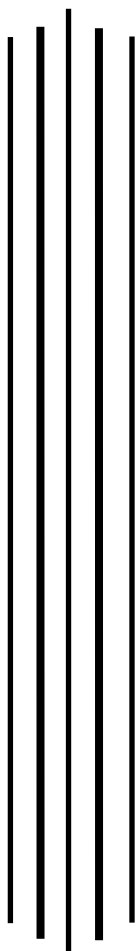




BUAP



**FACULTAD DE MEDICINA
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT
EN PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y
LIMPIEZA E HIGIENE DURANTE LA PANDEMIA
COVID – 19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, TUXTLA GUTIÉRREZ.”.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LEYDI MARÍA VÁZQUEZ ARIAS

DIRECTOR:

DR. JORGE ALBERTO MARTÍNEZ VILLAFUERTE

H. PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO 2023



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 13
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LIMPIEZA E
HIGIENE DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19 EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,
TUXTLA GUTIÉRREZ”.**

Tesis de Posgrado
para obtener el diploma de:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Leydi María Vázquez Arias
No. CVU 1291137

Director y Asesor Metodológico y de Contenido:
Dr. Jorge Alberto Martínez Villafuerte



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Febrero de 2023



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 13
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA Y LIMPIEZA E
HIGIENE DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19 EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, TUXTLA
GUTIÉRREZ”.**

Tesis de Posgrado
para obtener el diploma de:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Tesista:

Dra. Leydi María Vázquez Arias
Médico Residente de Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar N°13
Correo Electrónico: megan_laddy@hotmail.com
Teléfono celular: 993 404 5560
Matrícula: 98078797
No. CVU 1291137

Asesor Metodológico y Asesor de Contenido:

Dr. Jorge Alberto Martínez Villafuerte
Médico Familiar

Jefe de Departamento Clínico de la Unidad de Medicina Familiar N°13
Correo electrónico: dr.jorgemartinezv@hotmail.com
Teléfono: 961 658 1984
Matricula: 98070926



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Febrero de 2023



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN CHIAPAS
UNIDAD MEDICA FAMILIAR N° 13
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**



Tema:

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MÉDICO,
ENFERMERÍA Y LIMPIEZA E HIGIENE DURANTE LA PANDEMIA COVID - 19
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 13 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, TUXTLA GUTIÉRREZ.**

Tesis de Posgrado para obtener el diploma de:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Tesista:

Dra. Leydi María Vázquez Arias
Médico Residente de Medicina Familiar


Asesor Metodológico y Asesor de Contenido:

Dr. Jorge Alberto Martínez Villafuerte
Médico Familiar

Jefe de Departamento Clínico de la Unidad de Medicina Familiar N°13

AUTORIZACIONES:


Dra. Yunis Lourdes Ramírez
Alcántara
Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud, OOAD Chiapas


Dr. Héctor Armando Rincón León
Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud, OOAD
Chiapas

DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Febrero de 2023

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIAS:

Agradezco principalmente a Jehová Dios, por prestarme vida para concluir una meta más en mi vida profesional, que soy consciente que no merezco sus bendiciones, solo él sabe lo complicado que fue en ocasiones y me dio la fortaleza para seguir adelante y lo hizo a pesar de qué tal vez estoy enfocada en buscar “cosas grandes” para mí.

A mis padres: Evelio y Flor, por haberme forjado como la persona que soy; me instan a ser responsable, humilde y superarme; mis logros se los debo a ustedes, siempre me han motivado a alcanzar mis anhelos, en ocasiones en contra de su voluntad, pero han estado ahí con su amor incondicional. Le agradezco a Jehová Dios tenerlos y espero les preste mucha vida para que pueda remunerarles un poco de todo lo que han hecho por mí.

A Elizabeth: que sí bien pareciera que sólo podemos vivir molestándonos, sin ti tampoco estaría donde estoy; deseo lo mismo para ti, que sigas preparándote y que llegues a ser una gran profesional, porque tienes el potencial de hacerlo.

A Mamá Flor: porque, aunque muchas veces me dijiste que te ibas a morir y nunca ibas a verme realizada, ya ves que sí se pudo, tú lograste verme, aunque mi Papá Amado ya no. Tía Deysi, Sulem, Jacob y Kathy: que cada que llegaba en fines libres me abrazaban tan fuerte que no saben cuántas veces me recomfortaron después de días difíciles; los amo y quiero verlos felices, quiero ser un buen ejemplo para ustedes. A mi tío Julio, tía Cecilia, Elías y Amado: porque, de igual manera, los amo, son mi familia y deseo que nuestra familia siga siendo ejemplo para todos los demás.

A mi asesor, Dr. Martínez: por tanta paciencia durante la elaboración de este proyecto, de verdad, no sabe cuánto le agradezco esa paciencia y su ayuda.

A mis mejores amigos Jessica, Rifka, Mendicuti y Chan: nunca dejaron de escribirme, de echarme porras en la distancia, de motivarme a no rendirme, leyeron mis quejas, me ayudaron en muchas cosas, quiero seguir conservando su amistad por muchos años más y les deseo lo mejor a ustedes.

A mis nuevos amigos: Elizabeth, Majo y José Luis, que desde que los conocí, han estado ahí para mí en todo momento brindándome su cariño y ayuda; espero que nuestra amistad sobreviva a los años y a la distancia y ser para ustedes lo que han sido ustedes para mí en su momento.

A una persona muy especial para mí: Heber Itzcóatl, porque a pesar de que los años pasan y de la distancia, sigues motivándome, te sigo admirando, a pesar de que te dedicas a una especialidad diferente a mí. Eres y serás siempre objeto de mi afecto, uno de mis motivos para seguir superándome como profesional y como persona. Gracias por estar, no solo en esta etapa de mi vida, sino en todo momento, incluso los más difíciles, ofreciéndome muy a tu manera tus palabras de aliento y tus palabras de afecto. Espero permanezcas como lo has hecho hasta ahora y que algún día podamos compartir muchos momentos juntos.

INDICE

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIAS:	1
INDICE	2
RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO	7
Introducción	7
Coronavirus	7
Síndrome de Burnout	10
Cuestionario Maslach Burnout Inventory	20
Síndrome de Burnout en Covid-19	23
JUSTIFICACIÓN	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
Pregunta de investigación	32
OBJETIVOS	33
General	33
Específicos	33
HIPÓTESIS	34
MATERIAL Y MÉTODOS	35
Tipo de estudio	35
Periodo del estudio	35
Universo	35
Muestra	35
Variables	36
Análisis de datos	37
PROCEDIMIENTO	37
Definición conceptual y operacionalización de variables	39
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	57
RESULTADOS	58
Edad	58

Sexo	59
Estado civil	59
Número de hijos	60
Categoría laboral	61
Turno de trabajo	61
Tipo de contrato	62
Síndrome de burnout	62
ANÁLISIS BIVARIADO	63
Intensidad de Burnout en personal médico	63
Intensidad de Burnout en personal de enfermería	64
Intensidad de Burnout en personal de higiene y limpieza	64
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	75

RESUMEN

Título: “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal Médico, Enfermería y Limpieza e Higiene durante la pandemia Covid – 19 en la Unidad de Medicina Familiar No.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”.

Investigador principal e investigadores asociados: Dr. Jorge Alberto Martínez Villafuerte, Dra. Leydi María Vázquez Arias.

Antecedentes: Desde 1974, el psiquiatra H.J. Freudenberger empezaba a acuñar el término de Burnout, cuando observó que la mayoría de los voluntarios de la clínica donde laboraba, después de un año de trabajar, sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En la década de los 80´s la psicóloga Cristina Maslach retoma el término utilizado por Freudenberger para definir el síndrome de agotamiento profesional, resultado de un estrés emocional crónico. Desde entonces a la fecha, el Síndrome de Burnout se ha convertido en un problema de salud que puede afectar a profesionales de todo tipo, especialmente a aquellos cuya actividad guarda relación con el cuidado de seres humanos, que afecta a la vida laboral y personal de quien lo padece, lesiona la calidad del trabajo prestado y deteriora los planos cognitivo y emocional del individuo, así como su vida familiar y hasta su salud física.

Desde el año 2020, debido a la contingencia sanitaria por Covid-19 se vió un aumento en la demanda laboral, así como se vió afectada la salud mental en todo el personal que labora en instituciones de salud, sobre todo los que se encontraban desempeñando sus actividades en la primera línea de atención de pacientes que formaron parte de los casos sospechosos o confirmados de este padecimiento, lo cual implicó un aumento en la prevalencia del Síndrome de Burnout en comparación con años previos.

Objetivo: Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia de Covid-19 en el personal médico, de enfermería e higiene adscrito al módulo respiratorio de la Unidad de Medicina Familiar No. 13.

Material y métodos: Bajo la autorización de SIRELCIS y de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, exploratorio, transversal, no experimental en los trabajadores adscritos al módulo respiratorio de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se invitó a participar a todos los trabajadores pertenecientes a las categorías que, tras firmar una carta de consentimiento informado, se incluyeron en el estudio. Se les realizó una encuesta donde se incluía el Maslach Burnout Inventory, con un tamaño de muestra inicial de 63 participantes, sin embargo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión la muestra se redujo a un total de 53 participantes. Las variables analizadas: Edad, Sexo, Estado civil, Número de hijos, Categoría laboral, Turno laboral, Tipo de contratación y el Síndrome de Burnout, que en conjunto determinaron el grado de prevalencia de este una vez analizadas las variables. Los Resultados estadísticos se determinaron con el programa SPSS 25.

Resultados: Respecto a la edad, se encontró que la media de edad fue 37.75 y una desviación estándar de 7.288. Referente al sexo el de mayor porcentaje fue femenino 58.5%, el estado Civil de mayor predominio soltero con 50.9% del total, número de hijos con mayor predominio de 1 hijo con 34%, la categoría laboral de mayor predominio fue el personal médico con 67.9% del total, seguido del personal de enfermería con 18.9% y por último el personal de Higiene y limpieza con 13.2%. Respecto al turno laboral el de mayor frecuencia fue el matutino con 50.9%, Tipo de contrato con mayor predominio es la base con 66%. En relación con la Prevalencia de Síndrome de Burnout de la población estudiada, el mayor porcentaje es de intensidad baja con 45.3%, seguido de bajo-moderado 35.8%, moderado con 15.1% y con menor porcentaje moderado-severo con 3.8%.

Conclusiones: Analizando los datos obtenidos en la encuesta aplicada, se llega a la conclusión de que toda la población que se encontraba trabajando en el módulo respiratorio de la UMF No. 13, desarrolló síndrome de Burnout, aunque casi la mitad de ellos lo hizo en una intensidad baja o leve, mientras que muy pocos (2 personas),

desarrollaron un Burnout de intensidad moderada a severa, encontrando que quienes desarrollaron este grado de Burnout, ambos caen en el mismo rango de edad, ambos son personal de base dentro de la institución, son del sexo masculino y sin embargo ambos cuentan con factores de riesgo presentes que discrepan un poco con los mencionados por diferentes bibliografías, aunque se corrobora que mayormente el personal femenino representa más del 50% de los encuestados. En el resto de los participantes se corroboró la presencia del factor de riesgo importante en común: la sobrecarga de trabajo dentro del módulo respiratorio, corroborando nuestra hipótesis afirmando que sí se encontró la presencia de este síndrome en todo el personal adscrito a esa área, aunque en intensidad variable y confirmando además que el personal de higiene y limpieza se contrataba con prevalencia de Burnout básicamente equivalente a las demás categorías, aunque en menor número, puesto que fue la categoría con menos personal encuestado.

Palabras clave: Covid-19, Síndrome de Burnout, higiene y limpieza.

MARCO TEÓRICO

Introducción

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) al que actualmente nos enfrentamos, es causado por un nuevo coronavirus identificado en enero de 2020 como agente causal de la pandemia originada a finales de diciembre del año 2019 en Wuhan, China y que ha desatado un rápido aumento en el número de casos y de contagios a nivel global. Fue denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del 12 de Febrero de 2020, “SARS-CoV-2” y a la enfermedad que produce se le denominó “Enfermedad por Coronavirus - 2019”, que comúnmente se conoce con el nombre de Covid-19, nombre con el que nos referiremos a la enfermedad en el presente documento ^(1,2).

Coronavirus

Este virus forma parte de la familia de los coronavirus (*coronaviridae*), pertenecientes al orden *Nidovirales*, que reciben su nombre por la característica apariencia de “corona” cuando se observan bajo el microscopio electrónico, la cual está formada por espículas de proteínas en la superficie esférica de la membrana envolvente. Miden entre 120 y 160nm de diámetro (con un promedio de 125nm aproximadamente) y tienen un genoma tipo Ácido Ribonucleico (ARN) de cadena simple de sentido positivo, encerrado en una nucleocápside helicoidal. Se considera el genoma más grande de los virus ARN pues tiene un tamaño de 26 -32 kilobases y codifica 4 proteínas estructurales que incluyen: glicoproteínas espiga (S), envoltura (E), membrana (M) y nucleocápside (N), además de otras 16 proteínas no estructurales que participan en la transcripción y replicación viral, como es la helicasa y la ARN polimerasa dependiente del ARN. Estos tienen la capacidad de infectar tanto a animales, como a humanos y como son virus ARN monocatenarios, no necesitan portar enzimas para generar la infección ^(1,3,4).

En el caso de SARS-CoV-2, ingresa a la célula huésped a través de la unión de la proteína viral espiculada de superficie (S) con la Enzima Convertidora de

Angiotensina 2 (ECA-2) de la célula del huésped, una aminopeptidasa unida a la membrana altamente expresada en pulmones y corazón. Invade principalmente las células epiteliales alveolares, lo que resulta en los síntomas respiratorios observados en COVID-19. Sin embargo, el espectro clínico de COVID-19 puede ir desde una infección respiratoria asintomática o leve, hasta una neumonía fulminante con síndrome de dificultad respiratoria aguda o insuficiencia multiorgánica que resulta en un desenlace fatal ^(1, 3, 4).

El período de incubación del virus oscila entre 1 y 12,5 días (con una media entre 5 y 6 días) por lo que en general se recomienda un período de 14 días para el monitoreo de las personas después de una posible exposición, ya que actualmente se considera que la transmisión de la infección comienza 1-2 días antes del inicio de síntomas y se ha visto que el 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en promedio dentro los primeros 11,5 días tras la exposición ⁽⁴⁾.

Los mecanismos de transmisión incluyen:

- Las gotículas de más de 5 micras (de saliva o moco) expulsadas por las personas afectadas al hablar, estornudar o toser, etc., las cuales pueden alcanzar hasta un metro de distancia al hablar y cuatro metros al toser o estornudar.
- El contacto con las secreciones respiratorias de pacientes, al realizar procedimientos invasivos en los pacientes afectados (como la intubación orotraqueal).
- El contacto con superficies y equipos contaminados con partículas infectantes o con las cuáles estuvo en contacto una persona positiva a Covid y posteriormente tocarse ojos, nariz o boca.

SARS-CoV-2 puede permanecer viable e infeccioso en aerosoles durante horas y en superficies inanimadas secas, puede permanecer viable por períodos considerables (desde 24 hrs hasta días), además de que es estable en las heces y

orina de pacientes durante al menos 1 a 2 días, por lo que al tocar superficies u objetos contaminados con estos, la probabilidad de adquirir el virus es mayor ^(1, 3, 4).

El diagnóstico de la infección se basa en la observación de los síntomas clínicos en concordancia con las definiciones operacionales existentes en el país, pero además se puede obtener respaldo con la detección del virus o sus anticuerpos mediante prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR por sus siglas en inglés) o pruebas serológicas en las que se busca la concentración de Inmunoglobulinas G y M (IgG/IgM) específicas para SARS-CoV-2. Para esto se pueden utilizar diferentes muestras (aspirados o lavados nasofaríngeos u orofaríngeos, hisopos nasofaríngeos u orofaríngeos, lavado broncoalveolar, aspirados traqueales, esputo y suero) ^(3,4).

Esta pandemia ha impactado fuertemente en el equipo de salud, pues se han registrado numerosos contagios en el personal principalmente entre quienes realizan sus funciones en la primera línea de atención de casos sospechosos o confirmados (sobre todo aquellos que laboran en las salas destinadas a pacientes Covid) y esto debido a diversos factores, como:

- Tipo de exposición, por contacto directo o por procedimientos que generan aerosoles,
- Un tiempo de exposición prolongado,
- Una higiene de manos inadecuada, ya que están en contacto con inóculos mayores y por ende, mayor carga viral,
- Uso de Equipo de Protección Personal no adecuado,
- Un espacio insuficiente o inadecuado para la colación y retiro del EPP o habitaciones no aptas para la atención de los pacientes.

Estos factores pueden resultar en cuadros clínicos más graves, además de representar un estrés importante para todo el personal de salud, entrando en juego su salud mental, por lo que ahora más que nunca es importante que el sistema y las organizaciones proveedoras de salud creen y aseguren una estructura con recursos

eficientes para apoyar a médicos, enfermeras y otros miembros del equipo de salud para que puedan desempeñar sus funciones con seguridad dentro de las instituciones, ya que suelen encontrarse trabajando bajo presión durante estos días, pues el alto número de contagios entre el personal, genera una sobrecarga de trabajo para quienes se encuentran laborando, lo que a su vez perjudica la atención a los pacientes ^(1, 2, 5).

Síndrome de Burnout

- Definición:

Aunque la traducción al castellano del término “Burnout” ha sido diversa, literalmente puede traducirse como “estar o sentirse quemado”. En 1974, el psiquiatra alemán Freudenberger quien trabajaba en una clínica para toxicómanos, observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, así que describió este síndrome como “un conjunto de síntomas inespecíficos que pueden aparecer en el ambiente laboral, y que son el resultado de una demanda laboral excesiva que se presenta cuando hay un desequilibrio entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario”; se considera un trastorno adaptativo crónico y puede sobrevenir tanto por un excesivo grado de exigencia como por escasez de recursos ^(6, 7).

En lengua inglesa, el concepto “Burnout” es una metáfora que se usa comúnmente para describir un estado o un proceso de agotamiento, desgaste o consumación de energía, análogo a la sofocación de un incendio o la extinción de una vela. Sus intentos de traducción al castellano han sido fallidos, ya que se han llegado a encontrar hasta 19 diferentes denominaciones para el mismo fenómeno, sin que a la fecha exista un acuerdo universal sobre su traducción, por lo que comúnmente

se opta por utilizar la palabra original en inglés “Síndrome de Burnout”, para evitar confusión con otros fenómenos psicológicos ⁽⁸⁾.

La popularización del concepto se le debe a Cristina Maslach, que a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia, como una respuesta a un estrés emocional crónico. Sin embargo, la definición de Maslach y su colega Jackson (1981) es quizás la más citada: “Burnout es un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas” ^(9,10, 11).

En la actualidad, Maslach define al Burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo; un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo, posicionándolo como una problemática particularmente real, donde existen respuestas disfuncionales del individuo en contextos laborales caracterizados por fuertes niveles de presión y tensión laboral. Un problema sociolaboral consecuencia del estrés laboral crónico, una reacción nociva ante una tensión ocupacional progresiva e intensa ⁽⁹⁾.

Maslach, Schaefer y Leiter (2001), en su última revisión a 35 años del tema, concluyen que la definición de Burnout varía en la literatura científica según el contexto, el alcance, la precisión, e incluso las intenciones de quien la usa. No obstante, concluyeron que todas coinciden en cinco aspectos:

1. Predominan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, aunque no el único, además de fatiga y depresión (es un síndrome que implica aspectos negativos).
2. El énfasis está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos (es psíquico).
3. Es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional).
4. Sus síntomas son observados en individuos “normales” y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad).

5. Existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica (afecta la productividad) ⁽⁸⁾.

Dentro del concepto de Burnout, van implícitos 3 aspectos fundamentales, que son:

1. Agotamiento emocional. Se caracteriza por una disminución y pérdida de los recursos emocionales. Es decir, se desarrollan sentimientos de incapacidad de ofrecer nada a las personas, ni a sí mismo. Es el elemento clave del síndrome y se refiere a que los individuos presentan sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización (o cinismo). Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado; o sea se desarrollan sentimientos negativos ante los usuarios, llegando a tratarlos en forma deshumanizada.
3. Baja realización personal. Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa con disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. ^(7, 9,11).

Es muy probable que el agotamiento emocional y la indiferencia en el trabajo se traduzcan en ineficiencia laboral como resultado de la insatisfacción y de pobres expectativas personales, por lo que se ha considerado que la ineficiencia laboral, sea más bien resultado del agotamiento emocional y de la despersonalización, que un componente propio del síndrome ⁽¹²⁾.

Sin embargo, el Síndrome de Burnout es un problema de salud que puede afectar a profesionales de todo tipo, pero muy especialmente a aquellos cuya actividad guarda relación con el cuidado de seres humanos. Los profesionales de la salud están particularmente expuestos a este cuadro. Se trata de un problema de salud tremendamente destructivo que afecta a la vida laboral y personal, que lesiona la

calidad del trabajo prestado y que deteriora los planos cognitivo y emocional del individuo, su vida familiar y hasta su salud física ⁽¹⁰⁾.

- Factores de riesgo:

Hay muchos factores individuales y ambientales que conducen a situaciones de mayor desgaste profesional y menor satisfacción en el trabajo y no hay acuerdo unánime para la etiología de este síndrome. Se ha determinado que alguna de las características de la personalidad, pueden llevar más fácilmente a una persona a desarrollar este síndrome, las cuáles son: perfeccionismo, supresión de sentimientos, dificultades para negarse ante la demanda excesiva, sentimiento de ser poco responsable y eficaz, dificultades para tomar vacaciones, baja autoestima, personalidad obsesivo-compulsiva e incapacidad para contar sus problemas personales ⁽¹³⁾.

Otros factores de riesgo que se han descrito incluyen: ser personas jóvenes, pertenecer al género femenino, ser solteros o sin pareja estable, tener mayores turnos o sobrecarga laborales, el estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como ser personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante para el desarrollo del Burnout es la sobrecarga de trabajo ⁽⁷⁾.

En el caso del personal de salud, los factores de riesgo identificados están ligados con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga de trabajo, presión de tiempo, insatisfacción laboral, etc.). Existe mayor riesgo de padecerlo en aquellos que trabajan en más de una clínica, y riesgo de mayor severidad en los que trabajan en una clínica y en algún hospital. La edad parece no influir en la aparición del síndrome, y el consumo de psicofármacos puede indicar una asociación con la presencia de ansiedad y depresión, que van muy de la mano con el Síndrome de Burnout. Igualmente una inadecuada formación profesional (por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas), falta de

aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, necesidad de ser un profesional de prestigio (para tener una alta consideración social y familiar y un alto estado económico), cambios significativos de la vida (muerte de familiares, matrimonio, divorcios, nacimiento de hijos), condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo y escaso trabajo real del equipo tiene mucho que ver en el desarrollo del mismo ^(11,13).

Otro factor que también tiene mucho que ver en el desarrollo de Burnout en el personal de salud, es la privación del sueño. El efecto de la privación del sueño en el desempeño laboral y académico y en la seguridad de la atención médica, ha sido ampliamente estudiado y está demostrado que la privación crónica del sueño altera la concentración y capacidad de decisión pudiendo elevar la frecuencia de errores médicos ^(12, 14).

- Signos de alarma:

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí:

- Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.
- Aislamiento: es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.
- Ansiedad: es la sensación persistente que tiene el médico de que algo malo va a suceder.
- Miedo o temor: una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.
- Depresión: este es uno de los problemas cada vez más comunes; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio.
- Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.
- Fuga o anulación: llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

- Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no prohibidas.
 - Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.
 - Culpabilidad y autoinmolación: sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo.
 - Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien (es otra manifestación de autonegación).
 - Comportamiento riesgoso: comportamiento no característico de la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo, hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual, con conductas de riesgo.
 - Sensación de estar desbordado y con desilusión. Se percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.
 - Abandono de sí mismo. Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.
 - Pérdida de la memoria y desorganización. Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño ⁽⁷⁾.
- Diagnóstico

El síndrome Burnout se manifiesta por una sintomatología variada, en el ámbito cognitivo (baja realización personal, impotencia para el desempeño profesional, etc.), somático (fatiga, cefalea, dolores musculares, problemas del aparato digestivo insomnio, hipertensión, etc.), emocional (expresiones de hostilidad, irritabilidad,

cambios de humor, cansancio crónico, odio, aburrimiento, ansiedad, depresión) y conductual (cinismo, rigidez, agresividad, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos, etc.). (11, 14, 15).

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 (7).

La clínica del síndrome se ha esquematizado en cuatro niveles o intensidades:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

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 generado por cierto grado de hostilidad y resentimiento que se ven reflejadas en relaciones médico-paciente conflictivas). Todo esto favorece que se encuentre mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual (7, 16).

El síndrome supone una disminución de la calidad de vida de los profesionales afectados, lo que conlleva un deterioro de las organizaciones en las que realizan sus funciones y, por tanto, una peor calidad de los servicios que ofrecen a estas instituciones ⁽¹⁷⁾.

- Tratamiento y prevención

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

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
6. Formación continua dentro de la jornada laboral
7. Diálogo efectivo con las autoridades ^(7,18).

En relación con los profesionales, se sugiere que la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado y la valoración económica, son factores o variables protectoras de burnout ⁽¹¹⁾.

Aun así, se deben realizar exámenes periódicos del personal médico involucrado en el tratamiento y diagnóstico de pacientes con Covid-19 para evaluar el estrés, la depresión y la ansiedad mediante el uso de equipos de psiquiatría multidisciplinarios, que ayuden a detectar a quienes tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome ⁽¹⁹⁾.

- Epidemiología

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstica por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el Síndrome de Burnout apenas figurará en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema asociado al empleo o al desempleo (la cual entrará en vigor en 2022). Este trastorno, asociado al estrés crónico en el trabajo, ya estaba en la anterior edición del catálogo (de 1990), pero en un epígrafe más inconcreto (problemas relacionados con dificultad en el control de la vida) ⁽²⁰⁾.

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome de Burnout y sobre el tipo de personal que lo sufre, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia de este síndrome depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo, aunque entre las publicaciones existentes se puede destacar que este síndrome afecta al personal implicado en los cuidados de la salud siendo los principales afectados médicos y enfermeras, sobresaliendo de entre otros profesionales de la salud y otras áreas. Esto se debe a que su labor está relacionada con atender el dolor, la muerte y las enfermedades terminales, aunado a la sensación frecuente de no poder hacer nada o muy poco, lo cual resulta sumamente estresante; aún más cuando las situaciones que se tienen que enfrentar son de urgencia y las decisiones que se tomen son cuestiones de vida o muerte para los pacientes ^(7, 18, 21).

Por ejemplo, en Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia de este. En el 2004 se determinó la incidencia del Síndrome de Burnout en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, encontrando una incidencia de 20% en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%. En el 2009, Millán-González et al realizaron un estudio transversal y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que incluyó 121 sujetos

que cursaban primer y tercer año de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría, concluyendo que el síndrome se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia (18).

En México, en el año 2005 fue publicado un estudio realizado a 163 médicos familiares distribuidos en las 23 unidades de medicina familiar del IMSS de la Zona Metropolitana de Guadalajara, donde la prevalencia encontrada sobre el síndrome de Burnout en los médicos familiares fue del 42,3%. El 64,8% (81 sujetos) se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20%), las respiratorias (19,2%), las gastrointestinales (18,3%) y las psicológicas (15,2%), encontrando así, asociación entre el síndrome de Burnout con padecer o no una enfermedad. (14).

En el año 2007, se realizó un estudio para conocer los niveles de afectación del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de los servicios de urgencias, medicina interna, cirugía, unidad de cuidado intensivo y diálisis peritoneal del Hospital General de Zona 2 del IMSS, de la capital del estado de San Luis Potosí. Los datos muestran que entre los servicios más afectados sobresale el de urgencias, con 88% de grave afectación de Burnout y 12% de afectación moderada; seguido de la unidad de cuidados intensivos con 100% de afectación moderada; cirugía, con 76% de afectación moderada y 6 % de afectación grave y 18% sin afectación; medicina interna, 75% de afectación moderada, 19% de afectación grave y 6% sin afectación; diálisis, 63% de afectación moderada, 12% de afectación grave y 25% sin afectación (21).

Del mismo modo de septiembre a diciembre de 2009 se realizó un estudio observacional transversal, prospectivo y analítico de los médicos familiares que trabajan en las unidades de medicina familiar del IMSS en el área Metropolitana de Mérida, Yucatán. De un total de 130 encuestas (77.8 %), 52% correspondió a

hombres y 48% a mujeres, de los cuales se identificaron 59 casos de síndrome de agotamiento profesional (un 45% de la muestra) ⁽²²⁾.

Cuestionario Maslach Burnout Inventory

La manera de cuantificar y diagnosticar este síndrome; así como sus componentes es a través del cuestionario denominado: Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento conformado por 22 ítems, que valora los tres síntomas o dimensiones que definen el Burnout: Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Baja Realización Personal en el trabajo (RPT). Este fue creado por Christina Maslach y Jackson en 1981 y fue modificado en 1986, dado que en la versión original, para valorar los ítems, se constaba de dos formas o escalas (una de frecuencia y otra de intensidad), donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste; debido a que la escala de frecuencia es la que mostraba mejor correlación en la mayoría de las investigaciones, las autoras aceptaron la utilización de una sola escala (la de frecuencia) en la segunda edición ^(9, 23, 24).

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 en los profesionales de salud, además que fue el primer instrumento validado sobre el tema ^(13, 23).

El MBI Human Services Survey (MBI-HSS), está dirigido a los profesionales de servicios a personas. Es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson 1981). Está constituido por 22 ítems, distribuidos en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben el Agotamiento Emocional (9 ítems) y Despersonalización (5 ítems) y Baja Realización Personal en el trabajo (8 ítems). El MBI Educators (MBI-ES), es la versión para profesionales de la educación. Esta

versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas. El MBI General Survey (MBI- GS) (Maslach et al., 1996), presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems) ⁽⁹⁾.

Aunque el MBI-HSS y el MBI-GS tienen muchos aspectos en común, la diferencia de fondo más relevante entre ambos instrumentos de medida es que el MBI-GS no se centra en la relación laboral de servicio que se establece entre un profesional y los usuarios, sino en la realización del trabajo en general ⁽²⁵⁾.

El MBI (HSS) tiene como objetivo determinar la presencia del Síndrome de Burnout. Los 22 ítems que lo conforman son evaluados mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, con un valor de 0 - 6, donde 0 = Nunca, 1 = Alguna vez al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Algunas veces al mes, 4 = Una vez por semana, 5 = Pocas veces a la semana, 6 = Todos los días; lo que permite determinar la frecuencia con la que la persona encuestada presenta cada una de las situaciones propuestas. La composición de ítems propuesta por los autores, para el instrumento es el siguiente:

- Agotamiento Emocional corresponde a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.
- Despersonalización corresponde a los ítems 5, 10, 11, 15 y 22.
- Realización Personal corresponde a los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza, ya que tiene gran aceptación internacional, sobre todo en países de América Latina, Unión Europea y Estados Unidos. Según los puntajes obtenidos para cada área, puntuaciones altas en las dos primeras (agotamiento emocional más de 26 y despersonalización más de 9) corresponden a altos sentimientos de quemarse en el trabajo, mientras que,

en el área de Baja Realización Personal en el trabajo, bajas puntuaciones (menos de 34) pertenecen a altos sentimientos de quemarse en el trabajo ^(7, 9, 23).

Área del Burnout	Leve	Moderado	Severo
<i>Agotamiento emocional</i>	0 - 18	19-26	27 – 54
<i>Despersonalización</i>	0 – 5	6 – 9	10- 30
<i>Realización Personal</i>	40 – 48	34 - 39	0 – 33

- Validación

Desde su elaboración, el MBI ha sido uno de los instrumentos más empleados para evaluar el Síndrome de Burnout. De forma global se ha visto como una prueba muy confiable y adecuada para medir el Síndrome de Burnout con un alfa de Cronbach adecuado que supera 0.75, aunque al analizar sus 3 factores de forma independiente, suelen encontrarse discrepancias, sobre todo en el factor Realización Personal. Por ejemplo en México (2017), se realizó un estudio, cuyo objetivo, fue validar la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) en trabajadores de diversas economías laborales del occidente de México y comparar los resultados obtenidos con resultados previos, tomando en cuenta que la confiabilidad del instrumento se calcula mediante el método alfa de Cronbach con valores mayores o iguales a 0.60 como el límite inferior de aceptabilidad, 0.70 como aceptable, 0.80 satisfactorio y 0.90 muy satisfactorio; encontrando un alfa de Cronbach en el rango de adecuado, pero con déficit para la escala completa y valores que catalogan como bueno para el Agotamiento Emocional, adecuado para la Falta de Realización e inadecuado para la Despersonalización ⁽²⁴⁾.

Buzzetti (2005), realizó un estudio de Validación del MBI en Dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile, encontrando un índice de confiabilidad de la prueba global de 0,89 considerado como muy satisfactorio, pero al analizar cada

componente de forma individual, el Agotamiento Emocional obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92, la Despersonalización 0.76 y Realización Personal 0.55. ⁽²³⁾.

En España (1999), se consideró necesario llevar a cabo un estudio exploratorio de la validez factorial del MBI-GS, aplicando la encuesta adaptada al español en 149 policías municipales de Tenerife, encontrando los valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach de 0.85 para Realización personal, 0.83 para Agotamiento Emocional y 0.74 para Despersonalización, haciendo ver que se puede considerar válida y confiable la versión adaptada al castellano del MBI-GS para la detección del Síndrome de Burnout ⁽²⁵⁾.

Síndrome de Burnout en Covid-19

En el caso de las contingencias sanitarias, por ejemplo, una pandemia, estas provocan importantes consecuencias a nivel económico, social y de salud pública, en mayor o en menor medida, en todos los países afectados, sobre todo a nivel sanitario, donde la demanda laboral suele aumentar, así como las situaciones que general estrés ⁽²⁶⁾.

Por ejemplo, en México en el año 2009, se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias durante el primer brote de Influenza AH1N1, en el que se incluyeron 99 médicos residentes (44 mujeres y 55 hombres) de especialidades relacionadas a la medicina respiratoria. Los resultados indicaron que 36 médicos residentes (36.4%) cumplieron con los criterios para Burnout de medio a alto, no encontrando diferencia entre hombres y mujeres, pero sí una tendencia a que los médicos residentes menores de 30 años presentaran síndrome de Burnout más que los de mayor edad. Este estudio hacía ver que los residentes con cansancio emocional elevado podrían bajar el nivel de satisfacción en el trabajo aumentando las posibilidades de presentar el síndrome ⁽²⁷⁾.

En el caso de la actual pandemia, los sistemas de salud de todos los países deben prevenir, tratar y paliar el embate de la enfermedad, que cuenta ya con más de 5

millones de personas contagiadas detectadas (a fecha de 23 de mayo de 2020) y con un aumento de la morbilidad asociada. Frente a esta situación crítica, la salud mental de la población general se ve comprometida, siendo especialmente afectada la salud mental de los profesionales de salud, pues son las personas que están en primera línea de la defensa contra el virus. Estos profesionales sanitarios pueden ver aumentada su carga de trabajo y su jornada laboral, por lo que pueden manifestar agotamiento físico y mental, miedo, trastornos emocionales, problemas de sueño y pueden presentar altos niveles de ansiedad, depresión, conductas insanas e incluso estrés postraumático, como ocurrió en anteriores brotes ⁽²⁶⁾.

En la actualidad con esta situación, es difícil predecir con exactitud y por tanto estimar las consecuencias psicológicas y emocionales del Covid-19 en el personal de salud. Las investigaciones que llegan de China, como primer país afectado, apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a enfermedades mentales como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco ^(28,29).

Y es que aunado a los factores de riesgo que se han detectado con anterioridad en el personal de salud y que propician el desarrollo del Síndrome de Burnout, durante esta etapa de contingencia, se pueden experimentar otros factores adicionales que aumentan el grado de estrés, desgaste emocional e insatisfacción laboral, como son: Estigmatización por trabajar con pacientes sospechosos o confirmados con Covid-19, el déficit de material y equipo de protección adecuado, el miedo a contagiarse y poder contagiar a familiares o amigos, las medidas estrictas de bioseguridad (aislamiento), la pérdida de amigos, colegas y familiares que estuvieron contagiados con Covid-19, mayor demanda en el entorno laboral, capacidad reducida para beneficiarse del apoyo social debido a los intensos horarios laborales, capacidades de personal o energía insuficientes para implementar la autoasistencia básica ^(26, 30).

Tal ha sido el impacto de esta pandemia, que no sólo se ha identificado el riesgo de infección de la población en general y del personal de salud, sino también la respuesta de salud mental que se presenta ante una emergencia de salud pública de esta magnitud, de tal forma que la Comisión Nacional de Salud en China, el 27 de enero de 2020, publicó la primer guía de intervención psicológica para el personal de salud en caso de crisis psicológica por Covid-19 ⁽¹⁾.

Esta fue necesaria ya que los trabajadores médicos en Wuhan enfrentaban una enorme presión, incluyendo el alto riesgo de infección y una protección inadecuada contra la contaminación, el exceso de trabajo, la frustración, la discriminación, el aislamiento, el trato con pacientes con emociones negativas, la falta de contacto con sus familias, noticias de los medios demasiado entusiastas, sensación de apoyo inadecuado, la tasa de infección entre el personal médico y el agotamiento físico. Todos estos factores no solo generaron estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, enojo y miedo en el personal, sino que además afectaron la calidad de la atención brindada, la comprensión y la capacidad de toma de decisiones de los trabajadores médicos, que no solo generaba repercusiones en la lucha contra SARS-CoV-2, sino que además, podría tener efecto duradero en el bienestar general del trabajador, por lo que vieron importante proteger la salud mental de ellos para así poder controlar la epidemia y la propia salud de los trabajadores a largo plazo ^(19,28).

En Ecuador, durante el mes de abril de 2020, se llevó a cabo un estudio para determinar la ocurrencia e intensidad de Síndrome de Burnout (SB) en médicos y enfermeros/as ecuatorianos/as durante la pandemia del Covid-19. Se tomaron en cuenta 224 médicos/as y enfermeros/as a quienes se les aplicó el Maslach Burnout Inventory, obteniendo como resultado que más del 90% del personal médico y de enfermería presento Síndrome de Burnout moderado-severo, el cual se asoció de manera estadísticamente significativa a función (médico vs. enfermera/o), edad y género, siendo el personal médico el afectado con más frecuencia que el personal de enfermería durante la pandemia de Covid-19 ⁽³¹⁾.

- Políticas de contención en personal de salud

Es importante considerar proporcionar asistencia psicológica al personal de salud durante la pandemia, proponiendo medidas de prevención del Síndrome de Burnout y detección de síntomas de ansiedad, depresión e insomnio, los cuáles suelen presentarse con mayor frecuencia durante esta pandemia ⁽⁸⁾.

Por ejemplo, en la mayoría de los hospitales generales de la ciudad de Wuhan se estableció un sistema de turnos de trabajo para permitir que los médicos descansen y eviten estar expuestos a una alta presión de trabajo. Por ello, en el Hospital Universitario y en el Centro de salud mental de Wuhan se crearon equipos de intervención psicológica, que comprenden cuatro grupos de atención al personal de salud:

1. El equipo de respuesta psicológica, que coordina la gestión de tareas de trabajo y de comunicación.
2. El equipo de soporte técnico, que es responsable de las normas y de los materiales de intervención psicológica. Además, provee las guías clínicas de intervención y asume la supervisión.
3. El equipo especializado de salud mental, que participa en la intervención clínica y en la evaluación del personal de salud y de los pacientes.
4. El equipo de asistencia psicológica telefónica, que brinda orientación para lidiar con los problemas de salud mental. Está compuesto por voluntarios que han recibido entrenamiento de asistencia psicológica para enfrentar la epidemia Covid-19 ⁽³²⁾.

En España, la Sociedad Española de Psiquiatría, creó la “GUÍA COVIDSAM para la intervención en salud mental durante el brote epidémico de Covid-19”, en la que se encuentran los siguientes consejos para mejorar el bienestar de los profesionales sanitarios:

- “1. Cuidar las necesidades básicas: comer, beber y dormir regularmente.

2. Descansar. Tomarse un tiempo tras atender pacientes. Siempre que sea posible, permítase hacer algo no relacionado con el trabajo que encuentre reconfortante, divertido o relajante. Escuchar música, leer un libro o hablar con un amigo o familiares puede ayudar. Entienda que tomar un descanso adecuado derivará en una mejor atención a los pacientes cuando se haya recuperado
3. Mantener el contacto con compañeros. Hable con sus compañeros y reciba apoyo mutuo.
4. Compartir información constructiva. Comuníquese con sus colegas de manera clara y optimista. Identifique errores o deficiencias de manera constructiva y trate de corregirlos sin culpabilizar a nadie. Todos nos complementamos entre sí: los elogios pueden ser motivadores poderosos y reductores del estrés. Comparta sus frustraciones y sus soluciones. La resolución de problemas es una habilidad profesional que proporciona una sensación de logro incluso para pequeños incidentes.
5. Estar en contacto con la familia y seres queridos.
6. Respetar las diferencias. Algunas personas necesitan hablar mientras que otras necesitan estar a solas. Reconozca y respete estas diferencias tanto en usted, como en sus pacientes y sus compañeros. No juzgar, no emitir juicios de valor, validar las emociones y sentimientos de nuestros compañeros.
7. Mantenerse actualizado. Confíe en fuentes fiables de conocimiento.
8. Limitar la exposición a los medios de comunicación.
9. Auto observarse. Vigile con el tiempo para detectar síntomas de depresión o de estrés: tristeza prolongada, dificultad para dormir, recuerdos intrusivos o desesperanza. Hable con un compañero, supervisor o busque ayuda profesional si es necesario.
10. Reconocer al equipo asistencial. Reconozca a sus colegas, ya sea formal o informalmente, por su servicio.

11. Afrontar las deficiencias. No estamos preparados para las pandemias y el sistema sanitario se satura, falta de camas, de mascarillas, de respiradores..., y esto genera grave estrés y estados de impotencia profesional. Debemos guardar la calma, demandar necesidades de modo constructivo, asertivo, enfatizando nuestras habilidades de diálogo y comunicación al máximo.

12. Consulta especialista. Además de profesionales sanitarios, también somos pacientes, y como tales, debemos solicitar ayuda, tanto a los psicólogos como a psiquiatras, si necesitamos ayuda más especializada. Nunca debemos auto tratarnos. No lo haríamos con esta infección, tampoco lo hagamos en lo demás” ⁽³³⁾.

JUSTIFICACIÓN

Desde el inicio de la pandemia de Covid-19, estudios realizados en China hablan de la presencia de síntomas relacionados al miedo y ansiedad en aproximadamente el 16% de la población. Los profesionales de la salud no son inmunes a los efectos deletéreos que provoca ejercer la medicina en medio de una pandemia, tal es así que, en centros hospitalarios de dicho país, entre el 15% y 23% del personal sanitario presentaron síntomas de ansiedad y trastornos mal-adaptativos como resultado del estrés laboral.

En México, antes de la pandemia ya se habían realizado estudios para conocer la prevalencia del Burnout en el personal médico y de enfermería de diversas instituciones a lo largo del país, encontrando índices altos de ello. Durante este año, debido a la contingencia sanitaria por Covid-19 se ha visto afectada la salud mental en todo el personal que labora en instituciones de salud, sobre todo aquel personal que se encuentra desempeñando sus actividades en la primera línea de atención de pacientes que forman parte de los casos sospechosos o confirmados de este padecimiento. Lamentablemente, casi no se toma en cuenta al personal que labora en las áreas de limpieza de las instituciones de salud, quienes día a día se encuentran laborando dentro de las instituciones en contacto tanto con el personal de salud, así como con los usuarios de los servicios de salud, en área de alta posibilidad de contagio, e igualmente propensos a presentar tanto el desgaste físico como mental que esta pandemia genera.

Por tanto, la realización del presente estudio es de vital importancia para conocer cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la contingencia de Covid-19 tanto en el personal médico y de enfermería, pero también en los compañeros del área de limpieza e higiene, que se encuentran laborando en la UMF 13, para establecer medidas de tratamiento y así ayudar a implementar estrategias tanto personales como institucionales, que ayuden a tratarlo.

De esta forma, no solo se compara con estudios previos si la prevalencia del Síndrome de Burnout ha aumentado respecto a años anteriores a esta contingencia,

sino que además, se toma en cuenta al personal de limpieza que también forma parte de la plantilla laboral de la institución y que además es parte esencial, pues si ellos no llevan a cabo su labores de forma adecuada, el riesgo de contagio aumenta considerablemente a todo el personal de salud, e incluso en la población derechohabiente, además, cabe destacar que el número de trabajadores de esta área es mucho menor en comparación con el personal médico y de enfermería, lo que conlleva mayor carga laboral, así como mayor riesgo de exposición, pues tienen que laborar por jornadas más largas y de forma más frecuente.

El presente protocolo, es útil ya que puede aportar evidencia que ayude a la detección oportuna, así como a la implementación de medidas de sostén y tratamiento y que ayuden al personal de la UMF 13 a sobrellevar los efectos del Síndrome de Burnout en quienes ya lo padecen y también ayudará a implementar medidas de cuidado y autocuidado, en quienes aún no lo desarrollan por completo o en quienes se encuentran en riesgo de presentarlo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial día a día aumentó el número de contagios del personal del área de salud que se encontraron laborando en los distintos niveles de atención (ya sea en contacto directo o indirecto con casos sospechosos o confirmados de Covid-19), a pesar de las medidas que se implementaron para minimizar la dispersión del virus entre los mismos.

Frente a esta situación crítica, la salud mental de la población general se vió comprometida, siendo especialmente afectada en el personal de salud, así como en el personal de las áreas de limpieza e higiene que laboran dentro de las instituciones de salud, ya que estos vieron aumentada su carga de trabajo y su jornada laboral, pudiendo presentar agotamiento físico y mental, miedo, trastornos emocionales, problemas de sueño y pudiendo manifestar también altos niveles de ansiedad, depresión, conductas insanas e incluso estrés postraumático, como ocurrió en anteriores brotes.

Dentro del personal de salud, así como en el personal de limpieza e higiene, se han presentado casos confirmados de SARS-CoV-2 e incluso fallecimientos, lo cual genera un aumento en el nivel de estrés y ansiedad a la vez que genera desgaste emocional en el personal que aún no se ha contagiado, lo cual puede limitar sus labores diarias en cualquier tipo de actividades que realice y tiene una influencia aun mayor, cuando se trata de atender pacientes que precisamente pueden acudir por sintomatología sospechosa o incluso pacientes confirmados a SARS-CoV-2 y en el caso del personal de higiene, cuando se trata de realizar sus actividades dentro de las áreas que se tienen destinadas a ello. Por lo tanto identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout (desgaste físico, mental y emocional relacionado al mal manejo del estrés laboral) en el personal médico, de enfermería e higiene, es motivo de estudio para la creación de estrategias que permitan tratarlo, pues dicha alteración puede repercutir de forma importante tanto en el ámbito personal como laboral, afectando las funciones a nivel profesional, pudiendo aumentar el riesgo de contagio y de mala praxis profesional entre el personal.

Para mejorar los Servicios de Salud que se brindan en la Unidad Médica Familiar No. 13 y ayudar a crear estrategias de cuidado y autocuidado en el personal que labora en la dicha unidad, es primordial identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico, de enfermería e higiene que se encuentra activo durante esta pandemia.

Pregunta de investigación

Por lo antes descrito, la pregunta que se responderá en este trabajo de investigación es: ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia de Covid 19 en el personal médico, de enfermería y limpieza e higiene de la UMF 13?

OBJETIVOS

General

- Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia de Covid 19 en el personal médico, de enfermería y limpieza e higiene adscrito a la UMF 13.

Específicos

- Identificar la intensidad del Síndrome de Burnout en el personal de salud y de higiene adscrito a la UMF 13.
- Identificar las características sociodemográficas del personal de salud y de higiene de la UMF 13 con Síndrome de Burnout durante la pandemia de Covid-19.
- Determinar entre el personal médico, de enfermería y de limpieza e higiene, cual es la categoría con mayor prevalencia del Síndrome de Burnout.
- Identificar si el personal de higiene tiene prevalencia similar al del resto del personal médico y de enfermería de la UMF 13.

HIPÓTESIS

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de la UMF 13 es de 50%
- La intensidad del Síndrome de Burnout encontrada en la UMF 13 será moderada
- intensa
- El síndrome de Burnout es más frecuente en el personal femenino menor de 40 años
- El síndrome de Burnout es mayor en personal médico que en el resto de las categorías
- La prevalencia del Síndrome de Burnout encontrada en el personal de limpieza e higiene es menor en comparación con la encontrada en el personal médico

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Cuantitativo, exploratorio, transversal, no experimental.

Periodo del estudio

Período del estudio: De Marzo del 2020 a Octubre del 2021.

Recolección de datos: Noviembre de 2020 – Febrero de 2021.

Universo

El presente trabajo se llevó a cabo con población conformada por personal médico, de enfermería e higiene adscritas a la UMF 13 que laboraron en las áreas designadas a tratar a pacientes sospechosos/positivos a Covid, contando un total de 63 personas, siendo 38 médicos, 15 enfermeros y 10 de área de higiene y limpieza, tomando en cuenta tanto personal de base como de sustitución.

Muestra

Tomando en cuenta que la totalidad del universo es pequeño, se decide tomar como muestra al 100% de la población que cumpla con los criterios de selección.

Al aplicar los criterios, tanto de inclusión como de exclusión, el total de la muestra se redujo de 63 a 53 personas, de los cuales: son 36 médicos, 10 enfermeros y 7 del área de higiene y limpieza.

La principal dificultad fue localizar al personal para realizar las encuestas ya que tantos médicos, enfermeros y personal de higiene y limpieza de sustitución, fueron asignados a otras áreas, en otras unidades por ciertos periodos de tiempo, por lo que el periodo de encuestas fue alargado un mes más para poder abarcar el mayor número de muestra posible, tomando en cuenta y respetando los criterios de exclusión.

- **Tipo de muestreo:** No probabilística por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Dentro de los criterios originalmente planteados estaban:
 - **Criterios de inclusión:**
 - Personal médico, de enfermería y personal de higiene y limpieza
 - Personal adscrito a la UMF 13 en los meses de Noviembre de 2020 a Febrero de 2021
 - Personal que haya laborado en áreas Covid
 - **Criterios de exclusión:**
 - Personal vulnerable en convenio sindicato-empresa durante el tiempo de pandemia
 - Personal que haya presentado cambio de residencia u adscripción previo al inicio del levantamiento de encuestas.
 - **Criterios de eliminación:**
 - Personal que no desee participar
 - Personal que no haya completado por completo el cuestionario
 - Personal incapacitado, de vacaciones o algún otro motivo de ausentismo durante el levantamiento de encuestas.

Variables

- **Independiente:**
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Número de hijos
 - Categoría laboral (Médico, Enfermero, Personal de higiene y limpieza)
 - Turno laboral

- -Tipo de contratación

- **Dependiente:**
- Síndrome de Burnout

Análisis de datos

Las variables cuantitativas fueron analizadas con medidas de tendencia central y dispersión como son la moda, media, mediana y desviación estándar. Mientras que las variables cualitativas fueron analizadas mediante porcentajes y proporciones, posteriormente se vaciaron los datos de una hoja de recolección de base de datos en Excel y con análisis estadístico de la misma mediante el programa estadístico SPSS versión 25, que se correlacionaran con X² y prueba de t para comparativa de media.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio se sometió a revisión por el Comité Local de Investigación en Salud y por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se solicitó el registro de este ante el Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS el SIRELCIS) una vez que se obtuvo el mismo, se promovió la autorización de las autoridades directivas de la sede del estudio para poder aplicar encuestas a los trabajadores involucrados, a quienes se les explicó ampliamente los motivos y objetivos del estudio y además se les otorgó el consentimiento informado para su autorización.

Se invitó a participar al personal que cumplía con los criterios de selección antes y aquellos a que aceptaron se les realizó la encuesta planteada, bajo previo consentimiento informado. De manera inicial las encuestas se realizaron a modo de

entrevista, posteriormente se le entregó al personal restante la encuesta para su llenado en el momento más oportuno; no se solicitaron datos personales como nombre, número de teléfono, dirección, ni número de seguro social para guardar el anonimato de cada participante. Sin embargo, se recurrió a las autoridades de la UMF No. 13 para obtener la relación del personal adscrito al módulo respiratorio y así obtener el mayor número de muestra posible, ya que mucho del personal eventual fue movido de la unidad por ciertos periodos de tiempo, lo que propicio que la aplicación de las encuestas tuviera que alargarse por un tiempo más, manteniendo de forma confidencial la información antes comentada. Una vez finalizada la aplicación de las encuestas, para realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos, se realizó una base de datos en formato Excel, posteriormente se realizó la captura de los resultados en el programa SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences). Posteriormente graficando los resultados para su análisis y presentación.

Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Ítems
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de una persona hasta la actualidad.	Número de años cumplidos que refiere la persona al momento de la encuesta	Cuantitativa De Razón	1.- 20 - 29 años 2.-30 - 39 años 3.- 40- 49 años 5.- 50 – 59 años 6.- 60 – 69 años 7.- 70 – 79 años
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Sexo biológico de pertenencia de las personas encuestadas	Cualitativa Nominal	1.-Masculino 2.-Femenino
Estado Civil	Situación legal de una persona según el registro civil, en función de si tienen o no una pareja.	Situación legal de las personas al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Viudo 5.-Separado 6.-Unión libre
Número de hijos	Se refiere al número de hijos que las mujeres (o las parejas) han tenido en algún momento de su vida, incluyendo los hijos que fallecieron.	Número de hijos referido por las personas al momento de la encuesta.	Cuantitativa Discontinua/Discreta	1.-uno 2.-dos 3.-tres 4.-cuatro o más
Categoría laboral	Puesto de trabajo a desempeñar	Actividad que desempeña dentro de la institución al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal	1.-Médico 2.-Enfermería 3.-Higiene y limpieza
Turno laboral	Periodo de tiempo durante el cual cada trabajador está a disposición del	Turno laboral en que se	Cualitativa Nominal	1.-Matutino 2.-Vespertino 3.-Nocturno

	empleador para prestar sus servicios.	desempeña el trabajador.		4.-Jornada Acumulada
Tipo de contratación	Concreción de un contrato a un individuo a través de la cual se conviene, la realización de un determinado trabajo o actividad, a cambio del cual el contratado percibirá una suma de dinero estipulada en la negociación.	Acuerdo celebrado entre el Instituto y Sindicato	Cualitativa Nominal	1.-Base 2.-Sustitución
Síndrome de Burnout	Padecimiento que consiste en una respuesta prolongada de estrés, en el organismo ante factores emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, caracterizado por la presencia de 3 factores: Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal.	Valor obtenido con base en el Inventario de Maslach Burnout que abarquen las tres dimensiones del Síndrome de Burnout	Cualitativa Nominal	1.- Bajo: Agotamiento Emocional 0-18, Despersonalización 0 – 5 Realización personal: 40 – 48. 2.- Moderado: Agotamiento Emocional 19 -26, Despersonalización: 6 - 9 Realización personal: 34 – 39. 3.- Severo: Agotamiento Emocional 27 – 54, Despersonalización 10 - 30 Realización personal 0 – 33.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

- **Humanos:**

- Médico Residente de Medicina Familiar.
- Asesor de Protocolo

- **Materiales:**

- Bolígrafos.
- Corrector.
- Lápices.
- Goma de borrar.
- Sacapuntas.
- Hojas de papel blancas.
- Grapas.
- Engrapadora.
- Clips.
- Computadora con acceso a Internet.
- Impresora.
- Memoria USB.
- Calculadora.

- **Económicos:**

- Los gastos generados durante el estudio fueron financiados con recursos propios del investigador.

- **Factibilidad:**

- Este estudio se pudo llevar a cabo porque se tuvo acceso a los trabajadores, requirió de inversión económica mínima y se tuvo la capacidad técnica para llevarlo a cabo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se sometió a revisión del Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) no. 703 y por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud (CLEIS) No. 7038 de la Unidad Médica Familiar 13 de Tuxtla Gutiérrez, fue aceptado y registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación en Salud (SIRLCIS) para su aceptación final con el folio: R-2020-703-035.

Se apegó a la Ley General de Salud y al Reglamento de la Ley General de Salud En Materia de Investigación Para la Salud (Secretaría de Salud 2014); En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1:

“I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Lo anterior secundario a que se obtuvo información por medio de encuestas directas realizadas a los participantes, sin realizar en ellos ninguna intervención médica alguna. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección no incluyó datos personales tales como nombre, dirección, matrícula u otro que pudiera identificar al encuestado.

Se apegó a las fracciones I, V, VI, VII y VIII, del Artículo 14:

“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”.

“V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables”.

“VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación”.

“VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables”.

“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”.

Con respecto al consentimiento informado, se tomó en cuenta lo mencionado en los Artículos 20, 21 Y 22 del mismo Reglamento:

“ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”.

“ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación”.

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

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

I. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación 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, y

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

Además, el presente protocolo tomó en cuenta las recomendaciones estipuladas por las Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en salud emitidas por el Consejo Internacional de Armonización (ICH).

Este estudio tuvo base en los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, 39 Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983, la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

“Introducción:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales:

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico

tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación. Riesgos, Costos y Beneficios.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación. Requisitos científicos y protocolos de investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación:

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como

también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad:

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado:

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo

potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el

médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación. Uso del placebo.

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias: Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención. Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos

adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo:

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados:

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica:

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un

representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público”.

Para garantizar la seguridad del paciente y garantizar la veracidad de la investigación, se consideró lo dispuesto en el título quinto de los aspectos éticos de la investigación humana capítulo 1 de la Ley General de Salud del 2011 de acuerdo a los artículos 96 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 los cuales dictan lo siguiente:

“Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud”.

“Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán

el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud”.

“Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario”.

“Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país”.

“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;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

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;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización

de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación”.

“Artículo 101.- Quién realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I. Solicitud por escrito;

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;

IV. Protocolo de investigación, y

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma”.

“Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables”.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Período del estudio: De Marzo del 2020 a Octubre del 2021.

A continuación, se presenta el cronograma de actividades:

Actividad	2020										2021						
	Mar – Abr	May – Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Marco Teórico	■	■															
Revisión bibliográfica			■	■													
Presentación al CLIS					■	■											
Recolección de datos							■	■	■	■							
Tabulación de resultados											■	■					
Análisis de datos													■	■			
Presentación de resultados															■	■	■

RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se realizó a un total de 53 personas: de los cuales son 36 médicos, 10 enfermeros y 7 del área de higiene y limpieza. Al 100% de la muestra se le aplicó la encuesta que incluía el cuestionario Maslach Burnout Inventory, obteniendo los siguientes resultados:

Edad

La edad de mayor predominio de la población estudiada fue 36 años con 13.2%, con una edad mínima de 29 años y una edad máxima de 58 años, obteniendo una media de edad 37.75 años y una desviación estándar de 7.288. Ver tabla 1.

Tabla 1.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
29	3	5.7	29	58	37.75	7.288
30	5	9.4				
31	2	3.8				
32	6	11.3				
33	1	1.9				
34	1	1.9				
35	3	5.7				
36	7	13.2				
37	5	9.4				
39	2	3.8				
40	4	7.5				
41	2	3.8				
42	2	3.8				
43	3	5.7				
45	1	1.9				
49	1	1.9				
50	1	1.9				
51	1	1.9				

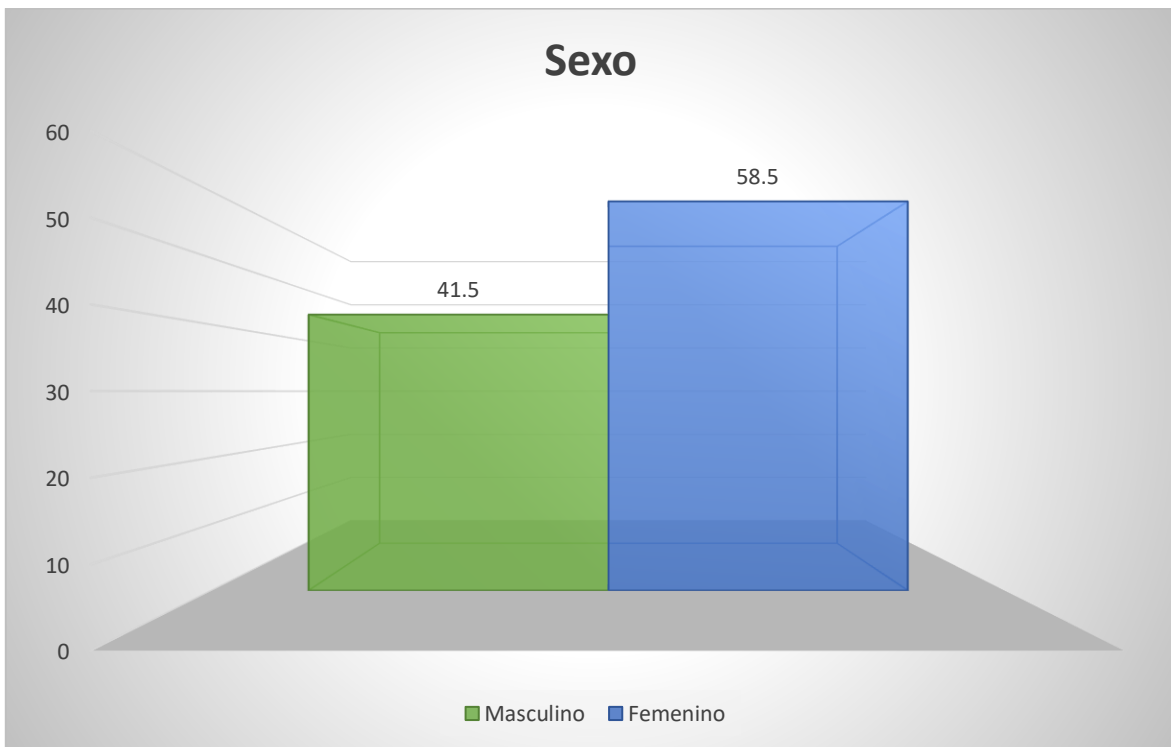
57	1	1.9				
58	2	3.8				
Total	53	100				

Fuente: Cuestionario.

Sexo

Con respecto al sexo, el de mayor porcentaje fue femenino con 58.5%, seguido del masculino. Ver gráfico 1.

Gráfico 1.



Fuente: Cuestionario.

Estado civil

En relación con el estado civil, el de mayor frecuencia fue soltero con el 50.9% del total, seguido de casados, unión libre y divorciado. Ver tabla 2.

Tabla 2.

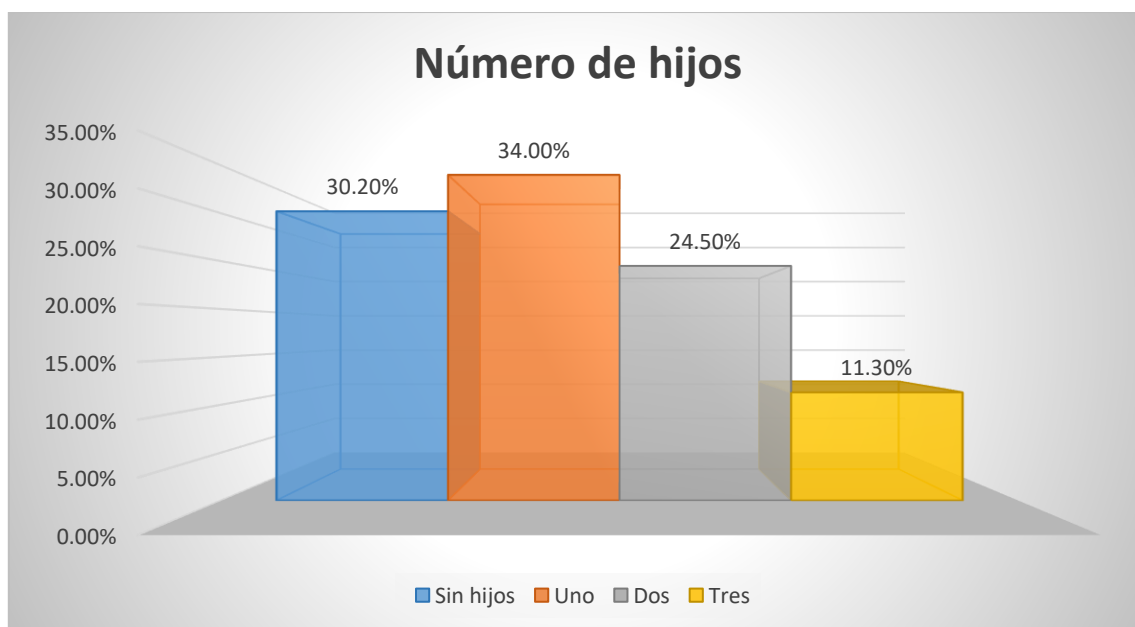
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	27	50.9
Casado	19	35.8
Divorciado	2	3.8
Unión libre	5	9.4
Total	53	100

Fuente: Cuestionario.

Número de hijos

Con respecto al número de hijos de la población estudiada el mayor porcentaje fue de un hijo con 34% y el de menor porcentaje fue de tres hijos. Ver gráfico 2.

Gráfico 2.



Fuente: Cuestionario.

Categoría laboral

En relación con la categoría laboral de mayor predominio fue la del personal médico con 67.9% del total, seguido de enfermería y la de menor predominio fue el personal de Higiene y Limpieza. Ver tabla 3.

Tabla 3.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Personal Médico	36	67.9
Personal de Enfermería	10	18.9
Personal de Higiene y Limpieza	7	13.2
Total	53	100

Fuente: Cuestionario.

Turno de trabajo

De la población estudiada, el turno laboral de mayor frecuencia fue el matutino con 50.9% del total, seguido del vespertino, el nocturno y el de menor frecuencia jornada acumulada con 1.9%. Ver tabla 4.

Tabla 4.

Turno	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	27	50.9
Vespertino	23	43.4
Nocturno	2	3.8
Jornada Acumulada	1	1.9
Total	53	100

Fuente: Cuestionario.

Tipo de contrato

Con respecto al turno laboral, el contrato de mayor predominio es la base con 66%, seguido de sustitución. Ver tabla 5.

Tabla 5.

Contrato	Frecuencia	Porcentaje
Base	35	66.0
Sustitución	18	34.0
Total	53	100

Fuente: Cuestionario.

Síndrome de burnout

En relación con la prevalencia de síndrome de Burnout de la población estudiada, el mayor porcentaje es de intensidad baja con 45.3%, seguido de bajo-moderado, el moderado y con menor porcentaje moderado-severo con 3.8%. No se encontró presencia de Síndrome Burnout Severo Ver tabla 6.

Tabla 6.

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	24	45.3
Bajo-Moderado	19	35.8
Moderado	8	15.1
Moderado-Severo	2	3.8
Total	53	100

Fuente: Cuestionario.

ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizó una tabla cruzada para identificar el número de personas que presentan el nivel de intensidad de síndrome de Burnout de acuerdo a su categoría laboral, encontrando que, del personal encuestado, solo 1 médico desarrolló un Burnout de intensidad moderado-severo, el personal de higiene, igualmente solo 1 desarrolló un Burnout de intensidad moderado-severo y sólo el personal de enfermería desarrollo intensidades bajas del síndrome de Burnout.

Tabla 7.

Síndrome de Burnout

		Intensidad				
		Bajo	Bajo-Moderado	Moderado	Moderado-Severo	Total
Categoría laboral	Personal médico	16	15	4	1	36
	Personal de enfermería	7	3	0	0	10
	Personal de higiene y limpieza	1	1	4	1	7
	Total	24	19	8	2	53

Fuente: Cuestionario.

Intensidad de Burnout en personal médico

En cuanto el personal médico 16 (30.1%) individuos presentan nivel de intensidad bajo, 15 (28.3%) nivel bajo a medio, 4 (7.5%) bajo a alto y 1 (1.8%) medio a alto, con una afectación total en el personal médico representada por el 67.9% del total de la muestra.

Tabla 8.

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	30.1
Bajo-Moderado	15	28.3
Moderado	4	7.5
Moderado-severo	1	1.8
Total	36	67.9

Fuente: Cuestionario.

Intensidad de Burnout en personal de enfermería

Con relación al personal de enfermería 7 (13.2%) individuos presentan nivel de intensidad bajo y 3 (5.6%) nivel bajo a medio, con una afectación total en el personal de enfermería representada por el 18.8% del total de la muestra.

Tabla 9.

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	13.2
Bajo-Moderado	3	5.6
Total	10	18.9

Fuente: Cuestionario.

Intensidad de Burnout en personal de higiene y limpieza

Con relación al personal de higiene y limpieza 1 (1.9%) individuo presentan nivel de intensidad bajo, 1 (1.9%) nivel bajo a medio, 4 (7.4%) nivel bajo a alto y 1 (1.9%) nivel de medio a alto, con una afectación total en el personal de higiene y limpieza representada por el 13.2% del total de la muestra.

Tabla 10.

Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	1.9
Bajo-Moderado	1	1.9
Moderado	4	7.4
Moderado- Severo	1	1.9
Total	7	13.2

Fuente: Cuestionario.

En estos resultados, el estadístico de chi-cuadrada de Pearson es de 16.792 y el valor de $p=0.10$. el estadístico de Chi-cuadrada de verosimilitud es 15.044 y el valor $p= .020$, por lo tanto, hay una asociación entre las variables estadísticamente significativa.

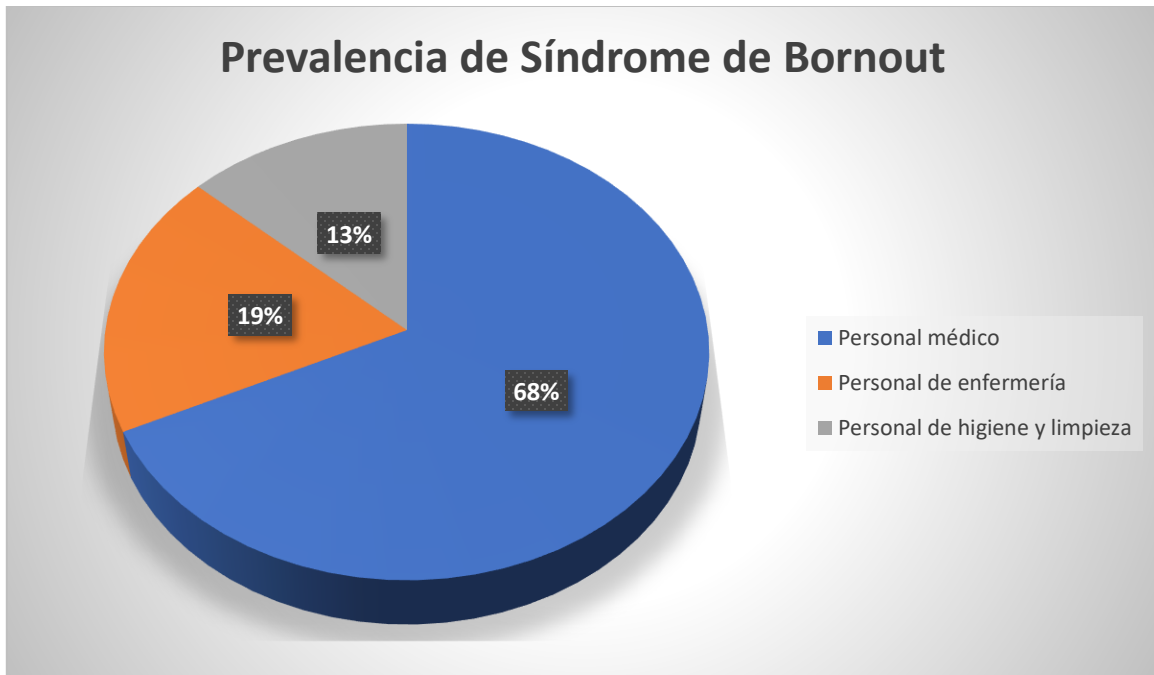
Tabla 11.

**Significación asintótica
(bilateral)**

Chi-cuadrado de Pearson	16.792	.010
Razón de verosimilitud	15.044	.020

Referente a la gráfica de pastel, el personal médico tiene la mayor prevalencia de síndrome de Burnout con el 68% del total de la muestra. Ninguna de las tres categorías laborales se semeja en prevalencia, el personal de higiene y limpieza cuenta con la menor prevalencia de síndrome e Burnout con el 13% del total de la muestra.

Gráfico 3.



DISCUSIÓN

En el estudio realizado por Gutiérrez-Aceves y Celis-López. et al en 2006 ⁽⁷⁾, dentro de los factores de riesgo para desarrollo de síndrome de Burnout mencionan ser personas jóvenes, de género femenino, solteros o sin pareja estable, con mayores turnos o sobrecarga laborales, y diversos rasgos de personalidad. En nuestro estudio en relación con la hipótesis de que el síndrome de Burnout es más frecuente en el personal femenino menor de 40 años, se logró confirmar, puesto que del total de la muestra el 58.5% era personal femenino, la población estudiada oscilaba entre los 30 y 60 años con una edad de predominio promedio de 37 años, demostrando que las edades promedio de los que presentan con mayor frecuencia este síndrome rondan entre la 3ra y 5ta década de la vida; este hecho probablemente se asocia a que durante este periodo en general se desarrollan potencialmente dentro del ámbito laboral, lo que degenera en estrés físico y emocional constante, aunado a que el 34% de la población encuestada pertenece a personal de sustitución, que fueron contratados bajo la especificación de laborar en el área designada a atención de pacientes sospechosos/confirmados a COVID-19, llegando a atender casi el doble de pacientes de los que normalmente se atendían en la consulta general, corroborando de esta manera nuestras hipótesis en referencia a las características sociodemográficas de nuestra población blanco.

Con relación a la hipótesis de que la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de la UMF 13 es de 50%, se confirmó en los resultados obtenidos que el 100% del personal estudiado desarrolló Síndrome de Burnout durante este período, aunque en intensidad variable, refutando nuestra hipótesis de que la intensidad del Síndrome de Burnout encontrada en la UMF 13 sería de moderada – severa, ya que sólo el 3.8% del total desarrollo este grado de síndrome de Burnout.

En el caso de la hipótesis en la que propusimos que el síndrome de Burnout es mayor en personal médico que en el resto de las categorías, se refuta, ya que el personal que predominó en número de muestra entre las categorías fue el personal médico sobre las otras dos, aunque el personal de higiene y limpieza, se encontraba

con una prevalencia de Burnout básicamente equivalente al del personal médico, pues tanto personal de limpieza e higiene como médicos tienen un 9.3% de presencia de Burnout moderado a severo, aun así, ambos son de menos del 10%, mientras que el personal de enfermería no desarrolló Burnout en intensidades graves. Esto concuerda con los datos presentados por Arteaga-Romani A., et.al, 2014 (11), quienes plantean que los médicos son los más afectados con este síndrome, sin embargo, no encontramos referencia con la que comparar los resultados obtenidos con el personal de limpieza e higiene.

En este caso que la muestra es poca, no obtenemos resultados estadísticamente significativos, pero tal vez en una muestra más grande se pudiera observar algo diferente, con mayor impacto estadístico.

CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión de que la población que se encontraba trabajando en el módulo respiratorio de la UMF No. 13, desarrolló síndrome de Burnout, aunque casi la mitad de ellos lo hizo en una intensidad baja o leve, mientras que muy pocos (2 personas), desarrollaron un Burnout de intensidad moderada a severa, encontrando que quienes desarrollaron este grado de Burnout, ambos caen en el mismo rango de edad, ambos son personal de base dentro de la institución, son del sexo masculino y sin embargo ambos cuentan con factores de riesgo presentes que discrepan un poco con los mencionados por diferentes bibliografías, aunque se corrobora que mayormente el personal femenino representa más del 50% de los encuestados. El resto de los participantes se corroboró la presencia del factor de riesgo importante en común: la sobrecarga de trabajo dentro del módulo respiratorio, corroborando nuestra hipótesis afirmando que sí se encontró la presencia de este síndrome en todo el personal adscrito a esa área, aunque en intensidad variable y confirmando además que el personal de higiene y limpieza, también se contrataba con prevalencia de Burnout básicamente equivalente a las demás categorías, aunque en menor número, puesto que fue la categoría con menos personal encuestado.

Por otro lado, existe la necesidad de implementar medidas de prevención no sólo de forma individual, sino de forma colectiva, pues llama la atención que de las 3 categorías, solo el personal médico y de limpieza e higiene desarrollaron síndrome de Burnout de intensidad moderada a severa, mientras que el personal de enfermería lo hizo en intensidades más bajas, esto quizá en relación a que el personal de enfermería constantemente toma cursos de capacitación en manejo de emociones y estrés, por lo que es muy importante la prevención a nivel de las organizaciones y sobre todo, enfocado en incluir a todo el personal, no solo a los de una categoría, ya que la unidad cuenta con los recursos profesionales (personal de psicología) que puede ayudar a identificar con facilidad al personal en riesgo y de esta manera brindar apoyo de manera oportuna, para que la calidad del trabajo

prestado y los planos cognitivo y emocional del individuo en riesgo, no se vean mermados y por ende la integridad de su vida familiar y hasta su salud física se van a preservar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aragón-Nogales R., Vargas-Almanza I., Miranda-Novales MG. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatr.* 2019; 86(6):213-218. doi: 10.35366/91871 <https://dx.doi.org/10.35366/91871>
2. Macaya-B. P., Aranda-G. F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest.* 2020;49:356-362. doi:10.25237/revchilanestv49n03.014
3. Serra Valdes MÁ. Infección respiratoria aguda por 2019-nCoV: una amenaza evidente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [revista en Internet]. 2020 [citado 2020 Jul 15];19(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3171>
4. Soto Godoy L. Manual Covid 19 para equipos de salud. Santiago de Chile: Universidad Finis Terrae Escuela de Medicina. Abril 2020. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.medfinis.cl/img/manuales/Manual%2520covid.pdf&ved=2ahUKEwiq4Yz6nezqAhVwmK0KHTrLA3wQFjAAegQIBBAB&usg=AOvVaw3sv0h9yeL2Uze3twHXcYS6>
5. Sabio R. COVID-19: ¿Cómo podemos proteger al personal sanitario expuesto? *Revista Argentina de Medicina* 2020;8(1):83-85 <http://www.revistasam.com.ar>
6. Chavarría-Islas RA, et al. Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México. *Educ Med.* 2017; 18(4):254-261 <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.09.001>.
7. Gutierrez-Aceves GA, Celis-Lopez MA, et al. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién* 2006;11 (4): 305-309
8. Juárez-García, A., Idrovo AJ, Camacho-Ávila A, et al. Síndrome de Burnout en Población Mexicana: Una Revisión Sistemática. *Rev Salud Mental.* 2014;37(2):159-176
9. Olivares-Faúndez V. Laudatio: Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo,* 19(48).

https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprenderiendo_el_burnout

10. Bouza E, Gil-Monte PR, et al. Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en los médicos de España. *Revista Clínica Española* 2020, 53: 91-141 DOI: 10.13184/eidon.53.2020.91-141
11. Arteaga-Romani A., Junes-Gonzalez W., Navarrete-Saravia A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Rev méd panacea*. 2014; 4(2):40-44.
12. Graue, E, Alvarez, 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 [consultado 12 Agosto 2020]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html
13. Vásquez-Manrique, JF., Maruy-Saito, A., & Verne-Martin, E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 2014: 77 (3), 168 – 174.
14. Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., Salazar Estrada, J. G., Torres López, T. M., Aldrete Rodríguez, M., & Pérez Reyes, M. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2005: 31(2), 0-0.
15. Szwako-Pawlowicz AA. Relación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *Rev. Salud Pública Parag*. 2014; 4 (1); 21-26
16. Castañeda-Aguilera E., García de Alba García, Javier E. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2010: 39 (1), 67-84. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615449006>

17. Jiménez-Alvarez C, Morales-Torres JL, Martínez-Martínez C. Estudio del síndrome de "Burnout" en cirujanos pediatras españoles. *Cir Pediatr.* 2002; 15(2):73-8.
18. Saborío-Morales L, Hidalgo-Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2015 Mar [Citado 2020 Agosto 20]; 32(1): 119-124. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en.
19. Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
20. Mouzo-Quintáns J. El 'burnout' toma peso en la lista de dolencias de la OMS. *El País* [Internet] [Consultado 30 Julio 2020]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2019/05/27/actualidad/1558956228_933147.html
21. De los Ríos-Castillo et al. Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2008; 16(2): 89-97.
22. Sánchez-Cruz, J., & Mugártegui-Sánchez, S. Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2013;51(4):428-431. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745490014>
23. Buzzetti-Bravo M. Validación del Maslach Burnout Inventory en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile. 2005. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137677/Memoria%20Titulo%20Validaci%C3%B3n%20MBI%20Burnout%20ver%20SISIB.pdf?sequence=1>
24. Pando-Moreno M, Salazar-Estrada JG. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte* [Internet]. 2016;32(2):218-227. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81748361005>
25. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex* 2002;44 (1):33-40.

26. García-Iglesias JJ., Gómez-Salgado J., et al. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94:
27. Austria-Corrales F., Cruz-Valdés B., Herrera-Kiengelher L., et al. Síndrome de burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza A H1N1. *Gaceta médica de México*, 2011:147(2), 97-103.
28. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020 [Internet]. (Consultado el 15 Agosto 2020) Available in: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30047-X](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30047-X).
29. Ozamiz-Etxebarria N., Dosil-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., & Idoiaga-Mondragon N.. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, [Internet]. 2020:36:e00054020. doi: 10.1590/0102-311X00054020
30. Ojeda-Casares H., Gerardo de Cosio F. Covid-19 y salud mental: mensajes clave. OPS [Internet]. (Consultado 20 agosto 2020 Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-salud-mental-mensajes-clave>
31. Vinuesa-Veloz AF., Aldaz Pachacama NR., et al. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. 2020
32. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020; 83(1):51-56 DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
33. Sociedad Española de Psiquiatría. Guía COVIDSAM para la intervención en salud mental durante el brote epidémico de COVID-19. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2020.

ANEXOS

Anexo I. Carta de Consentimiento Informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos
de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico, de enfermería e higiene durante la pandemia Covid – 19 en la UMF 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno.
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Periodo de 01 noviembre de 2020 a 28 de febrero de 2021.
Número de registro institucional:	R-2020-703-035.
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la Prevalencia de Síndrome de Burnout durante la pandemia de Covid-19 en trabajadores adscritos a la UMF No. 13, con el propósito de identificar qué personal padece este síndrome, quienes están en alto riesgo de padecerlo y ayudar a implementar medidas de detección oportuna, de sostén y tratamiento en quienes ya lo padecen, además de medidas de cuidado y autocuidado para prevenirlo en quienes tienen alto riesgo de padecerlo.
Procedimientos:	Se aplicará una encuesta que consta de 30 preguntas, con una duración aproximada 30 de minutos, en la que marcará el número correspondiente a la respuesta que más considere apropiada en relación a las preguntas planteadas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la prevalencia y la intensidad del Síndrome de Burnout presentado en los trabajadores adscritos a la UMF No. 13.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Ayudará a crear estrategias que permitan tratar el Síndrome de Burnout en quienes los padecen y así minimizar el impacto negativo de esta patología en ellos.
Participación o retiro:	De forma voluntaria
Privacidad y confidencialidad:	No se incluirán datos personales en la encuesta, como nombre, número de seguridad social, matrícula u otro dato que pudiera identificar al entrevistado, con el fin de mantener su privacidad y confidencialidad en todo momento.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto participar en el estudio.

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

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

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. Jorge Alberto Martínez Villafuerte

Colaboradores:

Dra. Leydi María Vázquez Arias

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

Nombre y firma del participante

Dra. Leydi María Vázquez Arias
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Hoja de recolección de datos generales.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13

Estimado(a) usuario:

La presente encuesta es parte de una investigación realizada por Médico Residente de Primer año de la Especialidad en Medicina Familiar. Su participación es voluntaria. Si usted decide participar y da su consentimiento para este fin, entonces le pedimos que prosiga con el llenado de la encuesta. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos.

Muchas gracias por su colaboración.

Datos generales

1. **Edad:** _____ años cumplidos

2. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

3. **Estado civil:** Soltero () Casado () Divorciado ()
Viudo () Separado () Unión libre ()

4. Número de hijos

Uno () Dos ()
Tres () Cuatro o más ()

5. Categoría laboral

Personal Médico ()
Personal de enfermería ()
Personal de Higiene ()

7. Turno de trabajo actual:

Matutino ()
Vespertino ()
Nocturno ()
Jornada Acumulada ()

8. Tipo de contrato:

Base ()
Sustitución ()

Anexo 3. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 13**

Fecha: _____

A continuación se le solicita, señale con una X el número que considere más adecuado en relación a lo planteado, tomando en cuenta que:

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío (sin satisfacción personal o laboral)							
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 y / o compañeros de trabajo							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes y /o compañeros como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes y / o compañeros de trabajo							
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 esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes y/o compañeros							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis compañeros de trabajo							
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes y/o compañeros de trabajo							
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 de alguno de sus problemas							

Gracias por su participación

Anexo 4. Carta de No Inconveniencia del Director de Unidad Médica Familiar No.13



GOBIERNO DE
MÉXICO



OFICIO: 070104252110/436/2020

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS A 31 DE AGOSTO DE 2020

DRA. LEYDI MARIA VAZUEZ ARIAS
MEDICO RESIDENTE
98078797.

Por medio de la presente notificarle de la NO INCONVENIENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título : "PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO, ENFERMERIA Y LIMPIEZA E HIGIENE DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN LA UNIDAD MEDICA NUMERO 13, TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente



Dr. Francisco Ricardo Escobar Díaz

N53 Director de la Unidad UMF 13

Bld. Art. 123 Esquina Presa Chicoasen, Col. Las

Palmas, Tuxtla Gutierrez, Chiapas. CP. 29040

Teléfono: (01961)-6141388

francisco.escobardi@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Estatal en Chiapas

Unidad Médica Familiar No.13

