencia o eficacia laboral, donde se podría utilizar en investigaciones posteriores el instrumento de Oldenburg Burnout Inventory (OLBI).

Como parte de un sistema de salud, se deben considerar todos los factores internos y externos que pudieran estar asociados y generar el desarrollo de Burn out, ya que en muchas ocasiones el personal médico y personal de salud ampliado se encuentra bajo mucha carga de trabajo, olvidando aspectos personales, físicos, profesionales, etc., generando un impacto negativo en la salud del trabajador, además de las repercusiones directas en la prestación de servicios, presentando el síndrome de Burn out quizás como debut o agravamiento tras la presencia de eventos traumáticos, como fue la Pandemia por Covid 19.

Referencias

1. Gobierno de México. COVID 19. 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 30]. Available from: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>.
3. Tesini B. Covid, MERS y SARS [Internet]. Manual MSD. 2020 [cited 2021 Jun 30]. Available from: https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/coronavirus-y-síndromes-respiratorios-agudos-covid-19,-mers-y-sars#v47572272_es.%0D%0A
4. Organización Mundial de la Salud. Covid 19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
5. Coronavirus en México [Internet]. Milenio. 2020 [cited 2021 Jul 4]. Available from: <https://www.milenio.com/politica/coronavirus-mexico-linea-mapa-resumen-covid19>.
6. Gobierno de México. El ABC de los fenómenos perturbadores [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <http://www.preparados.gob.mx/fenomenos>
7. BS M. World Journal of Psychiatry. World J Psychiatry. 2019;19(1):57–8.
8. Organización Mundial de la Salud. Mental Health [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 2]. Available from: https://www.who.int/topics/mental_health/es/
9. Trabajo OI del. Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales : Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales : Criterios para incluir enfermed. Reun Expert Sobre La Revi6n Las List Enfermedades Profecionales. 2009;27–30.
10. López-Elizalde C. Síndrome de burnout. Rev Mex Anestesiol. 2004;27(SUPPL. 1).
11. Hernández-vargas CI, Dickinson ME, Ángel M, Ortega F. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. 2008;51(1):11–4.
12. Díaz Romero RM, Lartigue Becerra T, Acosta Velasco ME. Síndrome de Bournout: desgaste emocional en cirujanos dentistas. Rev ADM. 2001;LVIII(2):63–7.
13. Talaee N, Varahram M, Jamaati H, Salimi A, Attarchi M, Dizaj MK, et al. Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. Journal of Public Health (Germany)[revista en Internet] 2020 [acceso 20 de setiembre del 2020]. J Public Heal From Theory

to Pract [Internet]. 2020;1–6. Available from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275852/pdf/10389_2020_Article_1313.pdf

14. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Malasch Burnout Inventory (3rd edition). Evaluating Stress: A Book of Resources, Volume 1*. 1986. p. 191–218.
15. Dirk, Enzmann. Wilmar, B. Schaufeli. Peter, Janssen. Alfred R. Dimensionality and validity of the Burnout Measure. 1998. 331–332 p.
16. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses* [Internet]. 2020;144(May):109972. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
17. Hert S De. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. 2020;171–83. Available from:
<https://www.dovepress.com/burnout-in-healthcare-workers-prevalence-impact-and-preventative-strat-peer-reviewed-fulltext-article-LRA>
18. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Velez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex*. 2005;141(3):181–3.
19. Vera G, Pivaral C, Vélez P, Palmer Y, Gómez-vera A, Cabrera-pivaral C, et al. Factores de riesgo organizacionales asociados a burnout en médicos anestesiólogos. 2005;28:82–91.
20. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad*. 2010;0(112):42.
21. Maslach C. *Burnout Inventory Manual*. California; 1981. 193–195 p.
22. Consejo Mexicano de Neurociencias. ¿Qué es el síndrome de Burnout? 2018.
23. Khansari DN, Murgu AJ FR. Effects of stress on the immune system. *Khansari DN, Murgu AJ, Faith RE*. 1990;170–175.
24. Marie Bernardine Danhof-Pont, Tineke van Veen FGZ. Biomarkers in burnout: A systematic review. 2011;505–24. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399910004162?via%3Dihub>
25. McEwen BS, Weiss JM SL. Selective retention of corticosterone by limbic structures in rat brain. *Nature*. 1968;5170(220):911–912.
26. Kloet ER, Oitzl MS JM. Stress and cognition: are corticosteroids good or bad guys? *Trends Neurosci*. 1999;422–426.
27. Lupien SJ, Wilkinson CW, Brière S, Ménard C, Kin NNY NN. The modulatory

- effects of corticosteroids on cognition: studies in young human populations. *Psychoneuroendocrinology*. 2002;401–416.
28. Schwabe L, Joëls M, Roozendaal B, Wolf OT OM. Stress effects on memory: an update and integration. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;1740–1749.
 29. Lupien SJ MB. The acute effects of corticosteroids on cognition: integration of animal and human model studies. *Brain Res Rev*. 1997;24:1–27.
 30. McEwen BS SR. Stress and cognitive function. *Curr Opin Neurobiol*. 1995;205–216.
 31. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR HC. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009;434–445.
 32. Schwabe L, Wolf OT OM. Memory formation under stress: quantity and quality. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010;584–591.
 33. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*. 2017;16:1057–72.
 34. Rozanski A, Blumenthal JA KJ. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;2192–2217.
 35. Holmes TH RR. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;213–218.
 36. Elenkov IJ, Webster EL, Torpy DJ CG. Stress, corticotropin - releasing hormone, glucocorticoids, and the immune/inflammatory response: acute and chronic effects. *Ann NY Acad Sci*. 1999;1–13.
 37. JA. H. Cardiovascular response to stress. *Physiol Rev*. (1991):305–330.
 38. Pagani M, Mazzuero G, Ferrari A, Liberati D, Cerutti S, Vaitl D et al. Sympathovagal interaction during mental stress. A study using spectral analysis of heart rate variability in healthy control subjects and patients with a prior myocardial infarction. *Circulation*. 1991;II43–II51.
 39. Cohen H, Benjamin J, Geva AB, Matar MA, Kaplan Z KM. Autonomic dysregulation in panic disorder and in post-traumatic stress disorder: application of power spectrum analysis of heart rate variability at rest and in response to recollection of trauma or panic attacks. *Psychiatry Res*. 2000;1–13.
 40. Dakak N, Quyyumi AA, Eisenhofer G, Goldstein DS CR. Sympathetically mediated effects of mental stress on the cardiac microcirculation of patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 1995;125–130.
 41. Pignalberi C, Ricci R SM. Psychological stress and sudden death. *Ital Hear J*. 2002;1011–1021.

42. SM. C. Modulation of intestinal inflammation by stress: basic mechanisms and clinical relevance. *Am J Physiol.* 2001;G315–G318.
43. Söderholm JD, Perdue MH. I. Stress and intestinal barrier function. *Am J Physiol.* 2001;G7–G13.
44. No Title Bagheri Nikoo G, Khosravi M, Sahraei H, Ranjbaran M, Sarahian N, Zardooz H et al. Effects of systemic and intra-accumbal memantine administration on the impacts of plantar electrical shock in male NMRI mice. *Physiol Pharmacol.* 2014;61–71.
45. Halataei BA, Khosravi M, Arbabian S, Sahraei H, Golmanesh L, Zardooz H et al. Saffron (*Crocus sativus*) Aqueous Extract and its Constituent Crocin Reduces Stress-induced Anorexia in Mice. *Phytother Res.* 2011;1833–1838.
46. Ranjbaran M, Mirzaei P, Lotfi F, Behzadi S SH. Reduction of metabolic signs of acute stress in male mice by papaver Rhoaes hydro-alcoholic extract. *Pakistan J Biol Sci.* 2013;1016–1021.
47. Nabavizadeh F, Vahedian M, Sahraei H, Adeli S SE. Physical and psychological stress have similar effects on gastric acid and pepsin secretions in rat. *J Stress Physiol Biochem.* 2011;164–174.
48. Gonsalkorale W, Perrey C, Pravica V, Whorwell P HI. Interleukin 10 genotypes in irritable bowel syndrome: evidence for an inflammatory component? *Gut.* 2003;91–93.
49. Mönnikes H, Tebbe J, Hildebrandt M, Arck P, Osmanoglou E, Rose M et al. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis.* 2001;201–211.
50. Hommes D, Van Den Blink B, Plasse T, Bartelsman J, Xu C, Macpherson B et al. Inhibition of stress-activated MAP kinases induces clinical improvement in moderate to severe Crohn's disease. *Gastroenterology.* 2002;7–14.
51. Konturek PC, Brzozowski T KS. Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *J Physiol Pharmacol.* 2011;591–599.
52. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;34(3):553–60.
53. Mumoli N. Burnout syndrome. *J Emerg Med.* 2012;43(2):349–50.
54. A. B. Detección del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería de Clínicas de Medicina Familiar en tres Instituciones del Sector Salud. UNAM; 2001.
55. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R CF. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria.* 2001;313–7.

56. Olivar C, González S MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999;352–9.
57. Bertolote JM, Fleischmann A. Efectos del empleo precario en la salud y la seguridad en el trabajo. *Red Mund Salud Ocup [Internet]*. 2002;(6):1–12. Available from: http://origin.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet4s.pdf
http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf
58. Instituto Mexicano del Seguro Social. Estrés laboral [Internet]. Gobierno de México. 2020. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>
59. Guillén-Graf AM, Flores-Villalba E, Díaz-Elizondo JA, Garza-Serna U, López-Murga RE, Aguilar-Abisad D, et al. Incremento de síndrome de burnout en estudiantes de Medicina tras su primer mes de rotación clínica. *Educación Médica [Internet]*. 2019;20(6):376–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302626>
60. Liselotte, N Dyrbye. Matthew, R Thomas. William Harper F. Stanford, Massie Jr. David V Power. Anne, Eacker. Daniel WSPJNJASTD. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. 2009;
61. Borda, M. Navarro, E. Aun, E. Berdejo, H. Racedo, K. Ruiz J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 2007;43–51.
62. Díaz Araya S. Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L., de agosto a octubre de 2004. *Acta Med Costarric*. 2007;49(2):107–10.
63. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali*, 2002. *Colomb Med*. 2004;35(4):173–8.
64. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among american surgeons. *Ann Surg*. 2009;250(3):463–70.
65. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J OM. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. 2012; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22911330/>
66. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in medical residents: A study based on the job demands-resources model. *Sci World J*. 2014;2014.
67. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, Rothschild JM, Katz JT, Lilly CM, Stone PH, Aeschbach D CC. Effect of

- reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. 2004; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15509816/>
68. Thomas NK. Resident burnout. *J Am Med Assoc.* 2004;292(23):2880–9.
 69. AFDSRPMBF G. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública.* 2000;
 70. Dávila FA, Nevado N. Validation of the burnout screening inventory in health area trainees. *Educ Medica [Internet].* 2016;17(4):158–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007>
 71. Molina NC, Osorio LP. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. 2019;(50):39–60.
 72. Loya-Murguía KM, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M J-CA. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *JONNPR. JONNPR [Internet].* 2018;3(1):40–8. Available from: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2060>
 73. Castañeda Aguilera, Enrique ; García de Alba, Javier; Campos Carlos RG. Factores de riesgo y prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas , Guadalajara , México . 2019 . *Salud de los trabajadores [Internet].* 2019;28(1):7–21. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7634031>
 74. Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística 2018 [Internet]. Gobierno de México. [cited 2020 Jun 13]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2018>
 75. Eva, Garrosa. Bernardo, Moreno-Jiménez. Youxin Liang. José Luis G. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. 2008 Mar;418–27. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748906002896?via%3Dihub>
 76. Matía Cubillo ÁC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria [Internet].* 2012;44(9):532–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.021>
 77. Alonso A. El CIE-11 incluye al burnout en su clasificación [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 25]. Available from: <https://www.psyciencia.com/el-cie-11-incluye-al-burnout-en-su-clasificacion/#:~:text=Con el objetivo de legitimar,el empleo o el desempleo>”.
 78. Forbes México. OMS clasifica el ‘burnout’ como una enfermedad [Internet].

2019 [cited 2020 Oct 25]. Available from: <https://www.forbes.com.mx/oms-clasifica-desgaste-y-estres-laboral-como-una-enfermedad/#:~:text=Notimex.,vigor a partir de 2022>.

79. Rojas R. El Síndrome de Burnout será reconocido como una enfermedad a partir del 2022 [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 25]. Available from: <https://www.saludiaro.com/el-sindrome-de-burnout-sera-reconocido-como-una-enfermedad-a-partir-del-2022/>
80. Molina A. Retos en la capacitaciónn laboral en salud mental. Asociación Psiquiátrica Mexicana. 2020;
81. Tiziana, Ramaci. iego, Bellini. Giovambattista, Presti. Giuseppe S. Psychological Flexibility and Mindfulness as Predictors of Individual Outcomes in Hospital Health Workers [Internet]. *Frontiers in Psychology*. 2019. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01302/full>
82. Kaschka WP, Korczak D BK. Burnout—a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;81–787.
83. Weiner EL, Swain GR, Wolf B GM. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *West J Med*. 2001;19–23.
84. Kash KM, Holland JC, Breitbart W et al. Stress and burnout in oncology. *Oncol (Huntingt)*. 2000;1621–1634, 1636–1637.
85. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE BA. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;358:367.
86. Health. P. Revisions to selected Medical Staff Standards. [Internet]. Available from: <http://www.jacwo.org>
87. Stuckless S, Parfrey PS. Los Sesgos en Investigación Clínica. *Methods Mol Biol*. 2021;2249(3):17–34.
88. Restrepo Sarmiento MM, Restrepo CG. Sesgos en diseños analíticos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(3):327–35.

Anexos



Anexo 1. Maslach Burnout Inventory

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

Jimena Landgrave Luna¹, Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Rosario Lita Morales⁴

1. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA N. 161. 3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Medicina Familiar N. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". 4. Licenciada en Psicología, Unidad de Medicina Familiar N. 161.

	Cuestionario de autoevaluación para detectar burnout	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
01	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo							
02	Me siento agotado/a al final de la jornada de trabajo							
03	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
04	Tengo facilidad para comprender como se sienten los pacientes							
05	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
06	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa							
07	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de los pacientes							
08	Siento que mi trabajo me está desgastando; me siento quemado por mi trabajo							
09	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los pacientes							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión							
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo							
14	Creo que trabajo demasiado							
15	No me preocupa realmente lo que le ocurra a los pacientes							
16	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con los pacientes							
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con los pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo							
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma							
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

SUBECALAS	Preguntas	BAJO	MEDIO	ALTO	RIESGO BAJO	RIESGO ALTO	
Cansancio emocional	22,23,24,27,29 34,35,37, 41	0 - 18	19 - 27	27 - 54	Menos de 18	Más de 19	
Despersonalización	26, 31, 32, 36, 43	0 - 5	6 - 9	10 - 30	Menos de 5	Más de 6	
Realización personal	25, 28, 30, 33, 38, 39, 40, 42	0 - 33	34 - 39	40 - 56	Menos de 33	Más de 34	

Una o más subescalas con riesgo alto = Atención urgente.

Tres o más subescalas con riesgo bajo = Psicoeducación, grupos terapéuticos.



Anexo 2. Cuestionario de factores asociados a Síndrome de Burnout (elaborado por el investigador)

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

Jimena Landgrave Luna¹, Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Rosario Lita Morales⁴

1. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA N. 161. 3. Médico Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Medicina Familiar N. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". 4. Licenciada en Psicología, Unidad de Medicina Familiar N. 161.

Cuestionario: Factores asociados al síndrome de Burnout

Instrucciones: Leer cuidadosamente y responder o marcar con una X la respuesta que lo describa mejor.

1. Edad: _____ años
2. Género
 - a) Femenino
 - b) Masculino
3. Estado civil
 - a) Casado
 - b) soltero
 - c) unión libre
 - d) divorciado/separado
 - e) viudo
4. Número de hijos
 - a) No tengo hijos
 - b) 1-2
 - c) Más de 3
5. Escolaridad
 - a) Primaria
 - b) secundaria
 - c) bachillerato
 - d) carrera técnica
 - e) licenciatura
 - f) posgrado
6. Categoría/ tipo de contratación
 - a) Contrato Confianza 01
 - b) Contrato sustitución 08
 - c) Contrato Base 02
 - d) Contrato temporal 03
 - e) Base
7. Antigüedad
 - a) 10 años o menos
 - b) 11-19 años
 - c) 20 años o más
8. Profesión / Puesto de trabajo
 - a) personal administrativo
 - b) personal médico clínico
 - c) personal médico directivo
 - d) personal de enfermería
 - e) personal de higiene y limpieza
 - f) asistente médica
 - g) estomatología
 - h) personal de laboratorio/estudios de gabinete
9. Residente
 - a) Sí
 - b) No
10. Turno:
 - a) Matutino
 - b) Vespertino
 - c) Nocturno
 - d) Completo
11. Cantidad de pacientes vistos por turno
 - a) 20 o menos
 - b) 21 o más
12. Discriminación o agresiones
 - a) Sí
 - b) No
13. Actividad física
 - a) Sí
 - b) No
14. Uso de EPP
 - a) Sí
 - b) No
15. Contacto directo con pacientes
 - a) Sí
 - b) No
16. Servicio donde labora
 - a) AMC
 - b) Consulta externa
 - c) Oficina
17. Número de días de descanso a la semana
 - a) Ninguno
 - b) 1-2 días
18. ¿Tuvo la necesidad de aislarse o separarse de su familia, amigos y seres queridos, por la contingencia sanitaria?
 - a) Sí
 - b) No

Anexo 3. Consentimiento Informado

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

Jimena Landgrave Luna¹, Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Rosario Lita Morales⁴

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL EQUIPO AMPLIADO DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19
Lugar y fecha:	UMF/UMAA 161 del 01 marzo del 2020 al 01 de febrero del 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: La salud mental es un determinante de salud en general, el cual para que sea óptimo requiere de homeostasis biopsicosocial; se ha estimado que hasta el 75% de la población mexicana podría estar sufriendo de fatiga por estrés laboral, generando afectaciones en la salud mental, superando a países desarrollados. El desequilibrio de la salud mental engloba múltiples padecimientos, como lo son: ansiedad, depresión, síndrome de Burnout, mala calidad de sueño, estrés, problemas familiares, violencia, adicciones, etc.</p> <p>El síndrome de Burnout, como consecuencia del estrés laboral crónico, se han potencializado por la situación actual de la pandemia por Covid-19, por este motivo es importante conocer y evaluar estos padecimientos oportunamente en los trabajadores de salud, ya que se pueden presentar consecuencias en el trabajador y actividades laborales, afectando también a los usuarios del sistema de salud de manera directa e indirecta, ocasionando consecuencias a corto y largo plazo como: reducción de productividad, descenso en la calidad de vida, problemas de salud física y/o mental, propiciando el desarrollo de enfermedades, trastornos de depresión y ansiedad, problemas familiares, riesgos de adicciones.</p> <p>Es de importancia identificar de manera oportuna datos que orienten a síndrome de Burnout en el personal de salud, para prevenir o tratar consecuencias a corto y largo plazo en el ámbito laboral, personal, así como para el usuario, como lograr diferenciarlo de otras patologías de salud mental para un manejo adecuado.</p> <p>Objetivo: Estimar la prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el equipo ampliado de salud durante la pandemia por Covid 19.</p>
Procedimientos:	Se aplicará el cuestionario Maslach Burnout Inventory y el cuestionario de factores asociados a Síndrome de Burnout (elaborado por el investigador) al personal de salud ampliado, adscrito a la UMF161 con UMAA.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de salir alterado el instrumento Maslach, se recomendará acudir a los servicios de psicología o psiquiatría del IMSS, para dar seguimiento y manejo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, el cual permitirá identificar la prevalencia del síndrome de Burn out, así como evaluar los grados de severidad, además de identificar los posibles factores de riesgo asociados al síndrome.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente sin que ello, afecte a la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán confidenciales
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<p>Jimena Landgrave Luna Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar Matrícula: 97376257 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Tel: 5515201763 Ext. 21705. Sin Fax. Email: jime_landgrave@hotmail.com</p>
Colaboradores:	<p>Paul Gonzalo Vázquez Patrón Médico Especialista en Medicina Familiar Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA N. 161 Matrícula: 99122480 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Tel: 5515201763 Ext. 21705. Sin Fax. Email: paulecito@hotmail.com</p> <p>Indira Rocío Mendiola Pastrana Médico Especialista en Medicina Familiar Matrícula: 99126743 Lugar de trabajo: Hospital General de Zona con Medicina Familiar N. 8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo" Tel: 2222395398, Fax: Sin Fax Email: dramendiolaPastrana@gmail.com</p> <p>Rosario Lita Morales Licenciada en Psicología Matrícula: 98373890 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Tel: 5559643168, Fax: Sin Fax Email: aidard25@hotmail.com</p>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1 _____ Nombre y firma	_____ Landgrave Luna Jimena Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2 _____ Nombre y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013	

