



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA
CAMPUS CUERNVACA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Incorporación a la Universidad Nacional
Autónoma de México No. 8344-25

**SÍNDROME DE BURNOUT Y
DEPRESIÓN EN MÉDICOS
DURANTE LA PANDEMIA DE
COVID 19**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Francisco Emanuel Ladino Chávez

Director

Dr. Jonatan Ferrer Aragón

Comité revisor:

Dra. Olga María Salinas Ávila

Mtro. Javier Mendoza Najera

Cuernavaca, Morelos. Septiembre 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su admirable e incasable labor en educarme. Gracias a ustedes llego a este punto, que no es el final, es el inicio. No encuentro las palabras para decirles cuanto los amo, cuanto les agradezco y que tan feliz estoy de tenerlos a mi lado.

A mi abuela, por tanta dedicación y amor hacia mi persona, por ser mi segunda madre y por siempre escucharme y apoyarme a pesar de tus propios ideales. Cumpliste tu promesa, y no sabes que tanto te amo y te agradezco por eso.

A mi hermano, por ser mi gran héroe, de ti aprendí a ser determinado y que llegar al cielo no es para todos. Gracias por tus grandes enseñanzas y tu gran amor hacia mí, llegaste a tu meta y hoy yo llego a la mía por tu gran ejemplo.

A mi hermana, por ser mi compañera de vida, por ser mi consejera y por todas las risas que me dio en mis momentos de tristeza, por ser mi gran apoyo y mi gran defensa en muchos momentos.

A mi cuñada, que me conoció desde pequeño, gracias por regresar a nuestras vidas y enseñarle a mi hermano lo que es el amor, por hacerlo feliz y por apoyarnos como si fuéramos tu familia de sangre, para mí eres parte de nosotros.

A Alan, mi gran historia de amor, por llegar y enseñarme que lo que siempre soñé es posible, por los grandes momentos que siempre tendré en mi corazón, por las risas y los abrazos, por la vida que hoy estamos construyendo juntos. Por motivarme y empujarme hacia mis metas. Te amo.

A Tati, Rico, Richie y Vane por aceptarme como miembro de su familia, por hacerme sentir amado y aceptado.

Contenido

ÍNDICE DE FIGURAS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1 Antecedentes.....	8
1.2 Planteamiento del problema	13
1.3 Pregunta General	13
1.4 Preguntas Particulares	13
1.5 Objetivos	13
1.5.1 Objetivos generales	13
1.5.2 Objetivos Específicos	14
1.6 Hipótesis.....	14
1.6.1 De investigación	14
1.6.2 Nulas.....	15
1.7 Justificación de la investigación	15
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Contexto histórico de las pandemias	17
2.2 Datos estadísticos relevantes	18
2.3 Posibles implicaciones en la salud mental y emocional de los médicos.....	19
2.4 Depresión	22
2.5 Síndrome de burnout	27
2.6 Relación de la depresión con el síndrome de burnout	31

3. MÉTODO	34
3.1 Enfoque, diseño, alcance y tipo de investigación	34
3.2 Población y muestra	34
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.4 Procedimiento	36
4. RESULTADOS	37
4.1 Resultados demográficos	37
4.2 Resultados del Inventario de Burnout de Maslach	39
4.3 Resultados de la Escala de depresión de Beck	41
4.4 Correlación de resultados	42
CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	45
5.1 Discusión de resultados	45
5.2 Conclusiones	47
Referencias	48
APÉNDICE A. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH	53
APÉNDICE B. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de estudios en medicina	35
Figura 2 Dosis recibidas de vacunas.....	37
Figura 3 Contagios de COVID-19	38
Figura 4 Reporte de trato directo con pacientes COVID 19	38
Figura 5 Resultados de la subescala de agotamiento emocional	39
Figura 6 Resultados de la subescala de despersonalización	40
Figura 7 Resultados de la subescala de realización personal	40
Figura 8 Niveles de depresión	41
Figura 9 Correlación entre el agotamiento emocional y los niveles de depresión	42
Figura 10 Correlación entre la despersonalización y los niveles de depresión	43
Figura 11 Correlación entre la realización personal y los niveles de depresión	43
Tabla 1 Medidas (Desviación Estándar) en los inventarios de Burnout de Maslach y de Depresión de Beck.....	44

RESUMEN

La pandemia causada por el virus Sars Cov-2, causante de la enfermedad COVID-19, sacudió a las instituciones de salud llevando al personal médico a una mayor vulnerabilidad de padecer trastornos emocionales tales como depresión, ansiedad, estrés. Por este motivo, el objetivo principal fue encontrar la prevalencia y correlación de las nosologías depresión y síndrome de burnout. En el estudio participaron 38 médicos, de diferentes edades y sexo indistinto, con la única limitante que estuvieran laborando activamente en hospitales COVID-19. Se utilizaron medios digitales y presenciales para hacerles llegar los instrumentos seleccionados para esta investigación, los cuales fueron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados obtenidos fueron de un 18.42% de la muestra obtuvieron puntaje intermedio y un 31.57% puntaje alto en la subescala de agotamiento emocional del Inventario de Burnout. Por otro lado 42.10% de la muestra obtuvo puntaje medio mientras que un 31.57% obtuvo puntaje alto en la subescala de despersonalización del inventario de Burnout. En cuanto a la depresión un 21.05% de la población obtuvo un puntaje de leve perturbación y depresión intermitente, mientras que, el 7.89% obtuvo depresión moderada. Se encontró que la subescala de agotamiento emocional y despersonalización tienen una correlación positiva con la depresión. Por último, dentro de la muestra había médicos que no habían tenido trato directo con pacientes COVID-19, que, mediante una correlación estadística, se encontró un menor agotamiento y despersonalización como los medios que si habían estado en contacto con pacientes COVID-19.

Palabras Clave: COVID-19, Médicos, Burnout y Depresión.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una pandemia que tomó por sorpresa al personal médico, como a la población en general, abre la interrogante sobre las posibles consecuencias que pueden llegar al padecer, la población médica, ante la exigencia para respuesta. En el capítulo uno de esta investigación se abordan los antecedentes teóricos y estadísticos sobre las nosologías que se presentaron alrededor del mundo por consecuencia de la pandemia por COVID-19; así como las preguntas, objetivos e hipótesis que dan base a este. Por otro lado, en el capítulo dos se desarrolla la teorización de las variables como depresión, síndrome de burnout, la relación entre ambas y se contextualiza brevemente sobre la definición de pandemia y los datos estadísticos más relevantes de la epidemia por COVID-19. En el capítulo tres se especifica el enfoque y diseño de la investigación, como también la población que participo, los instrumentos que se requirieron y el procedimiento. En el capítulo cuatro, se presentan los resultados demográficos, así como los resultados de los instrumentos por sub escala y la correlación de ambos. Para finalizar, en el capítulo cinco se redacta la discusión de resultados, conclusiones, limitantes y posibles estudios posteriores.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes

En diciembre de 2019 el mundo comenzó a prestar atención a un poblado de China llamado Wuhan, debido a la aparición de una enfermedad desconocida que pronto obtuvo el nombre de COVID-19. Esta nueva enfermedad, causada por la variación del coronavirus humano, se propagó rápidamente al resto de la población mundial, causando así que la Organización Mundial de la Salud declarara como emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020 y, unos meses después, el 11 de marzo de 2020 como pandemia. Lo anterior exigió a la población mundial a tomar medidas extremas para poder evitar la propagación que, poco se sabía, iban a tener un impacto psicosocial que generarían en las personas estrés y preocupación (Hernández, 2020).

Lo que suponía una emergencia de salubridad que ponía en peligro la integridad física y la vida que terminaría posterior a una cuarentena, también comenzó a ser una causa de la afectación a la salud mental de toda la población. Las medidas sanitarias impuestas como el aislamiento y la cuarentena, han afectado la vida cotidiana de las personas, sus costumbres y actividades diarias. Lo anterior asumía un incremento en las tasas a nivel mundial de soledad, depresión, ansiedad, insomnio, uso dañino de alcohol y drogas, y hasta más presencia de conductas de suicidio (Kumar & Nayar, 2020). Así mismo, Hernández (2020) concuerda que la pandemia puede tener efectos negativos en la salud mental de la población en Cuba, debido al distanciamiento social y autoaislamiento puede generar problemas de salud mental, depresión y ansiedad. También menciona que la falta de una rutina diaria puede generar en las personas un incremento en las conductas de consumo de alcohol o consumir sustancias.

En un estudio realizado en China, reveló que posterior a la declaración de estado de emergencia sanitaria, las emociones negativas (ansiedad, depresión,

indignación) incrementaron y las positivas (felicidad y satisfacción) disminuyeron (Huarcaya-Victoria, 2020). En este mismo estudio, se analizó a 1212 personas de las cuales el 12.2% presentó sintomatología moderada de depresión, mientras que el 4.3% presentó síntomas graves.

Tomando una perspectiva global, en Taiwán se observó, que posterior al brote del virus, una perspectiva pesimista de la vida en un 10% de la población (Ramírez et al., 2020). Ya es de conocimiento popular que la pandemia por COVID-19 llegó para poner un freno total para la vida cotidiana de la mayoría de la población, pero representó el inicio de una vida más estresante, más complicada y confrontante para un sector de la población que a lo largo del desarrollo de la pandemia se ha enfrentado a esta enfermedad y sus consecuencias todos los días, los médicos del sector público y privado.

La profesión médica es muy conocida por ser una de las más demandantes a nivel emocional e intelectual. Desde el momento de ingresar a la carrera médica, las personas se ven expuestas a situaciones que el resto de la población ignora, la falta de sueño, la renuncia a la comodidad, el alejamiento de sus seres queridos, pero principalmente, el trato directo que tienen con la posibilidad de la muerte de sus pacientes.

Lo anterior abre la posibilidad de que las personas que deciden dedicarse a esta profesión sean una población vulnerable ante factores ambientales, emocionales y de enfermedad que propician que los médicos puedan llegar a desarrollar trastornos emocionales o presentar sintomatología de estos debido a la alta demanda y exigencia de la población para encontrar un tratamiento que sea la solución de su padecimiento.

Durante las diferentes emergencias sanitarias, el personal médico ha sido la población más afectada, toda la carga de trabajo que tenían se ha visto incrementada por la cantidad tan exagerada de pacientes que comienzan a

presentar los nuevos padecimientos. El acompañamiento que los médicos realizan con los pacientes en su recuperación o deceso inevitable los involucra emocionalmente a un grado de afectación de personal que termina siendo la fuente principal de sus padecimientos emocionales. La constante de que sus esfuerzos no son suficientes para poder ayudar en el dolor del padecimiento, y evitar la muerte en sus pacientes, es un factor que impacta directamente en la entrega, compromiso y realización de la práctica médica; junto con el impacto a la realización personal e individual fuera del área de trabajo.

Aunado a esto, el peligro constante de contagiarse o contagiar a sus seres queridos, y que sea el propio médico o una persona de su familia la que muera se convierte en un pensamiento constante, la posibilidad de ser la principal fuente de infección los lleva a alejarse y aislarse aún más de sus seres queridos e incrementa los factores de riesgo para generar un trastorno emocional.

Por lo tanto, es de vital importancia comenzar a atender la salud mental del personal médico, ya que estos son los que más se han visto segregados y se les ha demandado aun más de lo que su profesión ya les demandaba.

A raíz de la pandemia del coronavirus (COVID-19) el personal sanitario ha experimentado problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, depresión, insomnio, negación, ira y temor. Según un estudio realizado en China por Lozano-Vargas (2020) se observó que la tasa de ansiedad del personal médico fue del 23.04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor en enfermeras que en médicos. Los médicos sufren una enorme presión laboral la cual incluye: estar expuestos a un alto riesgo de contagio, sentir frustración, sufrir discriminación, pasar aislamiento, interactuar con pacientes con emociones negativas, la pérdida del contacto familiar, el agotamiento tanto físico como mental, etc.

En Singapur, posterior a la propagación del virus, cerca del 27% de los trabajadores de la salud presentaron sintomatología psiquiátrica y el 20% tenían

prevalencia del Trastorno de Estrés postraumático. En Hong Kong, al mismo tiempo, el 89% de los trabajadores se clasificaron como alto riesgo debido a los síntomas psicológicos que presentaban. En un estudio de tipo cohorte, en el que compararon al personal médico con los sobrevivientes de COVID-19, encontraron que las personas que sobrevivieron a la infección tenían una incidencia acumulada de trastornos mentales de 58.9% siendo el 44% trastornos depresivos (Ramírez et al., 2020)

Estos problemas de salud mental pueden afectar la capacidad de atención que brinda el personal de salud, sus habilidades en la toma de decisiones y su capacidad de comprensión clínica, lo que a su vez dificulta la lucha contra la infección del COVID-19 (Lozano-Vargas, 2020). Otros factores de estrés para los médicos son la fácil transmisión del virus y las altas tasas de muerte asociadas a esta enfermedad, por lo que a lo anterior mencionado se tendría que agregar el miedo a contagiar a familiares y amigos. (Acosta-Quiroz & Iglesias-Osores, 2020)

Es de suma importancia que se tomen medidas para proteger la salud mental de los trabajadores sanitarios. Según Acosta-Quiroz & Iglesias-Osores (2020) China fue capaz de reducir la presión sobre médicos y enfermeras enviando más personal y ofreciendo orientación práctica estableciendo equipos de intervención psicológica para pacientes y trabajadores de la salud. Es muy probable que la pandemia traiga como consecuencia altas tasas de estrés postraumático, depresión y otras enfermedades de salud mental, debe existir un monitoreo e identificación temprana de las personas de riesgo.

Los primeros en ser monitoreados deberán ser los que se encuentran en la primera línea de acción de respuesta a la enfermedad, es decir, los médicos y enfermeras. Para evitar en la medida de lo posible los problemas en su salud mental y en el sistema sanitario que necesita de recursos humanos competentes para combatir la pandemia. (Acosta-Quiroz & Iglesias-Osores, 2020).

Según García-Iglesias et al. (2020) más de la mitad de los profesionales sanitarios que luchan contra el COVID-19 presentan sintomatología depresiva, con valores especialmente severos. Mientras que en cuanto a ansiedad los niveles van de moderada hasta severa. Sin duda la preocupación personal más común del personal médico es la relacionada con la salud de la familia y el riesgo de contagiar a la misma, en menor medida hay una preocupación por prestar asistencia a un número excesivo de pacientes y preocupación por el riesgo propio de ser contagiados.

Como se mencionó con anterioridad estas preocupaciones derivan en insomnio que, sumado a un aumento de las horas de trabajo por las necesidades del servicio, hacen que tanto la calidad como la cantidad del sueño se vean afectadas, lo que a su vez se puede asociar a niveles altos de depresión y ansiedad. Sin embargo, ya que la mayoría de los estudios se han realizado en personal médico de China es pertinente mencionar que la representatividad de los resultados encontrados no puede ser extrapolada al resto de profesionales sanitarios que desempeñan su labor asistencial en el resto de países del mundo. (García-Iglesias et al., 2020).

Según García-Iglesias et al. (2020) es importante la fecha en la que fueron realizados los estudios ya que esto pudo haber afectado los resultados de estos debido a la propia progresión de la pandemia. Es decir, los resultados van cambiando a medida que la pandemia avanza.

En un estudio realizado en el Hospital de alta especialidad del Estado de México, se encontró que la depresión está asociada con un síndrome denominado 'Burnout', que en su traducción significa 'quemado'. De acuerdo con este estudio, el burnout y la depresión están asociados en cuando a los componentes de cansancio, despersonalización y abandono de la realización personal, junto con los síntomas típicos de la depresión (Trejo et al., 2011).

1.2 Planteamiento del problema

Dado la emergencia sanitaria que presentó el virus en el mundo, las consecuencias en salud mental en el personal de salud tratante se desconoce. Las investigaciones que existen datan acerca de aproximaciones sobre el posible impacto que la demanda de atención pudiera tener en el personal médico. Se desconoce las alteraciones cognitivas, emocionales y sociales que este grupo vulnerable pueda llegar a presentar con el paso del tiempo, por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo brindar datos de dos nosologías para poder tener una visión un poco más objetiva acerca de la situación emocional y mental del personal de salud.

1.3 Pregunta General

¿Qué relación existe entre el Síndrome de Burnout y la Depresión en los médicos que estuvieron atendiendo pacientes en hospitales o clínicas durante la pandemia de COVID-19?

1.4 Preguntas Particulares

¿Cuál es la prevalencia y severidad del Síndrome de Burnout y Depresión en los médicos que estuvieron atendiendo pacientes en hospitales o clínicas durante la pandemia de COVID-19?

¿Existirá correlación entre las subescalas del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) con la depresión?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivos generales

Analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Depresión en los médicos que estuvieron atendiendo pacientes en hospitales o clínicas durante la pandemia de COVID-19

1.5.2 Objetivos Específicos

Identificar la prevalencia y severidad de la depresión en los médicos que atendieron pacientes durante la pandemia de COVID-19

Identificar la prevalencia y severidad del Síndrome de Burnout en los médicos que atendieron pacientes en hospitales o clínicas durante la pandemia de COVID-19

Correlacionar las subescalas del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) con la depresión

1.6 Hipótesis

1.6.1 De investigación

H₁: Existe una correlación significativa entre la subescala de agotamiento emocional del Inventario de Burnout de Maslach y la puntuación obtenida en el Inventario de depresión de Beck

H₂: Existe una correlación significativa entre la subescala de despersonalización emocional del Inventario de Burnout de Maslach y la puntuación obtenida en el Inventario de depresión de Beck

H₃: Existe una correlación significativa entre la subescala de falta de realización personal del Inventario de Burnout de Maslach y la puntuación obtenida en el Inventario de depresión de Beck

1.6.2 Nulas

H₀: No existe una correlación significativa entre la subescala de agotamiento emocional del Inventario de Burnout de Maslach y la puntuación obtenida en el Inventario de depresión de Beck

H₀: No existe una correlación significativa entre la subescala de despersonalización emocional del Inventario de Burnout de Maslach y la puntuación obtenida en el Inventario de depresión de Beck

H₀: No existe una correlación significativa entre la subescala de falta de realización personal del Inventario de Burnout de Maslach y la puntuación obtenida en el Inventario de depresión de Beck

1.7 Justificación de la investigación

A partir del brote mundial del SARS COV-2, la aparición de sus diferentes variantes y el encierro obligatorio que vivió la sociedad se especuló mucho acerca del impacto que esto pudiera tener sobre la vida cotidiana, mental y física de las personas. Así mismo, se realizaron hipótesis sobre las consecuencias que las personas que se dedican a la atención médica pudieran tener. En el transcurso de la pandemia se ha podido observar en varias partes del mundo como los investigadores realizaban estudios sobre el deterioro de la vida social, emocional y mental de los médicos, pero en México se sabe muy poco y se asume demasiado.

Esta investigación tiene como propósito generar conciencia y despertar el interés de los investigadores, y la población en general, sobre las consecuencias que ha tenido el personal médico a lo largo de las olas de contagios, las muertes constantes, la saturación de hospitales y la sobre exigencia que la población mexicana ha ejercido sobre el personal de salud para que salven a sus familiares o a ellos mismos. Por otro lado, puntualizar la falta de atención de salud mental que

los médicos que han tenido y la importancia de atender esta, ya que, la salud mental es un pilar para el funcionamiento óptimo y eficaz de una persona.

También se pretende aportar una visualización general sobre cómo estas nosologías (Síndrome de Burnout y Depresión), en sus diferentes componentes, tienen relación y en conjunto generan la pérdida de la motivación hacia las personas y a largo plazo afectaciones más severas como el suicidio.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Contexto histórico de las pandemias

Las enfermedades, tanto endémicas como epidémicas, han estado presentes a lo largo de la evolución de las sociedades humanas prácticamente desde el inicio y que se presentan aproximadamente cada 100 años (Castro, 2020). De acuerdo a Galeana (2020), las enfermedades pandémicas han causado un cambio en la cultura y en los órdenes de la vida como son los hábitos de la higiene.

Botero-Rodríguez et al. (2020) define una pandemia como la propagación de una enfermedad de manera mundial y que es capaz de infectar en múltiples lugares de manera comunitaria. Estas enfermedades son causadas, casi siempre, por la mutación de un virus previamente existente tal como el coronavirus.

Los coronavirus se caracterizan por ser virus con espigas en forma de corona y están presentes, mayormente, en los animales como murciélagos y camellos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). Los primeros rasgos del coronavirus humano fueron hallados en Inglaterra en 1960 a través de un estudio sobre virus respiratorios (Ruiz, 2020). Existen diferentes variantes del coronavirus humano, algunos tipos causan enfermedades respiratorias leves (tipos 229E, NL63 Y OC43) y otros tipos causan enfermedades respiratorias graves (tipos MERS-CoV y SARS CoV). En específico las variantes del coronavirus MERS-CoV, SARS CoV y SARS CoV 2 fueron consecuencia de una infección animal-humano.

2.2 Datos estadísticos relevantes

En diciembre de 2019, el primer caso de la enfermedad COVID-19 se presentó en Wuhan, China. Lo anterior comenzó a alterar a los servicios médicos internacionales debido al extraño parecido de los síntomas con la neumonía conocida, esto daba pie a que la aparición de un nuevo síndrome respiratorio ponía en riesgo la estabilidad económica, salubre y social que hasta este momento se tenía en el mundo.

En marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró como enfermedad pandémica al COVID-19, debido a la alta tasas de contagios que comenzaron a registrarse alrededor del mundo. Se estima que, desde el inicio de la pandemia, tan solo en México, al 26 de junio de 2022 ha habido 6,936,734 casos positivos de las diferentes cepas que han evolucionado y 341,120 defunciones por COVID-19 y sus complicaciones.

México registró las tasas más altas de ocupación hospitalaria en épocas decembrinas del año 2021, teniendo un estimado de un incremento del 53% de saturación hospitalaria con pacientes que presentaban complicaciones respiratorias en camas generales y en la unidad de cuidados intensivos. De acuerdo a estos datos, 101 hospitales estaban a capacidad máxima, siendo la Ciudad de México la más afectada con 19 hospitales con saturación de ocupación (El Sol de México, 2022). Lo anterior derivado de un récord en contagios de 33,626. A nivel mundial, en las mismas épocas decembrinas del año 2021 la OMS reportó un nuevo número de contagios a nivel mundial de 1,351,175 casos en tan solo 24 horas, derivado de la variante Omicron (France 24, 2021)

En otro aspecto de la salud, la salud mental, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022) menciona que durante el primer año de pandemia por COVID-19 la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó en un 25%.

2.3 Posibles implicaciones en la salud mental y emocional de los médicos

Como se mencionó previamente, es bien sabido que la profesión médica es muy demandante en todas las esferas que componen a un ser humano (física, emocional y cognitiva). Juárez García (2020) menciona que previo a la pandemia los médicos se enfrentaban a las extensas cargas de trabajo, demandas emocionales, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, falta de equipos, horarios y jornadas prolongadas, etc. Este tipo de ambiente, que se podría denominar hostil, probablemente tiene consecuencias en que la respuesta conductual, emocional y cognitiva de las personas que se dedican al ámbito de la salud generen un desequilibrio crónico y como consecuencia que presenten rasgos o nosologías.

De acuerdo a Gold (2020) algunos datos sobre pandemias anteriores dan a conocer el hecho de que los médicos pueden llegar a desarrollar síntomas de estrés post-traumático, depresión y uso de sustancias excesivo. En su artículo, menciona que durante la pandemia de COVID-19 en China e Italia, los trabajadores de la salud presentaron en un 54% síntomas de depresión, 44.6% en ansiedad y 34% en insomnio.

En un estudio de la Facultad de Medicina de la UNAM en el que se utilizó un cuestionario para determinar la prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y conductas suicidas en el que participaron 92 alumnos del primer año y 72 del último año contrastados con alumnos de otras carreras (psicología social, administración, diseño industrial, etc.), Granados Cosme et al. (2020) encontraron que las carreras presentaban porcentajes de ansiedad de 31.4%, depresión 17% y conductas suicidas de 31%. Mientras que en medicina aumentaban en un 58.5%, 26.8% y 39.6%. Lo anterior sirve para contextualizar que, aun continuando en la carrera, las personas del sector salud pueden llegar a experimentar un mayor sintomatología o presencia de algunos trastornos emocionales lo que puede llegar perjudicial para su salud.

Ahora bien, Palmer-Morales et al. (2017) a través de un estudio descriptivo y transversal, utilizando la escala de autoevaluación para la depresión de Zung, aplicado a 70 médicos internos de pregrado en el Instituto Mexicano del Seguro Social se encontró que de forma global el 28.6% presentaba depresión. En la misma línea, un estudio de tipo descriptivo transversal donde participaron 61 personas del ámbito médico se encontró que el 54.1% predominó el nerviosismo, como síntoma de ansiedad, mientras que el principal síntoma relacionado con la depresión fue el cansancio en un 59.02% y en un 90.16% la principal preocupación era la muerte del paciente (Miranda & Murguía, 2021)

Considerando los factores que circundan la vida del personal médico desde el momento de ingresar a la carrera como la falta de sueño constante, la presión por parte de los profesores y en su momento por los doctores titulares, la falta de personas de su círculo social por la demanda de tiempo y atención, pero, sobre todo, la carga que conllevan de mantener vivos a los pacientes; son aspectos que pueden llegar a desarrollar emociones negativas con respecto al aspecto laboral y el personal.

Piqueras Rodriguez et al., (2009) mencionan que las emociones son respuestas psicofisiológicas con capacidad adaptativa, que se entiende como la ejecución de conductas eficientes para dar una respuesta que es exigida por el ambiente, en las personas. Las emociones, según el autor, tienen diversas funciones, pero, entre ellas está la función social, la cual permite la interacción psicosocial de las personas y, por otro lado, la función motivacional que permite que las conductas sean vigorosas y dirigidas. Ahora bien, menciona que se pueden encontrar dos grupos: las positivas y las negativas. Dentro de las negativas se encuentran el miedo y la ansiedad, estas últimas han sido las más estudiadas en el proceso-salud enfermedad, ya que se ha encontrado que la ansiedad está estrechamente relacionada con los cuadros depresivos y el miedo aparece ante la presencia de una amenaza. También se encuentra la tristeza que, según el autor, se presenta ante la función adaptativa ante situaciones de pérdidas, pero que, en relación con

la respuesta al estrés y la cronificación del estímulo, podría generar la aparición de la ansiedad y por consecuencia, un cuadro depresivo.

Las diferentes olas de contagios, la alta cantidad de ocupación hospitalaria y el aumento de defunciones en los diferentes momentos de propagación del virus conllevaban posibles afectaciones a la economía, la vida social, pero, principalmente, a la salud mental de la población en general y, sobre todo, la del personal médico encargado de atender a los pacientes.

De acuerdo a la OPS (2009), las pandemias implican una afectación psicosocial que asume un aumento en los trastornos psíquicos dentro de una tercera parte o la mitad de la población según el impacto de la enfermedad y la vulnerabilidad poblacional. En este sentido, la misma organización, considera que un grupo de vulnerabilidad son los miembros o instituciones de respuesta ante la emergencia sanitaria.

Moreno Jiménez (2011) define los factores psicosociales de riesgo como posibles daños a la salud que son negativos y que afectan tanto a lo físico como a lo psicológico. Así mismo, menciona que pueden llegar a desequilibrar las habilidades de una persona para manejar y tener capacidad de respuesta ante las actividades que conlleva una vida laboral. Ahora bien, los riesgos psicosociales laborales los define como acontecimientos laborales que implican una probabilidad de agravar la salud seriamente en las esferas físicas, mentales y mentalmente. Uribe Prado (2020) menciona que los problemas de salud en el trabajo se relacionan con fenómenos como estrés, fatiga, pero principalmente desordenes psicológicos, neurológicos, psiquiátricos y psicosomáticos.

Derivado de la alta exposición que presentan los médicos, la Sociedad Española de Psiquiatría (2020) considera como retos a los que se enfrenta esta población el desbordamiento de la demanda de asistencia médica, equipos insuficientes de protección y, entre otros, la gran cantidad de estrés en las áreas de atención. Así

mismo, Ojeda-Casares y Gerardo de Cosio (2020) mencionan en un artículo para la OPS, que los médicos pueden presentar gran cantidad de estrés como consecuencia de la estigmatización por tratar con pacientes infectados, el posible contagio a familiares directos, mayor demanda en el entorno laboral y la insuficiencia de la capacidad personal para implementar la autosuficiencia básica.

En un artículo de revisión, publicado por Torres-Muñoz et al. (2020) sobre los riesgos e implicaciones en la salud mental de médicos que tratan a pacientes con COVID-19 encontraron, a través de una encuesta transversal, que 1257 personas que pertenecen al área de salud y que son originarios de Wuhan, China, un 50.4% presentó síntomas de depresión, 44.6% síntomas de ansiedad, 34% de insomnio y 71.5% de angustia siendo la mayoría de los participantes mujeres de entre 26 y 40 años de edad que participaban directamente con pacientes.

Arias & Pacheco (2020) realizaron una revisión bibliográfica en bases de datos sobre la salud mental en médicos durante la pandemia de COVID-19 y encontró que la amenaza percibida de los médicos por el contagio se relacionaba con depresión, ansiedad y cansancio emocional. De igual forma, menciona que, en el Instituto Auxológico italiano, de una muestra de 330 profesionales sanitarios que estuvieron en primera línea de atención el 71.2% presentaba altos niveles de ansiedad y un 26.8% presentaban niveles de depresión.

2.4 Depresión

Carnaza & Renzo (2019) proponen que la depresión es un desorden del pensamiento, que distorsiona la realidad viéndolo de forma negativa en el mismo, el mundo y el futuro. Por otro lado, menciona que la depresión es un estado de tristeza con una disminución del sentimiento de valor personal, una disminución mental psicomotriz y organizativa. Este mismo autor menciona que esta nosología puede ser desencadenada por cualquier cambio de vida estresante, cambio drástico de la vida normal y habitual.

El Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2014) la definió como un estado de ánimo principalmente caracterizado por una tristeza profunda y pérdida del interés. Entre sus distintos síntomas menciona la pérdida de interés, la pérdida de energía y los pensamientos negativos junto con críticas hacia uno mismo. A parte de esto, la Organización Mundial de Salud [OMS] (2017) menciona que también presentan fatiga, pérdida del placer, sentimientos de culpa y autoestima baja. Esta misma organización estima que alrededor de 300 millones de personas (equivalente a un 4.4% de la población) padece de síntomas depresivos y lo clasifica como un trastorno común. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud estima que en 2021 el 3.8% de la población padece de este trastorno y que a escala mundial 280 millones de personas la presentan. Corea Del Cid (2021) menciona que alrededor de 450 millones de personas se ven afectadas por la depresión, y que no se distingue entre edad o condición social. Menciona también que en México la depresión ocupa el primer lugar de incapacidad para las mujeres y el noveno para hombres.

De acuerdo a García & Pérez (2013) cualquier persona puede padecer depresión, pero, hace mención de algunos factores que pueden ser desencadenantes de este padecimiento, como son: personas que han vivido sucesos estresantes o personas expuestas a estrés crónico. Así mismo, establece que las posibles consecuencias de la depresión pueden ser pérdida de la motivación, pensamiento pesimista o referentes a una percepción negativa de los demás hacia uno mismo (autoestima), cansancio o falta de energía y tristeza, etc.

De acuerdo a Cuervo & Izzedin (2007) la tristeza es parte de las emociones y abarca sentimientos como soledad, apatía, autocompasión, pesimismo y desánimo. Esta produce una falta de interés y motivacional por actividades que antes se podían percibir como satisfactorias y produce una visualización desde un ángulo negativo.

Según Cruz (2012) la tristeza significa estar afligido y opera causando en el individuo un “mal-estar” ocasionado por algún tipo de evento previo, como puede

ser la pérdida de cualquier tipo, cosa o situación, un estado o la pérdida de una persona (físicamente o simbólicamente), siendo el temperamento (carácter, forma de afrontar las situaciones) y la subjetividad de las personas lo que conlleva la presencia, severidad o magnitud de esta emoción primaria. Mientras que la depresión, como se mencionó anteriormente, se compara con la melancolía caracterizada como tristeza profunda, sosegada y permanente, de causas físicas o morales, que hacen que quien la padece no encuentre gusto ni diversión a nada.

Freud (1915) en su escrito “Duelo y Melancolía” define a la melancolía, en lo anímico, como ‘una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y su extrema hasta delirante expectativa de castigo’. Mientras que el duelo es “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Y que trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida.” (p. 4)

En este sentido se podría decir que la sociedad en general perdió la libertad en el momento de la pandemia, la prohibición sobre socializar y la distancia a este concepto pudieron ser el causante del duelo masivo pero, los médicos fueron destinados por completo a un hospital donde no solo perdieron la libertad, también perdieron la oportunidad de estar cerca de las personas que aprecian, perdieron el derecho a la salud por la alta exposición que viven hacia la infección y sobre todo perdieron pacientes y podían vivenciar la reacción familiar y la frustración personal por no poder hacer absolutamente nada fuera de lo establecido para salvar a las personas. Otro factor que se puede agregar a que el personal médico sea afectado por el duelo pudiera ser el hecho de que, de alguna forma, el objetivo de la práctica médica no se cumple, el mantener sana a la población, viva y en óptimas condiciones se ve en amenaza por una infección desconocida.

Oviedo Soto et al. (2009) mencionan que el duelo es un “sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido” (p.5) pero que también se define como “estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva” (p.5) Meza Dávalos et al. (2008) proponen que no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. Estos últimos autores mencionan que el duelo tiene tres etapas: la primera caracterizada por ‘un choque intenso, alteración en el afecto, sensibilidad anestesiada, intelecto paralizado y una afectación al aspecto fisiológico. La segunda siendo ‘el núcleo del mismo duelo que se distingue por un estado depresivo, en la que la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente’ En este último, según la autora, se intensifica la pérdida del desaparecido con sentimientos de soledad social y emocionalmente. Y la tercera etapa donde el doliente comienza a retomar su vida y comienza el periodo de restablecimiento. Es importante mencionar que la autora puntualiza que no hay respuesta para la duración del duelo, es en consideración a la vivencia del doliente en las etapas previamente mencionadas.

Ahora bien, retomando sobre la percepción hacia uno mismo, Naranjo Pereira (2007) define la autoestima como la consideración que tiene una persona hacia sí mismo. De igual forma hace referencia a la autoestima como un factor de vital importancia en procesos de relaciones interpersonales, de gratificación por algún suceso placentero y como prevención de procesos depresivos. En este mismo artículo se relaciona la autoestima con otro concepto denominado autoconcepto, que se define como ‘la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre si mismas’. Ahora bien, en el mismo sentido, Rojas (2019) menciona que la autoestima puede ser una valoración negativa o positiva de uno mismo, y que es una predisposición a saberse apto para la vida y sentirse competente para afrontar desafíos.

Por otro lado, menciona que la autoestima baja es la dificultad que tiene una persona para sentirse valiosa, propone que las personas con autoestima baja llegan a sentir una desvaloración por ellas mismas y por lo tanto pueden desarrollar depresión, mencionando que la depresión demuestra lo que ocurre en el ámbito emocional, propicia que las personas tengan pensamientos de incapacidad ante las situaciones cotidianas y un sentimiento de no merecer las situaciones de felicidad. Noriega-Duche & Ortiz-Paredes (2021) definen la autoestima como, un factor que favorece el bienestar y el óptimo funcionamiento psicológicos, permite sentir y actuar de forma sana y auto satisfactoria, y hacen énfasis en que es una pieza fundamental para el correcto funcionamiento y desempeño del ser humano; y que es un componente fundamental para afrontar los diferentes desafíos en que se presentan en todas las etapas.

Gómez et al. (2014) mencionan que la autoestima es una formación psicológica con función reguladora del comportamiento humano, siendo su base la autoconciencia. La autoestima, para los autores, son los contenidos de valoración sobre uno mismo y, sobre todo, son los contenidos de aspectos de la personalidad que manifiestan sus motivos y que juegan un rol en la movilización del potencial de una persona hacia las cualidades o capacidades que se vinculan a la consecución exitosa que responden a las motivaciones. En este mismo artículo mencionan que las personas que sentimientos de valía hacia uno mismo potencian su salud, adaptación social y capacidades productivas, percibiendo mayor autoeficacia y menos riesgo de padecer desgaste profesional. En este caso, el artículo trata acerca del desgaste profesional en personal médico de atención primaria a la salud, y menciona que este desgaste es definido como un riesgo laboral de carácter psicosocial que conlleva un trastorno de orden adaptativo crónico, asociado el inadecuado afrontamiento de los desencadenantes psicológicos del trabajo que dañan la calidad de vida de las personas que lo experimentan con síntomas como dolor de cabeza, alteración del sueño, depresión y ansiedad, entre otras.

2.5 Síndrome de burnout

Como se mencionó anteriormente, Trejo et al. (2011) proponen que la depresión se relaciona con el síndrome de Burnout. Lovo (2021) define este síndrome como un padecimiento psicológico caracterizado en tres esferas: agotamiento emocional, despersonalización y disminuida realización personal que aparece cuando una situación sobrepasa la capacidad de adaptarse como consecuencia de un estrés y tensión constantemente en aumento. Este mismo autor recupera datos de un estudio que propone la prevalencia de este síndrome en médicos residentes, estudiantes y practicantes de un 50%.

Balladares Ponguillo & Hablick Sánchez (2017) mencionan que el síndrome de burnout fue descrito por primera vez en 1969 y hacía referencia a un comportamiento anormal en policías y posteriormente, en los setentas, fue introducido por primera vez al campo de la psicología laboral por Herbert Freudenberger. Saborio Morales & Hidalgo Murillo (2015) en una revisión bibliográfica sobre este fenómeno, menciona que Maslach lo describió como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico. Martínez Pérez (2010) menciona que el síndrome de burnout tiene consecuencias negativas a nivel individual y organizacional.

A esta definición, Gil Monte (2001) agrega que el síndrome también está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio desempeño laboral. También comenta que esta respuesta negativa al estrés se da con mucha más frecuencia en los profesionales de la salud.

De acuerdo a Rodríguez García et al. (2009) definen a este síndrome como la fase del estrés avanzado y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito laboral y de la realidad del trabajo diario. Estos autores separan las esferas con las que se define este síndrome en fases, siendo la primera el cansancio emocional que definen como la pérdida progresiva de las energías vitales y una

desproporción creciente en el trabajo realizado y el cansancio experimentado. La segunda fase, despersonalización, la define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo (las comienzan a ver de manera deshumanizada). Y la tercera fase, el abandono de la realización personal, que es el proceso progresivo de todas las actividades que no sean laborales que están vinculadas con las actividades generadoras del estrés crónico. Así mismo, propone que las personas con este síndrome están caracterizadas por auto exigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia, etc.

Vargas Salgado y Gómez Bull (2021) en su estudio realizado sobre agotamiento emocional en tiempos de pandemia definen el agotamiento emocional como presencia de fatiga, frustración, sensación de sobrecargo y menciona que los trabajadores de primera y segunda línea de atención salubre presentan este síntoma por la inseguridad laboral con respecto a la salud. Este síntoma del síndrome de burnout podría relacionarse con el eje de fatiga de la depresión, dado que, los dos parecieran relacionarse en el sentido de que implican una sobrecarga de sentimientos, probablemente abrumadores, con respecto a la situación que se está viviendo.

Retomando a Balladares Ponguillo & Hablick Sánchez (2017) mencionan que los cambios en el comportamiento que se observan en las personas que presentan este síndrome son: cambios en el estado de ánimo que se observa en actitudes como irritabilidad y mal humor, junto con la aparición de conflictos innecesarios. La desmotivación que se presenta cuando el trabajador pierde todo sentido al trabajo. El agotamiento mental que se presenta cuando la capacidad de respuesta y resistencia al estrés es menor.

Juarez García (2020) menciona que el síndrome de Burnout es un efecto psicológico negativo que se genera por condiciones de trabajo adversas, así mismo, cita a la OMS en cuanto a las dimensiones que caracterizan al síndrome de Burnout

sentimientos de deterioro de energía, distanciamiento mental del trabajo y eficacia profesional reducida. En este contexto, hace énfasis en que se refiere a un fenómeno del contexto ocupacional y no debe ser utilizado para explicar experiencias en otras áreas de la vida.

Ahora bien, ya fue mencionado que el síndrome de burnout tiene relación estrecha con la manera en que las personas responden de manera negativa al estrés que la vida laboral implica. De acuerdo a Barrio et al. (2006) en 1973 se definió el estrés como la respuesta no específica del cuerpo ante un aspecto que ejerce una demanda en el mismo, que se caracteriza por un esfuerzo adaptativo. También menciona que en la actualidad se considera al estrés como el causante de un malestar personal y de gran parte de enfermedades. El autor menciona que se identifica al estrés como una respuesta preparativa, defensiva y de activación o como una respuesta de lucha o huida del organismo como respuesta ante una amenaza para la supervivencia o la autoestima personal, esto último depende de los recursos que el sujeto tenga para afrontar y superar lo que la situación le esté demandando. En la misma línea reconoce distintos tipos de estrés, de acuerdo a la respuesta fisiológica que las personas puedan tener: el agudo, que se presenta cuando el organismo debe de emitir una respuesta intensa, subagudo que es una respuesta moderada pero dura un periodo de tiempo mayor y el crónico que se hace presente cuando la respuesta es leve pero dura un largo periodo de tiempo.

Así mismo menciona que las afectaciones del estrés en el sistema del sujeto pueden ser distintas, pero específicamente en el cerebro causa un estado de alerta con incapacidad de relajarse lo que es causante de insomnio, pérdida del control de un mismo e inquietud interna.

Naranjo Pereira (2007) propone que cualquier persona necesita aprender a manejar el estrés dado que si no lo hace puede significar un daño severo a su salud y a su tranquilidad. Propone que el estrés es una respuesta subjetiva cuando una persona detecta una situación o encuentro amenazante cuya magnitud sobrepasa sus recursos poniendo en peligro su bienestar personal. Hace una diferencia entre un "buen estrés" y un "mal estrés", el primero siendo todo aquello que causa placer y que las personas están dispuestas a aceptar para su beneficio ambiental y con su propia capacidad de adaptación, mientras que el segundo, es todo aquello que disgusta y que va en contra de uno mismo, su ambiente y su propia capacidad de adaptación. En el mismo estudio de la autora, menciona que el sistema genera distintas respuestas al estrés: en el área cognitiva las personas pueden llegar a presentar dificultad para concentrarse, pérdida de atención. En el área emotiva se presentan dificultades para mantenerse en un estado de relajación física y emocionalmente junto con el desarrollo de impaciencia, intolerancia y falta de consideración por otras personas. En el área conductual las personas pueden llegar a experimentar falta de entusiasmo por las aficiones preferidas, ausentismo laboral, aumento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas, patrones del sueño alterados o demasiada necesidad de dormir. Y cuando el estrés es muy prolongado y agota totalmente los recursos del sujeto pueden llegar a presentar depresión y enfermedades psicosomáticas.

Ahora bien, en el aspecto laboral también existe estrés, pero en este caso Pérez (2019) define el estrés laboral como una respuesta física, emocional y dañina que se produce en el momento que las exigencias del trabajo no igualan los recursos o necesidades del trabajador, hace una propuesta de que una exposición prolongada ante el estrés laboral se puede relacionar como depresión y agotamiento laboral. Esta autora hace mención de tres esferas del estrés laboral: como tal el estrés laboral que es la reacción de los trabajadores ante exigencias o presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos o capacidades, el estrés ocupacional que es la reacción ante las características del puesto de trabajo y el estrés organizacional

que hace referencia al conjunto de respuestas del trabajador ante situaciones laborales que provocan un deterioro en la salud fisiológica, psicológica, emocional y conductual.

Con este contexto del estrés y observando un poco la condición hospitalaria, tanto de recursos materiales como personales, los hospitales ni médicos estaban entrenados para una situación de salubridad de emergencia como fue y sigue siendo la pandemia por COVID-19. En cuestión de días una nueva enfermedad fue factor estresor para las instituciones de salud pública y privadas, esto debido al desconocimiento del causante y el tratamiento para poder sobre llevar este padecimiento. La sobre saturación de camas, la demanda excesiva de ventiladores y oxígeno, la frustración por no poder salvar a los pacientes, la exposición continua de los médicos tratantes, la falta de equipo de protección son algunos de los factores que se pueden asumir como causantes de una exposición prolongada del personal de salud ante estrés crónico y que puede ser causante de que este sector de la población se vea afectada o ya se está viendo afectada en las diferentes esferas de la vida.

2.6 Relación de la depresión con el síndrome de burnout

Como se ha puesto en contexto previamente, tanto el Síndrome de Burnout y la depresión tienen afectaciones a nivel cognitivo, emocional y social. En sus diferentes matices predominan las afectaciones en la autoestima, siendo así en el síndrome una afectación a su percepción como colaborador y profesional, y en la depresión una distorsión negativa hacia la visión y/o percepción que una persona tiene de uno mismo. Marsollier (2013) menciona que la despersonalización se manifiesta en actitudes de cinismo que evidencia la autocrítica, autosabotaje y desconsideración hacia el alcance y el propio valor del trabajo. Lo anterior, probablemente, se relaciona la depresión, ya que, los ejes de la despersonalización

pueden causar autoestima baja en cuanto al desempeño del trabajo y los resultados que este puede tener en las personas en las que impacta.

Por otro lado, tanto el síndrome como la depresión en la esfera emocional, implican la presencia de sentimientos y pensamientos que afectan a una persona debido a su contenido negativo y angustiosos. En el síndrome parte del estrés prolongado que provoca que la persona que está en constante exposición al estrés comience a desarrollar fatiga y cansancio, físico y emocional. Lo anterior junto con los resultados negativos que pueden comenzar a presentar en el trabajo, por la misma situación de fatiga, puede conducir a las personas a sentirse percibirse de manera ineficiente e ineficaz. En específico, los médicos, combinando la constante demanda, la constante pérdida de pacientes y el poco descanso los hace propensos a ser una población vulnerable para la aparición del agotamiento emocional y a sentimientos de tristeza y de frustración como parte del constante fallo del fin de la medicina, lo que podría ser causante de la aparición de sentimientos depresivos.

La combinación de los primeros dos síntomas del síndrome de burnout y algunas manifestaciones de la depresión, podrían dar como consecuencia el último síntoma del síndrome, el cual es la falta de realización personal. La realización personal, según Rodríguez-Muñoz et al. (2012) en su estudio sobre síndrome de Burnout en médicos, es la manifestación de sentimientos de descontento e insatisfacción acompañado de una opinión negativa con respecto al aspecto laboral. Ascencio (2021) menciona que un individuo con síndrome de burnout, dependiendo de su severidad será inoperable y deficiente en sus funciones. Esto anterior, podría tener con base en el contexto de que, a pesar de que el COVID-19 no tiene un alta de mortalidad alta, los instrumentos que se tenían preexistentes en los hospitales y los conocimientos de la medicina no fueron suficientes para afrontar las muertes por comorbilidades previas y la infección.

En cuanto al síndrome de Burnout, a lo largo del tiempo se ha ocupado el instrumento desarrollado por Maslach (1977) y Jackson (1980) denominado Inventario de Burnout de Maslach. Este instrumento consta de 22 preguntas que miden las 3 escalas que definen el síndrome en forma de afirmación con respuestas de opciones múltiples cuantificadas del 1 al 5. En la esfera de cansancio o agotamiento emocional la componen 9 preguntas, en la esfera de despersonalización la componen 5 preguntas y en la última esfera de realización o falta de realización personal la componen 9 preguntas. Al final se hace la cuantificación de las opciones seleccionadas por la persona y se identifica la prevalencia de cada esfera para determinar si presenta el síndrome por completo o parcialmente.

Para detectar o medir los niveles o sintomatología de la depresión, se han ocupado distintos instrumentos, pero el más utilizado ha sido la Escala de Depresión de Beck (BDI-II), instrumento realizado por los autores Beck, Steer y Brown. Este instrumento de 21 reactivos, en tipo escala Likert, el cual consta de sentimientos que componen a la depresión y como respuesta cuantificada del 0 al 3 (1ª,1b, 2ª,2b, 3ª,3b, dependiendo del reactivo) con afirmaciones relacionadas con el sentimiento a identificar. Al final se suman todas las respuestas, con su respectiva cuantificación, para poder identificar en cuál de los diferentes de depresión se encuentra.

3. MÉTODO

3.1 Enfoque, diseño, alcance y tipo de investigación

Este estudio se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, que utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis, confiando en la medición numérica (Hernández Sampieri et al., 2014), tiene un diseño retrospectivo, que se refiere a que los datos de exposición como los de efecto fueron recogidos antes de que se iniciaría el estudio (Beaglehole et al., 2003), así mismo es transversal, hace referencia a la recolección de datos en un tiempo específico (Hernández Sampieri et al., 2014) y analítico, donde su alcance es analizar las relaciones entre el estado de salud y otras variables (Beaglehole et al., 2003). Se establece como un estudio de casos y controles, que hace una investigación a partir de la enfermedad y la posible causa de la misma (Beaglehole et al., 2003).

3.2 Población y muestra

La muestra se compone de 38 personas (15 hombres y 23 mujeres), cuyo promedio de edad fue de 28.6 (DE= 6.53). Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística, de tipo accidental y por bola de nieve de acuerdo a ciertos parámetros: que fueran médicos que participaran activamente en hospitales o clínicas durante la pandemia, sin importar su nivel jerárquico, sexo o edad. En la figura 1, se presentan los distintos niveles de estudios en medicina de los participantes.

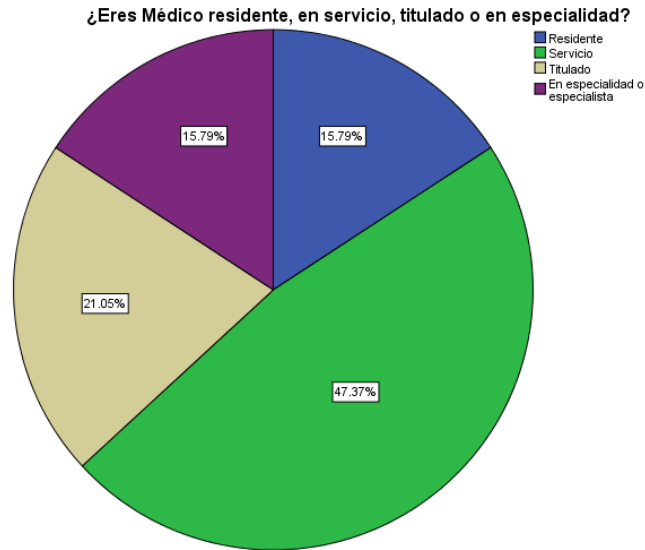


Figura 1 Nivel de estudios en medicina

Se excluyeron del estudio personal médico que presentara otras comorbilidades de tipo psiquiátrico como ansiedad o trastornos psicóticos.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Escala de depresión de Beck (BDI-II). Esta escala está compuesta por 22 reactivos que presentan distintos sentimientos que componen la vivencia de la depresión. La forma de responder este instrumento es a través de escoger entre las respuestas de opción múltiple que se presentan en forma de afirmación y que contienen una puntuación conforme se van enlistando (1, 1^a, 1b, 2, 2^a, etc.). Al final se suman las puntuaciones obtenidas y de acuerdo a la puntuación final se asigna a una clasificación de niveles de la depresión. Este instrumento cuenta con un alfa de Cronbach (α) de .87-.92.
- Inventario de Burnout de Maslach. Esta escala se utilizó para la obtención de datos sobre la presencia de las esferas que ponen el Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y abandono de la realización personal). Este instrumento está compuesto por 22 reactivos que se dividen

de la siguiente manera, con su respectiva alfa de Cronbach por grupo de preguntas: En la esfera de cansancio o agotamiento emocional la componen 9 preguntas ($\alpha=.835$), en la esfera de despersonalización la componen 5 preguntas ($\alpha=.407$) y en la última esfera de realización o falta de realización personal la componen 9 preguntas ($\alpha=.733$) y $\alpha= .658$ por todo el instrumento. Al final se hace la cuantificación de las opciones seleccionadas por la persona y se identifica la prevalencia de cada esfera para determinar si presenta el síndrome por completo o parcialmente

3.4 Procedimiento

Los instrumentos antes mencionados se adaptaron al formato de formulario de Google para poderse aplicar de manera remota debido a las condiciones de confinamiento y recomendaciones de las instituciones de salud por la pandemia de COVID-19. En este anterior se incluía el objetivo del estudio, los datos demográficos y los instrumentos antes mencionados. Se convocó de manera general a participar en este estudio a través de redes sociales, haciéndoles saber el objetivo del estudio, de lo cual 29 personas decidieron participar voluntariamente. Para ello se les hizo llegar la liga para acceder al formulario. Por otro lado, a 9 participantes de la muestra se les aplicó estos mismos instrumentos presencialmente en un rango de 30 minutos por participante de manera individual. Al final se cuantificaron los datos demográficos y se realizó el análisis de datos a través del programa IBM SPSS Statistics 19, donde se obtuvieron los resultados de manera cuantitativa mediante una correlación de Pearson para determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y la Depresión; y la t de Student para muestras independientes con el objetivo de comparar los niveles de Depresión y Burnout entre personas expuestas y no expuestas a pacientes contagiados.

4. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados divididos en cuatro apartados, el primero siendo los resultados demográficos de la muestra seleccionada, en el segundo se muestran los resultados por subcategoría del Inventario de Burnout de Maslach, por otro lado en el tercero se muestran los resultados del Inventario de depresión de Beck y por último, se presentan los resultados correlacionados de los instrumentos seleccionados por subcategoría de Burnout y los niveles de depresión así como una correlación de médicos tratantes y no tratantes de pacientes COVID-19 con sus respectivos resultados de los instrumentos.

4.1 Resultados demográficos

En la figura 2 se muestran los porcentajes de participantes que contaban con el esquema completo de la vacuna contra COVID-19 (sin marca en específico), medio esquema o ninguna dosis

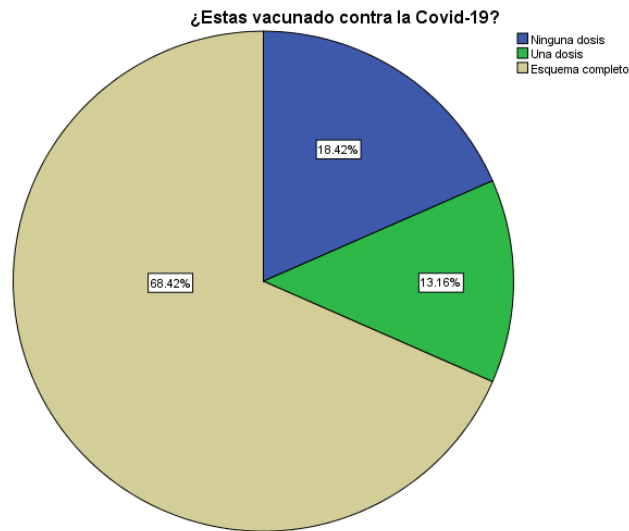


Figura 2 Dosis recibidas de vacunas

En la figura 3 se muestran los participantes que se han contagiado de COVID-19. Como se puede observar, 1 de cada 4 personas padeció de esta enfermedad. Por otro lado, en la figura 4 el reporte de los médicos que han tratado directamente con pacientes de esta misma enfermedad, se puede ver en el gráfico que cerca de un 90% de la población estuvo expuesta a pacientes con la infección.

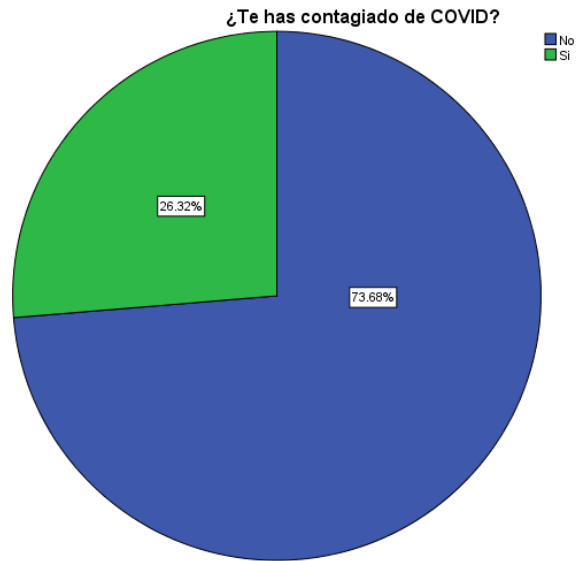


Figura 3 Contagios de COVID-19



Figura 4 Reporte de trato directo con pacientes COVID 19

4.2 Resultados del Inventario de Burnout de Maslach

En la figura 5 se muestran los resultados obtenidos de la subescala de agotamiento emocional del Inventario de Burnout de Maslach. De la muestra, el 50% obtuvo un puntaje bajo de agotamiento emocional, el 18.42% obtuvo un puntaje intermedio y el 31.57% obtuvo un nivel de agotamiento emocional alto.

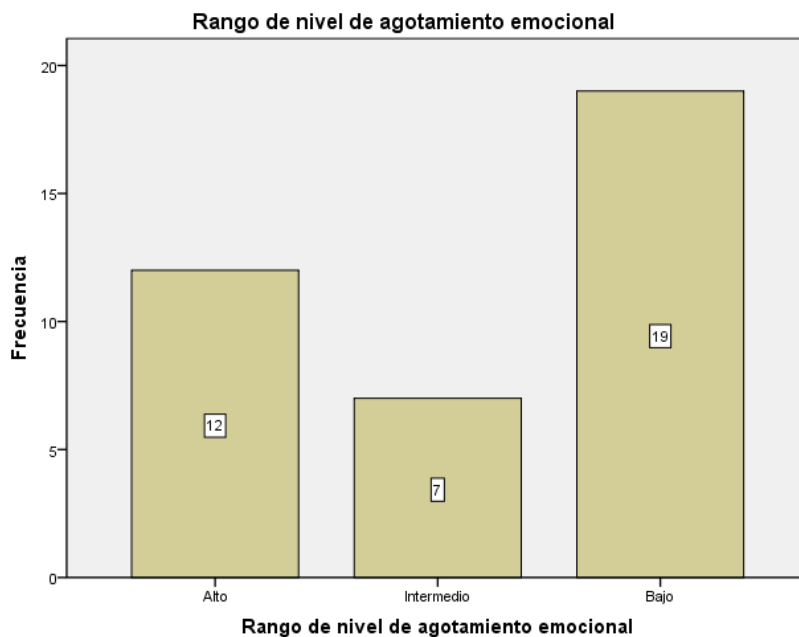


Figura 5 Resultados de la subescala de agotamiento emocional

En la figura 6 se muestran los resultados de la subprueba de despersonalización del Inventario de Burnout de Maslach. De la muestra total el 26.31% obtuvo un puntaje bajo de despersonalización, el 42.10% obtuvo un puntaje medio y el 31.57% obtuvo un puntaje alto de despersonalización.

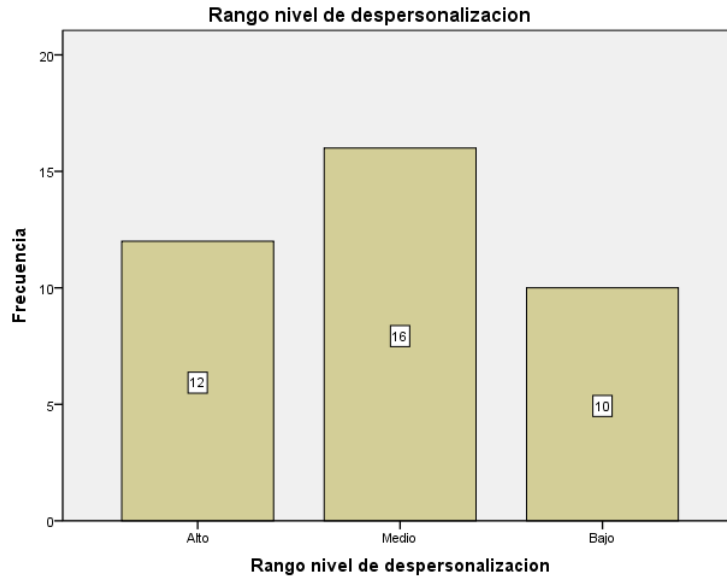


Figura 6 Resultados de la subescala de despersonalización

En la figura 7 se muestran los resultados de la subescala de realización personal del Inventario de Burnout de Maslach. De la muestra total el 7.89% obtuvo un puntaje de realización personal bajo, el 18.42% obtuvo un puntaje de intermedio y el 68.42% obtuvo un puntaje de realización personal alta.

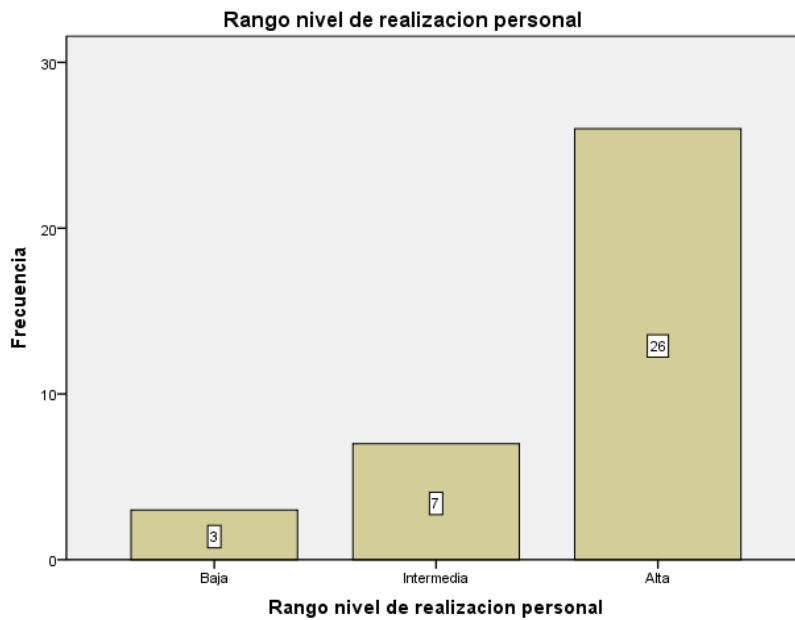


Figura 7 Resultados de la subescala de realización personal

4.3 Resultados de la Escala de depresión de Beck

Por último, en la figura 8, se muestran los resultados obtenidos del inventario de depresión de Beck. De la muestra total el 42.10% obtuvo un puntaje de estados altibajos considerados normales, el 21.05% obtuvieron un puntaje de leve perturbación en el estado de ánimo y depresión intermitente, y el 7.89% obtuvo un puntaje de depresión moderada.

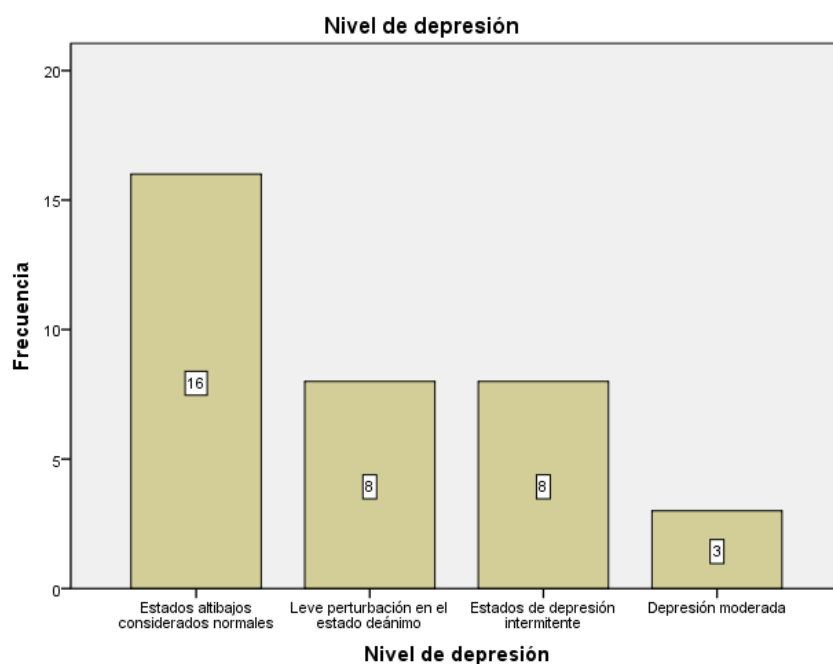


Figura 8 Niveles de depresión

Por otro lado, se realizó una correlación entre los puntajes obtenidos de los rangos de las tres subescalas del inventario de Burnout de Maslach y los puntajes de los diferentes niveles de la Escala de depresión de Beck.

4.4 Correlación de resultados

Se encontró una correlación positiva, de intensidad fuerte y estadísticamente significativa entre el puntaje de la subescala de agotamiento emocional y el puntaje total del inventario de depresión de Beck ($r=0.723$, $p<0.001$). Esto quiere decir que a medida que aumenta la sensación de estar emocionalmente exhausto por las demandas del trabajo, también aumenta la sintomatología de la depresión (ver figura 9)

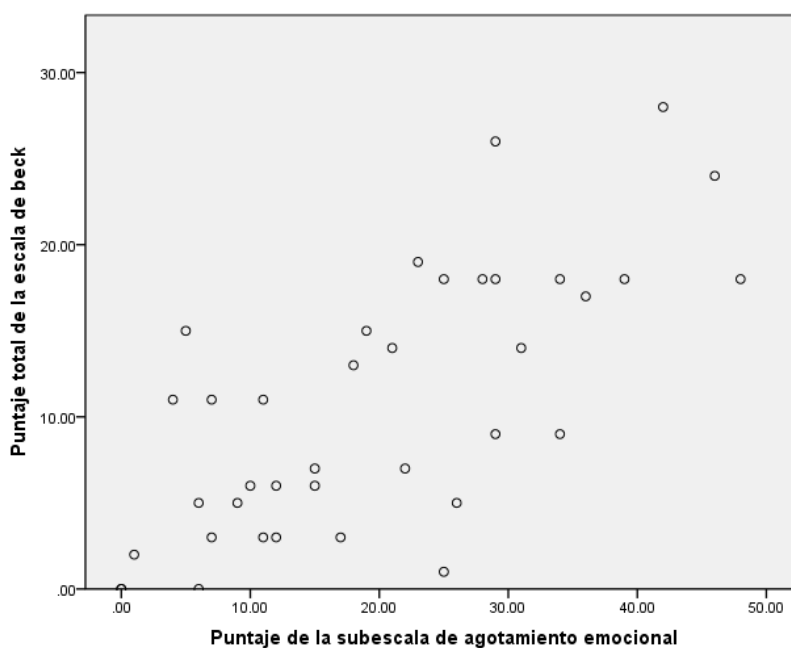


Figura 9 Correlación entre el agotamiento emocional y los niveles de depresión

Se encontró una correlación positiva, de intensidad fuerte y estadísticamente significativa entre el puntaje de la subescala de despersonalización y el puntaje total del inventario de depresión de Beck ($r=0.568$, $p<0.001$). Esto quiere decir que a medida que aumenta las actitudes de frialdad y distanciamiento, también aumenta la sintomatología de la depresión (ver figura 10)

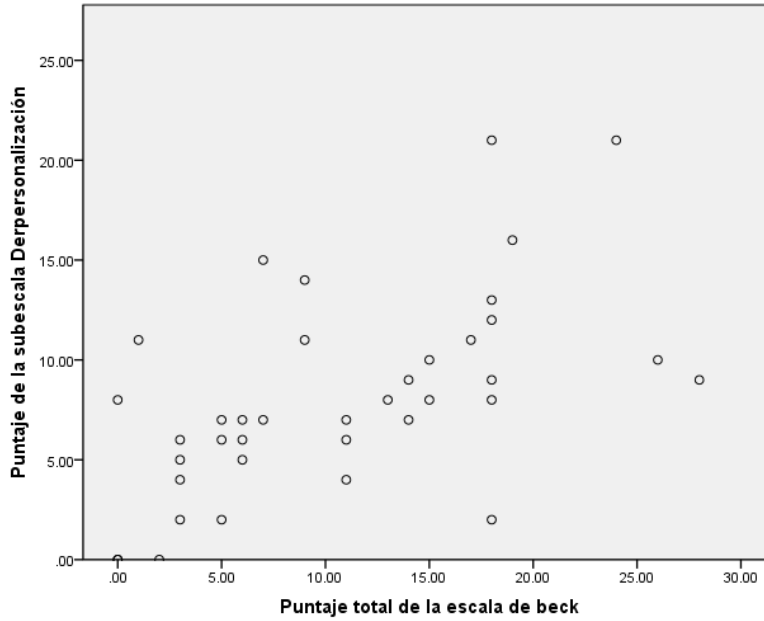


Figura 10 Correlación entre la despersonalización y los niveles de depresión

Se encontró que no hay correlación entre la escala de realización personal y el inventario de depresión de Beck ($r=-0.243, p=0.141$) (ver figura 11)

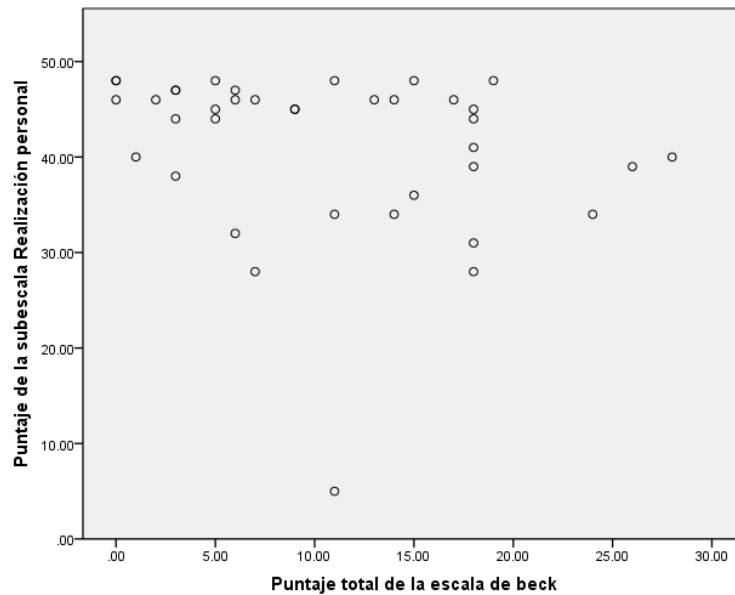


Figura 11 Correlación entre la realización personal y los niveles de depresión

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones estándar (DE) obtenidas en el Inventario de Burnout de Maslach y el Inventario de Depresión de Beck en el personal médico expuesto y no expuesto a pacientes contagiados por COVID-19. Como se puede observar, existen diferencias significativas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, así como una tendencia a la significación estadística en el Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 1 Medidas (Desviación Estándar) en los inventarios de Burnout de Maslach y de Depresión de Beck

	Personas expuestas	Personas no expuestas	<i>t</i>	<i>p</i>
Inventario de Burnout Maslach				
Subescala Agotamiento emocional	21.56 (12.76)	4.75 (3.77)	5.82	<0.001
Subescala Despersonalización	8.62 (4.97)	3.50 (3.00)	2.00	0.05
Subescala Realización personal	41.74 (6.22)	35.75 (20.56)	0.58	0.60
Inventario de Depresión Beck	11.32 (7.70)	5.25 (4.50)	2.33	0.06

CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión de resultados

Con los resultados obtenidos, se ha decidido rechazar las primeras dos hipótesis nulas y por lo tanto aceptar sus respectivas hipótesis alternas. Esto debido a que existe una correlación significativa entre la Depresión y algunos factores del Síndrome de Burnout, específicamente en los de agotamiento emocional y despersonalización. Con respecto al agotamiento emocional, siendo definida como el sentirse exhausto por las demandas del trabajo, la depresión se asocia a esta subescala por la característica sintomatológica de deterioro emocional. La constante angustia e incertidumbre y la cantidad tan grande de pacientes que reciben los hospitales durante la pandemia de coronavirus, lleva a los doctores a un límite físico y emocional que probablemente no habían experimentado con anterioridad. En el mismo contexto, la constante presión de los familiares y la presión personal para poder encontrar una respuesta o solución a la infección, puede estar relacionada con la fatiga y sobre carga emocional que los médicos de la línea de atención a pacientes COVID-19 presenta.

Los resultados que se obtuvieron en la presente investigación, presumen estar de acuerdo con lo que el autor Trejo Lucero (2011) menciona en su estudio, que el agotamiento emocional, conocido como una pérdida de la capacidad de disfrutar las tareas, y la depresión, volviendo insatisfecho al médico, están relacionadas. De igual manera que el concepto de despersonalización, entendido como una dificultad de responder a los sentimientos de impotencia, y la depresión, volviéndolo hostil al medio están relacionadas. Por otro lado, lo que el autor menciona sobre el abandono en la realización personal, que es el abandono de los ideales y una especie de autorreclusión, no guarda relación con la depresión en este caso, siendo la realización personal fortalecida por los sentimientos gratificantes que son consecuencia de la realización en la práctica médica.

Así mismo, la subescala de despersonalización, siendo definida por el alejamiento y actitudes de frialdad puede verse relacionada con la depresión por la constante presencia de desesperanza y muerte de los pacientes que los médicos reciben. La desvalorización de la práctica médica, que en esencia tiene como objetivo salvar vidas humanas, se ve confrontada con un fenómeno que los médicos no conocían. La gran constante de que no son suficientes los conocimientos médicos actuales para mantener con vida a las personas, puede ser la razón por la cual el distanciamiento humano entre médicos y pacientes esta tan presente.

Por otro lado, la subescala de realización personal que mide el sentimiento de logro que da por consecuencia el ambiente laboral y la depresión no guardan relación alguna. Los casos de éxito pueden ser la gran diferenciación en este caso, los médicos probablemente experimentan una sensación de realización y de motivación al momento que logran salvar a los pacientes o, tan solo, estabilizarlos. La experiencia de poder ver a una persona volver con su familia, puede ser un gran factor de impacto para que esta subescala este tan distante de estar relacionada con los síntomas de la depresión.

Ahora bien, con respecto a los médicos que estuvieron en contacto directo con pacientes COVID-19, el resultado obtenido de la tendencia a presentar más agotamiento emocional como también síntomas de depresión se suma y apoya a los estudios que establecían que el personal médico tratante de la infección eran el grupo vulnerable, a comparación de los que no fueron tratantes de pacientes COVID-19, a presentar algún tipo de nosología psicoemocional debido a la alta presencia de estrés, muertes y falta de recursos materiales y de conocimiento para afrontar la enfermedad.

5.2 Conclusiones

Con los resultados obtenidos, con base en la teoría y los antecedentes, se puede deducir que los médicos que estuvieron en primera línea de atención, sin importar la jerarquía o status educativo en la práctica médica, son afectados psicoemocionalmente por la creciente y excesiva demanda de sus conocimientos como también de sus habilidades para tratar y salvar a los pacientes. Las personas que se dedican a la práctica médica, con la pandemia, se volvieron un grupo aún más vulnerable para la aparición, desarrollo y persistencia de fenómenos que afectan su esfera emocional, física y social, lo cual puede desembocar en situaciones de riesgo y es por esto último que la creación de sistemas de apoyo emocional para este grupo poblacional es de vital importancia.

Es importante mencionar que el alcance de esta investigación se ve limitada por el tamaño de la muestra debido a las condiciones de contingencia que limitaron el acceso al personal médico. Ahora bien, con los resultados obtenidos se podría realizar una investigación posterior de tipo longitudinal para poder observar las consecuencias e impacto a largo plazo de las nuevas olas de contagio de la enfermedad de COVID-19 en la esfera psicoemocional de los médicos tratantes y así lograr una intervención adecuada para apoyar a esta población, como pudiera ser una terapia de emergencia, terapia cognitivo conductual y una posible implementación de terapia de acompañamiento tanatológica constante a los médicos para prevenir posibles consecuencias severas en la población.

Referencias

- Acosta-Quiroz, J., & Iglesias-Osores, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr*, 92, 441–447. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>
- Arias, E., & Pacheco, T. (2020). Impacto psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. *Psicología Clínica*, 3(25), 71–89. <https://acortar.link/LENHK>
- Ascencio, Q. (2021). Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Salud Jalisco*, 8, 20,21. https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/revista_saludjalisco_4_edicion_especial_2021_0.pdf#page=22
- Balladares Ponguillo, K. A., & Hablick Sánchez, F. C. (2017). Burnout: el síndrome laboral. *Journal of Business and Entrepreneurial Studie*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.31876/jbes.v1i1.1>
- Barrio, J. ., García, M. ., Ruiz, I., & Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *Interenational Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 37–48.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (2003). ¿Que es epidemiología? *Epidemiología Básica*,
- Botero-Rodríguez, F., Franco, O., & Carlos. (2020). Glosario para una pandemia: el ABC de los conceptos sobre el coronavirus. *Biomedica : Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 40(2), 16–26. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5605>
- Carranza, E., & Renzo, F. (2019). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de lima metropolitana. *Apuntes Universitarios*, 2(2). <https://doi.org/10.17162/au.v2i2.22>
- Castro L., R. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista Médica de Chile*, 148(2), 143–144. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89isupl.1.12047>
- Cruz, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 15(4), 1310–1325. <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi124h.pdf>
- Cuervo, A., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias. *Tesis Psicológica*, 2, 35–47. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139012670004.pdf>
- Freud, S. (1915). *Obras completas: Duelo y melancolía*. 1–12.

- Galeana, P. (2020). Epidemias a Lo Largo De La Historia. *Antropología Americana*, 5(10), 13–45.
<https://revistasipgh.org/index.php/anam/article/view/844/1218>
- García-Iglesias, J. J., Gómez Salgado, J. G., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del Sars-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*, 94.
- García, J., & Pérez, B. (2013). Depresión y los trastornos de ansiedad: autoayuda. *Guías de Autoayuda Para La Depresión y Los Trastornos de Ansiedad*, 320.
- Gil Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica.Com*, 2011–2521, 1–5.
[http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
- Gold, J. A. (2020). Covid-19: Adverse mental health outcomes for healthcare workers. *The BMJ*, 369(May), 5–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1815>
- Gómez, L. C. H., Digna Edelsys Hernández Meléndrez, D. C., Héctor, C., & Bayarre Veá, D. (2014). La autoestima como variable moduladora del desgaste profesional en especialistas en Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 149–159.
- Granados Cosme, J. A., Gómez Landeros, O., Islas Ramírez, M. I., Maldonado Pérez, G., Martínez Mendoza, H. F., & Pineda Torres, A. M. (2020). Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Investigación En Educación Médica*, 35, 65–74.
<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20224>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578–594.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Babptista Lucio, M. del P. (2014). Metodología de la Investigación. In *McGraw-Hill* (Vol. 6ta).
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Mental health considerations about the COVID-19 pandemic. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.372.5419>
- Juarez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4). <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30(1), 1–2.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>
- Lovo J. (2021). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno[revista en Internet] 2021 [acceso 4 de Abril de 2022]* 70;110-120.

- Entorno*, 110–120.
<https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/10371>
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(1), 51–56.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Marsollier, R. G. (2013). La despersonalización y su incidencia en los procesos de desgaste laboral. *Intersalud S.A*, 1–10. <http://hdl.handle.net/11336/7382>
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 0(112), 42.
<https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S., & Martínez, Silva, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28–31.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2008/rmq081g.pdf>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *La depresión Información para pacientes, familiares y allegados*. 1–26.
- Miranda, R., & Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8, 1–12.
<https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Moreno Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 4–19. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000500002>
- Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: Un Factor Relevante En La Vida De La Persona Y Tema Esencial Del Proceso Educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas En Educación"*, 7, 01–32.
<https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>
- Noriega-Duche, C. E., & Ortiz-Paredes, A. C. (2021). Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán – Ecuador. *Polo Del Conocimiento*, 6(3), 419–432. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i3.2379>
- Ojeda-Casares, H., & Gerardo de Cosio, F. (2020). COVID-19 y salud mental: mensajes clave. *Ops-Oms*, 1, 1–7.
https://www.paho.org/venezuela/index.php?option=com_docman&view=download&slug=covid19-y-salud-mental-mensajes-clave&Itemid=466
- OPS. (2009). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. *Portección de La Salud Mental En Situaciones de Epidemias*, 1, 12–21.
- Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Organización Panamerica de La Salud*, 1–24.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Oviedo Soto, S., Parra Falcón, F., & Marquina Volcanes, M. (2009). Redalyc.LA MUERTE Y EL DUELO. *Enfermería Global*, 8(1), 1–9.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834751015>
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., Medina-Ramírez, M. C. R., & López-Palmer, D. A. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación En Educación Médica*, 6(22), 75–79.
<https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.001>
- Patlán Pérez, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y como medirlo? *Salud Uninorte*, 35, 156–184.
- Piqueras Rodriguez, J. A., Ramos Linares, V., Martinez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85–112.
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/136>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., & Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociada al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1–8. <https://n9.cl/w2yli>
- Rodríguez-Muñoz, M., Zapata-Martelo, G. ;, & Rodríguez, E. ; (2012). *Agricultura, Sociedad y Desarrollo Colegio de Postgraduados*. 9(2), 191–207.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360533091006>
- Rodríguez García, C., María, A., Zúñiga, O., & Hernández Velázquez, V. (2009). *Prevalencia Del Síndrome De Burnout En El Personal De Enfermería De Dos Hospitales Del Estado De Mexico*. 179–193.
<http://www.redalyc.org/pdf/184/18411965011.pdf>
- Rojas, E. (2019). ¿Quién eres? En E. Rojas, ¿Quién eres? *Madrid: Ediciones Temas de Hoy S.A. Rog*, 320–324. file:///C:/Users/USER/Downloads/2. Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal.pdf
- Ruiz, A. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19) *Ars Pharm*.2020;61(2)63-79. *Ars Pharmaceutica*, 61(2), 63–79.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v61n2/2340-9894-ars-61-02-63.pdf>
- Saborio Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32 (1)(2), 291–295.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-7348.1982.tb00824.x>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). Cuidando la salud mental del personal sanitario. *Sociedad Española de Psiquiatría*, 3(2), 1–4.
[http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP COVID19-Salud Mental personal sanitario.pdf](http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20personal%20sanitario.pdf)
- Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-

- Barriga, C. (2020). Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19. *Revista Mexicana de Urología*, 80(3), 1–10. <https://doi.org/10.48193/RMU.V80I3.653>
- Trejo, H., Torres, J., & Valdivia, M. (2011). Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Arch Inv Mat Inf*, 3(1), 44–47.
- Uribe Prado, J. F. (2020). Riesgos psicosociales, burnout y psicosomáticos en trabajadores del sector público. *Investigación Administrativa*, 49–1(125), 1–17. <https://doi.org/10.35426/iav49n125.03>
- Vargas Salgado, M. M., & Gómez Bull, K. G. (2021). Agotamiento emocional a partir de variables demográficas en tiempos de pandemia. *ACADEMO Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades*, 8(2), 119–128. <https://doi.org/10.30545/academo.2021.jul-dic.1>

APÉNDICE A. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

1.- Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo

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

2.- Me siento cansado/a al final de la jornada del trabajo

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

3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado/a

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

4.- Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes

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

5.- Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

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

6.- Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa

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

7.- Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos

- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

8.- Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo

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

9.- Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes

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

10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión médica.

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Unas pocas veces a la semana

- 6 = Todos los días

11.- Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente

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

12.- me siento con mucha energía en mi trabajo

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

13.- Me siento frustrado/a en mi trabajo

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

14.- Creo que trabajo demasiado

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes

- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

15.- No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes

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

16.- Trabajar directamente con pacientes me produce estrés

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

17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes

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

18.- Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes

- 0 = Nunca

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

19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en el trabajo

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

20.- Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades

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

21.- En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes
- 4 = Una vez a la semana

- 5 = Unas pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

22.- Creo que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

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

APÉNDICE B. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación, se presentan 21 estados emocionales, seleccione la opción que más identifique su estado emocional durante las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Si varias opciones parecen adecuadas para usted, seleccione la opción con valor más alto, verifique no seleccionar más de una opción.

Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.

- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía que la que solía tener.
- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

Puntaje Total: _____