



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS**

**“SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD
ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO 11 (UMF-11) EN EL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACION
AGUASCALIENTES, AGS. “**

**ES PRESENTADA POR:
DR. MIGUEL ÁNGEL GARCIA MARTINEZ**

**PARA OBTENER GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR:
DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES.**

AGUASCALIENTES, AGS FEBRERO 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A OCTUBRE 2021

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DR. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA MARTÍNEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 11 (UMF-11) EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL (IMSS), DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS.**

Número de Registro: **F- 2020-101-036** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El **Dr. Miguel Ángel García Martínez** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:

**DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES
ASESOR**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A DICIEMBRE 2021

DRA PAULINA ANDRADE CASTRO

DECANA INTERNA DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 11 (UMF-11) EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS

DR. MIGUEL ÁNGEL GARCIA MARTINEZ

Número de Registro: R- 2021-101-036 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Dr Miguel Angel Garcia Martinez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 13/12/21

NOMBRE: MIGUEL ÁNGEL GARCIA MARTINEZ

ID

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR

LGAC (del posgrado):

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: Teoría

Trabajo práctico

TÍTULO: SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 11 (UMF-11) INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS.

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

IDENTIFICACIÓN DE ESTRÉS ENTRE EL PERSONAL DE SALUD POR CARGA LABORAL ANTE PANDEMIA

INDICAR SI/NO SEGUN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- NO Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc.)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (a) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
- NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

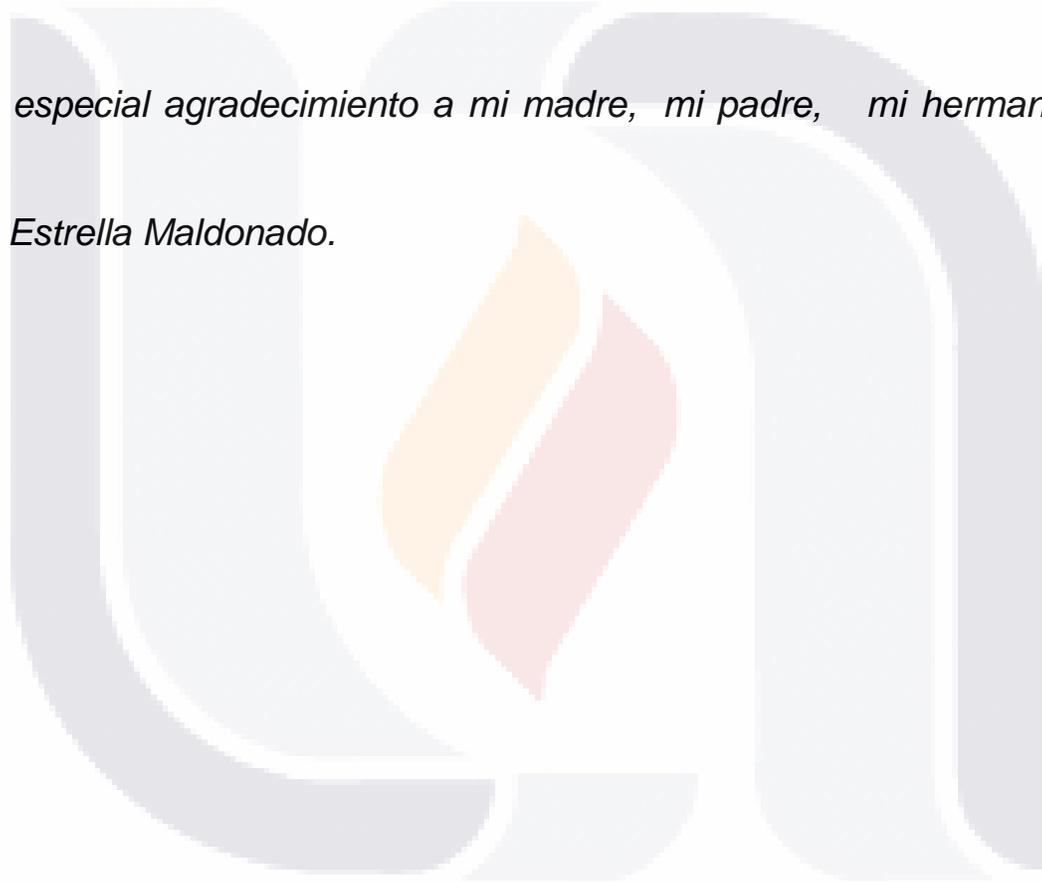
Dra. Paulina Andrade Lozano

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: "Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, tener el control de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que siempre han creído en mí, en que siempre puedo más y siempre conseguiré llegar hasta donde me lo proponga, con especial agradecimiento a mi madre, mi padre, mi hermano, y Dra Estrella Maldonado.



INDICE GENERAL

RESUMEN 5

ABSTRACT 6

INTRODUCCIÓN 7

CAPITULO I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS..... 9

 1.1 Antecedentes científicos acerca de COVID-19 9

 1.2 Antecedentes científicos de síndrome de Burnout en personal de salud 16

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO 20

CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN 24

 3.1 Planteamiento del problema 25

 3.2 Pregunta de investigación..... 28

 3.3 Objetivos 28

 3.3.1 Objetivo general..... 28

 3.3.2 Objetivos específicos: 28

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y METODOS..... 29

 4.1 Diseño del estudio 29

 4.2 Universo de trabajo..... 29

 4.3 Unidad de análisis y de observación..... 29

 4.4 Criterios de selección..... 30

 4.4.1 Criterios de inclusión 30

 4.4.2 Criterios de no inclusión..... 30

 4.4.3 Criterios de eliminación 30

 4.5 Tipo de muestreo 30

 4.5.1 Tamaño de la muestra 30

 4.6 Instrumento de medición..... 30

 4.6.1 Escala de Maslach..... 35

 4.7 Logística..... 36

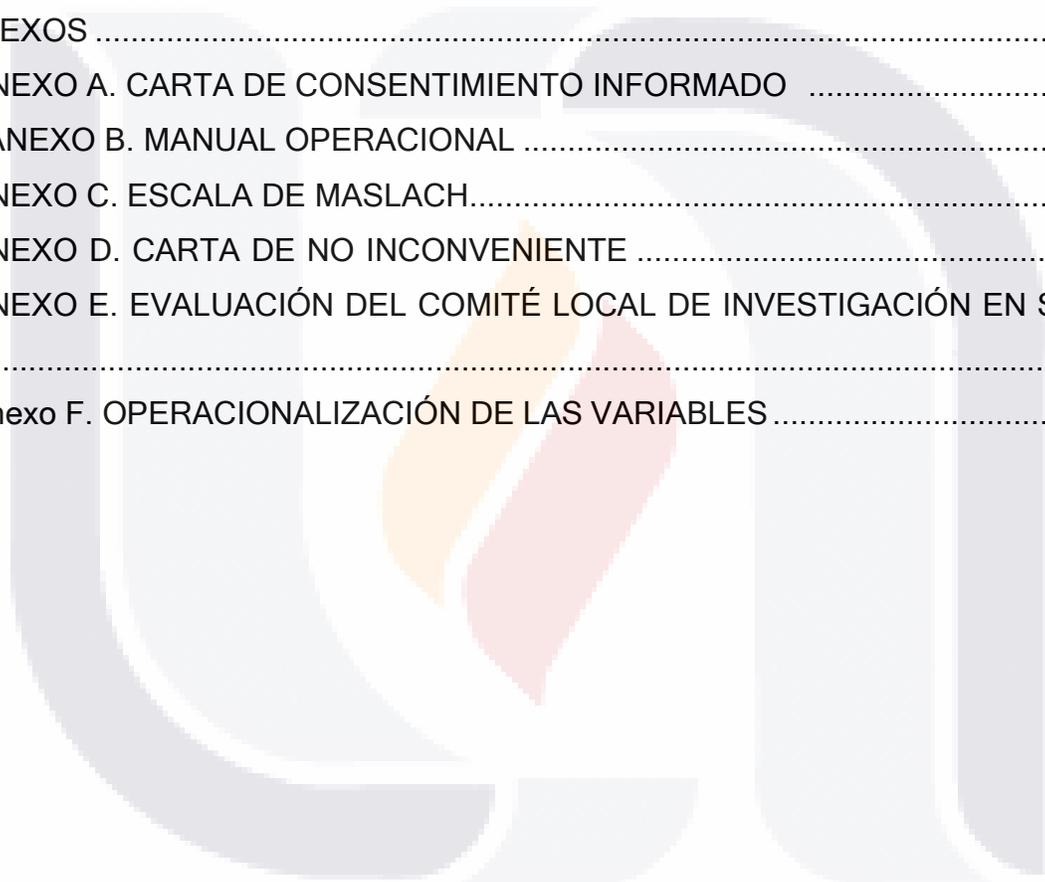
 4.8 Técnica de recolección de datos..... 36

 4.9 Procesamiento y análisis de los datos. 37

 4.10 Aspectos éticos..... 37

 4.11 Recursos, financiamiento y factibilidad 38

4.11.1 Presupuesto.....	38
4.11.2 Hoja de gastos.....	38
4.12 Cronograma de actividades	39
CAPITULO V. RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	56
CONCLUSIÓN	58
GLOSARIO:.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65
ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
ANEXO B. MANUAL OPERACIONAL	67
ANEXO C. ESCALA DE MASLACH.....	71
ANEXO D. CARTA DE NO INCONVENIENTE	77
ANEXO E. EVALUACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	78
Anexo F. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	83



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Hoja de gastos 38

Tabla 2. Cronograma de actividades..... 39

Tabla 3. Distribución de frecuencias por turno 41

Tabla 4. Distribución de frecuencias por género 42

Tabla 5. Distribución de frecuencias por edad 43

Tabla 6. Distribución de frecuencias por escolaridad 44

Tabla 7. Distribución de frecuencias por estado civil 45

Tabla 8. Distribución de frecuencias por categoría 46

Tabla 9. Distribución de frecuencias por número de hijos..... 47

Tabla 10. Distribución de frecuencias por comorbilidades 48

Tabla 11. Distribución de frecuencias por años con la enfermedad 49

Tabla 12. Distribución de frecuencias de despersonalización 49

Tabla 13. Distribución de frecuencias de la falta de realización personal 50

Tabla 14. Distribución de frecuencias del cansancio emocional 51

Tabla 15. Grupos de edad por dimensión de burnout 52

Tabla 16. Género por dimensión de burnout..... 53

Tabla 17. Turno dimensión de burnout..... 55

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1.Distribución de frecuencias por turno..... 41

Grafica 2. Distribución de frecuencias por género..... 42

Grafica 3. Distribución de frecuencias por edad..... 43

Grafica 4.Distribución de frecuencias por escolaridad..... 44

Grafica 5.Distribución de frecuencias por estado civil 45

Grafica 6.Distribución de frecuencias por número de hijos 47

Grafica 7.Distribución de despersonalización..... 49

Grafica 8. Distribución de falta de realización personal..... 50

Grafica 9.Distribución del cansancio emocional 50

Grafica 10. Cansancio emocional por grupos de edad..... 51

Grafica 11.Despersonalización por grupos de edad..... 51

Grafica 12.Falta de realización personal por grupos de edad 51

Grafica 13. Cansancio emocional por género 52

Grafica 14.Despersonalización por género 53

Grafica 15.Falta de realización personal por género 53

Grafica 16.Cansancio emocional por turno 54

Grafica 17. Despersonalización por turno 54

Grafica 18. Falta de realización personal por turno 54

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Descriptivo, transversal, observacional 29

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad del coronavirus 19 (COVID-19) es una infección viral altamente transmisible y patógena causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que surgió en Wuhan, China y se extendió por todo el mundo. Por causa de la contingencia por COVID-19 han existido diversos cambios en el modo de operar dentro de las unidades de medicina familiar que tienen múltiples incomodidades, y el aumento de medidas preventivas para evitar contagio de una enfermedad aún desconocida para el médico en diversos ámbitos, lo que ocasiona aumento de cansancio, estrés laboral y emocional, lo que puede conducir al desarrollo de síndrome de burnout. **Objetivo:** Conocer la frecuencia y distribución del síndrome de burnout a causa del por SARS COV-2 en personal de salud de la UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes. **Material y métodos:** Se realizará un estudio observacional de tipo transversal. Durante el mes de mayo 2020 enfocado a personal de la UMF 11, IMSS delegación Ags. Se aplicará el cuestionario Maslach que consta de 22 reactivos tres dimensiones, con los datos obtenidos se realizará cálculo y estadificación de presencia de síndrome de burnout, utilizando el programa STATA versión 13. **Resultados:** se obtuvo que el 82%(n=175) manifiesta tener un grado elevado de despersonalización, es decir, actitudes distantes hacia las personas para y con las que se trabaja, la falta de realización personal, comprendida por la tendencia de evaluarse a sí mismo y al propio trabajo de forma negativa obtuvo un puntaje alto en el 85%, mostrando que esta dimensión es la más afectada en el personal entrevistado. Finalmente, el tercer componente del síndrome de burnout, cansancio emocional, referido a la falta de recursos emocionales y al sentimiento de que nada se puede ofrecer a la otra persona. Esta es la dimensión con menor afectación ya que el 79% del personal entrevistado reflejó un nivel elevado. **Conclusiones.** El estudio del síndrome de burnout es particularmente importante debido a la demanda a la que fue sometido el personal durante la pandemia por COVID-19 en la que se exacerbó las carencias de recursos materiales, personales y técnicos para responder a tal demanda de atención. Se observaron prevalencias elevadas de síndrome de burnout en sus tres dimensiones.

ABSTRACT

Background: Coronavirus 19 disease (COVID-19) is a highly transmissible and pathogenic viral infection caused by SARS-CoV-2, which emerged in Wuhan, China and spread throughout the world. Due to the contingency due to COVID-19 there have been various changes in the way of operating within family medicine units that have multiple discomforts, and the increase in preventive measures to avoid contagion of a disease still unknown to the doctor in various settings, which causes increased fatigue, work and emotional stress, which can lead to the development of burnout syndrome.

Objective: To know the frequency and distribution of burnout syndrome due to the covid-19 pandemic in health personnel of the Family Medicine Unit no. 11 of the Mexican Institute of Social Security, Aguascalientes delegation. **Material and**

methods: An observational cross-sectional study will be carried out. During the month of May 2020 focused on UMF 11 staff, IMSS delegation Ags. The Maslach questionnaire consisting of 22 three-dimensional items will be applied, with the data obtained, a calculation and staging of the presence of burnout syndrome will be performed, using the STATA version 13 program. **Results:** it was obtained that 82% (n = 175) manifest having a high degree of depersonalization, that is, distant attitudes towards the people for and with whom one works, the lack of personal fulfillment, understood by the tendency to evaluate oneself and one's own work in a negative way, obtained a high score in 85%, showing that this dimension is the most affected in the personnel interviewed. Finally, the third component of the burnout syndrome, emotional fatigue, refers to the lack of emotional resources and the feeling that nothing can be offered to the other person. This is the dimension with the least impact since 79% of the personnel interviewed showed a high level. **Conclusions.** The study of burnout syndrome is particularly important due to the demand to which personnel were subjected during the COVID-19 pandemic, in which the lack of material, personal and technical resources to respond to such demand for care was exacerbated. High prevalences of burnout syndrome were observed in all three dimensions. **Palabras clave:** COVID-19, burnout, burnout in health personnel, SARS-COV2, Coronavirus, salud mental.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del coronavirus 19 (COVID-19) es una infección viral altamente transmisible y patógena causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que surgió en Wuhan, China y se extendió por todo el mundo (1). Los síntomas comunes al inicio de la enfermedad fueron fiebre (98%), tos (76%) y mialgia o fatiga (44%); síntomas menos comunes fueron la producción de esputo (28%), dolor de cabeza (8%), hemoptisis (5%) y diarrea (3%). La disnea se desarrolló en 55% de pacientes, 63% de pacientes tenían linfopenia . Todas las unidades de salud deben promover acciones preventivas entre todo su personal y los usuarios de los servicios para disminuir las infecciones respiratorias agudas y en su caso, atender la introducción del COVID-19 a México (2).

En el estado de Aguascalientes el hospital general de zona no. 2 IMSS brinda atención tanto a pacientes que padecen COVID-19 como a los que no lo padecen, el hospital general de zona no.1 ha sido nombrado como hospital 100% atención COVID-19, además se cuenta DE 12 unidades de medicina familiar, en donde todos los trabajadores de estos centros de salud deben recibir capacitación sobre cuidados de protección según su área de trabajo y su tarea a realizar y evitar contagio, ya que cada una de las categorías es de vital importancia en el caso de personal de servicios básicos mantener limpias las instalaciones, médicos y personal de enfermería promover acciones preventivas ante los pacientes y brindar la atención habitual, se colocaron módulos respiratorios en cada una de las unidades, como estrategias para evitar que todas las enfermedades respiratorias pasen a atención medica en consultorio, los cuales son mediados por personal de salud que funcionan como filtros, debido a ello todos los trabajadores de la umf-11 han aumentado sus esfuerzos en aras de la salud de los derechohabientes y sus familias con ello se ha observado desgaste emocional, respuestas negativas insensibles o apáticas frente diferentes aspectos del trabajo, sentido disminuido de autoeficacia y logro en el trabajo que conllevan y forman parte del síndrome de burnout. (2)

El burnout es frecuente entre los trabajadores, principalmente los profesionales de la salud, y está directamente influido por el factor de preocupaciones personales y la falta de organización; las variables sociodemográficas y de tipo organizativo influyen de forma primordial en la aparición de burnout en el personal de salud. (3)



CAPITULO I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda sistematizada en la base de datos con revisión de artículos indizados, se seleccionaron artículos y trabajos de tesis sobre COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, burnout, burnout in health personnel, SARS-COV2, Coronavirus.

Se realizó la búsqueda sistemática de la información utilizando los portales de BVS y PUM MED, utilizando los descriptores en salud DeCS y MeSH, para determinar los conceptos de búsqueda de COVID-19, burnout, al obtener los DeCS y MeSH para tales palabras, se utilizaron plataformas de búsqueda como BVS, Up to Date, Pubmed, Conrycit, Scielo. Se obtuvieron alrededor de 6152 estudios que incluían las variable de estudio COVID-19, 335 estudios para la variable burnout en personal de salud, 0 estudios para la combinación de burnout en personal de salud a causa de la pandemia COVID-19 de los cuales se fueron descartando aquellos que no fueran pertinentes para el objetivo del presente estudio, terminando con un total de 7 artículos pertinentes.

1.1 Antecedentes científicos acerca de COVID-19

Antonio Samaniego (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. El objetivo de esta investigación fue determinar prevalencias de depresión, ansiedad, insomnio, distrés y fatiga por compasión, así como factores relacionados a la presencia de sintomatología asociada a estos trastornos en profesionales de los equipos de salud. Para esto, se encuestó en formato online a 126 profesionales sanitarios del Paraguay, de los cuales el 83% son mujeres, con una edad promedio en la muestra total de 32 años. Se aplicaron los cuestionarios PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio, IES-R para distrés y el módulo de fatiga por compasión del ProQOL-CSF-IV. Se encuentra que los porcentajes de participantes que reportaron síntomas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

clasificables como moderados y severos fueron de un 32.2% para depresión, 41.3% en ansiedad, 27.8% en insomnio, 38.9% en distrés y un 64.3% en fatiga por compasión. Adicionalmente las mujeres y los de menor edad presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas. Los datos aportan evidencia a la necesidad de establecer estrategias de prevención o intervención para abordar los problemas de salud mental en los profesionales de la salud. (4)

Jianbo Lai (2020). COVID-19 Alto costo psicológico para los trabajadores de la salud. Un estudio de China informa sobre las ramificaciones psicológicas de COVID-19 en la atención médica trabajadores: una encuesta realizada a más de 1.200 enfermeras y médicos que trabajan en hospitales en la región de Wuhan más del 70% informaron síntomas de angustia psicológica. Los investigadores encuestaron a trabajadores de la salud de 34 hospitales en China con salas para enfermedad del coronavirus-19 entre el 29 de enero de 2020 y el 3 de febrero de 2020. Los investigadores evaluaron la depresión, ansiedad, insomnio y angustia de los encuestados utilizando las versiones chinas del Cuestionario de salud del paciente, la escala de Trastorno de ansiedad generalizada, el Índice de gravedad del insomnio y la Escala de impacto de eventos revisada. Esta encuesta transversal y reveló una alta prevalencia de síntomas de salud mental entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes con COVID-19 en China, en general, 50.4%, 44.6%, 34.0% y 71.5% de todos los participantes informaron síntomas psicológicos. La respuesta psicológica de los trabajadores de la salud a una epidemia de enfermedades infecciosas es complicada. Las fuentes de angustia pueden incluir sentimientos de descontrol o debilidad y preocupaciones sobre la salud propia, la expansión del patógeno, salud familiar y otros, cambios laborales y el encierro. Las intervenciones especiales para promover el bienestar mental en los sanitarios expuestos al coronavirus deben implementarse de inmediato, con mujeres, enfermeras y trabajadores de primera línea que requieren una atención particular. (5)

Huilan Tu (2020). Las características clínicas y epidemiológicas de COVI-19 y las lecciones a la salud pública de este evento infeccioso. La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es causada por insuficiencia respiratoria aguda grave síndrome

coronavirus 2 (SARS-CoV-2) y representa una enfermedad potencialmente mortal de Gran importancia para la salud pública mundial. A partir del 26 de marzo de 2020, el brote de COVID-19 ha resultado en 462,801 casos confirmados y 20,839 muertes en todo el mundo, lo que es más de los causados por el SARS y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) en 2003 y 2013, respectivamente. La epidemia ha planteado desafíos considerables en todo el mundo. Debajo de estricto mecanismo de prevención y control masivo, China ha visto una rápida disminución en nuevos casos de coronavirus; Sin embargo, la situación mundial sigue siendo grave. Adicionalmente, el origen de COVID-19 no se ha determinado y no hay un tratamiento antiviral específico, ni la vacuna está actualmente disponible. (6)

Shereen MA (2020) Infección por COVID-19: origen, transmisión y características de los coronavirus humanos. La enfermedad del coronavirus 19 (COVID-19) es una infección viral altamente transmisible y patógena causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que surgió en Wuhan, China y se extendió por todo el mundo. El análisis genómico reveló que el SARS-CoV-2 está filogenéticamente relacionado con los virus de murciélago agudos similares al síndrome respiratorio agudo (similar al SARS), por lo tanto, los murciélagos podrían ser el posible reservorio primario. La fuente intermedia de origen y transferencia a humanos no se conoce, sin embargo, la rápida transferencia de humano a humano ha sido ampliamente confirmada. No hay un medicamento o vacuna antiviral clínicamente aprobada disponible para usarse contra COVID-19. Sin embargo, pocos medicamentos antivirales de amplio espectro han sido evaluados contra COVID-19 en ensayos clínicos, lo que resultó en la recuperación clínica. En la revisión actual, resumimos y analizamos comparativamente la aparición y la patogenicidad de la infección por COVID-19 y los coronavirus humanos anteriores, el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV). También discutimos los enfoques para desarrollar vacunas efectivas y combinaciones terapéuticas para hacer frente a este brote viral. (7)

Guo YR (2020) El origen, la transmisión y las terapias clínicas en el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): una actualización sobre el estado. Una enfermedad respiratoria aguda, causada por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2, anteriormente conocido como 2019-nCoV), la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se ha extendido por toda China y recibió atención mundial. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la epidemia COVID-19 como una emergencia de salud pública de preocupación internacional. La aparición del SARS-CoV-2, desde el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) en 2002 y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) en 2012, marcó la tercera introducción de una epidemia altamente patógena y a gran escala. Coronavirus en la población humana en el siglo XXI. A partir del 1 de marzo de 2020, un total de 87,137 casos confirmados a nivel mundial, 79,968 confirmados en China y 7169 fuera de China, con 2977 muertes (3.4%) reportadas por la OMS. Mientras tanto, Varios grupos de investigación independientes han identificado que el SARS-CoV-2 pertenece al coronavirus β , con un genoma altamente idéntico al coronavirus del murciélago, señalando al murciélago como el huésped natural. El nuevo coronavirus utiliza el mismo receptor, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) que el SARS-CoV, y se propaga principalmente a través del tracto respiratorio. Es importante destacar que cada vez más pruebas muestran una transmisión sostenida de persona a persona, junto con muchos casos exportados en todo el mundo. Los síntomas clínicos de los pacientes con COVID-19 incluyen fiebre, tos, fatiga y una pequeña población de pacientes apareció síntomas de infección gastrointestinal. Los ancianos y las personas con enfermedades subyacentes son susceptibles a la infección y propensos a resultados graves, que pueden estar asociados con el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y la tormenta de citoquinas. Actualmente, Hay pocas estrategias antivirales específicas, pero varios candidatos potentes de antivirales y medicamentos reutilizados están bajo investigación urgente. (8)

Zhou P (2020) Un brote de neumonía asociado con un nuevo coronavirus de probable origen de murciélago. Desde el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hace 18 años, se descubrió una gran cantidad de coronavirus relacionados con el SARS (SARSr-CoV) en su reservorio natural, los murciélagos. Estudios anteriores han demostrado que algunos SARSr-CoV de murciélago tienen el potencial de infectar a los humanos. Aquí informamos la identificación y caracterización de un nuevo coronavirus (2019-nCoV), que causó una epidemia de síndrome respiratorio agudo en humanos en Wuhan, China. La epidemia, que comenzó el 12 de diciembre de 2019, había causado 2.794 infecciones confirmadas por laboratorio, incluidas 80 muertes antes del 26 de enero de 2020. Se obtuvieron secuencias genómicas completas de cinco pacientes en una etapa temprana del brote. Las secuencias son casi idénticas y comparten una identidad de secuencia del 79,6% con el SARS-CoV. Además, mostramos que 2019-nCoV es 96% idéntico a nivel de todo el genoma a un coronavirus de murciélago. El análisis de secuencia de proteínas por pares de siete dominios de proteínas no estructurales conservados muestra que este virus pertenece a la especie de SARSr-CoV. Adicionalmente, El virus 2019-nCoV aislado del líquido de lavado broncoalveolar de un paciente crítico podría ser neutralizado por sueros de varios pacientes. En particular, confirmamos que 2019-nCoV usa la misma enzima convertidora de angiotensina II (ACE2) del receptor de entrada celular como SARS-CoV. (9)

Huang C (2020) Características clínicas de pacientes infectados con el nuevo coronavirus 2019 en Wuhan, China. Todos los pacientes con sospecha de 2019-nCoV fueron ingresados en un hospital designado en Wuhan. Se recolectaron y analizaron prospectivamente datos sobre pacientes con infección 2019-nCoV confirmada por laboratorio mediante RT-PCR en tiempo real y secuenciación de próxima generación. Para el 2 de enero de 2020, 41 pacientes ingresados en el hospital habían sido identificados como infectados por el laboratorio con la infección 2019-nCoV. La mayoría de los pacientes infectados eran hombres (73%); menos de la mitad tenía enfermedades subyacentes (32%), incluida diabetes (20%), hipertensión (15%) y enfermedades cardiovasculares (15%). Los síntomas comunes al inicio de la enfermedad fueron fiebre (98%), tos (76%) y mialgia o fatiga (44%); síntomas menos comunes fueron la producción de esputo (28%), dolor de cabeza (8%), hemoptisis

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(5%) y diarrea (3%). La disnea se desarrolló en 55% de pacientes, 63% de pacientes tenían linfopenia. Los 41 pacientes tenían neumonía con hallazgos anormales en la TC de tórax. Las complicaciones incluyeron el síndrome de dificultad respiratoria aguda (29%), daño cardíaco agudo (12%) e infección secundaria (10%). 32% de los pacientes fueron ingresados en una UCI y 15% fallecieron. En comparación con los pacientes sin UCI, los pacientes con UCI tenían niveles plasmáticos más altos de IL2, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A y TNF α . (10)

Dirección General de Promoción de la Salud, SSa. (2020). Medidas de prevención y control en unidades de salud. Todas las unidades de salud deben promover acciones preventivas entre todo su personal y los usuarios de los servicios para disminuir las infecciones respiratorias agudas y en su caso, atender la introducción del COVID-19 a México. Ante la presencia del nuevo coronavirus COVID-19, se deben considerar las siguientes recomendaciones: Para personal de salud: Lavarse las manos con agua y jabón (a usando soluciones alcoholadas desinfectantes) antes y después de atender a un paciente, secarse las manos con toallas desechables o secarlas al aire libre en posición vertical, evitar en lo posible tocarse ojos, nariz y boca, y lavarse las manos después en caso de haberlo hecho, usar cubreboca únicamente si atienden a pacientes con infección respiratoria, tapando boca y nariz completamente (en caso de ser posible, utilizar lentes para proteger los ojos), tirar en el bote de residuos peligrosos biológico-infecciosos, todo el material desechable que se utilice con cada paciente (como abate lenguas, hisopos, gasas, guantes), esterilizar todo el instrumental médico, mantener limpias todas las áreas de trabajo, reportar si presentan síntomas respiratorios para que sean evaluados y evitar transmisión intrahospitalaria, contar con esquema de vacunación completo. Para las unidades de salud: Verificar la disponibilidad de insumos para la atención de pacientes, incluidos los equipos de protección personal, contar con los materiales necesarios para la limpieza adecuada de la misma (jabón, cloro, escobas, trapeadores, jaladores, papel higiénico, toallas desechables, etc.), se debe evitar el material reutilizable, si se usa, se debe descontaminar y desinfectar de acuerdo a las instrucciones que dicta el fabricante, el material desechable debe tirarse dentro de la habitación del paciente de acuerdo con

los estándares RPBI, lavar con agua, jabón y cloro todas las superficies lavables como paredes, pisos, puertas, manijas, barandales, llaves de lavabos, sanitarios, teléfonos, cortinas corredizas, mobiliario médico y mobiliario en general, colocar bolsas de plástico dentro de todos los botes para la basura y eliminar éstas haciéndoles un nudo, permitir la ventilación y entrada de rayos de sol a consultorios, salas de espera, sanitarios, aulas de usos múltiples y otros entornos físicos de la unidad, definir una ruta para la atención de personas que acuden con síntomas respiratorios, misma que deberá de ser señalada desde la entrada de la unidad, de ser posible asignar una habitación aislada para todos los pacientes que ingresan como casos sospechosos de COVID-19, en caso de no ser posible se recomienda realizar aislamiento de cohorte con separación de las personas de por lo menos un metro, verificar la implementación de las medidas recomendadas en áreas de atención al menos una vez por turno por parte del personal de epidemiología, los trabajadores de la salud deberán contactar inmediatamente al área de control de infecciones de su institución en caso de presentar cualquiera de los síntomas de definición de caso sospechoso COVID-1. Debemos recomendar a los usuarios: Antes de salir de la unidad de salud se laven las manos con agua y jabón y las sequen con toallas desechables o dejarlas secar en forma vertical, evitar llevar a menores de edad que no requieran de consulta médica, evitar consumir alimentos y bebidas dentro de la unidad, mantener limpia la unidad de salud, no escupir, cubrirse la nariz y boca usando un pañuelo desechable, al toser y estornudar o bien, con el ángulo interno del brazo. (2)

1.2 Antecedentes científicos de síndrome de Burnout en personal de salud.

Armand Grau (2007) Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia de burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones. Se ha estudiado el síndrome de burnout en 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed. Resultados: La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91). La prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de burnout. (11)

Zavala-González MA (2011) prevalencia de burnout y factores demográficos y de trabajo asociados a al personal e la UMF No. 43 IMSS. Material y métodos. 42 empleados del IMSS de la UMF No. 43. Se realizo muestreo no probabilístico por conveniencia con el cuestionario MBI. Análisis: estadística descriptiva, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$). Resultados. De 38 trabajadores, 20 mujeres y 18 hombres. Con edades de entre 22 y 64 años. Entre los cuales hay 19 médicos, y 19 enfermeros, con antigüedad promedio de 11 años de laborar para el imss. El 2.6 por ciento presento el padecimiento. No hubo asociación entre las variables estudiada. Se concluye que el síndrome se presenta en menor cantidad que en la bibliografía. (12)

Víctor Ramón Miranda-Lara (2016) prevalencia del Burnout en dos distintas instituciones de salud. Objetivo: buscaron presencia de Burnout entre las enfermeras que trabajan en dos hospitales labora en Hidalgo México. Se encuestaron a 535 enfermeras con el instrumento MBI de secretaria de salud y del issste. Resultados: 181 enfermeras presentaron el síndrome, 36 enfermeras con un alto nivel de burnout. No hubi relación entre las variables , solo con el nivel de carga laboral, se necesita un programa para fortalecer la salud metal de las enfermeras a nivel estado que mejore el estado y ambiente laboral. (13)

Cruz Valdés (2011). Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. El objetivo de este estudio fue evaluar el síndrome de burnout en una muestra de 477 trabajadores de la salud durante una epidemia por influenza AH1N1 en la Ciudad de México, e identificar si el uso de estrategias de afrontamiento tenía efectos protectores al burnout. Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra no probabilística por cuotas, utilizando como instrumentos el Maslach Burnout Inventory versión Human Services y la Escala de Afrontamiento Frente a Riesgo Extremos. Resultados Como primer paso se obtuvo los datos sociodemográficos de la muestra analizada, la cual estuvo constituida por 477 trabajadores de la salud (administrativos-operativos y de salud especializados): 119 (24.9%) de enfermería, 111 (23.3%) administrativos, 98 (20.5%) paramédicos; 68 (14.3%) médicos residentes; 44 (9.2%) médicos adscritos y 37 (7.8%) trabajadores sociales; los cuales tenían una edad promedio de 37 años ($S= 8.97$). Del total evaluado, 308 (64.6%) representan mujeres y 169 (35.4%) hombres, con una escolaridad promedio de 16 años ($S= 2.64$). Se aplicó un análisis de la varianza utilizando pruebas robustas para identificar posibles diferencias en las variables antes citadas. Los resultados del ANOVA indicaron que hay diferencias significativas del grado de cansancio emocional ($F(5, 471) = 10.57 p < .001$), despersonalización ($F(5, 471) = 19.35 p < .001$) y realización personal ($F(5, 471) = 4.68 p < .001$) que presentó el personal de salud de acuerdo al departamento en el que trabajan. Con respecto a la prevalencia de síndrome de burnout se pudo confirmar la primera hipótesis planteada sobre la existencia de burnout, representando casi una tercera parte de la muestra

(24%), este índice suele ser poco más alto que los que se reportan en la literatura.
(14)

Rafael Alejandro Chavarría Islas (2017) Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de segundo nivel en México. Objetivo: identificar el burnout en mp dedicado a laboratorios docentes y los factores asociados a su presentación. Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, a 30 médicos docentes de pregrado y posgrado del Hospital Regional 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quienes, previa firma de consentimiento informado, se les aplicó el cuestionario CBP-R, para determinar el nivel de burnout , los factores sociodemográficos, organizacionales y administrativos. El 53,33% del total de médicos de pregrado y 4 de posgrado se ubican con nivel alto de la escala de burnout. El burnout es frecuente en los médicos docentes de nuestro hospital. Está directamente influido por el factor preocupaciones personales y la falta de organización. Las variables sociodemográficas y de tipo organizativo influyen de forma primordial en la aparición de burnout en los médicos docentes. (15)

Raúl Olvera-Isla (2015) presencia de burnout entre los trabajadores del hospital. se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplico el MBI a 53 trabajadores de la salud de los cuales 12 personas tuvieron el síndrome con niveles alto y despersonalización muy alto. Se descubrió asociación entre personal ineficaz con relaciones de pareja además de agotamiento laboral. (3)

Aranda Beltrán (2005) El Burnout es un conjunto de signos y síntomas derivados de un proceso progresivo y gradual a estresores negativos presentes en el área laboral que desgasta, agota, fatiga, deshumaniza, despersonaliza y hace que el individuo se sienta fracasado. El objetivo del estudio fue el de determinar la prevalencia de Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del IMSS, Guadalajara, México. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala de MBI a 81 medicos de presentaron enfermos. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-

esqueléticas (20 %), las respiratorias (19,2 %), las gastrointestinales (18,3 %) y las psicológicas (15,2 %). Se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional. (16)

María Erika Ortega Herrera (2007) Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. El objetivo de este trabajo fue identificar la presencia, nivel y distribución de los factores que constituyen al síndrome de burnout y su relación con la personalidad resistente, con el fin de determinar si este constructo puede ser entendido como un factor de protección que disminuye la probabilidad de que el individuo desarrolle y experimente burnout, además de analizar la influencia de las variables sociodemográficas en el proceso de génesis y desarrollo de este último. Se realizó un estudio descriptivo con diseño transversal y correlacional en el que participaron un total de 119 profesionales de la salud. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de información general, el Maslach Burnout y el Inventario de Puntos de Vista Personales. Se detectó un grado moderadamente alto de burnout en la población de estudio, siendo el personal de enfermería el más afectado por este síndrome, en comparación con los médicos. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y burnout. A mayor presencia de burnout, menor personalidad resistente ($p \leq .022260$). El personal de medicina exhibe un menor nivel de burnout en comparación con el personal de enfermería ($p \leq .005142$). Los sujetos del sexo femenino muestran mayor nivel de burnout que los del sexo masculino ($p \leq .000992$). A mayor nivel académico, menor nivel de burnout ($p \leq .022260$). Los sujetos que cuentan con base en su empleo manifiestan menor nivel de burnout frente a los sujetos que cuentan con contrato por tiempo determinado ($p \leq .032099$). Los sujetos que tienen una pareja estable presentan mayor nivel de personalidad resistente que quienes no tienen pareja ($p \leq .008382$). A mayor edad, menor nivel de burnout ($p \leq .044870$). (17)

Héctor Coria-Muñoz (2018) El Burnout en estudiantes de residencia de medicina familiar. Se intenta reconocer el SB en un grupo de médicos residentes de Medicina Familiar. Se estudiaron a residentes de la UMF 80 de Morelia, México. Con dos mediciones con separación de seis meses y se aplicó se obtuvo que 39 son mujeres y 30 hombres, entre los 25 a 29 años principalmente del total hay 24 en el R1, 23 en el R2 y 22 R3. Al inicio 5 residentes tuvieron SB en la segunda prueba 14 residentes principalmente en hombres. Conclusión: hay poco SB de nivel alto. (18)

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

El síndrome de burnout fue descrito en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger y ha sido estudiado con gran interés por innumerables autores desde principio de la década de los ochenta. (19)

El SB está compuesto por tres elementos que son desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal laboral y se define como una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a profesionales prestadores de servicio con una alta implicación en el trabajo. (20)

Se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios como los profesionales de la salud al mantener una relación constante y directa con personas que tienen una situación de vulnerabilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 define a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados. (20)

Schaufeli y Enzmann (1998) elaboraron una reseña del origen y desarrollo del concepto la cual se presenta aquí de manera resumida. Bradley utilizó por primera vez este término en 1969 para describir un fenómeno psicológico que se desarrollaba en profesionales de ayuda. Sin embargo, el psiquiatra Norteamericano Herbert Freudenberger es considerado el creador del término de síndrome de Burnout. (19)

Otra autora importante en el estudio del síndrome es Maslach quien independiente y casi simultáneamente a los trabajos de Freudenberger, trabajaba acerca del fenómeno en California, Estados Unidos, donde estudiaba la forma en la que las personas en trabajos estresantes se van desgastando. Se centraba específicamente en los procesos cognitivos que tenían lugar en los trabajadores y que surgían como mecanismos de defensa ante esta situación estresante. (21)

Para Maslach y Leiter (1997) este síndrome es una enfermedad que se extiende gradual y continuamente a lo largo del tiempo y de la que difícilmente se pueden recuperar. (20)

La década de los años noventa se caracterizó por grandes avances en el terreno metodológico, así como por un incremento en los modelos que explican la forma en la que distintas variables intervienen en la aparición del síndrome. (19)

Con el paso del tiempo, el interés por el estudio de este fenómeno ha ido adquiriendo una mayor importancia y ha sido estudiado en diferentes profesiones. Existe una numerosa cantidad de trabajos que se han realizado en diferentes lugares, prácticamente en todos los continentes. (22)

Por mencionar algunos, en Europa se han identificado diferentes investigaciones en países como Alemania, España, Finlandia, Holanda e Italia. También se han desarrollado trabajos transculturales, como un estudio realizado entre España y Portugal. En Asia se pueden citar las investigaciones realizadas en China, Japón e Israel y dentro de Oceanía en Australia (22)

Al hablar de la pandemia por COVID-19 a la que nos enfrentamos, es muy difícil no imaginarse todos los cambios en el modo de funcionalidad de las unidades de medicina familiar y de todos los cambios según el área de trabajo que se desempeñe es decir cada una de las categorías es de vital importancia en el caso de personal de servicios básicos mantener limpias las instalaciones, los médicos y personal de enfermería promover acciones preventivas ante los pacientes y brindar la atención

habitual. Es decir, cualquier médico puede sentir que mantiene una baja realización personal en el trabajo en personal debido a que el médico actual se enfrenta a algo nunca antes visto en nuestra generación, y el sentimiento ante algo desconocido que no hace lo necesario o lo correcto pueden ayudar a disparar este sentimiento.

Además la pandemia por COVID-19, puede asociarse muy de la mano a desgaste emocional en cualquier rama en trabajadores del instituto mexicano del seguro social, al verse sometidos a jornadas de trabajo largas y con pensamiento de poder contagiarse o incluso peor aún contagiar a sus seres cercanos, ejemplo de ello podría ser una enfermera o trabajadora social que mantienen contacto directo con múltiples derechohabientes a lo largo del día y son las que se encuentran más expuestas ante un paciente contagiado por coronavirus ya sea sintomático o asintomático.

La despersionización de los trabajadores dentro de la unidad de medicina familiar o cualquier institución de salud puede deberse a múltiples factores, uno de los principales es que los trabajadores del IMSS han sido agredidos por derechohabientes y personas en general ante la errónea idea de que los que laboramos en alguna institución de salud estamos contagiados o somos foco de infección, esto puede cambiar la mentalidad hacia una actitud negativa, cínica o de insensibilidad hacia los receptores del servicio de la salud; un ejemplo de ello pudiera observarse de una manera muy común contra los directivos del IMSS al verse atacados por las inconformidades ocasionadas por los cambios que la pandemia COVID-19 ha provocado.

La autoeficacia y el control emocional podrían verse afectadas al enfrentarse a un evento no visto por nuestras generaciones con elevación de carga de trabajo, de aumento en la intensidad en algunas emociones, además de presenciar aumento en la dificultad para la realización del trabajo dentro de las instituciones de salud durante la pandemia COVID-19.

Personal de salud. - Un equipo de atención de la salud incluye muchos profesionales diferentes entre los cuales se encuentran:

Médico responsable. - Es el líder del equipo y tiene la responsabilidad de tomar las decisiones que afectan al cuidado del paciente, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento, así como la supervisión del resto del equipo. (23)

Residentes de medicina. - Es un médico que se está formando como especialista después de licenciarse en la facultad de medicina. (23)

Personal de enfermería titulado. - Este personal administra los fármacos a los pacientes y supervisa y evalúa sus necesidades físicas y emocionales. (23)

Asistentes médicos. - Estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con el médico para coordinar el cuidado diario del paciente. (23)

Auxiliares de enfermería. - son técnicos que ayudan a las enfermeras en el cuidado de los pacientes. (23)

Servicios básicos. - Se encargan de limpieza y desinfección de la unidad o centro de salud. (23)

Trabajadores sociales. - proporcionan apoyo, información y educación. Ayudan a la gente a prepararse para el alta del hospital identificando y organizando servicios de apoyo que pueden ser proporcionados en el hogar y en la comunidad. (23)

Asistente médico. - proporcionan apoyo, preguntan signos y síntomas principales de definición operacional COVID-19, agendan citas, medición de peso, talla. (23)

Médicos de atención médica continúa. - responsabilidad de tomar las decisiones que afectan al cuidado del paciente, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento, realización de suturas, atención de urgencias. (23)

Jefe de servicio. - Es el líder del equipo y tiene la responsabilidad de tomar las decisiones que afectan al equipo en general, verifica que todos los lineamientos se lleven a cabo, responsable de salvaguardar la seguridad de los trabajadores, atención de problemas de derechohabientes. (23)

CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN

El estudio de síndrome de burnout desde su aparición ha ido mostrando cada vez más importancia como objeto de estudio, siendo un padecimiento comúnmente observado en las distintas profesiones, pero principalmente en la del sector salud, siendo esta última la primera población estudiada.

El cansancio al que es sometido el personal de salud es muy desgastante física y emocionalmente es por ello por lo que ante esta nueva aparición de COVID-19 es fácil pensar que todo el personal de salud, en especial primer contacto y servicio de urgencias se puedan ver muy afectados por el síndrome de burnout.

Los beneficios de los resultados alcanzados en este trabajo ofrecen la posibilidad de que, en trabajos posteriores, sea atendida la problemática y se mejoren las condiciones laborales de los profesionales de la salud.

Para mayor relevancia social la continuidad de estos estudios debe ser promovida sobre todo tomando en cuenta que esta enfermedad puede tener repercusiones negativas en varios aspectos, así como en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral.

Esta problemática no es únicamente a nivel personal, en el ámbito profesional puede provocar, la disminución en la capacidad para lidiar con problemas en el área de trabajo, en la inversión de tiempo y energía, realización de actividades mínimas para cumplir con el trabajo, disminución en la calidad del trabajo y en sus resultados.

La información obtenida de estudiar el síndrome de burnout en trabajadores del IMSS durante la pandemia por SARS COV-2 es muy relevante puesto que puede usarse para ayudarnos a identificar de manera inmediata los síntomas ante esta situación, y ofrecer ayuda inmediata para evitar mala práctica médica, trastorno ansioso depresivo e inclusive autolisis, además de este modo se promueve el desarrollo en la investigación respecto a este fenómeno en nuestro país y la promoción de la salud e integridad de los profesionales de la salud. (19)

La pandemia del coronavirus ha forzado al personal del IMSS a realizar varios cambios nos hace pensar que en tiempos actuales la pandemia por COVID-19 ha aumentado la frecuencia de síndrome de burnout en trabajadores de la salud.

3.1 Planteamiento del problema

Hay que plantear énfasis en que existe un problema grande de frente debido a la presencia de síndrome de burnout que afecta la calidad de vida de todos los profesionales de la salud, y eso a la par afecta a nivel institucional debido a la mala praxis que pueda generarse debido al síndrome de burnout además de que la institución se vería afectada al tener personal que no se siente seguro al realizar sus actividades esenciales como trabajadores y derechohabientes que puedan no obtener el servicio deseado.

Los efectos psicológicos se relacionan con la personalidad del trabajador y el ambiente laboral, Las variables de personalidad que han sido estudiadas en nuestro país y se relacionan con el burnout son: locus de control, autoeficacia y control emocional, respecto a las institucionales se han documentado la supervisión controlante, reconocimiento en el trabajo, apoyo organizacional y estabilidad laboral. Como nos muestra el estudio sobre burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos del Distrito Federal desde médicos hasta personal de intendencia (20) donde se concluye que las personas autoeficaces y con un locus de control interno no presentan Burnout mientras que las que tienen un control

emocional bajo son los trabajadores más propensos a desarrollarlo. Tanto la presencia de supervisión controlante como la estabilidad laboral se relacionan con la posibilidad de desarrollar Burnout. (17)

En este caso la autoeficacia y el control emocional podrían verse afectadas al enfrentarse a un evento no visto por nuestras generaciones con elevación de carga de trabajo, además de presenciar aumento en la dificultad para la realización del mismo, es por ello la importancia del estudio de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19, nos va a ayudar a identificar de manera inmediata los síntomas ante esta situación, y ofrecer ayuda inmediata para evitar mala práctica médica, trastorno ansioso depresivo e inclusive autolisis (24).

Dentro de las dificultades que van a presentarse dentro de esta pandemia por el COVID-19 se encuentra inicialmente diferente equipo de trabajo y el aumento de carga de trabajo, ciertamente este cambia según el área y tarea en el que se encuentre el trabajador. Ejemplo de ello es el área de servicios básicos donde los trabajadores deben realizar la actividad de limpieza y desinfección en áreas más extensas y de forma más exhaustiva para asegurarse de la disminución del riesgo de contagio para todo el personal en general, aunado a tener que usar equipo de protección ocular, facial, guantes y cubre bocas de al menos tres capas que pueden dificultar la visión, la respiración y aumento de temperatura corporal que provoca un desgaste físico aún mayor, para personal médico y de enfermería es muy importante recalcar que el número de derechohabientes que soliciten atención médica se aumente exponencialmente dentro de su turno, aunado a que cada uno es un potencial portador de coronavirus, y debe usar equipo de protección depende del área de trabajo en donde se vaya a desempeñar, ejemplo sería el área de triage respiratorio donde el equipo de protección personal debe de incluir bata desechable, gorro desechable, botas no desechables, protección ocular, protección facial, 2 pares de guantes de látex y cubre bocas n95 que dificulta aún más la respiración, aumenta más la temperatura corporal disminuye la visión, la audición, el movimiento y dificulta algo tan básico como la hidratación durante varias horas, el personal administrativo además de la protección

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

básica ya mencionada se verá expuesta a estrés causado por la administración de insumos, control de todos los servicios y derechohabencia que pueda presentar alguna situación.

Existen variables sociodemográficas que tomaremos en cuenta como sexo, estado civil, número de hijos, si realiza o no guardias, antigüedad, si presenta alguna enfermedad crónica. Exploraremos el sentimiento de ser valorado en su vida laboral por los pacientes, los familiares de los pacientes, los compañeros de profesión y los superiores, además de la valoración de la situación económica, de la propia experiencia profesional (Satisfacción Profesional) y del grado de optimismo.

Existen inconsistencias entre los antecedentes donde se comenta que el síndrome de Bornout es mayor o menor del que se muestra en la bibliografía, tal parece que esto puede cambiar según la población y no toda la población reacciona del mismo modo, ya lo comenta Armand Grau donde refiere que en México y Argentina es mayor la prevalencia del SB, pero Zavala en un estudio en Tabasco reporta que la prevalencia del SB fue menor a la descrita en diversas bibliografías. (11)

Reportes que llaman aún más la atención son los de Cruz Valdés, quien durante la epidemia por influenza AH1N1 menciona que la existencia de burnout, representando casi una tercera parte de la muestra (24%), este índice suele ser poco más alto que los que se reportan en la literatura. (25) Lo que nos hace pensar que en tiempos actuales la pandemia por COVID-19 ha aumentado la frecuencia de síndrome de burnout en trabajadores de la salud. En la actualidad no existe un artículo en México que nos hable con qué frecuencia se presenta el síndrome de burnout ante esta situación de la pandemia por el COVID-19 por lo que al realizar este estudio vamos a cubrir el hueco del arte del conocimiento descriptivo.

3.2 Pregunta de investigación.

¿Cuál es la frecuencia y la distribución del síndrome de burnout en el personal de salud ante la pandemia por covid-19 en la unidad de medicina familiar no 11 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes, Ags?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

- Conocer la frecuencia y distribución del SB a causa de la pandemia por enfermedad de coronavirus 19 en personal de salud de UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes.

3.3.2 Objetivos específicos:

- Identificar la distribución y frecuencia de desgaste emocional en personal de salud de la UMF-11 del IMSS delegación Aguascalientes, Ags.
- Identificar distribución y frecuencia de despersonalización en personal de salud de la UMF-11 del IMSS delegación Aguascalientes, Ags.
- Identificar frecuencia y distribución de baja realización personal en el trabajo en personal de salud de la UMF-11 del IMSS delegación Aguascalientes, Ags.
- Caracterizar al personal de salud según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona de la UMF-11 del IMSS delegación Aguascalientes, Ags.

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Diseño del estudio:

Descriptivo, transversal, observacional

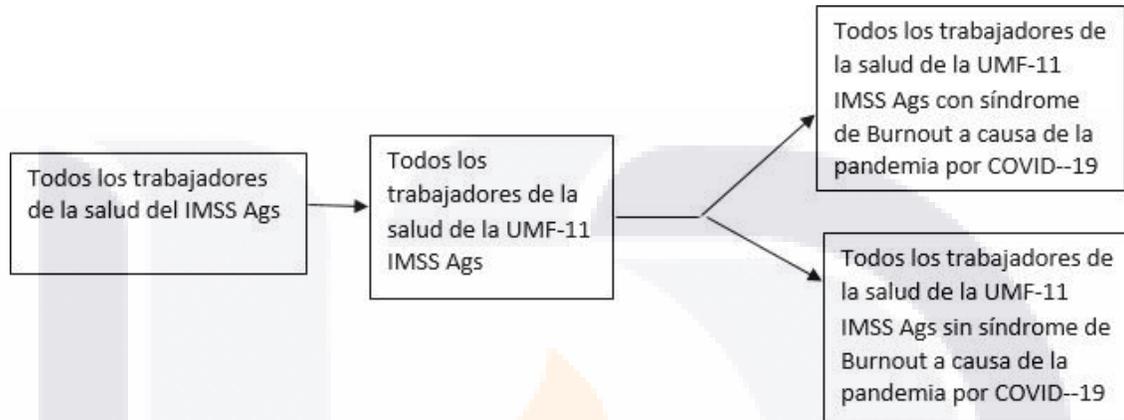


Figura 1. Descriptivo, transversal, observacional

4.2 Universo de trabajo

Todos los médicos familiares, médicos generales, enfermeras, personal de servicios básicos, asistentes médicos, personal de farmacia, personal de mantenimiento, administrativos y trabajadores sociales de la UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes.

4.3 Unidad de análisis y de observación

Frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa STATA versión 13. Base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias absolutas y relativas. Con los datos obtenidos vamos a realizar cálculo y estatificación de presencia de síndrome de burnout.

4.4 Criterios de selección.

4.4.1 Criterios de inclusión.

Todos los trabajadores de la salud de base y suplentes activos ante la pandemia COVID-19 de ambos sexos y todas las edades de UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes de turnos matutino, vespertino, nocturno A y B, jornada acumulada.

4.4.2 Criterios de no inclusión

Trabajadores que no deseen participar en el presente estudio.

4.4.3 Criterios de eliminación.

Aquellos que no contesten al menos 80% del cuestionario.

4.5 Tipo de muestreo.

Es probabilístico aleatorio, simple, el cual se llevará a cabo tomando como base de datos el listado de control del departamento de recursos humanos de la unidad de UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes.

4.5.1 Tamaño de la muestra.

Por conveniencia de 225 trabajadores de la salud que laboran en la UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes de turnos matutino, vespertino, nocturno A y B, jornada acumulada.

4.6 Instrumento de medición.

El Tedium Measure (TM) de Pines se creó inicialmente como instrumento de medida del "tedium", constructo más amplio que el Burnout y, posteriormente, se transformó en el Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson; este cuestionario se crea con 21 ítems en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, que permite evaluar niveles de agotamiento físico, emocional y mental y con indicadores de consistencia interna entre 0,66 y 0,89 en su formato inicial. El Staff Burnout Scale (SBS) de Jones (1980) es un cuestionario constituido en su versión final por 30 ítems, 20 de Burnout

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y 10 de deseabilidad social, en una escala Likert de 6 puntos, con la que se propone evaluar cuatro dimensiones, Burnout cognitivo, afectivo, psico-fisiológico y conductual con índices de consistencia interna de 0,73; 0,50; 0,59 y 0,44, respectivamente. El Maslach Burnout Inventory (MBI) fue creado originariamente para analizar el sector servicios, y generalizado posteriormente, en primer lugar, al campo de la enseñanza y a finales de la década de los 90, a otros campos profesionales como la salud. La primera versión del MBI contenía 47 elementos que se valoraban en dos continuos de medidas de frecuencia e intensidad de los sentimientos. Esta versión fue aplicada a 605 profesionales de servicios humanos, de cuyas respuestas se obtuvieron los 25 ítems que cumplían mejores propiedades psicométricas. Este segundo instrumento se aplicó a una muestra de 420 profesionales con resultados tan similares a los primeros, que las autoras de la prueba consideraron oportuno unir ambas muestras de forma que obtuvieron cuatro factores principales o dimensiones. Es decir, en su primera versión, el MBI estaba conformado de tal forma que analizaba cuatro dimensiones, las tres ya citadas previamente en este trabajo y una cuarta denominada "Implicación con el trabajo", que se eliminó posteriormente, en su versión de 1986. La relación entre las puntuaciones relativas a frecuencia e intensidad de los sentimientos era tan alta, que las autoras decidieron utilizar a partir de ese momento, sólo, el continuo frecuencia de sentimientos. Más tarde y ante la necesidad de estudiar otros colectivos profesionales, se elaboraron versiones específicas del MBI: el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) dirigido a personal sanitario; el MBI-ES (Maslach Burnout Inventory Educators Survey) dirigido a docentes; y el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) enfocado más al trabajo propiamente dicho que a las relaciones de los trabajadores. Los análisis de fiabilidad, en términos de consistencia interna del cuestionario, informados por las autoras del MBI varían ligeramente según la versión de que se trate. Así, en la muestra inicial de 1316 casos, se obtuvieron índices de 0,90 en CE, 0,79 en D y 0,71 en RP. En una aplicación a graduados universitarios en servicios sociales, los índices de fiabilidad obtenidos fueron de 0,82 en CE, 0,60 en D y 0,80 en RP. En la versión para profesores se obtuvieron índices de 0,60 en CE, 0,54 en D y 0,57 en

RP. Todos estos valores eran significativamente distintos de 0 (N.C. 1%), pero, claramente, eran valores moderados de fiabilidad. A partir de estos primeros cuestionarios, al mismo tiempo que se desarrolla y amplía la investigación sobre el constructo Burnout, se crean nuevos instrumentos, entre los que se encuentran los siguientes: El Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS) fue realizado por Emener y Luck (1980); es una traducción al francés del MBI, cuya validación se realizó con datos obtenidos a partir de 260 educadoras de guardería y 163 enfermeras. Los indicadores psicométricos de la prueba que informan los autores de la misma son buenos.

De todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que: a) numerosas investigaciones apoyan la fiabilidad, validez y estructura factorial del MBI; b) existen trabajos que apoyan que dicha estructura no es correcta; c) parece ser que el “Cansancio Emocional” es el factor más consistente en el instrumento lo que condiciona la importancia relativa de los factores. También hemos encontrado trabajos que señalan la insuficiencia estadística de algunos de los factores considerados, sin que ello impida que estos autores estén convencidos de la bondad del inventario pues afirman que es el mejor instrumento para la evaluación del síndrome (Moreno et al., 1991) e incluso construyen un complemento al mismo (Moreno y Oliver, 1993). Por otra parte, García Izquierdo y Velandrino (1992), García Izquierdo et al. (1993) plantean dudas sobre dos de las tres dimensiones estudiadas, y García Izquierdo, Llor y Sáez, (1994) sobre una de ellas. En general, los críticos de la dimensionalidad concluyen: a) apoyan la dimensión de Cansancio Emocional; b) destacan la falta de independencia de la dimensión Despersonalización; c) no suelen encontrar el factor “Reducida Realización Personal”; d) casi todos defienden la insuficiencia Estadística de alguna de estas dimensiones.

Aplicaremos el MBI en su adaptación a la población de habla hispana (29). El MBI es un instrumento que evalúa los sentimientos y pensamiento en relación a su contacto con el trabajo. Este cuestionario consta de 22 ítems con formato de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

respuesta tipo Likert donde se valoran las tres dimensiones propuestas por las autoras sobre el constructo Burnout: Cansancio Emocional (CE, 9 ítems), Despersonalización (D, 5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems). En la versión original se obtuvo un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de 0,89, para el D de 0,77 y el de RP de 0,74 y en la versión adaptada, un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de 0,90, para el D de 0,79 y el de RP de 0,71.

Una práctica muy extendida es asumir la fiabilidad que se ha encontrado en aplicaciones previas, por ejemplo, la obtenida en la adaptación del cuestionario a nuestra población. Esta práctica es conocida como inducción de la fiabilidad. Este proceso de inducción de la fiabilidad tiene cierta validez siempre que se confirme que la muestra objeto de estudio es similar en composición y variabilidad a la de referencia (30). La muestra utilizada en la adaptación de Seisdedos (31) era de 1138 participantes pertenecientes a distintos colectivos profesionales (por ejemplo, policías o docentes), donde sólo se incluían 156 profesionales del ámbito sanitario (médicos). La presente investigación está compuesta exclusivamente por profesiones sanitarios, más concretamente, médicos familiares, médicos generales, enfermeras, personal de servicios básicos, asistentes médicos, personal de farmacia, personal de mantenimiento, administrativos y trabajadores sociales de la UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes.

Otro aspecto psicométrico importante para garantizar una interpretación correcta de los resultados es la validez del cuestionario. En relación al MBI, hay estudios que confirman la tres dimensiones encontradas por Maslach y Jackson (32) (33).

Cansancio emocional “alto” se define con una calificación ≥ 27 , despersonalización “alta” con una calificación ≥ 10 y una “baja” realización personal con una calificación ≤ 33

Originalmente el instrumento fue elaborado para ser utilizado en profesionales de la salud, distribuidos en tres factores:

-Agotamiento emocional. Es la falta de recursos emocionales y sentimiento de que nada se puede ofrecer a la otra persona. Es consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes. Las manifestaciones somáticas y psicológicas que se presentan son entre otras: abatimiento, ansiedad e irritabilidad.

-Despersonalización, consistente en el desarrollo de mala actitud, poca sensibilidad y de cinismo hacia los derechohabientes.

-Falta de realización personal y en el trabajo, tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Preguntas correspondientes a cada escala:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

- A. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- B. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- C. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres medidas presentan importante consistencia interna, considerándose el nivel de agotamiento como una variable persistente con diferentes grados de gravedad:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

4.6.1 Escala de Maslach

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

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

4.7 Logística.

El inicio del trabajo se dio al obtener la autorización del presente protocolo por parte del comité de investigación delegación Aguascalientes. Para continuar solicitamos el permiso del director de la unidad de la UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes y jefe de departamento por turno para la aplicación del cuestionario de Maslach a los trabajadores de la salud adscritos a la unidad ya descrita. A los trabajadores que desearon participar entregamos el consentimiento informado (anexo) y se solicitó leyera y lo firmaran, explicamos en que trataba y consistía el presente estudio y resolvimos todas las dudas existentes por parte de los entrevistados. Posterior al finalizar la aplicación de cuestionarios, describimos frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, usamos el programa STATA versión 13, y posteriormente usamos la base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias.

4.8 Técnica de recolección de datos.

Se llevará a cabo una entrevista cara a cara, que consiste en una entrevista directa y personal con cada entrevistado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador.

Al abordar al entrevistado, se le explicará detalladamente que fue seleccionado para la realización de encuesta Maslach para evaluación de síndrome de Burnout, se le expondrá en qué consiste la encuesta, se le dará a conocer la carta de

consentimiento informado y se le pedirá que la firme si está de acuerdo en participar en el presente estudio. Posterior a ello, se procederá a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas.

4.9 Procesamiento y análisis de los datos.

Posteriormente se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa STATA versión 13, posteriormente se utilizará la base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias absolutas y relativas. Con los datos obtenidos vamos a realizar cálculo y estatificación de presencia de síndrome de burnout.

4.10 Aspectos éticos.

De acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud el artículo 17 y 18, y con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, vamos a explicar a cada participante el motivo del estudio, donde sus datos personales, socioeconómicos, sociodemográficos y de salud se utilizarán solo con fines de investigación y del presente estudio. En los lineamientos y políticas en materia de investigación del IMSS, sólo se utilizarán para fines de investigación, se solicitará su autorización verbal y por medio del consentimiento informado anexo a este documento firmada por el investigador y el participante, toda su información permanecerá anónima, se tendrá además por escrito la declaración donde se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos. Considerando el presente protocolo el riesgo se considera mínimo

de acuerdo con el Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud artículo 17 fracción II.

4.11 Recursos, financiamiento y factibilidad.

Recursos Tecnológicos y Materiales:

- computadora personal
- Impresora
- Conexión a Internet
- Programas de Software (Programa Estadístico SPSS v21)
- Calculadora
- Fotocopias
- Hojas de impresión
- Lápices y bolígrafos

4.11.1 Presupuesto:

Todos los recursos necesarios para la realización de este estudio serán financiados por el tesista interesado en el presente protocolo.

4.11.2 Hoja de gastos

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes.

El mismo se encarga de realizar las encuestas a los cuidadores, mediante los instrumentos previamente realizados.

Tabla 1. Hoja de gastos

CATEGORIA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	\$ 10 pesos	5	\$ 50.00 pesos
Gomas	\$ 10 pesos	3	\$ 30.00 pesos

Hojas tamaño carta	\$ 80 pesos (paquete)	2	\$ 160.00 pesos
Cartucho de tinta	\$340 pesos	1	\$340.00 pesos
Memoria USB 16GB	\$400 pesos	1	\$400.00pesos
Engrapadoras	\$80 pesos	2	\$160.00 pesos
Grapas	\$20 pesos (caja)	2	\$40.00 pesos
Fotocopias	\$0.50 centavos	400	\$200.00 pesos
Tabla recolectora	\$50 pesos	3	\$150.00 pesos
Laptop Lenovo	\$8.020 pesos	1	\$7.000 pesos
Alimentos y bebidas	\$70.pesos	15	\$1050.00 pesos
		TOTAL	10, 600.00 pesos

4.12 Cronograma de actividades

Tabla 2. Cronograma de actividades

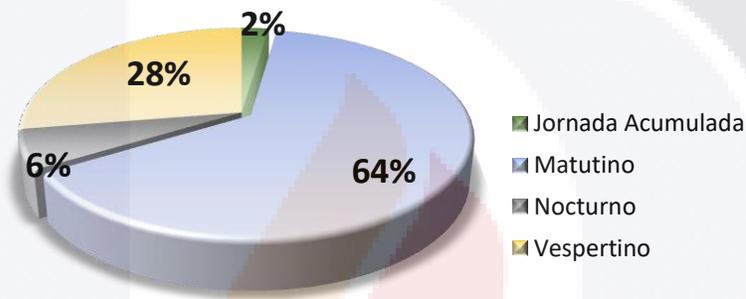
ACTIVIDADES	Mar	abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	mar
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X										
Revisión de literatura.	X	X	X	X										
Hacer Planteamiento.	X	X	X	X										
Revisión de Planteamiento	X	X	x	X										
Hacer Marco Teórico y Conceptual	X	X	X	X										
Revisión de Marco Teórico y Conceptual	X	X	x	X										
Diseño y Revisión Protocolo	X	x	x	X										
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.					x									
Aprobación de Protocolo						X								
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.						X								
Acopio y Captura de Datos.						X								
Análisis e Interpretación de Resultados							X							
Hacer Discusiones y Conclusiones.							X							
Revisión de la investigación								X						
Autorización.								X						
Elaboración de tesis.								X						
Difusión de resultados.									x	x	x	x	x	

CAPITULO V. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento a los 214 trabajadores que participaron en el estudio.

La **tabla 3** muestra que el 64% (n=137) de los entrevistados, corresponden al turno matutino; seguidos del 28% (n=59) que están en el turno vespertino. Solamente el 6% (n=13) fueron del turno nocturno y 5 participantes (2% que corresponden a la jornada acumulada).



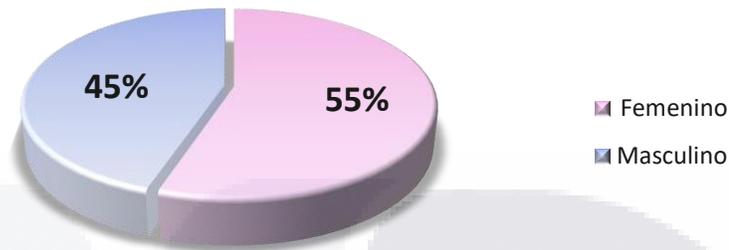
Grafica 1. Distribución de frecuencias por turno

Tabla 3. Distribución de frecuencias por turno

	Frecuencia	Porcentaje
Jornada Acumulada	5	2.34%
Matutino	137	64.02%
Nocturno	13	6.07%
Vespertino	59	27.57%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

La **tabla 4** muestra la distribución de porcentajes en función al género, obteniendo una paridad relativa con un 55% de los entrevistados que corresponden al género femenino (n=118) y el restante 45% (n=96) del género masculino.



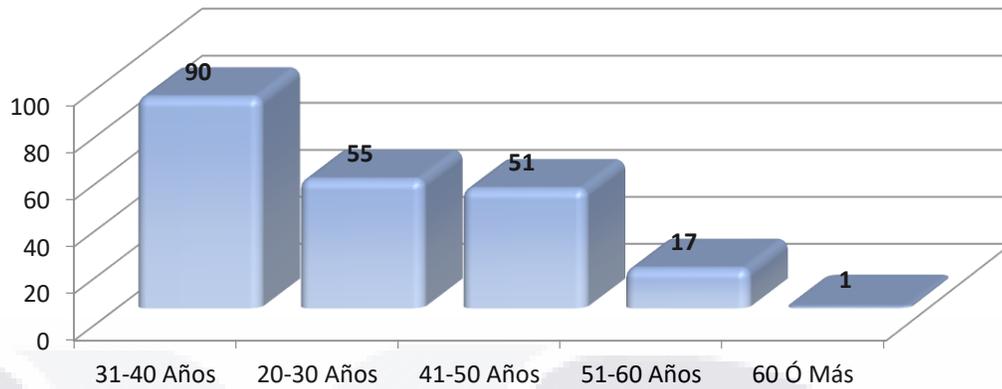
Grafica 2. Distribución de frecuencias por género

Tabla 4. Distribución de frecuencias por género

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	118	55.14%
Masculino	96	44.86%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 3 describe las frecuencias absolutas y relativas en torno a la edad, obteniendo que la mayor proporción se concentra en el grupo de 31 a 40 años con un 42% de los registros (n=90); seguidos del 26% que tienen entre 20 y 30 años de edad (n=55); en tercer lugar, el 24% (n=51) que tienen entre 41 y 50 años. Solamente el 9% (n=18) manifiesta tener más de 51 años.



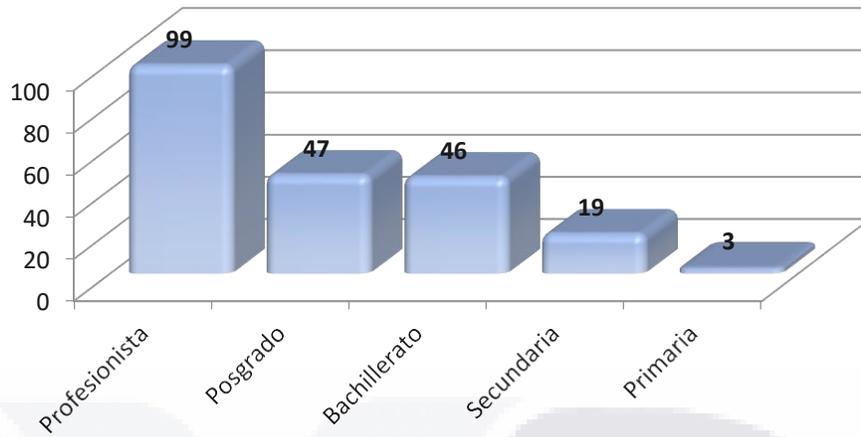
Grafica 3. Distribución de frecuencias por edad

Tabla 5. Distribución de frecuencias por edad

	Frecuencia	Porcentaje
31-40 Años	90	42.06%
20-30 Años	55	25.70%
41-50 Años	51	23.83%
51-60 Años	17	7.94%
60 o Más	1	0.47%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 4 muestra la distribución por nivel de escolaridad, obteniendo que en su mayoría, con un 46% (n=99), son profesionistas a nivel de licenciatura; seguidos del 22% que estudiaron un posgrado (n=47); agrupando con esto el 68% del personal entrevistado con un nivel profesional. El restante 32% (n=68), corresponde a personal que con un grado académico inferior, en donde el 21% terminaron hasta bachillerato (n=46); 9% hasta la secundaria (n=19) y el 1% hasta la primaria (n=3).



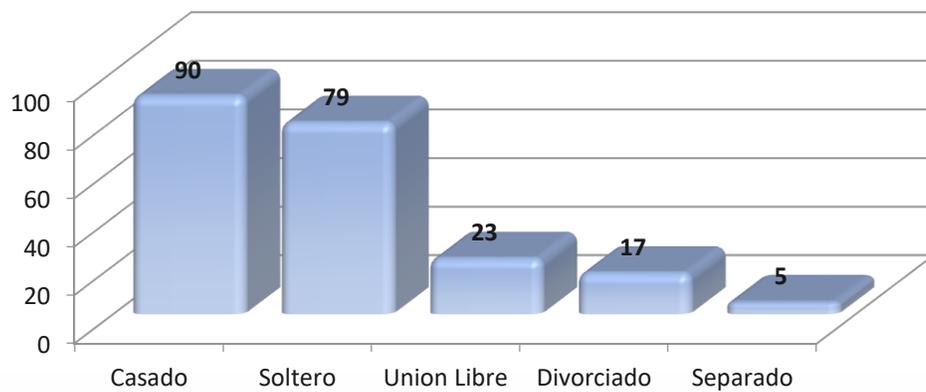
Grafica 4. Distribución de frecuencias por escolaridad

Tabla 6. Distribución de frecuencias por escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	99	46.26%
Posgrado	47	21.96%
Bachillerato	46	21.50%
Secundaria	19	8.88%
Primaria	3	1.40%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

En cuanto al estado civil, se obtuvo que la mayoría de los participantes del estudio son casados, con un 42% (n=90); seguidos del 37% (n=79) que están solteros; en tercer lugar, el 11% (n=23) que se encuentra en unión libre; el 8% (n=17) están divorciados y el restante 2% (n=5) están separados.



Grafica 5. Distribución de frecuencias por estado civil

Tabla 7. Distribución de frecuencias por estado civil

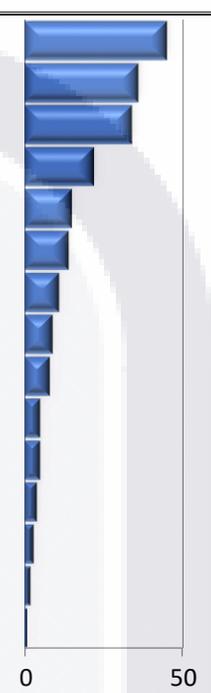
	Frecuencia	Porcentaje
Casado	90	42.06%
Soltero	79	36.92%
Unión Libre	23	10.75%
Divorciado	17	7.94%
Separado	5	2.34%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

En cuanto a la categoría, se obtuvo que en su mayoría corresponden al servicio de enfermería con un 21% (n=45); seguidos del 17% (n=36) de médicos familiares; en tercer lugar, el 16% (n=34) en puestos de carácter administrativo; y en cuarto lugar, el 10% de asistentes médicos (n=22). El restante 36% está diluido en 11 categorías restantes

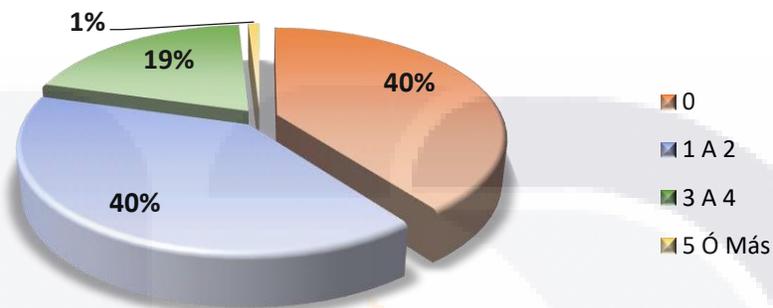
Tabla 8. Distribución de frecuencias por categoría

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermería	45	21.03%
Médico Familiar	36	16.82%
Administrativo	34	15.89%
Asistente Medico	22	10.28%
Otros	15	7.01%
Servicios Básicos	14	6.54%
Personal De Farmacia	11	5.14%
Mantenimiento	9	4.21%
Médico General	8	3.74%
Medico No Familiar	5	2.34%
Operador Ambulancia	5	2.34%
Trabajo Social	4	1.87%
Rayos X	3	1.40%
Estomatología	2	0.93%
Laboratorista	1	0.47%
Total	214	100.00%



Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 6 muestra la distribución de frecuencias en torno al número de hijos, en donde el 40% (n=85) no tiene ninguno; así mismo del 40% con uno o 2 hijos; en segundo lugar, el 20% (n=42) con 3 o 4 hijos, y el restante 1% (n=2) con 5 o más hijos.



Grafica 6. Distribución de frecuencias por número de hijos

Tabla 9. Distribución de frecuencias por número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
0	85	39.72%
1 a 2	85	39.72%
3 a 4	42	19.63%
5 o Más	2	0.93%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

La **tabla 7** muestra las frecuencias en torno a las comorbilidades que manifestaron tener los trabajadores entrevistados en este estudio, mostrando que el 72% (n=85) manifiesta no tener ninguna. Solamente el 18% (n=129) manifestó tener comorbilidades de las cuales, la hipertensión arterial es la más frecuentes con un 11% (n=24); seguida de la obesidad con un 7% (n=14) y la diabetes mellitus con un 3% (n=6).

Tabla 10. Distribución de frecuencias por comorbilidades

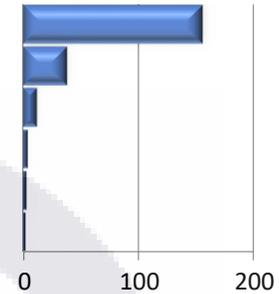
	Frecuencia	Porcentaje
No	155	72.43%
Hipertensión Arterial Sistémica	24	11.21%
Obesidad	14	6.54%
Diabetes Mellitus	6	2.80%
Hipotiroidismo	4	1.87%
TMAD	4	1.87%
Asma	3	1.40%
Artritis Reumatoide	1	0.47%
Insuficiencia Venosa	1	0.47%
LES	1	0.47%
Pénfigo Esofágico	1	0.47%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

En cuanto a los años con la enfermedad, se obtuvo que el 64% (n=38) de los trabajadores entrevistados tienen de 1 a 5 años; 6% (n=12) tienen de 6 a 10 años; 2% (n=4) de 11 a 20 años y el 1% (n=2) más de 30 años.

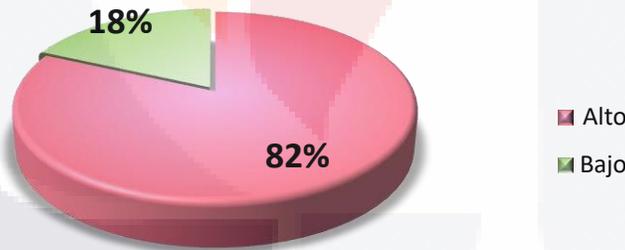
Tabla 11. Distribución de frecuencias por años con la enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
No	155	72.43%
1-5 Años	38	17.76%
6-10 Años	12	5.61%
11-20 Años	4	1.87%
Menos De Un Año	3	1.40%
Más De 30 Años	2	0.93%
Total	214	100.00%



Fuente: Instrumento aplicado

Con respecto a las dimensiones del síndrome del burnout, se obtuvo que el 82%(n=175) manifiesta tener un grado elevado de despersonalización, es decir, actitudes distantes hacia las personas para y con las que se trabaja.



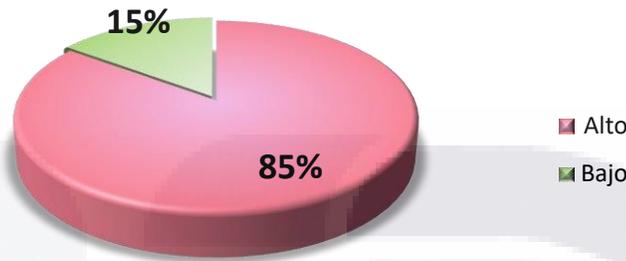
Grafica 7. Distribución de despersonalización

Tabla 12. Distribución de frecuencias de despersonalización

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	175	81.78%
Bajo	39	18.22%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

La segunda dimensión, comprendida por la tendencia de evaluarse a sí mismo y al propio trabajo de forma negativa, entendida como falta de realización personal, obtuvo un puntaje alto en el 85%, mostrando que esta dimensión es la más afectada en el personal entrevistado.



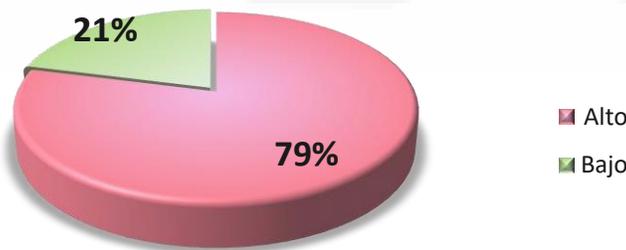
Grafica 8. Distribución de falta de realización personal

Tabla 13. Distribución de frecuencias de la falta de realización personal

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	182	85.05%
Bajo	32	14.95%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

Finalmente, el tercer componente del síndrome de burnout, cansancio emocional, referido a la falta de recursos emocionales y al sentimiento de que nada se puede ofrecer a la otra persona. Esta es la dimensión con menor afectación ya que el 79% del personal entrevistado reflejó un nivel elevado.



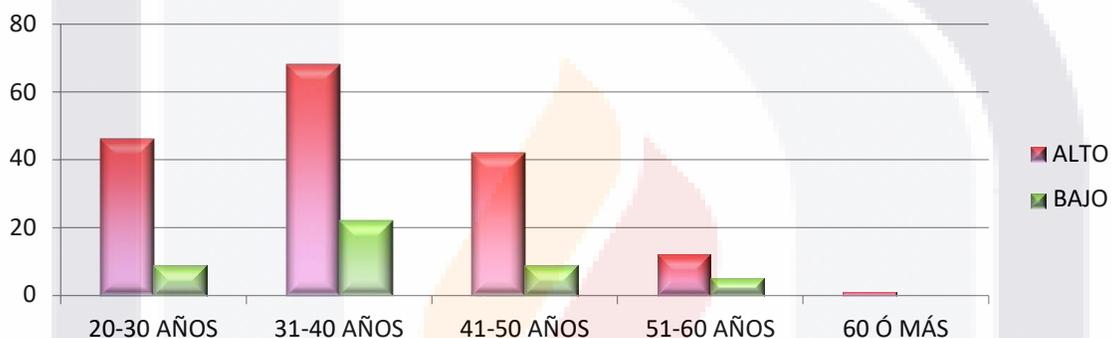
Grafica 9. Distribución del cansancio emocional

Tabla 14. Distribución de frecuencias del cansancio emocional

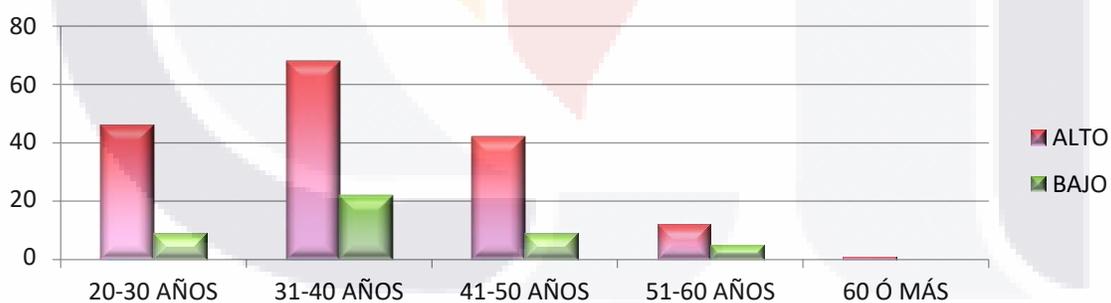
	Frecuencia	Porcentaje
Alto	169	78.97%
Bajo	45	21.03%
Total	214	100.00%

Fuente: Instrumento aplicado

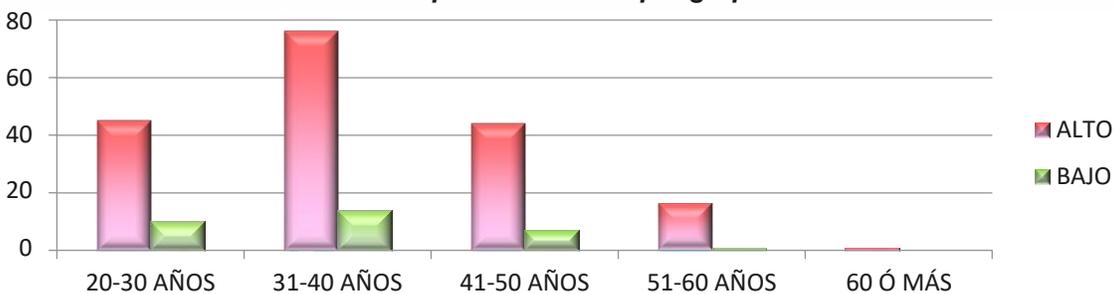
A continuación, se presenta la distribución de frecuencias absolutas y relativas de las dimensiones de burnout por grupos de edad, obteniendo para cada grupo la distribución de niveles altos en las tres dimensiones se concentra en los grupos de 41 a 50 años.



Grafica 10. Cansancio emocional por grupos de edad



Grafica 11. Despersonalización por grupos de edad



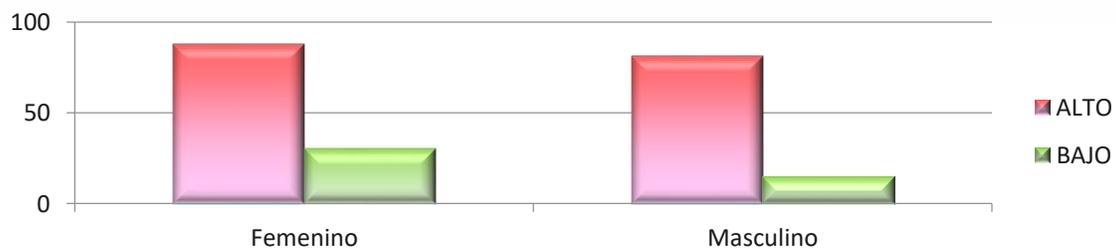
Grafica 12. Falta de realización personal por grupos de edad

Tabla 15. Grupos de edad por dimensión de burnout

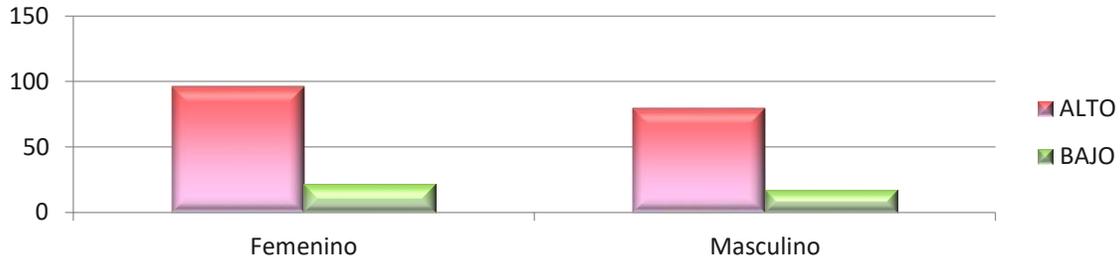
Edad	Alto		Bajo		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cansancio emocional					
20-30	46	83.64%	9	16.36%	55
31-40	68	75.56%	22	24.44%	90
41-50	42	82.35%	9	17.65%	51
51-60	12	70.59%	5	29.41%	17
<60	1	100.00%	0	0.00%	1
Total	169	78.97%	45	21.03%	214
Despersonalización					
20-30	42	76.36%	13	23.64%	55
31-40	75	83.33%	15	16.67%	90
41-50	44	86.27%	7	13.73%	51
51-60	13	76.47%	4	23.53%	17
<60	1	100.00%	0	0.00%	1
Total	175	81.78%	39	18.22%	214
Falta de realización personal					
20-30	45	81.82%	10	18.18%	55
31-40	76	84.44%	14	15.56%	90
41-50	44	86.27%	7	13.73%	51
51-60	16	94.12%	1	5.88%	17
<60	1	100.00%	0	0.00%	1
Total	182	85.05%	32	14.95%	214

Fuente: Instrumento aplicado

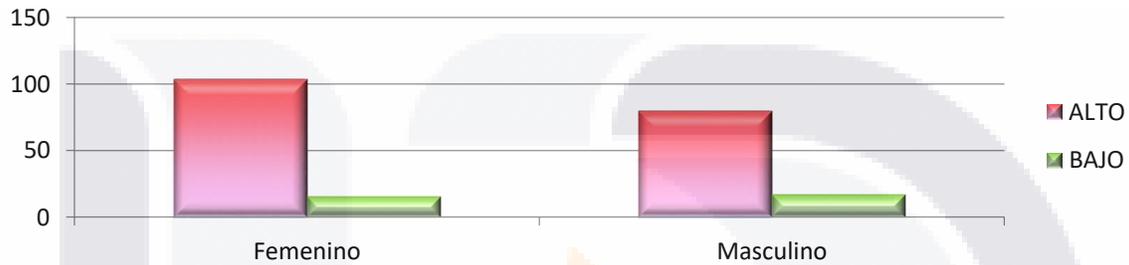
En cuanto a la distribución de las dimensiones por dimensión del síndrome de burnout para cada género, se obtuvo que la prevalencia se mantiene entre el 74% y 87%, siendo en las mujeres, la falta de realización personal la dimensión más afectada, mientras que, en los hombres, fue el cansancio emocional.



Grafica 13. Cansancio emocional por género



Grafica 14. Despersonalización por género



Grafica 15. Falta de realización personal por género

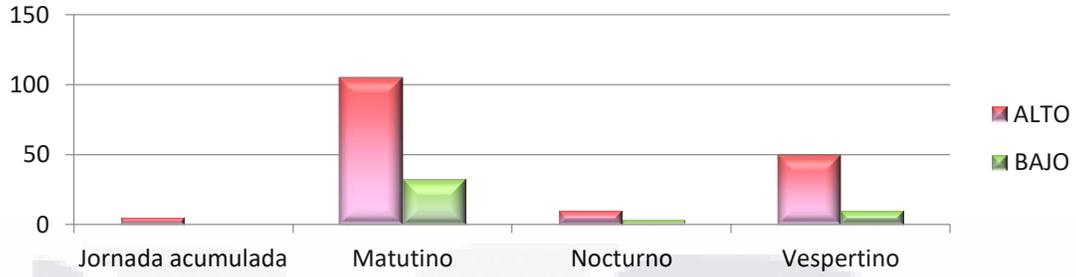
Tabla 16. Género por dimensión de burnout

Género	Alto		Bajo		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cansancio emocional					
Femenino	88	74.58%	30	25.42%	118
Masculino	81	84.38%	15	15.63%	96
Total	169	78.97%	45	21.03%	214
Despersonalización					
Femenino	96	81.36%	22	18.64%	118
Masculino	79	82.29%	17	17.71%	96
Total	175	81.78%	39	18.22%	214
Falta de realización personal					
Femenino	103	87.29%	15	12.71%	118
Masculino	79	82.29%	17	17.71%	96
Total	182	85.05%	32	14.95%	214

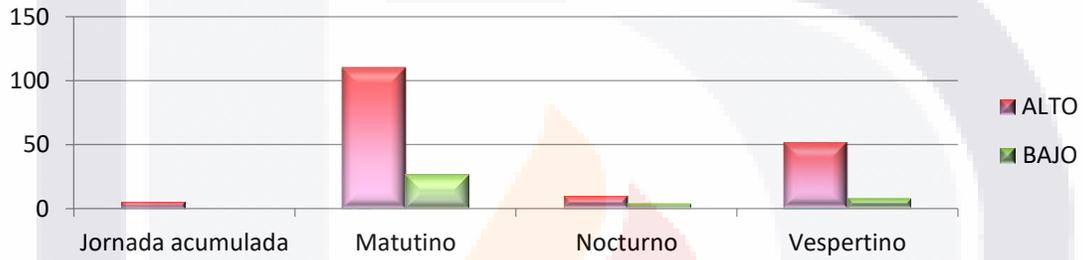
Fuente: Instrumento aplicado

Con respecto al turno, se observa que los 5 trabajadores entrevistados mostraron puntajes elevados en las 3 dimensiones; el turno matutino mostró mayor falta de realización personal, en comparación con las otras 2; el personal del turno

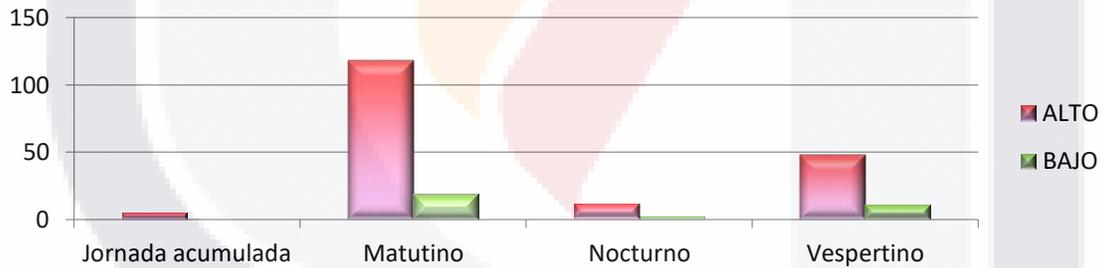
vespertino mostró mayor afectación en la dimensión de despersonalización y, finalmente, el turno nocturno en falta de realización personal.



Grafica 16. Cansancio emocional por turno



Grafica 17. Despersonalización por turno



Grafica 18. Falta de realización personal por turno

Tabla 17. Turno dimensión de burnout

Turno	Alto		Bajo		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cansancio emocional					
Jornada acumulada	5	100.00%	0	0.00%	5
Matutino	105	76.64%	32	23.36%	137
Nocturno	10	76.92%	3	23.08%	13
Vespertino	49	83.05%	10	16.95%	59
Total	169	78.97%	45	21.03%	214
Despersonalización					
Jornada acumulada	5	100.00%	0	0.00%	5
Matutino	110	80.29%	27	19.71%	137
Nocturno	9	69.23%	4	30.77%	13
Vespertino	51	86.44%	8	13.56%	59
Total	175	81.78%	39	18.22%	214
Falta de realización personal					
Jornada acumulada	5	100.00%	0	0.00%	5
Matutino	118	86.13%	19	13.87%	137
Nocturno	11	84.62%	2	15.38%	13
Vespertino	48	81.36%	11	18.64%	59
Total	182	85.05%	32	14.95%	214

Fuente: Instrumento aplicado

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

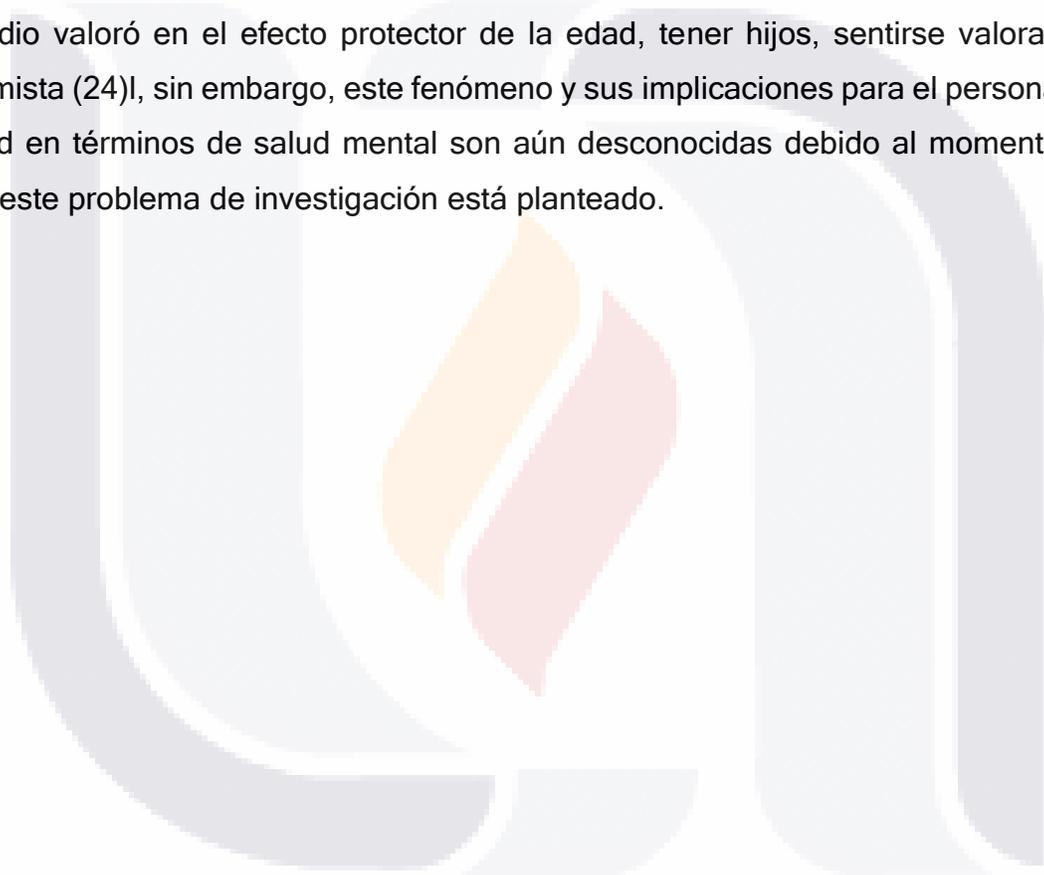
En este estudio se logró cumplir cabalmente con los objetivos planteados, en cuanto a la caracterización en términos de tiempo, lugar y persona de la población entrevistada, se obtuvo que el 64%(n=137) de la muestra de trabajadores entrevistados corresponde al turno matutino; 55%(n=118) son del género femenino; en su mayoría corresponden al grupo de 31 a 40 años con un 42%(n=90), seguidos del 26% (n=55) de 20 a 30 años. Con respecto al grado académico, el 46% son profesionistas con nivel de licenciatura y el 22% tienen algún posgrado; en su mayoría son casados (42%, n=90), seguidos del 37% (n=79) en unión libre; en su mayoría son personal de enfermería con un 21%, seguido del 17%(n=36) que son médicos familiares; 40% no tienen hijos y el restante 40% tiene de 1 a 2 hijos. En relación con las enfermedades crónicas, solo el 28% de los entrevistados manifestó tener alguna, siendo la más prevalente la hipertensión arterial sistémica y la obesidad con uno a cinco años de evolución en su mayoría.

Las prevalencias de las dimensiones de burnout mostraron que la de mayor peso es la falta de realización personal con 85 casos prevalentes de cada 100 trabajadores activos durante la pandemia de COVID-19, siendo esta más prevalente en mujeres, mayores de 51 años y en el turno matutino. Esta prevalencia fue menor a la reportada por Miranda-Lara V. quien reporto una prevalencia de 92.9% en una población de 535 enfermeras, en donde incluso, también fue la dimensión con mayor grado de afectación. (24). Por otro lado, en comparación los resultados reportados por Olvera-Islas R. obtuvo una prevalencia de 42.3, aunque solo estudió a 53 profesionales de la salud sin la exposición a COVID-19. (18)

En segundo lugar, la despersonalización con una prevalencia de 82 casos prevalentes por cada 100 trabajadores de la UMF 11, siendo más prevalente en hombres, en el grupo de edad de 41 a 50 años, en el turno de jornada acumulada. En comparación con Miranda-Lara V., esta prevalencia es notoriamente inferior ya que este reportó 56 casos prevalentes por cada 100 trabajadores de la salud.

Por último, el cansancio emocional, con una prevalencia de 78.9 casos prevalentes por cada 100 trabajadores expuestos a COVID-19, siendo mayor en hombres del turno matutino en el servicio de jornada acumulada.

Los estudios que abordaron el alto costo psicológico en personal de salud que atiende pacientes con COVID-19 valoran también constructos como la depresión, ansiedad, insomnio, estrés, fatiga por compasión y angustia psicológica (28,26,23), analizando su interacción con las dimensiones de Burnout y su puntaje total. Otro estudio valoró en el efecto protector de la edad, tener hijos, sentirse valorado y optimista (24), sin embargo, este fenómeno y sus implicaciones para el personal de salud en términos de salud mental son aún desconocidas debido al momento en que este problema de investigación está planteado.



CONCLUSIÓN

El síndrome de burnout es particularmente importante como indicador del alto costo psicológico debido a la demanda a la que está siendo sometido el personal de UMF no. 11 del IMSS delegación Aguascalientes, durante la pandemia por enfermedad del coronavirus 19, en la que se exacerbaron las carencias de recursos materiales, personales y técnicos para responder a tal demanda de atención. Se observaron prevalencias elevadas de síndrome de burnout en sus tres dimensiones, caracterizadas por tiempo lugar y persona, sin embargo, esta investigación no refleja el impacto específico atribuible a las actividades de diagnóstico, notificación y atención de pacientes con COVID-19, para lo cual se requeriría un estudio de seguimiento con una evaluación inicial, durante y posterior a la pandemia, prestando particular atención al tiempo que los trabajadores llevan realizando actividades que realizan, sin embargo, este estudio permite tener una evidencia desde un enfoque transversal de las necesidades del personal para con esto preparar una intervención dirigida a las dimensiones específicas en las que cada categoría mostró mayor afectación. Las recomendaciones para estudios posteriores que aborde el mismo problema de investigación relacionadas con el diseño tienen que ver con la falta de comparación entre grupos con diferente grado de exposición, para la cual se recomienda tomar en consideración el antecedente de haber padecido COVID-19, y posteriormente, la aplicación de la vacuna. Aunado a lo anterior, un análisis con mayor complejidad en donde se incluyan las variables psicológicas como depresión, ansiedad, insomnio, estrés, fatiga por compasión, angustia psicológica, etc. Que permita evaluar la significancia estadística de asociaciones entre los grados de burnout por dimensión y variables de exposición.

GLOSARIO:

Síndrome. - Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

Síndrome de Burnout. - Respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado.

Cansancio emocional. - falta de recursos emocionales y sentimiento de que nada se puede ofrecer a la otra persona.

Despersonalización. - desarrollo de mala actitud, poca sensibilidad y de cinismo hacia las personas.

Falta de realización personal. - tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Pandemia. - Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Trabajador de salud.- Un equipo de atención de la salud incluye muchos profesionales diferentes.

Médico responsable. - líder del equipo y tiene la responsabilidad de tomar las decisiones que afectan al cuidado del paciente, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento, así como la supervisión del resto del equipo.

Residentes de medicina.- Es un médico que se está formando como especialista después de licenciarse en la facultad de medicina.

Personal de enfermería titulado. - Este personal administra los fármacos a los pacientes y supervisa y evalúa sus necesidades físicas y emocionales.

Asistentes médicos. - Estos profesionales trabajan en estrecha colaboración con el médico para coordinar el cuidado diario del paciente.

Auxiliares de enfermería. - son técnicos que ayudan a las enfermeras en el cuidado de los pacientes.

Servicios básicos. - Se encargan de limpieza y desinfección de la unidad o centro de salud.

Trabajadores sociales. - proporcionan apoyo, información y educación. Ayudan a la gente a prepararse para el alta del hospital identificando y organizando servicios de apoyo que pueden ser proporcionados en el hogar y en la comunidad.

Asistente médico. - proporcionan apoyo, preguntan signos y síntomas principales de definición operacional COVID-19, agendan citas, medición de peso, talla.

Médicos de atención médica continúa. - responsabilidad de tomar las decisiones que afectan al cuidado del paciente, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento, realización de suturas, atención de urgencias.

Jefe de servicio. - Es el líder del equipo y tiene la responsabilidad de tomar las decisiones que afectan al equipo en general, verifica que todos los lineamientos se lleven a cabo, responsable de salvaguardar la seguridad de los trabajadores, atención de problemas de derechohabientes.

Abreviaturas:

SB. - Síndrome de Burnout.

IMSS. - Instituto Mexicano del Seguro Social.

UMF-11. - Unidad de medicina familiar número 11.

OMS. - Organización mundial de la salud.

Ags. - Aguascalientes.

COVID-19. - Coronavirus disease 2019.

SRA. - Síndrome respiratorio agudo.

TMAD. - Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

LES. - Lupus eritematoso sistémico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lv M, Luo X, Estill J, Liu Y, Ren M, Wang J, et al. Coronavirus disease (COVID-19): a scoping review. *Eurosurveillance* [Internet]. 2020 Apr 16 [cited 2021 Dec 10];25(15). Available from: [/pmc/articles/PMC7175649/](#)
2. Personal de salud - Coronavirus [Internet]. [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/>
3. Olvera-Islas R, Téllez-Villagra C, González-Pedraza Avilés A. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. *Atención Fam* [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 10];22(2). Available from: http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/47993
4. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel P. Sintomatología Asociada a Trastornos De Salud Mental En Trabajadores. *Rev Interam Psicol J Psychol*. 1298;2020(1).
5. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 4;3(3).
6. Tu H, Tu S, Gao S, Shao A, Sheng J. Current epidemiological and clinical features of COVID-19; a global perspective from China. *J Infect* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Dec 10];81(1):1. Available from: [/pmc/articles/PMC7166041/](#)
7. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Emergence, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res*. 2020 Jul 1;24:91-8.
8. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res* [Internet]. 2020 Mar 13 [cited 2021 Dec 10];7(1):11. Available from: [/pmc/articles/PMC7068984/](#)
9. Zhou P, Yang X Lou, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. Addendum: A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nat* 2020 5887836 [Internet]. 2020 Nov 17 [cited 2021 Dec

- 10];588(7836):E6-E6. Available from:
<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2951-z>
10. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2020 Feb 15 [cited 2021 Dec 10];395(10223):497. Available from: [/pmc/articles/PMC7159299/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32336239/)
 11. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007) [Internet]. [cited 2021 Dec 10]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006
 12. Zavala-González MA, Eduardo P-AS, Oscar J-M, Leonor L-MR, Guadalupe P-RL, Beatriz P-AM. Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. *Rev Médica la Univ Veracruzana* [Internet]. 2011 [cited 2021 Dec 10];11(2):18-23. Available from: <http://www.cdc.gov>
 13. Monzalvo-herrera G. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc.* 2016;24(2):115-22.
 14. Cruz Valdés Fernando Austria Corrales Loredmy Herrera Kienhelger Jorge salas Hernández B, zaira vega valero C, Cruz Valdés B, Austria Corrales F, Herrera Kienhelger L, Salas Hernández J, et al. Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una ePidemia Por influenza aH1n1 Prevalence of burnout syndrome and coping strategies during an ePidemiology because of aH1n1 influenza. *Suma Psicológica.* 2011;18(2):17-28.
 15. Chavarría Islas RA, Colunga Gutiérrez FJ, Loria Castellanos J, Peláez Méndez K. Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México. *Educ Médica* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Dec 10];18(4):254-61. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-sindrome-burnout-medicos-docentes-un->

S1575181316301279

16. Med AF, Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Torres-López T, Salazar-Estrada J, Franco-Chávez S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. An la Fac Med [Internet]. 2005 Sep 19 [cited 2021 Dec 10];66(3):225-31. Available from:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1346>
17. Erika Ortega Herrera M, Rosa Ortiz Viveros Pedro Guillermo Coronel Brizio G, Castelazo Ayala L. Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Psicol y Salud [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 10];17(1):5-16. Available from:
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/730>
18. Coria-Muñoz H, García-Martínez F de J, Gómez-Alonso C, Chacón-Valladares P. Burnout Syndrome in Family Medicine Residents. Arch en Med Fam. 2018 Nov 28;20(3):103-10.
19. Gil-monte PR, Moreno-Jimenez B. El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) grupos profesionales de riesgo. El Síndrome quemarse por el Trab una Perspect histórica. 2007;(January):21-41.
20. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. Maslach Burn Invent [Internet]. 1996;(May 2016):191-217. Available from:
<https://www.researchgate.net/publication/277816643>
21. Gil-monte PR. Reseña de: “EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar” de Pedro R. Gil-Monte. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2005;XXV(94):151-4.
22. Napione-Bergé ME. ¿Cuándo se “Quema” el profesorado de secundaria? España: Diaz de Santos;
23. Personal del hospital - Temas especiales - Manual MSD versión para público general [Internet]. [cited 2021 Dec 10]. Available from:
<https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/temas-especiales/atención-hospitalaria/personal-del-hospital>

24. PRIMER FORO DE LAS AMERICAS EN INVESTIGACION SOBRE FACTORES PSICOSOCIALES - PDF Descargar libre [Internet]. [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://docplayer.es/73841453-Primer-foro-de-las-americas-en-investigacion-sobre-factores-psicosociales.html>



ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
Nombre del estudio:	<p>“SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11) EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS”</p>
Lugar y fecha:	<p>Agosto 2020 Aguascalientes, Ags.</p>
Número de registro:	<p>En tramite</p>
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: El cansancio al que es sometido el personal de salud es muy desgastante física y emocionalmente es por ello que ante esta nueva aparición de COVID-19 es fácil pensar que todo el personal de salud, en especial primer contacto y servicio de urgencias se puedan ver muy afectados por el síndrome de burnout. Estudiar el síndrome de burnout en el personal de salud durante la pandemia del COVID-19 es muy relevante puesto que nos ayudará a identificar de manera inmediata los síntomas ante esta situación, y ofrecer ayuda inmediata para evitar mala práctica médica, trastorno ansioso depresivo e inclusive autolisis</p> <p>Objetivo: Conocer la distribución y la frecuencia del síndrome de burnout a causa de la pandemia por covid-19 en personal de la Unidad de Medicina Familiar no. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Aguascalientes</p>
Procedimiento:	<p>Se me ha explicado y he comprendido la estructura del instrumento a utilizar que consiste un cuestionario de 22 ítems sobre el desgaste profesional, los cuales se dan en escala tipo Likert de 6 opciones, y mide los 3 aspectos del síndrome de burnout: 1. Cansancio emocional, 2. despersonalización, 3. realización personal. Donde se aplicará en un ambiente tranquilo, evitando conglomeraciones para tratar que las respuestas sean sesgadas, previa firma del consentimiento informado, posteriormente se le indicara que las respuestas estarán en anonimato y que se utilizara para conocer la frecuencia y distribución del burnout.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Riesgos mínimos: 1.uso de un par de minutos para contestar los 22 reactivos, 2. diferencias de comprensión e interpretación de los reactivos, 3. Falta de personalización y por lo tanto abandonar el contestar el cuestionario.</p> <p>Riesgos máximos: 1. Falta de sinceridad, 2. Falta de respuestas concienzudas 3. Sentimientos y significados que no se transmiten de forma correcta.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Un posible beneficio es que mi participación en este estudio proporcione información sobre el síndrome de Burnout provocado por la pandemia COVID-19. Si bien los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de padecimientos asociados a síndrome de Burnout, y así posteriormente realizar futuros programas de prevención, etc.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Los resultados es conocer la frecuencia del síndrome de burnout a causa de la pandemia por covid-19 en personal de UMF-11 IMSS Ags. En caso de existir esta situación, podremos ofrecer ayuda inmediata para evitar mala práctica médica, trastorno ansioso depresivo e inclusive autolisis, además de este modo se promueve el desarrollo en la investigación respecto a este fenómeno en nuestro país y la promoción de la salud e integridad de los profesionales de la salud.</p>
Participación o retiro:	<p>En caso de no querer continuar con la entrevista me puedo retirar en el momento que lo desee ya que este es un estudio voluntario.</p>
Privacidad y confidencialidad	<p>Los datos que otorgue durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida</p>

En caso de colección de material biológico (si aplica)

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador principal: Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes, ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 11 con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11.
Investigador asociado: DOMICILIO: Mariano Hidalgo sin Número colonia Modelos 1, Aguascalientes, CP 20280, TELÉFONO: 9 77 42 72, CORREO: acane16@hotmail.com
Dr. Miguel Ángel García Martínez, Matricula 98010110, Residente de Medicina Familiar. ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 1, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No. 1, DOMICILIO: José Ma. Chávez #1202. Col. Linda vista, Aguascalientes, CP 20270, TELÉFONO: 492 1604228, CORREO: intro1992@hotmail.com.

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx

<hr/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <hr/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <hr/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
--	--

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.

*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013

ANEXO B. MANUAL OPERACIONAL

“SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11) EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS.”

1. El residente de segundo año de Medicina Familiar, aplicara el test de maslach para evaluación de síndrome de Burnout en trabajadores de UMF11, del IMSS delg Ags.
2. Se seleccionará de forma aleatoria simple a todos trabajadores de la salud adscritos de la unidad de UMF11, del IMSS delg Ags, al momento de identificarlos, se les dará una carta de consentimiento informado, se les explicara que se les realizará una entrevista donde se incluyen datos sobre desgaste profesional.
3. La entrevista consiste un cuestionario de 22 cuestionamientos sobre datos de desgaste profesional, los cuales se dan en escala tipo Likert de 6 opciones, las cuales serán respondidas para agotamiento emocional, 0.76 para despersonalización y 0.76 para realización personal en el trabajo calificándose cansancio emocional “alto” se define con una calificación ≥ 27 , despersonalización “alta” con una calificación ≥ 10 y una “baja” realización personal con una calificación ≤ 33 .
4. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación ≥ 27
5. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento cansado al final de la jornada de trabajo” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación ≥ 27
6. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación ≥ 27
7. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes realización personal

8. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales” el cual nos dará un puntaje de evaluación para despersonalización el cual alto se define con una calificación $> 0 = a 10$.
9. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación $> 0 = a 27$
10. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes” el cual nos dará un puntaje de evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< 0 = 33$.
11. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento desgastado” por mi trabajo el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación $> 0 = a 27$
12. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas” el cual nos dará un puntaje de evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< 0 = 33$.
13. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión” el cual nos dará un puntaje de evaluación para despersonalización el cual alto se define con una calificación $> 0 = a 10$.
14. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente” el cual nos dará un puntaje de evaluación para despersonalización el cual alto se define con una calificación $> 0 = a 10$.
15. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento muy activo” el cual nos dará un puntaje de evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< 0 = 33$.

16. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento frustrado en mi trabajo” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación $\geq 0 = a 27$
17. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Creo que estoy trabajando demasiado cansancio emocional el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación $\geq 0 = a 27$
18. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes el cual nos dará un puntaje de evaluación para despersonalización el cual alto se define con una calificación $\geq 0 = a 10$.
19. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Trabajar directamente con personas me produce estrés” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación $\geq 0 = a 27$
20. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes” el cual nos dará un puntaje de evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< 0 = 33$.
21. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes” el cual nos dará un puntaje de evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< 0 = 33$.
22. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión realización personal” el cual nos dará un puntaje de evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< 0 = 33$.
23. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Me siento acabado cansancio emocional” el cual nos dará un puntaje de evaluación para cansancio emocional el cual alto se define con una calificación $\geq 0 = a 27$
24. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma” el cual nos dará un puntaje de

evaluación para realización personal el cual una baja puntuación se define con una calificación $< o = 33$.

25. Vamos a hacer el cuestionamiento tipo Likert “Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas” el cual nos dará un puntaje de evaluación para despersonalización el cual alto se define con una calificación $>o = a 10$.
26. Posterior a la finalización de aplicación de cuestionarios, se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa STATA versión 13.
27. La información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectará en la atención que brinda en la Institución.
28. Se le comunicara al entrevistado que en el momento en que no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.

ANEXO C. ESCALA DE MASLACH

1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

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

2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

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

3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar

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

4.-Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

8.- Me siento "quemado" por mi trabajo

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

9.- Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

12.- Me siento muy activo

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

13.- Me siento frustrado en mi trabajo

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

14.-Creo que estoy trabajando demasiado

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

15.- Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes

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

16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés

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

17.- Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes

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

18.- Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

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

19.-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

20.- Me siento acabado

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

22.- Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

ANEXO D. CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE MÉXICO



2020
LEONORA VICARIO
RESPONDIENTE MADRE DE LA PATRIA

DELEGACIÓN ESTATAL EN AGUASCALIENTES.
Unidad de Medicina Familiar No.11.
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

Aguascalientes, Ags 28 de Mayo del 2020

Of N° 012411200200-DES-ACA-002-2020

Dr. Sergio Iván Sánchez Estrada
Presidente de CLIES 101
Delegación Aguascalientes
Presente

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que **NO TENGO INCONVENIENTE** para que la investigadora principal del proyecto Dra. Estrella Sarahi Maldonado Paredes la cual es médico familiar adscrita a la delegación Aguascalientes realice el proyecto con el nombre **"SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11) EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACION AGUASCALIENTES, AGS."** en la unidad médica familiar, el cual es un protocolo de tesis del médico residente adscrito al Hospital General de Zona no. 1 al Dr. Miguel Ángel García Martínez.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dra. Argelia Anahí Reyes De Luna
DIRECTORA U.M.F. No. 11
Mat. 99012669
Céd. Esp. 9306551 U.A.A.

Dra. Argelia Anahí Reyes de Luna.
Director de la unidad de medicina familiar No. 11

Mariano Hidalgo No. 510 Fracc. Cd. Satélite Morelos. Aguascalientes, Ags. C.P. 20298. Teléfono (449) 9774272. Ext. 31762.



ANEXO E. EVALUACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Comentario	Modificación	Número de página.
Revisor 1		
<p>Antecedentes: Sus antecedentes no presentan información relevante para su tema de investigación. Se recomienda presenta frecuencia y distribución de burnout en personal de salud bajo condiciones que no sean de pandemia, o en alguna otra pandemia que haya ocurrido en el mundo, para hacer mencionar si ay diferencias ente el burnout que se presenta ante estas dos situaciones.</p>	<p>Se agregaron 7 nuevos estudios basados en frecuencia de síndrome de burnout en personal de salud además de uno presentado durante la pandemia de AH1N1.</p>	8,9, 14,15,16,17
<p>Marco teórico: Se debe tener cuidado en diferenciar su problema de burnout con estrés laboral, pues en el marco teórico lo menciona y no se hace alusión en el título a que se tomara en cuenta este fenómeno</p>	<p>Se especifica la diferencia y se elimina el apartado que hace alusión a este fenómeno.</p>	20
<p>Planteamiento del problema: En este apartado se debe presentar un análisis de las conclusiones surgidas de los antecedentes, lo cual no se ve reflejado en el proyecto. Se debe indicar en qué nivel de estado del conocimiento se encuentra el problema de investigación, las consistencias o inconsistencias entre los artículos presentados en sus antecedentes.</p>	<p>Se realiza conclusión en base a los diferentes estudios referenciados en los antecedentes, y se especifica que se encuentra en un nivel de tipo descriptivo.</p>	26, 27

<p>Pregunta de investigación: Su redacción es pobre y puede ser mejorada para presentarse como un proyecto de nivel epidemiológico, dando a entender, que se va medir la frecuencia y distribución de burnout y no solo “Existe síndrome de burnout” como lo presentan en su pregunta de investigación.</p>	<p>Revisamos taxonomía de Bloom y se realiza el cambio de redacción de la pregunta a ¿Frecuencia del síndrome de burnout en el personal de salud ante la pandemia por covid-19 en la unidad de medicina familiar no 11 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes, Ags?</p>	<p>28</p>
<p>Objetivos: Al igual que lo planteado en la pregunta de investigación, el objetivo debe presentar un verbo que sea adecuado para el nivel de investigación presentado. Los objetivo específicos deben presentarse en orden cronológico, de lo cómo se irá consiguiendo el cumplimiento del objetivo general.</p>	<p>Al igual que en la pregunta se cambia la redacción de los objetivos.</p>	<p>28</p>
<p>Hipótesis de trabajo: En el caso de los estudios a nivel descriptivo, pueden no presentar hipótesis.</p>	<p>Al ser un estudio de tipo descriptivo se elimina este apartado.</p>	<p>-----</p>
<p>No muestra un cálculo de tamaño, solo menciona que será por conveniencia, cuando esto es un tipo de muestreo, no un calculo</p>	<p>Se especifica tamaño de la muestra y el tipo de muestreo.</p>	<p>30</p>
<p>Instrumento: No se menciona la validez del instrumento, únicamente la</p>	<p>Se menciona validez y constructo de instrumento de medición Maslach.</p>	<p>31</p>

<p>confiabilidad de cada dimensión, agregar esta información (valides aparente, contenido, constructo) para completar el apartado de instrumento. No se describe ningún método de control de calidad. Se recomienda que se valore la opción de realizar un manual operacional para estandarizar la aplicación de la entrevista.</p>		
<p>Variables: Al ser un diseño a nivel descriptivo, no se tienen variable dependiente e independiente, eso es para un nivel analítico. Se recomienda eliminar este apartado.</p>	<p>Se elimina este apartado del protocolo.</p>	<p>-----</p>
<p>Revisor 2</p>		
<p>Planteamiento del problema: se muestra incompleto, no muestra la descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población de estudio ni la descripción del panorama de salud</p>	<p>Se describe las variables sociodemográficas que tomaremos en cuenta.</p>	<p>27</p>
<p>En el universo de trabajo identifica al personal de salud a estudiar, más no describe la unidad a la que pertenecen.</p>	<p>Se describe que se va a realizar en umf 11 IMSS Ags.</p>	<p>29</p>
<p>Tamaño de la muestra: Describe que será por conveniencia, se sugiere describir el tamaño de la misma.</p>	<p>Se especifica tamaño de la muestra y el tipo de muestreo.</p>	<p>30</p>
<p>Cronograma de actividades: muestra un desfase en las fechas, ya que según lo consignado la fecha de</p>	<p>Se actualiza cronograma de actividades.</p>	<p>39</p>

<p>revisión y aprobación por el comité será en mayo, se sugiere adecuar.</p>		
<p>Revisor 3</p>		
<p>Acerca de COVID-19. La descripción abarca primordialmente a la enfermedad y sus efectos físicos sobre quien la padece. En este caso estudiamos a quien la trata y sería conveniente detallar como puede verse afectado el sujeto de estudio.</p>	<p>Se agregaron 7 nuevos estudios basados en frecuencia de síndrome de burnout en personal de salud además de cómo afecta a personal de salud y comparativa en diversos hospitales.</p>	<p>8,9, 14,15,16,17</p>
<p>Acerca de Burn Out. Se describen estudios que demuestran una consistente presencia en profesionales de la salud. Se han dejado fuera trabajos donde se relacionan las variables que desea estudiar.</p>	<p>Se agregaron 7 nuevos estudios basados en frecuencia de síndrome de burnout en personal de salud además de cómo afecta a personal de salud y comparativa en diversos hospitales.</p>	<p>14,15,16,17</p>
<p>Justificación. Puede complementar atendiendo a lo siguiente: a. Conveniente, en cuanto al propósito académico o la utilidad social, el sentido de la urgencia. Para qué servirá y a quién le sirve. b. Relevancia social. Trascendencia, utilidad y beneficios. c. Implicaciones prácticas. ¿Realmente tiene algún uso la información? d. Valor teórico, ¿Se va a cubrir algún hueco del conocimiento? e. Utilidad metodológica, ¿Se va a utilizar algún modelo nuevo para obtener y de recolectar información?</p>	<p>Se describe cada uno de los apartados sugeridos, por ejemplo describimos que la información puede usarse para ayudarnos a identificar de manera inmediata los síntomas ante esta situación, y ofrecer ayuda inmediata para evitar mala práctica médica, trastorno ansioso depresivo e inclusive autolisis del personal de salud.</p>	<p>24, 25</p>

<p>Planteamiento del problema. Describir la situación a estudiar así como a quienes pretende estudiar. Establezca la necesidad de resolver el vacío en el estado del arte del conocimiento que se deberá reflejar en sus antecedentes.</p>	<p>Se realiza conclusión en base a los diferentes estudios referenciados en los antecedentes, y se especifica que se encuentra en un nivel de tipo descriptivo.</p>	<p>27</p>
<p>Pregunta de investigación. Su pregunta de investigación propone una relación causa efecto debido a la pandemia. Como asegura que se trate de este factor y no de cualquier otro interviniente. Para ello debe establecer en los apartados previos sus mediciones basales y como tratará las demás variables para definir la asociación que busca.</p>	<p>Revisamos taxonomía de Bloom y se realiza el cambio de redacción de la pregunta a ¿Frecuencia del síndrome de burnout en el personal de salud ante la pandemia por covid-19 en la unidad de medicina familiar no 11 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Aguascalientes, Ags?</p>	<p>28</p>

Anexo F. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ITEM	DECODIFICACIÓN
<p>Síndrome de Burnout</p> <p>El síndrome de desgaste profesional o burnout se compone de tres elementos que son el desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo y se define como una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a profesionales prestadores de servicio con una alta implicación en el trabajo.</p>	<p>Desgaste emocional hace referencia a falta de recursos emocionales y sentimiento de que nada se puede ofrecer a la otra persona. Es consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los pacientes. Las manifestaciones somáticas y psicológicas que se presentan son entre otras: abatimiento, ansiedad e irritabilidad.</p>	<p>Se mide en relaciona falta de recursos emocionales y sentimiento de que nada puede ofrecerse a la otra persona.</p> <p>Items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.</p>	<p>Escala tipo likert</p> <p>0= Nunca</p> <p>1= Pocas veces al año o menos</p> <p>2= Una vez al mes o menos</p> <p>3= Unas pocas veces al mes o menos</p> <p>4= Una vez a la semana</p> <p>5= Pocas veces a la semana</p> <p>6 = Todos los días.</p>	<p>A. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo</p> <p>B. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo</p> <p>C. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar</p> <p>D. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo</p> <p>E. Me siento "quemado" por mi trabajo</p> <p>F. Me siento frustrado en mi trabajo</p> <p>G. Creo que estoy trabajando demasiado</p> <p>H. Trabajar directamente con personas me produce estrés</p> <p>I. Me siento acabado</p>	<p>Se calculan los puntajes obtenidos en la escala Likert</p> <p>Desgaste emocional "alto" se define con una calificación > o = a 27</p> <p>Despersonalización "alta" con una calificación > o = a 10.</p>
	<p>Despersonalización hace referencia al desarrollo de actitudes negativas, respuestas cínicas y de insensibilidad hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios, así como hacia los colegas, lo cual conduce con mucha frecuencia hacia la idea de que son la verdadera fuente de los problemas.</p>	<p>Se mide en relación al desarrollo de una actitud negativa hacia las personas.</p> <p>Items: 5, 10, 11, 15, 22.</p>	<p>Escala tipo likert</p> <p>0= Nunca</p> <p>1= Pocas veces al año o menos</p> <p>2= Una vez al mes o menos</p> <p>3= Unas pocas veces al mes o menos</p> <p>4= Una vez a la semana</p> <p>5= Pocas</p>	<p>I. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales</p> <p>II. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas</p> <p>III. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión</p> <p>IV. Realmente no me preocupa lo que le</p>	

			veces a la semana 6 = Todos los días.	V. ocurre a mis pacientes Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.	
	Baja realización personal en el trabajo se refiere a la pérdida de confianza en la realización personal, y la presencia de un auto concepto negativo como resultado, muchas veces inadvertido de las situaciones ingratas; se refiere a la percepción que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con sentimientos de fracaso y baja autoestima.	Se mide en relación a la pérdida de confianza en la realización personal y autoconcepto negativo. Items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	Escala tipo likert 0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos 2= Una vez al mes o menos 3= Unas pocas veces al mes o menos 4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana 6 = Todos los días.	1. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes 2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes 3. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas 4. Me siento muy activo 5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes 6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes 7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión 8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	Una "baja" realización personal con una calificación < o = a 33