



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32
“DR. MARIO MADRAZO NAVARRO”**

**ENGAGEMENT Y BURNOUT EN EQUIPOS DE RESPUESTA
COVID-19, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL:

TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:

MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL

PRESENTA:

JAQUELINE ROSAS PAEZ

Facultad de Medicina



ASESORES PRINCIPALES:

DR. VÍCTOR DANIEL MARTÍNEZ ENCISO

DR. JUAN CASILLAS ESPRIELLA

DR. JUAN CARLOS TINAJERO SÁNCHEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., OCTUBRE 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



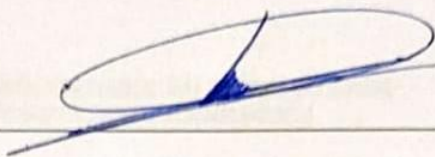
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

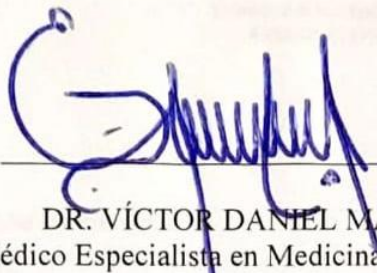
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN



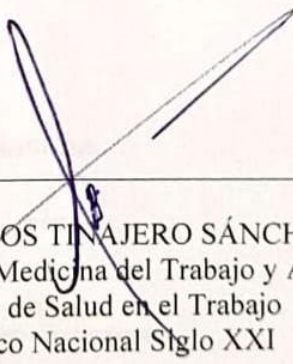
DRA. ANA LUISA MUNIVE ARAGÓN
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona No. 32 "Dr. Mario Madrazo Navarro"



DR. VÍCTOR DANIEL MARTÍNEZ ENCISO
Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental
Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo
Hospital General de Zona No. 32 "Dr. Mario Madrazo Navarro"
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina del Trabajo y Ambiental



DR. JUAN CASILLAS ESPRIELLA
Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental
Servicio de Salud en el Trabajo
Unidad de Medicina Familiar 60 Nava



DR. JUAN CARLOS TINAJERO SÁNCHEZ
Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental
Coordinación de Salud en el Trabajo
Centro Médico Nacional Siglo XXI

DICTAMEN DE APROBACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3609.
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COFEPRIS 13 CI 09 014 189
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 016 2017061

FECHA Lunes, 12 de julio de 2021

Dr. Víctor Daniel Martínez Enciso

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ENGAGEMENT Y BURNOUT EN EQUIPOS DE RESPUESTA COVID-19, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3609-035

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un Informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. arturo hernandez panlagua
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Deseo plasmar mi más profundo agradecimiento y admiración al Dr. Víctor Daniel Martínez Enciso, Dr. Juan Casillas Espriella y Dr. Juan Carlos Tinajero Sánchez quienes contribuyeron con su enseñanza, conocimiento, esfuerzo, paciencia y sabiduría para el desarrollo de este, nuestro proyecto.

A mi familia, quien ha sido el motor que me ha impulsado a conseguir mis propósitos, gracias por su amor incondicional, comprensión, apoyo y bondad, he sido bendecida por poder tenerlos conmigo en cada una de las etapas de mi vida.

A mi prometido, quien me ha brindado su apoyo incondicional en los momentos difíciles, quien es motivo de mis más grandes alegrías.

A mis compañeros y amigos, con quienes he compartido momentos irrepetibles, que tengan mucho éxito, ¡lo logramos!

A todos mis profesores, quienes con humildad me han compartido de su sabiduría, su resiliencia y sus valores. Gracias por transmitirnos la avidez de conocimiento y estimular nuestra pasión por la Medicina del Trabajo.

A todos los médicos, enfermeras, ingenieros, trabajadores quienes han sembrado un precedente para el estudio de nuestra Especialidad.

A los trabajadores del Hospital General de Zona No. 32 por su colaboración y escucha, sin los que este proyecto no podría haber sido realizado. Y al Instituto Mexicano del Seguro Social por abrirme las puertas y acogerme durante esta estancia.

A mi Universidad, de quien formo parte ya 10 años, orgullosamente UNAM, ¡Allis Vivere!

A todos ustedes, ¡muchas gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	2
MARCO TEÓRICO.....	3
JUSTIFICACIÓN	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS DE TRABAJO	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
Instrumento de recolección de datos.....	24
Descripción Del Estudio.....	25
Definición de variables:	26
Análisis Estadístico.....	29
Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	29
ASPECTOS ÉTICOS.....	31
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	32
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN	52
CONCLUSIÓN.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	61
Gráficos y tablas	61
Instrumento de recolección de datos.....	63
Cronograma de actividades.....	69
Carta de consentimiento informado	70

RESUMEN

ENGAGEMENT Y BURNOUT EN EQUIPOS DE RESPUESTA COVID-19, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

Rosas-Paez Jaqueline ^a, Martínez-Enciso Víctor Daniel^a, Casillas-Espriella Juan ^b, Tinajero-Sánchez Juan Carlos ^c.

^a Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo. H.G.Z. 32, IMSS.

^b Servicio de Salud en el Trabajo. UMF 60 Nava, IMSS

^c Coordinación de Salud en el Trabajo. C.M.N. S. XXI, IMSS

Antecedentes: Durante diciembre de 2019 en Wuhan, China se originó la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), siendo el 11 de marzo de 2020 declarada Pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afectando así a nuestro país. Los sistemas de Salud actuaron a razón de las necesidades acontecidas y fue el personal de Salud, la primera línea de acción, por lo que detectar la presencia de Burnout y Engagement, nos permite tener un panorama de la perspectiva que se tiene del entorno laboral de los trabajadores, que puede ayudar a comprender en estudios posteriores el potencial impacto económico y bienestar organizacional.

Objetivo: Identificar la presencia de Engagement y Burnout en equipos de respuesta COVID -19, durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

Material y Métodos: se recabaron datos de 156 de trabajadores voluntarios de 260 trabajadores asignados a los equipos de respuesta COVID-19 cuyo tamaño de muestra por cuotas se calculó con un intervalo de confianza del 95%, para aplicarles un instrumento tipo encuesta constituido por datos sociodemográficos, la escala UWES-9 y la escala MBI-HSS; el tipo de estudio fue transversal, descriptivo y observacional con muestreo no probabilístico, discrecional, no aleatorizado, cuyo análisis de datos se realizó con ayuda de programas informáticos como son Google forms®, Microsoft® Excel® y IBM SPSS® versión 26.

Recursos e infraestructura: 3 médicos especialistas en Medicina del Trabajo y un médico residente de Medicina del Trabajo; telefonía celular, cómputo e impresora, oficina de la Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo.

Experiencia del grupo: Investigador responsable con Maestría internacional especialista en Mobbing laboral y riesgos psicosociales y, asesor clínico perteneciente al Área de Enfermedades de Trabajo de la Coordinación de Salud en el Trabajo.

Resultados. A través de este estudio, se identificaron niveles altos y muy altos de Engagement en un 55.1% de los integrantes de los equipos de respuesta COVID-19 mientras que los niveles altos de Burnout fueron de 3.2%. Se observó que la tasa de prevalencia de Engagement fue mayor en el personal de enfermería con 59 casos por cada 100 personas, frente a los 48 casos por 100 personas pertenecientes al personal médico, mientras que la tasa de prevalencia de Burnout fue casi el doble en el personal médico con 5 casos por 100 personas comparado con 2 casos por 100 personas, del personal de enfermería. Se encontró que a pesar de que no existía un alto porcentaje de casos con presencia de Burnout (3.2%) se observó que la dimensión de Agotamiento puntuó con un nivel alto en el 48% de los participantes pese a que la prevalencia del Engagement fue del 55.1%. A pesar de ello el personal médico y de enfermería perteneciente a los equipos de respuesta COVID-19 mostró niveles altos de Realización Personal en un 48% por lo que esta dimensión evaluada dentro del Burnout sí puede considerarse como un factor atenuante de Burnout. No se encontró que existiera una asociación significativa entre las variables sociodemográficas exploradas en este estudio con la presencia o ausencia de Engagement y Burnout.

Conclusión. Se obtuvo una prevalencia de Engagement superior a la de Burnout en la población sanitaria del hospital en estudio, sin embargo hay que reconocer que una de las principales limitaciones de este estudio implica que no puede ser una representación nacional de todo el personal de salud y que es probable que los resultados puedan variar posterior al término de este estudio, puesto que el comportamiento de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2 se ha ido incrementando nuevamente debido a las diferentes variantes moleculares que se han establecido en territorio nacional. Este estudio muestra la necesidad de seguir investigando la presencia de estos fenómenos en diversos escenarios para valorar el comportamiento ante diversas situaciones, así como la recomendación de emplear instrumentos que permitan valorar las condiciones personales, sociales y laborales que puedan influir, para que una vez encontrados se evalúe su asociación y permita generar programas que promuevan el Engagement y prevengan el Burnout. Por último, se recomienda que la organización evalúe el equilibrio entre las demandas que imponen al personal de salud y los recursos proporcionados para mantener un compromiso productivo y con satisfacción laboral, estrategias que benefician a las organizaciones al disminuir la rotación de personal y mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente.

Tiempo en que se desarrolló: julio- agosto 2021.

Palabras clave: Engagement, Burnout, COVID-19, compromiso laboral, síndrome de quemado por el trabajo.

MARCO TEÓRICO

Equipos de respuesta COVID -19 (ERC).

Durante diciembre de 2019 en Wuhan, China se originó la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). En México se confirmó el primer caso de una persona infectada por la COVID-19 el 28 de febrero de 2020, esta enfermedad se declaró pandemia el 11 de marzo de 2020 mediante comunicado de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al 17 de marzo se habían confirmado 93 casos en México, 4% de los casos eran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El comportamiento que tuvo esta enfermedad en Hubei, China presentó una tasa de ataque (índice de proporción de personas que contrajeron la enfermedad) de alrededor de 0.26%, mientras que en México se calculó sería del 0.20%, es decir, la incidencia acumulada de casos iba aumentando exponencialmente en un corto tiempo, de manera que se convirtió en la causante de 10 000 muertes a nivel mundial por semana y su tercera causa de muerte mientras que, en México ocupó el primer lugar. ⁽¹⁾ Lo anterior motivó la preparación y respuesta por parte del IMSS que de acuerdo con el plan estratégico institucional para la atención de la contingencia por COVID-19 efectuó la reconversión hospitalaria, con la finalidad de recibir y atender a pacientes con síntomas respiratorios a la vez que se pretendía evitar la propagación del virus entre los pacientes cuyos motivos de consulta u hospitalización era por otras condiciones médicas. Primeramente se analizaron que tipo de hospitales serían los elegidos para la atención, detección y tratamiento de los pacientes con la COVID-19 en cuanto a su infraestructura, capacidad y función en la atención que brindaba a la población derechohabiente; el proceso consistió en tres fases, en la fase uno se suspendieron servicios de atención médica ambulatoria y de quirófano para cirugías electivas, ocupando la totalidad de las camas de Unidad de Cuidados Intensivos así como las maquinas que aportaban ventilación mecánica para los pacientes en estado crítico, mientras que durante la fase 2 se ocuparon más áreas hospitalarias para la atención de pacientes, algunas por mencionar fueron las Unidades de Terapia Intermedia, recuperación quirúrgica, hospitalización y corta estancia que contarán con tomas de oxígeno y aire, mientras que la fase 3 expandió la ocupación a la totalidad de las camas censables para la atención de los pacientes con la COVID-19, respetando las unidades de reanimación y con la posibilidad de habilitar espacios públicos sin ser hospitalarios. ⁽²⁾ Para llevar este plan se requirió de la conformación de equipos de trabajo multidisciplinarios de respuesta COVID-19 con el objetivo de instrumentar acciones que se orientarán a la detección oportuna de infectados y brindar la atención médica necesaria para reducir las pérdidas humanas por infección por COVID-19 ⁽³⁾ equipos de

trabajadores pertenecientes al área de salud que se expusieron a una mayor demanda física y emocional, incremento de horas laborales, eventos potencialmente traumáticos y ansiedad producida por el miedo de contagio ⁽⁴⁾ los cuales son algunos de los factores de riesgo inherentes a sus actividades laborales ocasionados por la pandemia que se han descrito que aumentan el riesgo de desarrollar el Síndrome de desgaste ocupacional así como coexistir con la disminución de la vinculación psicológica al trabajo, que es aquella entidad que se demuestra mediante el disfrute por el trabajo, entidades cuya presencia de manera opuesta impactan en la capacidad para trabajar ya que se han relacionado con mayor ausentismo y menor productividad, pues al rebasar las capacidades de afrontamiento del individuo generan agotamiento emocional, abandono del trabajo, depresión y suicidio ⁽⁵⁾.

En el esquema de organización de los recursos humanos en las unidades hospitalarias de la fase 3 de reconversión se involucró al personal de salud que estaba contratado en los servicios de consulta externa que suspendieron actividades, así como personal de nuevo ingreso con contratación eventual reclutado a través de la convocatoria nacional institucional y sectorial. Cada Equipo de Respuesta COVID-19 estuvo liderado por un Médico No Familiar de las Especialidades en cuya formación se incluyó el manejo de la vía aérea y ventilación mecánica: Urgencias, Terapia Intensiva, Medicina Interna, Neumología e Infectología. ⁽⁶⁾

Mientras que el equipo de soporte estuvo integrado por otros tres médicos con los que contaba la unidad o bolsa de trabajo en las siguientes categorías:

- Médico no familiar (Cualquier especialidad distinta a la del Líder)
- Médico familiar
- Médicos generales

También se incluyeron integrantes del personal de enfermería de las siguientes categorías por cada líder de pirámide:

- Seis enfermeras generales o especialistas
- De cuatro a seis auxiliares de enfermería general

Cada equipo podía tener a su cargo 24 camas por turno, teniendo como máximo 8 pacientes asignados por médico y 4 pacientes por enfermera general.

La descripción de las actividades de cada categoría fueron las siguientes:

Líder Médico.

Estaban a cargo de asesorar y asistir en la atención clínica al equipo médico de soporte, así como en los procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos necesarios (intubación, colocaciones de catéter, etc.) conforme a las recomendaciones de las mejores prácticas médicas conocidas, apoyar en la interpretación y manejo de parámetros ventilatorios de los pacientes, validar las indicaciones y notas médicas del ERC. De manera conjunta deberán firmar indicaciones médicas y notas del expediente clínico, realizar el enlace de turno con el líder de relevo con todo lo que implica, vincular con el Subdirector Médico, Coordinador Clínico de Turno o Jefe de Servicio para el seguimiento de los procesos médico-administrativo de los ERC.

Equipo Médico de Soporte.

Se avocaban a brindar la atención médica a los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en las áreas asignadas por turno durante el pase de visita, realizar las actividades con estricto apego a las acciones esenciales para la seguridad del paciente con énfasis en el programa de higiene de manos, realizar actividades clínico diagnóstico terapéuticas inherentes a la atención de los pacientes (expedición de incapacidades, recetas, etc.) y en caso necesario solicitar asesoría, elaborar notas médicas con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico por turno, dar informe médico del estado de salud a un familiar o responsable del paciente en los horarios establecidos en el área asignada en el hospital, elaborar las solicitudes de interconsulta necesarias, realizar las interconsultas que sean solicitadas por el ERC en caso de que sean acorde al perfil de su especialidad.

Equipo de soporte de enfermeras generales o especialistas.

Se disponían a recibir, identificar y atender a los pacientes COVID-19, realizar las actividades con estricto apego a las acciones esenciales para la seguridad del paciente con énfasis en el programa de higiene de manos, otorgar cuidado enfermero a los pacientes COVID-19, cumplir las indicaciones médicas y verificar su cumplimiento, administrar medicamentos conforme a indicaciones médicas, tomar y registrar signos vitales con la frecuencia que se requiera de acuerdo con el estado clínico y tratamiento, registrar en hoja de registro de enfermería datos emanados de las acciones de enfermería, realizar las funciones asistenciales de su categoría en la atención al paciente con diagnóstico con COVID-19 en las áreas asignadas, orientar e indicar al personal auxiliar de Enfermería sobre las técnicas y procedimientos de enfermería y vigilar su cumplimiento.

Equipo de Soporte de Auxiliar de Enfermería General.

Se centraba en realizar las actividades con estricto apego a las acciones esenciales para la seguridad del paciente con énfasis en el programa de higiene de manos, proporcionar cuidados generales al paciente, tales como baño, aseos parciales, cambio de ropa de cama del paciente, apoyar en la ingesta de alimentos en caso necesario, participar en cuidados post mortem, solicitar, recibir y entregar medicamentos, equipo, material de curación e instrumental, solicitar y manejar ropa limpia, disponer de ropa hospitalaria contaminada, este personal debe limitar su contacto con pacientes infectados en la medida de lo posible y sobre todo concentrar su esfuerzo en la periferia de las salas de aislamiento por cohorte a fin de que el personal de enfermeras generales evite salir de las salas de aislamiento frecuentemente.

Vinculación psicológica al trabajo, “Work Engagement”.

Definición.

El término Engagement, fue reconocido como un “estado mental positivo relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción”. Han sido empleados como sinónimos: la vinculación psicológica al trabajo, el compromiso en el trabajo o enganche en el trabajo. Más que un estado específico y momentáneo, la vinculación psicológica se refiere a un estado afectivo-cognitivo más persistente que no está focalizado en un objeto, evento o situación particular. En el cual los empleados se ven a sí mismos como capaces de lidiar completamente con sus demandas de trabajo. ⁽⁷⁾ Para el presente estudio nos permitiremos usar el anglicismo (Engagement) para su referencia. Barreiro, realizó un estudio transversal correlacionando la inteligencia emocional con el Engagement, donde encontró que la felicidad, la automotivación y la gestión de las emociones predijeron positivamente el Engagement. Aquella gente feliz llega a vincularse con el trabajo, no solo porque se sienten mejor, sino porque desarrollan recursos personales para vivir bien, además poseen un pensamiento más flexible. ⁽⁸⁾

Caracterización de la vinculación psicológica al trabajo.

La investigación realizada sobre Engagement permitió la identificación de tres dimensiones: el vigor, la dedicación y la absorción. ⁽⁹⁾

- 1) El vigor, hace referencia a altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, el deseo de invertir esfuerzo en el trabajo que se está realizando incluso cuando aparecen dificultades en el camino.
- 2) Por dedicación, se entiende la alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento

de significación, entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío por el trabajo.

3) Finalmente, la absorción, hace alusión a la concentración total en el trabajo, un estado mental donde la persona experimenta que el tiempo “pasa volando” y tiene dificultades en desconectarse de lo que está haciendo debido a las fuertes dosis de disfrute y concentración experimentados.

Gallup Inc., distinguió tres tipos de empleados con respecto al Engagement: ⁽¹⁰⁾

a) No comprometido (not engaged): son trabajadores difíciles de detectar ya que no son evidentemente hostiles ni perjudiciales, sin embargo, tienen poca o nula preocupación por los clientes, la productividad, seguridad, misión y propósito, y se mantienen pensando en el almuerzo o su próximo descanso. Empleados que pueden ser desde operativos a ejecutivos.

b) Activamente desconectados o activamente no comprometidos (actively disengaged): están más o menos dispuestos a dañar a la compañía, tienen más accidentes en el trabajo, más defectos de calidad, contribuyen al robo, se enferman más seguido, se ausentan más y tratan de deshacer lo que los trabajadores comprometidos hacen.

c) Comprometidos (engaged): son los mejores colegas, cooperan para construir una organización, institución o agencia, se encuentran involucrados, entusiasmados y comprometidos, conocen el alcance de sus trabajos, buscan nuevas y mejores formas de lograr resultados, son los que crean nuevos clientes.

Chandani et al., describieron los factores involucrados en el entorno laboral que influyen en un colaborador con Engagement, en cuanto a condiciones sociales, personales y laborales, a los cuales nos referiremos a continuación. ⁽¹¹⁾

Condiciones sociales.

El fomento de un entorno de trabajo respetuoso, donde las relaciones se manifiesten con un trato justo, ocasiona que los colaboradores se sientan valorados y puedan comunicarse efectivamente con los demás, lo cual desempeña un papel motivador para que los trabajadores se sientan vinculados al trabajo. La percepción que tiene el colaborador de la empresa con el compromiso al cliente, siguiendo las normas de ética, incrementan vinculación con el trabajo. Los empleados a los que se les brinda igualdad de oportunidades de avance, crecimiento y salario, exhiben una sensación de bienestar, se sienten orgullosos y por tanto motivados a comprometerse con su organización. Se encontró mayor vinculación con el trabajo en quienes perciben beneficios proporcionados de la empresa hacia su familia. La buena comunicación y comprensión entre el empleador-colaborador, así como entre compañeros de trabajo, fortalece el compromiso a largo plazo.

Condiciones personales.

La satisfacción que nace de la coincidencia de los objetivos del trabajo con los objetivos individuales del empleado invoca a los colaboradores a invertir mayor esfuerzo y energía, con mayor absorción e implicación. Dentro de las características de la personalidad el Engagement se encuentra con mayor frecuencia en personas con alta extroversión, bajo neuroticismo, alta autoestima y estilo de afrontamiento afectivo.

Condiciones laborales.

El darles reconocimiento por su labor, permite que los empleados se enorgullezcan de trabajar, dándoles identidad, autonomía, retroalimentación constructiva y la importancia de la tarea, para que coincida con las calificaciones y habilidades que estos están desarrollando. Las organizaciones que brindan a los colaboradores la oportunidad de continuar adquiriendo aprendizaje para mejorar su potencial logran retener a personas vinculadas con el trabajo, ya que estos empleados tienden a invertir en empresas que invierten en ellos y en su crecimiento, haciendo que desarrollen una vinculación mayor con la organización. Tener una cultura amigable con la diversidad de talentos y habilidades, genera que los empleados aspiren a obtener un logro a futuro, lo que comprende la planificación de una carrera, en la cual el apoyo organizacional e incentivos resultan en alta vinculación y reducción en los niveles de desgaste organizacional. Los colaboradores que pueden expresar su opinión para la toma de decisiones en cuanto a sus funciones en prácticas ortodoxas o innovaciones apoyan a la organización a crecer ya que, al dar sus puntos de vista a la alta gerencia incrementan su sentido de pertenencia y motivación.

Los empleados muestran mayor vinculación cuando son elogiados por sus jefes inmediatos superiores, ya que la atención del líder como buen mentor o gerente que involucra a los empleados para su visión a futuro incrementa el compromiso por parte de los trabajadores. La claridad de los valores de las empresas (políticas y prácticas), juega un papel importante al definir la relación de los empleados con los empleadores. La calificación justa del desempeño a través de una evaluación apropiada, imparcial y transparente, con establecimiento de objetivos claros, impacta positivamente en el optimismo de la población del centro de trabajo, en el desempeño laboral y por tanto en la vinculación psicológica al trabajo. Los trabajadores que cuentan con una fuerte sensación de seguridad y salud, así como el respeto por sus horas laborales, forman precursores de empleados comprometidos. Una empresa que tenga sistemas salariales igualitarios, incentivos y recompensas conducen a incrementar la motivación y el bienestar organizacional.

Instrumentos para evaluar la vinculación psicológica al trabajo.

Existe un cuestionario desarrollado en Holanda denominado Utrecht Work Engagement Scale (UWES) que a través de 9 ítems mide tres dimensiones de la Vinculación psicológica en el trabajo: vigor, dedicación y absorción, la mayor parte de sus reactivos provienen del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide Burnout, solo que redactados de manera inversa. ⁽¹²⁾

Por su Parte Gallup Inc., propone el uso del instrumento Q12, que es un cuestionario con 12 ítems que evalúan dos categorías: aquellos que miden los resultados actitudinales (satisfacción, lealtad, orgullo, percepciones de servicio al cliente e intención de quedarse con la empresa) y aquellos que miden los problemas que impulsan estos resultados, ellos inmersos en un cuestionario de gran contenido que se implementa en las empresas, bajo un costo determinado por los propietarios del programa. ⁽¹³⁾

Promoción de un entorno organizacional saludable.

La corporación Gallup recomienda que se desarrollen condiciones laborales que permitan reclutar, mantener y estimular el incremento de trabajadores con características de vinculación al trabajo, ya que no solo serán individuos productivos, sino que generarán un entorno saludable que fomentará el compromiso organizacional.

Sakuraya et al., aplicaron un programa de intervención a través de sesiones de 120 minutos mensuales para mejorar el compromiso laboral en Japón, el cual obtuvo resultados no significativos, sin embargo, fue una herramienta que les ayudó a apreciar el presente y ver el futuro como una oportunidad de recibir comentarios positivos de otros participantes, que podrían mejorar sus recursos personales, como optimismo y autoeficacia, relacionados con el compromiso laboral. ⁽¹⁴⁾

Por lo que retomando las recomendaciones de la corporación Gallup, se proponen tres maneras de acelerar el Engagement en los empleados: primero, seleccionar a los trabajadores con potencial de alto rendimiento y promover a los empleados con talento; segundo, invertir en las fortalezas de sus trabajadores para optimizar su rendimiento; tercero, invertir en el bienestar organizacional.

“Burnout, síndrome del quemado o síndrome de desgaste emocional”

Definición.

El término Burnout, síndrome del desgaste profesional o síndrome del quemado por el trabajo, descrito por Maslach y Schaufeli, se refiere a “un síndrome psicológico en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo y es definido por tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia”.⁽¹⁵⁾

Los primeros artículos alusivos al tema surgieron en Estados Unidos alrededor de los años 70's por Freudenberg y Maslach, basados en experiencias de personas que trabajaban en contacto con las personas y en servicios de salud. Donde registraron las experiencias de los trabajadores sobre el agotamiento emocional, pérdida de motivación y compromiso, así como el estrés emocional de los trabajos y las estrategias de afrontamiento. Freudenberg designó esta entidad con la palabra Burnout, término que se empleaba en relación con los efectos crónicos de sustancias tóxicas de abuso, así como también en la terminología deportiva para referirse a los sujetos que no conseguían las metas deseadas a pesar de sus esfuerzos. Encontraron que el fenómeno que estudiaban iba más allá del estrés individual puesto que estaba influenciado por las relaciones que existían con los destinatarios del servicio que brindaban, así como las emociones, los motivos y valores de la empresa. Se identificó que ante la sobrecarga de trabajo al estar en una labor de alta demanda e involucramiento, reaccionaban con despersonalización (cinismo) en respuesta a las tensiones emocionales de su trabajo, amortiguando la compasión por los clientes a través de una distancia emocional con ellos, a manera de protegerse de las experiencias emocionales que podrían interferir con el funcionamiento eficaz en el trabajo, esto traía consigo un cambio tal que expresaban un desprendimiento excesivo y poca preocupación, lo que parecía un trato negativo, insensible y en ocasiones deshumanizado. Con factores laborales relacionados como el alto número de clientes, comentarios negativos de estos y escasez de recursos.⁽¹⁶⁾

Caracterización.

En el síndrome de Burnout se describieron tres dimensiones:

- 1) El agotamiento, cualidad central del Burnout, es la sensación de que todos los recursos emocionales han sido agotados, no es algo que simplemente se experimenta, sino que impulsa a distanciarse uno mismo emocional y cognitivamente del trabajo, posiblemente como una forma de hacer frente a la sobrecarga de trabajo.
- 2) La despersonalización (cinismo), es un intento de hacer más manejables las demandas

emocionales, considerándolos objetos impersonales, utilizando el distanciamiento cognitivo a través de la adopción de una indiferencia o actitud cínica cuando están exhaustos y desanimados.

3) La ineficacia (desempeño personal disminuido). Es probable que las demandas erosionen el sentido de efectividad de sí mismo. Así como es difícil obtener una sensación de logro cuando se siente agotado, también es difícil ayudar a personas hacia las cuales uno es indiferente.

La ineficacia parece emerger de la falta de recursos propios, mientras que el agotamiento y el cinismo emergen de la presencia de sobrecarga de trabajo y conflicto social. Se visualizó al Burnout como un problema específico del contexto laboral, en contraste con la depresión, que tiende a impregnar cada dominio de la vida de una persona. Aunque las personas que son más propensas a la depresión son más vulnerables al Burnout.

Esta distinción entre depresión y Burnout se señala en cinco elementos propuestos por Maslach y Schaufeli, con respecto al Burnout:

1. Hay un predominio de síntomas disfóricos como agotamiento mental o emocional.
2. El énfasis está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos.
3. Los síntomas de agotamiento están relacionados con el trabajo.
4. Los síntomas se manifiestan en personas "normales" que no sufrían de psicopatología antes.
5. La disminución de la efectividad y el desempeño laboral ocurren debido a actitudes y comportamientos negativos en el trabajo.

La mayoría de estos elementos están representados en el diagnóstico de neurastenia, en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) del año 1992. Dentro del capítulo 5: Trastornos mentales y del comportamiento, trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, codificado como F48.0 Neurastenia.⁽¹⁷⁾

Actualmente el Burnout ya se incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11 (CIE-11) como un fenómeno ocupacional, no clasificado como una condición médica, esta clasificación entrará en vigor a partir del 1 enero de 2022. Dentro del capítulo 24: factores que influyen en el estado de Salud y contacto con los servicios de Salud, codificado como QD85 Síndrome de desgaste profesional.⁽¹⁸⁾

Maslach, Schaufeli, Leiter, distinguieron los factores Involucrados, que se abordan en condiciones sociales, personales y laborales.

Condiciones sociales

La falta de apoyo de los supervisores es especialmente importante, incluso más que el apoyo de los compañeros de trabajo. Dentro de la literatura también hay una hipótesis de "amortiguación" que sugiere que el apoyo social debe moderar la relación entre los estresores laborales y Burnout. Cuando las personas pierden un sentido de conexión positiva con otros en el lugar de trabajo produce sentimientos negativos de frustración y hostilidad puesto que prevalece el aislamiento y el contacto social impersonal, perdiendo el sentido compartido de valores, el intercambio emocional de comodidad, felicidad y humor, lo que refleja la reducción del apoyo social.

Condiciones personales

Se han encontrado varias características individuales relacionadas a "quemarse". Sin embargo, estas relaciones no son tan grandes como las de agotamiento y factores situacionales, lo que sugiere que el Burnout es más un fenómeno social que uno individual. La edad es el factor más relacionado con el Burnout, se ha observado un mayor número de casos en empleados jóvenes que entre trabajadores mayores de 30 a 40 años. Sin embargo, cabe mencionar que, frente a este hallazgo, existe el sesgo de supervivencia, es decir, aquellos que se "quemaron" en etapas más tempranas de sus carreras y renunciaron a sus trabajos, en consecuencia, dejaron "sobrevivientes" que muestran niveles más bajos de agotamiento. No se encuentran diferencias entre género masculino y femenino. Con respecto al estado civil, los solteros suelen ser más propensos al Burnout en comparación con los casados y los divorciados. En cuanto al nivel de educación se informan de niveles más altos de Burnout en empleados con educación superior debido probablemente a que poseen trabajos con mayores responsabilidades y mayor estrés, a su vez que generan mayores expectativas laborales y se angustian cuando no las cumplen. Dentro de los rasgos de personalidad se han encontrado mayor relación de Burnout con los empleados que muestran bajos niveles de resistencia (cuya participación en actividades diarias, sensación de control sobre los eventos y apertura al cambio es baja). Tomando una actitud frente a eventos estresantes de una manera pasiva y defensiva mientras que los que manejan un afrontamiento activo y confrontativo se asocian con menos Burnout. El afrontamiento afectivo está asociado con la dimensión de eficacia. El neuroticismo que incluye rasgos de ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia y vulnerabilidad los hace emocionalmente inestables y proclives a la angustia y por tanto al Burnout.

Condiciones laborales

Las demandas de trabajo cuantitativas, así como la presión del tiempo son fuerte y consistentemente relacionadas con el Burnout, en especial con la dimensión de agotamiento. Las demandas cualitativas de trabajo (conflictos de roles y ambigüedad de roles) poseen una correlación moderada a alta con Burnout. Una sobrecarga excesiva, agota la energía de un individuo en la medida que la recuperación se vuelve imposible. El trabajo emocional es agotador cuando se requiere que las personas muestren emociones inconsistentes con sus sentimientos. El Burnout se encuentra en mayor proporción en los empleados con poca participación en la toma de decisiones y con menos autonomía. La ausencia de recompensas apropiadas se asocia a la noción de ineficacia, pueden ser desde recompensas financieras insuficientes, de salario o no recibir los beneficios de acuerdo con sus logros. Así como la falta de recompensas sociales, cuando el trabajo duro es ignorado y no apreciado por otros. La falta de recompensas intrínsecas (como el orgullo de hacer algo importante y hacerlo bien) también puede sumar a esta noción.

La relación entre la persona y el trabajo se desequilibra cuando no hay justicia percibida en el lugar de trabajo. Cuando existe injusticia, ésta puede manifestarse como inequidad en la carga de trabajo o en el pago, mediante trampas o con evaluaciones y promociones que se manejan de manera inapropiada. Si en caso de ocurrir disputas no se permite que ambas partes tengan voz, entonces serán juzgados como injustos. La falta de justicia exacerba el Burnout en al menos dos sentidos, el primero, experimentar injusticia es emocionalmente molesto y agotador, en segundo, la injusticia incrementa un profundo sentido de cinismo sobre el lugar en el cual trabajan. En cuestión de valores el conflicto ocurre cuando las personas pueden sentirse obligadas por el trabajo a hacer cosas que no son éticas y no están en armonía con sus propios valores. Ejemplo de ello es recurrir a engaños para conseguir alguna autorización por parte del cliente. Por otro lado, el desbalance entre las aspiraciones personales y los valores de la organización, cuando hay una discrepancia entre la misión y práctica real o cuando los valores están en conflicto (por ejemplo, el servicio de alta calidad y la contención de costos que no siempre coexisten).

Instrumentos para evaluar el Burnout.

Para valorar los tres ejes del Burnout: agotamiento, despersonalización y realización personal, se encuentra el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) con sus diferentes variantes. La encuesta MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) fue diseñada para usarse con personas que trabajan en contacto con las personas y servicios de la salud. Una segunda versión para uso en ocupaciones

educativas es la encuesta MBI Educators Survey (MBI-ES). Y una tercera versión para ocupaciones que no están tan estrechamente relacionadas con el contacto con las personas, MBI-General Survey (MBI-GS).

Propuestas de medidas de contención del Burnout.

La base de las intervenciones propuestas por Maslach y Schaufeli, propone dos enfoques, la primera es encontrar estrategias para prevenirlo y la segunda es dar tratamiento una vez que ya ha ocurrido, se ha encontrado que hay más información sobre las soluciones centradas en el individuo pese que se ha dado énfasis en el papel fundamental de los factores situacionales y organizacionales que son los más estrechamente vinculados con el Burnout. Estas estrategias resultan ineficaces en el lugar de trabajo dado que en ese ambiente las personas tienen menos control sobre los factores estresantes. Sin embargo, aún se considera a nivel organizacional que es más barato cambiar a las personas que a las organizaciones. Apoyando estas propuestas, Harolds recalcó la importancia de buscar estrategias para incrementar la felicidad de los trabajadores, no sólo de disminuir el Burnout. Bajo la perspectiva de que en el ámbito médico y de la salud, se debe considerar al cuidado y la curación como actividades naturalmente alegres. Para ello menciona es necesario que se cumplan ciertas necesidades indispensables como el respeto, trato digno y la seguridad de estar a salvo de lesiones laborales.

A su vez enfatizó en la importancia de un liderazgo competente. Esto debido a que, los cambios en la organización para evitar el agotamiento y, promover la felicidad para los trabajadores de la salud, proviene principalmente de mejores líderes en todos los niveles de la organización, quienes deberían poseer habilidades de comunicación, basadas en el "Modelo de escuchar- actuar-desarrollar", mediante el cual los líderes tratarían de entender, cuáles son las principales causas del agotamiento, dando a los médicos el poder de encontrar soluciones, y durante este proceso de la prevención del agotamiento desarrollar más líderes. Por el contrario, afirmó que un estilo de liderazgo dominante y jerárquico contribuye a agotamiento médico. Las características importantes de los mejores líderes incluyen integridad, actitud de servicio, ser justo, tener excelentes habilidades de comunicación, apertura a nuevas ideas, siendo apropiadamente flexible, pero defendiendo ciertos principios importantes, además estar disponibles y visibles para todos en la organización. ⁽¹⁹⁾

Relación del Burnout con el Engagement y su presencia a nivel mundial.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2014, expresó que el trabajo ha sido componente sustantivo del contrato social que sustenta la gobernanza de las sociedades. Por ello, los cimientos de la paz mundial se refuerzan al crearse más oportunidades de trabajo decente. ⁽²⁰⁾ Pese al objetivo de que se generen las condiciones para ofrecer un trabajo decente, Polo et al., alertaron que las enfermedades relacionadas con el trabajo tienden a ser una respuesta del propio individuo ante las elevadas y constantes demandas del mundo cambiante y globalizado, generando en el trabajador la idea de que dependiendo su eficacia en el trabajo es su valor como persona. ⁽²¹⁾

De ahí la búsqueda intencionada de distinguir a trabajadores que puedan afrontar estas demandas y a los que les rebasan, como es el caso de Engagement y Burnout respectivamente. Algunos autores han identificado que la satisfacción laboral y el síndrome del “quemado” por el trabajo, se encuentran vinculados. La teoría según Pines menciona que el Burnout se origina de personas que se encuentran tan dedicadas en su trabajo que terminan haciendo demasiado en apoyo a sus ideales, lo que conlleva al agotamiento y eventual cinismo cuando su sacrificio no ha sido suficiente para lograr sus objetivos. Mientras que la teoría de Leiter y Maslach señala al Burnout como resultado final de larga exposición a estresores laborales crónicos, que conllevan a un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. ⁽²²⁾

En cuestión de Engagement, en los últimos años, los estudios se han enfocado en el efecto positivo de este en el trabajo, esto confirmado en 2002 por un metaanálisis por Harter et que menciona: “la satisfacción laboral y la vinculación están relacionados significativamente con los objetivos laborales en una magnitud que es importante para muchas organizaciones”. Ya que está relacionado con un mejor servicio al cliente, altos niveles de creatividad, baja ausencia, mayor retención, pocos accidentes y una mayor productividad y regreso de la inversión.

La importancia del Burnout, de acuerdo con lo aportado por Burke y Greenglass, radicó en los desenlaces relacionados con el desempeño laboral y los resultados de salud. En cuestión laboral el Burnout se ha asociado con ausentismo, intención de dejar el trabajo y rotación, mientras que los que permanecieron laborando manifestaron una menor productividad y efectividad en el trabajo. Lo cual resultó en una disminución de la satisfacción laboral y un compromiso reducido con el trabajo o la organización. Además, las personas con Burnout ocasionaron un impacto negativo en sus colegas, al

provocar conflictos personales o interrumpir las tareas laborales. A su vez precipita efectos negativos en términos de salud mental, como ansiedad, depresión, caída de la autoestima, etc. ⁽²³⁾

Por otro lado, Maslach y Leiter, plantearon al Burnout como una erosión del compromiso con el trabajo. Mencionando que al inicio un trabajo importante, significativo y desafiante se convierte en desagradable, insatisfactorio y sin sentido. La energía se convierte en agotamiento, la implicación se convierte en cinismo, y la eficacia se convierte en ineficacia. ⁽²⁴⁾

Se han corrido encuestas por parte de Maslach y Schaufeli en empleados norteamericanos donde se encontró más del 20% en la fase de Burnout, con una incidencia que varió de 1% a 25%. Mientras que en empleados del continente asiático o de Europa del Este alrededor de 28% con Burnout, con un rango 12% –69%. Las más altas incidencias estuvieron en Japón y Taiwán (entre 48% y 69%). Sin embargo, las muestras no fueron aleatorias y representativas por lo que sería prematuro hacer suposiciones entre las diferencias encontradas en los resultados de las naciones.

Mientras que Shah K, et al., mostró que, en los Estados Unidos, aproximadamente el 54.4% de los médicos tenía al menos un síntoma de Burnout en la forma de agotamiento emocional, despersonalización o disminución en el sentido de logro. Causando un impacto negativo directo sobre la fatiga, el estrés, ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, suicidios, atención de mala calidad del paciente, jubilaciones tempranas y renunciaciones inesperadas. ⁽²⁵⁾

De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina en Washington sobre el Burnout en los equipos médicos, señaló que esta entidad ha sido el resultado de los constantes cambios en la atención médica y reducción de costos, las crecientes demandas de atención por enfermedades crónicas y sus comorbilidades. Dentro del equipo médico se registró que al menos la mitad de los médicos estadounidenses experimentaron síntomas de Burnout, sobre todo los médicos de primera línea de atención (p. ej. Medicina de urgencias, medicina familiar, medicina interna general, neurología); así mismo las enfermeras en un estudio de 1999 mostraban una prevalencia del 43% con alto grado de agotamiento emocional, y en 2007 al menos un 37%. Resaltando la importancia de su atención en los desenlaces de calidad y seguridad, pues aquellos médicos que puntuaron altos en la escala de Burnout era un predictor independiente de cometer errores médicos y estar involucrado en una negligencia médica. Encontraron que a medida que aumentaron los niveles de Burnout en los médicos y enfermeras

en las unidades de cuidados intensivos también lo hicieron las tasas de mortalidad de pacientes y la calidad interpersonal de los equipos se deterioró. Otros estudios que revisaron asociaron la insatisfacción laboral con un 200% de probabilidades de abandonar su empleo, con una disminución del esfuerzo profesional, lo cual al convertirse en acción provoca rotación y por ende las respectivas implicaciones financieras, de costos estimados que al reemplazar un médico van de miles hasta más de 1 millón de dólares. En cuanto a las consecuencias personales se asoció la presencia de Burnout con un 25% más de probabilidades de abuso y dependencia al alcohol, y un 200% más de probabilidades de ideación suicida entre médicos. Detectaron factores organizacionales involucrados como ineficacias en el proceso del trabajo, cargas de trabajo excesivas, conflictos entre el hogar y el trabajo, pobre control, autonomía y significado en el trabajo. Como ejemplo un estudio de enfermeras mostró que por cada aumento de paciente por enfermera aumentó las probabilidades de agotamiento en un 23% y la insatisfacción laboral en un 15%. Existieron diferencias en cuestión de edad, con mayor prevalencia en médicos jóvenes con un riesgo 200% mayor a comparación de quienes eran mayores de 55 años, así como era mayor en las personas con cónyuge o pareja que no era médico. Concluyendo que era necesario implementar intervenciones tanto a nivel laboral como individual que mejoren el rendimiento y bienestar organizacional. ⁽²⁶⁾

Estudios como el de Zapf et al., encontraron que los factores estresantes comunes relacionados con el trabajo (como la carga de trabajo, la presión del tiempo o los conflictos de roles) se correlacionaron más altamente con el Burnout, frente a los factores estresantes relacionados con el cliente (como problemas para interactuar con los clientes, frecuencia de contacto con pacientes con enfermedades crónicas o terminales o confrontación con la muerte). ⁽²⁷⁾

Ejemplo de ello fue el estudio de Dyrbye et al. en EE. UU, el cual arrojó que una de cada tres enfermeras tenía síntomas de Burnout y a su vez, esto duplicó las probabilidades de bajo rendimiento laboral. El pobre desempeño laboral marcó un impacto negativo en la atención al paciente, pese a que no se correlacionó significativamente con el ausentismo, si se correlacionó con el presentismo, la presencia de caídas de pacientes y errores de medicación, ocasionando costos estimados de \$ 1346 dólares por enfermera anualmente en la localidad de Carolina del Norte. ⁽²⁸⁾

Por su parte Ferraro et al., realizaron una encuesta transversal en rescatistas que conducen ambulancias, con media de 44 años de edad y 12 años de carrera, donde encontraron que al menos un 1.7% de la

muestra cumplía la definición clásica y tenía síntomas severos de Burnout. Sin embargo, más de dos tercios de los respondedores estaban luchando con algunos síntomas de Burnout y poseían una percepción negativa del trabajo en equipo que estaba relacionada con la no vinculación en el trabajo (not engagement).⁽²⁹⁾

Debido a los cambios que han experimentado las empresas de índole social, cultural y económica, se ha observado efectos importantes en la vida de los empleados, en particular en el contrato psicológico de la reciprocidad de empleador-empleado, puesto que ahora a los empleados se les exige más en términos de tiempo, esfuerzo, habilidades y flexibilidad, mientras que reciben menos en términos de oportunidades profesionales, empleo de por vida, seguridad laboral. Por lo que la percepción de la violación del contrato psicológico produce Burnout debido a que fragmenta la noción de reciprocidad, que es crucial para mantener el bienestar organizacional.

Además de las altas cargas de trabajo, un ambiente de trabajo agitado sin una cultura de trabajo en equipo está significativamente asociado con un agotamiento aproximadamente tres veces mayor para Burnout.⁽³⁰⁾

En cuanto a lo conjuntado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en 2020 publicó indicadores del promedio de horas anuales trabajadas por país, estando México en el primer lugar, con un promedio de 2,148 horas al año; siendo dos países latinoamericanos son quienes encabezan la lista, seguidos por Corea del Sur. (Figura 1, ver anexos).⁽³¹⁾

Sin embargo, mayor tiempo laboral no implica mayor productividad. Un campo de oportunidad contemporáneo ha sido la identificación de empleados con “Engagement”, pues tanto las organizaciones y las naciones buscan impulsar la productividad laboral para hacer frente al acelerado ritmo de la economía mundial. Gallup, Inc., mencionó que el 13 % de los empleados a través de 142 países a nivel mundial están “comprometidos con su trabajo”. Mientras que en 2009 - 2010 refiere que los empleados desconectados o no comprometidos, aquellos negativos y potencialmente hostiles para las organizaciones, superan en número, 2 a 1 a los comprometidos. (Figura 2, ver anexos). En Estados Unidos el porcentaje de trabajadores comprometidos rondó en el 30%, no comprometidos 52% y los activamente no comprometidos en 18%. Por su parte en Canadá, los comprometidos son el 16% mientras el 70 % se encuentra en el estado de no comprometido.

El estudio publicado por Yu et al. en China, señaló que en el año 2018 el Engagement en médicos ortopedistas fue de 9.33% y en neurocirujanos de 8.12%. Mientras que el Burnout se encontraba en alrededor del 40% en ambos grupos, con asociaciones con factores como ser menor de 25 años, médico residente, ser divorciado y trabajar en hospitales públicos. ⁽³²⁾

Gallup Inc., ha reportado que, en México, durante 2013 hubo poco menos del 12 % de empleados “comprometidos” y más de un cuarto caen en la categoría de “activamente no comprometidos”. (Figura 3, ver anexos). A nivel educativo encontraron que el porcentaje de trabajadores comprometidos se incrementa con el nivel educativo, mientras que quienes tuvieron una escolaridad primaria elevan el porcentaje de activamente no comprometidos. (Figura 4, ver anexos).

Por su parte Contreras Quevedo en 2015, encontró 23 % de su población con Engagement en trabajadores de una Planta de Producción de Petróleo y Gas Costa Afuera en México. ⁽³³⁾

Fue Hernández Pérez en 2016 quién encontró en trabajadores del Sistema de Transporte Colectivo Metro de la Ciudad de México, un 28.7 % de nivel medio de Engagement y un 9.3% en nivel alto; mientras que, por otro lado, mostró un 18.7% de nivel medio de Burnout y un 26% en nivel alto. ⁽³⁴⁾

A su vez Langset, postuló que un ambiente de trabajo rico en recursos, es decir, aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del trabajo que reducen las demandas de trabajo y los costos fisiológicos y psicológicos asociados; son funcionales en lograr objetivos de trabajo y / o estimular el crecimiento personal, aprendizaje y desarrollo, lo cual aumenta las posibilidades de generar trabajadores comprometidos. ⁽³⁵⁾

En 2019, en un estudio donde participaron enfermeras italianas, encontraron una correlación de la presencia de ambas entidades en la cual se evidenció que la presencia de niveles altos de Burnout impactaba disminuyendo la presencia de Engagement y, por el contrario, se encontró que la presencia de Engagement funge como un factor protector para Burnout, pues puntuaciones mayores de compromiso laboral inducen una disminución en los niveles de agotamiento emocional. Con ello las propuestas del estudio de estas entidades brindan el panorama de mejorar las condiciones laborales que promuevan aumentar los niveles de Engagement entre el personal de salud y no solo limitarse en tratar de manera individual a aquel trabajador con Burnout. ⁽³⁶⁾

En agosto de 2020, en Holanda se evaluó en médicos intensivistas la presencia de estas dos entidades, sin encontrar factores de riesgo significativos relacionados con características personales o laborales para el desarrollo de Burnout o Engagement, mostrando que aquellos que tenían índices bajos de Engagement padecían Burnout y, entre ambas entidades existían una correlación negativa. ⁽³⁷⁾

JUSTIFICACIÓN

La pandemia que se ha vivido a nivel mundial por la COVID-19, ocasionó que se prepararan de manera emergente recursos materiales y humanos cuyas estrategias implementadas para hacer frente a esta contingencia han provocado un cambio en las características laborales con el fin de adaptarse a las necesidades encaminadas a la prevención, identificación y tratamiento de los pacientes infectados por la COVID-19, por lo que nuestra hipótesis de trabajo pretende la identificación de Engagement y Burnout, que corresponde al símil de la percepción positiva y negativa respectivamente que se tiene sobre su trabajo, lo cual apoyará a sentar un precedente tanto para detectar la presencia de aquella entidad ante la cual se tiene una percepción positiva y actitud de afrontamiento ante el trabajo, tal es el caso del Engagement y para detectar a quienes tengan una percepción negativa y padezcan Burnout, así como para derivar a atención psicológica a aquellos que muestren un daño en su salud y sea su voluntad ser referidos, haciendo uso del recurso humano experto en materia de psicología previamente puesto a disposición de la autoridad hospitalaria para el uso del personal adscrito al H. G. Z. 32, el cual se encuentra con personal que asiste en un horario de 08:00 h a 14:00 h y de 14:00 h a 20:00 h de lunes a viernes en el primer piso del Hospital referido. Además, cabe mencionar que nos encontramos a un año de que entre en vigor la CIE versión 11 que reconoce al Burnout como una patología derivada del ambiente laboral que, en el ejercicio de los médicos de Salud en el Trabajo, será un nuevo reto para caracterizar como Enfermedades de Trabajo de origen psicosocial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expresado resulta de interés focalizar la atención en el personal de salud de primera línea COVID-19, que forman parte de los ERC, puesto que nos permitirá identificar a la población que presente “Engagement” y “Burnout” y, con ello se formulen estadísticas confiables que permitan plantear la posibilidad de que en estudios posteriores se implementen acciones para la promoción de la primera que impacte en la disminución de la presencia de la segunda.

Pregunta de investigación.

¿Se encuentra presente el Engagement y Burnout en los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica?

OBJETIVOS

General:

Identificar la presencia de Engagement y Burnout en los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por la COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

Específicos:

Identificar la presencia de Engagement en los equipos de respuesta COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

Identificar la presencia de Burnout en los equipos de respuesta COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis de trabajo:

Se encuentra presente el Engagement en los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

Se encuentra presente el Burnout en los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

Hipótesis nula:

No se encuentra presente el Engagement en los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

No se encuentra presente el Burnout en los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: Transversal, descriptivo y observacional.

Período de estudio: agosto - septiembre de 2021.

Lugar de estudio: Hospital General de Zona No. 32 (HGZ No. 32).

Universo de trabajo: 260 trabajadores asignados a equipos de respuesta COVID-19, pertenecientes al Hospital General de Zona No. 32 de la Ciudad de México.

Tamaño de muestra: Se calculó el tamaño de la muestra por cuotas con un intervalo de confianza del 95% con el programa STATS™ 2.0, resultando un total de 156 trabajadores asignados a equipos de respuesta COVID-19.

Método de muestreo: no probabilístico, discrecional, por cuotas, no aleatorizado.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Población trabajadora perteneciente al equipo de respuesta COVID-19.
- Cualquier categoría, horario de trabajo, régimen contractual y antigüedad.
- Aquellos que de manera voluntaria deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Trabajadores que no deseen participar en el estudio.
- Trabajadores que no pertenezcan al equipo de respuesta COVID-19.

Criterios de eliminación:

- Trabajadores que decidan no terminar el instrumento de medición.

Instrumento de recolección de datos.

Encuesta virtual alojada en sitio web de Google forms, la cual se constituyó por tres partes, la primera por reactivos de aspectos sociodemográficos, la segunda por reactivos de la escala Utrecht Work Engagement Scale (UWES) y la tercera por reactivos de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS). La escala UWES- 9 es útil para valorar la presencia de Engagement, la cual se encuentra validada en profesionales de la Salud en México por Hernández et al, consta de 9 reactivos,

estructuradas en escala tipo Likert con 6 tipos de respuesta (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca).⁽⁷⁾ Así como la escala MBI-HSS para valorar la presencia de Burnout, el cual se encuentra validado en trabajadores del Occidente en México por Aranda et al, constituido por 22 reactivos, estructurado en escala tipo Likert con 7 tipos de respuesta (nunca, pocas veces al año, una vez al mes o menos, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, unas pocas veces a la semana, todos los días).⁽³⁸⁾

Para calificar el Engagement, se obtuvo el puntaje promedio de las tres subescalas del UWES que se obtiene sumando los puntajes de cada escala en particular y dividiendo su resultado entre el número de ítems de la subescala respectiva. Por tanto, se pueden obtener tres puntajes parciales, correspondientes a cada subescala y un puntaje total dentro del rango de 0 a 5 puntos. Cuyos aspectos para evaluar corresponden a las siguientes preguntas: Vigor: 1, 2, 3. Dedicación: 4, 5, 6. Absorción: 7, 8, 9. Los valores de referencia se encuentran en la tabla de variables, anteriormente referida.

Para calificar el Burnout, se obtuvo el puntaje promedio de las tres subescalas del MBI-HSS se obtiene sumando los puntajes de cada escala en particular y dividiendo su resultado entre el número de ítems de la subescala respectiva. Por tanto, se obtuvieron tres puntajes parciales, correspondientes a cada subescala y un puntaje total dentro del rango de 0 a 6 puntos. Cuyos aspectos para evaluar corresponden a las siguientes preguntas: Agotamiento emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5,10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Los valores de referencia se encuentran en la tabla de variables, ya mencionada.

Descripción Del Estudio.

La ejecución de la encuesta se realizó a través de un instrumento auto aplicable alojado en la plataforma en línea de Google Forms®, para la cual el acceso fue a través de vía internet por medio de un par de dispositivos electrónicos (tableta y computadora) que se encontraron físicamente en la Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo del Hospital General de Zona 32. Se calendarizó a la población en estudio para evitar aglomeraciones, durante el período de agosto - septiembre de 2021, en los días de lunes a viernes de 7 a 8 horas y de 12 a 16 horas, con inversión de 5 a 10 minutos por persona para su realización, al momento que acudieron se les explicó la relevancia del estudio, se enfatizó en la protección de la privacidad y confidencialidad del manejo de los datos y el uso de la información proporcionada y que los resultados serán exclusivamente para fines de la investigación, sin que ningún respondedor sea identificado en artículos o presentaciones, se entregó la carta de consentimiento informado donde solamente asentó su firma autógrafa, posteriormente se inició la

aplicación del instrumento, haciendo mención de que no existen respuestas correctas o incorrectas, mencionando que debían plasmar el estado de su perspectiva actual que tienen de su trabajo, dejando en claro que ninguna respuesta tendrá carácter punible, al finalizar se recolectó el correo electrónico de quienes decidieron se les hicieran llegar sus resultados, cuya voluntad fue expresa. Una vez obtenidas todas las respuestas se analizaron mediante pruebas estadísticas para la identificación de Engagement y Burnout, cuyos resultados se enviaron a quienes previamente expresaron dejar una vía de comunicación y, de ser su voluntad al encontrarse resultados que evidenciaran algún daño en su salud se derivarán a atención psicológica, haciendo uso del recurso humano experto en materia de psicología previamente puesto a disposición de la autoridad hospitalaria para el uso del personal adscrito al H. G. Z. 32, el cual se encuentra con personal que asiste en un horario de 08:00 h a 14:00 h y de 14:00 h a 20:00 h de lunes a viernes en el primer piso del Hospital referido. Posteriormente se realizó el análisis del conjunto de resultados obtenidos de nuestros sujetos de estudio para comprobar o refutar la hipótesis de trabajo y poder emitir las conclusiones correspondientes.

Definición de variables:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad.
- Género.
- Estado civil
- Jornada
- Tipo de jornada
- Categoría
- Antigüedad general
- Antigüedad en la categoría.
- Tipo de contratación
- Número de horas que duerme al día
- Ausentismo

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Engagement.
- Burnout

Definición operativa de las variables:

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Escala de medición
Edad	Categorización de los años cumplidos del personal de salud.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Independiente	Cuantitativa Discreta	18 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años, 60 y más años
Sexo	Roles socialmente contruidos en torno al sexo anatómico de las personas	Concepto social de funciones, comportamientos apropiados para los hombres y mujeres, sin interés de discriminación, según la definición de la Organización Mundial de la Salud.	Independiente	Cualitativa Dicotómica	Masculino o Femenino
Estado civil	Condición de una persona tiene o no pareja y su situación legal.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Independiente	Cualitativa nominal politómica	Casado, Divorciado, Viudo, Soltero, Unión libre.
Jornada	El número de horas de trabajo, que de acuerdo con su nombramiento, el trabajador está obligado a laborar en los términos de este Contrato	Tiempo durante el cual la persona trabajadora se encuentra a disposición del patrón para prestar su trabajo.	Independiente	Cuantitativa discreta	Menos de 10 horas, 11 a 20 horas, 21 a 30 horas, 31 a 40 horas, 41 a 50 horas, 51 a 60 horas, 61 y más horas
Tipo de jornada	Programa de trabajo mediante el cual el colaborador presta sus servicios	a) El comprendido entre las seis y las veinte horas. b) El comprendido entre las veinte y las seis horas. c) El que contempla periodos de tiempo de las jornadas diurna y nocturna. d) Comprende tres veladas alternas a la semana de once horas y cuarenta minutos cada una.	Independiente	Cualitativa nominal politómica	a) Diurna, b) Nocturna, c) Mixta, d) Acumulada
Categoría	Denominación de puestos de base listados en el Tabulador de Sueldos del Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS	Factores que determinan los requerimientos de desempeño particulares, y que caracterizan la relación hombre trabajo.	Independiente	Cualitativa nominal politómica	Médico no familiar. Médico familiar Médico general. Enfermera general. Enfermera especialista. Auxiliar de enfermería. Enfermera Jefe de Piso.

Antigüedad en el instituto	Duración de la profesión prestada por el trabajador al IMSS acorde al tarjetón de pago	Tiempo que el trabajador ha prestado su servicio a un patrón.	Independiente	Cuantitativa discreta	Menor a 1 año, 1 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 años, 16 a 20 años, 21 a 25 años, 26 a 30 años, Más de 31 años.
Tipo de contratación	Se refiere a la modalidad de contratación laboral por el IMSS.	Relación que tiene el colaborador con el empleador con respecto al contrato laboral.	Independiente	Cualitativa Nominal politómica	Trabajadores de Confianza "A", Trabajadores de Confianza "B", Trabajadores de Base, Trabajadores a obra determinada, Trabajadores sustitutos.
Número de horas que duerme	Número de horas al día en que el trabajador duerme.	Estado fisiológico de reposo en que se encuentra la persona que está durmiendo, cuantificado en horas del día.	Independiente	Cuantitativa discreta	Menos de 6 horas, 7 a 9 horas, Mas de 9 horas.
Ausentismo	Número de días en que el colaborador no ha acudido a laborar.	Práctica de no acudir al lugar donde se ejerce la obligación de trabajar	Independiente	Cuantitativa discreta	Igual a 0, 1 a 15 días, 16 a 30 días, Más de 30 días.
Engagement	Calificación de las dimensiones de vigor, dedicación y absorción.	Vinculación en el trabajo caracterizado a través de la presencia de vigor, dedicación y absorción.	Dependiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	Puntaje de vigor, dedicación y absorción Muy alto: puntaje de 5. Alto: puntaje de 4. Medio: puntaje de 3. Bajo: puntaje de 2. Muy bajo: puntaje de 1.
Burnout	Calificación de las dimensiones de agotamiento, despersonalización y falta de realización personal.	Síndrome del Trabajador quemado caracterizado a través de la presencia de agotamiento, despersonalización y falta de realización personal.	Dependiente	Cualitativa Nominal Dicotómica	Agotamiento emocional: bajo: 0-18, medio: 19-26, alto: 27-54. Despersonalización: bajo: 0-5, medio: 6-9, alto: 10-30. Realización personal: bajo: 0-33, medio: 34-39, alto: 40-56.

Análisis Estadístico.

Para el análisis de los datos se elaboró una base de datos en Microsoft® Excel® para Office 365 y se analizó con el paquete de análisis estadístico IBM SPSS® versión 26.

Se obtuvieron medidas de tendencia central tales como media, mediana, rangos, desviaciones estándar y distribuciones por percentiles para los datos analizados, los resultados están representados en gráficos con medidas de tendencia central, desviación estándar y la frecuencia expresada en porcentajes, la relación de la información categórica se analizó utilizando la prueba de análisis descriptivo con el coeficiente de correlación de Spearman, además, se utilizaron diferentes pruebas estadísticas para conocer el impacto de correlación entre las variables: categoría, antigüedad general, antigüedad en la categoría, tipo de contrato, días de ausentismo, jornada de trabajo. Para ello visualizamos la distribución de nuestros datos estudiados con las pruebas de Kolmogórov-Smirnov, posteriormente requeriremos pruebas no paramétricas como Kruskal-Wallis y para conocer el impacto de las variables sobre los resultados obtenidos en los instrumentos de medición utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman con su variante de coeficiente de determinación, así, conocimos la influencia particular de cada rubro estudiado. Analizamos los grupos de individuos con representación de Engagement y Burnout y para comparar los datos obtenidos, utilizamos la prueba de U de Mann Whitney.

Maniobras para evitar y controlar sesgos.

El presente estudio se realizó en un Hospital cien por ciento COVID-19, es decir, un hospital que da atención exclusiva a pacientes infectados con la COVID-19 sin admisión de otro tipo de pacientes, por lo que se calculó el tamaño de muestra a partir del universo, que es representativo de los trabajadores pertenecientes al ERC. Para controlar el sesgo de selección, se establecieron los criterios de inclusión donde se delimita que nuestra población blanco son todos aquellos trabajadores que pertenecen al ERC, ya que es sobre ellos quienes se desea identificar la presencia de las entidades de Burnout y Engagement, a quienes se les hizo la convocatoria de acudir a través de la Coordinación de Enseñanza con los jefes de servicio que están a cargo del personal adscrito a los ERC por piso de hospitalización, para realizar el instrumento en las oficinas de la Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo, se convocó a un cierto número de trabajadores al azar por piso de hospitalización, que previamente aceptaron voluntariamente participar para la realización del estudio y para evitar la tasa de “no respondedores” se enfatizó en la importancia individual y colectiva de los resultados del estudio, sin embargo si alguno del grupo decidió no terminar el estudio, se volvió a solicitar la participación de otro integrante del mismo piso de hospitalización; se brindaron las facilidades para la realización del

instrumento estando disponible para resolver cualquier inquietud. Para controlar el sesgo de medición se delimitó el período en el cual se realizó, dado que los trabajadores a estudiar fueron aquellos que laboraron durante la pandemia de COVID-19 en el hospital asignado. Para evitar el sesgo del instrumento de medición se elaboró la encuesta a partir de los instrumentos para la identificación de Engagement y Burnout, que previamente se han adaptado a la población mexicana y que cuentan con validez interna.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio cumple con la declaración de Helsinki de 1964 y se ajusta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación en seres humanos, que de acuerdo con los principios éticos, se contempla actuar con no maleficencia puesto que este estudio no evidencia ningún dato personal, se guarda la confidencialidad del individuo y se le hizo saber que ninguna respuesta generó algún resultado de carácter punitivo, se procedió con el principio de beneficencia, al plantear un instrumento por medio del cual se muestra la presencia de Burnout y Engagement, para reconocer el impacto que ha tenido la pandemia en la percepción del entorno laboral de los trabajadores, se tuvo como primordial el principio de autonomía al otorgarles la carta de consentimiento informado y el participante decidiera de manera voluntaria el participar en el estudio o el abandonarlo, así como el principio de justicia, donde al participar se brindó la información con respecto de la procedencia del estudio para que los participantes decidieran dejar un medio de contacto para conocer el resultado de su encuesta y en caso que se detecte un daño a su salud fueran voluntariamente informados de la recomendación de ser derivados a atención psicológica, sin ser el objetivo principal del estudio.

Este proyecto se clasifica como investigación sin riesgo de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, ya que se trata de un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y en el que no se realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos, puesto que se contestará un cuestionario alojado en una plataforma en línea, sin que sea confrontado por sus respuestas. Tiene como beneficio conocer la influencia que tiene su trabajo sobre su salud mental y el poder ser canalizado a atención psicológica esto en el aspecto individual, mientras que su participación sentará un precedente para detectar la presencia de estas entidades en los equipos de Salud ante eventos emergentes como es un estado de pandemia (representación colectiva). La participación en el estudio fue de manera voluntaria, solicitando su autorización en forma personal a los participantes, garantizando un buen uso y confiabilidad del material recolectado e informando sobre los objetivos y propósitos de dicho estudio.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

I. HUMANOS

- 3 médicos Especialistas en Medicina del Trabajo, uno de ellos con Maestría internacional especialista en Acoso psicológico laboral y riesgos psicosociales.
- 1 médico Residente de Medicina del Trabajo.

II. MATERIALES

- Infraestructura (instalaciones del H.G.Z. 32 en el área de la Coordinación de evaluación en Salud en el Trabajo).
- Papelería.
- Equipos electrónicos: tableta, computadora e impresora.
- Programas informáticos: Google forms®, Microsoft® Excel® para Office 365, paquete de análisis estadístico IBM SPSS® versión 26.

III. FINANCIEROS

Estudio que no genera gastos.

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en el Hospital General De Zona No. 32 Dr. Mario Madrazo Navarro, localizado al sur de la Ciudad de México, que durante la pandemia COVID- 19 formó equipos de respuesta COVID- 19 como parte del plan estratégico institucional para la atención de los pacientes con signos y síntomas compatibles con la infección por el virus SARS-CoV-2, siendo personal ocupacionalmente expuesto al agente biológico y a factores de riesgo psicosocial derivados de la atención continuada a los pacientes infectados.

Los equipos de respuesta COVID-19 conformados mediante pirámides de trabajo, que involucraron la participación de médicos especialistas en manejo avanzado de la vía área, médicos de atención y personal de enfermería, los cuales conformaron un universo de estudio de 260 trabajadores de los que se calculó un tamaño de muestra por cuotas de 156 trabajadores, con un intervalo de confianza del 95%, fueron los sujetos de estudio que realizaron el instrumento para identificar la presencia de Engagement y Burnout en ellos.

Se estudiaron a los trabajadores de los cuatro tipos de jornada de trabajo laboral, sin embargo, con fines estadísticos por la poca cantidad de muestra recogida por el turno mixto y de jornada acumulada, se agrupó dentro del turno diurno, por lo que se dividió la población en turno diurno (que incluyó al turno diurno, mixto y jornada acumulada) y en turno nocturno, se identificaron por categoría (puesto de trabajo), tipo de contratación, género, edad, antigüedad, número de horas que duerme, ausentismo y la presencia o ausencia de Engagement y Burnout explorados en los instrumentos de evaluación. Además, se cuestionaron la presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

Las categorías laborales encontradas en los tipos de jornadas se encuentran distribuidos de la siguiente manera, el 91 % (142 trabajadores) correspondían a trabajadores del turno Diurno, siendo el 66% (94 trabajadores) pertenecientes a la categoría de enfermería y el 34% (48 trabajadores) de la categoría de médicos; mientras que el 9% (14 trabajadores) laboraban en el turno Nocturno, siendo el 71% (10 trabajadores) personal médico y el 29% (4 trabajadores) personal de enfermería. (Ver Tabla 1).

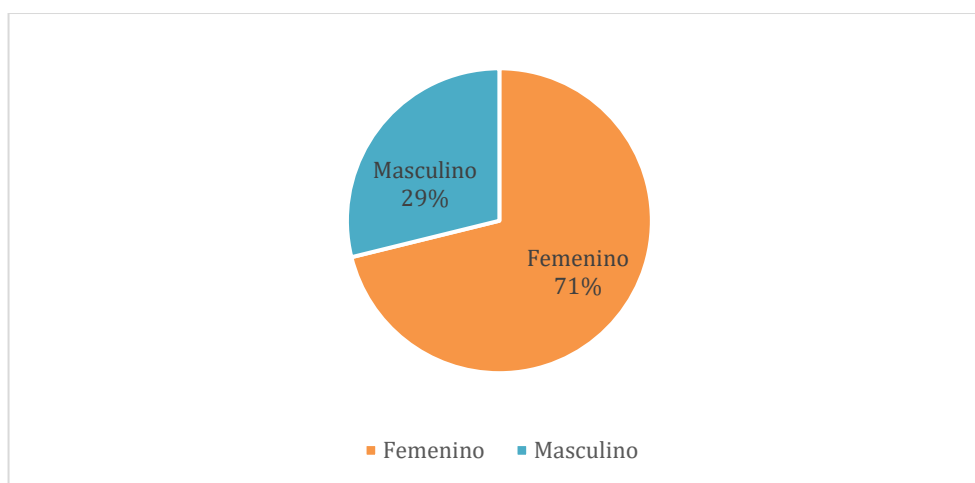
Tabla 1. Trabajadores según categoría laboral por tipo de jornada laboral.

		Categoría Laboral		Total	
		Médico	Enfermería		
Tipo de Jornada	Diurno	Recuento	48	94	142
		% del total	30.80%	60.30%	91.00%
		% del subtotal	33.80%	66.20%	100%
	Nocturno	Recuento	10	4	14
		% del total	6.40%	2.60%	9.00%
		% del subtotal	71.40%	28.60%	100%
Total	Recuento	58	98	156	
	% del total	37.20%	62.80%	100.00%	
	% del subtotal	37.20%	62.80%	100%	

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

De acuerdo con las características encontradas en el personal del HGZ No. 32, se observó un promedio de edad de 34 años con una desviación estándar (DE) ± 7.34 años, predominó el sexo femenino en un 71%, es decir 111 trabajadoras y el sexo masculino representó el 29%, es decir 45 trabajadores. En cuanto al estado civil pudimos observar que existe una mayor prevalencia de solteros con un 58% que representan un total de 91 trabajadores, seguido del estado civil de casados con un 38%, es decir 59 trabajadores, mientras que quienes tenían un estado de viudez representaron un 4%, es decir 6 trabajadores. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de sexo.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

El tipo de contratación predominante fue trabajadores de base en un 78.2% (122 trabajadores), seguido de trabajadores sustitutos en un 21.8% (34 trabajadores). La mediana de la antigüedad general en el Instituto fue de 4.0 años.

Del total de la población de estudio se calculó que el promedio de horas de sueño fue de 6.28 horas al día, con un mínimo de 4 y un máximo de 10 horas de sueño, encontrando que cerca del 70% de los trabajadores dormían entre 6 y 7 horas diarias.

Al analizar las enfermedades, encontramos que el 16% de la población estudiada (25 trabajadores), refirió tener algún padecimiento, de los cuales los padecimientos de tipo endocrino, nutricional y metabólicos fueron los de mayor prevalencia con un 52% con un total de 13 casos, seguido de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos con un 24% que fueron 6 casos, los trastornos mentales y del comportamiento un 20% correspondiente a 5 casos, y por último las enfermedades del sistema respiratorio con un 4% correspondiente a 1 caso, cabe mencionar que la mayoría de los trabajadores refirió no padecer enfermedades crónico degenerativas siendo un 84% (131 trabajadores) aparentemente sanos.

Los resultados arrojados en los instrumentos utilizados fueron los que a continuación se mencionan.

En cuanto a la presencia de Engagement encontramos que el 49 % del total de los encuestados, es decir 76 casos obtuvieron un puntaje alto (mayor a 4 puntos), mientras que el 31%, es decir 49 trabajadores arrojaron un resultado medio (3 puntos), el 14% (21 trabajadores) obtuvieron un nivel bajo en las encuestas de evaluación y finalmente el 6% de los trabajadores, es decir 10 casos, puntuaron un nivel muy alto para la presencia de engagement. Esto quiere decir que encontramos una mayor prevalencia de casos con puntaje alto en encuestas de evaluación de Engagement entre los participantes de los equipos de respuesta COVID. (Ver tabla 2).

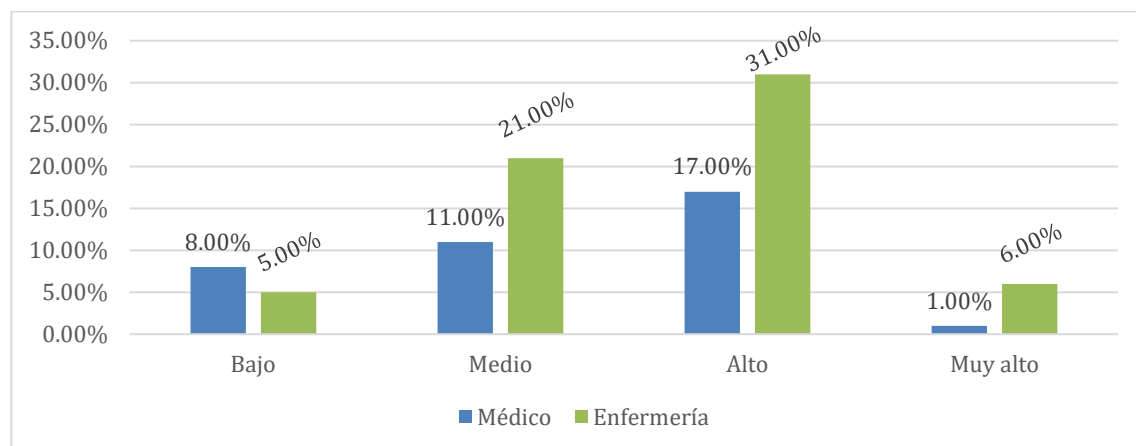
Dentro de la distribución de los resultados de Engagement por categoría laboral, podemos observar que el 31% de los trabajadores obtuvieron un nivel alto (49 casos) y pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 17% (27 casos) son parte de la categoría de médicos. (Ver Gráfico 2). Para poder observar el desglose de los resultados de Engagement encontrados de acuerdo con el papel que desempeñan en los equipos de respuesta COVID-19 se anexa la tabla correspondiente (Ver Tabla 3).

Tabla 2. Nivel de Engagement por categoría laboral.

		Categoría Laboral		Total	
		Médico	Enfermería		
Engagement	Bajo	Recuento	13	8	21
		% del total	8.3%	5.1%	13.5%
	Medio	Recuento	17	32	49
		% del total	10.9%	20.5%	31.4%
	Alto	Recuento	27	49	76
		% del total	17.3%	31.4%	48.7%
	Muy alto	Recuento	1	9	10
		% del total	0.6%	5.8%	6.4%
Total		Recuento	58	98	156
		% del total	37.2%	62.8%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Gráfico 2. Niveles de Engagement por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Tabla 3. Nivel de Engagement en integrantes de los equipos de respuesta COVID -19.

			Equipo de respuesta COVID-19				Total
			Equipo de soporte de auxiliar de enfermería genera	Equipo de soporte de enfermeras	Equipo médico de soporte	Líder de pirámide	
Nivel de Engagement	Bajo	Recuento	1	6	8	6	21
		% del total	0.6%	3.8%	5.1%	3.8%	13.5%
	Medio	Recuento	5	27	13	4	49
		% del total	3.2%	17.3%	8.3%	2.6%	31.4%
	Alto	Recuento	13	36	16	11	76
		% del total	8.3%	23.1%	10.3%	7.1%	48.7%
	Muy alto	Recuento	1	8	1	0	10
		% del total	0.6%	5.1%	0.6%	0.0%	6.4%
Total		Recuento	20	77	38	21	156
		% del total	12.8%	49.4%	24.4%	13.5%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

A continuación, se describirán los resultados encontrados por cada dimensión o subescala de Engagement, es decir Vigor, Dedicación y Absorción.

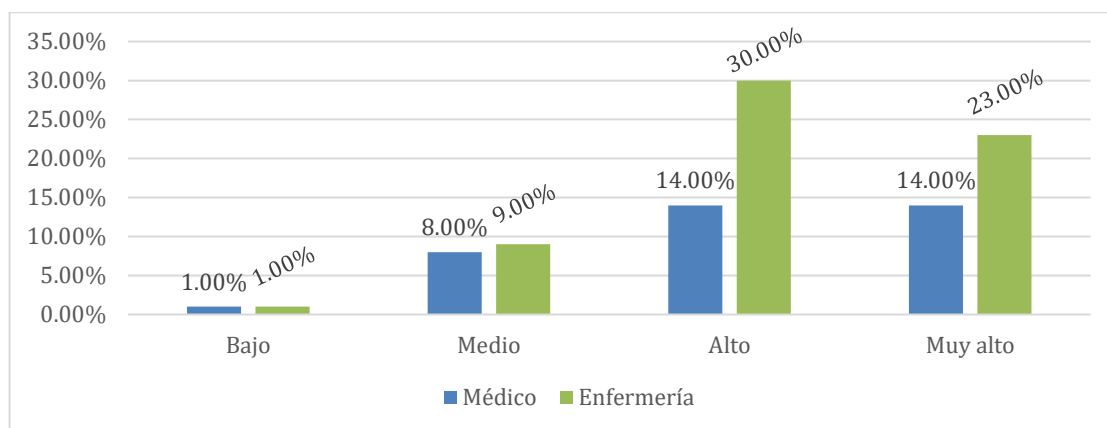
Al analizar la dimensión Vigor, se encontró que el 44% de la población puntuó en un nivel alto, es decir 68 de los 156 trabajadores de nuestra población estudio, mientras que el 37% equivalente a 58 trabajadores puntuó en un nivel muy alto, siguiendo el nivel medio con 17% que corresponden a 27 trabajadores, finalmente solo el 2% se puntuaron como bajos, es decir, solo 3 trabajadores. Al analizar la distribución de los resultados de la subescala de vigor por categoría laboral, podemos discriminar que el 30% de los trabajadores obtuvieron un nivel alto (47 casos) y pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 14% (21 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Tabla 4 y Gráfico 3).

Tabla 4. Nivel de Vigor por categoría laboral.

Nivel de Vigor	Categoría Laboral	Categoría Laboral		Total
		Médico	Enfermería	
Bajo	Recuento	2	1	3
	% del total	1.3%	0.6%	1.9%
Medio	Recuento	13	14	27
	% del total	8.3%	9.0%	17.3%
Alto	Recuento	21	47	68
	% del total	13.5%	30.1%	43.6%
Muy alto	Recuento	22	36	58
	% del total	14.1%	23.1%	37.2%
Total	Recuento	58	98	156
	% del total	37.2%	62.8%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Gráfico 3. Nivel de Vigor por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

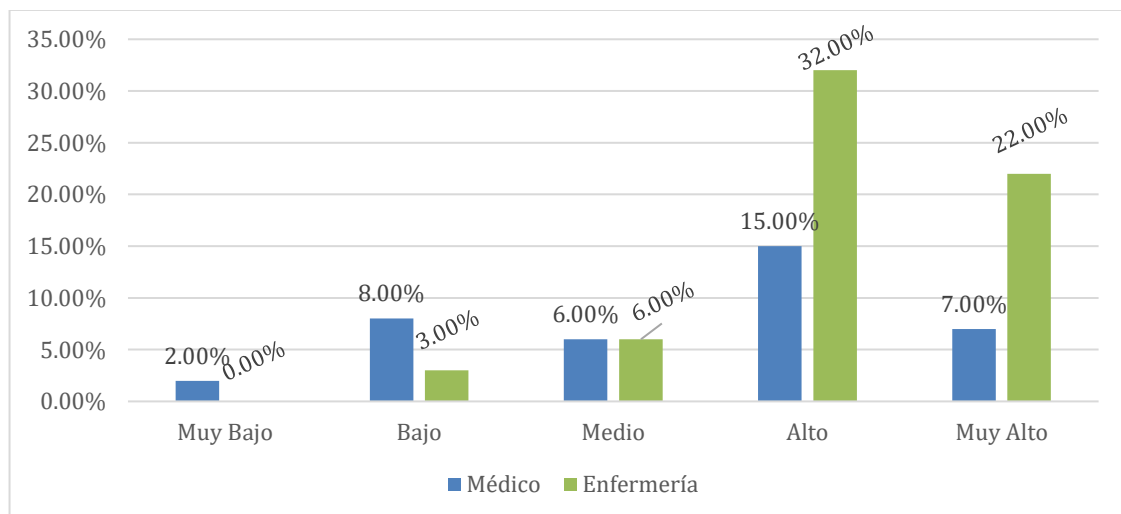
Cuando se analiza la dimensión Dedicación, encontramos que el 47% de la población puntuó en un nivel alto, es decir 73 de los 156 trabajadores de nuestra población estudio, mientras que el 29% equivalente a 45 trabajadores puntuó en un nivel muy alto, siguiendo el nivel medio con 12% que corresponde a 18 trabajadores, de forma similar el 11 % puntuaron con nivel bajo, es decir, 17 trabajadores, y con un 2% (3 trabajadores) con un nivel muy bajo. En la distribución de los resultados de la subescala de Dedicación por la categoría laboral, podemos discriminar que el 32% de los trabajadores tuvieron puntuación alta (50 casos) y, pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 15% (23 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Tabla 5 y Gráfico 4).

Tabla 5. Nivel de Dedicación por categoría laboral.

		Categoría Laboral		Total		
		Médico	Enfermería			
Nivel de Dedicación	Muy Bajo	Recuento	3	0	3	
		% del total	1.9%	0.0%	1.9%	
	Bajo	Recuento	12	5	17	
		% del total	7.7%	3.2%	10.9%	
	Medio	Recuento	9	9	18	
		% del total	5.8%	5.8%	11.5%	
	Alto	Recuento	23	50	73	
		% del total	14.7%	32.1%	46.8%	
	Muy Alto	Recuento	11	34	45	
		% del total	7.1%	21.8%	28.8%	
	Total		Recuento	58	98	156
			% del total	37.2%	62.8%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Gráfico 4. Nivel de Dedicación por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

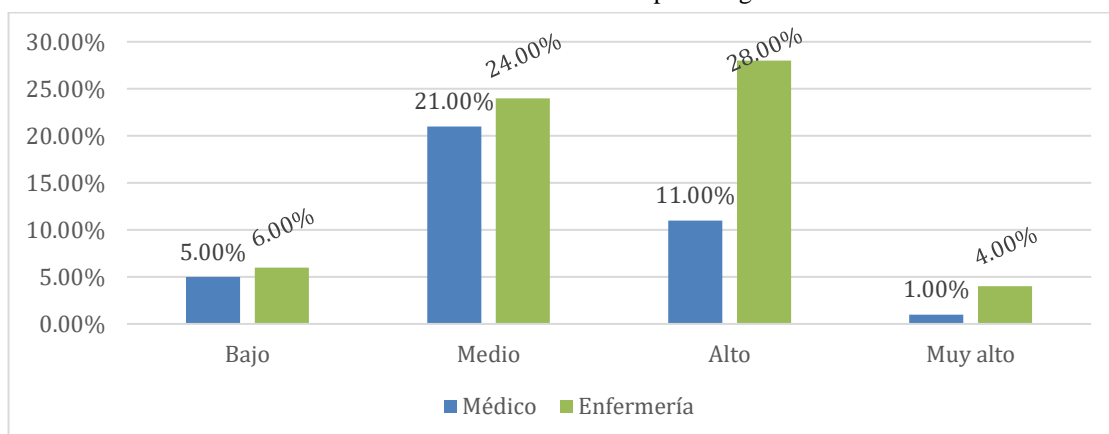
Cuando se analiza la dimensión Absorción, se encontró que el 44% de la población puntuó en un nivel medio, es decir 69 de los 156 trabajadores de nuestra población estudio, mientras que el 39% equivalente a 61 trabajadores puntuó en un nivel alto, siguiendo el nivel bajo con un 11% que corresponden a 17 trabajadores y con un 6%, es decir 9 trabajadores con un nivel muy alto. Observamos que la distribución de los resultados de la subescala de Dedicación por categoría laboral, encontramos que el 24% de los trabajadores con nivel medio (37 casos), pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 21% (32 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Tabla 6 y Gráfico 5).

Tabla 6. Nivel de Absorción por categoría laboral.

		Categoría Laboral		Total	
		Médico	Enfermería		
Nivel de Absorción	Bajo	Recuento	7	10	17
		% del total	4.5%	6.4%	10.9%
	Medio	Recuento	32	37	69
		% del total	20.5%	23.7%	44.2%
	Alto	Recuento	17	44	61
		% del total	10.9%	28.2%	39.1%
	Muy alto	Recuento	2	7	9
		% del total	1.3%	4.5%	5.8%
Total		Recuento	58	98	156
		% del total	37.2%	62.8%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Gráfico 5. Nivel de Absorción por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

En cuanto a la presencia de Burnout encontramos que el 83% de los trabajadores, es decir 130 casos, puntuaron un nivel medio para la presencia de Burnout, mientras que el 14 % del total de los encuestados, es decir 21 casos obtuvieron un nivel bajo (mayor a 4 puntos) y finalmente 3% (5 trabajadores) obtuvieron un nivel alto en las encuestas de evaluación. Esto quiere decir que encontramos una mayor prevalencia de casos con puntaje medio en encuestas de evaluación de Burnout entre los participantes de los equipos de respuesta COVID. (Ver Tabla 7).

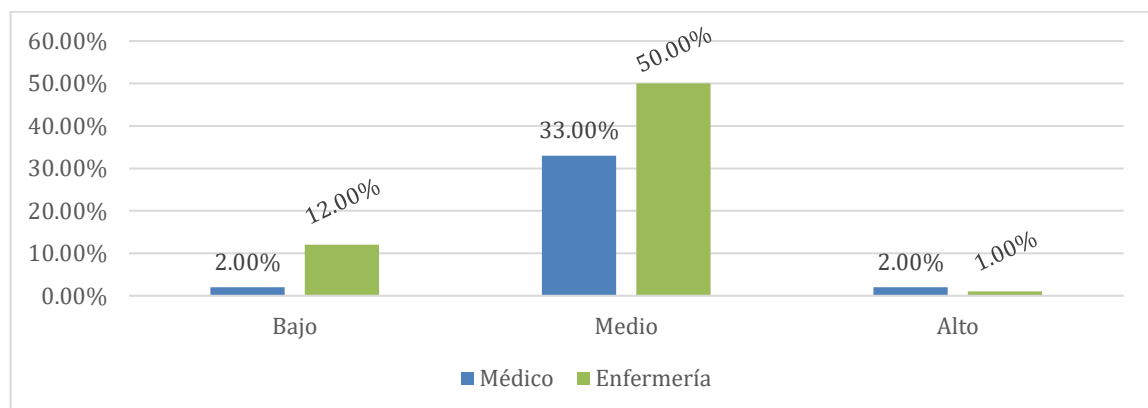
En cuanto a la distribución de los resultados de Burnout por categoría laboral, podemos discernir que el 50% de los trabajadores con nivel medio (78 casos), pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 33% (52 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Gráfico 6). Para poder observar el desglose de los resultados de Burnout encontrados de acuerdo con el papel que desempeñan en los equipos de respuesta COVID-19 se anexa la tabla correspondiente (tabla 8).

Tabla 7. Nivel de Burnout por categoría laboral.

		Categoría Laboral		Total	
		Médico	Enfermería		
Burnout	Bajo	Recuento	3	18	21
		% del total	1.9%	11.5%	13.5%
	Medio	Recuento	52	78	130
		% del total	33.3%	50.0%	83.3%
	Alto	Recuento	3	2	5
		% del total	1.9%	1.3%	3.2%
Total		Recuento	58	98	156
		% del total	37.2%	62.8%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Gráfico 6. Nivel de Burnout por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Tabla 8. Nivel de Burnout en integrantes de equipos de respuesta COVID -19.

			Papel en la Pirámide				Total
			Equipo de soporte de auxiliar de enfermería genera	Equipo de soporte de enfermeras	Equipo médico de soporte	Líder de pirámide	
Burnout	Bajo	Recuento	2	16	2	1	21
		% del total	1.3%	10.3%	1.3%	0.6%	13.5%
	Medio	Recuento	18	59	35	18	130
		% del total	11.5%	37.8%	22.4%	11.5%	83.3%
	Alto	Recuento	0	2	1	2	5
		% del total	0.0%	1.3%	0.6%	1.3%	3.2%
Total		Recuento	20	77	38	21	156
		% del total	12.8%	49.4%	24.4%	13.5%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

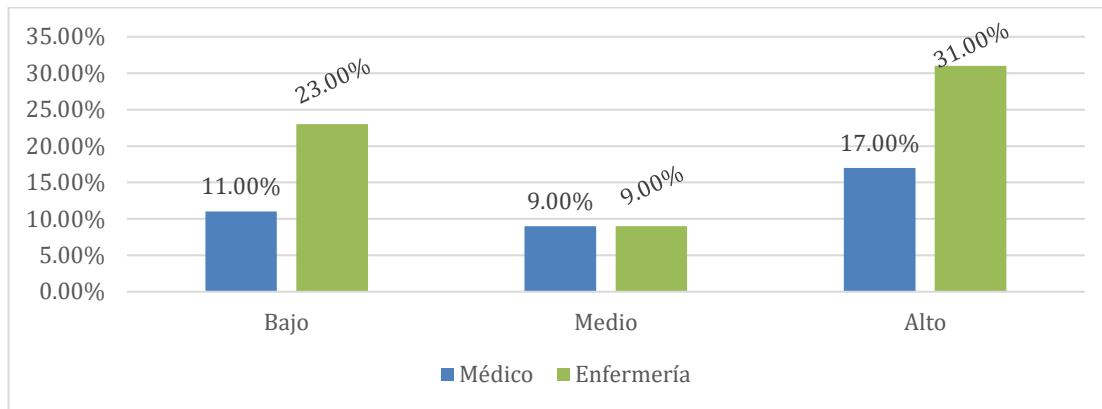
Al analizar la dimensión Agotamiento, se encontró que el 48% de la población puntuó en un nivel alto, es decir 75 de los 156 trabajadores de nuestra población estudio, mientras que el 34% equivalente a 53 trabajadores puntuó en un nivel bajo y con un nivel medio el 18% es decir, 28 trabajadores. En cuanto a la distribución de los resultados de la dimensión de Agotamiento por categoría laboral, se puede observar que el 31% de los trabajadores con la puntuación alta (48 casos), pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 17% (27 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Tabla 9 y Gráfico 7).

Tabla 9. Nivel de Agotamiento por categoría laboral.

			Categoría Laboral		Total
			Médico	Enfermería	
Nivel de Agotamiento	Bajo	Recuento	17	36	53
		% del total	10.9%	23.1%	34.0%
	Medio	Recuento	14	14	28
		% del total	9.0%	9.0%	17.9%
	Alto	Recuento	27	48	75
		% del total	17.3%	30.8%	48.1%
Total		Recuento	58	98	156
		% del total	37.2%	62.8%	100.0%

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Gráfico 7. Nivel de Agotamiento por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

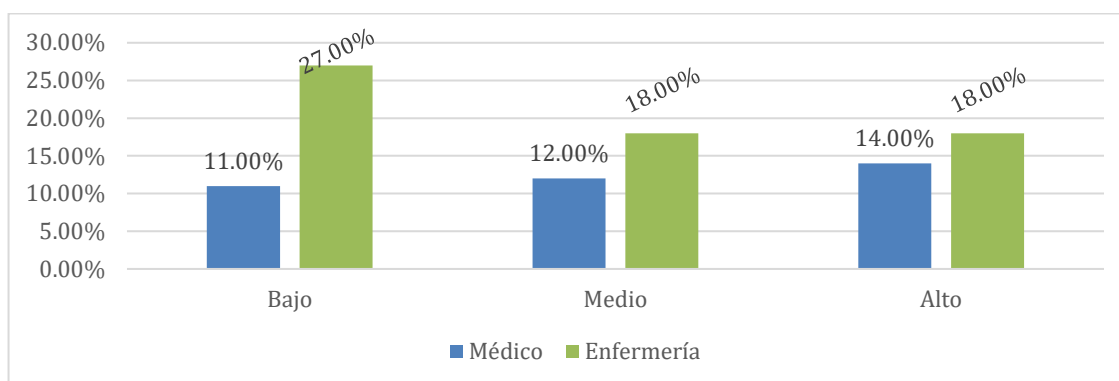
Dentro de la siguiente dimensión denominada Despersonalización, se encontró que el 38% de la población puntuó en un nivel bajo, es decir 59 de los 156 trabajadores de nuestra población estudio, mientras que el 32% equivalente a 50 trabajadores puntuó en un nivel alto y con un nivel medio el 30% es decir, 47 trabajadores. Al observar la distribución de los resultados de la dimensión de Despersonalización dependiendo la categoría laboral, podemos discernir que el 27% de los trabajadores con un nivel bajo (42 casos), pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 11% (17 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Tabla 10 y Gráfico 8).

Tabla 10. Nivel de Despersonalización por categoría laboral.

		Categoría Laboral		Total	
		Médico	Enfermería		
Nivel de Despersonalización	Bajo	Recuento	17	42	59
		% del total	10.9%	26.9%	37.8%
	Medio	Recuento	19	28	47
		% del total	12.2%	17.9%	30.1%
	Alto	Recuento	22	28	50
		% del total	14.1%	17.9%	32.1%
Total	Recuento	58	g	156	
	% del total	37.2%	62.8%	100.0%	

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Gráfico 8. Nivel de Despersonalización por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

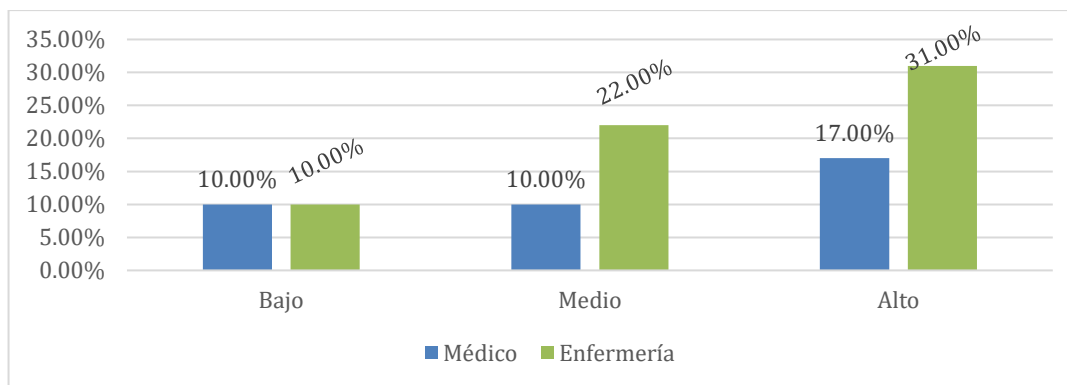
Como resultados de la dimensión de Realización Personal, se encontró que el 48% de la población puntuó en un nivel alto, es decir 75 de los 156 trabajadores de nuestra población estudio, mientras que el 31% equivalente a 49 trabajadores puntuó en un nivel medio y con un nivel bajo el 21% es decir, 32 trabajadores. Al observar la distribución de los resultados de la dimensión de Realización Personal por categoría laboral, podemos discernir que el 31% de los trabajadores con la puntuación alta (48 casos) pertenecen a la categoría de enfermería, mientras que el 17% (27 casos) son parte de la categoría de médicos (Ver Tabla 11 y Gráfico 9).

Tabla 11. Nivel de Realización personal por categoría laboral.

		Categoría Laboral		Total	
		Médico	Enfermería		
Nivel de Realización Personal	Bajo	Recuento	16	16	32
		% del total	10.3%	10.3%	20.5%
	Medio	Recuento	15	34	49
		% del total	9.6%	21.8%	31.4%
	Alto	Recuento	27	48	75
		% del total	17.3%	30.8%	48.1%
Total	Recuento	58	98	156	
	% del total	37.2%	62.8%	100.0%	

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Gráfico 9. Nivel de Realización personal por categoría laboral.



Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”.

Se utilizó la prueba de correlación de Spearman para medir la fuerza y dirección de asociación, (ver tablas 12 y 13), se realizaron análisis preliminares para asegurar que no hubiese violaciones en los presuntos de linealidad y de homocedasticidad, los análisis revelaron que los niveles de Agotamiento emocional tuvieron una fuerte correlación positiva con la presencia de Burnout ($N(98) = 0.841$; $p < .001$ y $N(58) = 0.881$; $p < .001$) en personal de enfermería y personal médico respectivamente. De manera similar, en los niveles de Despersonalización o cinismo se encontró una fuerte correlación positiva con la presencia de Burnout ($N(98) = 0.479$; $p < .001$ y $N(58) = 0.551$; $p < .001$) en personal de enfermería y personal médico respectivamente.

Mientras que el análisis mostró que los niveles de Vigor se correlacionaron de manera fuertemente positiva con la presencia de Engagement ($N(98) = 0.727$; $p < .001$ y $N(58) = 0.774$; $p < .001$) en personal de enfermería y personal médico respectivamente. A su vez esta misma dirección de correlación fuerte y positiva se encontró con los niveles de Dedicación con la presencia de Engagement ($N(98) = 0.701$; $p < .001$ y $N(58) = 0.877$; $p < .001$) en personal de enfermería y personal médico respectivamente. Y de manera correspondiente el dominio de absorción con la presencia de Engagement mostró una fuerte correlación positiva ($N(98) = 0.672$; $p < .001$ y $N(58) = 0.740$; $p < .001$) en personal de enfermería y personal médico respectivamente. En tanto que se observó que la presencia de Engagement tenía una correlación negativa débil con la presencia de Burnout ($N(98) = -0.218$; $p < .001$) en personal de enfermería. El dominio Vigor fue el que se encontró asociado de manera negativa y fuerza media con la presencia de Burnout en ambas poblaciones, ($N(98) = -0.414$; $p < .001$ y $N(58) = -0.265$; $p < .001$) en personal de enfermería y personal médico respectivamente.

Tabla 12. Correlaciones de las dimensiones de Engagement y Burnout en personal de Enfermería.

Categoría Laboral			Subescala Vigor	Subescala Vigor	Subescala Absorción	Resultado Total Engagement	Subescala Agotamiento	Subescala Despersonalización	Subescala Realización Personal	Resultado Total Burnout		
Enfermería	Rho de Spearman	Subescala Vigor	Coefficiente de correlación	1.000	.718**	.448**	.727**	-.462**	-.405**	.387**	-.414**	
			Sig. (bilateral)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
		Subescala Dedicación	Coefficiente de correlación	.718**	1.000	.431**	.701**	-.343**	-.252*	.459**		-0.198
			Sig. (bilateral)	0.000		0.000	0.000	0.001	0.012	0.000	0.000	0.051
		Subescala Absorción	Coefficiente de correlación	.448**	.431**	1.000	.672**	-0.162	-0.052	0.072		-0.068
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000		0.000	0.110	0.613	0.483		0.505
		Resultado Total Engagement	Coefficiente de correlación	.727**	.701**	.672**	1.000	-.258*	-.405**	.420**		-.218**
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000		0.010	0.000	0.000		0.031
		Subescala Agotamiento	Coefficiente de correlación	-.462**	-.343**	-0.162	-.258*	1.000	.235*	-0.165		.881**
			Sig. (bilateral)	0.000	0.001	0.110	0.010		0.020	0.105		0.000
		Subescala Despersonalización	Coefficiente de correlación	-.405**	-.252*	-0.052	-.405**	.235*	1.000	-.409**		.479**
			Sig. (bilateral)	0.000	0.012	0.613	0.000	0.020		0.000		0.000
		Subescala Realización Personal	Coefficiente de correlación	.387**	.459**	0.072	.420**	-0.165	-.409**	1.000		-0.001
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.483	0.000	0.105	0.000			0.991
		Resultado Total Burnout	Coefficiente de correlación	-.414**	-0.198	-0.068	-.218**	.881**	.479**	-0.001		1.000
			Sig. (bilateral)	0.000	0.051	0.505	0.031	0.000	0.000	0.991		
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).												
* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).												
Tamaño de efecto grande $\geq 0,5$ a 1.0												
Tamaño de efecto pequeño moderado $\geq 0,3$ a 0.49												
Tamaño de efecto pequeño $\geq 0,1$ a 0.29												

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

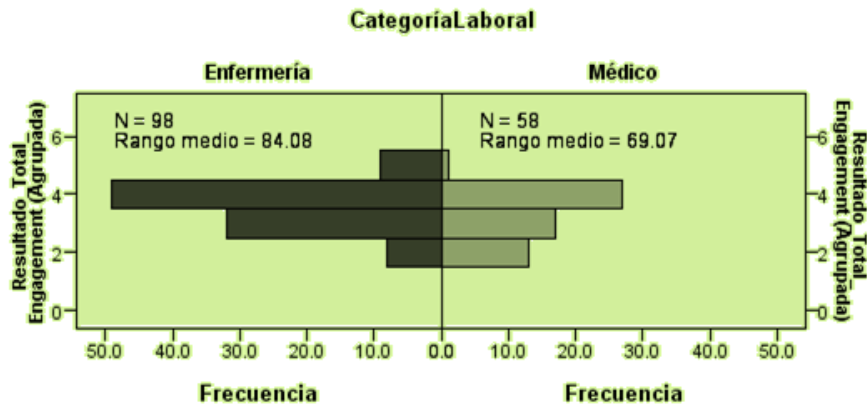
Tabla 13. Correlaciones de las dimensiones de Engagement y Burnout en personal médico.

Categoría Laboral			Subescala Vigor	Subescala Dedicación	Subescala Absorción	Resultado Total Engagement	Subescala Agotamiento	Subescala Despersonalización	Subescala Realización Personal	Resultado Total Burnout		
Médico	Rho de Spearman	Subescala Vigor	Coefficiente de correlación	1.000	.722**	.657**	.774**	-.588**	-0.097	.653**	-.265*	
			Sig. (bilateral)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.468	0.000	0.044	
		Subescala Dedicación	Coefficiente de correlación	.722**	1.000	.564**	.877**	-.578**	-.262*	.535**		-.364**
			Sig. (bilateral)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.047	0.000		0.005
		Subescala Absorción	Coefficiente de correlación	.657**	.564**	1.000	.740**	-.351**	0.047	.532**		0.008
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000		0.000	0.007	0.725	0.000		0.955
		Resultado Total Engagement	Coefficiente de correlación	.774**	.877**	.740**	1.000	-.528**	-0.105	.564**		-0.220
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.433	0.000		0.097
		Subescala Agotamiento	Coefficiente de correlación	-.588**	-.578**	-.351**	-.528**	1.000	.312*	-.434**		.847**
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.007	0.000		0.017	0.001		0.000
		Subescala Despersonalización	Coefficiente de correlación	-0.097	-.262*	0.047	-0.105	.312*	1.000	-.362**		.551**
			Sig. (bilateral)	0.468	0.047	0.725	0.433	0.017		0.005		0.000
		Subescala Realización Personal	Coefficiente de correlación	.653**	.535**	.532**	.564**	-.434**	-.362**	1.000		-0.150
			Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.005			0.261
		Resultado Total Burnout	Coefficiente de correlación	-.265*	-.364**	0.008	-0.220	.847**	.551**	-0.150		1.000
			Sig. (bilateral)	0.044	0.005	0.955	0.097	0.000	0.000	0.261		
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).												
* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).												
Tamaño de efecto grande $\geq 0,5$ a 1.0												
Tamaño de efecto pequeño moderado $\geq 0,3$ a 0.49												
Tamaño de efecto pequeño $\geq 0,1$ a 0.29												

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Mediante la prueba de U de Mann Whitney, se observó diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de Engagement para el personal de enfermería (Md = 4) y el personal médico (Md = 3), $U = 3,389.000$, $z = 2.175$, $p = <.05$, $r = 0.17$, como se observa en el gráfico 10.

Gráfico 10. Prueba U de Mann-Whitney, presencia de Engagement por categoría laboral.



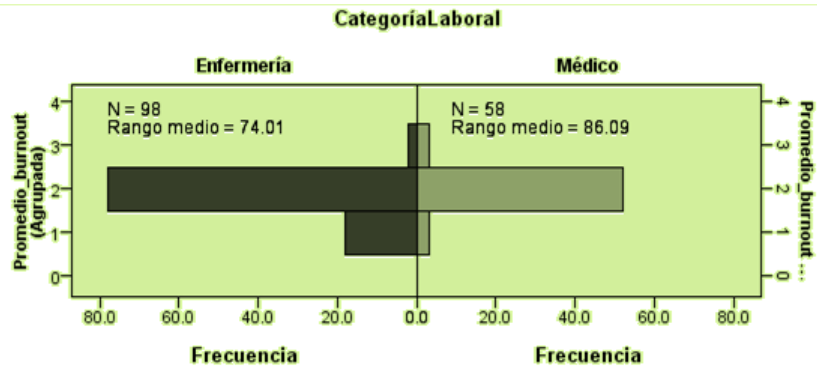
N total	156
U de Mann-Whitney	3,389.000
W de Wilcoxon	8,240.000
Estadístico de contraste	3,389.000
Error estándar	251.523
Estadístico de contraste estandarizado	2.175
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.030

Mediana	
Categoría Laboral	Nivel de Engagement
Médico	3.00
Enfermería	4.00
Total	4.00

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Con la prueba de U de Mann Whitney se observó diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de Burnout para el personal de enfermería (Md =3) y el personal médico (Md = 3), U= 2,402.000, z= -2.493, p = <.05, r = 0.19, cómo se observa en el gráfico 11.

Gráfico 11. Prueba U de Mann-Whitney, presencia de Burnout por categoría laboral.



N total	156
U de Mann-Whitney	2,402.000
W de Wilcoxon	7,253.000
Estadístico de contraste	2,402.000
Error estándar	176.486
Estadístico de contraste estandarizado	-2.493
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.013

Mediana

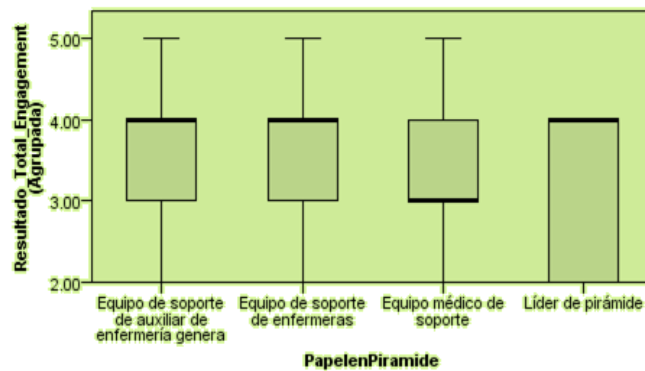
Categoría Laboral	Burnout
Médico	3.00
Enfermería	3.00
Total	3.00

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

A través de la prueba de Jonckheere-Terpstra, se observó diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de Engagement para el personal perteneciente al equipo de soporte auxiliar de enfermería general (Md = 4), el equipo de soporte de enfermeras (Md = 4), el personal del equipo médico de soporte (Md = 3), y los médicos líderes de pirámide (Md = 4), = 3,351.500, z= - 2.435, p =

<.05, $r = 0.19$. Además, reveló que existe una diferencia estadísticamente significativa en las mediciones de Engagement y los trabajadores pertenecientes al Equipo de Respuesta COVID-19 (equipo de soporte auxiliar de enfermería general, $n = 20$; equipo de soporte de enfermeras, $n = 77$; equipo médico de soporte, $n = 38$; líder de pirámide, $n=21$), $X^2 (-2.435, n= 156) = 3,351.500$, $p = <.05$. El equipo de soporte auxiliar de enfermería general, el equipo de soporte de enfermeras, y los líderes de pirámide fueron quienes obtuvieron el puntaje más alto de Engagement. (Ver Gráfico 12)

Gráfico 12. Prueba Jonckheere-Terpstra, presencia de Engagement en integrantes del equipo de respuesta COVID-19.



N total	156
Estadístico de contraste	3,351.500
Error estándar	278.811
Estadístico de contraste estandarizado	-2.435
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.015

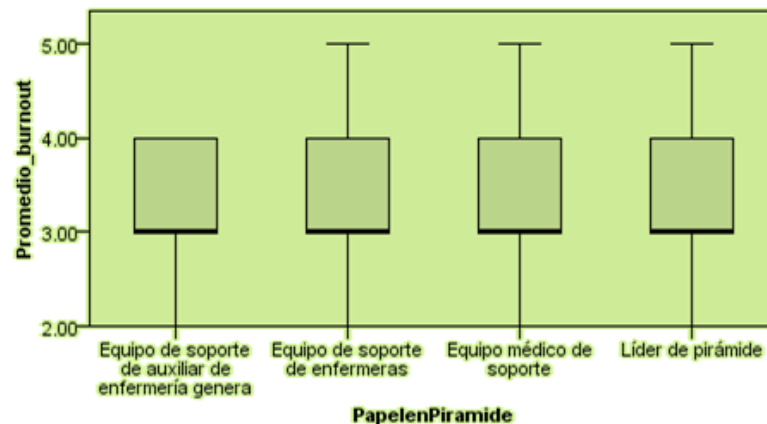
Mediana

Equipos de respuesta COVID -19	Engagement
Equipo de soporte de auxiliar de enfermería genera	4.00
Equipo de soporte de enfermeras	4.00
Equipo médico de soporte	3.00
Líder de pirámide	4.00
Total	4.00

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Se exploró los resultados Burnout entre los integrantes de la pirámide de trabajo con la prueba de Kruskal-Wallis encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas, $X^2(3, n= 156) = 1.700$, $p = .637$. El rango de Burnout que se registró tuvo igual valor en los cuatro grupos. (Ver Gráfico 13)

Gráfico 13. Prueba Kruskal-Wallis, presencia de Burnout en integrantes del equipo de respuesta COVID-19.



N total	156
Estadístico de contraste	1.700
Grados de libertad	3
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.637

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

Mediana	
Equipos de respuesta COVID-19	Burnout
Equipo de soporte de auxiliar de enfermería genera	3.00
Equipo de soporte de enfermeras	3.00
Equipo médico de soporte	3.00
Líder de pirámide	3.00
Total	3.00

Fuente: Base de datos del estudio “Engagement y Burnout en Equipos de Respuesta COVID-19, durante la pandemia por COVID-19 en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica”

Adicionalmente se realizó la tasa de prevalencia del Engagement y Burnout, donde se encontró lo siguiente:

$$\begin{array}{r} \text{Engagement nivel alto} \\ \text{y muy alto en enfermería} \end{array} \frac{58}{98} \times 100.000 = 59 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

$$\begin{array}{r} \text{Engagement nivel alto} \\ \text{y muy alto en médicos} \end{array} \frac{28}{58} \times 100.000 = 48 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

Donde podemos observar que el número de casos de Engagement en nivel alto y muy alto es mayor en personal de enfermería.

$$\begin{array}{r} \text{Engagement nivel medio} \\ \text{y bajo en enfermería} \end{array} \frac{40}{98} \times 100.000 = 40 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

$$\begin{array}{r} \text{Engagement nivel medio} \\ \text{y bajo en médicos} \end{array} \frac{30}{58} \times 100.000 = 51 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

Mientras que el número de casos de Engagement en nivel medio y bajo es mayor en personal de médico.

$$\begin{array}{r} \text{Burnout nivel alto} \\ \text{en enfermería} \end{array} \frac{2}{98} \times 100.000 = 2 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

$$\begin{array}{r} \text{Burnout nivel alto} \\ \text{en médicos} \end{array} \frac{3}{58} \times 100.000 = 5 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

En cuanto a lo analizado, se observó que el número de casos de Burnout en nivel alto es mayor en personal de médico.

$$\begin{array}{r} \text{Burnout nivel medio y} \\ \text{bajo en enfermería} \end{array} \frac{80}{98} \times 100.000 = 81 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

$$\begin{array}{r} \text{Burnout nivel medio y} \\ \text{bajo en médicos} \end{array} \frac{55}{58} \times 100.000 = 94 \text{ casos} \times \frac{100}{\text{personas}}$$

Mientras que el número de casos de Burnout en nivel medio y bajo es mayor en personal de médico.

Finalmente para explicar la contribución explicativa de las distintas variables en un modelo de regresión realizamos una prueba de regresión múltiple estándar, para intentar predecir que tanto las variables independientes intervenían en los resultados globales tanto de Engagement como de Burnout, se llevaron a cabo análisis preliminares para asegurar que no hubiese violación en las presuntos de normalidad, linealidad y homocedasticidad, encontrando que al intentar construir un modelo de regresión múltiple con distintas variables sociodemográficas estudiadas no se alcanzó una R cuadrada ajustada significativa, es decir que las distintas variables sociodemográficas estudiadas no influyen o influyen débilmente en los resultados globales de Engagement y Burnout.

Posterior al análisis de los resultados, se informó por correo electrónico a los participantes que así lo solicitaron el resultado de los instrumentos aplicados y se les invito a acudir al área de psicología para su atención.

Este estudio se realizó mientras México se encontraba con una menor incidencia de casos nuevos por la COVID-19, de acuerdo con la curva epidémica descendente (39), que se había mantenido durante 4 meses previos al momento de recolección de los datos.

DISCUSIÓN

A través de este estudio, se identificaron niveles altos y muy altos de Engagement en un 55.1% de los integrantes de los equipos de respuesta COVID-19 mientras que los niveles altos de Burnout fueron de 3.2%, tendencia similar a la encontrada en el estudio realizado por Meynaar 2021, que empleó los cuestionarios MBI y UWES-15 en personal de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de los Países Bajos, donde encontró que el 38.9% de este personal tenía niveles altos de Engagement y el 8% niveles altos de Burnout, lo que muestra una correlación negativa entre ambas entidades, fenómeno que refleja la capacidad de afrontamiento por parte del personal sanitario estudiado frente a situaciones que implican una alta responsabilidad en la toma de decisiones complejas. (40).

Se observó que la tasa de prevalencia de Engagement fue mayor en el personal de enfermería con 59 casos por cada 100 personas, frente a los 48 casos por 100 personas pertenecientes al personal médico, mientras que la tasa de prevalencia de Burnout fue casi el doble en el personal médico con 5 casos por 100 personas comparado con 2 casos por 100 personas, del personal de enfermería, datos que al momento no han sido posible comparar con otras poblaciones, debido a que no hay estudios que reporten esta medida de análisis como lo hizo este estudio.

Se encontró que a pesar de que no existía un alto porcentaje de casos con presencia de Burnout (3.2%) se observó que la dimensión de Agotamiento puntuó con un nivel alto en el 48% de los participantes pese a que la prevalencia del Engagement fue del 55.1%, que de manera concordante con Prins 2010 (41) observó este comportamiento en residentes de medicina, donde los niveles los bajos niveles de Burnout (6%) también mostraron niveles altos de Agotamiento en un 30% pese a que la prevalencia de Engagement fuera del 32%, lo que revela que el tener una mayor prevalencia de Engagement no implica necesariamente protección contra el Agotamiento, una de las dimensiones del Burnout. A pesar de ello el personal médico y de enfermería perteneciente a los equipos de respuesta COVID-19 mostró niveles altos de Realización Personal en un 48%, de manera similar como ha mostrado el estudio de Barello et al 2020 donde se encontró niveles altos de Realización Personal en el 53.2 % dentro de una población de profesionales de la salud en Italia a pesar de que mostraron un 37% de prevalencia de Agotamiento, por lo que esta dimensión evaluada dentro del Burnout sí puede considerarse como un factor atenuante de Burnout (42).

No se encontró que existiera una asociación significativa entre las variables sociodemográficas exploradas en este estudio con la presencia o ausencia de Engagement y Burnout, tal como Prins 2010 mostró al buscar una asociación que obtuvo diferencias no significativas entre las subescalas de Burnout y Engagement con la edad o los años de antigüedad, por mencionar algunas de las variables sociodemográficas coincidentes. Sin embargo, si encontró diferencias en cuanto a la especialidad médica a la cual pertenecían los médicos residentes de su estudio, que mostraron que las especialidades quirúrgicas influían para obtener una puntuación más alta en los niveles de vigor, absorción y dedicación, comparadas con especialidades médicas.

CONCLUSIÓN

Se obtuvo una prevalencia de Engagement superior a la de Burnout en la población sanitaria del hospital en estudio, sin embargo hay que reconocer que una de las principales limitaciones de este estudio implica que no puede ser una representación nacional de todo el personal de salud y que es probable que los resultados puedan variar posterior al término de este estudio, puesto que el comportamiento de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2 se ha ido incrementando nuevamente debido a las diferentes variantes moleculares que se han establecido en territorio nacional.

Este estudio muestra la necesidad de seguir investigando la presencia de estos fenómenos en diversos escenarios para valorar el comportamiento ante diversas situaciones, así como la recomendación de emplear instrumentos que permitan valorar las condiciones personales, sociales y laborales que puedan influir, para que una vez encontrados se evalúe su asociación y permita generar programas que promuevan el Engagement y prevengan el Burnout.

Por último, se recomienda que la organización evalúe el equilibrio entre las demandas que imponen al personal de salud y los recursos proporcionados para mantener un compromiso productivo y con satisfacción laboral, estrategias que benefician a las organizaciones al disminuir la rotación de personal y mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso [Internet]. Globalhealthsciences.ucsf.edu. 2021. Available from: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
2. Mendoza-Popoca CÚ, Suárez-Morales M. Reversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Rev Mex Anest.* 2020;43(2):151-156. doi:10.35366/92875.
3. Guía para la preparación y respuesta ante la epidemia de COVID-19 en el IMSS. 2020.
4. Documentos Lineamientos Reversión Hospitalaria [Internet]. Coronavirus.gob.mx. 2021. Available from: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reversion-Hospitalaria.pdf>
5. Stehman C, Testo Z, Gershaw R, Kellogg A. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *Western Journal of Emergency Medicine.* 2019;20(3):485-494.
6. Plan Covid Imss 2020 [Internet]. Calameo.com. Available from: <https://es.calameo.com/read/003770921abec2f80aebf>
7. Hernandez-Vargas CI, Llorens-Gumbau S, Rodriguez-Sanchez AM, Dickinson-Bannack ME. Validación de la escala UWES-9 en profesionales de la salud en México. *Pensam Psicol* [Internet]. 2016;14(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi14-2.veup>
8. Schaufeli WB, Salanova M, González-romá V, Bakker AB. *J Happiness Stud.* 2002;3(1):71–92.
9. Barreiro CA, Treglown L. What makes an engaged employee? A facet-level approach to trait emotional intelligence as a predictor of employee engagement. *Pers Individ Dif.* 2020;159(109892):109892.

10. Salanova, M.; Martínez, I.M. y Llorens, S. *Psicología Organizacional Positiva*. Madrid. Pearson Prentice Hall; 2005: 349-376.

11. Gallup. Gallup. [Online]. Available from: <https://nicolascordier.files.wordpress.com/2014/04/gallup-worldwide-report-on-engagement-2013.pdf> [Accessed 12 August 2020].

12. Chandani A, Mehta M, Mall A, Khokhar V. Employee engagement: A review paper on factors affecting employee engagement. *Indian J Sci Technol* [Internet]. 2016;9(15). Available from: <http://dx.doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i15/92145>

13. Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. Test manual for the Utrecht Work Engagement Scale. *Utrecht University*. 2003.

14. Gallup. *Q12® Meta-Analysis. The relationship between engagement at work and organizational outcomes*. <https://employeeengagement.com/wp-content/uploads/2013/04/2012-Q12-Meta-Analysis-Research-Paper.pdf> (accessed).

15. Sakuraya A, Shimazu A, Imamura K, Kawakami N. Effects of a job crafting intervention program on work engagement among Japanese employees: A randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2020; 11:235.

16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397– 422.

17. C Carlin, Maicon, Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique J., El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología* [Internet]. 2010;26(1):169-180. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713758020>

18. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000. WHO | Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. 2019 [cited 2020

Aug 12]; Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

19. Harolds JA. Quality and safety in healthcare, part LV: Leadership to prevent burnout and increase joy: Leadership to prevent burnout and increase joy. *Clin Nucl Med*. 2020;45(2):123–4.
20. Somavía J. El trabajo decente. Una lucha por la dignidad humana. 2014c [cited 2020 Aug 12]; Available from: https://www.ilo.org/santiago/publicaciones/WCMS_380833/lang--es/index.htm
21. Vargas JDP, Bri VS, Segura MCN, Al A. Creencias irracionales, Síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones/ Irrational beliefs, workaholism and Burnout Syndrome inside organizations. *PSICOGENTE* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 12];19(35). Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1392>
22. Martínez Pérez, Anabella, El Síndrome De Burnout. Evolución Conceptual Y Estado Actual De La Cuestión. *Vivat Academia* [Internet]. 2010; (112):42-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>
23. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. 2001;16(5):501–10.
24. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav*. 1988;9(4):297–308.
25. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How essential is to focus on physician's health and burnout in Coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus*. 2020;12(4): e7538.
26. Dyrbye LN, Clinch M, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, et al. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM perspect* [Internet]. 2017;7(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.31478/201707b>
27. Zapf D, Seifert C, Schmutte B, Mertini H, Holz M. Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychol Health*. 2001;16(5):527–45.

28. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Johnson PO, Johnson LA, Satele D, West CP. A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nurs.* 2019;18(1):57.
29. Ferraro L, La Cascia C, De Santis A, Sideli L, Maniaci G, Orlando IM, et al. A cross-sectional survey on burnout prevalence and profile in the Sicilian population of ambulance driver-rescuers. *Prehosp Disaster Med.* 2020;35(2):133–40.
30. Knox M, Willard-Grace R, Huang B, Grumbach K. Maslach Burnout Inventory, and a self-defined, single-item burnout measure produce different clinician and staff burnout estimates. *J Gen Intern Med.* 2018;33(8):1344–51.
31. Hours worked. Employment. OECD; 2017.
32. Yu J, Zou F, Sun Y. Job satisfaction, engagement, and burnout in the population of orthopedic surgeon and neurosurgeon trainees in mainland China. *Neurosurg Focus.* 2020;48(3): E3.
33. Contreras Quevedo Carlos Alberto. Determinación del nivel de Engagement laboral en trabajadores de una planta de producción de petróleo y gas costa afuera en México. *Cienc Trab.* [Internet]. 2015 abr [citado 2020 Ago 12]; 17(52): 37-42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100008>.
34. H Dirección General de Repositorios Universitarios, Universidad Nacional Autónoma de México. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. Unam.mx. Universidad Nacional Autónoma de México; 2019 [cited 2020 Aug 12]. Available from: https://repositorio.unam.mx/contenidos/compromiso-laboral-engagement-y-b-de-desgaste-ocupacional-burnout-en-una-muestra-de-trabajadores-del-stc-metr-461168?c=4A0KAw&d=false&q=*&i=2&v=1&t=search_0&as=0
35. Langseth-Eide B. It's been a hard day's night and I've been working like a dog: Workaholism and work engagement in the JD-R model. *Front Psychol.* 2019; 10:1444.

36. Correlation between Work Engagement and Burnout among Registered Nurses: an Italian hospital survey. *Professioni infermieristiche*. 2019; 72:42-49.
37. Meynaar I, Ottens T, Zegers M, van Mol M, van der Horst I. Burnout, resilience, and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2021; 62:1-5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944120307644>
38. Aranda Beltrán Carolina, Pando Moreno Manuel, Salazar Estrada José Guadalupe. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2016; 32(2): 218-227. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005&lng=es
39. Coordinación de la Investigación Científica [Internet]. COVID -19 Monitoreo de la situación por municipios. 2021 [cited 1 July 2021]. Available from: <https://covid19.ciga.unam.mx/apps/covid-19-monitoreo-de-la-situaci%C3%B3n-por-municipios/explore>
40. Meynaar I, Ottens T, Zegers M, van Mol M, van der Horst I. Burnout, resilience and work engagement among Dutch intensivists in the aftermath of the COVID-19 crisis: A nationwide survey. *Journal of Critical Care*. 2021;62:1-5.
41. Prins J, Hoekstra-Weebers J, Gazendam-Donofrio S, Dillinger G, Bakker A, Huisman M et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*. 2010;44(3):236-247.
42. Barelo S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020;290:113129.

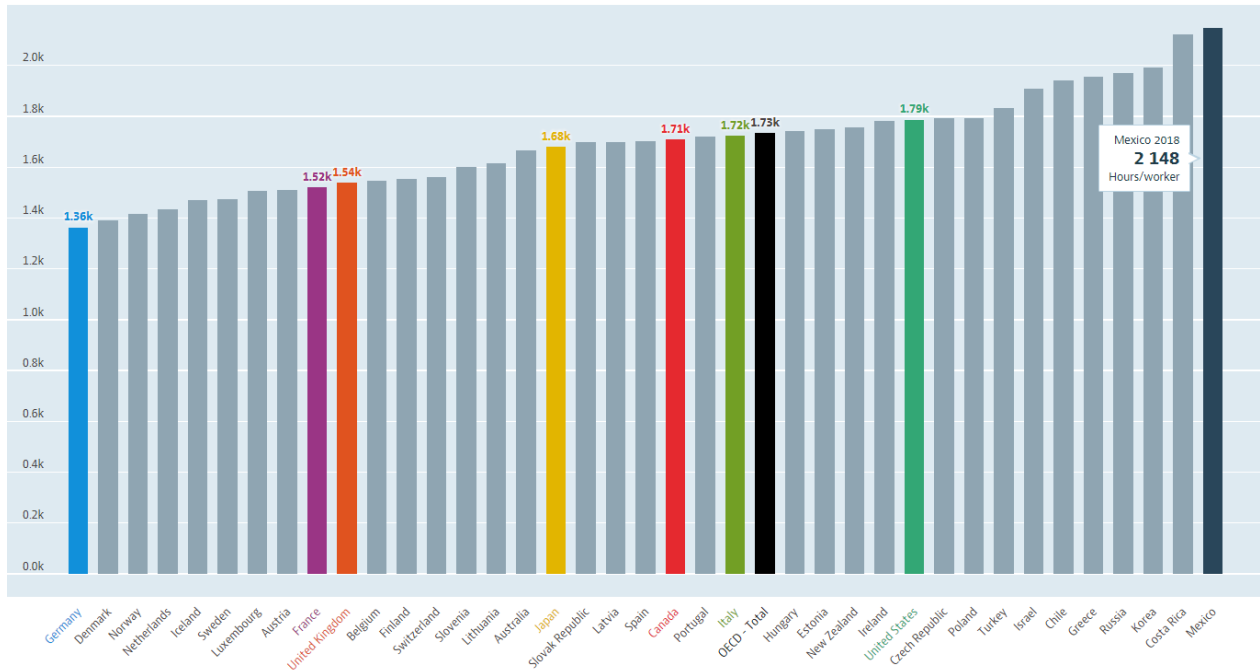
BIBLIOGRAFÍA

- A. Kuhn C, Flanagan E. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*. 2016;64(2):158-168.
- B. Clough B, March S, Chan R, Casey L, Phillips R, Ireland M. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Systematic Reviews*. 2017;6(1).
- C. Castellano E, Muñoz-Navarro R, Toledo MS, Spontón C, Medrano LA. Cognitive processes of emotional regulation, burnout and work engagement. *Psicothema*. 2019 Feb;31(1):73-80.
- D. Moffatt-Bruce SD, Nguyen MC, Steinberg B, Holliday S, Klatt M. Interventions to Reduce Burnout and Improve Resilience: Impact on a Health System's Outcomes. *Clin Obstet Gynecol*. 2019 Sep;62(3):432-443

ANEXOS

Gráficos y tablas

Figura 1. Horas trabajadas al año por país.



Fuente: OCDE, 2020

Figura 2. Distribución mundial de Compromiso laboral (Engagement).

Región	Comprometidos	No comprometidos	Activamente comprometidos
Estados Unidos Y Canadá	29%	54%	18%
Australia Y Nueva Zelanda	24%	60%	16%
América Latina	21%	60%	19%
Europa Occidental	14%	66%	20%
Europa Central Y Del Este	11%	63%	26%
África Del Norte Y Medio Este	10%	55%	35%
Asia Del Este	6%	68%	26%

Fuente: Gallup Inc. (2013). State of the Global Workplace.

Figura 3. Compromiso laboral en América Latina

Región	Comprometidos	No comprometidos	Activamente no comprometidos
Panamá	37%	51%	12%
Costa Rica	33%	53%	14%
Brasil	27%	62%	12%
Guatemala	26%	55%	19%
Colombia	26%	61%	13%
El Salvador	24%	56%	20%
Chile	24%	58%	18%
República Dominicana	23%	59%	18%
Bolivia	23%	58%	20%
Nicaragua	22%	53%	25%
Uruguay	22%	54%	24%
Honduras	19%	55%	26%
Venezuela	18%	60%	22%
Perú	17%	62%	21%
Argentina	16%	56%	28%
Ecuador	16%	70%	14%
Paraguay	14%	59%	27%
México	12%	60%	28%

Fuente: Gallup Inc. (2013). State of the Global Workplace.

Figura 4. Nivel de escolaridad en América Latina con los tipos de compromiso laboral.

	Comprometidos	No comprometidos	Activamente no comprometidos
Educación Primaria o menos	11%	57%	32%
Educación Secundaria	10%	63%	27%
Educación Terciaria	17%	68%	15%
Gerentes/ Ejecutivos/ Funcionarios	26%	63%	11%
Trabajadores Profesionales	18%	69%	13%
Empleados De Oficina	13%	68%	19%
Trabajadores De Instalación / Reparación	11%	67%	22%
Trabajadores De Servicios	11%	59%	30%
Trabajadores De La Construcción / Minería	10%	63%	27%
Trabajadores De Fabricación / Producción	8%	59%	33%
Trabajadores De Ventas	7%	65%	28%
Trabajadores De Transporte	6%	69%	25%
Trabajadores Agrícolas / Pesqueros / Forestales	2%	58%	40%

Fuente: Gallup Inc. (2013). State of the Global Workplace.

Instrumento de recolección de datos.

Encuesta virtual alojada en Google Forms® cuyo enlace es el siguiente <https://forms.gle/NYsN9qF9xPnkdPyj6> , el cual contiene lo siguiente:

“ENGAGEMENT Y BURNOUT EN EQUIPOS DE RESPUESTA COVID-19, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA”

Víctor Daniel Martínez Enciso. Mat: 98384086. H.G.Z.32. Tel: 56778599 Ext: 28472. Jaqueline Rosas Paez. Mat: 97383970. H.G.Z.32. Tel: 55 62491057. Juan Casillas Espriella. Mat: 97054117. UMF 60. Tel: 868 191 5319. Juan Carlos Tinajero Sánchez. Mat: 99121573. Tel: 56276900 Ext. 21674. C.M.N. S. XXI.

El objetivo de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar en nuestra investigación enfocada en la perspectiva que usted tiene de su trabajo durante la pandemia del COVID-19. La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique. No hay respuestas correctas o incorrectas, le pido de manera encarecida conteste todas las preguntas ya que no se guardarán las respuestas si no termina la totalidad del cuestionario. Su participación es totalmente voluntaria. La información que nos pueda brindar será de gran ayuda para poder dar una estimación fiable de la realidad que acontece como personal que está al frente de la atención en estos momentos como parte de un protocolo de Investigación de Salud en el Trabajo.

¿Desea participar en esta encuesta? *

Sí

No

Datos sociodemográficos

Edad *

Género *

Femenino

Masculino

Estado civil*

Soltero(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Unión libre

Tipo de jornada*

Diurna

Nocturna

Mixta

Acumulada

Número de horas laborables a la semana *

Categoría *

Médico no familiar

Médico familiar

Médico general.

Enfermera general.

Enfermera especialista

Auxiliar de enfermería general.

Otro

Especifique

Antigüedad en AÑOS laborando en su PROFESIÓN *

Antigüedad en AÑOS laborando en este INSTITUTO *

Tipo de contrato *

Trabajadores de Confianza "A"

Trabajadores de Confianza "B"

Trabajadores de Base

Trabajadores a obra determinada

Trabajadores sustitutos.

En caso de contestar Otro especifique

Número de horas que duerme al día actualmente *

Número de días laborables que ha tenido que AUSENTARSE del lugar de trabajo por cuestiones de salud, a partir de que ha pertenecido al equipo de respuesta COVID. *

¿Usted labora en otro empleo además del presente en el Instituto? *

Sí

No

Si usted padece alguna enfermedad, por favor especifique. En caso contrario, coloque "no". *

Escala UWES

1. En mi trabajo me siento lleno de energía. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

2. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

3. Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

4. Mi trabajo me inspira. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

5. Estoy entusiasmado con mi trabajo. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

6. Estoy orgulloso del trabajo que hago. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

7. Me “dejo llevar” por mi trabajo *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

8. Estoy inmerso en mi trabajo. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

9. Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo. *

0	1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Siempre

Escala MBI

1. Me siento emocionalmente agotado(a) debido a mi trabajo. *

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

2. Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo. *

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

3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo. *

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

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros. *

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

5. Creo que trato a algunos de los pacientes/compañeros como si fueran objetos *

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

6. Siento que trabajar todo el día con pacientes es una tensión para mí *

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

7. Me enfrento muy bien a los problemas que me presentan mis pacientes *

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

8. Me siento quemado por el trabajo. *

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

9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros. *

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

10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo. *

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

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. *

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

12. Me encuentro con mucha vitalidad. *

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

13. Me siento frustrado por mi trabajo. *

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

14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro. *

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

15. Realmente no me importa lo que le ocurrirá a alguno de mis pacientes/ compañeros. *

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

16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés. *

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

Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes. *

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

17. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros. *

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

18. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo. *

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

19. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades. *

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

20. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. *

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

21. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. *

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

Cronograma de actividades

“ENGAGEMENT Y BURNOUT EN EQUIPOS DE RESPUESTA COVID-19, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA”

Víctor Daniel Martínez Enciso. Mat: 98384086. H.G.Z.32. Tel: 56778599 Ext: 28472. Jaqueline Rosas Paez. Mat: 97383970. H.G.Z.32. Tel: 55 62491057. Juan Casillas Espriella. Mat: 97054117. Tel: 868 191 5319. Juan Carlos Tinajero Sánchez. Mat: 99121573 Tel: 56276900 Ext. 21674.

Actividades		mayo - junio 2020	julio - agosto 2020	septiembre - octubre 2020	noviembre - diciembre 2020	enero - febrero 2021	marzo - abril 2021	mayo - junio 2021	julio-agosto 2021	septiembre-octubre 2021
Elaboración de protocolo y planeación	Planeado									
	Realizado									
Presentación del protocolo	Planeado									
	Realizado									
Autorización del protocolo	Planeado									
	Realizado									
Aplicación de metodología	Planeado									
	Realizado									
Concentrado y análisis de la información	Planeado									
	Realizado									
Elaboración de informe	Planeado									
	Realizado									
Entrega de tesis	Planeado									
	Realizado									

Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	ENGAGEMENT Y BURNOUT EN EQUIPOS DE RESPUESTA COVID-19, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona 32. "Dr. Mario Madrazo Navarro" julio - agosto 2021.
Número de registro:	R-2021-3609-035
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario debido a la falta de estadísticas fiables de la presencia de Burnout (síndrome del desgaste profesional) y Engagement (compromiso en el trabajo) en el personal sanitario frente a la situación pandémica actual. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es identificar la presencia de estas entidades en mi persona al ser parte del equipo de respuesta COVID-19 y estar al frente de la línea de atención de los pacientes con la COVID-19 para ser derivado (a) a psicología si así expreso mi voluntad para que se me contacté, además que las estadísticas que de este estudio se generen serán representativas de los equipos de salud ante una emergencia sanitaria.
Procedimientos:	El responsable del trabajo me ha explicado que se me proporcionará un instrumento auto aplicable alojado en la plataforma en línea de Google Forms, para la cual el acceso será a través de internet por medio del dispositivo electrónico que se encontrará en la Coordinación de Evaluación de Salud en el Trabajo del Hospital General de Zona 32, que permitirá la identificación de Burnout (síndrome del quemado por trabajo) y Engagement (compromiso en el trabajo) además de recoger datos sociodemográficos de mi persona.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que el participar en la resolución de esta escala no me generará riesgo o molestia alguna corporal, psicológica o fisiológica puesto que contestaré de manera anónima y confidencial, sin que me sea confrontado por mis respuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Tendré como beneficio conocer la influencia que tiene mi trabajo sobre mi salud mental y en caso de que se me identifique un daño se me ofrece la posibilidad de ser derivado a atención psicológica (aspecto individual), con expertos en materia de psicología previamente puestos a disposición de la autoridad hospitalaria para el uso del personal adscrito al H. G. Z. 32, el cual se encuentra con personal que asiste en un horario de 08:00 h a 14:00 h y de 14:00 h a 20:00 h de lunes a viernes en el primer piso del Hospital referido, también mi participación sentará un precedente para detectar la presencia de estas entidades en los equipos de salud ante eventos emergentes como es un estado de pandemia (representación colectiva).
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. El resultado se me hará llegar vía correo electrónico de ser expresada mi voluntad.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que soy libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derechohabiente y trabajador que recibo en esta institución no se verá afectada.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado que no se me identificará en artículos o presentaciones. Así como no se dará a conocer los resultados de mi persona a ninguna autoridad. Si es mi voluntad, se me podrá contactar vía correo electrónico por los investigadores para conocer mi resultado.
En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica	
<input type="checkbox"/>	No autorizo se me aplique el instrumento.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se me aplique el instrumento solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se me aplique el instrumento para este estudio y estudios futuros.