



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y
AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA
PANDEMIA COVID-19”**

NÚM. DE REGISTRO INSTITUCIONAL: R-2022-3703-083

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. NATLLELY REYES ZAPATA**

**ASESORES:
DRA. ALYNE MENDO REYGADAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DR. IVÁN FILIBERTO CONTRERAS HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ALTA ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA MÉDICA**



CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 21
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA PANDEMIA
COVID-19:”**

INVESTIGADORES

PRESENTA

Dra. Natllely Reyes Zapata

Médico Cirujano. Residente de tercer año en la especialidad Médica de Medicina Familiar.

Matricula: 97385361

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”, Delegación Sur, CDMX, IMSS

Lugar de trabajo: Consulta externa

Teléfono: 57686000, extensión 21407 y 21428. Fax: sin fax.

Correo electrónico: nattlelyreyes@gmail.com

Asesor responsable:

Dra. Alyne Mendo Reygadas

Médico Cirujano. Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 99386975

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”, Delegación Sur, CDMX, IMSS

Lugar de trabajo: Consulta externa

Teléfono: 57686000, extensión 21407 y 21428. Fax: sin fax.

Correo electrónico: ennylamr@gmail.com

Asesor clínico:

Dr. Iván Filiberto Contreras Hernández

Médico Cirujano. Especialista en Medicina Familiar con Alta Especialidad en Gerontología Médica

Matrícula: 98159433

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 75, Delegación 15 Oriente, Estado de México, IMSS

Lugar de trabajo: Consulta externa

Teléfono: 57353322, extensión 51400. Fax: sin fax.

Correo electrónico: drivancondez@gmail.com

ÍNDICE

1.- RESUMEN	4
2.- MARCO TEÓRICO	6
3.- JUSTIFICACIÓN	29
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
5.- OBJETIVO	32
6.- HIPOTESIS	32
7.- MATERIAL Y METODOS	33
8.- DISEÑO DEL ESTUDIO	33
9.- UNIVERSO DE TRABAJO	33
10.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	32
11.- TAMAÑO DE MUESTRA	34
12.- TÉCNICA DE MUESTREO	35
13.- VARIABLES	35
14.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	40
15.- CONTROL DE SESGOS	41
16.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
17.- ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD	45
18.- RESULTADOS	46
19.- DISCUSIÓN	57
20.- CONCLUSIÓN	61
21.- SUGERENCIAS	61
22.- BIBLIOGRAFÍA	62
23.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	66
24.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
25.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
26.- ANEXOS	72

1. RESUMEN

“Síndrome de Burnout y afrontamiento en médicos adscritos a la Unidad Médico Familiar No. 21, derivado de la pandemia COVID 19”.

Autores: *Natllely Reyes Zapata*¹; *Alyne Mendo Reygadas*²; *Iván Filiberto Contreras Hernández*³.

1. Residente de tercer año en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 2. Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 3. Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica, Unidad de Medicina Familiar Número 75.

Introducción: El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en el personal de salud. Contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora su calidad de vida, también influyen en la atención del paciente, errores terapéuticos, etc... El personal médico se ha identificado como vulnerable a padecer altos niveles de estrés laboral principalmente con la pandemia COVID-19, los cuales repercuten psicológicamente y emocionalmente en su salud mental.

Objetivo: Evaluar la relación de Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21, derivado de la pandemia COVID-19.

Material y métodos: Estudio Analítico, descriptivo, transversal, prospectivo. Se estudiará a personal médico de todos los turnos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS. Se aplicará el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MIB) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).

Infraestructura: Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 21, IMSS.

Experiencia del grupo: Los investigadores tienen experiencia de la asesoría metodológica, así como proyectos de educación con más de 5 años, en lo que

respecta a investigaciones realizadas por médicos residentes para obtención del grado correspondiente.

Palabras claves: Pandemia, COVID-19, Síndrome de Desgaste Profesional, Burnout, Afrontamiento, adaptación psicológica, estrés, médicos.

2. MARCO TEORICO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Coronavirus son una extensa familia de virus que causan infecciones respiratorias, los cuales pueden presentar desde un resfriado común, hasta las patologías más graves como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS).

En diciembre 2019 se reportó en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, un grupo de casos de neumonía atípica de etiología desconocida. En enero del 2020, el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades identificó un nuevo coronavirus como el agente causal de este brote, inicialmente llamado 2019-nCoV, declarado como emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC). En febrero 2020 la OMS denomina a la nueva enfermedad como, COVID-19, abreviatura de “enfermedad por coronavirus 2019”, por sus siglas en inglés, causada por el Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2). Ante el crecimiento en la incidencia, el 11 de marzo de 2020 la OMS determina como pandemia a la COVID-19 (1).

La mayoría de contagios sucedieron en China, sin embargo, no demoró mucho tiempo para que virus se extendiera a 50 países de las 6 Regiones de la OMS, las cuales informaron presentar casos confirmados en los meses de enero y febrero 2020: la Región del Pacífico Occidental (8 países, excluyendo China), la Región Sudeste (4 países), la Región de las Américas (4 países), la Región Europea (22 países), la Región del Mediterráneo Oriental (10 países) y la Región de África (2 países). (1)

Actualmente se reporta en el informe Técnico Diario COVID-19 México, que existen a nivel mundial 262,178,403 casos confirmados (602,040 casos nuevos) y 5,215,745 defunciones (7,781 nuevas defunciones), con predominio de casos en la región de América la cual representa un 43.6%, continuando con Europa 36.6%,

Asia sudoriental 9.2%, Mediterráneo Oriental 7.5%, África 1.4%, y Pacífico Occidental 1.6%. (2)

El primer caso confirmado de COVID-19 en la región de América, fue en Estados Unidos confirmado el 21 de enero de 2020, posterior Canadá, Brasil y México. El 28 de febrero del 2020, se confirman los primeros dos casos de COVID-19 en México, uno reportado en Ciudad de México y el otro en el estado de Sinaloa. Ambos casos tenían antecedentes de viaje a la región de Lombardía en Italia antes del inicio de los síntomas. (3)

México se encuentra dentro de las principales regiones con alto porcentaje en casos, donde la más reciente información registra 3,891,218 casos confirmados y 294,428 defunciones en el país siendo la Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Puebla, Veracruz, Sonora y San Luis Potosí las diez entidades con mayor número de casos acumulados, y que en conjunto forman más de dos tercios (66%), de todos los casos acumulados en el país. (2)

La pandemia COVID-19, ha generado problemas que giran entorno a la salud pública, así mismo cada país está respondiendo a la misma amenaza con diferentes medidas y/o con una temporización diferente, además de tener la capacidad de adaptarse a sus sistemas de salud, sus recursos económicos e infraestructura, y el grado de responsabilidad colectiva e individual, así como de cumplimiento de las recomendaciones emitidas por las autoridades. (4)

Por el número de enfermos con COVID-19 que demandan atención, en México se ha visto un incremento significativo en la demanda de consultas médicas, altas tasas de hospitalización y de muerte. Con base a las medidas tomadas en pandemias previas como fue la Influenza se han retomado estrategias innovadoras de “reconversión hospitalaria”, para expandir la capacidad de las instituciones de atención médica, alta de pacientes que pueden ser atendidos en sus domicilios, y suspensión de toda actividad no indispensables (5). Así mismo se ha propuesto la

aplicación del esquema de “triage” para distribuir de manera racional a los pacientes entre las distintas unidades de atención de manera que ésta se proporcione de acuerdo con el nivel de gravedad.

El personal de salud como son médicos, enfermeras, personal de laboratorio, gabinete, farmacéuticos, personal auxiliar, trabajadores sociales, etcétera, son las personas que se encuentran atendiendo en primera línea esta pandemia, vigilando y atendiendo estrechamente a los pacientes con COVID-19, cuidando la salud de la población a través de actividades de educación, prevención y promoción; además, realizan tareas como identificar casos, buscan sus contactos, toman y analizan pruebas diagnósticas, dan seguimiento a pacientes contagiados, informan malas noticias a familiares, apoyan en organización de aplicación de vacuna contra COVID-19, entre otras actividades.

Actualmente el personal de salud enfrenta muchos retos, como menciona Ricardo Pérez (2020) en pandemónium (Del Diccionario de la Lengua Española: Lugar en que hay mucho ruido y confusión), refiere que derivado de la celeridad del avance de la pandemia hubo un caos inicial para responder a la emergencia; existió gran precariedad del sistema de salud, para responder a un problema de salud pública de gran magnitud y no fue suficiente al inicio, aunado a la paranoia derivada de la respuesta social ante el temor de lo desconocido, esto generó un caos total en la población, lo que se manifestó en violencia física y psicológica hacia el personal de salud.

Las investigaciones realizadas durante otras epidemias o pandemias demostraron que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y el temor de la comunidad y familiares de ser contagiados por ellos. En un estudio realizado en 187 enfermeras durante el brote del MERS-CoV se encontró que el estigma influye en la salud mental, ya sea de forma directa o indirecta teniendo como mediador al estrés. (6)

En cada etapa de la carrera profesional, el médico, se encuentra sometido a tensiones y pruebas psicológica, así como riesgos al trabajar en el ámbito de la salud y sobre todo durante una pandemia, donde el personal médico se encuentra expuesto como primera línea de atención a mayor riesgo de infección, a largas jornadas laborales, realizando procedimientos y decisiones esenciales, que repercuten en la vida de los pacientes. En muchos casos al inicio y transcurriendo la pandemia, se encontraron sin la capacitación orientada hacia la enfermedad, sin el apoyo psicológico, o sin el equipo apropiado; principalmente porque se desconocían muchos aspectos en torno de la enfermedad, esto generó que se encontrarán sometidos a un ambiente emocionalmente extenuante, condicionando a que se generen situaciones de desgaste emocional, estrés, incertidumbre, dilemas éticos, o contagios. (7).

Como bien menciona The Lancet, los sistemas de atención de la salud a nivel mundial podrían estar funcionando a más de la capacidad máxima durante muchos meses, pero los trabajadores de la salud a diferencia de los ventiladores o las salas, no pueden fabricarse con urgencia ni funcionar al 100% de su ocupación durante períodos prolongados. (8)

Con base a lo anterior, tomando la idea de Ricardo Pérez (2020) y traspolandola a México nos encontramos con escasez de personal de salud debido a contagios y muertes. La OMS sugiere debe haber 23 recursos humanos para la salud por 10.000 habitantes. México tiene relativamente pocos trabajadores en el área de la salud, en particular de enfermería donde hay 2.9 enfermeras por cada mil habitantes, en comparación con el promedio de la OCDE que se ubica en noveno”.

La tasa por cada mil habitantes que registra México es la más baja entre los países miembros del organismo y se encuentra muy por debajo de los 17.8 enfermeros que hay en Noruega; incluso en Italia y España cuentan con casi el doble de asistentes al tener una media de 5.87 por cada 100 mil. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), un país debe tener tres médicos por cada mil habitantes, es decir, uno por cada 333 personas. México

debería tener un médico por cada 359 habitantes y desafortunadamente no son suficientes.

Los trabajadores de la salud corren un riesgo significativo de contraer la infección; por lo tanto, deben protegerse y prevenir la transmisión en el entorno de la atención médica, por lo cual necesitan capacitación para la higiene personal y equipo de protección personal (mascarillas, caretas, googles, guantes), entrenamiento para la identificación y el manejo de muestras, casos, contactos y uso de equipo médico como respiradores, monitores, sin embargo, estos son solo los elementos básicos indispensables para trabajar y desafortunadamente al principio de la pandemia no se contaba con todos estos insumos y en la actualidad en ciertas unidades aún hay escasez, además que los precios por la demanda tan alta subieron exorbitantemente; es importante que en la práctica también se requieran más herramientas y apoyos, no solo el material médico (insumos), sino por ejemplo, la atención a la salud mental de este personal. (7)

Debido a la alta contagiosidad del virus, al número cada vez mayor de casos confirmados, las olas de contagios, muertes en el mundo, las emociones y los pensamientos negativos se extienden amenazando la salud mental de la población. Según la experiencia de epidemias y pandemias pasadas, se conoce que los pacientes y el personal de salud pueden padecer situaciones de miedo a la muerte y presentar sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad. (6)

El temor ante lo desconocido generó una conducta agresiva y discriminatoria hacia los profesionales de la salud. La sociedad requirió de información clara, precisa y entendible acerca de la importancia y valor del personal de salud ante la pandemia. En México, el público reaccionó de forma atípica ante el personal de salud, se han documentado agresiones físicas, verbales y discriminación. (7)

El personal sanitario es la parte más débil en la cadena de atención a la pandemia, no solo porque las estadísticas de contagio apuntan que hasta 20% de lo pacientes

infectados por COVID-19 son personal de salud, sino porque los trabajadores al estar en primera línea, están enfrentado una variedad amplia de demandas psicosociales, que los posiciona en una alta vulnerabilidad al estrés y alteraciones mentales. En general, deteriorando su calidad de vida, su entorno y su capacidad funcional. Esto conforma claramente un círculo vicioso entre riesgos biológicos y psicosociales, con impacto a su persona, su trabajo y la sociedad en general.

El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en trabajadores con excesivas cargas de trabajo y relaciones humanas a las que prestan servicios. Contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora no solo su estado emocional, afecta también su ambiente laboral, creando conflictos entre los compañeros de trabajo, generando situaciones de irritabilidad, o llegando hasta verse afectada su productividad en la unidad y en caso de no detectarse oportunamente pueden desencadenar problemas de salud y en casos extremos hasta el suicidio. No todo debe ser valorado en aspecto negativo, considerando que el personal de salud tiene un gran porcentaje de estrés laboral (71.5%) principalmente en esta y pandemias previas, se conoce que los trabajadores de estas áreas suelen habituarse al estrés constante, adaptandolo a su vida diaria. (9).

El COVID-19 representa uno de los retos más grandes en la historia reciente de la salud pública. Diariamente se obtiene información con avances científicos sobre la enfermedad, ya que sigue presente. Afortunadamente se cuenta en la actualidad con vacunas que evitan que el riesgo de mortalidad sea mayor, sin embargo continuan en ascenso por temporadas los contagios, actualmente México se encuentra en su quinta ola de contagios, sin embargo aunque ya se ha aminorado el riesgo de gravedad por la enfermedad, poco se ha estudiado sobre la importancia de la salud mental durante la pandemia, como es que el personal de salud se ha ido adaptando a esta situación y que ha generado en ellos, principalmente a los que se encuentran en el primer nivel de atención, debido a que son el personal de salud más involucrado en la atención de los pacientes con esta enfermedad, desde el inicio hasta el seguimiento.

❖ EL ESTRÉS LABORAL DENTRO DEL ÁREA MÉDICA

El estrés laboral es un término que por lo regular se refiere a las respuestas físicas y comportamentales frente a las presiones relacionadas con el trabajo, las cuales permanecen activas por periodos cortos. En el estudio Lai, et al., realizado en 34 hospitales en China, se documentó que una proporción del personal médico, ha presentado, depresión (50%), ansiedad (44.6%), insomnio (34%) y estrés (71.5%), durante la pandemia COVID-19. (10)

Durante mucho tiempo se estudiaron las consecuencias patológicas del estrés dentro de la fisiología orgánica y aunque su influencia psicológica era conocida, ésta estaba vinculada con las enfermedades que es habitual encontrar en los manuales de psicopatología, en donde se dejaba ver que el estrés era un factor que las generaba o las detonaba, según el caso.

En los últimos decenios del siglo XX fueron estudiadas sus consecuencias emocionales a largo plazo acuñándose el término *burnout* en referencia a un síndrome desarrollado en periodos prolongados, como respuesta a vivencias periódicas de estrés, el cual incluye algunas sintomatologías del estrés, aunque conserva sus propias manifestaciones características y se orienta a ser un funcionamiento deficiente y crónico padecido por algunas personas que se encuentran en el medio laboral. (11)

La Organización Internacional del Trabajo, señala que las reacciones comunes a estos factores, se traducen en estrés negativo, estado de ánimo bajo, baja motivación, mayor fatiga y repercusiones en la depresión, ansiedad y otros efectos graves en la salud mental. (12).

La demanda de la población sube anualmente, la exigencia de los pacientes también y los recursos asistenciales no se incrementan. Esta sobrecarga asistencial es un obstáculo para una asistencia de calidad, que prime las actividades centradas en el paciente y que, a su vez, se preocupe por sus profesionales. (13)

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta un punto tal que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. (14)

Se han reportado durante la pandemia incremento en las adicciones e intentos de suicidio en profesionales de la salud en Francia. En China se encontró, que 35,6% de los trabajadores de la salud presentaban ansiedad generalizada y el 23,6% problemas de sueño. En Italia se encontraron prevalencias similares en estos trabajadores, aunque adicionalmente ubicó 49,38% de síntomas altos de estrés postraumático. (12)

Frente a esta situación crítica, los trabajadores de la salud de primera línea que participan directamente en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes con COVID-19 corren el riesgo de desarrollar Síndrome de desgaste profesional (Burnout), así como mayor riesgo de padecer de problemas de salud mental, principalmente por la exposición frecuente al estrés laboral.

Es importante señalar que no todo estrés laboral se transforma en *Burnout*. Esto sólo ocurre cuando las condiciones tensionantes dentro del trabajo se prolongan en el tiempo y no son atendidas. Por lo tanto, si se empieza a realizar la detección temprana del mismo y con ello propiciar el cuidado de la salud mental del personal, se logrará tener bajo control los estresores que afectan a sus empleados (en este caso a los médicos), y podrían estar libres de desarrollar este padecimiento.

El *burnout* es un efecto a largo plazo del estrés crónico y se da en trabajos que presentan un contacto personal agudo, donde el apoyo del profesional se vuelve imprescindible; en especial dichas profesiones son las de la salud, donde el desafío es mantener una buena relación en donde exista acatamiento de las reglas que establece; esto implica un gasto importante de voluntad, atención constante y energía de reserva para responder a las demandas, tanto de estímulos internos como externos. El gasto de fuerzas y la frustración que surge ante la falta de una

relación de cordialidad y acatamiento hacia la autoridad se convierte en el origen del *burnout*.

Varias estrategias de afrontamiento emocional se correlacionaron con el agotamiento, en el estudio Doolittle, Windish, y Charles (2013), hicieron un análisis acerca de las relaciones entre el burnout, el afrontamiento emocional y la espiritualidad entre médicos residentes de medicina interna y pediatría; observaron que el 63% de estos médicos tuvieron niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización, principalmente los que emplearon la negociación, desconexión y autoculpación. (13) Por lo tanto, durante estos años de pandemia que se ha visto la consecuencia del estrés en periodos prolongados de tiempo; puede generar un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento, descaro hacia los destinatarios de los esfuerzos, así como sentimientos de incompetencia, deterioro de la propia valía y actitudes de rechazo hacia el trabajo, que a la vez pueden estar acompañados de diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.

❖ DEFINICIÓN SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO

El Síndrome de Burnout, o también conocido como Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), es un trastorno adaptativo crónico que disminuye la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en el desempeño de su actividad profesional. Se desarrolla de manera progresiva y constante, por lo que es visto como un trastorno adaptativo crónico.

Fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (14).

Posteriormente en el 2019 la OMS incluyó al Síndrome de Burnout en la lista de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (QD85 Burn-out), sin

embargo, no lo incluye como una condición médica, sino como un fenómeno ocupacional dentro de los “problemas asociados con el empleo o el desempleo” y se describe también en el capítulo “factores que influyen en el estado de salud o que necesitan atención de servicios médicos”, pero no propiamente clasificado como enfermedad o trastorno de salud. (6)

El afrontamiento es definido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que exceden o desbordan los recursos del individuo”. Se distinguen dos principales tipos: el enfocado en la solución de problemas al actuar sobre el ambiente o sobre uno mismo para alterar la fuente estresante y el enfocado en la regulación emocional, o sea, disminuyendo el efecto psicológico que causan las situaciones estresantes. (9).

Dentro del Síndrome Burnout, se evalúan tres aspectos importantes que son:

- I. Agotamiento o cansancio emocional, definido como la fatiga que puede manifestarse tanto física como mentalmente.
- II. Despersonalización expresada en el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- III. La baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (16)

Dentro de las estrategias de afrontamiento al estrés, Sandin y Chorot (2002) identifican 7 estrategias, las cuales son:

1. Focalización en la solución del problema (FSP): Tiene como finalidad eliminar el problema originador de estrés y el malestar que se experimenta. Las personas que aplican este estilo de afrontamiento analizan a profundidad el estímulo generador de estrés y en base a dicho análisis la persona diseña un

plan de afrontamiento, ello puede incluir el consultar con otras personas implicadas o con mayor experiencia que nos ayude a encontrar la mejor solución posible.

2. Autofocalización negativa (AFN): Comprende un conjunto de pensamientos negativos acerca de sí mismo acerca de su capacidad para resolver problemas, debido a ello la persona puede creer que haga lo que haga siempre las cosas le saldrán mal. Desarrollan un sentido de indefensión y tienden a resignarse.
3. Reevaluación Positiva (REP): Implica la identificación de características positivas en el estímulo estresor. Un suceso negativo puede ser interpretado de manera favorable como una oportunidad de crecimiento o en su defecto, racionalizar que se pudieron obtener resultados peores.
4. Expresión Emocional Abierta (EEA): Las personas expresan sus emociones de manera adaptativa. Dicha estrategia se constituye como una vía para el desahogo de sentimientos negativos.
5. Evitación (EVT): Estilo de afrontamiento desadaptativo que consiste en la huida de la persona de una situación estresante. La persona empleará una serie de estrategias orientadas a la negación del problema como: la evasión de acciones que implique enfrentar el estímulo generador de estrés, concentrarse en otras actividades, dedicarle más tiempo al trabajo, etc.
6. Búsqueda de apoyo social (BAS): Implica la búsqueda de apoyo en otras personas (familia, amistades, pareja, etc), quienes en un primer momento servirían de refugio emocional y de los que posteriormente se espera recibir consejos para enfrentar adecuadamente la situación estresante. De esta manera se pone bajo control a posibles conductas disfuncionales y por otro lado, se refuerzan aquellas que proporcionen distracciones, gratificaciones y la resolución efectiva del problema.
7. Religión (RLG): Actividades relacionadas con las creencias religiosas; este estilo de afrontamiento se basa en la fé en Dios y que éste solucionará el problema al que se enfrenta.

Para la Sociedad Española de Cuidados Palitativos, existen cuatro grandes acuerdos en el Síndrome de Burnout, refieren que:

1. Se produce en el medio laboral.
2. Está asociado a la calidad de las interacciones que ahí se producen.
3. Tiene relación con el desgaste profesional al apoyar a los clientes, pacientes o alumnos.
4. Los profesionistas más afectados son los que laboran en las áreas de la salud y educación. (16)

Es importante conocer los conceptos psicologicos que componen este Síndrome, como es el estrés general, laboral, y fatiga física, así como la manera en que se afronta este estrés, bien lo menciona la Psicóloga social Anabella Martínez de la Universidad de La Rioja de España:

- Estrés general: Es el proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el estrés burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto en su entorno laboral.
- Fatiga física: Esta tiene una recuperación rápida y suele estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito, mientras que el burnout tiene una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos de fracaso. (14)

Así mismo con todo este desgaste emocional, las estrategias de afrontamiento operan para disminuir el efecto estresante generado por la amenaza, y cuanto más lo reducen, puede hablarse de un afrontamiento más efectivo; también la forma en que se afrontan tales episodios tiene un efecto en el funcionamiento psicosocial, esto es, que un afrontamiento eficaz puede hacer que las personas tengan un mejor funcionamiento social, no obstante, el número de episodios de estrés. (9).

Hallazgos preliminares de un estudio en personal de salud mexicano, que labora en hospitales de distintas regiones durante la pandemia de COVID-19, ha encontrado que a 47% le gustaría recibir apoyo psicológico, 27,4% presenta síntomas de

ansiedad, 16,9% de depresión y 44,1% de estrés, pero la frecuencia más alta se encuentra en el efecto psicológico del desgaste emocional o burnout con un 47,6%.

❖ ANTECEDENTES

Graham Greens en 1961 en su artículo a "Burnout Case", reporto el primer caso de Síndrome de Burnout. (17)

Herbert J. Freudenberger, en 1974, realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo. (12)

Cristina Maslach, psicóloga de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia, en 1982, crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI), que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología. (16)

En 1988, Pines y Aronson atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (como los profesionales de la salud). (14)

❖ EPIDEMIOLOGÍA

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo. (19)

Algunos autores sugieren que el Burnout en los médicos se comienza a "cultivar" desde la escuela de medicina. Según un estudio realizado por Dyrbye *et al*,

publicado en el 2010 en JAMA, entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional. (15)

En Latinoamérica como en España existe un *Burnout* muy alto que oscila entre 30 y 40% de profesionales en esta categoría (16). En México se ha encontrado 64 estudios del Síndrome de Desgaste Profesional en diferentes centros de trabajo, en donde las ocupaciones más estudiadas son el personal de salud, particularmente médicos (19.3%) y enfermeras (17.9%), donde predomina este síndrome en mujeres en un 52% y la edad frecuente esta dentro de los 36.87 años de edad. (20)

De acuerdo con la OMS y la Organización Internacional del trabajo (OIT), el estrés laboral en México continúa ocupando los primeros lugares a nivel mundial, donde las causas probables de este estrés son el exceso o escasez de trabajo, los horarios estrictos o inflexibles, la inseguridad laboral, malas relaciones con los compañeros y falta de apoyo por parte de la familia. (21)

Los principales factores psicosociales de estrés durante una pandemia para personal que se encuentra en la primera línea de emergencia (trabajadores sanitarios, personal de laboratorio, trabajadores funerarios, operadores de ambulancia, empleados de limpieza y manejo de desechos, policías, militares, bomberos, entre otros), son: el temor por el bienestar propio o de familia y compañeros, falta de equipo de protección personal, aislamiento, falta de apoyo social o de tejido social, tensión entre los protocolos de seguridad establecidos, el deseo de cuidar o ayudar a personas, dificultades para mantener estilos de vida saludables, aumento de exposición a la estigma social, discriminación e incluso violencia por otras personas, además la incertidumbre de cuando terminará. (10)

Un estudio realizado por Clínica de Mayo, donde participaron 6880 médicos completando la encuesta virtual de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) con sus 22 items, evidenció que 46.9% de los médicos tenían un alto agotamiento

emocional, 34.6% alta despersonalización, y 16.3% un sentido bajo logro personal.

La prevalencia de burnout fue más alta para todas las disciplinas principalmente Medicina familiar con 63%, posterior pediatría con un 46,3%, urología 63.6%, cirugía ortopédica 59.6%, dermatología 56.5%, medicina rehabilitación 63.3%, patología 52.5%, radiología 61.4%, y subespecialidades de cirugía general 42.7% (22). Existen ya investigaciones donde se ha observado que los profesionales de salud tienden regularmente a llevar a cabo afrontamientos de tipo racional, mientras que las estrategias de recurrir a la religión son las menos utilizadas, también se ha visto que los hombres emplean más el afrontamiento de evitación (9). Motivo por el cual se pretende estudiar a los médicos familiares, ya que se ha visto mayor porcentaje en estas investigaciones, así como el síndrome de burnout con estas estrategias de afrontamiento, están relacionados significativamente.

❖ ETIOLOGÍA

Es importante resaltar que en este caso se trata de un concepto laboral, no psicopatológico, existen muchas explicaciones sobre las causas que han incrementado el Burnout de los profesionistas; sin embargo, la mayoría de los investigadores establecen el motivo de su propagación al descenso notable en las condiciones de trabajo; se han identificado con el transcurrir del tiempo algunas características de la personalidad (en conjunto con el estrés laboral), que llevan a este síndrome. Dentro de estas características se encuentran aquellos empleados que exhiben locus de control externo y pobre autoeficacia; también las personas dependientes, con niveles altos de neuroticismo, baja defensa ante el estrés (low hardness), excesivo idealismo, mucha autoexigencia para la actividad laboral, alta sensibilidad emocional y adicción al trabajo (workaholism) (17).

- ◆ Componentes personales: La edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en

el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo, las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).

- ◆ Inadecuada formación profesional: Excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- ◆ Factores laborales o profesionales: Condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
- ◆ Factores sociales: Como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- ◆ Factores ambientales: Cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos (15).

❖ CLÍNICA

Las causas y los síntomas del *Burnout* tienen mucho que ver con el tipo de carrera desarrollada, lo que lleva a que estos conceptos estén vinculados: una profesión “quemante” lo provoca y origina sus manifestaciones.

Manifestaciones del síndrome de “burnout” en la práctica profesional

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes conductas:

1. Evitación del compromiso emocional: La pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de

estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

3. Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal del área médica.
5. Desmotivación: Se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

❖ **DIAGNÓSTICO**

(Maslach y Leiter, 1982) desarrollaron un instrumento para medir el Síndrome de Burnout, “Maslach Burnout Inventory (MBI)”, se trata de un cuestionario compuesto de 22 ítems, que se basa en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida laboral cotidiana, y que pretende objetivizar y valorar las tres características básicas del síndrome:

- Agotamiento emocional: Combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad. Consta de 9 preguntas (1,2,3,6,8,13,14,16,20). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Despersonalización: Se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal. Está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

- Falta de realización personal en el trabajo: Tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional. Se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

El rango de medida de la escala se mide por números, del 0 al 6, considerando el Cero como nunca y seis como todos los días (Tabla 7). Con base a los resultados obtenidos en cada ítem, se suman las respuestas dadas. (Tabla 8). Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el Síndrome de Burnout, se debe analizar y determinar el grado de Burnout. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor (Tabla 9).

Frecuentemente sigue la siguiente secuencia:

- Primera Etapa: Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Segunda Etapa: El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente, (hasta aquí el cuadro es reversible).
- Tercera Etapa: Aparece realmente el Síndrome de Burnout con los componentes descritos: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal Disminuida.
- Cuarta Etapa: El individuo deteriorado psicofísicamente, se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

Existen otras escalas para valorar Síndrome de Burnout como se observan en la Tabla 10 (23), sin embargo, tiene poca eficacia y validación internacional.

El Cuestionario Maslach es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del Síndrome, obteniendo valores óptimos de validez y fiabilidad,

encontrando una sensibilidad desde 78% al 92.2% y especificidad del 48% al 92.1% (22); esto le permite tener una ventaja sobre los demás ya que con ello permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento (24).

Este cuestionario tiene gran aceptación internacional, es el más usado en América Latina, La Unión Europea y Estados Unidos, y es específico para su evaluación en profesionales del área de la salud, la cual es la población de este estudio. Se encuentra aprobado para aplicarlo en población mexicana, encontrándose aproximadamente 64 estudios los cuales cuentan con este instrumento, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.658 para toda la escala. (25)

Para la identificación de mecanismos de afrontamiento se utilizará el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE), que fue elaborado por Bonifació Sandín y Paloma Chorot en el 2002, el cuestionario puede ser aplicado de forma grupal, tras revisar las instrucciones las que indican que en el cuestionario se describe, ¿Como se ha comportado ante las situaciones de estrés?, esto encaminada esta investigación relacionado a la pandemia COVID-19, consta de 42 reactivos los cuales se contestaran con número siendo estos los siguientes: 0= Nunca, 1 = Pocas veces, 2 = A veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Casi siempre, cuando han existido estresores, para ello, elegirá el numero que corresponda en cada caso.

Se sumarán los valores registrados por el evaluado en cada pregunta, según las distribución de los ítems en cada una de las siete subescalas, determinando así que los que tienen puntuación más alta, serán los tipos de afrontamiento utilizados con regularidad. Subescalas: focalizado en la solución del problema (1,8,15,22,29,36), autofocalización negativa (2,9,16,23,30,37), reevaluación positiva (3,10,17,24,31,38), expresión emocional abierta (4,11,18,25,32,39), evitación (5,12,19,26,33,40), búsqueda de apoyo social (6,13,20,27,34,41) y religión (7,14,21,28,35,42). Por su parte, al revisar confiabilidad de las subescalas se distingue el coeficiente alfa: búsqueda de apoyo social 0.92, expresión emocional abierta 0.74, religión 0.86, focalización en la solución del problema 0.85, evitación

0.76, autofocalización negativa 0.64 y reevaluación positiva 0.71. Con lo cual se podría decir que el CAE presenta una fiabilidad entre excelente y aceptable (26).

❖ **COMPLICACIONES**

Aunque el burnout no es una enfermedad como tal, es bien sabido que sus consecuencias o efectos sí comprenden trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, pero también deterioros objetivos del sistema musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, endócrino e inmunológico, así como otros efectos en el desempeño laboral de personal de salud, que se extienden al ausentismo, errores médicos y más días de recuperación de pacientes, entre muchas otras disfunciones adicionales.

El desarrollo del Síndrome de Burnout puede adquirir distintas formas de evolución (Tabla 11):

- **Psiquiátricas:** Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).
- **Somáticas:** Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.
- **Organizacionales:** Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo (12).

Pero el problema no queda nada más en el profesional, sino en todas las personas con las que convive, pues los sentimientos negativos, propios de este síndrome, afectan sus relaciones personales y pueden influir en la existencia de un clima negativo en el hogar, ambiente laboral, etc...

❖ PREVENCIÓN

El tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes, algunas de ellas son (11):

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Formación continua dentro de la jornada laboral.

La experiencia en *The Second Xiangya Hospital*, de la provincia de Hunan, nos dice que la mejor forma de prevenir problemas mentales en el personal de salud es brindar un espacio adecuado para que puedan descansar y aislarse momentáneamente de sus familias, ofrecer una adecuada alimentación y suministros diarios, facilitar información sobre la enfermedad y sobre las medidas de protección, desarrollar reglas detalladas y claras para el uso y manejo de los equipos de protección, aconsejar sobre técnicas de relajación y manejo del estrés, y fomentar las visitas de los consejeros psicológicos a las áreas de descanso del personal de salud para escuchar sus dificultades y brindarle el apoyo necesario. (6)

PROMOCIÓN DE LA SALUD GENERAL

Prinicipalmente ejercicio físico constante, buena alimentación, actitudes positivas, la relajación periódica y el desarrollo de una importante resiliencia

- El ejercicio físico a través de los años han establecido que aminora la ansiedad y la depresión (Berger, 1984), incrementa la autoestima (Biddle & Fox, 1989; Fox & Corbin, 1986) y evita la vivencia patológica del estrés social y psicológico, que es el que desgasta al maestro (Crew & Landers, 1987). El ejercicio físico incrementa todos los elementos con que cuenta el organismo

para defenderse del entorno, aumenta la sociabilidad, el umbral del dolor; sustituye el estado angustioso de alerta por un estado equilibrado y eficiente; además, hace que la reacción ante los estímulos sea más apropiada y rápida.

- Alimentación: Adquirir buenos hábitos, como ingerir algo que de volumen al estómago, comer con lentitud para que llegue la señal de saciedad al cerebro (pues tarda 20 min en hacerlo) y focalizarse en los motivos que empujan a comer.
- Para Zarái (1999), las emociones negativas enferman, nulificar ideas negativas y pueda estar preparado a nivel emocional para las situaciones difíciles que pasan en la vida.
- Lograr disminuir los efectos perniciosos del estrés, así como mitigar la tensión muscular, aumentar la relajación, aliviar el insomnio y reducir el dolor.
- Uso de música, aunque no se conocen con precisión los mecanismos paliativos que operan en ella, hay pruebas que entre más lenta sea tiene un mayor efecto relajante; además, se ha comprobado que disminuye la adrenalina, la noradrenalina y el cortisol, que son las hormonas implicadas en el estrés (Weineck, 2001).

❖ TRATAMIENTO

Como el *burnout* no es un estado sino un proceso vivo, aquello que previene su aparición equivale en buena medida a su tratamiento; esto sugiere que puede disminuir por el cuidado personal o por diversos cambios en los eventos externos.

No existe ningún tratamiento específico para el burnout, sin embargo, realizar acciones de prevención primaria (intervención inicial), es el pilar fundamental, por ejemplo, disminuir las condiciones estresantes del trabajo que están enfrentando los profesionales de la salud, u otorgar recursos del entorno para disminuir su impacto.

Como bien lo menciona Juárez García, 2020, el tratamiento debe ir escalonado y por niveles, considerando en la punta de la pirámide el nivel individual, donde se dará apoyo por parte de psicología con terapia cognitivo conductual, así como el control de emociones para enfrentar el estrés negativo; el segundo nivel se conoce como grupal, como refiere su nombre, se involucra al personal en grupos de reflexión, se les da terapias grupales, se ven estrategias de autoayuda, actividades breves de mindfulness, ejercicios breves de relajación; el tercer nivel es el institucional, de los cuales se deben establecer horarios y jornadas saludables, así como dotar de equipo y materiales suficientes, además de considerar recompensas, asegurar el descanso de los trabajadores de la salud mediante la rotación de puestos, organización de turnos, días libres, espacio para dormir y alimentarse, entre otros; por último esta en nivel social o macro, el cual implementa programas nacionales de salud mental, normativas de riesgos psicosociales, etc... (12)

En Centro de salud mental de Wuhan, propuso crear equipos de intervención psicológica, que comprenden cuatro grupos de atención al personal de salud:

1. El equipo de respuesta psicológica, que coordina la gestión de tareas de trabajo y de comunicación.
2. El equipo de soporte técnico, que es responsable de las normas y de los materiales de intervención psicológica. Además, provee las guías clínicas de intervención y asume la supervisión.
3. El equipo especializado de salud mental, que participa en la intervención clínica y en la evaluación del personal de salud y de los pacientes.
4. El equipo de asistencia psicológica telefónica, que brinda orientación para lidiar con los problemas de salud mental. Está compuesto por voluntarios que han recibido entrenamiento de asistencia psicológica para enfrentar la epidemia COVID-19 (27).

3. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en trabajadores con excesivas cargas de trabajo y relaciones humanas a las que prestan servicios. Contar con personal en estas condiciones emocionales deteriora no solo la productividad de los mismos, sino también el ambiente laboral, creando conflictos entre los compañeros de trabajo y familiares.

El COVID-19 representa uno de los retos más grandes en la historia reciente de la salud pública. Diariamente se obtiene información con avances científicos sobre la enfermedad, ya que sigue presente, sin embargo, poco se ha estudiado sobre la importancia de la salud mental durante la pandemia y más en el personal de salud involucrado.

En el estudio "To err is Human: Building a Safer Health System" se observó que el error humano es la principal causa de eventos adversos que llevan a desenlaces desfavorables para pacientes. Lo cual lleva a cuestionar si la exposición a largas jornadas de trabajo de los médicos, genera el nivel de agotamiento que influye de manera directa la calidad de atención que brindan a los pacientes.

Conocemos que existen riesgos al trabajar en el ámbito de la salud y sobre todo durante una pandemia, donde el personal médico se encuentra expuesto a largas jornadas laborales realizando procedimientos y decisiones esenciales que repercuten en la vida de los pacientes, lo cual hace que se encuentren sometidos a un ambiente emocionalmente extenuante y condiciona a que se generen situaciones de desgaste emocional.

Hallazgos preliminares de un estudio en personal de salud mexicano, que labora en hospitales de distintas regiones durante la pandemia de COVID-19, ha encontrado que a 47% le gustaría recibir apoyo psicológico, 27,4% presenta síntomas de ansiedad, 16,9% de depresión y 44,1% de estrés, pero la frecuencia más alta se encuentra en el efecto psicológico del desgaste emocional o burnout con un 47,6%.

Esto es relevante, pues existen pocos estudios que aborden el síndrome de burnout durante esta pandemia a pesar de su rol en el contexto de las afectaciones de la salud mental y su prevención. En el estudio Lai, et al., realizado en 34 hospitales en China, se documentó que una proporción del personal médico, ha presentado, depresión (50%), ansiedad (44.6%), insomnio (34%) y estrés (71.5%), durante la pandemia COVID-19.

Aunque el burnout no es una enfermedad como tal, es bien sabido que sus consecuencias o efectos sí comprenden trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, pero también deterioros objetivos del sistema musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, endócrino e inmunológico, así como otros efectos en el desempeño laboral de personal de salud, que se extienden al ausentismo, errores médicos y más días de recuperación de pacientes, entre muchas otras disfunciones adicionales.

Por tal motivo es importante detectar estos estados de emociones en el personal médico de base de primer nivel de atención, ya que se encuentran directamente expuestos a cualquier patología, en este caso el COVID-19; con ello evitar así interfiera en su calidad de vida, en la toma adecuada de decisiones en su práctica médica y en caso de identificar datos característicos, empezar a abordarlos con intervenciones de apoyo, para evitar llegar a un Burnout.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cada etapa de la carrera profesional, el médico está sometido a ambientes estresantes y pruebas psicológicas constantes, se ha observado que para desencadenar Burnout dependerá del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo.

El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en trabajadores con excesivas cargas de trabajo y relaciones humanas a las que prestan servicios. En Latinoamérica predomina en el personal del área médica en un 30-40% y en México representa el 19.3% del personal médico.

Desde el inicio de la Pandemia se conoce que las Unidades Médico Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, jamás suspendieron labores, atendiendo derechohabientes de manera diaria y constante, siendo el médico familiar el primer contacto con los pacientes contagiados por COVID-19. El COVID-19 representa uno de los retos más grandes en la historia reciente de la salud pública. Diariamente se obtiene información con avances científicos sobre la enfermedad, ya que sigue presente, sin embargo, poco se ha estudiado sobre la importancia de la salud mental derivado de la pandemia y más en el personal de salud involucrado.

Nuestro país tiene áreas de oportunidad para ampliar el conocimiento sobre estos temas y más derivado al estrés, ya que en ningún nivel de atención médica se estaba preparado para una pandemia. Motivo por el cual se pretende investigar el nivel de desgaste profesional, los niveles de afrontamiento de los médicos de primer contacto, con la finalidad de detectar oportunamente desgaste laboral, realizar estrategias para prevenirlo, y establecer la importancia del cuidado de la salud mental en el personal médico, no solo en una pandemia, sino de manera constante.

a. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación del síndrome de Burnout y como afrontan el estrés los médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21, derivado de la pandemia COVID-19?

5. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la relación de Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21, derivado de la pandemia COVID-19.

a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de Síndrome de Burnout en los médicos adscritos a la UMF 21.
- Identificar cada una de las subescalas del Síndrome de Burnout (Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización) en los médicos adscritos a la UMF 21.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que más utilizaron los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, derivadas de la pandemia por COVID-19.
- Identificar las estrategias de afrontamiento (Búsqueda de apoyo social, religión, y focalización en la solución del problema), sobre cada una de las subescalas del Síndrome de Burnout.

6. HIPÓTESIS

H1 = El 47% de los médicos adscritos de la Unidad Médico Familiar No. 21, presentarán Síndrome de Burnout aún con estrategias de afrontamiento, derivado a la pandemia COVID-19.

H0 = Menos del 47% de médicos adscritos de la Unidad Médico Familiar No. 21, No presentarán Síndrome de Burnout aún con estrategias de afrontamiento, derivado a la pandemia COVID-19.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO:

- Octubre 2022.
- Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS.

8. DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio analítico, transversal, descriptivo y prospectivo, no probabilístico por conveniencia en el cual se revisarán 60 médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 21, hombres y mujeres, con el cual se pretende evaluar el nivel de Desgaste Profesional y tipos de afrontamiento de los médicos adscritos de la Medicina Familiar No. 21, IMSS.

9. UNIVERSO DE TRABAJO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO:

- Personal médico de todos los turnos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS.

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Médicos operativos y administrativos de todos los turnos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal médico con licencia por COVID-19.
- Personal médico quien durante el estudio este en periodo vacacional.
- Personal médico que se encuentre al inicio del estudio con diagnóstico de Síndrome de Burnout, depresión o ansiedad.

Criterios de eliminación:

- No deseen participar en el estudio.

- Que no completen el cuestionario en su totalidad.

11. CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Tamaño de muestra: Se calculó mediante una fórmula para población finita, la cual consta de los siguientes componentes:

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = 60 Médicos adcritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Za² = Área bajo la curva de lo normal para un nivel de confianza del 95% (1.96)

d²= Margen de error del 5% (valor estándar del 0.05)

p = 0.5 prevalencia estimada

q = 1-p= (1-0.5)= 0.5

Resolviendo de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \times Z\alpha^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z\alpha^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{60 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (60 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{60 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times (59) + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{57.624}{0.1475 + 0.9604}$$

$$n = \frac{57.624}{1.1079}$$

n = 52

La muestra calculada sera de 52.

12. TÉCNICA DE MUESTREO

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia considerando un universo de 60 médicos adcritos a la UMF 21, correspondientes a turno matutino, vespertino y jornada acumulada, datos obtenidos de ARIMAC, se ajusto el calculo de tamaño de muestra a la fórmula de proporciones para una población finita; los médicos serán captados en el área de consulta externa y coordinación de la Unidad de Medicina Familiar número 21.

13. VARIABLES

a. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

No.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad en años obtenida al realizar la encuesta.	Cuantitativa Discreta	1. 20-30 2. 31-40 3. 41-50 4. > 50
2	Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Género obtenido durante la realización de la encuesta.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
3	Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	Situación civil del médico, al momento de realizar la encuesta	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
4	Grado académico	Grado más alto de estudios que una	Grado máximo de estudios del	Cualitativa Ordinal	1. Especialidad 2. Diplomado

		persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos.	médico al momento de realizar la encuesta.		3. Maestría 4. Doctorado 5. Ninguno
5	Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.	Especialidad del médico al momento de realizar la encuesta.	Cualitativa Nominal	1. Médico Familiar 2. Médico No Familiar
6	Antigüedad	Tiempo en años que ha transcurrido desde que una cosa empezó a existir.	Tiempo en años, que lleva laborando en la dependencia asignada el médico al momento de realizar la encuesta.	Cuantitativa Discreta	1. < 3 2. 3-5 3. 5-10 4. > 10
7	Turno	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio	Horario laboral en el que se encuentra desarrollando sus actividades laborales, al momento de realizar la encuesta	Cualitativa Nominal	1. Matutino 2. Vespertino 3. Jornada Acumulada
8	Dependencia	Relación de conexión entre dos o más vínculos.	Aparte del IMSS trabaja en otra dependencia al momento de realizar la encuesta	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No
9	Patología Previa	Enfermedad física o mental que padece una persona.	Diagóstico previo o reciente a este estudio de Síndrome de Burnout, ansiedad o depresión, al momento de realizar la encuesta	Cualitativa Nominal	1. Sx de Burnout 2. Ansiedad 3. Depresión 4. No

b. VARIABLES DEPENDIENTES

N o.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Agotamiento Emocional	Subescala de Síndrome de Burnout que evalúa la disminución o pérdida de recursos emocionales que se describen como estar saturado o cansado emocionalmente por el trabajo. Combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.	Dato obtenido de la subescala del Cuestionario "Maslach Burn out Inventory (MBI)", en los ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20)	Cualitativa Ordinal	<p>Está formada por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20), los cuales se sumarán y con base al resultado se clasificará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto: 27-54 puntos • Medio: 19-26 puntos • Bajo: 0-18 puntos.
2	Despersonalización	Subescala de Síndrome de Burnout que evalúa y describe una respuesta fría e impersonal con falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos de atención. Se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.	Dato obtenido de la subescala del Cuestionario "Maslach Burn out Inventory (MBI)", en los ítems (5,10,11,15,22).	Cualitativa Ordinal	<p>Está formada por 5 ítems (5,10,11,15,22), los cuales se sumarán y con base al resultado se clasificará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto: 10-30 puntos • Medio: 6-9 puntos • Bajo: 0-5 puntos.

3	Realización personal	Subescala de Síndrome de Burnout que evalúa y describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.	Dato obtenido de la subescala del Cuestionario "Maslach Burn out Inventory (MBI)", en los ítems 4,7,9,12,17,18, 19,21).	Cualitativa Ordinal	Se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21), los cuales se sumarán y con base al resultado se clasificará en: <ul style="list-style-type: none"> • Alto: 40-56 puntos • Medio:34-39 puntos • Bajo: 0-33 puntos.
4	Síndrome de Burnout	Es un trastorno adaptativo crónico que disminuye la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en el desempeño de su actividad profesional. Se desarrolla de manera progresiva y constante, por lo que es visto como un trastorno adaptativo crónico.	Dato obtenido del Cuestionario "Maslach Burn out Inventory (MBI)" compuesto de 22 ítems, que se basa en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida laboral cotidiana.	Cualitativa Nominal dicotómica	Indicios de Burnout: Puntuaciones altas en los dos primeros dominios: Agotamiento emocional ≥ 27 puntos. Despersonalización > 10 puntos. y baja en el tercer dominio: Realización profesional ≤ 33 puntos. 1. Ausente 2. Presente

c. VARIABLES INDEPENDIENTES

No.	VARIABLE	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Estrategias de Afrontamiento	Es una medida de autoinforme diseñada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión.	Dato obtenido del Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE). Compuesto de 42 ítems, que se basa en como afrontan el estrés los médicos.	Cuantitativa Discreta	Consta de 42 reactivos los cuales se contestarán con número siendo estos los siguientes: 0= Nunca, 1 = Pocas veces, 2 = A veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Casi siempre. Se sumarán los valores registrados por el evaluado en cada pregunta, según la distribución de los ítems en cada una de las siete subescalas, determinando así que los que tienen puntuación más alta, serán los tipos de afrontamiento utilizados con regularidad.

14. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de Síndrome de Burnout, afrontamiento y su relación durante la pandemia COVID-19, así mismo se acudió a ARIMAC (Área de Información Médica y Archivo Clínico), donde fueron proporcionados los datos sobre el total de personal médico que labora en la Unidad de Medicina Familiar Número 21.

Con los datos previos, se presentará al Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) para autorización del Comité de Ética e investigación local de la Unidad de Medicina Familiar No. 21

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizará la fórmula para población finita con un muestreo no probabilístico y el método de selección será por conveniencia; Se realizará un análisis para la estadística descriptiva en las variables cualitativas y cuantitativas mediante frecuencias y porcentajes, los datos se representan en tablas y gráficos; Para la evaluación de la relación entre las estrategias de afrontamiento y Burnout se utilizará Correlación de Pearson.

Previa autorización se les explicarán a los médicos de los tres turnos (matutino, vespertino y jornada acumulada) que cumplan con los criterios de inclusión, la importancia y beneficios de participar en este estudio, y en caso de aceptar se le otorgará consentimiento informado, el cual deberán firmar de autorización para ser participe del mismo.

Se integrará ficha de identificación y se aplicará el cuestionario validado "Maslach Burnout Inventory (MBI)" que es un instrumento para medir el Síndrome de Burnout, está compuesto de 22 ítems, donde se valora agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. El rango de medida de la escala se mide por números, del 0 al 6, considerando el cero como nunca y seis como todos los días. Con base a los resultados obtenidos en cada ítem, se suman las respuestas dadas. Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas

(Agotamiento Emocional, y Despersonalización), y bajas en la tercera (Realización) definen Indicios del Síndrome de Burnout.

Se aplicará también el cuestionario CAE, que es un instrumento para medir las estrategias de afrontamiento frente al estrés, está compuesto de 42 ítems, los cuales se contestaran con número siendo estos los siguientes: 0= Nunca, 1 = Pocas veces, 2 = A veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Casi siempre, cuando han existido estresores, para ello, elegirá el numero que corresponda en cada caso.

Se sumarán los valores registrados por el evaluado en cada pregunta, según la distribución de los ítems en cada una de las siete subescalas, determinando así que los que tienen puntuación más alta, serán los tipos de afrontamiento utilizados con regularidad. Subescalas: focalizado en la solución del problema (1,8,15,22,29,36), autofocalización negativa (2,9,16,23,30,37), reevaluación positiva (3,10,17,24,31,38), expresión emocional abierta (4,11,18,25,32,39), evitación (5,12,19,26,33,40), búsqueda de apoyo social (6,13,20,27,34,41) y religión (7,14,21,28,35,42).

Con los datos obtenidos se analizará el nivel de desgaste profesional y de afrontamiento, a los pacientes que salgan con diagnóstico de Indicios de Burnout se le otorgará infografía sobre actividades breves de mindfulness, hábitos saludables para combatir el estrés y control emocional; y se abordará de manera individual y confidencial para comentar resultado y se le hará invitación a atender este desgaste o en su caso y con su autorización del participante, se le invitará al área de psicología de su Unidad o psiquiatría en caso necesario.

15.CONTROL DE SESGOS

- **Control de sesgos de información:** Se asignará folios a los datos de los pacientes proporcionando así una confidencialidad a la información básica del mismo, esta solo será conocida por los investigadores, respetando los aspectos éticos presentes en este estudio.

- **Control de sesgos de selección:** Se seleccionarán solo los pacientes que cuenten con los criterios de inclusión y exclusión determinados en la presente investigación.
- **Control de sesgos de análisis:** Se registrarán los datos correctamente y se analizarán de forma cautelosa y objetiva en la interpretación de datos.

16. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró este estudio de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984:

17. Artículo 13: Se dará respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar, en todo momento de la investigación a los sujetos en estudio.
18. Artículo 17: Esta investigación se considera tipo II; Investigación con riesgo mínimo. Esto debido a que se realizarán dos cuestionarios, los cuales pueden generar molestia al contestarlo, debido a que pueden recordar momentos vividos durante la pandemia y generar desde incertidumbre, tristeza, llanto, o molestia.

Apegándose al Informe Belmont y con base al artículo 99 de la Ley General de Salud en materia de investigación, se enfoca esta investigación en los principios éticos básicos para la protección de los sujetos humanos de investigación en los apartados de Respeto a las personas, Autonomía y Beneficiencia.

- Principio de Autonomía: Los participantes serán tratados como agentes autónomos, es decir, tendrán la capacidad de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio, una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones descritos en el consentimiento informado.
- Principio de Beneficencia. Las personas serán tratadas éticamente, no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, en este caso si se

involucra algún aspecto emocional y dependiendo de lo que decida el paciente, se ofrecerá suspender encuesta o derivar a atención oportuna al área de psicología del Instituto Mexicano del Seguro social, y se le darán al finalizar infografía con estrategias para afrontamiento del estrés.

La investigación esta de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, enfocada y respetando sus apartados:

- 4, El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- 6, El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).
- 7, La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- 8, Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- 9, En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- 15, Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Así mismo, el protocolo se apega al “Código de Nuremberg” Normas éticas sobre experimentación en seres humanos:

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.
- VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.
- IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

De la misma manera, el procedimiento se apega con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”

establecidas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 2016, el presente protocolo se basa en sus pautas:

- Pauta 1. Valor social y científico, y respeto de los derechos.
- Pauta 2. Investigación en entornos de escasos recursos.
- Pauta 3. Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación.
- Pauta 4. Dentro de los posibles beneficios individuales, todo médico que se diagnostique con Síndrome de Burnout, se abordará para darle atención oportuna. Dentro de los posibles riesgos de participar en una investigación; para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud, esta debe de tener valor social y científico.
- Pauta 8. Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.

17. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Debido a que no se requiere toma de muestras biológicas, no se requiere tomar medidas de bioseguridad para el manejo de muestras, sólo la vigilancia de los médicos durante las evaluaciones.

CONFLICTO DE INTERÉS

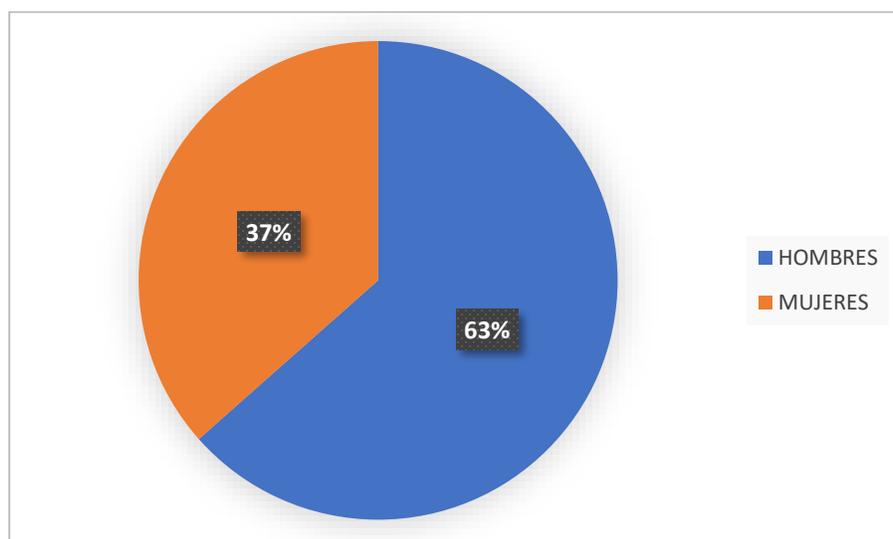
Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés con las autoridades de la institución por realizar el mismo, ni se perjudicará a los médicos que no desearán participar en la investigación. Así mismo todos los médicos serán tratados como personas autónomas, se les informará las características del estudio y que ha sido registrado y aprobado por el comité local de investigación y que su decisión de participar es libre y voluntaria, señalando que se pueden retirar del estudio, en el momento que

ellos deseen, pudiendo o no informar las razones de tu desición, la cual se manejará de manera resptuosa y confidencial.

18. RESULTADOS

De la información sociodemográfica recabada en este protocolo de investigación de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se registraron 57 médicos, sin embargo, por criterios de exclusión se eliminaron 5 de ellos ya que tenían diagnóstico previo de Síndrome de Burnout (1), ansiedad (2), y depresión (2). Dentro de estos 57 médicos (**Gráfica 1**), correspondieron 63.46% al sexo femenino y 36.54% al sexo masculino. El grupo en el que se concentra mayor grupo de médicos encuestados en ambos sexos es el grupo de edad de 35 a 39 años (**Tabla 1**), con un total de 23.1% mujeres y 17.3% hombres posteriormente le sigue el grupo de 30 a 34 años con 11.5% mujeres y 9.6% hombres; luego el grupo de 40 a 44 años con un total de 17.3% médicos, después el grupo de 45 a 49 años con un total de 15.38% médicos; y por último en menor cantidad 55 a 59 años con un 3.85% y de 25 a 29 años con un 1.92%.

Gráfica 1. Total de médicos encuestados por sexo de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

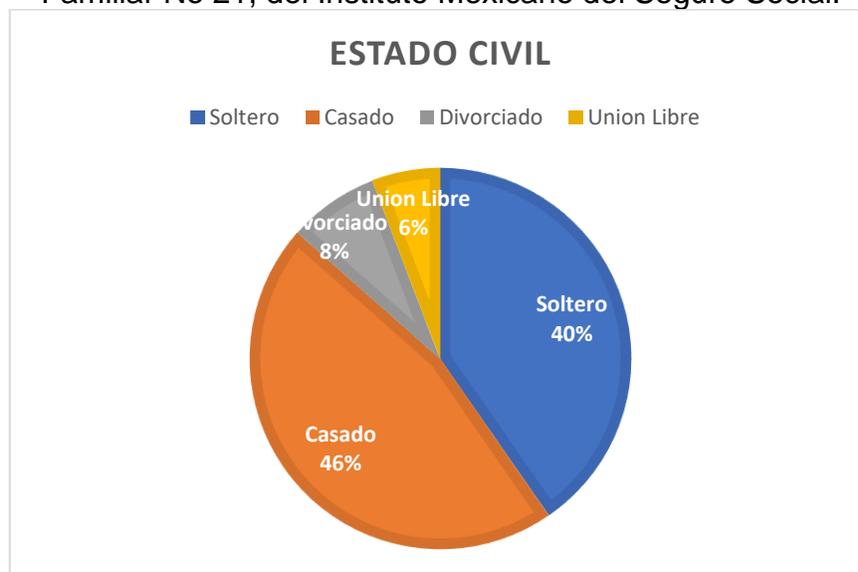
Tabla 1. Total de médicos encuestados por Grupo de Edad de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLE	SEXO			
	H		M	
GRUPO DE EDAD	f	%	f	%
25-29 años	0	0.00	1	1.92
30-34 años	5	9.62	6	11.54
35-39 años	9	17.31	12	23.08
40-44 años	3	5.77	6	11.54
45-49 años	1	1.92	7	13.46
50-54 años	0	0.00	0	0.00
55-59 años	1	1.92	1	1.92
Total	19	36.54	33	63.46

Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

La información sobre la situación conyugal en los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social se observó que 46.2% se encuentra casado (**Gráfica 2**), el 40.4% soltero, el 7.7% divorciado y el 5.8% en unión libre.

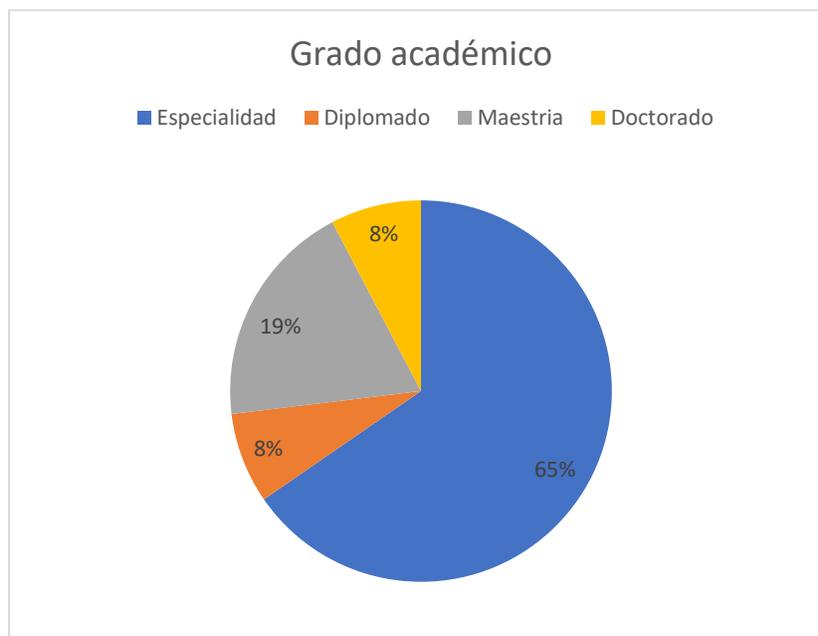
Gráfica 2. Estado Civil de los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

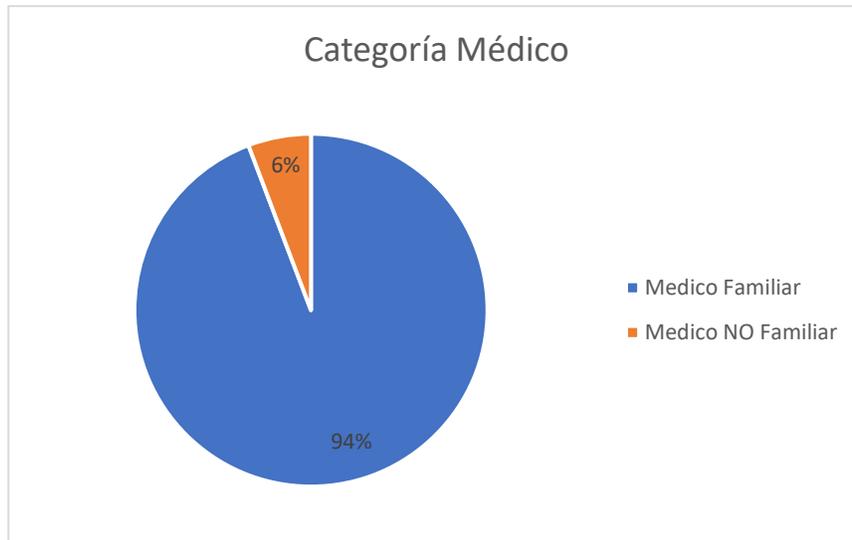
El grado académico de los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social se observó que el 65.4% cuenta con especialidad realizada, el 19.2% tiene maestría, y el 7.7% cuenta con algún diplomado o doctorado (**Gráfica 3**). De los encuestados el 94.2% fueron Médicos familiares y el 5.8% médico no familiar (**Gráfica 4**). Se observó que el 44.2% tienen más de 10 años de antigüedad dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, el 40.4% entre 5 a 10 años de estar laborando, el 13.5% cuenta con 3 a 5 años de antigüedad y el 1.9% tiene menos de 3 años laborando en el Instituto (**Gráfica 5**).

Gráfica 3. Grado académico de los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



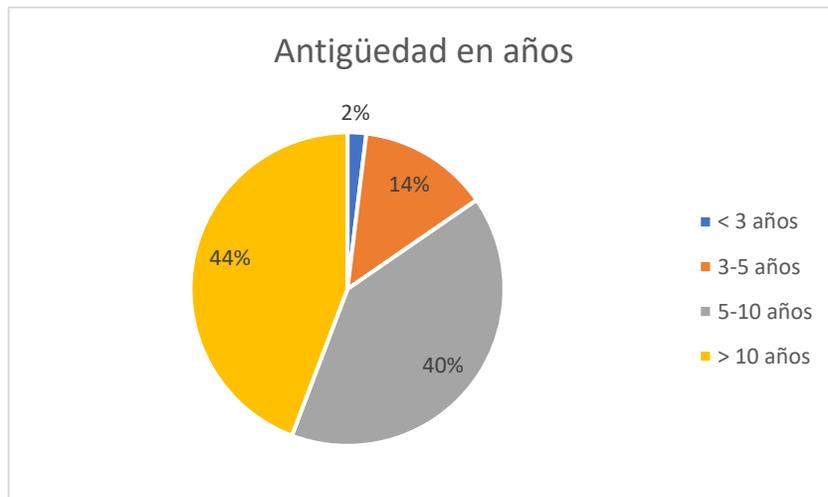
Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Gráfica 4. Categoría de los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Gráfica 5. Antigüedad en años de los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

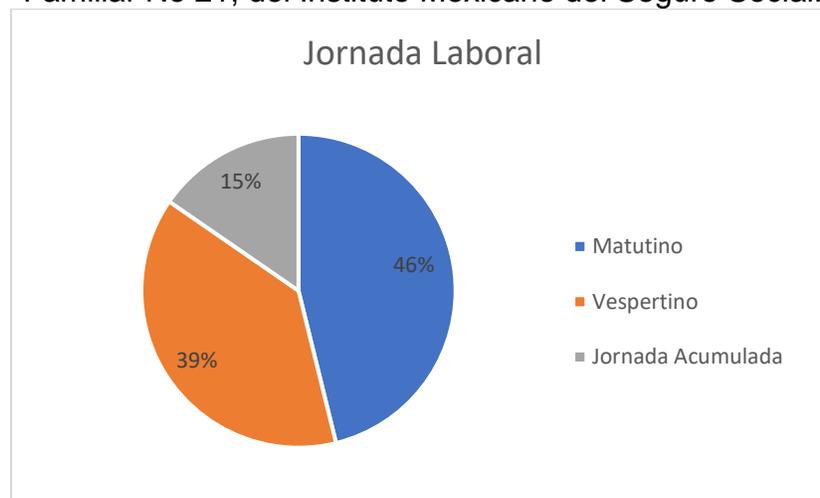


Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

La mayor parte de los médicos encuestados fueron en el turno Matutino con un 46%, el 39% turno Vespertino y el 15% en Jornada Acumulada (**Gráfica 6**). Refieren los

médicos en un 78.8% que No laboran en otra Institución ajena al Instituto y el 21.2% si se encuentran laborando en otra dependencia (**Gráfica 7**).

Gráfica 6. Jornada Laboral de los médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Gráfica 7. Médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que laboran en otra Institución



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Se observó que el 88.5% estuvo atendiendo pacientes en consultorio del área Covid dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 y el 11.5% no atendió pacientes en consultorio del área Covid. (**Gráfica 8**).

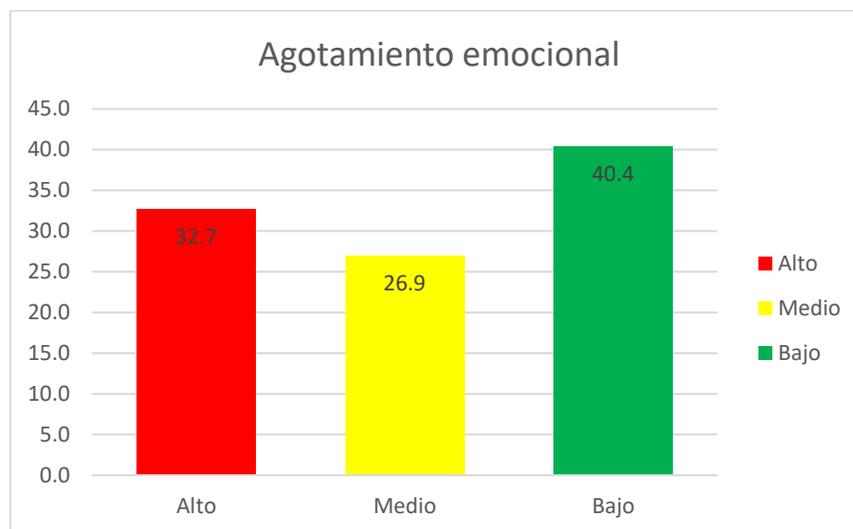
Gráfica 8. Médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que laboran en otra Institución, que atendieron consultorio en área Covid.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Se recabó en el rubro de Agotamiento Emocional que el promedio de médicos obtuvo un puntaje bajo, representado en un 40.38%, en segundo lugar el nivel alto con un 32.69% y el nivel medio en un 26.92% (**Gráfica 9**). Se observó que en el total de los médicos hombres encuestados presentaron frecuencia alta de Agotamiento Emocional (36.8%), a diferencia de las mujeres que fue el 30.3% (**Tabla 2**).

Gráfica 9. Subescala del Inventario de Burnout de Maslach que evalúa Agotamiento Emocional de los Médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Tabla 2. Relación de médicos encuestados por sexo y nivel de Agotamiento Emocional en la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLE	SEXO DEL ENCUESTADO			
	H		M	
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	f	%	f	%
Alto	7	36.8	10	30.3
Medio	4	21.1	10	30.3
Bajo	8	42.1	13	39.4
Total	19	100	33	100

Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

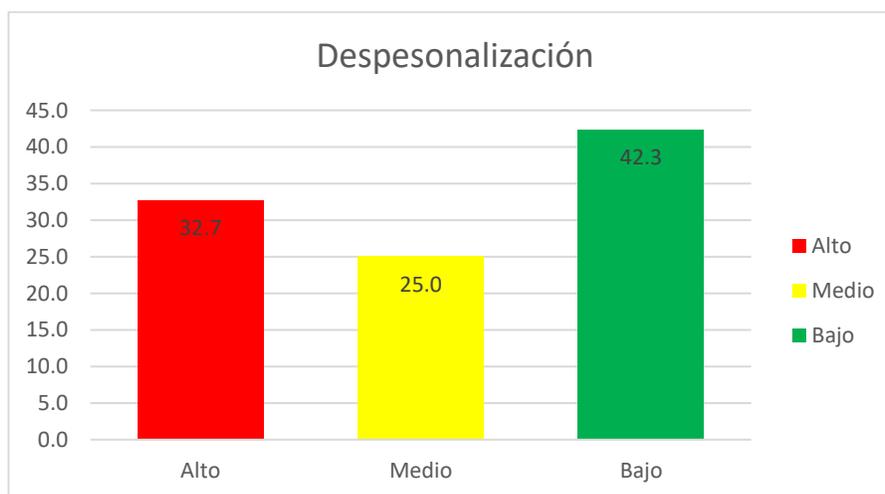
En el rubro de Despersonalización se observó que el 40.4% de todos los médicos encuestados tuvieron un nivel Bajo en este rubro, como segundo lugar se encontró niveles altos de despersonalización (32.7%), que represento el 47.4% del total de médicos hombres encuestados, a diferencia de las mujeres que fue el 39.4% (**Tabla 3**); y solo el 25% de los médicos presentó niveles medios (**Gráfica 10**).

Tabla 3. Relación de médicos encuestados por sexo y nivel de Despersonalización en la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLE	SEXO DEL ENCUESTADO			
	H		M	
DESPERSONALIZACIÓN	f	%	f	%
Alto	6	31.6	11	33.3
Medio	4	21.1	9	27.3
Bajo	9	47.4	13	39.4
Total	19	100	33	100

Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Gráfica 10. Subescala del Inventario de Burnout de Maslach que evalúa Despersonalización de los Médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

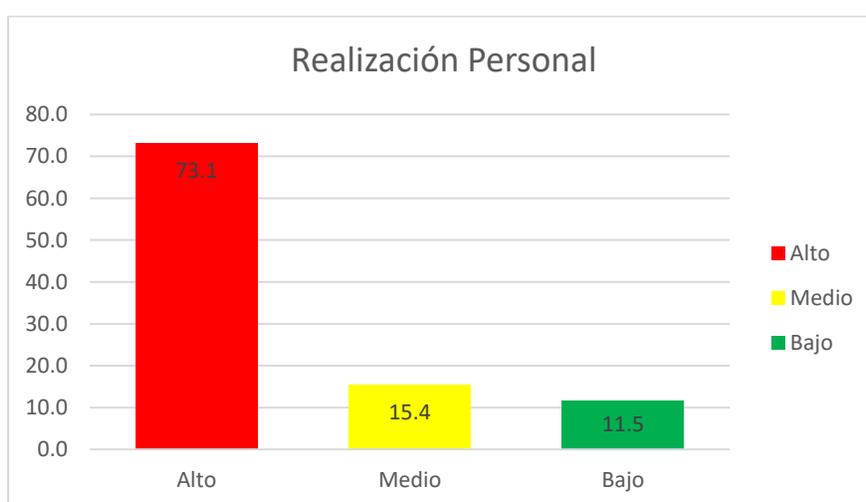
Se encontró en niveles altos (73.1%) a los médicos encuestados en el rubro de Realización Personal, siendo los hombres un 73.7% (Total de hombres encuestados) los que más utilizan este nivel, a diferencia de las mujeres que fue el 72.7% del total de ellas (**Tabla 4**). El 15.4% de los médicos se observó en niveles medios y el 11.5% en niveles bajos (**Gráfica 11**).

Tabla 4. Relación de médicos encuestados por sexo y nivel de Realización Personal en la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLE	SEXO DEL ENCUESTADO			
	H		M	
REALIZACIÓN PERSONAL	F	%	f	%
Alto	14	73.7	24	72.7
Medio	2	10.5	6	18.2
Bajo	3	15.8	3	9.1
Total	19	100	33	100

Fuente: Elaboración en SPSS con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

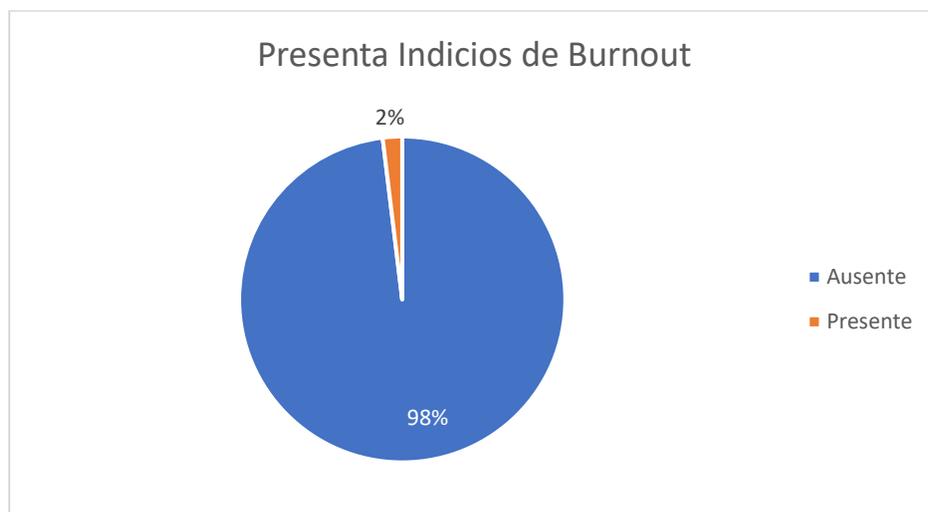
Gráfica 11. Subescala del Inventario de Burnout de Maslach que evalúa Realización Personal de los Médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

Dentro de los encuestados se observó que el 1.9% de los encuestados presenta indicios de Burnout y el 98.1% no lo tiene (**Gráfica 12**).

Gráfica 12. Presentan Indicios de Síndrome de Burnout los Médicos encuestados de la Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

En la aplicación del Cuestionario de afrontamiento al estrés se observó que los afrontamientos que más utilizaron los médicos derivados a la pandemia COVID-19 fueron (**Tabla 5**): Focalizado en la solución del problema con un 23%, continuando con el afrontamiento de Reevaluación Positiva en un 21% y en tercer lugar afrontamiento de Búsqueda de Apoyo Social en un 18%; se observó que utilizan poco frecuente el afrontamiento de Evitación con un 15%; y los afrontamientos que utilizan en menor frecuencia fueron Religión con 8%, Expresión Emocional Abierta en un 8% y Autofocalización Negativa 7%.

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento que utilizaron los médicos encuestados de Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado a la Pandemia Covid-19

VARIABLE	f	%
ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO		
FSP	957	23
AFN	300	7
REP	897	21
EEA	345	8
EVT	635	15
BAS	762	18
RLG	347	8
TOTAL	4243	100
n=52		

FSP: Focalizado en la Solución del Problema, AFN: Autofocalización negativa, REP: Reevaluación Positiva, EEA: Expresión Emocional Abierta, EVT: Evitación, BAS: Búsqueda de apoyo social, RLG: Religión.

Fuente: Elaboración Propia con base a encuestas realizadas a Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS. Octubre 2022.

En la **Tabla 3**, se observan las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del síndrome de Burnout, se midió los coeficientes de Pearson; en la estrategia de afrontamiento en la Solución del problema, tiene una correlación estadísticamente significativa negativa débil en Agotamiento Emocional ($r = -0.376$; $p < 0.01$); con base a la despersonalización y realización personal que no hay relación.

Se observó que la estrategia de afrontamiento de evitación tiene una correlación estadísticamente significativa positiva débil en Despersonalización ($r = 0.304$; $p < 0.05$), a diferencia que Agotamiento Emocional y Realización personal que no fueron significativas. En la estrategia de Búsqueda de Apoyo Social, se obtuvo una correlación estadísticamente significativa negativa débil en Despersonalización ($r = -0.376$; $p < 0.05$), y sin relación Agotamiento Emocional y Realización personal. Y En la estrategia de Religión, se encontró que tiene una correlación estadísticamente significativa positiva débil en Realización Personal ($r = 0.304$; $p < 0.05$), en lugar de Agotamiento Emocional y Despersonalización que no fueron significantes.

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento y la relación con los niveles de Burnout, de los médicos encuestados de Unidad de Medicina Familiar No 21, del Instituto Mexicano del Seguro Social, derivado a la Pandemia Covid-19

CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE ESTUDIO.										
	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG	D	AE	RP
FSP	1	-.426**	-0.16	-0.272	-0.067	-0.237	0	-0.108	-.376**	0.21
AFN		1	0.117	-0.064	0	0.049	0.126	0.098	-0.016	-0.168
REP			1	0.031	0	0.051	0	0.052	-0.026	0.049
EEA				1	-0.061	0.063	-0.133	0.105	0.219	0.008
EVT					1	-.301*	-.304*	.304*	0.23	-0.191
BAS						1	-0.027	-.315*	-0.053	-0.159
RLG							1	-0.104	0	.314*
D								1	.620**	-0.259
AE									1	-0.183
RP										1

FSP: Focalizado en la Solución del Problema, AFN: Autofocalización negativa, REP: Reevaluación Positiva, EEA: Expresión Emocional Abierta, EVT: Evitación, BAS: Búsqueda de apoyo social, RLG: Religión, D: Despersonalización, AG: Agotamiento Emocional, RP: Realización Personal.

** $p \leq 0,01$ (bilateral).

* $p \leq 0,05$ (bilateral).

19. DISCUSIÓN

En cada etapa de la carrera profesional, el médico, se encuentra sometido a tensiones y pruebas psicológica, así como riesgos al trabajar en el ámbito de la salud y sobre todo durante una pandemia, donde el personal médico se encuentra expuesto como primera línea de atención a mayor riesgo de infección, a largas jornadas laborales, realizando procedimientos y decisiones esenciales, que repercuten en la vida de los pacientes.

El Síndrome de Burnout, o también conocido como Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), es un trastorno adaptativo crónico que disminuye la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en el desempeño de su actividad profesional.

Por lo que en el presente estudio se realizaron 52 encuestas con reporte de 63.46% pertenecientes a mujeres y 36.54% a hombres, esto se debe quizá a la mayor población del sexo femenino con la que se cuenta en la unidad y en la población en general, sin embargo, es esperado y coincide con la bibliografía consultada. Además de encontrar que la prevalencia en la edad es de 35 a 39 años con 23.1% en mujeres y 17.3% en hombres, y es el rango de edad en que la población en general es económicamente más activa.

Se observó que 46.2% se encuentra casado, el 40.4% soltero, el 7.7% divorciado y el 5.8% en unión libre, por lo que prevaleció el estado civil de casado, que al relacionarse con el agotamiento emocional en el nivel alto se observó una baja prevalencia la cual fue de 29.2% de los encuestados, por lo que el apoyo familiar puede ser un adyuvante para mejorar o disminuir el agotamiento emocional ya que se tiene un soporte sentimental y de confianza en su ambiente familiar para resolver los problemas a los que se enfrentan día con día, en contraste con los encuestados que son solteros el agotamiento emocional alto tuvo un porcentaje de 35.7% que quizá influye como un factor no protector para desarrollar el desgaste emocional en este grupo de personas.

En cuanto al rubro de despersonalización en el nivel alto para interés de desarrollo de síndrome de Burnout, las personas casadas presentaron una prevalencia de 29.2%, mientras que las solteras fue de 35.7% más alto en comparación con las personas con estado civil casado; por lo que la despersonalización se puede ver más frecuente en personas solteras, quizá por el rol de vida y la falta de redes de apoyo, los sentimientos pueden volverse excesivos y absorbentes, sumado a la carga de trabajo y el factor de ser parte del personal de salud que se encuentra expuesto a estrés continuo en el día a día.

El rubro de realización personal, en el nivel bajo, las personas solteras presentan un 7.1% en comparación con las personas casadas con un 16.7% por lo que la mayor realización personal se presenta con los de estado civil, casado, quizá se

deba a los diferentes estándares que la sociedad impone para sentir que has logrado cumplir metas, en cuanto a construir una familia y de alguna manera tener autonomía compartida con la pareja mejorando así la percepción de su realización personal.

Con los rubros anteriores antes descritos se observo que dentro de los encuestados el 1.9% de los encuestados presenta indicios de Burnout y el 98.1% no lo tiene, por lo que sería de interés y como aportación a la mejora en la salud mental de los médicos adscritos a la UMF 21 revalorar de manera posterior al mismo grupo encuestado para comprar los resultados obtenidos y conocer si el porcentaje de despersonalización y agotamiento emocional disminuyen posterior al termino de la pandemia de COVID-19, ya que en la bibliografía se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del Síndrome de Burnout y los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo.

Con base a la literatura los profesionales de salud tienden regularmente a llevar a cabo afrontamientos de tipo racional, observandose que los médicos en esta investigación obtuvieron alto porcentaje en la solución de problemas 23%, pese a la incertidumbre, la mayoría recurrió a analizar el estímulo que desencadenaba este estrés, en este caso la pandemia, principalmente investigando sobre la causa, como buenos científicos, buscando la información más actualizada y por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social creando planes estratégicos para controlar la situación, para encontrar la mejor solución posible; se utilizó también el afrontamiento de reevaluación positiva que predomino en un 21% en los médicos que se conocen que la mayor parte de su vida viven en ambientes estresantes, sometidos a cargas grandes de trabajo, lo cual ha llevado a que estos estímulos estresores los interpreten de manera frecuente y busquen de manera favorable alguna estrategia para evitar que este suceso negativo afecte en su vida diaria. Altos niveles en AE se relacionan positivamente con un mayor uso de la FSP.

Se observó también que la estrategia de búsqueda de apoyo social estuvo presente en un 18% de los médicos, es una estrategia básica en el ambiente médico ya que el compartir experiencias vividas cotidianamente tanto buenas como malas con familiares, amigos, compañeros de área laboral ayudo a sobrellevar más la situación, ya que desahogarse en los momentos más estresantes ayuda a poner bajo control posibles conductas disfuncionales y se refuerzan aquellas que proporcionen distracciones, gratificaciones y la resolución efectiva del problema. Así mismo se observó esta estrategia con nivel de significancia algunos con falta de energía para compartir la situación, y se observó el distanciamiento, principalmente por las medidas manejadas por semaforización, y evitar contagios.

Se observó que el afrontamiento de evitación tuvo gran relevancia, aunque estadísticamente por la población encuestada no fue la mayoría, si tuvo gran significancia dentro de la despersonalización, esto debido a que los médicos prefirieron la evasión de sentimientos, actitudes, respuestas negativas, distantes hacia la comunidad por que se vio que la población no seguía indicaciones, no procuraba cuidarse y no prevenía, motivo por el cual implicó el médico frenar el estímulo generador de estrés y concentrarse en otras actividades. Altos niveles en DP se asocian positivamente con un mayor uso de la EVT y RLG (Relación negativa) y viceversa.

Y los afrontamientos menos utilizados fueron la Religión y Autofocalización negativa, sin contar con sentido de indefensión y resignación, al contrario, preferían abordar la situación. Bajos niveles en RP (o *burnout* alto en RP) se asocian con un menor uso de la RLG (relación positiva).

Hallazgos preliminares de un estudio en personal de salud mexicano, que labora en hospitales de distintas regiones durante la pandemia de COVID-19 se observó que el desgaste emocional se presentaba en el área médica en un 47.6%, con base a los resultados obtenidos en esta investigación se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis Nula, debido a que solo el 2% de los médicos tuvo Síndrome de Burnout.

20. CONCLUSIONES

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, lo cual se ha normalizado habitualmente, sin embargo, es importante, ya que puede afectar la salud y bienestar personal. El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en trabajadores con excesivas cargas de trabajo y relaciones humanas a las que prestan servicios, se reconoce que esta patología existe y que se puede desencadenar por diferentes factores, sin embargo con el conocimiento de pandemias previas, el estrés laboral, etc... se conoce que los trabajadores de estas áreas suelen habituarse al estrés constante, adaptandolo a su vida diaria, sin embargo, no podemos olvidar el efecto "iceberg" y el subregistro de estas patologías y situaciones, porque sus portadores no lo manifiestan.

Por lo tanto, durante estos años de pandemia que se ha visto la consecuencia del estrés en periodos prolongados de tiempo, hay que empezar a prevenir y detectar oportunamente este desgaste, no solo en periodos estresantes, se debería hacer con cierta frecuencia y principalmente desde la formación académica. Es posible enfrentarlo vinculando los servicios de salud mental con programas prioritarios, servicios de salud y a estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones.

21. SUGERENCIAS

Es importante atender la salud mental y prevenir así posibles complicaciones en un futuro, por lo que este estudio se recomendaría dar seguimiento, ya que fue una muestra pequeña, sin embargo, no insignificante debido a que no se debe estigmatizar la salud mental. Sería de importancia que no solo se llevará a cabo en la UMF 21, sino que sería de gran interés investigar otras Unidades Medico Familiares y ver la magnitud que puede conllevar esto, principalmente con la finalidad de que se le de más importancia a la prevención de la Salud Mental.

22. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (COVID-19). Obtenido de <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-02/2020-feb-28-phe-actualizacion-epi-covid19.pdf>.
2. Comunicado Técnico Diario COVID-19 2021.12.02. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685154/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.12.01.pdf
3. Ramiro-Mendoza, MS. (2020). Epidemiología del SARS-CoV-2. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 8-14.
4. Chaccour C. COVID-19: Cinco respuestas de salud pública diferentes ante la epidemia [Internet]. ISGlobal. 2020 [citado 2 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/covid-19-cinco-respuestas-de-salud-publica-diferentes-ante-la-epidemia/2877257/0>
5. Kuri Morales, P. Betancourt-Cravioto, M. Velázquez-Monroy, O. (2006). Pandemia de influenza: la respuesta de México. *salud pública de méxico*, 48(1), 72-79.
6. Huarcaya Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 2020, vol. 37, p. 327-334.
7. Pérez Cuevas R. Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia [Internet]. BID. [citado 2 octubre 2020]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
8. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *The Lancet* 2020; 395: 922.
9. Osorio-Guzmán, M. Prado-Romero, C. & Bazán-Riverón, G. E.. Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 2021. 31(2), 267-274.

10. Lai, J. Ma, S. Wang, Y. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 2020 3(3), e203976-e203976.
11. Aceves, G. A. Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 2006 11, 4, 305-309.
12. García Juárez A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista Salud Uis*, 2020, vol. 52, no 4, p. 432-439.
13. Ramírez, M. R., & Ontaneda, M. P. Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el afrontamiento en profesionales de la salud de la zona 7. *European Journal of Health Research*, 2019 5(2), 75-84.
14. Ortega RC, López RF. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004 [citado 19 Oct 2020]; 4(1): 137-160. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>
15. Gómez Esteban, Rosa. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2004, no 90, p. 41-56.
16. Borda, M. Navarro, E. Aun, E. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 2007. 23, 1, 43-51.
17. Carr D. Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. London: Wellcome Trust 2020 [citado 12/03/2020]. Disponible en: <https://wellcome.ac.uk/press-release/sharing-research-data-and-findings-relevant-novel-coronavirus-covid-19-outbreak>
18. OMS. Noticias ONU. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década. Ginebra: OMS; 13 enero 2020 [Citado 31/01/2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/search/Los%2013%20desaf%C3%ADos%20de%20a%20salud%20mundial%20en%20esta%20d%C3%A9cada>
19. Gonzalez, L. Ali El S. Burnout: Consecuencias y soluciones. Editorial El Manual Moderno, 2015.

20. Juárez-García, A. Idrovo, J. Camacho-Ávila, A. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 2014. 37(2), 159-176.
21. Aranda, C. Pando, M. Salazar, J. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte*, 2016. 32(2), 218-227.
22. Montañez Restrepo, M. Sanchez Cruz, N. Síndrome de burnout: prevalencia y factores de riesgo en residentes de especialidades médicas y quirúrgicas de la Universidad El Bosque. 2020
23. Instrumentos de medición de Burnout, [Citado 07/08/2021]. disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/19054/Capitulo2.pdf>
24. Olivares Faúndez, V. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *entrega del doctorado honoris causa a Christina Maslach*. 2016.
25. Aranda, C. Pando, M. Salazar, J. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte*, 2016. 32(2), 218-227.
26. Vaca, M. Estrés y tipos de afrontamiento al estrés en los estudiantes asignados por el sistema nacional de nivelación y admisión en la Universidad Técnica de Ambato (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de psicología Clínica. 2016.
27. Daniel, A. Rodríguez, C. Morales, S. Estrés emocional en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Humanidades Médicas*, 2017. 17(3), 497-515.
28. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020. doi: 10.20453/rnp.v83i1.3687
29. Kohn LK, Corrigan JM. To err is human Building a Safer health System. Institute of Medicine-National Academy Press; 2000 [citado 19 Oct 2020]; 287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>

- 30.OMS. Noticias ONU. Retos de salud urgentes para la próxima década. Ginebra: OMS; 13 enero 2020 [Citado 31/01/2020]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872>
- 31.Balcázar-Rincón, L. Montejo-Fraga, L. Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. 2015. *Atención familiar*, 22 (4), 111-114.
- 32.Catsicaris, C. Eymann, A. Cacchiarelli, N. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 2007. 105(3), 236-240.
- 33.Saborío, L. Hidalgo, L. Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 2015. 32(1), 119-124.
- 34.Medina, D. Escobedo, P. Síndrome de desgaste emocional en investigadores mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 2008. 42(2), 353-362.
- 35.Escudero, X. Guarner, J. Galindo-Fraga, A. La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. 2020. *Arch Cardiol Mex*, 7-14

23. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“SINDROME DE BURNOUT AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21, DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19”.

Natllely Reyes Zapata(1); Alyne Mendo Reygadas(2); Iván Filiberto Contreras Hernández (3).

1.Residente de tercer año en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 2.Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 3.Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica, Unidad de Medicina Familiar Número 75.

Actividades	Marzo 2022	Abril. 2022	Mayo. 2022	Junio 2022	Julio. 2022	Agt. 2022	Sep. 2022	Oct. 2022	Nov. 2022
Planteamiento del problema y marco teórico									
Hipótesis y variables									
Objetivos									
Calculo de muestra									
Valoración por comité de ética e investigación									
Hoja de registro									
Recolección de muestra									
Análisis de resultados									
Elaboración de conclusiones									
Elaboración de conclusiones									
Entrega de trabajo final									
Presentación de tesis									

Realizado



Programado



24. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 4 SUR CIUDAD DE MÉXICO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 21
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
“SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19.”

Nallely Reyes Zapata(1); Alyne Mendo Reygadas(2); Iván Filiberto Contreras Hernández (3).

1. Residente de tercer año en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 2. Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 3. Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica, Unidad de Medicina Familiar Número 75.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
1	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) </div>	□ □ □ □
2	Edad: _____	□ □ □
3	Sexo: 1.- Hombre () 2.- Mujer ()	□ □ □
4	Estado civil actual: 1. Soltero () 2. Casado () 3. Divorciado () 4. Viudo () 5. Unión libre ()	□
5	Estudios Realizados: 1. Especialidad () 2. Diplomado () 3. Maestría () 4. Doctorado () 5. Ninguno ()	□
6	Especialidad: 1. Medicina Familiar () 2. Médico no familiar	□
7	Antigüedad: 1. < 3 años () 2. 3-5 años () 3. 5-10 años () 4. > 10 años ()	□
8	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino () 3. Jornada Acumulada ()	□
9	Aparte del IMSS trabaja en otra dependencia: 1. Si () 2. No ()	□
10	Patología previa: 1. Sx Burnout () 2. Ansiedad () 3. Depresión ()	□
11	Participo en la pandemia en consultorio covid: 1. Si () 2. No ()	□



“SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19.”

Natlely Reyes Zapata(1); Alyne Mendo Reygadas(2); Iván Filiberto Contreras Hernández (3).

1. Residente de tercer año en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 2. Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 3. Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica, Unidad de Medicina Familiar Número 75.

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados

- 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.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	<input type="text"/>
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	<input type="text"/>
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	<input type="text"/>
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	<input type="text"/>
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	<input type="text"/>
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	<input type="text"/>
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	<input type="text"/>
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	<input type="text"/>
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	<input type="text"/>
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión	<input type="text"/>
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	<input type="text"/>
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	<input type="text"/>
13	Me siento frustrado en mi trabajo	<input type="text"/>
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	<input type="text"/>
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	<input type="text"/>
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	<input type="text"/>
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	<input type="text"/>
18	Me siento motivado después de haber trabajado con mis pacientes	<input type="text"/>
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	<input type="text"/>
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	<input type="text"/>
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	<input type="text"/>
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	<input type="text"/>



“SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19.”

Natlely Reyes Zapata (1); Alyne Mendo Reygadas (2); Iván Filiberto Contreras Hernández (3).

1. Residente de tercer año en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 2. Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 3. Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica, Unidad de Medicina Familiar Número 75.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces.
- 2 = A veces.
- 3 = Frecuente.
- 4 = Casi siempre.

¿Cómo se ha comportado ante las situaciones de estrés?

1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.	<input type="checkbox"/>
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.	<input type="checkbox"/>
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.	<input type="checkbox"/>
4	Dercargue mi mal humor con los demás.	<input type="checkbox"/>
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.	<input type="checkbox"/>
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.	<input type="checkbox"/>
7	Asistí a la iglesia.	<input type="checkbox"/>
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.	<input type="checkbox"/>
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.	<input type="checkbox"/>
10	Intente sacar algo positivo del problema.	<input type="checkbox"/>
11	Insulté a ciertas personas.	<input type="checkbox"/>
12	Me enfoqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	<input type="checkbox"/>
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el probelma.	<input type="checkbox"/>
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc...)	<input type="checkbox"/>
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.	<input type="checkbox"/>
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema.	<input type="checkbox"/>
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.	<input type="checkbox"/>
18	Me comporté de forma hostil con los demás.	<input type="checkbox"/>
19	Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc... para olvidarme del problema.	<input type="checkbox"/>
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudarán a pensar acerca del problema.	<input type="checkbox"/>
21	Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema.	<input type="checkbox"/>
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.	<input type="checkbox"/>
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.	<input type="checkbox"/>
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mi más importantes.	<input type="checkbox"/>



“SÍNDROME DE BURNOUT Y FRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19.”

Nattlely Reyes Zapata (1); Alyne Mendo Reygadas (2); Iván Filiberto Contreras Hernández (3).

1. Residente de tercer año en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 2. Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 21; 3. Especialista en Medicina Familiar y Alta Especialidad en Gerontología Médica, Unidad de Medicina Familiar Número 75.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces.
- 2 = A veces.
- 3 = Frecuente.
- 4 = Casi siempre.

¿Cómo se ha comportado ante la situaciones de estrés?

25	Agredí a algunas personas.	<input type="checkbox"/>
26	Procuré no pensar en el problema.	<input type="checkbox"/>
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizarán cuando me encontraba mal.	<input type="checkbox"/>
28	Tuve fé en que Dios remediaría la situación.	<input type="checkbox"/>
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.	<input type="checkbox"/>
30	Me dí cuenta de que por mi mismo no podía hacer nada para revolver el problema.	<input type="checkbox"/>
31	Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”.	<input type="checkbox"/>
32	Me irrité con alguna gente.	<input type="checkbox"/>
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.	<input type="checkbox"/>
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicaran cuál sería el mejor camino a seguir.	<input type="checkbox"/>
35	Recé	<input type="checkbox"/>
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.	<input type="checkbox"/>
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran.	<input type="checkbox"/>
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.	<input type="checkbox"/>
39	Luché y me desahogué expresando mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>
40	Intenté olvidarme de todo.	<input type="checkbox"/>
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesite manifestar mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>
42	Acudí a la igelesia para poner velas o rezar.	<input type="checkbox"/>

25.- CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

Nombre del estudio:	"SÍNDROME DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21, DERIVADO DE LA PANDEMIA COVID-19."
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso", IMSS. Av. Francisco del Paso y Troncoso no. 281 esq. Fray Servando, col. Jardín Balbuena C.P. 15900, Delegación Venustiano Carranza, CDMX. México 2020. Octubre 2022
Número de registro institucional:	R-2022-3703-083
Justificación y objetivo del estudio:	El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en trabajadores con excesivas cargas de trabajo y relaciones humanas a las que prestan servicios, en Latinoamérica predomina en un 30-40%, y en México con el personal médico oscila en un 19.3%, por lo cual se identificará el nivel de desgaste profesional y los niveles de afrontamiento en médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 derivado a la pandemia COVID 19. Con la finalidad de detectar oportunamente, realizar estrategias para prevenirlo, y establecer la importancia del cuidado de la salud mental en el personal médico.
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación para participar en este proyecto de investigación si cumpla con las condiciones necesarias y si acepto participar, se me aplicará un cuestionario que abarca datos de identificación y dos encuestas una con 22 reactivos y otra con 42 reactivos.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del estudio me ha informado que al realizarme el cuestionario no tendré invasión física alguna a mi persona, sin embargo al ir contestando los reactivos, podría presentar mínimas molestias, por ejemplo: incomodidad, malestar, tristeza al recordar eventos vividos, ya que algunas preguntas pueden afectar mis sentimientos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que al conocer de qué manera afecta o no mi enfermedad en mi calidad de vida, en caso necesario se me enviará a los servicios de atención correspondientes de la unidad para mejorar la atención, el seguimiento y evolución de mi padecimiento, así como recibir el tratamiento oportuno en caso de ser necesario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que el resultado es para fines de investigación del estudio.
Participación o retiro:	El investigador me explico que de manera voluntaria ingresare al estudio y podré retirarse del mismo en cuanto lo decida sin ningún tipo de represaría o repercusión en mi tratamiento ni en los beneficios otorgados por esta institución al estar asegurado.
Privacidad y confidencialidad:	Mis datos que serán obtenidos para el presente estudio serán del conocimiento solo del investigador con total confidencialidad sin ningún otro fin de su uso que no sea para esta investigación.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora e Investigador Responsable: **MENDO REYGADAS ALYNE:** Médico Cirujano. Especialista en Medicina Familiar. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso", Delegación Sur, CDMX, IMSS. Teléfono: 57686000, extensión 21407 y 21428. Fax: sin fax. Correo electrónico: ennylamr@gmail.com
CONTRERAS HERNÁNDEZ IVÁN FILIBERTO: Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar con Alta Especialidad en Gerontología Médica. Lugar de trabajo y adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 75, Delegación 15 Oriente, Estado de México, IMSS. Teléfono: 57353322, extensión 51400. Fax: sin fax. Correo electrónico: drivancondez@gmail.com

Colaboradores: **REYES ZAPATA NATLLELY:** Médico Cirujano. Residente de tercer año en la especialidad Médica de Medicina Familiar. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso", Delegación Sur, CDMX, IMSS. Teléfono: 57686000, extensión 21407 y 21428. Fax: sin fax. Correo electrónico: natllelyreyes@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Natllely Reyes Zapata

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1, Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2, Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

26.- ANEXOS

TABLA 7. RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA

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.

TABLA 8. CALCULO DE PUNTACIONES

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

TABLA 9. VALORES DE PUNTUACIONES

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0-18	19-26	<u>27-54</u>
Despersonalización	0-5	6-9	<u>10-30</u>
Realización personal	<u>0-33</u>	34-39	40-56

TABLA 10. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE BURNOUT.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	AUTORES
<i>Staff Burnout Scale</i>	Jones (1980)
<i>Indicadores del Burnout</i>	Gillespie (1980)
<i>Emener-Luck Burnout Scale</i>	Emener y Luck (1980)
<i>Tedium Measure (Burnout Measure)</i>	Pines, Aronson y Kafry (1981)
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	Maslach y Jackson (1981)
<i>Burnout Scale</i>	Kremer y Hofman (1985)
<i>Teacher Burnout Scale</i>	Seidman y Zager (1986)
<i>Energy Depletion Index</i>	Garden (1987)
<i>Mattews Burnout Scale for Employees</i>	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del <i>Burnout</i>	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del <i>Burnout</i>	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de <i>Burnout</i> del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
<i>Holland Burnout Assessment Survey</i>	Holland y Michael (1993)
<i>Rome Burnout Inventory</i>	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)
Escala de <i>Burnout</i> de Directores de Colegios	Friedman (1995)

TABLA 11. CONSECUENCIAS DEL BURNOUT		
FÍSICAS	PSICOLÓGICAS	ORGANIZACIONALES
Cefaleas	Frustración	Infracción de normas
Migrañas	Irritabilidad	Disminución del rendimiento
Dolores de espalda	Ansiedad	Pérdida de calidad y calidez
Molestias gastrointestinales	Baja autoestima	Absentismo
Fatiga crónica	Desmotivación	Abandono
Hipertension	Sensación de desamparo	Accidentes
Asma	Sentimientos de inferioridad	
Urticarias	Desconcentración	
Taquicardias	Paranoia	
Fuente: El Sahili González (2011).		

HÁBITOS SALUDABLES

PARA COMBATIR EL ESTRÉS



1 TÓMATE TU TIEMPO

Planifica tu día con antelación, y calcula el tiempo que necesitas para hacer las cosas más importantes sin prisas

2 RESPETA TUS DESCANSOS

Duerme las horas necesarias, y descansa a lo largo del día para tener energía. Estarás más atenta y serás más productiva



3 CONECTA CON LOS TUYOS

Habla con tus seres queridos y sal con tus amigos, te ayudarán a despejarte y ver las cosas de otra manera más positiva



4 DEJA LOS MALOS HÁBITOS

El alcohol, el tabaco o la cafeína pueden aumentar tu ansiedad. Sustitúyelo por una dieta saludable o rutinas positivas, como un poco de deporte



5 APRENDE ALGO NUEVO

Deja tiempo para expandirte y aprender una nueva habilidad o mejorar algo que ya sabes. Alcanzar una meta te ayudará a dejar las preocupaciones atrás



Mindfulness

DIARIO

1



5 minutos de meditación

2



Agradece las buenas acciones

3



Haz cosas que te gusten

4



Disfruta de un tiempo solo para ti

5



Duerme las horas suficientes

6



Come con atención

CONTROL EMOCIONAL

TÉCNICAS DE GESTIÓN

TÉCNICA 1

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta 4. Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 4. Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta 8. Repite el proceso anterior.

DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Cuando te empieces a encontrar incómodo/a, préstale atención al tipo de pensamientos que estás teniendo e identifica todos aquellos con connotaciones negativas. Di para ti mismo/a "¡Basta!" Sustituye esos pensamientos por otros más positivos.

TÉCNICA 2

TÉCNICA 3

RELAJACIÓN MUSCULAR

Relaja lentamente todos los músculos de tu cuerpo, empezando con los dedos de los pies y relajando luego el resto del cuerpo hasta llegar a los músculos del cuello y la cabeza. Imagínate en un lugar pacífico y relajante, por ejemplo, tumbado en una playa. Cualquiera que sea el lugar que elijas, imagínate totalmente relajado y despreocupado.

ENSAYO MENTAL

Consiste simplemente en imaginarte que estás en la situación que te hace sentir incómodo/a y practicar mentalmente lo que vas a decir y hacer. Repite esto varias veces, hasta que empieces a sentirte más relajado y seguro de ti mismo/a.

TÉCNICA 4

TÉCNICA 5

MINDFULNESS Y MEDITACIÓN

Concretamente, se trata de parar nuestro torrente de pensamientos y centrar la mente en el "aquí y el ahora", en nuestras sensaciones presentes y en lo que nos rodea en ese preciso instante. Esta técnica está basada en los principios de la meditación y es altamente eficaz para relajar los niveles de ansiedad en momentos de crisis emocional.