



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 162**

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL  
PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN  
TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR/UMAA 162”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL:  
TITULO DE ESPECIALISTA  
EN:

**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**RODRIGUEZ CARRILLO JOSE FERNANDO**

ASESORES DE TESIS

MF. GARCIA CASTILLO JOSE LUIS

M. en C. CASTRO VALDES ISIS CAROLINA

MP. ESQUIVEL CONTRERAS VICTOR HUGO

CDMX, UMF 162, 2022





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA NO 162

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA  
ATENCIÓN PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR/UMAA 162”**

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3609-015

**Presentado por: Rodríguez Carrillo José Fernando**

Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar

**Matrícula:** 97385713

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 162, Delegación Sur CDMX, IMSS. Av. Tláhuac No. 5662, Col. Los Olivos, CP. 13360, Alcaldía. Tláhuac, CDMX.

**Sitio de trabajo:** Unidad de medicina familiar No.162.

**Teléfono:** 5513126283.

**Celular:** 5520841920

**e-mail:** [joche\\_nando111@hotmail.com](mailto:joche_nando111@hotmail.com)

**FAX:** 000000

**Asesores**

**García Castillo José Luis**

Médico Familiar. Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF con UMAA No. 162.

**Matrícula:** 98389641

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 162, Delegación Sur CDMX, IMSS. Av. Tláhuac No 5662, Col. Los Olivos, CP. 13360, Alcaldía. Tláhuac, CDMX.

**Sitio de trabajo:** Consulta externa

**Teléfono:** 5558406070 Ext.21006

**Celular:** 5534292822

**e-mail:** [joseluisgarcas@gmail.com](mailto:joseluisgarcas@gmail.com)

**FAX:** 000000

**Castro Valdés Isis Carolina**

Maestra en Ciencias y Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente CMN Siglo XXI.

**Matrícula:** 99387559

**Adscripción:** CMN Siglo XXI. Edif. de salud en el trabajo. Av. Cuauhtémoc No. 330, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CP. 06720, Ciudad de México.

**Sitio de trabajo:** CMN S. XXI. Edif. de salud en el trabajo.

**Teléfono:** 5556276900

**Celular:** 5548774951

**e-mail:** [vicaahu2012@gmail.com](mailto:vicaahu2012@gmail.com)

**FAX:** 000000

**Esquivel Contreras Víctor Hugo**

Médico con especialidad en Psiquiatra

**Matrícula:** 99388446

**Adscripción:** Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10, Avenida calzada de Tlalpan, No. 931, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Alcaldía, Benito Juárez, CP. 3440, CDMX.

**Sitio de trabajo:** Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10

**Teléfono:** 5555796122

**Celular:** 5579431740

**e-mail:** [psychevhec@gmail.com](mailto:psychevhec@gmail.com)

**FAX:** 000000

**Madrigal Moran Rosa**

Médico Familiar y Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en UMF con UMAA No 162.

**Matrícula:** 99374239

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 162, Delegación Sur CDMX, IMSS. Av. Tláhuac No 5662, Col. Los Olivos, CP. 13360, Alcaldía. Tláhuac, CDMX.

**Sitio de trabajo:** Departamento de educación e investigación en salud.

**Teléfono:** 58406070 Ext 1006.

**Celular:** 5520926948

**e-mail:** [rosa.madrigal@imss.gob.mx](mailto:rosa.madrigal@imss.gob.mx)

**FAX:** 0000



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

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

Registro COFEPRIS 13 CI 09 014 189  
Registro CONSIDÉTICA CONBIOTICA 09 CEI 016 2017061

FECHA Lunes, 26 de abril de 2021

Dr. JOSE LUIS GARCIA CASTILLO

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCIÓN PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR/UMAA 162"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R 2021 3609-015

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

ATENTAMENTE

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

Temperatura

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**"PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 162"**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3609-015

PRESENTA

**RODRIGUEZ CARRILLO JOSE FERNANDO**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF CON UMAA No. 162

AUTORIZACIONES



**MF. MEDINA RODRIGUEZ ELIZABETH**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 162, IMSS.



**MF. MADRIGAL MORAN ROSA**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 162, IMSS.

ASESORES DE TESIS



**MF. GARCIA CASTILLO JOSE LUIS**  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 162, IMSS.  
ASESOR METODOLOGICO Y CLINICO



**M. en C. CASTRO VALDES ISIS CAROLINA**  
MAESTRA EN CIENCIAS Y PROFESOR MEDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACION EDUCATIVA Y FORMACION DOCENTE CMN SIGLO XXI  
ASESOR METODOLOGICO Y CLINICO



**MP. ESQUIVEL CONTRERAS VICTOR HUGO**  
MEDICO PSIQUIATRA ADSCRITO A HOSPITAL DE PSIQUIATRIA CON MEDICINA FAMILIAR No.10  
ASESOR CLINICO



**"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA  
ATENCIÓN PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO 162"**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3609-015

PRESENTA:

**RODRIGUEZ CARRILLO JOSE FERNANDO**

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF CON UMAA No. 162

**AUTORIZACIONES**

DR. JAVIER SANABRIA CRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

<b>DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellido paterno	Rodríguez
Apellido materno	Carrillo
Nombre	José Fernando
Universidad	Instituto Politécnico Nacional
Escuela	Escuela Superior de Medicina
Carrera	Médico Cirujano y Partero
<b>DATOS DE LOS ASESORES</b>	
Apellido paterno	García
Apellido materno	Castillo
Nombre	José Luis
Apellido paterno	Castro
Apellido materno	Valdés
Nombre	Isis Carolina
Apellido paterno	Esquivel
Apellido materno	Contreras
Nombre	Víctor Hugo
<b>DATOS DE LA TESIS</b>	
Título	<b><u>“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 162”</u></b>
No. de paginas	41 paginas.
Año	2023

## INDICE

1.- RESUMEN	10
2.- MARCO TEORICO	12
3.- JUSTIFICACION	20
4.- PLANTEAMIENTO DEL RPOBLEMA	20
4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACION	21
5.- HIPOTESIS	21
6.- OBJETIVO	21
6.1.- OBJETIVO GENERAL	21
6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
7.- MATERIAL Y METODOS	21
7.1.- PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO	21
7.2.- UNIVERSO DE TRABAJO	22
7.3.- UNIDAD DE ANALISIS	22
7.4.- DISEÑO DE ESTUDIO	22
7.5.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
7.5.1.- CRITERIOS DE INCLUSION	22
7.5.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION	22
7.5.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION	22
8.- MUESTREO	22
8.1.- CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA	23
9.- VARIABLES	24
9.1.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	24
10.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO	26
11.- ANALISIS ESTADISTICO	26
12.- CONSIDERACIONES ETICAS	26
12.1.- CONFLICO DE INTERES	27
13.- RECURSOS	27
13.1.- HUMANOS	27
13.2.- MATERIALES	27
13.3.- ECONOMICOS	28
13.4.- FACTIBILIDAD	28



14.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO	28
15.- BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	28
16.- ANALISIS ESTADISTICO	28
17.- RESULTADOS	29
18.- DISCUSION	33
19.- CONCLUSIONES	34
20.- BIBLIOGRAFIA	35
21.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
22.- ANEXOS	39

#### INDICE DE ANEXOS

22.1.- HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
22.2.- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	41

#### INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO	29
GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ESTADO CIVIL.	30
GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR OCUPACIÓN.	30
GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR TURNO.	31
GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ÁREA DE TRABAJO.	31
GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRADO ACADÉMICO.	31
GRAFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ATENCIÓN A PACIENTES COVID.	32
GRAFICO 8. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA UMF NO. 162.	33

#### INDICE DE TABLAS

TABLA 1.- RESULTADO DE LAS VARIABLES DESCRIPTIVAS.	29
TABLA 2.- RESULTADOS DEL INSTRUMENTO MBI-HSS.	32
TABLA 3.- RESULTADOS DEL INSTRUMENTO MBI-HSS.	32

## Índice de abreviaturas

CIE 11.	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades 11.
CIEFD.	Centro de Investigación Educativa y Formación Docente.
COVID 19.	Coronavirus Disease 19.
C/OMS.	Council for International Organizations of Medical Sciences.
INDRE.	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.
MBI-HSS.	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey.
MERS.	Middle East Respiratory Syndrome.
M. en C.	Maestría en Ciencias.
M.F.	Médico Familiar.
M.P.	Médico Psiquiatra.
M.R.	Médico Residente.
UMAA.	Unidad Médica de Atención Ambulatoria.
UMF.	Unidad de Medicina Familiar.
OMS.	Organización Mundial de la Salud.
RT-PCR.	Reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real.
SARS.	Severe Acute Respiratory Syndrome

## 1.- RESUMEN

### “PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 162”

\*Médico Residente: Rodríguez Carrillo José Fernando. \*\*Médico Familiar: García Castillo José Luis.  
\*\*\*Maestra en Ciencias: Castro Valdés Isis Carolina. \*\*\*\*Médico Psiquiatra: Esquivel Contreras Víctor Hugo

\*Médico Residente del Segundo año en Medicina Familiar  
\*\*Médico Familiar adscrito a la UMF No 162  
\*\*\*Maestra en Ciencias y Profesor Médico del CIEFD CMN S. XXI.  
\*\*\*\*Médico Psiquiatra adscrito a Hospital Psiquiatra con UMF No.10

**Antecedentes:** El síndrome de Burnout es un estado psicológico de respuesta prolongada emocional e interpersonal, desencadenada por estresores en el trabajo o factores de riesgo psicosociales, así como sensación de fracaso y existencia agotada. Inicia con sobrecarga emocional y tensión, conduciendo al agotamiento, conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con las personas que atiende. La prevalencia en primer nivel de atención médica es del 40%, siendo principal factor la carga laboral, situación que en este momento aumenta debido a pandemia por COVID-19. De diciembre 2019 a junio 2020 se contabilizaron 8,708,008. casos y 461,715 defunciones a nivel mundial. En México al día 21 de Julio del 2020 se confirmaron 180,545 casos y 21,825 defunciones por COVID-19. Generando aumento en factores que desarrollan síndrome de Burnout en primer nivel de atención y sus complicaciones.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal que otorga la atención para la salud en los tiempos de pandemia por COVID-19 19 en la Unidad de Medicina Familiar 162.

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico, realizándolo a partir del segundo semestre del 2020. Incluyendo a 78 trabajadores de los cuales: 40 Médicos y 38 Enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar No.162. Realizándoles cuestionario dirigido: criterios de Maslach burnout inventory - Human Services Survey. (MBI-HSS), valorando la presencia de Síndrome de Burnout e interrogatorio que incluya lo relacionado a la atención de COVID-19.

**Análisis de resultados:** Se realizará base de datos en programa estadístico SPSS, realizando cálculos de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, para variables cuantitativas se calcularán pruebas de normalidad, en caso que las variables presenten distribución normal se calculará media y desviación estándar (DE), en caso que tengan límites de detección (LD) se calculará mediana y Rango intercuartílico (RIC).

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, COVID-19, Prevalencia, Personal de Salud.

## ABSTRACT

### “PREVALENCE OF BURNOUT SYNDROME OVER HEALTH PROFESSIONALS WHO PROVIDE HEALTH CARE DURING OF COVID-19 PANDEMIC IN THE FAMILY MEDICINE UNIT # 162”

\*Resident Doctor: Rodríguez Carrillo José Fernando. \*\*Doctor: García Castillo José Luis.  
\*\*\*Master of Science: Castro Valdés Isis Carolina. \*\*\*\* Psychiatrist: Esquivel Contreras Víctor Hugo

\* Resident Doctor of Family medicine (2nd year)

\*\* Doctor of UMF No 162

\*\*\* Master of Science and Medical Professor of CIEFD CMN S. XXI.

\*\*\*\* Psychiatrist of Psychiatric hospital, UMF No.10

**Background:** *Burnout syndrome is a psychological state who is triggered by stressors at work or psychosocial risk factors having a prolonged emotional response and interpersonal response, such as feeling of failure and exhausted existence. The patient initially suffers emotional overload and tension, leading to exhaustion, distancing behaviors and cynical attitudes with the people it serves. Prevalence in the first level of medical care is 40%, the main factor of this level is the workload who is increasing by COVID-19 pandemic. Worldwide, there have been 8,708,008 infected people and 461,715 deaths from December 2019 to June 2020. In Mexico, there are 180,545 infected people and 21,825 deaths (last update, July 21st, 2020). These statistics have alerted all medical personnel, causing an increase of factors which are related to Burnout syndrome in the first level of medical care.*

**Objective:** *Determine the prevalence of burnout syndrome over health professionals who provide health care during of covid-19 pandemic in the family medicine unit # 162.*

**Methodology:** *The Analytical cross-sectional study has been carried out from the second semester of 2020 over 78 workers which were 40 doctors and 38 nurses of the family medicine unit # 162. A directed questionnaire has been carried out according to Maslach burnout inventory - Human Services Survey. (MBI-HSS). Finally, the assessment of the presence of Burnout Syndrome that includes matters related to COVID-19 care were made.*

**Preliminary results:** *The database is being worked in SPSS (statistical software) to compute qualitative variables from frequencies and percentages. Besides, Normality tests Will be computed for qualitative variables. If the variables are distributed as a Gaussian distribution, mean and standard deviation (SD) will be calculated. However, if they have bounds, the interquartile range and median will be calculated.*

**Keywords:** *Burnout syndrome, COVID-19, Prevalence, Health professionals*

## 2.- MARCO TEORICO.

La Organización Mundial de la Salud ha procedido al reconocimiento oficial del Burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11). El cual se ha convertido en un grave problema de salud para los trabajadores y la economía mundial.(1)

Resultados de estudios en 2011 y 2014 mostró que los indicadores de agotamiento entre la población activa general de los Estados Unidos se mantuvo estable en alrededor del 28% durante esos años, sin embargo, el porcentaje de los médicos que sufren agotamiento aumentó de 45.5% a 54.4%, y en el equipo de enfermería la prevalencia del Síndrome de Burnout oscilaba entre un 30% y 40%, ya que el agotamiento por su naturaleza es acumulativa.(2) (3)

El síndrome de Burnout en la práctica médica a nivel mundial ha alcanzado niveles epidémicos, con una prevalencia cercana o superior al 50% en los últimos años. Teniendo un impacto económico notable, ya que el costo de reemplazar a un médico en el lugar de trabajo es hasta 2-3 veces su salario anual.(1) En otros países el síndrome de Burnout la prevalencia fluctúa entre el 20% y 80%.(4)

En Estados Unidos, 54.4% de los médicos, tenían al menos 1 síntoma de agotamiento, en Nueva Zelanda, la prevalencia de agotamiento laboral de los médicos fue tan alta como 50%, Un estudio anterior indicó que entre los médicos chinos, en un tercio ha experimentado conflicto con los pacientes, hay altas tasas de incidencia de síntomas depresivos e intentos de suicidio, todo lo cual podría ser inducido por el agotamiento. (5)

El ambiente de trabajo en las instituciones hospitalarias expone a los profesionales de enfermería, diariamente, a riesgos ocupacionales, sobre todo a los psicosociales, ya que están sometidos a un proceso laboral psicológicamente intenso, debido a: convivencia con el sufrimiento y la muerte, alta demanda de pacientes, trabajo en turnos, conflictos en las relaciones interpersonales y con el bajo reconocimiento y desvalorización profesional. Los estudios muestran prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja, muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente. (6) (3) (7)

Cada año a nivel mundial, más de 400 médicos se quitan la vida, con situaciones probablemente relacionadas con el aumento de la depresión y Síndrome de Burnout. Shanafelt, et al. Informó en su encuesta que 6.4% de los encuestados habían considerado suicidio. En el informe Medscape, 14% de los encuestados

habían considerado el suicidio y el 1% de los encuestados había intentado suicidarse.(8)

En 2018 se realizó una encuesta a médicos en línea en donde se encontró evidencia de agotamiento en el 42% en EE. UU. La mayor incidencia de agotamiento (50%) estuvo entre médicos de 45 a 54 años, el grupo de edad en el que la productividad laboral debería alcanzar su punto máximo y las prácticas deberían ser económicamente estables. Repetido en 2019, los resultados fueron similares, con una tasa general de 44% de "Sentirse agotado" y un alarmante 14% informando pensamientos suicidas, de aquellos que experimentan ideas suicidas solo 1/3 busco tratamiento especializado.(9)

Las consecuencias del agotamiento son potencialmente graves para los cuidadores, pacientes e instituciones de salud, incluyendo el riesgo de errores médicos, depresión y efectos adversos en el paciente.(1)

Según cifras IMSS a nivel nacional, el 75% de los mexicanos padecen fatiga por estrés laboral, superando a países como China y Estados Unidos. (10)

La prevalencia del Síndrome de Burnout en el primer nivel de atención médica es del 40% englobando a médicos y enfermeras según estudios en 2017. (11)

Encontrando una prevalencia del síndrome de Burnout del 35% a 40% en el equipo médico, en la mayoría de estudios sobre médicos de atención primaria. Internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85% en sus diferentes áreas. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los cirujanos generales en un 32% y los anestesiólogos en un 44%. (11) (12)

En el equipo de enfermería se ubica por lo general entre el 23% y el 31% en promedio según estudios en 2019 en una media de 30% aproximadamente. La prevalencia de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, variando entre el 8-32% y el 4-92% de la muestra respectivamente.(13)(6) (3)

Según estudios Mexicanos del 2018, encuestas aplicadas a 248 enfermeras participantes en el estudio, del total de la prevalencia del síndrome de Burnout, el 50 % tiene una dimensión quemada, el 33 % tiene dos dimensiones quemadas y el 17 % tiene las tres dimensiones quemadas, de los cuales el 23 % son hombres y 77 % son mujeres. En cuanto a las dimensiones del síndrome de Burnout, se encontró que en los niveles bajo, medio y alto para el agotamiento emocional se obtuvo un 46 %, 24,3 % y 29,6 %, respectivamente; para la realización personal, un 8,6 %, 30,1 % y 51,3 %; en despersonalización fue de 81,4 %, 14,2 % y 4,4 %, respectivamente. (14)

Los cambios sociales, económicos y culturales en las sociedades contemporáneas durante el siglo XX y XXI derivan en transformaciones que marcan el rumbo de las organizaciones. La adaptación de las empresas al nuevo entorno introduce la constitución de nuevos sistemas de trabajo y de la propia actividad laboral que, en última instancia, influye en el bienestar de los miembros de la organización. (12)

En consecuencia, el trabajo no se puede entender como un fenómeno invariable, dado que se enmarca dentro de un contexto histórico y social que evoluciona con el paso del tiempo.(12)

En consecuencia, los cambios y transformaciones en la naturaleza del trabajo influyen en la vulnerabilidad de los sujetos en manifestar comportamientos y actitudes asociadas al Burnout. Más concretamente, los colectivos ocupacionales proclives al desarrollo del Burnout se sitúan en las profesiones asistenciales, tales como la sanidad, la educación, los trabajadores sociales, los funcionarios de prisiones o los policías.(12)

A partir de mediados del siglo XX se dedica especial atención a un fenómeno rara vez comentado y tratado en el mundo académico con anterioridad, cual es el "Burnout". (12)

Este fenómeno comienza a cobrar importancia en la literatura sobre la década de los setenta a través de la disciplina de la Psicología. Esta visibilidad del Burnout surge como resultado de una serie de cambios económicos, sociales y culturales durante la primera mitad del siglo XX. (12)

Los primeros trabajos sobre el Burnout se desarrollan en los Estados Unidos a mediados de los años setenta del siglo XX (Freudenberger, 1974). Durante esta etapa, las investigaciones se concentran en describir, de manera rudimentaria, el fenómeno emergente del Burnout y, finalmente, alcanzan a demostrar su carácter de respuesta genérica en determinados entornos laborales (Maslach y Schaufeli, 1993). (12)

La práctica de dichas profesiones pone de manifiesto la pérdida de energía que sufren los miembros de estas organizaciones, así como la minusvaloración de su propio trabajo.(12)

El psiquiatra norteamericano H. Freudenberger será quien, en la década de los setenta, registre de manera oficial el concepto de Burnout. En una institución de salud mental alternativa ("Free Clinic") se observó cómo, durante un año, los voluntarios que allí trabajaban experimentaban una serie de sentimientos negativos hacia el trabajo.(1) (12)

A raíz de su descripción original se han publicado varios trabajos sobre el tema y sobre el tipo de personal que lo sufre; así como también sobre su prevalencia. De entre las publicaciones existentes podemos destacar que este síndrome afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos.(12)

Burnout se describió por primera vez en 1969, en profesionales que tuvieron contacto cercano con pacientes. El concepto evolucionó para incluir a profesionales que no tienen contacto con pacientes, estudiantes o clientes y ahora es descrito como una crisis relacionada con el trabajo. Una descripción genérica del agotamiento lo define como un estado de agotamiento físico y mental relacionado con las actividades de cuidado o trabajo.(15) (1) (6)

La definición más aceptada hoy en día es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981 que lo define como un estado psicológico de respuesta prolongada emocional e interpersonal, desencadenada por estresores en el trabajo o factores de riesgo psicosociales, así como una sensación de fracaso y existencia agotada o gastada, Se inicia con una sobrecarga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a tener conductas de distanciamiento y actitudes cínicas con la persona que atiende. (5)(12)

Se caracteriza por tres dimensiones: a) cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional.(12) (5)

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de Burnout, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. (12)

De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo.(12)

El agotamiento es un predictor significativo de las siguientes consecuencias físicas: hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, cardiopatías, hospitalización por trastorno cardiovascular, fatiga prolongada, cefalea, gastropatías, neuropatías y mortalidad por debajo de los 45 años. (16)

Los síntomas del Síndrome de Burnout son muy complejos por lo que puede observarse de manera subjetiva lo siguiente: (12) (17)

1. Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
2. Somáticas. Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos.



3. Organizacionales. Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.

Los efectos psicológicos: insomnio, síntomas depresivos, uso de medicamentos psicotrópicos y antidepresivos, hospitalización por trastornos mentales y síntomas psicológicos de mala salud. Insatisfacción en el trabajo, absentismo, nueva pensión de invalidez, demandas laborales y recursos laborales fueron identificados como resultados profesionales.(16)

También sabemos que la reacción de estrés fisiológico involucra varios sistemas endocrinos que están estrechamente relacionados entre sí, incluyendo el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el eje hipotalámico-pituitario-tiroideo. La respuesta al estrés fisiológico también desencadena complejas respuestas inmunológicas, así como la liberación de hormonas catabólicas y anabólicas. (18)

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia: (12)

- 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.

Las condiciones de trabajo adversas pueden conducir al agotamiento del trabajo, un síndrome resultante de estrés crónico en el trabajo que se caracteriza por un agotamiento abrumador, actitudes negativas o falta de compromiso con los clientes e insatisfacción con el desempeño laboral. Este proceso puede conducir a consecuencias indeseables para los trabajadores, sus familias, el entorno laboral y el organizaciones.(16)

En la actividad profesional, el médico puede tener las siguientes conductas: (12) (19)

1. Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Para el diagnóstico, el concepto de Burnout implica 3 aspectos fundamentales que son: (11) (5) (8)

1. Agotamiento emocional. Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización (o cinismo). Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
3. Baja realización personal. Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

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). 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 (MBI HSS). (15) (8) (12)

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. (20) (8)

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: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%).(20) (21)

Por lo anterior es de suma importancia la aplicación de diferentes manejos para la reducción del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud, aplicando herramientas como mindfulness que han demostrado la disminución del agotamiento laboral. (22) (23)

Posterior a las epidemias de SARS-CoV y MERS-CoV, en China se establecieron estrategias para la identificación oportuna de virus emergentes y reemergentes. La vigilancia incluye la investigación y seguimiento de los casos de neumonía de etiología desconocida, así las neumonías que cumplan ciertos criterios. (24)

A finales de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia Hubei, China, se reportaron una serie de casos que cumplían criterios para neumonía de etiología desconocida de características graves y las autoridades locales de salud notaron en los pacientes una asociación epidemiológica con un mercado mayorista de mariscos, en los que también se vendían al público animales no acuáticos como aves de corral vivas y varios tipos de animales salvajes. De forma inmediata notificaron al Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades y el 31 de diciembre se inició la investigación epidemiológica y como primera medida de control, el 01 de enero de 2020 se indicó el cierre del mercado al público. (25) (24)

Las investigaciones iniciales de Zhu y colaboradores en muestras de lavado broncoalveolar de tres pacientes mediante el uso de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) y cultivo viral identificaron un nuevo virus, provisionalmente se nombró "nuevo coronavirus 2019" (nCoV-2019), el cual de acuerdo a sus características genómicas se clasificó dentro del género Betacoronavirus, subgénero Sarbecovirus y también se confirmaron sus efectos citopáticos con cambios estructurales en las células huésped. (24) (25)

En el mercado de Wuhan se encontraron 15 muestras ambientales positivas para nCoV-2019. Un estudio publicado recientemente analizó el genoma completo del virus aislado de cinco pacientes al inicio del brote, y concluyeron que nCoV-19 es 96% idéntico al del genoma completo de un coronavirus de murciélago. (25)

El 09 de enero el Centro Chino de los CDC informó el descubrimiento del nuevo coronavirus y el 12 de enero dieron a conocer la secuencia genómica del nCoV-2019 para el reporte de nuevos casos en otras regiones y el desarrollo de pruebas diagnósticas. (24)

De inmediato se observó un incremento exponencial en los casos confirmados. En un inicio la tasa de crecimiento epidémico fue de 0.10 por día (IC 95% 0.050 a 0.16) y el tiempo de duplicación fue de 7.4 días (IC del 95%, 4.2 a 14). (24) (25)

El 11 de enero se reportó la primera defunción en China. El 13 de enero en Tailandia se registró el primer caso importado en un paciente de 61 años residente de Wuhan. Estados Unidos de Norteamérica reportó su primer caso confirmado el 20 de enero en un paciente de 35 años que viajó a Wuhan. (24)

Entre el 23 y 24 de enero se inició la cuarentena en área metropolitana de la ciudad de Wuhan junto con varias ciudades cercanas y se establecieron medidas de control en los medios de transporte aéreos y terrestres nacionales e internacionales. (24)

La OMS, el 30 de enero, declaró a la infección por nCoV-2019 una emergencia internacional de salud pública. El 11 de febrero el nombre de la enfermedad cambió oficialmente a COVID-19 (coronavirus disease). El nombre del virus, posterior al análisis genómico de las secuencias, es SARS-CoV-2. (25) (24)

Desde que se dio a conocer el brote de COVID-2019, se establecieron medidas de control y para el 09 de enero de 2020, la Dirección General de Epidemiología emitió un aviso preventivo de viajes a China, y posteriormente se publicó el lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de enfermedad por nCoV-2019, en el que se establecieron las definiciones operacionales, las cuales se encuentran aún sujetas a cambio. (25)

El 27 de febrero de 2020 por la mañana se anunció un paciente que tuvo una prueba positiva. Este hombre acudió a consulta al INER, tenía el antecedente de haber viajado a Bérgamo, Italia, donde estuvo en contacto con un individuo infectado. El 28 de febrero el INDRE confirmó que se trataba del primer caso de COVID-19 en México. Para el día 27 de Febrero se habían reportado 82,294 casos confirmados de COVID-19 y 2,804 defunciones a nivel mundial. Tasa de letalidad global: 3.41%. (25) (24) (26).

En el seguimiento de estos casos se encontró a tres contactos que también viajaron a Italia. En la investigación epidemiológica se hizo seguimiento de los cuatro casos, tres presentaron síntomas leves y se confirmaron como casos de COVID-19. Dos pacientes permanecieron en la Ciudad de México y uno en Sinaloa. El cuarto sujeto no presentó síntomas y quedó como portador. (25)

El 29 de febrero de 2020, se reportó un caso positivo en una paciente de sexo femenino que regresó a Torreón, Coahuila, también procedente de Italia. Al 1º de marzo todos los casos en México son importados. (24)

Al 21 de Julio del 2020 se han reportado 8,708,008. casos confirmados y 461,715 defunciones a nivel mundial con una letalidad del 5.3.%. Hasta esta fecha, se han reportado casos en 215 países, territorios y áreas; los casos se han notificado en las seis regiones de la OMS (América, Europa, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental, Pacífico Occidental y África). En México hasta el día 21 de Julio del 2020 se han confirmado 180,545 casos y 21,825 defunciones por COVID-19. (27) (28)

Con la enfermedad por COVID-19, las demandas y tensiones en las áreas de atención médica para la salud han aumentado dramáticamente en sus diferentes áreas y han afectado a todo el personal que lo compone, que por consecuencia se podrá observar un aumento en la prevalencia del síndrome de Burnout y con ello sus complicaciones. La alta prevalencia del agotamiento que podríamos esperar, las causas complejas y las consecuencias críticas ya se han observado ampliamente en las diferentes áreas de atención para la salud. Se ha abogado para abordar el agotamiento y promover el bienestar, incluida la disminución de la carga de trabajo, mejores horarios de trabajo, así como herramientas oportunas como mindfulness y entrenamiento personal, todo con el objetivo de mantener en el personal un adecuado desempeño laboral y social, derechohabientes satisfechos y un sistema de salud óptimo. (29) (25)

### 3.- JUSTIFICACION.

El síndrome de Burnout, enfermedad subestimada en médicos y enfermeras, con una prevalencia a nivel mundial y nacional que repercute en el desarrollo integral de los sistemas de salud, así como directamente en los trabajadores para la salud, generando enfermedades psicológicas, orgánicas y actitudes caracterizadas por la dificultad en el desarrollo de relaciones interpersonales, insatisfacción laboral, ausentismos, abandono laboral, mala calidad del servicio, hostilidad, resentimiento al entorno o en casos fatales, el suicidio. En estos momentos de emergencia sanitaria declarada por la OMS a nivel mundial debido a pandemia por COVID-19, los servicios de salud se encuentran laborando a sus máximas capacidades, aumentando así las actividades laborales de médicos y enfermeras, y la probabilidad por consecuente en el desarrollo del Síndrome de Burnout por múltiples factores como: aumento en la carga laboral, ausentismo laboral, deficiencia del equipo de protección personal, miedo al contagio, áreas de trabajo no óptimas, falta de apoyo por sus superiores y falta de capacitaciones, entre otros. La presente investigación tiene como objetivo dar a conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que aqueja a la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No.162 en tiempos de pandemia por COVID-19, posteriormente se realizara la presentación de resultados intentando sensibilizar a las autoridades pertinentes para la toma adecuada de medidas preventivas y/o terapéuticas que puedan impactar en el adecuado desarrollo biopsicosocial del trabajador para la salud, mejorando la calidad de atención al derechohabiente y generando así un óptimo sistema de salud.

### 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La prevalencia del síndrome de Burnout en el equipo de atención para la salud se ha incrementado de manera importante durante el 2020, éste aumento se puede relacionar a la pandemia por COVID-19. Lo que impide un adecuado desarrollo de la actividad laboral en dicho personal, sin mantener en este momento las técnicas

específicas de apoyo al personal que permita encontrar una solución para disminuir la prevalencia y así lograr un adecuado desarrollo laboral. Dichas técnicas mejorarían el entorno biopsicosocial del equipo de la salud así como mejores resultados en la atención al derechohabiente.

#### 4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en el equipo de atención para la salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 en tiempos de pandemia por COVID-19?

#### 5.- HIPOTESIS.

La prevalencia del Síndrome de Burnout en el equipo que otorga atención para la salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 será mayor al 50%.

No existe una relación entre el síndrome de Burnout y los tiempos de pandemia por COVID-19 en la Unidad de Medicina Familiar No. 162.

#### 6.- OBJETIVOS.

##### 6.1.- OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en relación a los tiempos de pandemia por COVID-19 en el equipo que otorga atención para la salud en la Unidad de Medicina Familiar No 162

##### 6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras de la UMF No. 162.
- Estimar la prevalencia por área de atención para la salud en la UMF No. 162.
- Describir la frecuencia por turno y sexo en el personal que otorga atención para la salud en la UMF No. 162.

#### 7.- MATERIAL Y METODOS.

##### 7.1.- PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO.

Se realizará estudio en un periodo de 2 meses en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## 7.2.- UNIVERSO DE TRABAJO.

Personal que otorga atención para la salud caracterizado por Médicos y Enfermeras en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 de cualquier turno y área que comprenden una población de 78 trabajadores, 38 Enfermeras de las cuales: 3 Jefes de área, 13 especialistas, 16 enfermeras generales y 6 enfermeras auxiliares y 40 Médicos de los cuales: 28 Médicos familiares, 2 Médicos Generales y 10 Médicos no familiares.

## 7.3.- UNIDAD DE ANALISIS.

Personal que otorga atención para la salud que cumplan los criterios de inclusión en la unidad de Medicina Familiar No 162.

## 7.4.- DISEÑO DE ESTUDIO.

No experimental, Transversal analítico.

## 7.5.- CRITERIOS DE SELECCION.

### 7.5.1.- CRITERIO DE INCLUSION.

- Médicos que otorgan atención para la salud en las diferentes áreas de la Unidad de Medicina Familiar No.162 en todos los turnos y áreas.
- Enfermeras que otorgan atención para la salud en las diferentes áreas de la Unidad de Medicina Familiar No.162 en todos los turnos y áreas.

### 7.5.2.- CRITERIO DE EXCLUSION.

- Resto de la población que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.162.
- Personal que otorga la atención para la salud en la UMF No 162 que no acepta o se rehúse a realizar la evaluación MBI HSS.

### 7.5.3.- CRITERIO DE ELIMINACION

- Evaluaciones mal requisitadas por el personal que otorga la atención para la salud en la UMF 162.

## 8.- MUESTREO.

No aleatorio, accidental.

## 8.1.- CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA. (30)

Se requieren los siguientes datos para el cálculo de tamaño de muestra requerido para este estudio:

La proporción que se desea poder detectar: dicho dato proviene de la prevalencia reportada en el primer nivel de atención a la salud, y se utilizará como referencia para anotarla en la fórmula en términos de fracción.

Nivel de confianza deseado: Usualmente el 95%, que corresponde a un valor de “d: 0.05”. Indica el grado de confianza que se tendrá en cuanto a que el verdadero valor del parámetro en la población estudiada, caiga en el intervalo obtenido.

Se realizará un estudio de tipo No aleatorio, accidental en donde se presenta una población finita en la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No.162 y una prevalencia de 40% de Síndrome de Burnout en el primer nivel de atención para la salud por lo que se decide utilizar la siguiente fórmula para proporciones finitas:

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

En donde:

**n** = Tamaño de la muestra mínima a estudiar.

**N** = Total de la población a estudiar (Dato obtenido en área de personal de la Unidad de Medicina Familiar 162 en donde se encuentran hasta este momento activos y laborando: Médicos = 40, Enfermeras = 38, Total de trabajadores que otorgan atención para la salud en la UMF con UMAA 162 = 78)

**Z** = Nivel de confianza “1.96” en (seguridad del 95%)

**p** = proporción esperada (en dicho caso 40% = 0.4)

**q** = complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio 1 – p (en este caso 1-p = 0.6)

**d** = precisión (usando 5% = 0.05)

Datos:

n = Muestra

N = 78

Z = 1.96

p = 0.4

q = 0.6

d = 0.05



Sustitución:

$$n = \frac{(78)(1.96)^2(0.4)(0.6)}{(0.05)^2(78 - 1) + (1.96)^2(0.4)(0.6)}$$

$$n = \frac{71.914752}{1.114484}$$

$$n = 64.52739$$

$$n = 65 \text{ trabajadores}$$

## 9.- VARIABLES.

Variable dependiente: Síndrome de Burnout

Variable independiente: Edad. Sexo. Estado civil. Ocupación. Escolaridad. Area de trabajo. Turno. Atención a pacientes COVID.

### 9.1.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

#### **Variable dependiente.**

Nombre de la variable: Síndrome de Burnout.

Definición conceptual: Evaluado por Maslach burnout inventory (MBI HSS) que evalúa los 3 siguientes parámetros.

1. Agotamiento emocional. Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales. Puntuación máxima 54.
2. Despersonalización o deshumanización (o cinismo): Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. Puntuación máxima 30.
3. Baja realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	0 - 18	19 - 26	27 - 54
DESPERSONALIZACIÓN	0 - 5	6 - 9	10 - 30
REALIZACIÓN PERSONAL	0 - 33	34 - 39	40 - 56

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

Tipo de variable: Cuantitativa Discreta  
Escala de Medición: Razón  
Indicador: Puntaje obtenido por MBI HSS

### **Variables Independientes.**

Nombre de la variable: Edad  
Definición conceptual: Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.  
Definición operacional: Años cumplidos al momento del Interrogatorio.  
Tipo de variable: Cuantitativa  
Escala de medición: Discontinua  
Indicador: Número de años

Nombre de la variable: Sexo  
Definición conceptual: Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.  
Definición operacional: Características Fenotípicas  
Tipo de variable: Cualitativa  
Escala de medición: Nominal  
Indicador: Femenino y Masculino

Nombre de la variable: Estado civil  
Definición conceptual: Es la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.  
Definición operacional: Interrogatorio.  
Tipo de variable: Cualitativa  
Escala de medición: Nominal politómica  
Indicador: Soltero, Casado, Unión libre, Viudo.

Nombre de la variable: Ocupación  
Definición conceptual: Actividad diaria realizada en el campo de lo profesional.  
Definición operacional: Interrogatorio  
Tipo de variable: Cualitativa  
Escala de medición: Ordinal  
Indicador: Médico y Enfermera.

Nombre de la variable: Escolaridad  
Definición conceptual: Periodo de tiempo en el que una persona asiste a la escuela y logra un título académico o grado.  
Definición operacional: Interrogatorio  
Tipo de variable: Cualitativa  
Escala de medición: Ordinal

## 10.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Se realizará un estudio transversal analítico en un periodo de 1 a 2 meses, el cual se efectuará al personal que otorga la atención para la salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 162 los cuales son médicos y enfermeras. Se acudirá directamente a las áreas en donde realizan sus labores, área de personal, áreas de descanso o en donde se tenga la oportunidad de realizar dicha evaluación con el tiempo y ambiente deseados. Se le explicara al trabajador el estudio de la investigación, la finalidad y sus beneficios. Se otorgará el consentimiento informado y una vez firmado, se procede a explicar la forma para responder la evaluación MBI HSS, la cual responderán de manera personal en un ambiente óptimo para una mejor fidelidad y confidencialidad. La duración de este procedimiento es libre. La recolección de datos se realizará de lunes a domingo en horario completo. Se realizará base de datos en el programa estadístico SPSS, se hará el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; para las variables cuantitativas se calcularán las pruebas de normalidad, en caso de que las variables presenten distribución normal, se calculará la media y la desviación estándar (DE), en caso de que tengan límites de detección (LD) se calculará la mediana y el Rango intercuartílico (RIC).

## 11.- ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables:

-Variables cualitativas: Se utilizará mediana para variables con escala ordinal y proporciones para variables con escala nominal.

-Variables cuantitativas: En resultados con distribución normal: se utilizará media como medida de tendencia central y desviación estándar (como medida de dispersión).

-Datos con libre distribución: se utilizará mediana (como medida de tendencia central) y rangos intercuartiles.

Para el análisis de datos, se utilizarán programa estadístico Excel.

## 12.- CONSIDERACIONES ETICAS.

Se considera este estudio de acuerdo al Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, lo establecido en el artículo 17, en su categoría I. Investigación con riesgo mínimo.- ya que se realizará un cuestionario sobre datos sociodemográficos, y evaluación MBI HSS los cuales están considerados estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos rutinarios y que en todo momento se cuidara el anonimato, así como la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capitulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6.-El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica, apartado 25, el investigador se apegará la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS. Es una investigación de bajo riesgo, solo se realizara evaluación MBI HSS que el trabajador resolverá en un ambiente y tiempo optimo sin la indagación de otros aspectos psicológicos, no se realizará toma de muestras de reactivo para laboratorio, ni algún procedimiento invasivo, únicamente la realización de escala MBI HSS para el conocimiento de su prevalencia, y sugerir la prevención y medidas a las autoridades correspondientes para el Síndrome de Burnout.

Se expresarán claramente los beneficios y garantías de seguridad que se brindaran a los participantes ampliamente comentados en el consentimiento informado, se relacionará la experiencia de los investigadores y la responsabilidad de una entidad de salud.

Se establecerá que la investigación se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del participante y del Instituto; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto.

#### 12.1.- CONFLICTOS DE INTERÉS.

En dicha investigación no se recibe financiamiento externo y no se encuentra conflicto de interés al realizar el presente estudio.

#### 13.- RECURSOS.

##### 13.1.- HUMANOS.

Médico residente (1)  
Asesores clínicos (2)  
Asesor metodológico (1)

##### 13.2.- MATERIALES.

Computadoras. (1 equipo)  
Plumas. (1)  
Hojas. (1000)

Instrumento de recolección de datos.  
Consentimiento Informado

### 13.3.- ECONOMICOS.

El presente trabajo no tiene financiamiento Institucional ni extrainstitucional, la unidad cuenta con las instalaciones donde se puede entrevistar al personal que otorga atención para la salud. Los consumibles serán financiados con los recursos económicos del investigador.

### 13.4.- FACTIBILIDAD.

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 162, previo consentimiento informado y de manera directa al aplicar el cuestionario MBI HSS a los trabajadores que otorgan atención para la salud que decidan participar en el estudio, la finalidad de la investigación y aplicación de la prueba se realizara en un tiempo no mayor a 15 minutos, al terminar la entrevista se analizarán resultados y se dará una conclusión del mismo.

### 14.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

La limitación más importante que puede mostrar dicha investigación será la fidelidad y veracidad de los datos que nos proporcionen los trabajadores que otorgan atención para la salud.

### 15.- BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS.

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal que otorga la atención para la salud en la Unidad de Medicina Familiar No.162 obteniendo los datos estadísticos pertinentes.

Concientizar al personal de atención para la salud, así como a las autoridades correspondientes para la pronta respuesta en la realización de programas que apoyen al personal a diagnosticar, tratar y prevenir el Síndrome de Burnout.

Mejorar la atención al derechohabiente por parte del equipo que otorga atención para la salud.

### 16.- ANALISIS ESTADISTICO

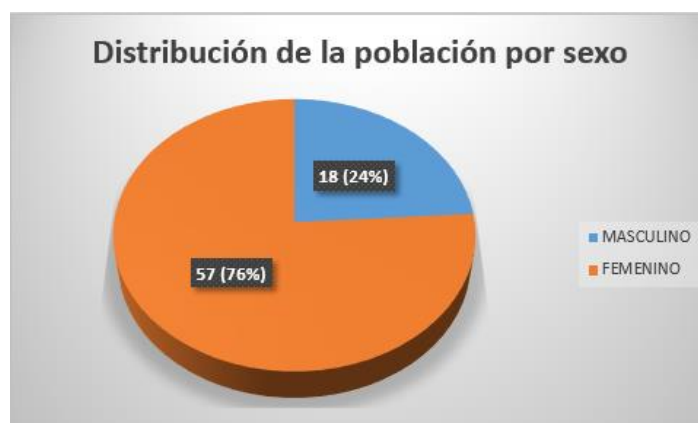
Se realizó análisis estadístico empleando el programa IBM SPSS v26 (USA). Los resultados serán expresados en tablas y graficas según corresponda. Los análisis de variables cualitativos se realizarán con frecuencias y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas serán analizadas mediante medidas de tendencia central. La distribución de la población se estudiará con la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

En cuanto a la correlación se estudiará con la prueba de Chi-cuadrada de Pearson. Se considerará como resultado significativo cuando  $p < 0.05$ .

## 17.- RESULTADOS

En el estudio se incluyeron a 75 personas trabajadoras de la UMF No. 162 de las cuales solo 18 eran hombres (24%) y el resto mujeres 76% (n=57) (Gráfico 1). Con una edad media de  $39.83 \pm 7.84$  años de edad y que acorde a la prueba de Kolmogórov-Smirnov presento una distribución paramétrica ( $p=0.2$ ).

Gráfico 1. Distribución de la población por sexo



El estado civil de los incluidos en el estudio se encontró que el 38.7% (n=29) eran solteros, 53.3% (n=40) de casados, 2.7% (n=2) eran divorciados y 5.3% (n=4) estaban en unión libre (Gráfico 2). El resto de las variables se incluyen en la siguiente tabla. Así como los siguientes gráficos, Ocupación (Gráfico 3), Turno (Gráfico 4), Área de trabajo (Gráfico 5), Grado académico (Gráfico 6), Atención a pacientes COVID-19 (Gráfico 7).

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación		
Médico familiar	29	38.7%
Médico especialista	5	6.7%
Médico general	4	5.3%
Enfermería	37	49.3%
Turno		
Matutino	39	52%
Vespertino	24	32%
Nocturno	6	8%
Jornada acumulada	6	8%
Área de trabajo		
Consulta externa	21	28%
Atención medica	34	45.3%

Continua		
Atención preventiva	14	18.7%
Áreas administrativas	6	8%
Grado académico		
Técnico	8	10.7%
Licenciatura	27	36%
Posgrado	40	53.3%
Atención a COVID-19		
Si	60	80%
No	15	20%

Grafico 2. Distribución de la población por estado civil.

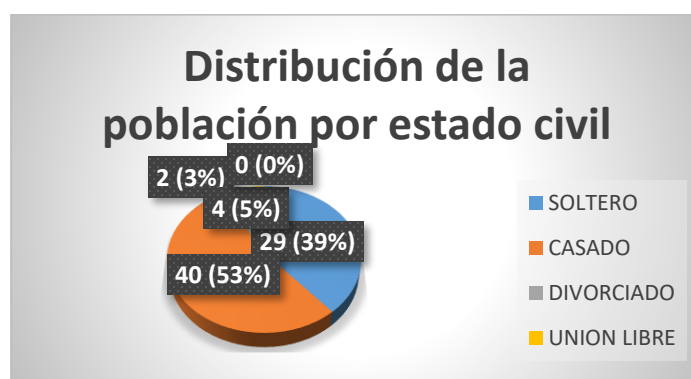


Grafico 3. Distribución de la población por ocupación.



Grafico 4. Distribución de la población por turno.



Grafico 5. Distribución de la población por área de trabajo.

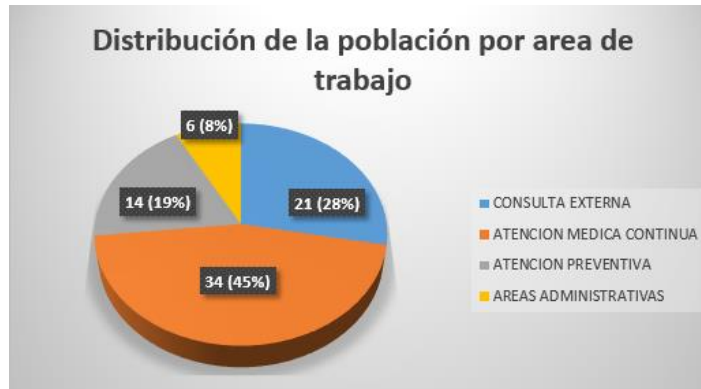


Grafico 6. Distribución de la población por grado académico.





Grafico 7. Distribución de la población por atención a pacientes COVID.



En cuanto a la aplicación del estudio MBI-HSS se obtuvieron los siguientes resultados.

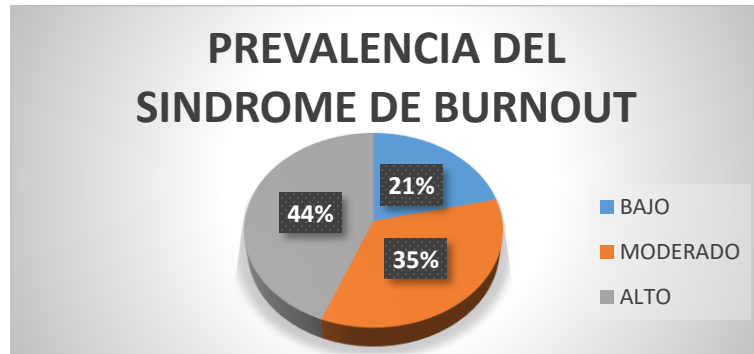
	Media	Desviación Estándar
Cansancio emocional (EE)	46	±17.28
Realización personal (PA)	48	±38.31
Despersonalización (D)	23	±4.32
Puntaje total	94	±59.91

Finalmente, se determinó la interpretación de las áreas del instrumento y la valoración del síndrome de Burnout total que se muestran en la tabla 3. (Grafico 8)

	Media	Desviación Estándar
Cansancio emocional (EE)		
Bajo	46	61.3%
Moderado	15	20%
Alto	14	18.7%
Realización personal (PA)		
Bajo	34	45.3%
Moderado	26	34.7%
Alto	15	20%
Despersonalización (D)		
Bajo	48	64%
Moderado	18	24%
Alto	9	12%
Puntaje total		

Bajo	16	21.33%
Moderado	26	34.7%
Alto	33	44%

Grafico 8. Prevalencia del Síndrome de Burnout en la UMF No. 162.



No se encontró relación de la intensidad del Síndrome de Burnout con el sexo ( $p=0.292$ ), edad ( $p=0.559$ ), ocupación ( $p=0.282$ ), estado civil ( $p=0.916$ ), turno ( $p=0.447$ ), grado académico ( $p=0.227$ ) o la atención a pacientes con COVID ( $p=0.494$ ). Pero si se relacionó con el área de trabajo ( $p=0.022$ ).

## 18.- DISCUSION

En la actualidad las personas asociadas o que trabajan en el sector salud es principalmente del sexo femenino como lo que se encontró en nuestro estudio donde más del 50% son de dicho género. Ya que en muchos países las mujeres representan hasta más del 75% de la fuerza laboral, lo cual esta posiblemente asociado a que tienden a concentrarse en ocupaciones de salud de menor estatus.

Lo anterior lo podemos sustentar en el hecho de que la mayoría de la población encuestada está relacionada en el área de enfermería. E incluso también las mujeres representan mayor porcentaje en el área de técnica y operativa.

En cuanto al turno de trabajo la mayoría se concentra en el matutino y vespertino debido a que en las unidades médicas es donde se concentra la mayor carga de trabajo cuya finalidad es la atención medica por consulta externa. La cual depende en menor medida de un personal adicional al médico, enfermería y administrativo.

Por lo anterior el trabajo está centrado en la atención al paciente por parte del médico, técnicos y enfermería y de ahí la distribución observada en el estudio. La atención a pacientes con COVID-19 también se presenta de manera amplia en las unidades médicas familiares y por ende el contacto de los médicos de dichas unidades tienden a presentar atención continua a pacientes con COVID.

En cuanto a la incidencia del síndrome de Burnout este suele presentarse por arriba del 50% del personal de salud, por lo que nuestro estudio es concordante con lo

presentado en otras investigaciones. Lo cual también es similar a lo que se presenta a nivel de despersonalización y agotamiento emocional en el personal de atención médica.

A esto se le denomina riesgos psicosociales de la carrera de medicina que se han asociado al desarrollo del síndrome de Burnout en médicos. Aunque si se ha relacionado la presencia de la pandemia para COVID-19 con un incremento en el desarrollo de Burnout en médicos o personal de salud sin que el incremento sea significativo realmente o supere situaciones previas a la pandemia.

Por lo que la atención de la pandemia no agravo el Síndrome de Burnout, de ahí que podamos sustentar que el propio desarrollo del síndrome es debido a la exigencia de la carrera, condiciones del desarrollo profesional o situaciones similares. Esto se sustenta debido a que se presenta el síndrome aun desde las etapas de desarrollo estudiantil.

#### 19.- CONCLUSION

El personal que otorga atención a la salud de la UMF No.162 presenta niveles altos del síndrome de Burnout con una prevalencia de más del 78%; sin embargo, este nivel de Síndrome de Burnout está en relación con el área de atención o el área de trabajo en el área de salud. De igual manera las condiciones del trabajo o incluso la presentación de la pandemia por COVID.

## 20.- BIBLIOGRAFIA.

1. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral J, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout Syndrome Among Medical Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 13, PLoS one. PLoS One; 2018: 1-17
2. Herbert L, Scheid M. Physician Burnout: Causes, Consequences, and Cures. Vol. 45, Texas Heart Institute journal. Tex Heart Inst J; 2018: 1-5
3. Silvia G. Burnout en el servicio de emergencia de un hospita Hospital Nacional Antonio Lorena. Cusco, Perú. I. Horiz Méd Lima. el 15 de marzo de 2019;19(1):67–72.
4. Verweij H, Van-Ravestejin H, Madelon M, Lagro-Janssen A, Speckens A. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. Vol. 33, Journal of general internal medicine. J Gen Intern Med; 2018.:3-8
5. Qin Z, Yang K, Wang X, Zhenghand O, Xiaopeng S, Zheng J, et al. Burnout Among Doctors in China Through 2018: A Protocol of Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 98, Medicine. Medicine (Baltimore); 2019.: 1-4
6. Gomez-Urquiza J, Monsalve-Reyes C, Luis-Costas C, Fernandez R, Raimundo A, Cañadas G. Risk Factors and Burnout Levels in Primary Care Nurses: A Systematic Review]. Vol. 49, Atencion primaria; 2017: 1-9
7. Friganovie A, Selie P, Ilie B, Sedie B. Stress and Burnout Syndrome and Their Associations With Coping and Job Satisfaction in Critical Care Nurses: A Literature Review. Vol. 31, Psychiatria Danubina. Psychiatr Danub; 2019: 1-11
8. Stehman C, Testo Z, Gershaw R, Kellog A. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. Vol. 20, The western journal of emergency medicine. West J Emerg Med; 2019: 485-494.
9. Yates S. Physician Stress and Burnout. Vol. 133, The American journal of medicine. Am J Med; 2020: 1-17
10. IMSS.com, Estrés Laboral (sede web): <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>
11. Auseron G, Elcuaz M, Fuertes C, Gueto V, Pascual P, Garcia E, Evaluation of the Effectiveness of a Mindfulness and Self-Compassion Program to Reduce Stress and Prevent Burnout in Primary Care Health Professionals. Vol. 50, Atencion primaria; 2018: 1-10
12. López-Carballeira A. El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. 1a ed. Vol. 1. Galicia: Universidad de vigo; 2017. 276 p.

13. Pradas-Hernández L, Ariza T, Gomez J, Albendin L, De la Fuente E, Cañadas G. Prevalence of Burnout in Paediatric Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 13, PLoS one. PLoS One; 2018: 1-14.
14. Colmenares J, Acosta R, Cardenas E, Carvajal C, Guzman O, Hernandez M, et al. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE MÉXICO. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2018;19(2):14-8  
14.
15. Jacquet A, Grolleau A, Jove J, Lassalle R, Moore N. Burnout: Evaluation of the Efficacy and Tolerability of TARGET 1® for Professional Fatigue Syndrome (Burnout). Vol. 43, The Journal of international medical research. *J Int Med Res*; 2015: 54-66.
16. Jodas D, Nesello F, Eumann A, Duran A, Lopes F, Andrade S. Physical, Psychological and Occupational Consequences of Job Burnout: A Systematic Review of Prospective Studies. Vol. 12, PLoS one. PLoS One; 2017: 1-29
17. Vallejo-Villalobos M. El síndrome de desgaste (burnout) en el área de la salud. *Rev Hematol.* 2017;17(1):2.
18. Ingibjorg H, Sjors A. MECHANISMS IN ENDOCRINOLOGY: Endocrine and Immunological Aspects of Burnout: A Narrative Review. Vol. 180, *European journal of endocrinology.* *Eur J Endocrinol*; 2019: 1-12
19. Dewa C, Loong D, Bonato S, Trojanowsky L. The Relationship Between Physician Burnout and Quality of Healthcare in Terms of Safety and Acceptability: A Systematic Review. Vol. 7, *BMJ open.* *BMJ Open*; 2017: 1-17
20. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician Burnout: Contributors, Consequences and Solutions. Vol. 283, *Journal of internal medicine.* *J Intern Med*; 2018: 516-526
21. Flores-Tesillo S, Ruíz-Martínez A. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicol Salud.* el 26 de abril de 2018;28(1):63–72.
22. Luken M, Sammons A. Systematic Review of Mindfulness Practice for Reducing Job Burnout. Vol. 70, *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association.* *Am J Occup Ther*; 2016:1-10
23. Stier-Jarmer M, Frisch D, Oberhauser C, Berberich G, Schuh A. The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program. Vol. 113, *Deutsches Arzteblatt international.* *Dtsch Arztebl Int*; 2016: 1-12

24. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19 [Internet]. Vol. 12, Viruses. Viruses; 2020: 1-17
25. Aragon-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales M COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Rev Mex Pediatría. el 6 de marzo de 2020;86(6):213–8.
26. Subsecretaria de prevencion y prmocion de la salud.com Comunicado Tecnico Diario COVID-19 2020.02.27.pdf  
:https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/537793/Comunicado\_Tecnico\_Diario\_COVID-19\_2020.02.27.pdf
27. Subsecretaria de prevencion y prmocion de la salud.com. Comunicado Tecnico Diario COVID-19\_2020.06.21.pdf.. Disponible en:https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558912/Comunicado\_Tecnico\_Diario\_COVID-19\_2020.06.21.pdf
28. El mapa mundial del coronavirus RTVE.  
https://www.rtve.es/noticias/20200627/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml
29. Fessell D, Cherniss C. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. Vol. 17, Journal of the American College of Radiology : JACR. J Am Coll Radiol; 2020:1-8
30. Herrera Castellanos M, formula para calculo de la muestra poblaciones finitas var categorica. vol.1 2009. Disponible en:  
https://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lculo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf

**“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 162”**

Actividades	2020				2021						2022			2023
	Marzo - Abril	Mayo	Junio	Julio - Dic	Enero	Febrero - Marzo	Abril - Sept	Octubre	Noviembre	Dic	Enero	Febrero	Agosto	Febrero
Título y Marco Teórico.	REALIZADO													
Justificación, Planteamiento del problema y Pregunta de investigación.		PROGRAMADO												
Hipótesis y Objetivos		PROGRAMADO												
Variable			PROGRAMADO											
Cálculo de muestra			PROGRAMADO											
Presentación ante el comité			PROGRAMADO											
Revisión por el comité				PROGRAMADO	PROGRAMADO									
Trabajo de campo						PROGRAMADO								
Análisis de resultados							PROGRAMADO							
Elaboración de conclusiones								PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO			
Presentación de tesis												PROGRAMADO		
Presentación de cartel													PROGRAMADO	
Tesis concluida														PROGRAMADO

 REALIZADO  
 PROGRAMADO

**Elaborado por:** Rodríguez Carrillo José Fernando, Residente del tercer año en la especialidad de Medicina Familiar  
**Asesores y revisores:** García Castillo José Luis, Médico Familiar. Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF con UMAA No. 162.  
 Castro Valdés Isis Carolina, Maestra en Ciencias y Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente CMN Siglo XXI.  
 Esquivel Contreras Víctor Hugo, Médico con especialidad en Psiquiatra adscrito a HP con UMF No 10



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
 CON UMAA 162  
 09 FEB. 2023  
 COORDINACIÓN CLÍNICA  
 DE EDUCACIÓN CONTINUADA

FEBRERO 2023

1.- ANEXOS.

22.1.- HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Anexo 1 Consentimiento informado

 <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION</b></p>	
Nombre del estudio:	“PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 162”
Patrocinador externo (si aplica)	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 162. CIUDAD DE MEXICO A _____ DE _____ DEL 2021.
Número de folio:	F-2020-3609-049
Justificación y objetivo del estudio:	El síndrome de Burnout, enfermedad subestimada en médicos y enfermeras, con una prevalencia a nivel mundial y nacional que repercute en el desarrollo integral de los sistemas de salud, así como directamente en los trabajadores para la salud, generando enfermedades psicológicas, orgánicas y actitudes caracterizadas por la dificultad en el desarrollo de relaciones interpersonales, insatisfacción laboral, ausentismos, abandono laboral, mala calidad del servicio, hostilidad, resentimiento al entorno o en casos fatales el suicidio. En estos momentos de emergencia sanitaria declarada por la OMS a nivel mundial debido a pandemia por COVID 19, los servicios de salud se encuentran laborando a sus máximas capacidades, aumentando así las actividades laborales de médicos y enfermeras, y la probabilidad por consecuente en el desarrollo del Síndrome de Burnout por múltiples factores como: aumento en la carga laboral, ausentismo laboral, deficiencia del equipo de protección personal, miedo al contagio, áreas de trabajo no óptimas, falta de apoyo por sus superiores y falta de capacitaciones, entre otros. La presente investigación tiene como objetivo dar a conocer la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras que aqueja a la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No.162 en tiempos de pandemia por COVID 19, posteriormente se realizara la presentación de resultados intentando sensibilizar a las autoridades pertinentes para la toma adecuada de medidas preventivas y/o terapéuticas que puedan impactar en el adecuado desarrollo biopsicosocial del trabajador para la salud, mejorando la calidad de atención al derechohabiente y así generando un óptimo sistema de salud.
Procedimientos:	Se realizara la evaluación MBI HSS al personal conformado por médicos y enfermeras de la UMF con UMAA No. 162. Se acudiría directamente a las áreas en donde realizan sus labores, área de personal, áreas de descanso o en donde se tenga la oportunidad de realizar dicha evaluación con el tiempo y ambiente deseados, explicando detalladamente la finalidad y beneficios de dicha evaluación y una vez firmado el consentimiento informado se procede a explicar la forma para responder la evaluación, la cual responderán de manera personal en un ambiente óptimo para una mejor fidelidad y confidencialidad. La duración de este procedimiento es libre. La recolección de datos se realizara de lunes a domingo en horario completo.
Posibles riesgos y molestias:	El manejo de los temas en la salud mental, abarca un amplio panorama en la respuesta del encuestado, por lo que en todo momento se le hará sentir con la seguridad de la confidencialidad y libertad de tiempo en la resolución de la encuesta. Se buscará completar el número de encuestados proyectados para lograr el impacto deseado del estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Dicha investigación está enfocada en conocer la prevalencia del síndrome de Burnout, por lo que uno de sus objetivos es presentar los resultados y sensibilizar a las autoridades pertinentes de la UMF con UMAA No. 162 y de esta manera formar estrategias en el tratamiento y prevención de dicha enfermedad. En los encuestados con casos graves y bajo su consentimiento se informara directamente a las autoridades para su atención oportuna y personalizada.
Participación o retiro:	Se hace de su conocimiento que en caso de no estar de acuerdo con el proceso, indicaciones o finalidad de dicha investigación, puede retirarse en cualquier momento del proceso si usted así lo desea, sin que haya en ningún momento repercusiones en su persona, protegiendo así su identidad. En todo momento tiene usted la libertad de opinión, exposición de dudas y preguntas.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados por los encuestados estarán única y estrictamente bajo el resguardo del encuestador y solo en caso de ser necesario o caso grave de síndrome de Burnout y bajo el consentimiento del encuestado, se presentara a las autoridades pertinentes. La recolección de los datos será con fines únicamente estadísticos para sensibilizar a las autoridades pertinentes.
<b><u>Presentado por:</u></b>	
<p><b><u>Rodríguez Carrillo José Fernando</u></b> Matrícula: 97385713 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar con UMAA 162, Delegación Sur CDMX, IMSS, Av. Tlauhac, No. 5662, Col. Los Olivos, CP. 13360, Alcaldía. Tlauhac, CDMX. Teléfono: 5513126263. Sin Fax Celular: 5520841920 e-mail: joche_nando111@hotmail.com</p>	<p><b><u>García Castillo José Luis</u></b> Matrícula: 98389641 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Delegación Sur CDMX, IMSS, Av. Tlauhac No 5662, Los Olivos, CP. 13360, Alcaldía. Tlauhac, CDMX. Teléfono: 5513126263 Sin Fax Celular: 5534292822 e-mail: joseluisgarcas@gmail.com</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>Asesores</u></b></p> <p><b><u>Madrigal Moran Rosa</u></b> Matrícula: 99374239 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Delegación Sur CDMX, IMSS, Av. Tlauhac No 5662, Col. Los Olivos, CP. 13360, Alcaldía. Tlauhac, CDMX. Teléfono: 58406070 Ext 21015 Sin Fax Celular: 5520926948 e-mail: rosa.madrigal@imss.gob.mx</p>	<p><b><u>Castro Valdés Isis Carolina</u></b> Matrícula: 99387559 Adscripción: CMN Siglo XXI, Edif. de salud en el trabajo, Av. Cuauhtémoc No. 330, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CP. 06720, CDMX. Teléfono: 5556276900 Sin Fax Celular: 5548774951 e-mail: vicahu2012@gmail.com</p>
	<p><b><u>Esquivel Contreras Victor Hugo</u></b> Matrícula: 99388446 Adscripción: Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar No.10, Av. calzada de Tlalpan, No. 931, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Alcaldía, B.J. CP. 3440, CDMX. Teléfono: 5555796122 Sin Fax Celular: 5579431740 e-mail: psichevhes@gmail.com</p>



**SI ACEPTO**

**NO ACEPTO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del evaluado

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

RODRIGUEZ CARRILLO JOSE FERNANDO  
RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
CON SEDE EN UMF/UMAA NO 162

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

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

## 22.2.- HOJA DE RECOLECCION DE DATOS/EVALUACION.

### Anexo 2. Escala de valoración MBI-HSS.

#### **"PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL QUE OTORGA ATENCION PARA LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 162"**

\*Médico Residente: Rodríguez Carrillo José Fernando, \*\*Médico Familiar: García Castillo José Luis, \*\*\*Maestra en Ciencias: Castro Valdés Isis Carolina, \*\*\*\*Médico Psiquiatra: Víctor Hugo Esquivel Contreras.

\*Residente en Medicina Familiar, \*\*Médico Familiar adscrito a la UMF No 162, \*\*\*Maestra en Ciencias y Profesor Médico del CIEFD CMN S. XXI, \*\*\*\*Médico Psiquiatra adscrito a HP c/UMF No. 10.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI CUENTA CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE INCLUSION									
Médico o Enfermera que otorga atención para la salud en la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 162 en cualquier turno.									
1	Folio		4	Edad		7	Turno y Área de trabajo		
2	Fecha		5	Ocupación		8	Grado académico		
3	Sexo		6	Edo. Civil		9	Atención a pacientes COVID-19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

#### **INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)**

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento.

		Evaluaciones/Preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
EE	1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
EE	2	Al final de la Jornada me siento agotado.							
EE	3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
PA	4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
D	5	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
EE	6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
PA	7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
EE	8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
PA	9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
D	10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
D	11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
PA	12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
EE	13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
EE	14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
D	15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes o compañeros.							
EE	16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
PA	17	Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada a mis pacientes.							
PA	18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.							
PA	19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
EE	20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
PA	21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
D	22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							