



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF No. 1



**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS PARTICIPANTES DE LOS EQUIPOS DE
RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19 EN EL HGR
C/MF NO.1 "LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ" DE CUERNAVACA, MORELOS.**

Número de registro SIRELCIS R-2021-1701-033

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

LIZETH VERENICE BAHENA RAMÍREZ

ASESORES DE TESIS:

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA



CUERNAVACA, MORELOS.

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.

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS PARTICIPANTES DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19 EN EL HGR C/MF NO.1 "LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ" DE CUERNAVACA, MORELOS.

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LIZETH VERENICE BAHENA RAMÍREZ

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR No. 1 IMSS CUERNAVACA, MORELOS.

AUTORIZACIONES:

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARÍA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DR. FERNANDO TRUJILLO OLÉA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR.

ASESOR DE TESIS:

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA

MÉDICO FAMILIAR UMF No. 20

MC en Salud Reproductiva

Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20,
Blvd. Benito Juárez No. 18, Col. Centro, Cuernavaca, Morelos, C.P. 62000.

Matrícula: 11013117 Teléfono: 777 235 7596

Correo electrónico: jesacruzmi@gmail.com

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS PARTICIPANTES DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19 EN EL HGR C/MF NO.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ” DE CUERNAVACA, MORELOS.

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

LIZETH VERENICE BAHENA RAMÍREZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. ISAÍAS HÉRNÁNDEZ TORRES

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS PARTICIPANTES DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19 EN EL HGR C/MF NO.1 “LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ” DE CUERNAVACA, MORELOS.

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LIZETH VERENICE BAHENA RAMÍREZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

PRESIDENTE DEL JURADO

DR. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, OOAD Morelos.

SECRETARIO DEL JURADO

DRA. ZAIRE DENISE PÉREZ SORIANO
Médico Especialista en medicina Familiar
Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 03.

VOCAL DEL JURADO

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA

Medico Familiar UMF No. 20

MC en Salud Reproductiva

Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20

Dedicatoria.

Esta tesis está dedicada a mi hija María Fernanda, mi pequeño gran motor en la vida, que me impulsa a seguir adelante y no rendirme, mi inspiración para ser mejor cada día; por ella y para ella.

Hija, eres muy pequeña, quizá no llegues a comprender lo grande que eres para mí, pero tú eres mi fortaleza y el más grande regalo que la vida pudo darme, desde que naciste has llenado mi vida de felicidad.

Perdona mis ausencias, gracias porque a pesar de tu corta edad me entiendes y comprendes todo lo que significó realizar este proyecto, quiero que te sientas orgullosa de mí como yo lo estoy de ti. Deseo sembrar en ti un buen ejemplo, que sepas que puedes lograr lo que desees. Este logro es tuyo.

Te amo y recuerda siempre que eres una persona valiosa y extraordinaria. Siempre estaré a tu lado.

Gracias por iluminar mi vida.

Agradecimientos.

Agradezco profundamente a mi familia que ha seguido mis pasos.

A mis tíos Rafael, Doroteo, a mi tía Irma, sé que sin su valioso apoyo a lo largo de mi vida no estaría aquí.

A mis padres que a pesar de la distancia estuvieron presentes, sé muy bien el gran sacrificio que hicieron buscando brindarme un mejor futuro. Los quiero mucho, gracias por su apoyo.

A ti Marín por aguantar mis ausencias, mis cambios de humor y mis malos ratos. Gracias por brindarme ánimos e insistir en seguir adelante en aquellos momentos de desesperación y frustración, agradezco infinitamente el que seas un gran papá, ya que me das la seguridad que nuestra hija está creciendo en un hogar feliz, disfrutando su niñez, haciéndole más llevaderas mis ausencias. Aún recuerdo que ya no quería realizar la especialización, pero me animaste a seguir adelante. Gracias por estar.

A mis compañeros de guardia, quienes se convirtieron en grandes amigos, que a lo largo de estos 3 años me han brindado su amistad sincera y apoyo incondicional, con quienes compartí esos largos días de guardia, gracias a ustedes fueron más llevaderas compartiendo el trabajo. Por siempre Guardia D.

A mi asesora de tesis Dra. Jesabel Cruz por brindarme su apoyo, por la paciencia y por compartir sus conocimientos durante todo este proceso, quien con su dirección, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Pero especialmente quiero agradecer a mis abuelos Julia y Victorino, que siempre estuvieron ahí para mí, que a pesar de las limitaciones siempre buscaron la manera de apoyarme, quienes me brindaron su cariño incondicional y cuidados. Aunque no estés presente físicamente sé que siempre ha estado a mi lado cuidándome, faltó mucho por vivir a su lado, estoy segura que este momento le haría sentir muy orgulloso de mí y sería tan especial como lo es para mí. Te extraño Don Tarino.

Gracias IMSS, Cuernavaca, Morelos por abrirme las puertas y permitirme desarrollarme profesionalmente.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

ÍNDICE GENERAL:

1. Título.....	9
2. Identificación de los investigadores.....	9
3. Resumen.....	10
4. Marco teórico.....	11
4.1 Marco Referencial.....	21
5. Justificación.....	28
6. Planteamiento del problema.....	29
7. Objetivos.....	30
7.1 General.....	30
7.2 Específicos.....	30
8. Hipótesis.....	31
9. Material y métodos.....	31
9.1 Tipo de estudio.....	31
9.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	31
9.3 Tipo de muestreo y tamaño de la muestra.....	32
9.4 Criterios de selección.....	33
9.5 Variables recolectadas.....	34
9.5.1 Instrumento de Recolección.....	37
9.6 Método o procedimiento para captar la información.....	40
9.7 Plan de análisis.....	41
9.8 Aspectos éticos.....	42
10 Recursos, financiamiento y factibilidad.....	47
11. Resultados.....	48
12. Discusión.....	58
13. Conclusiones.....	61
14. Referencias bibliográficas.....	63
15. Anexos.....	67
Anexo 1. Cronograma de actividades.....	67
Anexo 2. Consentimiento informado.....	68
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.....	70

COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1

CUERNAVACA, MORELOS

1. TÍTULO:

“Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.”

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Investigador responsable:

Dra. Jesabel Cruz Miranda

MEDICO FAMILIAR UMF No. 20

MC en Salud Reproductiva

Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20,
Blvd. Benito Juárez No. 18, Col. Centro, Cuernavaca, Morelos, C.P. 62000.

Matrícula: 11013117 Teléfono: 7772 3575 96

Correo electrónico: jesacruzmi@gmail.com

Investigador asociado:

Bahena Ramírez Lizeth Verenice

Médico Residente de Medicina Familiar

Unidad de adscripción: HGR C/MF N°. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Av. Plan de Ayala, esq. Av. Central No1201, Col Flores Magón, Cuernavaca,
Morelos. C.P.62430.

Matricula: 99188679 Teléfono: 2225472497

Correo electrónico: verebahena@hotmail.com

3. RESUMEN:

Título: “SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS PARTICIPANTES DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19 EN EL HGR C/MF NO.1 LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ DE CUERNAVACA, MORELOS”.

Cruz-Miranda J¹., Bahena-Ramírez LV².

1 Unidad de Medicina Familiar No. 20, Cuernavaca, Morelos.

2 HGR C/MF N^o. 1, IMSS, Cuernavaca, Morelos.

Antecedentes: El síndrome de Burnout es un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Este síndrome es manifestado con mayor frecuencia en el campo de los servicios humanos. Desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud consideró al síndrome de Burnout un riesgo para el trabajador debido al deterioro tanto físico como mental y las repercusiones en el ámbito personal, laboral y de las repercusiones al sistema de salud. Existen infinidad de factores que pueden alterar la salud mental de los médicos, la actual pandemia ha implicado al personal médico que se encuentran en primera línea frente al COVID 19; emplear recursos personales para manejar el estrés al que están expuestos, además de afrontar los estragos del confinamiento y ataques cometidos en su contra por la población y al alto porcentaje de mortalidad en los profesionales de salud por COVID 19, supone uno de los mayores retos que actualmente enfrentan los profesionales de la salud en México. **Objetivo:** Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, analítico. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de población finita, obteniendo una muestra de 93 médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos, a los cuales se les aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory. El análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico Stata 14. Inicialmente se caracterizó a la población participante, posteriormente se identificó la frecuencia de síndrome de Burnout de manera global y posteriormente de acuerdo a los 3 aspectos que lo conforman según la escala Maslach Burnout Inventory: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, identificando las características sociodemográficas y laborales en cada una de las dimensiones que integran al síndrome de Burnout. **Resultados:** Se obtuvieron 93 cuestionarios completos de participantes médicos, cuyos resultados se analizaron con el programa Stata 14, realizando Chi cuadrada y Exacta de Fisher, obteniendo que el 50.53% de los participantes presentó síndrome de Burnout, en el aspecto de cansancio emocional alto la prevalencia fue del 30.11%, despersonalización alta 33.33% y realización personal baja 19.35%.

Palabras clave: Síndrome Burnout, agotamiento profesional, equipos COVID 19, médicos.

4. MARCO TEÓRICO:

A. Síndrome Burnout

La palabra inglesa de Burnout es un término de difícil traducción en el castellano. Como término coloquial que es, va más allá del simple agotamiento o estar exhausto, pues implica también una actitud deprivada de ánimo hacia el trabajo. De igual manera, en México, en nuestro idioma, podríamos libremente traducirlo como estar quemado, consumido, tronado o reventado. Como ninguno de estos términos se ajusta con precisión a lo que en la literatura científica se entiende como síndrome de Burnout, podemos usar este anglicismo.¹

El síndrome de Burnout aparece en la literatura mundial a mediados de los 70's para describir la actitud de ciertos trabajadores de la salud hacia su labor cotidiana. Freundemberg en 1974 lo definió como "una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador".²

Ha sido descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos y emocionales, cuyos componentes identificados son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Es un conjunto de signos y síntomas, cuya principal característica es el agotamiento emocional y el escepticismo que se manifiesta entre los médicos en el ejercicio de su actividad laboral, afectando de esta forma a la institución, al usuario, pero de mayor grado la salud mental de ellos mismos. Es decir, el síndrome de desgaste se manifiesta con mayor frecuencia cuando éste se localiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas "profesiones de ayuda".³

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba el síndrome de Burnout un riesgo para el trabajador debido al deterioro, tanto físico como mental; que ocasiona en el mismo.⁴

Es muy probable que el agotamiento emocional y la indiferencia en el trabajo se traduzcan en ineficacia laboral como resultado de la insatisfacción y de pobres expectativas personales, por lo que algunos autores consideran que la ineficiencia laboral es más bien el resultado del agotamiento emocional y de la despersonalización, que un componente propio del síndrome.⁵ Sin embargo, para otros autores, la insatisfacción laboral y el pobre desempeño en el trabajo se desarrollan en forma paralela y consideran a la ineficacia laboral como una parte integral del cuadro del síndrome.⁶

La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos componentes principales son:

1. *Cansancio o agotamiento emocional*: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga
2. *Despersonalización*: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
3. *Abandono de la realización personal*: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.⁷

Frecuencia.

En un estudio transversal realizado en España, entre 11.530 iberoamericanos que trabajaban en el sector salud, la frecuencia del síndrome de Burnout se presentó en el 14.4% de los provenientes de Argentina, 7.9%, de Colombia, 5.9% de Uruguay, 4.5% de Guatemala, 4.3% de Perú, 4.2% de México, 4% de Ecuador, y 2.5% de El Salvador. Dentro de las profesiones, medicina tuvo la prevalencia más elevada con un 12.1%.⁸

En un estudio realizado en 12 países europeos, por el European General Practice research Network Burnout Study Group, quienes utilizaron el Maslach Burnout Inventory (MBI), entre médicos familiares se encontró que el 43% de quienes respondieron el cuestionario obtuvieron un puntaje alto en agotamiento emocional, 35% obtuvieron un puntaje alto para despersonalización, y 32% presentaron un puntaje bajo en realización personal; 12% obtuvieron puntaje alto en los tres parámetros medidos.⁹

En Latinoamérica, Loya-Murguía, et al., observaron que la frecuencia del síndrome de Burnout en personal de salud prevaleció en médicos de distintas especialidades y osciló entre 2 y 76%. La escala de evaluación más utilizada fue la de Maslach Burnout Inventory. Se observaron mayores frecuencias en las áreas de unidad de cuidados intensivos, oncología, urgencias, cirugía, medicina interna y anestesiología. También concluyeron que el síndrome de Burnout o agotamiento en Brasil oscila entre 3.7 y 76%. En México osciló entre 7% y 59%, en enfermeras, médicos de distintas especialidades y residentes.¹⁰ Sin embargo un artículo publicado en México con el título “Síndrome de Burnout” en 2006 retoma que en lo que respecta al personal médico los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anesthesiólogos en un 44%.¹¹

Para algunos autores todos los médicos en algún momento de su carrera presentan sintomatología de este síndrome.¹²

Diagnóstico.

Maslach (1978) agrupa los síntomas principales del síndrome de Burnout en tres áreas:

- Cansancio emocional: Se manifiesta por agotamiento físico y psíquico, apatía, desesperanza y autoconcepto negativo.
- Evitación y aislamiento: Conduce al ausentismo laboral; no se acude a las reuniones de trabajo, y se producen cambios de humor y conductas hostiles.

- Sentimiento de inadecuación personal y profesional: Deterioro de la capacidad laboral y pérdida del sentimiento de gratificación.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).

Etapa 3. Aparece el síndrome de Burnout con los componentes descritos.

Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios.¹³

En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).¹⁴

La manera de cuantificar y diagnosticar este síndrome; así como sus componentes es a través de un cuestionario creado por Cristina Maslach en 1986 y que se denomina: Maslach Burnout Inventory. Este cuestionario tiene varias versiones aplicables a diferentes poblaciones con diferentes idiomas y ha mostrado confiabilidad y validez. Por estas razones es el que en la actualidad se utiliza con mayor frecuencia para evaluar o medir la intensidad de este síndrome.^{15,16}

Este cuestionario está constituido por 22 preguntas en una escala de tipo Likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes midiendo los 3 componentes del síndrome. El instrumento evalúa el grado de intensidad de los aspectos del síndrome de Burnout (bajo, medio y alto) con una alta validez interna y grado de confianza (86%).¹⁷

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54 (puntajes: alto ≥ 27 , medio 19 a 26 y bajo menor o igual a 18 puntos).

2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima: 30 (puntajes: alto ≥ 10 , medio 6 -9 y bajo menor o igual a 5 puntos)

3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal (puntajes: alto 33 o menos, medio 34-39 puntos, bajo de 44 puntos o más).

Con respecto a su evaluación, estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerando el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no del síndrome de Burnout, puntuaciones altas en los dos primeros (agotamiento emocional y despersonalización) y bajas en el tercero (realización personal), definen el síndrome de Burnout.¹⁸

Aunque el síndrome de Burnout no es una enfermedad como tal, se sabe que sus consecuencias o efectos sí comprenden trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, así como deterioros objetivos del sistema musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, endócrino e inmunológico.¹⁹

B. Equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19

La salud pública global mantiene su atención en la infección causada por un nuevo coronavirus que la OMS ha denominado COVID 19.²⁰

La causa de la enfermedad por COVID 19 es un coronavirus de reciente aparición, denominado SARS-CoV-2, que se identificó por vez primera en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Su secuenciación genética indica que se trata de un betacoronavirus estrechamente relacionado con el causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). Por definición, un caso sintomático de COVID 19 es el que presenta signos y síntomas que sugieren la presencia de COVID 19.²¹

El brote se extendió rápidamente en número de casos y en diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero de 2020. La enfermedad conocida como COVID 19 continuó propagándose a otros países asiáticos y luego a otros continentes.²²

El 30 de enero la OMS declaró la situación como emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPI), puesto que en ese momento había casos confirmados en 18 países, con cientos de víctimas mortales. El 28 de febrero se confirman los primeros casos de COVID 19 en México, en dos personas con antecedente de viaje a Italia.²³

El 11 de marzo de 2020, la OMS calificó como pandemia al brote de SARS-CoV-2 surgido a finales del 2019 en China, debido a su rápida propagación a diferentes partes del mundo que ha ocasionado miles de casos de COVID 19, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos.²⁴

La reconversión hospitalaria COVID 19 tiene el objetivo de asegurar el acceso oportuno, así como la calidad de la atención que reciben los pacientes que presentan infección por la enfermedad del virus SARS-CoV2 en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.²⁵

Como parte de las estrategias de combate al COVID 19, el gobierno de México adquirió equipo de protección personal (EPP) para el personal de salud, medicamentos y ventiladores, mientras que a la par se capacitaba a dicho personal.²⁶

En el mes de abril, la pandemia ya era franca en México y se empezaron a reconvertir hospitales en centros de atención COVID 19 para apoyar a la alta demanda de atención por esta enfermedad. Ante esta situación el personal de salud se enfrentó a largas horas de trabajo, distanciamiento físico de su familia y en ocasiones a reutilizar el EPP que no era suficiente para atender a los más de 19,000 casos reportados hasta ese momento.²⁷

Durante la emergencia sanitaria por COVID 19 en México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se han integrado dos mil 535 equipos de respuesta COVID, en

los que laboran más de 40 mil médicos y personal de enfermería. Cuyo objetivo es brindar atención de calidad al paciente que requiere de cuidados hospitalarios. ²⁸

En el contexto de la actual pandemia del COVID 19, las profesiones relacionadas con la salud pública sobresalen por su función específica de atender la salud de las personas. No obstante, se han documentado diversas acciones de violencia en contra del personal de las instituciones de salud.²⁹

El personal médico en México ha sufrido la precariedad en la que presta sus servicios, caracterizada por la escasez de insumos y herramientas de trabajo que conllevan mayores riesgos para sus labores, junto con las agresiones a las que son sometidos en espacios públicos.³⁰

Morbilidad y mortalidad en personal de salud relacionado a COVID 19.

Diferentes publicaciones hacen referencia a que en México la tasa de infecciones y mortalidad por COVID 19 en personal médico es la más alta a nivel global.

De acuerdo con la información de la Secretaría a de Salud, en el periodo del 21 de febrero al 21 de septiembre de 2020, a nivel nacional se tenían 114,410 casos de personal de salud confirmados de COVID 19.³¹

Tabla 1. Distribución del personal de salud contagiado por institución de adscripción

Institución	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Activos
IMSS	49,700	2,631	55,699	1,449
SSA	49,582	4,232	106,704	1,205
ISSSTE	7,704	639	10,128	269
ESTATAL	2,902	95	4,544	51
PRIVADA	1,485	951	2,257	13
IMSS-OPORTUNIDADES	1,293	122	1,651	14
PEMEX	1,047	26	1,701	40
SEDENA	262	31	471	5
SEMAR	231	76	185	3
UNIVERSITARIO	86	38	166	3
MUNICIPAL	81	9	135	8
CRUZ ROJA	19	2	62	-
DIF	18	2	17	-
OTROS	0	0	4	-
NACIONAL	114,410	8,854	183,724	3,060

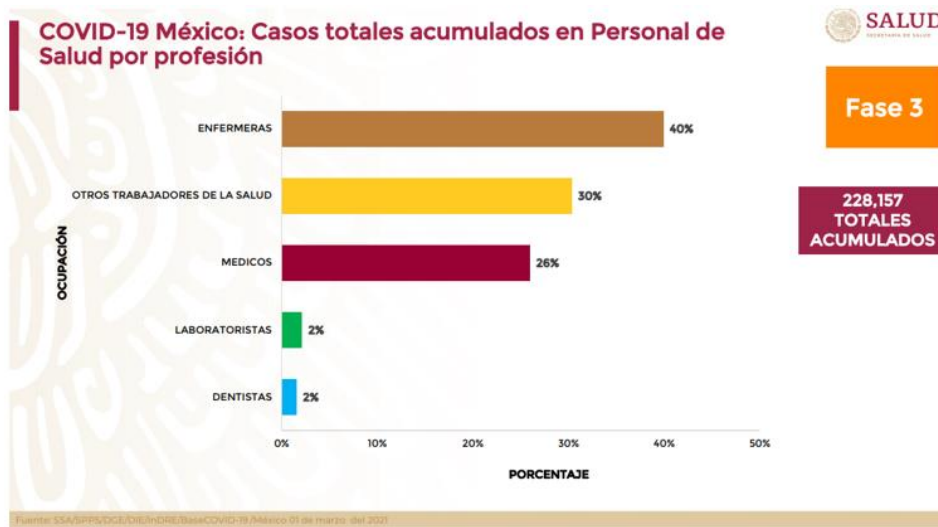
Fuente: Secretaría de Salud. COVID-19 MEXICO [Internet]. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2Dui1nK>.

Tabla 2. Defunciones en personal de salud por institución de adscripción

Institución	Dentistas	Enfermeras	Laboratoristas	Médicos	Otros	Total
IMSS	11	156	19	325	243	754
SSA	16	57	5	275	98	451
ISSSTE	5	55	2	88	72	222
ESTATAL	0	5	1	24	7	37
PRIVADA	0	1	0	19	3	23
PEMEX	0	4	3	9	12	28
SEMAR	0	1	0	3	0	4
UNIVERSITARIO	0	0	0	2	1	3
IMSS-BIENESTAR	0	3	0	9	9	21
OTRAS	1	0	0	1	2	4
NACIONAL	33	282	30	755	447	1,547

Fuente: Secretaría de Salud. COVID-19 MEXICO [Internet]. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2Dui1nK>.

A continuación se muestran cifras oficiales difundidas a través del portal oficial de la secretaria de salud del número de casos de infección por COVID 19 en personal de salud hasta el 01 de marzo del 2021.



Fuente: Secretaría de salud. COVID-19 MÉXICO PERSONAL DE SALUD 18 DE ENERO DE 2021 (internet).
 Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/607909/COVID19_Personal_de_Salud_2021.01.18.pdf

En México según la secretaria de gobernación en este mismo reporte del 01 de marzo del 2021, registraron 3,471 defunciones confirmadas en personal de salud, las cuales el 47% corresponde a médicos.³²

¿Cómo ha afectado la pandemia COVID 19 al personal de salud en México?

El brote por el coronavirus SARS-COV2 ha significado un parteaguas en la historia de la humanidad, pues sus efectos han sido devastadores en muy poco tiempo.³³

Aún se sigue estudiando el impacto global que la pandemia COVID 19 ha tenido en el estrés y la salud mental, pero la Organización de las Naciones Unidas ha advertido que provocará un aumento en el número y severidad de los problemas de salud mental en cientos de millones de personas y que dichos problemas tienen riesgo de ser ignorados o subestimados. La OMS por su parte, ha confirmado que el impacto de la pandemia en la salud mental es extremadamente preocupante y que los trabajadores de cuidado de la salud que están en la primera línea de atención al COVID 19, son particularmente vulnerables por las altas cargas de trabajo, el riesgo de infección y las decisiones de vida o muerte que tienen que tomar, entre otras cosas.³⁴

El personal sanitario es la parte más débil en la cadena de atención a la pandemia, no solo porque las estadísticas de contagio apuntan que hasta 20% de los pacientes infectados por COVID 19 son personal de salud³⁵, sino porque también están

enfrentado una amplia variedad de demandas psicosociales muy altas que los coloca en una alta vulnerabilidad al estrés y alteraciones mentales en general, deteriorando su calidad de vida, su entorno y su capacidad funcional. Esto conforma claramente un círculo vicioso entre riesgos biológicos y psicosociales, con impacto a su persona, su trabajo y la sociedad en general. El síndrome de Burnout forma parte del entramado del estrés crónico laboral, y como posible respuesta inicial de alguna alteración a la salud mental, su monitoreo y control expedito se enmarca en las estrategias de prevención (secundarias), lo que lo convierte en un indicador (semáforo naranja) de evaluación idóneo y útil de salud mental en los centros hospitalarios, antes de adoptar estrategias más centradas en la rehabilitación. La cuarta ola de la pandemia por COVID 19 se refiere a una epidemia de salud mental que aún no comienza y el enfoque preventivo es más importante que nunca. ³⁶

4.1 MARCO REFERENCIAL.

Título. *Síndrome de Burnout en personal sanitario Ecuatoriano durante la pandemia de la COVID 19*

Autor, lugar y año.	Vinueza A, Aldaz N, Mera C, Tapia E, Vinueza M. Ecuador 2021.
Objetivo.	Determinar la ocurrencia e intensidad de síndrome de Burnout en médicos y enfermeros ecuatorianos durante la pandemia de la COVID 19.
Diseño.	Estudio observacional, transversal
Material y métodos.	A través de correo electrónico y número telefónico invitaron a participar a médicos y enfermeras de hospitales Ecuatorianos, empleando un método de muestreo no probabilístico de bola de nieve. 224 personas aceptaron participar en el estudio. Se aplicó una encuesta compuesta por 3 apartados: consentimiento informado, información sociodemográfica y el inventario de Burnout de Maslach (MBI).
Resultados.	De los 224 encuestados; 151 fueron médicos y 73 enfermeros. En esta muestra el síndrome de Burnout severo y moderado presentó una frecuencia conjunta de más del 90% tanto para médicos como enfermeros. En la subescala de agotamiento emocional 33% de los médicos fue bajo, 25.17% medio y 52.98% alto, en cuanto a la subescala de despersonalización 27.4 % fue bajo, 27.4% medio y 45.21 alto, en la de realización personal 4.64% bajo, 82.78% medio y 12.58% alto.
Conclusión.	Durante la pandemia COVID 19 los profesionales de salud Ecuatorianos estuvieron expuestos a altos niveles de estrés en el ámbito laboral, lo que produjo que cerca del 95% sufriera síndrome de Burnout severo y moderado. Estos hallazgos son similares a los encontrados en profesionales sanitarios Peruanos que presentaron una frecuencia conjunta de más del 98%. ³⁷

Título. *Síndrome de Burnout y justicia organizacional en profesionales de enfermería de hospitales de tercer nivel en la ciudad de Medellín.*

Autor, lugar y año.	Vásquez-Trespalcios E, Aranda-Beltrán C, López-Palomar M. Medellín, Colombia 2020.
Objetivo.	Analizar la relación entre la percepción de justicia organizacional y el síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la ciudad de Medellín, Colombia.
Diseño.	Estudio de tipo cuantitativo, observacional, de tipo transversal
Material y métodos.	Incluyeron 53 profesionales de enfermería de 3 instituciones privadas, que cumplieron con los siguientes criterios: contrato directo con la institución de salud, antigüedad laboral mínima de seis meses, para tener en cuenta solo aquellos que hubieran pasado el periodo de adaptación y voluntad de participar en el estudio. Para la evaluación del síndrome de Burnout se aplicó el cuestionario MBI-HSS y la escala de Justicia organizacional
Resultados.	<p>Según las subescalas de Burnout, el logro personal disminuido es la dimensión con un mayor número de profesionales que puntúan moderado y bajo (64,2%), mientras que la despersonalización alta y moderada se encuentra en el 22,6% de los trabajadores.</p> <p>Cuando se analizan las dimensiones de la justicia organizacional en los profesionales de enfermería se puede observar que existe una percepción más alta de la justicia interaccional y justicia de la información en comparación con la percepción de distribución de las recompensas y a los procedimientos para asignar dichas recompensas.</p> <p>El análisis de los coeficientes de correlación evidencia que el desgaste emocional se relacionó negativamente con la percepción de justicia distributiva, procedimental, interaccional e informacional, el logro personal se correlacionó positivamente con la justicia distributiva, procedimental e informacional y la despersonalización presenta una relación negativa con todas las dimensiones de la justicia, sin embargo, no es estadísticamente significativa.</p>
Conclusión.	Existe una relación estadísticamente significativa entre el agotamiento emocional y el logro personal con la justicia organizacional. ³⁸

Título. *El Burnout en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID 19*

Autor, lugar y año.	Morgantini L. Chicago, Illinois, 2020.
Objetivo.	Comprender el impacto del COVID19 en los profesionales de la salud de todo el mundo que trabajan durante la pandemia y describir los factores que contribuyen al Burnout en los profesionales de la salud durante esta pandemia.
Diseño.	Transversal.
Material y métodos.	El reclutamiento de los participantes lo realizaron por redes sociales y a través de estas enviaron la encuesta. Los datos demográficos recopilados de los participantes de la encuesta se limitaron al país de procedencia y ocupación. La encuesta contenía 40 preguntas que cubrían 3 dominios principales de la experiencia de los profesionales de la salud. Los principales resultados y medidas fueron la autoevaluación del Burnout por parte de los profesionales de la salud, indicada por una sola medida de agotamiento emocional, y otras experiencias y actitudes asociadas con el trabajo durante la pandemia de COVID 19. El país de los encuestados se clasificó como de ingresos altos o de ingresos bajos y medios según la clasificación del Banco Mundial para reducir los factores de confusión. Recopilaron las muertes por COVID 19 y los casos por millón de habitantes. Calcularon el riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%).
Resultados.	Participaron un total de 2707 profesionales de la salud de 60 países. El 51.4% de los encuestados de 33 países informaron Burnout relacionado con su trabajo durante la pandemia de COVID 19. Estados Unidos tuvo el mayor Burnout registrado entre todos los países con una tasa de 62.8%. El Burnout fue mayor en los países de ingresos altos en comparación con los países de ingresos bajos y medianos (RR: 1.18; IC 95%: 1.02 a 1.36, p: 0.018). El análisis a nivel de país reveló un menor Burnout informado en Italia (RR: 0.72, IC 95%: 0.61 a 0.84, p < 0.001) y Suecia (RR: 0.43, IC 95%: 0.30 a 0.59, p < 0.001) en comparación con Estados Unidos.
Conclusión.	Los predictores del Burnout difirieron entre los países de ingresos altos y países de ingresos bajos y medianos. El Burnout parecería estar presente en tasas más altas que las reportadas anteriormente entre los profesionales de la salud que trabajan durante la pandemia de COVID 19, y se asociaría significativamente, entre otros, con el acceso limitado al EPP, así como con la toma de decisiones de vida o muerte debido a la escasez de suministros médicos. ³⁹

Título. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión.

Autor, lugar y año.	Rodríguez A, Díaz A, Franco J, Aguirre J, Camarena G, en el Centro Médico ABC Campus Observatorio y Santa Fe (hospital terciario, privado de enseñanza; ubicado en la Ciudad de México) de junio del año 2017 a abril del año 2018.
Objetivo.	Conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de la salud en México (médicos, enfermeras, técnicos de inhaloterapia y rehabilitadores) perteneciente a las áreas críticas (UTI, urgencias, unidad coronaria). El objetivo secundario fue valorar la presencia de los subgrupos de asociación del síndrome de Burnout con ansiedad y depresión así como factores secundarios involucrados como el uso de sustancias, consumo de marihuana, alcohol, pensamientos suicidas, horas de trabajo e incidentes involucrados.
Diseño.	Estudio transversal multicéntrico
Material y métodos.	Administraron el cuestionario MBI, la escala de estrés percibido PSS, AUDIT-c y cuestionario de cuidado del paciente PHQ-9 al personal de la salud en las áreas de cuidados críticos: médicos, enfermeras, personal de fisioterapia y terapeutas respiratorios, principalmente en el Centro Médico ABC Campus Observatorio y Santa Fe, incluyeron otros nosocomios como el Hospital General de Teziutlán en Puebla, Hospital Civil de Guadalajara, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, Hospital General La Villa, Hospital Star Médica Lomas Verdes y Cruz Roja Polanco.
Resultados.	Incluyeron 182 trabajadores, de los cuales 36.8% eran enfermeras, seguido de médicos residentes 31.9% y médicos de base 14.3%. Identificaron abuso de sustancias en 25.3% del personal: 63% por consumo habitual de marihuana, 58.7% por ingesta de estimulantes, 27.7% por abuso de alcohol. Con la escala de PHQ-9 se detectaron depresión en 74.2% del personal de salud; 26.7% cumplieron criterios para depresión severa. 34 personas con pensamientos suicidas. Observaron síndrome de Burnout completo en 46.2% de los pacientes e incompleto o rasgos de alguno de los tres ámbitos que conforman el síndrome de Burnout en 18.1%, de los cuales los médicos de base presentaron un 73.1% síndrome de Burnout incompleto y 26.9% síndrome de Burnout completo, en médicos residentes el síndrome de Burnout completo fue del 62.1% e incompleto

37.9%, en médicos internos de pregrado el síndrome Burnout completo se presentó en 68.8% y el 31.2 % presento síndrome de Burnout incompleto.

Conclusión. El agotamiento profesional deteriora la motivación del profesional de la salud, puede llevar a resultados negativos relacionados con la calidad del trabajo y presenta alta asociación con estrés y depresión. En áreas críticas es imprescindible la salud integral del personal, ya que los errores pueden tener costos muy elevados. El síndrome de Burnout puede ocasionar daño generalizado que afecta a los profesionales de la salud, a los pacientes y al sistema de salud en general.⁴⁰

TÍTULO.	SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE DURANGO, MÉXICO
Autor, lugar y año.	Terrones-Rodríguez J, Cisneros-Pérez V, Arreola-Rocha J. Hospital General de Durango. 2015.
Objetivo.	Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos residentes del Hospital General de Durango SSD,
Diseño.	Estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo.
Material y métodos.	Se aplicó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” a todos los médicos residentes de las diferentes especialidades que aceptaron participar y que se encuentran laborando de manera activa en el Hospital General de Durango SSD.
Resultados.	Los médicos residentes del Hospital General de Durango SSD son 119. Los invitaron a participar en el estudio y solo uno de ellos no aceptó. Realizaron un total de 118 encuestas, de las cuales eliminaron 2 por encontrarse incompletas. La muestra fue de 116 médicos residentes, 43.1 % (50) mujeres y el 56.89 % (66) hombres. La prevalencia general fue de 89.66 % (IC 95 %: 82.63-94.54). Afectados en una esfera el 48.28 % (IC 95 %: 38.90-57.74), en dos esferas el 35.34 % (IC 95 %: 26.69-44.76) y en las tres esferas el 6.03 % (IC 95 %: 2.46-12.04). En las tres esferas, el agotamiento emocional alto fue del 41.38 % (IC 95 %: 32.31-50.90), alta despersonalización en el 54.31 % (IC 95 %: 44.81-63.59) y baja realización personal en el 41.38 % (IC 95 %: 32.31-50.90).
Conclusión.	Encontraron una prevalencia por arriba de la reportada en otros estudios llevados a cabo en trabajadores de la salud. La mayor frecuencia de afectación fue la de despersonalización, seguida por agotamiento emocional y al final la de realización personal. Los residentes de las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y ortopedia, se encuentran afectados el 100 % de su población. El sexo masculino es el género más afectado, con excepción de la esfera de agotamiento emocional, donde el género femenino sobresalió en el grado de afectación. ⁴¹

TÍTULO.	<i>EL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DE LATINOAMÉRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA</i>
Autor, lugar y año.	Kennya Magdalena Loya-Murguía, Juan Valdez-Ramírez, Montserrat Bacardí-Gascón, Arturo Jiménez-Cruz Facultad de Medicina y Psicología. Universidad Autónoma de Baja California. México, 2017.
Objetivo.	Examinar trabajos realizados en Latinoamérica que establecen la frecuencia del síndrome de agotamiento en el personal de salud en países latinoamericanos, al igual que observar las diferencias en prevalencia del Síndrome de Agotamiento (SA) entre las especialidades médicas y comparar estos resultados con los obtenidos en otras partes del mundo.
Diseño.	Revisión sistemática.
Material y métodos.	Realizaron una búsqueda de artículos publicados en inglés y español en la base de datos de PubMed, utilizando los términos Burnout Syndrome AND Latinoamérica, Burnout Syndrome AND México, y así sucesivamente con cada uno de los países latinoamericanos. Realizaron una búsqueda electrónica en la que encontraron un total de 119 artículos, de los cuales fueron excluidos 90 artículos, 32 debido a que eran duplicados, 44 porque no tenían relación con el tema, y 14 artículos que no cumplieron los criterios de inclusión
Resultados.	Veintinueve artículos cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: artículos originales, reporte de la prevalencia del “Burnout”, que los participantes fueran médicos, residentes, enfermeras, u otro personal de salud. En esta revisión observaron que la frecuencia del SA osciló entre 2.1% y 76%. Observaron mayores frecuencias de SA en las áreas de unidad de cuidados intensivos, oncología, urgencias, cirugía, medicina interna y anestesiología.
Conclusión.	Los resultados de prevalencia encontrados en esta revisión están dentro de los rangos encontrados en otras partes del mundo. Sin embargo, los resultados en Latinoamérica sugieren que las horas laboradas en el campo hospitalario y en atención primaria están sobrecargadas, que no existen medidas para prevenir el SA y que hay un exceso en la demanda laboral, factores que contribuyen al aumento en la frecuencia del SA. ⁴²

5. JUSTIFICACIÓN:

El síndrome de Burnout ha sido estudiado desde los años 70's, es considerado un factor de riesgo para el trabajador de la salud ya que altera su salud mental, su desempeño laboral y puede llevar a tomar decisiones inadecuadas en su actuar médico, afectando relaciones interpersonales tanto en lo familiar como en lo profesional. Por lo mismo se ha documentado ampliamente su prevalencia así como las estrategias para afrontarlo en personal de salud.

La situación actual por la pandemia de COVID 19, es una emergencia epidemiológica, al ser una contingencia implica actuar con conocimiento y tranquilidad en la toma de decisiones, sin precipitar acciones que generen daños colaterales y siempre como un equipo.

En el caso del personal médico que se encuentran en primera línea frente al COVID 19, se ha visto un incremento de estrés al enfrentar este gran reto, existen muchos factores que pueden alterar su salud mental entre ellos el confinamiento, la sobrecarga laboral, la falta de insumos, el miedo al contagio y algunos ataques cometidos en su contra por la población que cree que son quienes transmiten el virus Sars-CoV2, así como un alto porcentaje de mortalidad en los profesionales de salud por COVID 19, lo cual supone uno de los mayores retos que actualmente enfrentan los profesionales de la salud en México. Esta condición no solo afecta la salud mental del trabajador las consecuencias se extienden en la calidad de vida de quienes lo padecen y calidad de la atención a los derechohabientes lo que puede llevar a afectación en la economía de la institución por quejas o demandas.

Por lo antes expuesto es prioritario identificar la prevalencia de síndrome de Burnout en los médicos que integran los equipos de atención a los pacientes con COVID 19. Con la información obtenida se pueden generar estrategias para el manejo de quienes lo padecen y mejorar su salud mental, ya que es indispensable que mantengan un adecuado equilibrio físico y mental, que les permita actuar de manera adecuada en la atención de los pacientes.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La actual pandemia a la que nos enfrentamos pone a prueba nuestra capacidad sanitaria y la fortaleza de los trabajadores de la salud, incluso de sus familias. Los médicos están expuestos a mayores y más complicadas demandas en su trabajo clínico diario.

Los médicos que se encuentran en primera línea frente a COVID 19, llevan mucho tiempo atendiendo a este tipo de pacientes, algunos de ellos refieren cansancio crónico, temor de infectarse y sobretodo ser portadores del virus y enfermar a sus familias, lo que puede ocasionar deterioro físico y mental. Todos estos factores ponen en riesgo al personal médico, ya que al presentar agotamiento físico y mental, pueden inconscientemente actuar de manera inapropiada, poniendo en riesgo al paciente, a su equipo de trabajo y a sí mismo tal cual lo menciona la OMS.

Por lo anterior creemos importante conocer la prevalencia del síndrome de Burnout y el grado de los 3 aspectos que lo conforman según la escala de Maslach Burnout Inventory en estos médicos que se encuentran en primera línea contra COVID 19. Lo cual permitirá establecer estrategias y/o programas preventivos y atención oportuna de este tipo de alteraciones.

Con lo anteriormente mencionado surge la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR c/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos?

7. OBJETIVOS:

7.1 General:

Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.

7.2 Específicos:

- Conocer las características sociodemográficas y laborales de los médicos participantes del estudio.
- Identificar la prevalencia de las dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización e ineficiencia y realización personal) por área de atención médica de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19.
- Identificar las características sociodemográficas y laborales relacionadas al alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal de los médicos de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19.

8. HIPÓTESIS:

- Existe una prevalencia general del síndrome de Burnout del 90% en los médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.
- Existe una prevalencia en agotamiento emocional alto del síndrome de Burnout del 53% en los médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.
- Existe una prevalencia de la dimensión de despersonalización alta del síndrome de Burnout del 45% en los médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.
- Existe una prevalencia de la dimensión de baja realización personal del síndrome de Burnout del 5% en los médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.

9. MATERIAL Y MÉTODOS:

9.1 Tipo de estudio:

Transversal, observacional, analítico.

9.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Se aplicaron los cuestionarios de Maslach Burnout Inventory y una cedula informativa con aspectos sociodemográficos a 93 médicos que forman parte de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos, que cumplieron con los criterios de inclusión (médicos generales, médicos residentes y médicos especialistas). Que no cuenten con diagnóstico o tratamiento de enfermedad psicológica/psiquiátrica.

La recolección de los datos se llevó a cabo durante el mes de septiembre del 2021, posterior a la aprobación por el Comité Local de Investigación en Salud, en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.

9.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Muestreo no probabilístico por cuotas, se aplicó la encuesta a 1-2 equipos por turno, 1 por área de atención.

Cálculo de la muestra:

- Se calculó la muestra con la fórmula de población finita.

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

- Con los siguientes datos:

En el HGR No. 1 de Cuernavaca, Morelos existe un total de 46 equipos COVID, desglosados de la siguiente manera:

Médicos líderes	46
Médicos de apoyo	138
Total	184

Donde sustituimos:

Tamaño de la población	N	184
Error alfa	A	0.05
Nivel de confianza	1-a	0.95
Z de (1-a)	Z (1-a)	1.96
Prevalencia de la enfermedad	p	0.90
Complemento de p	q	0.10
Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	79.2

Tamaño muestra ajustado a las pérdidas	15%
Total	93

9.4 Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

- Médicos y residentes de todas las especialidades que formen parte de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.
- Que acepten participar en dicho estudio, firmando consentimiento informado.

Criterios de no inclusión:

- Médicos que cuenten con diagnóstico y tratamiento establecido de alguna enfermedad psiquiátrica.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

9.5 Variables recolectadas:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:					
Variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	ESCALA DE MEDICION	
Síndrome de Burnout	Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas.	Presencia o no de síndrome de Burnout, así como grado del mismo en médicos que forman parte de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR No.1, Cuernavaca, Morelos.	CUALITATIVA POLITOMICA	Cuestionario Burnout Inventory	Maslach
				Agotamiento emocional	
				- Bajo < 18 puntos	
				- Medio 19 – 26 puntos	
				- Alto > 27 puntos	
				Despersonalización	
				- Bajo < 5 puntos	
				- Medio 6 – 9 puntos	
				- Alto > 10 puntos	
				Realización personal	
				- Bajo > 40 puntos	
				- Medio 34 – 39 puntos	
				- Alto < 33 puntos	
Sexo	Define las características anatómicas y fisiológicas de un individuo.	La referida por el participante.	CUALITATIVA DICOTOMICA	A. Masculino	B. Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona, expresado en años	Edad referida por el participante, expresada en años al momento de la encuesta.	CUANTITATIVA CONTINUA	Numero arábigo	
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Relación de pareja en la que viva el entrevistado.	CUALITATIVA POLITOMICA.	A. Soltero	B. Unión libre
				C. Casado	D. Divorciado
				E. Separado	F. Viudo
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron.	Los referidos en la encuesta por el paciente.	CUANTITATIVA DISCRETA	Numero arábigo	
Categoría médica	En los hospitales es el tipo de organización, existiendo jerarquías.	Categoría médica a la que refiere pertenecer el participante en el momento de la	CUALITATIVA POLITÓMICA	A. Médico especialista.	B. Médico General.
				C. Médico Residente.	

		aplicación del cuestionario		
Especialidad médica	Son los estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.	Especialidad médica a la que refiere pertenecer el participante en el momento de la aplicación del cuestionario.	CUALITATIVA POLITÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> – Anestesiología – Medicina familiar – Medicina interna – Urgencias – Cirugía – Endocrinólogo – Geriátría – Pediatría – Ginecología – Medicina Crítica – Reumatología
Tiempo en equipos COVID	Intervalo de tiempo que lleva formando parte de los equipos de respuesta para la atención de los pacientes COVID	Intervalo de tiempo referido por el participante en el momento de la aplicación del cuestionario	CUANTITATIVA CONTINUA	<ul style="list-style-type: none"> A. Menos de 1 mes B. 2-6 meses C. 7-12 meses D. 1 año o más
Categoría en equipos COVID	Un equipo de atención hospitalaria incluye muchos profesionales diferentes, organizado por jerarquías.	Categoría a la que refiere pertenecer el participante en el momento de la aplicación del cuestionario.	CUALITATIVA DICOTÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> A. Líder de equipo. B. Médico de apoyo.
Área COVID	Lugar asignado para la atención hospitalaria de pacientes con COVID 19.	Área referida por el participante en la que se encuentra trabajando con los equipos de respuesta de atención a pacientes COVID.	CUALITATIVA POLITOMICA	<ul style="list-style-type: none"> A. Hospitalización B. Urgencias C. UCI
Turno de jornada laboral	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Turno al cual refiere pertenecer el participante en el momento de aplicación del cuestionario.	CUALITATIVA POLITOMICA	<ul style="list-style-type: none"> A. Matutino B. Vespertino C. Nocturno D. Jornada acumulada

Tiempo laborando por turno	Tiempo que el trabajador dedica a ejecutar el contrato de trabajo.	Tiempo que refiere el participante, expresado en horas, que labora ininterrumpidamente durante su jornada diaria en área COVID.	CUANTITATIVA CONTINUA	Número de horas al día que labora en área COVID.
Antigüedad laboral	Término que se le da al reconocimiento del hecho consistente en la prestación de servicios personales y subordinados por un trabajador a un patrón, mientras dure la relación contractual.	Tiempo referido por el participante que lleva prestando sus servicios profesionales en el IMSS.	CUANTITATIVA CONTINUA	Número de años, meses, quincenas, días referidos por el paciente
Actividad laboral extraIMSS	Realización de labores médicas en una institución diferente al IMSS	Lo referido por el participante en el momento de la aplicación del cuestionario.	CUANTITATIVA DICOTÓMICA	A. No B. Si

9.5.1 Instrumentos de recolección de datos:

A. Cédula informativa:

Se realizó un cuestionario con 13 ítems, con la finalidad de tener una cédula informativa que nos refiriera algunos aspectos socio – demográficos y laborales del médico entrevistado realizado por los investigadores.

B. Cuestionario Maslach Burnout Inventory.

Maslach y Jackson en 1981, elaboraron un instrumento para medir el síndrome de Burnout, el MBI (Maslach Burnout Inventory) que consiste en 22 enunciados en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional, se presentan a consideración del interrogado en una escala de Likert con 7 niveles.⁴³ Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. A continuación se anotan los 22 ítems que lo conforman:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
8. Me siento “quemado” por mi trabajo
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

Escala de Likert de 7 valores:

1. Nunca
2. Pocas veces al año o menos
3. Una vez al mes o menos
4. Pocas veces al mes
5. Una vez por semana
6. Varias veces a la semana
7. Todos los días.

De acuerdo al cuestionario los enunciados han sido mezclados para explorar los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. El agotamiento o cansancio emocional. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) exploran el agotamiento emocional y sus resultados son directamente proporcionales al grado de intensidad del agotamiento emocional, es decir, a mayor puntuación, mayor agotamiento. Puntuación máxima 54 puntos.
2. La despersonalización. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22) exploran el grado de despersonalización sufrida por el explorado y sus resultados son también directamente proporcionales: a mayor puntuación, mayor despersonalización. Puntuación máxima 30 puntos.
3. La ineficiencia o insatisfacción en la realización personal. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) exploran el grado de percepción de ineficiencia laboral y de realización personal del explorado. En este caso la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir, a menor puntuación, mayor afectación del sujeto explorado. Puntuación máxima 48 puntos.⁴⁴

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar del 0-6 en forma independiente para los tres escenarios, e interpretarse los resultados por separado.

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

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

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor profesional.

VALORES DE REFERENCIA

Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome:

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	> 10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

Consistencia interna: coeficiente alfa de Cronbach global $\alpha = 0.885$.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna. Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no del síndrome de Burnout, puntuaciones altas en los dos primeros (agotamiento emocional y despersonalización) y bajas en el tercero (realización personal), definen el síndrome de Burnout.⁴⁵

Análisis factorial por componentes principales: los 22 reactivos con distribución normal, KMO = 0.886, prueba de esfericidad de Barlett $p < 0.001$. Se confirmaron 3 factores que explicaron el 51.17% de la varianza total. El rango de cargas factoriales osciló entre 0.42-0.84, consideradas como altas y muy satisfactorias.⁴⁶

9.6 Método o procedimiento para captar la información.

1. Se dio a conocer el nombre del proyecto de investigación, sus riesgos y beneficios a cada médico de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.
2. Se cuestionó directamente al médico para corroborar cumplimiento de criterios de selección.
3. Después de aplicar los criterios de selección se les invitó a participar en el estudio a aquellos médicos que cumplieran con dichos criterios, se les explicó de forma detallada la información respecto a los procedimientos, beneficios y riesgos de la investigación. Se aclaran las preguntas que surgieron sobre el estudio de investigación, se proporcionó por escrito el consentimiento informado antes de iniciar el estudio, el cual fue firmado y fechado por el sujeto que acepta participar en la investigación.
4. Se buscó un lugar tranquilo y privado para que el médico participante realizará el cuestionario que se otorgó. Algunos en consultorio médico y otros en el área médica-administrativa asignada para los médicos de equipos COVID.
5. Se entregó el cuestionario que se realizó para la presente investigación, al cual se le asignó un número de folio para proteger la identidad del participante.

6. Se les recordó a los participantes que en cualquier momento si así lo determina puede abandonar su participación en el estudio.
7. Se recabó el cuestionario y se procedió a evaluar los resultados, los cuales se les entregaron al finalizar su participación.
8. De acuerdo a sus resultados se ofertó envió con su médico familiar.

9.7 Plan de análisis de los resultados

Se obtuvo la participación de 93 médicos integrantes de los equipos de respuesta para la atención de pacientes COVID 19, con cuestionarios completos durante el mes de septiembre del año 2021.

La captura de las variables sociodemográficas y los resultados de la presencia o ausencia del síndrome de Burnout y sus 3 dimensiones de acuerdo al cuestionario Maslach Burnout Inventory se realizó en el programa Microsoft Excel 2017. Donde también se realizó la codificación y limpieza de los datos capturados.

Una vez realizada dicha codificación y limpieza de los datos obtenidos de las variables, se procedió a la exportación de la base de datos al programa STATA versión 14, donde se realizaron todos los análisis.

Se realizó inicialmente un análisis descriptivo para caracterizar a la población estudiada, para las variables cualitativas se calculó frecuencia y proporciones, a las variables cuantitativas, se les calculó medidas de tendencia central y de dispersión. Inicialmente se caracterizó a la población participante, posteriormente se identificó la frecuencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, de acuerdo a los grados bajo, medio y alto. Finalmente se procedió a caracterizar a la población que presento alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal y síndrome de Burnout se identificaron las características sociodemográficas y laborales en cada una de las dimensiones que integran al síndrome de Burnout. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la Chi cuadrada y la prueba exacta de Fisher.

9.8 Aspectos éticos

Sujetos a las disposiciones del Comité Local de investigación en Salud. Este estudio se realizó apegado a los lineamientos internacionales para la realización de investigación clínica en seres humanos dentro de los cuales se encuentran:

La **Ley General en Materia de Investigación para la Salud** en nuestro país, este trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 13 y 17 como categoría 2, *investigación con riesgo mínimo*; entendiendo por “riesgo de la investigación” la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, debido a que los individuos a participar en este estudio aportaron datos por medio de una entrevista de un tema sensible dentro del ámbito laboral del médico, no provoca daño físico ni mental, no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para la investigación biomédica donde participan seres humanos contenidos en la **declaración de Helsinki**. Así mismo se solicita permiso a los pacientes y su autorización para participar en este estudio mediante la elaboración de un cuestionario por medio de una carta de consentimiento informado donde se les explica en que consta dicho estudio, la confiabilidad y discreción y compromiso de salvaguardar sus datos, los cuales serán utilizados solo para fines de la investigación, a los cuales nos apegamos fielmente, lo incluyo en anexos. Se respetaran los principios del informe de Belmont.

Como ya se mencionó la presente investigación se consideró de riesgo mínimo y tiene estricto apego a las disposiciones en materia de investigación de acuerdo al siguiente marco legal:

LEY GENERAL DE SALUD: Título Quinto. Investigación para la salud, Capítulo único, Investigación en seres humanos.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible

contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, en materia de Investigación para la Salud. Título segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Capítulo 1.

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen,

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso,

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe,

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.⁴⁷

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

5.11 El investigador principal, así como los demás profesionales y técnicos de la salud que intervengan en una investigación, deberán cumplir en forma ética y profesional las obligaciones que les impongan la Ley General de Salud y el Reglamento, así como esta norma.

5.12 En toda investigación, los expedientes de los sujetos de investigación serán considerados expedientes clínicos, por lo que se deberá cumplir con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana.⁴⁸

DECLARACIÓN DE HELSINKI 2013 de la Asociación médica mundial, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos:

1. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos.
2. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.
3. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
4. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.⁴⁹

Este estudio también se apega a los **principios del Informe Belmont** (1978). Este informe estableció tres principios éticos destinados a servir de ayuda a científicos, sujetos de investigación y ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos inherentes a la investigación con seres humanos. El **principio de respeto** por las personas radica en el derecho del paciente o del voluntario sano a decidir libre e informadamente su participación en un estudio y se traduce en el consentimiento informado y el respeto por la autonomía. El **principio de beneficencia** se traduce en los esfuerzos por promover el bien del otro y la responsabilidad primera de cuidar el bienestar del sujeto de investigación. Este principio vela por lograr el máximo de beneficio con el mínimo de riesgo y sobre todo no dañar. El **principio de justicia** se

traduce por la selección equitativa de los probandos, un acceso equitativo a riesgos y beneficios. Se incluye en este principio que los beneficios derivados de la investigación deben ser aprovechados en primer lugar por los sujetos que participaron en la investigación.⁵⁰

Aspectos de bioseguridad

Por lo anterior, la investigación se considera de riesgo mínimo, ya que se aplicó un cuestionario para caracterizar sociodemográficamente a los médicos participantes así como una escala para detección de síndrome de Burnout, al tratarse de un tema sensible para el profesional médico, en cualquier momento el sujeto pudo suspender su participación. No se administró ninguna sustancia, ni se obtuvieron muestras de tejidos u órganos.

El Hospital General Regional No.1, Lic. Ignacio García Téllez del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Cuernavaca, Morelos contó con las instalaciones y el equipo necesarios para la realización de este proyecto de investigación minimizando los riesgos a los que pudo estar expuesto tanto el participante como el investigador que participaron en dicho estudio.

Los beneficios de participar en el estudio se describen a continuación:

El síndrome de Burnout en profesionales de la salud, sobre todo en médicos presenta una alta prevalencia que oscila de manera global hasta en un 90%, según cifras obtenidas en Ecuador y que son consistentes con población de Perú y Colombia. Es indispensable que el médico se encuentre en un equilibrio físico y mental para tomar de manera adecuada y oportuna las decisiones acerca del tratamiento de los pacientes, también para mejorar su protección personal. En casos identificados como necesarios se les ofertó envió a su consultorio de medicina familiar con resultado del cuestionario quien determinará los pasos a seguir para su valoración complementaria.

10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO FACTIBILIDAD.

Lugar:

HGR C/MF No.1 "Lic. Ignacio García Téllez", Cuernavaca, Morelos.

Recursos humanos:

- Investigador responsable.
- Investigador asociado, residente de Medicina Familiar.

Recursos materiales:

- Computadora, papelería de oficina.
- Software Windows vista, programa Excel.
- Cuestionarios y base de datos
- Impresora, hojas, copias, lápices, borradores y carpetas

Recursos financieros:

El HGR C/MF No.1 "Lic. Ignacio García Téllez", del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Cuernavaca, Morelos cuenta con la infraestructura y el equipo necesario que permitió llevar a cabo la investigación. Los investigadores cuentan con calificación curricular dentro del instituto y el personal médico cuenta con título y cédula profesional de los estudios de licenciatura y especialidad que les permiten desempeñarse como profesionales de la salud dentro del instituto. Los gastos de papelería, impresiones, artículos de oficina fueron cubiertos por los investigadores y no se requiere inversión financiera adicional por parte de la institución, ya que se emplearon los recursos con los que se cuenta actualmente.

11. RESULTADOS.

La población participante del estudio estuvo integrada por 93 médicos de los equipos de respuesta para la atención de pacientes COVID 19 que cumplían con los criterios de selección, los cuales fueron encuestados durante el mes de septiembre del 2021 en el HGR C/MF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Del total de participantes la mayoría fueron mujeres, con un numero de 52 (55.91%), con un promedio de edad de 32 años, con un valor mínimo de 25 años y un máximo de 55 años. En cuanto al estado civil la mayoría de los participantes son solteros con una frecuencia de 40(43.01%), seguido del estado civil casado con un 29(31.18%). La mayoría de los participantes no tenían hijos siendo 50(53.76%), y de los que tenían hijos 43(46.24%) el número promedio de hijos fue de 1. Con respecto a las variables laborales de la población estudiada (n=93), se encontró que 38(40.86%) eran médicos residentes, 37(39.78%) médicos generales y solo 18(19.35%) médicos especialistas. La especialidad que predominó fue la de medicina familiar con 34(36.56%) participantes, aunque este número fue superado por los médicos generales. Los trabajadores tenían una jornada laboral promedio de 8 horas diarias en las áreas COVID, y en cuanto al tiempo que llevan formando parte de equipos COVID 19 41(44.09%) llevan más de 1 año, 23(24.73%) de 7 meses a 12 meses, 28(30.11%) de 2 a 6 meses y solo 1 participante (1.08%) tenía menos de 1 mes en el equipo COVID. Encontramos que 55 participantes (59.14%) pertenecía al área de hospitalización, seguido de 31 participantes (33.33%) en área de urgencias y 7(7.53%) se encontraban en el área de UCI. De los médicos participantes 30(32.26%) pertenecían al turno matutino, 14(15.05%) al vespertino, 23(24.73%) al turno nocturno y 26(27.96%) al turno de jornada acumulada. En cuanto a la antigüedad laboral se encontró un promedio de 3 años 6 meses. En la tabla 1, observamos las características sociodemográficas y laborales obtenidas de la población de este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales de los médicos participantes de equipos COVID en el HGR C/MF No. 1, IMSS, Cuernavaca, Morelos (n=93).

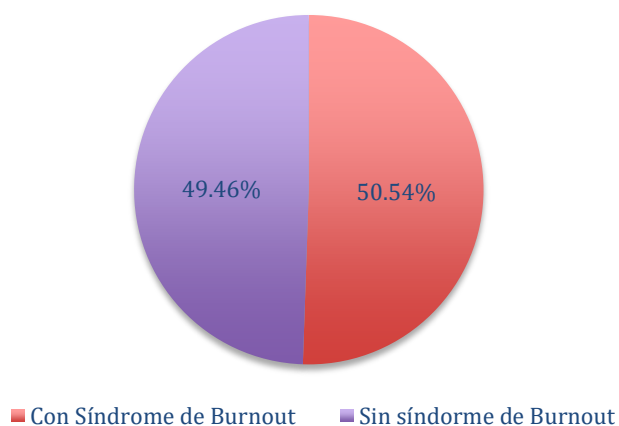
	n	%
Características sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	41	44.09 %
Femenino	52	55.91 %
Edad (años)	32	
Estado civil		
Soltero	40	43.01 %
Unión libre	17	18.28 %
Casado	29	31.18 %
Separado	4	4.30 %
Divorciado	2	3.23 %
Viudo	0	0 %
Hijos		
Sí	43	46.24 %
No	50	53.76 %
Promedio de número de hijos	Media	1
Características laborales		
Categoría médica		
Médico especialista	18	19.35 %
Médico residente	38	40.86 %
Médico General	37	39.78 %
Especialidad		
Medicina Familiar	34	36.56 %
Médico General	37	39.78 %
Medicina de Urgencias	12	12.90 %
Reumatología	2	2.15 %
Medicina Interna	6	6.45 %
Medicina Crítica	1	1.08 %
Geriatría	1	1.08 %
Tiempo en Equipos COVID		
< 1 mes	1	1.08 %
2 – 6 meses	28	30.11 %
7 – 12 meses	23	24.73 %
> 1 año	41	44.09 %
Categoría en Equipos COVID		
Líder	22	23.66 %
Apoyo	71	76.34 %
Área COVID		
Hospitalización	55	59.14 %
Urgencias	31	33.33 %
UCI	7	7.53 %
Turno		
Matutino	30	32.26 %
Vespertino	14	15.05 %
Nocturno	23	24.73 %
Jornada acumulada	26	27.96 %
Actividad extraIMSS		
Sí	38	40.86 %
No	55	59.14 %

Fuente: Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta en atención a pacientes COVID 19 en el HGR 1 C/MF Cuernavaca Morelos, durante el periodo de septiembre 2021.

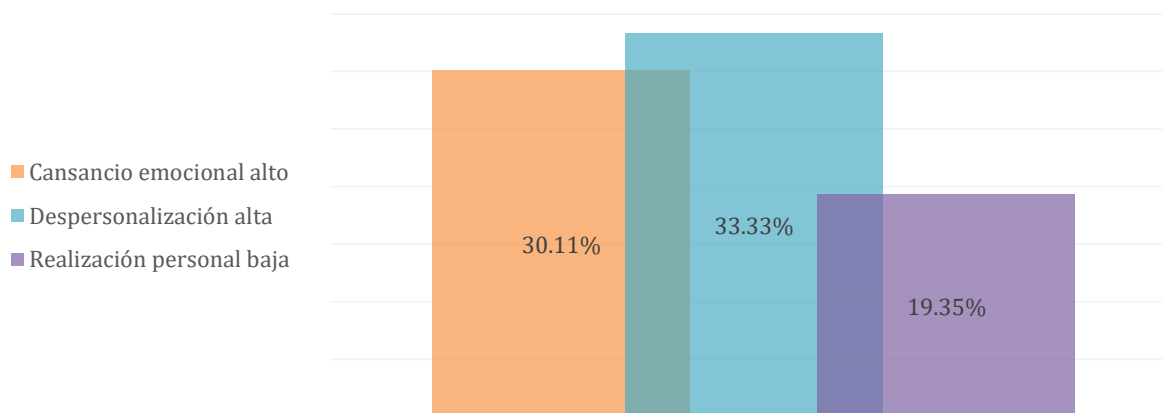
Síndrome de Burnout

Con respecto a la variable de interés, del total de participantes (n=93), 47(50.54%) presentaron Síndrome de Burnout, en cuanto a las dimensiones que lo conforman: 28(30.11%) de los médicos presentaron cansancio emocional alto, 31(33.33%) despersonalización alta y 18(19.35%) realización personal baja. (Gráfica 1 y 2)

Gráfica 1. Síndrome de Burnout en médicos participantes de equipos para la atención de pacientes con COVID 19.



Gráfica 2. Dimensiones del Síndrome de Burnout en médicos participantes de equipos para la atención de pacientes con COVID 19.



Fuente: Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta en atención a pacientes COVID 19 en el HGR C/MF No.1 Cuernavaca Morelos, durante el periodo de septiembre 2021.

De los 47(50.54%) médicos que presentaron Síndrome de Burnout, la mayoría fueron mujeres 25(53.19%), el estado civil que predominó fue el de soltero, al realizar el análisis estadístico no se obtuvo significancia estadística en este aspecto, sin embargo cuando la variable estado civil se recategorizó a dicotómica se obtuvo un valor de p de 0.030, la cual posee significancia estadística, de los participantes con estado civil separado, soltero o divorciado presentan síndrome de Burnout en un 61.70%, lo cual representa un porcentaje mayor en comparación con los casados o en unión libre, encontrando síndrome de Burnout en 38.30%. De los solteros más de la mitad presentó síndrome de Burnout 62.50% y de los casados solo el 31.03% presentó síndrome de Burnout. Respecto a la categoría que ocupan en los equipos COVID 23.66% eran líderes y 76.34% médicos de apoyo, de los líderes el 40.91% presentó síndrome de Burnout y 53.52% de los médicos de apoyo, lo que representa que en médicos de apoyo es más elevada la prevalencia de síndrome de Burnout, sin embargo esto no es significativamente estadístico. Al analizarlo por área de atención COVID encontramos que en el área de hospitalización del 100% de médicos en esa área el 50.91% presentó síndrome de Burnout, mientras que en urgencias la prevalencia fue de 45.16% y de los que cubren el área de UCI fue del 71.43%, lo que indica una prevalencia más alta en los médicos que se encuentran en UCI, sin embargo no se encontró significancia estadística, ya que tiene un valor de p de 0.45.

Del total de participantes que presentaron síndrome de Burnout (50.54%), el 59.57% correspondía a aquellos que desempeñan su trabajo en el área de hospitalización.

En la tabla 2 se observan las principales características sociodemográficas y laborales relacionadas con el síndrome de Burnout.

Tabla 2. Características sociodemográficas y laborales entre los médicos participantes de equipos COVID en el HGR C/MF No. 1, IMSS, Cuernavaca, Morelos, con y sin Síndrome de Burnout (n=93).

Características sociodemográficas.				
Variable		Síndrome de Burnout		Valor de p
		Si n= 47	No n= 46	
Sexo, n (%)	Masculino	22 (46.81)	19 (41.30)	0.593 ^a
	femenino	25 (53.19)	27 (51.92)	
Edad, n (%)	< 30	21 (44.68)	16 (34.78)	0.219 ^b
	31-40	25 (53.19)	25 (54.35)	
	>41	1 (2.13)	5 (10.87)	

Estado civil, n (%)	Soltero	25 (53.19)	15 (32.61)	0.103 ^b
	Unión libre	9 (19.15)	8 (17.39)	
	Casado	9 (19.15)	20 (43.48)	
	Separado	2 (4.26)	2 (4.35)	
	Divorciado	2 (4.26)	1 (2.17)	
Estado civil, n (%)	Soltero	29 (61.70)	18 (39.13)	0.030 ^a
	Divorciado			
	Separado			
	Casado	18 (38.30)	28 (60.87)	
	Unión libre			
Hijos, n (%)	Si	19 (40.43)	24 (52.17)	0.256 ^a
	No	28 (59.57)	22 (47.83)	
Características laborales				
Categoría médica, n (%)	Especialista	7 (14.89)	11 (23.91)	0.515 ^a
	Residente	21 (44.68)	17 (36.96)	
	General	19 (40.43)	18 (39.13)	
Especialidad, n (%)	Familiar	18 (38.30)	16 (34.78)	0.994 ^b
	General	19 (40.43)	18 (39.13)	
	Urgencias	6 (12.77)	6 (13.04)	
	Reumatología	1 (2.13)	1 (2.17)	
	Medicina interna	3 (6.38)	3 (6.52)	
	Medicina crítica	0 (0.00)	1 (2.17)	
	Geriatría	0 (0.00)	1 (2.17)	
Tiempo en equipos COVID, n (%)	< 1 mes	1 (2.13)	0 (0.00)	0.802 ^b
	2-6 meses	13 (27.66)	15 (32.61)	
	7-12 meses	13 (27.66)	10 (21.74)	
	>1 año	20 (42.55)	21 (45.65)	
Categoría en equipo COVID, n (%)	Líder	9 (19.15)	13 (28.26)	0.301 ^a
	Apoyo	38 (80.85)	33 (71.74)	
Turno, n (%)	Matutino	18 (38.30)	12 (26.09)	0.629 ^a
	Vespertino	7 (14.89)	7 (15.22)	
	Nocturno	10 (21.28)	13 (28.26)	
	Jornada acumulada	12 (25.53)	14 (30.43)	
Antigüedad, n (%)	< 1 año	26 (55.32)	17 (36.96)	0.134 ^b
	2 a 5 años	15 (31.91)	16 (34.78)	
	6 a 10 años	4 (8.51)	5 (10.87)	
	>10 años	2 (4.26)	8 (17.39)	
Número de horas diarias en área COVID, n (%)	<7	7 (14.89)	11 (23.91)	0.410 ^a
	8-9	29 (61.70)	28 (60.87)	
	>10	11 (23.40)	7 (15.22)	
Área COVID, n (%)	Hospitalización	28 (59.57)	27 (58.70)	0.474 ^b
	Urgencias	14 (29.79)	17 (36.96)	
	UCI	5 (10.64)	2 (4.35)	
Actividad extraIMSS, n (%)	Sí	20 (42.55)	18 (39.13)	0.737 ^b
	No	27 (57.45)	28 (60.87)	

Estadístico: ^a Prueba de Chi², ^b Exacta de Fisher.

FUENTE: Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta en atención a pacientes COVID 19 en el HGR 1 C/MF Cuernavaca Morelos, durante el periodo de septiembre 2021.

Cansancio Emocional.

En el aspecto de cansancio emocional del síndrome de Burnout se encontró en el rubro de rango alto un 30.11%, observando igualdad en el sexo 14 (50%). La edad, la presencia de hijos, categoría médica, especialidad, categoría en equipo COVID, el tiempo en equipos COVID, antigüedad laboral, no tuvieron valores estadísticamente significativos con el cansancio emocional. En relación al estado civil se obtuvo que los médicos solteros, separados o divorciados tienen una prevalencia del 67.86% en cansancio emocional alto la cual es mayor en comparación con los casados o que viven en unión libre que tienen una prevalencia del 32.14%. En cuanto a las características laborales y cansancio emocional obtuvimos significancia estadística en relación al área COVID, donde encontramos que la mayor prevalencia de médicos con cansancio emocional alto labora en el área de hospitalización (75%). (Ver tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas y laborales entre los médicos participantes de equipos COVID de acuerdo al grado de cansancio emocional del síndrome de Burnout (n=93).

Características sociodemográficas.

Variable	Cansancio emocional			Valor de p	
	Bajo	Medio	Alto		
Sexo, n (%)	Masculino	21 (42.00)	6 (40.00)	14 (50.00)	0.746 ^a
	Femenino	29 (58.00)	9 (60.00)	14 (50.00)	
Edad, n (%)	< 30	19 (38.00)	4 (26.67)	14 (50.00)	0.607 ^b
	31-40	27 (54.00)	10 (66.67)	13 (46.43)	
	>41	4 (8.00)	1 (6.67)	1 (3.57)	
Estado civil, n (%)	Soltero	23 (46.00)	5 (33.33)	19 (67.86)	0.062 ^a
	Separado				
	Divorciado				
	Unión libre	27 (54.00)	10 (66.67)	9 (32.14)	
	Casado				
Hijos, n (%)	Si	24 (48.00)	8 (53.33)	11 (39.29)	0.634 ^a
	No	26 (52.00)	7 (46.67)	17 (60.71)	
Características laborales					
Categoría médica, n (%)	Especialista	11 (22.00)	3 (20.00)	4 (14.29)	0.590 ^a
	Residente	18 (36.00)	5 (33.33)	15 (53.57)	
	General	21 (42.00)	7 (46.67)	9 (32.14)	
Especialidad, n (%)	Familiar	17 (34.00)	3 (20.00)	14 (50.00)	0.694 ^b
	General	21 (42.00)	7 (46.67)	9 (32.14)	
	Urgencias	6 (12.00)	4 (26.67)	2 (7.14)	
	Reumatología	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (3.57)	
	Medicina interna	3 (6.00)	1 (6.67)	2 (7.14)	
	Medicina critica	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
	Geriatría	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	

Tiempo en equipos COVID, n (%)	< 1 mes	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.912 ^b
	2-6 meses	14 (28.00)	4 (26.67)	10 (35.71)	
	7-12 meses	12 (24.00)	3 (20.00)	8 (28.57)	
	>1 año	23 (46.00)	8 (53.33)	10 (35.71)	
Categoría en equipo COVID, n (%)	Líder	13 (26.00)	4 (26.67)	5 (17.86)	0.688 ^a
	Apoyo	37 (74.00)	11 (73.33)	23 (82.14)	
Turno, n (%)	Matutino	14 (28.00)	3 (20.00)	13 (46.43)	0.564 ^b
	Vespertino	8 (16.00)	2 (13.33)	4 (14.29)	
	Nocturno	14 (28.00)	5 (33.33)	4 (14.29)	
	Jornada acumulada	14 (28.00)	5 (33.33)	7 (25.00)	
Antigüedad, n (%)	< 1 año	21 (42.00)	7 (46.67)	15 (53.57)	0.941 ^b
	2 a 5 años	17 (34.00)	6 (40.00)	8 (28.57)	
	6 a 10 años	5 (10.00)	1 (6.67)	3 (10.71)	
	>10 años	7 (14.00)	1 (6.67)	2 (7.14)	
Número de horas diarias en área COVID, n (%)	<7	8 (16.00)	2 (13.33)	8 (28.57)	0.277 ^b
	8-9	35 (70.00)	9 (60.00)	13 (46.43)	
	>10	7 (14.00)	4 (26.67)	7 (25.00)	
Área COVID, n (%)	Hospitalización	29 (58.00)	5 (33.33)	21 (75.00)	0.031 ^b
	Urgencias	19 (38.00)	7 (46.67)	5 (17.86)	
	UCI	2 (4.00)	3 (20.00)	2 (7.14)	
Actividad extraIMSS, n (%)	Sí	19 (38.00)	7 (46.67)	12 (42.86)	0.809 ^a
	No	31 (62.00)	8 (53.33)	16 (57.14)	

Estadístico: ^a Prueba de Chi2, ^b Exacta de Fisher.

Fuente: Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta en atención a pacientes COVID 19 en el HGR 1 C/MF Cuernavaca Morelos, durante el periodo de septiembre 2021.

Despersonalización.

Con respecto al aspecto de despersonalización encontramos que en su grado alto existe una prevalencia del 33.33% de los cuales un mayor porcentaje son mujeres (54.84%) que hombres (45.16%), sin embargo este valor no es estadísticamente significativo (valor de p 0.978). El 31.82% de los médicos líderes presentan un despersonalización alta y de los médicos de apoyo el 33.80%. Respecto al área COVID encontramos que del total de los participantes con despersonalización alta se encuentra en el área de hospitalización con un 67.74%, seguido de urgencias con un 25.81% y 6.45% en UCI. Después del análisis de las características sociodemográficas y laborales en relación con los altos grados de despersonalización no encontramos valores estadísticamente significativos. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas entre los médicos participantes de equipos COVID de acuerdo al grado del aspecto de despersonalización del síndrome de Burnout (n=93).

Características sociodemográficas					
Variable		Despersonalización			Valor de p
		Bajo	Medio	Alto	
Sexo, n (%)	Masculino	19 (44.19)	8 (42.11)	14 (45.16)	0.978 ^a
	Femenino	24 (55.81)	11 (57.89)	17 (54.84)	
Edad, n (%)	< 30	15 (34.88)	7 (36.84)	15 (48.39)	0.726 ^b
	31-40	24 (55.81)	11 (57.89)	15 (48.39)	
	>41	4 (9.30)	1 (5.26)	1 (3.23)	
Estado civil, n (%)	Soltero	17 (39.53)	12 (63.16)	18 (58.06)	0.136 ^a
	Separado				
	Divorciado				
	Unión libre	26 (60.47)	7 (36.84)	13 (41.94)	
Hijos, n (%)	Si	19 (44.19)	8 (42.11)	16 (51.61)	0.754 ^a
	No	24 (55.81)	11 (57.89)	15 (48.39)	
Características laborales					
Categoría médica, n (%)	Especialista	10 (23.26)	3 (15.79)	5 (16.13)	0.939 ^a
	Residente	17 (39.53)	8 (42.11)	13 (41.94)	
	General	16 (37.21)	8 (42.11)	13 (41.94)	
Especialidad, n (%)	Familiar	16 (37.21)	7 (36.84)	11 (35.48)	0.974 ^b
	General	16 (37.21)	8 (42.11)	13 (41.94)	
	Urgencias	5 (11.63)	3 (15.79)	4 (12.90)	
	Reumatología	1 (2.33)	1 (5.26)	0 (0.00)	
	Medicina interna	3 (6.98)	0 (0.00)	3 (9.68)	
	Medicina crítica	1 (2.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Tiempo en equipos COVID, n (%)	< 1 mes	0 (0.00)	1 (5.26)	0 (0.00)	0.830 ^b
	2-6 meses	14 (32.56)	5 (26.32)	9 (29.03)	
	7-12 meses	11 (25.58)	4 (21.05)	8 (25.81)	
	>1 año	18 (41.86)	9 (47.37)	14 (45.16)	
Categoría en equipo COVID, n (%)	Líder	12 (27.91)	3 (15.79)	7 (22.58)	0.577 ^a
	Apoyo	31 (72.09)	16 (84.21)	24 (77.42)	
Turno, n (%)	Matutino	10 (23.26)	7 (36.84)	13 (41.94)	0.189 ^b
	Vespertino	7 (16.28)	2 (10.53)	5 (16.13)	
	Nocturno	13 (30.23)	7 (36.84)	3 (9.68)	
	Jornada acumulada	13 (30.23)	3 (15.79)	10 (32.26)	
Antigüedad, n (%)	< 1 año	18 (41.86)	9 (47.37)	16 (51.61)	0.566 ^b
	2 a 5 años	14 (32.56)	5 (26.32)	12 (38.71)	
	6 a 10 años	4 (9.30)	3 (15.79)	2 (6.45)	
	>10 años	7 (16.28)	2 (10.53)	1 (3.23)	
Número de horas diarias en área COVID, n (%)	<7	9 (20.93)	3 (15.79)	6 (19.35)	0.842 ^b
	8-9	27 (62.79)	13 (68.42)	17 (54.84)	
	>10	7 (16.28)	3 (15.79)	8 (25.81)	
Área COVID, n (%)	Hospitalización	25 (58.14)	9 (47.37)	21 (67.74)	0.430 ^b
	Urgencias	16 (37.21)	7 (36.84)	8 (25.81)	
	UCI	2 (4.65)	3 (15.79)	2 (6.45)	
Actividad extraIMSS, n (%)	Si	16 (37.21)	6 (31.58)	16 (51.61)	0.302 ^a
	No	27 (62.79)	13 (68.42)	15 (48.39)	

Estadístico: ^a Prueba de Chi², ^b Exacta de Fisher.

Fuente: Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta en atención a pacientes COVID 19 en el HGR 1 C/MF Cuernavaca Morelos, durante el periodo de septiembre 2021.

Realización Personal.

Al analizar el aspecto de realización personal en el grado bajo existe prevalencia del 19.35% en su mayoría mujeres (55.56%), el rango de edad que prevaleció fue de menos de 30 años, sin embargo no presentó significancia estadística. En el análisis de este aspecto con el estado civil obtuvimos un valor de p estadísticamente significativo, observando una mayor frecuencia de realización personal baja en los médicos que con estado civil de unión libre o casado con un 55.56%. También se observó que con respecto al área COVID, el 25.35% de los médicos de hospitalización presentaron una realización personal baja, es decir el rango alto tiene una mayor prevalencia (54.55%). En general, de los médicos que presentan baja realización personal, la prevalencia más alta se encuentra en el área de hospitalización con un 77.78%, sin embargo estos valores no tienen significancia estadística. Así como una mayor frecuencia de realización personal baja en aquellos que laboran de manera extra institucionalmente con un 55.56% de prevalencia. El resto de variables como hijos, categoría médica, especialidad, tiempo en equipos COVID, categoría dentro de los equipos COVID, turno, antigüedad, número de horas en áreas COVID no presentaron valor estadísticamente significativo.

Tabla 5. Características sociodemográficas entre los médicos participantes de equipos COVID de acuerdo al grado del aspecto de realización personal del síndrome de Burnout (n=93).

Variables	Realización personal			Valor de p	
	Bajo	Medio	Alto		
Características sociodemográficas					
Sexo, n (%)	Masculino	8 (44.44)	8 (42.11)	25 (44.64)	0.981 ^a
	Femenino	10 (55.56)	11 (57.89)	31 (55.36)	
Edad, n (%)	< 30	11 (61.11)	7 (36.84)	19 (33.93)	0.311 ^b
	31-40	6 (33.33)	11 (57.89)	33 (58.93)	
	>41	1 (5.56)	1 (5.26)	4 (7.14)	
Estado civil, n (%)	Soltero	8 (44.44)	16 (84.21)	23 (41.07)	0.004 ^a
	Separado				
	Divorciado				
	Unión libre casado	10 (55.56)	3 (15.79)	33 (58.93)	
Hijos, n (%)	Si	10 (55.56)	6 (31.58)	27 (48.21)	0.307 ^a
	No	8 (44.44)	13 (68.42)	29 (51.79)	
Características laborales					
Categoría médica, n (%)	Especialista	3 (16.67)	2 (10.53)	13 (23.21)	0.542 ^b
	Residente	7 (38.89)	11 (57.89)	20 (35.71)	
	General	8 (44.44)	6 (31.58)	23 (41.07)	
Especialidad, n (%)	Familiar	6 (33.33)	10 (52.63)	18 (32.14)	0.620 ^b

	General	8 (44.44)	6 (31.58)	23 (41.07)	
	Urgencias	1 (5.56)	2 (10.53)	9 (16.07)	
	Reumatología	0 (0.00)	1 (5.26)	1 (1.79)	
	Medicina interna	3 (16.67)	0 (0.00)	3 (5.36)	
	Medicina crítica	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.79)	
	Geriatría	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.79)	
Tiempo en equipos COVID, n (%)	< 1 mes	1 (5.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.264 ^b
	2-6 meses	6 (33.33)	5 (26.32)	17 (30.36)	
	7-12 meses	4 (22.22)	8 (42.11)	11 (19.64)	
	>1 año	7 (38.89)	6 (31.58)	28 (50.00)	
Categoría en equipo COVID, n (%)	Líder	4 (22.22)	2 (10.53)	16 (28.57)	0.284 ^b
	Apoyo	14 (77.78)	17 (89.47)	40 (71.53)	
Turno, n (%)	Matutino	10 (55.56)	6 (31.58)	14 (25.00)	0.324 ^b
	Vespertino	1 (5.56)	2 (10.53)	11 (19.64)	
	Nocturno	4 (22.22)	6 (31.58)	13 (23.21)	
	Jornada acumulada	3 (16.67)	5 (24.32)	18 (32.14)	
Antigüedad, n (%)	< 1 año	11 (61.11)	8 (42.11)	24 (42.86)	0.851 ^b
	2 a 5 años	5 (27.78)	6 (31.58)	20 (35.71)	
	6 a 10 años	1 (5.56)	3 (15.79)	5 (8.93)	
	>10 años	1 (5.56)	2 (10.53)	7 (12.50)	
Número de horas diarias en área COVID, n (%)	<7	3 (16.67)	3 (15.79)	12 (21.43)	0.987 ^b
	8-9	12 (66.67)	12 (63.16)	33 (58.93)	
	>10	3 (16.67)	4 (21.05)	11 (19.64)	
Área COVID, n (%)	Hospitalización	14 (77.78)	11 (57.89)	30 (53.57)	0.437 ^b
	Urgencias	4 (22.22)	6 (31.58)	21 (37.50)	
	UCI	0 (0.00)	2 (10.53)	5 (8.93)	
Actividad extraIMSS, n (%)	Sí	10 (55.56)	3 (15.79)	25 (44.64)	0.032 ^a
	No	8 (44.44)	16 (84.21)	31 (55.36)	

Estadístico: ^a Prueba de Chi², ^b Exacta de Fisher.

Fuente: Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta en atención a pacientes COVID 19 en el HGR 1/MF Cuernavaca Morelos, durante el periodo de septiembre 2021.

El 55.91% de los médicos participantes fueron mujeres. De las cuales el 48.08% presentaron síndrome de Burnout, en cansancio emocional alto se reporta 26.92% ya que la mayoría de ellas (55.75%) presentaron un grado bajo de cansancio emocional, en despersonalización alta se reportó 32.29% de las mujeres, la mayoría presentó despersonalización baja 46.15% y realización personal baja lo presentó el 19.23% de las mujeres y en su grado alto fue de 59.62%.

El porcentaje de hombres médicos participantes fue del 44.09% de los cuales el 53.66% presentaron síndrome de Burnout, 34.15% cansancio emocional alto, 34.15% despersonalización alta y 19.51% realización personal baja.

12. DISCUSIÓN.

La situación actual de pandemia por COVID 19 conlleva un grado de incertidumbre elevado, causando un gran impacto en la salud mental de los trabajadores del área de la salud, especialmente en aquellos que forman parte de la primera línea de atención de pacientes con COVID 19, pudiendo manifestar agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, los cuales integran el síndrome de Burnout.

En cuanto al análisis en nuestro estudio encontramos una prevalencia de síndrome de Burnout del 50.54% la cual presenta una diferencia significativa en comparación con el estudio publicado en el 2021 por Vinueza et, al. en personal sanitario de Ecuador durante la pandemia COVID 19 que reporta una prevalencia del 90% de síndrome de Burnout, 52.9% de cansancio emocional alto, 45.21% de despersonalización alta y realización personal baja de 4.64%; mientras que en nuestro estudio encontramos una prevalencia del 30.11% de cansancio emocional alto, despersonalización alta 33.33% y 19.35% en el aspecto de realización personal baja, lo cual difiere con lo reportado en el estudio antes mencionado.

De acuerdo a estos resultados podemos decir que la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos participantes de equipos de atención a pacientes COVID 19 que obtuvimos en nuestro estudio es mucho menor que lo reportado en Ecuador, esto quizá debido a que actualmente los médicos se sienten con mayor experiencia en la atención de pacientes COVID 19 así como que cuentan con esquema de vacunación completo frente a COVID 19, a la vez también puede explicarse por el momento en el que se recolectó la muestra donde existía una tendencia a la baja de pacientes COVID 19 en nuestro hospital, por otra parte al inicio de la pandemia existía una mayor incertidumbre y temor cuando se atendía a pacientes, lo que provocaba una prevalencia de síndrome de Burnout más elevada en los médicos, tal y como se reporta en Ecuador por Vinueza, et. al. Actualmente nos encontramos en un periodo de adaptación y donde la mayoría de la población esta vacunada, lo que ha condicionado una menor morbimortalidad por COVID y hace sentir al personal

sanitario de primera línea de atención COVID más seguros, además de que cuentan con mayor experiencia en el uso de EPP y medidas preventivas.

Recientemente se han publicado nuevos estudios acerca del síndrome de Burnout en trabajadores del área de la salud en época de pandemia por COVID 19, tal es el caso del artículo publicado en Guadalajara, México por Quiroz-Ascencio et al. donde reportan en personal médico una prevalencia de Burnout leve del 43.1% y 56.9% Burnout severo; 43.1% agotamiento emocional severo (alto), 34.5% despersonalización severa (alta), realización personal baja 19%.⁵¹ Estas cifras son más cercanas a nuestros resultados en cuanto a presencia de síndrome de Burnout, despersonalización alta y realización personal baja.

De las variables relacionadas con la presencia del síndrome de Burnout y sus 3 esferas entre los médicos participantes de equipos en atención de pacientes COVID 19, en nuestro estudio observamos que el estado civil influye en la presencia de Burnout, ya que los casados o que viven en unión libre tienen una prevalencia menor en comparación con los solteros, divorciados o separados, sin embargo creemos que existen otros factores que pueden llevar a la presencia del síndrome de Burnout como son ámbito laboral desfavorable, pocos insumos del equipo de protección personal y amplias jornadas laborales, lo que afecta el rendimiento del médico en la atención del paciente y conlleva un riesgo elevado de cometer errores.

Una de las limitaciones encontradas en este estudio de acuerdo a la metodología podemos resaltar la dificultad para comparar la presencia o ausencia del síndrome de Burnout así como sus 3 dimensiones en algunas de las variables laborales como área COVID y turno, ya que la distribución de los equipos COVID no es uniforme debido a que varía de acuerdo a la capacidad de atención de pacientes del área COVID según consta en los censos de ocupación hospitalaria, además se complicó la recolección de la muestra debido a la carga de trabajo en las áreas COVID, ya que en algunas áreas los médicos de equipos COVID tenían más pacientes de los que se asignaron según los lineamientos del IMSS.

Este estudio tiene como fortaleza que en México se han realizado muy pocos estudios acerca del tema durante la pandemia que incluya médicos residentes en áreas COVID

y específicamente en el estado de Morelos no hay estudio alguno sobre el tema, lo cual puede ser un parteaguas para realizar en un futuro más trabajos de investigación que propicie generar medidas preventivas ante este padecimiento.

Por lo anterior estamos seguros que nuestro estudio a pesar de no haber cumplido con la hipótesis, es de alta relevancia y los líderes de las instituciones de salud deben conocer la prevalencia y también los riesgos que provoca la alteración mental de los médicos de primera línea en la atención de pacientes COVID 19 y realizar estrategias que permitan disminuir en este caso el riesgo de síndrome de Burnout, así como la realización de nuevos estudios sobre el tema, también sería de suma importancia realizar detecciones oportunas, mediante un tamizaje periódico del síndrome de Burnout, el cual puede realizarse con la aplicación de la escala de MBI ya que presenta validez y confiabilidad; así como ofrecer información específica para que se pueda afrontar de manera adecuada los desafíos que han implicado la atención de pacientes con esta nueva pandemia derivada del COVID 19.

13. CONCLUSIONES.

La existencia del estrés laboral crónico y el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, es un problema persistente, que durante la pandemia por COVID 19 ha ido en aumento, debido a múltiples factores. Por lo que es muy importante realizar estrategias que permitan detección temprana e intervenir de manera oportuna para mejorar la calidad de atención a los pacientes y evitar la comisión de errores.

- La prevalencia del síndrome de Burnout en este estudio fue de 50.54%.
- Para el aspecto de cansancio emocional alto la prevalencia fue de 30.11%.
- Para el aspecto de despersonalización alta se reportó prevalencia de 33.33%.
- La prevalencia de despersonalización baja encontrada fue de 19.35%.
- En cuanto al área COVID que cubren encontramos una prevalencia de síndrome de Burnout más alta en el área de hospitalización del 59.57%.
- Dentro de los que presentan cansancio emocional alto el 75% pertenece al área de hospitalización, 17.86% urgencias y 7.14% UCI.
- En despersonalización de los médicos que presentan un alto grado el 67.74% se encuentran en el área de hospitalización, 25.81% en urgencias y 6.45% en UCI.
- De los médicos con realización personal baja se encontró que el 77.78% pertenece al área de hospitalización y 22.22% al área de urgencias.

En México la Secretaría de Salud Federal difundió la “Estrategia para atender salud emocional del personal en hospitales COVID19”, la cual incluye en el sitio de información del coronavirus, un área para la salud mental de los profesionales de la salud y un cuestionario cuyo propósito es detectar los riesgos⁵². Por su parte el IMSS ofrece un curso titulado “Identificación del Burnout o agotamiento laboral” al cual se puede acceder a través de la página <https://climss.imss.gob.mx>, que permite identificar el síndrome de Burnout, permitiendo desarrollar habilidades de manejo y prevención, pretende introducir el conocimiento, reflexión, acciones y posibilidades de pedir ayuda. Estas y otras estrategias podrían difundirse e implementarse en aquellos hospitales que se reconvirtieron ya que la salud mental del profesional de salud

debería ser prioridad, ya que tenemos que estar bien, para poder funcionar personal, familiar y laboralmente.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graue E, Álvarez R, Sánchez M. El síndrome de Burnout: la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Seminario UNAM: El ejercicio actual de la medicina [Internet]. [Revisado 6 febrero 2021]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html.
2. Freudenberger H. The staff Burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 1975; 12:72-83.
3. Román H. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. *Rev Cubana Salud Pública* 2003; 29(2): 103-110.
4. Organización Mundial de la Salud. Día mundial del medio ambiente. Salud ocupacional: Éticamente correcta, económicamente adecuada, 2000. Disponible en: <http://www.who.int>.
5. Maslach C, Schaufeli W. B., Leiter M P. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001. 52:397-422
6. Gutiérrez G, Celis M, Moreno S, Farías F, Suárez J. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocienc* 2006; 11 (4): 305-309.
7. Saborio L, Hidalgo M. Síndrome de Burnout. Revisión bibliográfica. *Med Leg Costa Rica* 2015; 32 (1). [Revisado 26 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
8. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública* 2009; 83 (2): 215-230.
9. Elbarazi I, Loney T, Yousef S, Elias A. Prevalence of and factors associated with Burnout among health care professionals in Arab countries : a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):491.
10. Loya-Murguía K, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *JONNPR*. 2018; 3(1):40-48. DOI: 10.19230/jonnpr.2060
11. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica* 2004; 35(4):173-178.
12. Díaz R, Lartigue T, Acosta M. síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *Rev Asoc Den Mex* 2001; 63 (2):63-67
13. Gutiérrez G, Celis M, Moreno S, Farías F, Suárez J. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocienc* 2006.; 11 (4): 305-309.
14. Martínez C, López G. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Med Fam* 2005; 7(1):6-9

15. Palmer L, Gómez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Med Mex* 2005; 141(3):181-183.
16. Méndez Venegas J. Estrés laboral o síndrome de “Burnout”. *Acta Pediátrica de México* 2004; 25(5):299-302
17. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica* 2004; 35(4):173-178.
18. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout Syndrome. *Annual Reviews in Psychology*. 2001; 01 (2):397-422.
19. Salvagioni D, Melanda F, Mesas A, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job Burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*. 2017; doi: 10.1371/journal.pone.0185781
20. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Geneva: WHO, 2020 [citado febrero 6, 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
21. Manejo clínico de la COVID-19 27 de mayo de 2020 Orientaciones provisionales oms WHO reference number: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5
22. Khan S, Siddique R, Adnan M, Ali A, Liu J, bai Q, Bashir N, Xue M. Correction for. “Emergence of a Novel Coronavirus, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: Biology and Therapeutic Options. *JCM*. 2020. 58 (5): 827–836. DOI: 10.1128/JCM.01297-20.
23. Instituto Mexicano del Seguro Social. Síndrome de Burnout (Internet). México: IMSS; mayo 2020 (consultado 08 febrero 2020). Disponible en: https://climss.imss.gob.mx/cursos/covid6/u1/u1_d3.php
24. Adhanom-Ghebreyesus T. WHO DirectorGeneral’s opening remarks at the media briefing on COVID-19. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2020. Acceso 6 febrero 2021. Disponible en <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19>
25. Lineamiento de reconversión hospitalaria. Gobierno de México | Secretaría de Salud. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
26. Secretaría de Salud. Estrategia de Salud y SRE de combate al COVID -19 [Internet]. Comunicado. 2020 17 de abril. Disponible en: <https://buff.ly/2SClvJb>
27. Vilchis A, Sandoval E, García G. ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México? Vol. 1, n° 10, 6 de octubre de 2020. *fac med unam* 11-14
28. Instituto Mexicano del Seguro social. Profesionales de la salud para hacer frente a la emergencia sanitaria por COVID 19 (internet). México: abril 2020 (consultado 06 febrero 2021). Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/prensa/despliega-imss-a-nivel-nacional-a-16-mil-452-profesionales-de-la-salud-para-hacer-frente-a-la-emergencia-sanitaria-por-covid-19>

29. Observatorio nacional ciudadano. Responsabilidades y corresponsabilidades en las agresiones a personal sanitario en México en el contexto de la COVID 19 (Internet). México: Observatorio nacional ciudadano (consultado 05 febrero 2021). Disponible en: <https://onc.org.mx/uploads/AgresionesMedicos.pdf>
30. De la Peña, L. COVID-19: Desafíos para la seguridad humana. La seguridad política ante el COVID-19 (Internet). México: julio 2020. Comunicación de riesgo y participación ciudadana (consultado 05 febrero 2021). Disponible en: <https://onc.org.mx/covid19>.
31. Secretaría de Salud. COVID-19 MEXICO [Internet]. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2Dui1nK>.
32. Secretaria de salud. COVID-19 MÉXICO PERSONAL DE SALUD 18 DE ENERO DE 2021 (internet). Secretaria de salud (consultado 10 marzo 2021) Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/607909/COVID19_Personal_de_Salud_2021.01.18.pdf
33. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) disponible en: <https://covid19.who.int/>.
34. World health Organization. Substantial investment needed to avert mental health crisis. Who.Int 2020; 5-7.
35. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. The Lancet 2020; 395-402
36. Juárez A. Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS. 2020; 53(4): 432-439. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
37. Vinueza A, Aldaz N, Mera C, Tapia E, Vinueza M. Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. CCM. 2021; 25 (2)
38. Vásquez-Trespalcios E, Aranda-Beltrán C, López-Palomar M. Síndrome de Burnout y justicia organizacional en profesionales de enfermería de hospitales de tercer nivel en la ciudad de Medellín. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet] 2020 (consultado 08 may 2021); 29 (4): 330-339. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v29n4/1132-6255-medtra-29-04-330.pdf>
39. Morgantini L. El Burnout en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. SIIC. 2021; 15(9): 1-11
40. Rodríguez A, Díaz A, Franco J, Aguirre J, Camarena G. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. An Med (Mex) 2018; 63 (4): 246-254.
41. Terrones-Rodríguez J, Cisneros-Pérez V, Arreola-Rocha J. Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54(2)242-248.
42. Loya-Murguía K, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. JONNPR. 2018; 3(1):40-48. DOI: 10.19230/jonnpr.2060

43. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981. 2:99-113
44. Graue E, Álvarez R, Sánchez M. El síndrome de Burnout: la despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Seminario UNAM: El ejercicio actual de la medicina [Internet]. [Revisado 6 febrero 2021]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html.
45. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout Syndrome. *Annual Reviews in Psychology.* 2001; 01 (2):400-418.
46. Rivera-Ávila D, Rivera-Hermosillo J, González-Galindo C. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación educ. médica* [revista en la Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Feb 06]; 6(21): 25-34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000100025&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>.
47. Gobierno de México. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet] [Revisado enero 2020] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
48. NOM-012-SSA3-2012- Norma oficial Mexicana Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet] [Revisado enero 2020] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
49. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial [Internet] [Revisado abril 2020] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
50. GAUDLITZ H MARIANNE. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Rev. chil. enferm. respir.* [Internet]. 2008 [citado 2020 Mayo 19]; 24(2): 138-142. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000200008&lng=es.
51. Quiroz-Ascencio G, Vergara-Orozco M.G.(2), Yáñez-Campos M. del R.(3), Pelayo-Guerrero P.(4), Moreno-Ponce R.(5), Mejía-Mendoza M.L. Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *RevSalJal.* 2021; 8 (Número especial): 20-32.
52. Palacios M, Paz M. El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19. *Boletín sobre COVID-19, UNAM.* Sep 2021; 2(21): 9-14.

15. ANEXOS.

Anexo 1. Cronograma de actividades.

En este cronograma se presenta la planeación temporal de las actividades para el desarrollo y fin del proyecto de investigación.

Programado

Realizado

Año	2021						
Actividades	Febrero	Marzo-Abril	Mayo	Junio -Julio	Agosto	Septiembre- Octubre	Noviembre
Búsqueda de Bibliografía	Programado Realizado						
Elaboración de Protocolo	Programado Realizado						
Presentación autorización del proyecto por el CLIES		Programado Realizado	Programado	Programado	Realizado		
Recolección de datos					Programado	Realizado	
Análisis y escritura de resultados					Programado	Realizado	
Discusión y Conclusiones					Programado	Realizado	
Envío a sinodales						Programado Realizado	
Defensa de tesis							Programado Realizado

Anexo 2. 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: ***“Síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR/UMF No.1 “Lic. Ignacio García Téllez” de Cuernavaca, Morelos.”***

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Cuernavaca, Mor; a ____ de ____ del 2021

Número de registro: R-2021-1701-033

Justificación y objetivo del estudio: Derivado de la pandemia actual que estamos viviendo, existe un alto deterioro físico y mental en los prestadores de los servicios de salud, por ello creemos importante obtener estadísticas que puedan determinar la prevalencia que existe de estas alteraciones. En este estudio nos enfocaremos a determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos que integran los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID 19 en el HGR No.1 Lic. Ignacio García Téllez de Cuernavaca, Morelos, creemos importante incidir en estas alteraciones y promover medidas preventivas, sobre todo en estos momentos que el estrés es más difícil de manejar. Objetivo: Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos participantes de los equipos de respuesta para la atención de pacientes con COVID19.

Procedimientos: Una vez que usted conozca los riesgos y beneficios del estudio y que se hayan resuelto sus dudas acerca del mismo, se buscará un lugar tranquilo y privado, pudiendo ser algún consultorio u oficina de área médica, para que pueda realizar el cuestionario que se le otorgará. Este cuestionario, está conformado por una cédula informativa donde se recaban aspectos sociodemográficos, y por el cuestionario Maslach Burnout Inventory para medir el síndrome de Burnout, con una duración aproximada de 20 minutos. Durante la aplicación de dicho cuestionario usted puede preguntar las dudas que le surjan, incluso si lo desea puede solicitar dejar de participar en el estudio, sin ninguna repercusión. Posterior a responder el cuestionario, este será evaluado por el investigador y se le darán a conocer los resultados, de ser necesario se le otorgará la referencia para su atención integral.

Posibles riesgos y molestias: Este estudio se considera de riesgo mínimo, ya que usted responderá un cuestionario acerca de información personal y profesional, por lo cual se responderá de manera individual en un lugar que ofrezca privacidad y comodidad para usted, ya sea consultorio o área médica, en caso que esto le genere incomodidad, podrá retirarse en el momento que lo decida sin repercusión alguna, recuerde que su participación es anónima.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Al participar en el estudio usted puede conocer si tiene síndrome de Burnout, dependiendo de su resultado podemos referirlo con su médico familiar para su valoración y pruebas complementarias.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados obtenidos se le proporcionarán posterior a terminar el cuestionario de manera privada, para que de acuerdo a su resultado usted podrá tomar la decisión de aceptar envié con médico familiar.

Participación o retiro: Usted puede suspender su participación en el estudio en el momento que así lo desee, sin tener ningún tipo de repercusión. Recuerde su participación es importante ya que podríamos obtener estadísticas significativas respecto al agotamiento profesional ante esta situación a la que nos estamos enfrentando. Gracias por su participación.

Privacidad y confidencialidad:	Los datos utilizados en este estudio serán con fines de investigación, a cada participante se le otorgará un número de folio y con este número se realizará la captura de la información en la base de datos, de tal manera que su nombre no aparecerá en ningún análisis dentro de la o las bases de datos analizadas.			
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Atención médica familiar y de ser necesario referir al servicio de SPPSTIMSS			
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de sus resultados y referencia a especialidad de ser necesario.			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:				
Investigador Responsable:	DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA Médico familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Teléfono: 7772357596. Correo electrónico: jesacruzmi@gmail.com			
Colaboradores :	LIZETH VERENICE BAHENA RAMÍREZ. Residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, correo electrónico: verebahena@hotmail.com. Cel. 2225472497			
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante de este proyecto de esta investigación usted podrá dirigirse a: Comité de ética en Investigación 17018 en el Hospital General Regional c/MF No.1 del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Colonia Flores Magón, Cuernavaca, Morelos. CP 62450. Teléfono (777) 3 15 50 00 ext. 51313, correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@gmail.com				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> </tr> </table>			<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>			
Clave: 2810-009-013				

Anexo 3. Cuestionario para recolección de la información.

¿SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS PARTICIPANTES DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON COVID 19 EN EL HGR/UMF NO.1 LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ DE CUERNAVACA, MORELOS?

Cruz-Miranda J¹, Bahena-Ramírez LV².

1 Unidad de Medicina Familiar No. 20, Cuernavaca, Morelos.

2 HGR C/MF N°. 1, IMSS, Cuernavaca, Morelos.

Lea cuidadosamente y conteste marcando con una "X" lo que se le pide a continuación, trate de no omitir ninguna pregunta. Recuerde que esta información es confidencial y solo la persona que le entrego el cuestionario tendrá acceso a la información.

FOLIO: _____

1. Sexo: A. Masculino B. Femenino
2. Edad: _____ años
3. Estado civil:
A. Soltero B. Unión libre. C. Casado. D. Divorciado. E. Separado. F. Viudo
4. ¿Tiene hijos? _____ si su respuesta fue afirmativa. ¿Cuántos hijos tiene? _____
5. Categoría médica:
A. Médico especialista B. Médico Residente. C. Médico general.
6. Especialidad médica: _____
7. Tiempo que lleva en equipo COVID:
A. Menos de 1 mes. B. 2-6 meses. C. 7-12 meses. D. 1 año o más.
8. Categoría en equipo COVID:
A. Líder de Equipo COVID. B. Médico de apoyo.
9. Área COVID en la que se encuentra laborando:
A. Hospitalización. B. Urgencias. C. UCI
10. Turno que cubre:
A. Matutino B. Vespertino C. Nocturno D. Jornada acumulada
11. ¿Tiempo de antigüedad laboral? _____
12. ¿Número de horas que trabaja diariamente en área COVID? _____
13. Actividad laboral **extrainstitucional** en sector salud:
A. No. B. Sí. ¿Cuántas horas? _____

Recuerda que el cuestionario es:

- Personal.
- Ante una situación como la del COVID-19, el profesional de la salud necesita estar alerta a momentos en los que el estrés es más difícil de manejar.
- Hay opciones.
- Todos merecemos estar bien
- El bienestar es algo que se trabajó y se conquista.
- Estar bien es pensar en uno y ver lo que necesitamos.

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY

Para conocer si usted presenta un síndrome de desgaste-Burnout, responda el siguiente instrumento señalando con una X la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados que se exponen.

		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	POCAS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DÍAS.
1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente supone un gran esfuerzo y me cansa.							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurre a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con 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	POCAS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DÍAS.
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas							

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

A llenar por el investigador

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