



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA
COORDINACIÓN POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT ANTE EMERGENCIA SANITARIA
POR COVID-19 EN PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 27”**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dra. Elsa Elvira Jiménez Jiménez
Médico Residente de tercer año
Medicina Familiar

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dr. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico Especialista en Medicina Familiar

INVESTIGADOR Y ASESOR TEMÁTICO

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico Especialista en Medicina familiar

IDENTIFICACION DE LOS AUTORES

Elsa Elvira Jiménez Jiménez

Médico Residente de tercer año de Medicina Familiar y Tesista.

UMF 27, TIJUANA.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Matricula: 98029483.

Teléfono 6645694340.

Correo electrónico: elsa_05_30@ Hotmail.com

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Medico Familiar e investigador y Asesor Temático.

UMF 27, Tijuana.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Matricula: 98020718.

Teléfono: 6643298837.

Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

Lugar donde se llevará a cabo: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California.

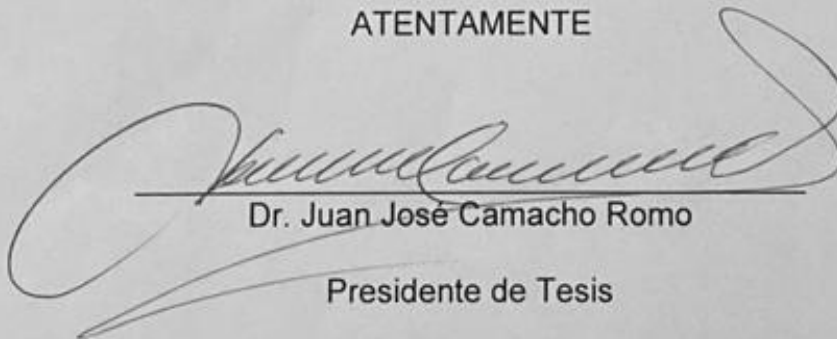
Tijuana, Baja California, a 29 de Marzo del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Presidente de la tesis titulada **“PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT ANTE EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.27”**, elaborada por la Dra. Elsa Elvira Jiménez Jiménez, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo

Presidente de Tesis

Tijuana, Baja California, a 29 de Marzo del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Secretario de la tesis titulada **“PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT ANTE EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.27”**, elaborada por la Dra. Elsa Elvira Jiménez Jiménez, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Catalina Verdín Bravo

Secretario de Tesis


Tijuana, Baja California, a 29 de Marzo del 2022.

**COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

ASUNTO: VOTO APROBATORIO

Habiendo fungido como Sinodal de la tesis titulada **“PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT ANTE EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.27”**, elaborada por la Dra.Elsa Elvira Jiménez Jiménez , manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Sinodal de Tesis

INDICE	Pag
1.- Resumen	3
2.- Marco Teórico	4
3.- Antecedentes	9
4.- Justificación	13
5.- Planteamiento Del Problema	14
6.- Objetivo	15
7.- Hipótesis De Trabajo	16
8.- Material y Métodos	17
9.- Aspectos Éticos	21
10.- Recursos, Financiamiento y Factibilidad	23
11.- Cronograma De Actividades	24
12.-Resultados	25
13.-Discusión	51
14- Fortalezas	54
15.-Limitantes	55
16.-Implicaciones Éticas	56
17.-Conclusiones	57
18.- Referencias	59
19.- Anexos	62

RESUMEN

“PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT ANTE EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27”

Bermúdez-Villapando V¹, Jiménez-Jiménez EE²

1. Médico especialista en Medicina Familiar, Coordinación de educación e investigación en salud UMF 27, Delegación Baja California. IMSS

2. Médico Residente de primer año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California. IMSS

INTRODUCCIÓN: Ante la emergencia sanitaria internacional que se ha presentado de forma oficial el 11 de marzo del 2020 por motivo de la enfermedad Covid-19. Cada día, los profesionales de la salud están luchando desde la primera línea para contener el virus y salvar vidas. En respuesta al brote, el personal de salud está afrontando una inmensa carga de trabajo adicional. Causando la presencia de síndrome de burnout, que se caracteriza por: Fatiga emocional, despersonalización y falta de autorrealización en el trabajo.

OBJETIVO GENERAL: Identificar la prevalencia de síndrome de Burnout ante la emergencia sanitaria por covid-19 en personal médico y enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo. Se realizará en profesionales de la salud (médicos y enfermeras de base) de la unidad de medicina familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California. Se realizará cuestionario de Maslach burnout inventory (MBI) y cuestionario para características sociodemográficas. Se utilizará estadística descriptiva; para variables cuantitativas media, moda, mediana además de desviación estándar. Para establecer la asociación entre las variables, se utilizará con prueba *Ji* con un intervalo de confianza al 95%. Se considera una $p < 0.05$ como significativa. Los datos obtenidos se analizarán en el programa SPSS.

PALABRAS CLAVE: síndrome de Burnout, COVID-19.

MARCO TEORICO

Emergencia sanitaria internacional

Para la organización mundial de la salud OMS, la emergencia de salud pública de importancia internacional) se define en el RSI (reglamento sanitario internacional) (2005) como “un evento extraordinario que se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada”. Esta definición implica que la situación es: grave, súbita, inusual o inesperada; tiene implicaciones para la salud pública que van más allá de las fronteras del estado afectado, y puede necesitar una acción internacional inmediata.¹

Son situaciones trágicas que afectan siempre negativamente, de una u otra forma, a grandes grupos de población. Sin embargo, también representan una importante oportunidad para aprender tanto de las enfermedades y los patógenos como de nuestras fortalezas y debilidades para controlarlas y responder ante ellas. Es probablemente, responsabilidad de los profesionales sanitarios aprovechar esa oportunidad y conseguir lecciones aprendidas en el proceso sirvan para mejorar nuestras capacidades de preparación y respuesta ante la siguiente emergencia de salud pública de importancia internacional.²

Para considerar un evento como de importancia internacional De acuerdo al RSI, los eventos de notificación obligatoria deben cumplir al menos con los dos primeros de los cuatro atributos descritos para su evaluación: Repercusiones graves para la salud pública, evento inusitado o imprevisto, existencia de riesgo significativo para su propagación internacional, existencia de riesgo significativo de restricciones internacionales a los viajes o al Comercio.³

Emergencia sanitaria internacional por COVID-19.

A finales de diciembre del 2019 una serie de casos de neumonía, hasta ese momento de origen desconocido, fueron identificados en la ciudad de Wuhan, China. La autoridad sanitaria en China alertó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el día 31 de diciembre del 2019 sobre la aparición de casos de neumonía atípica de origen desconocido con la sospecha de una posible zoonosis.⁴

Las infecciones por el nuevo coronavirus comenzaron a tomar protagonismo a nivel internacional cuando el día 13 de enero de 2020 la OMS reportó el primer caso de infección fuera de China, ocurrido en Tailandia. A partir de este punto, y previniendo que el virus se propagara a escala internacional, la OMS ofreció su asesoramiento y guía para el manejo de esta nueva infección. No obstante, y a pesar de estos esfuerzos durante el mes de enero, el número de infectados aumentó rápidamente y se reportaron las primeras muertes^{10.4}

Hacia final de mes, el día 30 de enero la OMS declaró la enfermedad causada por el nuevo coronavirus como una emergencia de salud pública de preocupación internacional. Conforme el paso de los días, el SARS-CoV-2 se fue propagando en todas las regiones del mundo y progresivamente el número de infectados y muertos se aceleró bruscamente por los meses subsiguientes. Hasta el punto de que la OMS caracterizó esta enfermedad como pandemia el día 11 de marzo.⁴

COVID 19

A poco más de un mes del inicio del brote, la OMS anunció que la enfermedad causada por el nuevo coronavirus aislado en Wuhan, China, sería llamada COVID-19, que responde a la forma corta del nombre «coronavirus disease 2019»⁴.

Origen

Lo que continúa siendo investigada, es el reconocimiento del origen zoonótico de dicho virus, pero debido a su estrecha similitud con los coronavirus de murciélago, es probable que estos sean el reservorio primario del virus, pues con la reaparición de esta nueva clase de coronavirus se descubrió que el 2019-nCoV es un 96% idéntico a nivel del genoma a un coronavirus de murciélago; perteneciendo a la especie de SARS-CoV⁵.

Muchos de los primeros pacientes identificados en Wuhan tenían como factor común el contacto con un mercado de mariscos y animales, sin embargo, otros no establecieron contacto con dicho lugar en ningún momento, lo que evidencia la infección limitada de persona a persona después de identificar grupos de casos entre familias, así como la transmisión de pacientes a trabajadores de la salud.⁵

Transmisión

Investigaciones recientes han señalado que la proximidad humana y la interacción social aumentan la transmisión del virus.⁶

Entre las diversas tasas de transmisión, las gotitas son las fuentes primarias, escoger las superficies contaminadas y tocarse la cara aumenta el riesgo de infectarse. Se ha confirmado la reciente propagación de la infección a través de las heces. La última investigación revela la posibilidad de transmisión a través de la superficie ocular.⁶

Manifestación clínica

Fiebre, tos, falta de aire y dificultad para respirar son síntomas iniciales de esta infección. En los siguientes pasos, la infección puede causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e incluso la muerte.⁷

Síndrome De Burnout origen y definición

El burnout viene de la lengua inglesa y se lo puede encontrar también como síndrome de estar quemado o síndrome del desgaste profesional; se refiere al término «estar quemado» cuando el individuo se encuentra sobrecargado, disminuyendo su capacidad de reacción para adaptarse ya sea a un ambiente laboral, ya familiar o social.⁸

Nace en EE.UU. a mediados de los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales.⁹

En 1974 Herbert Freudenberger, psicólogo estadounidense, realizó un estudio sobre el cambio de actitud del personal sanitario del centro al año del inicio de su trabajo, relacionando el desgaste, al que denominó burnout, con estados de ansiedad y depresión. Lo definió como: Un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía.¹⁰

En 1976, la psicóloga social Christina Maslach presentó por primera vez este término en el congreso de la APA (American Psychological Association), considerando que corresponde a un proceso de estrés crónico por contacto, y definiéndolo en 1981 como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes y/o pacientes.¹⁰

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstica por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el Síndrome del quemado no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV) (5), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V) ¹¹

Factores de riesgo

Se le reconoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.¹¹

Componentes personales como la edad el género, personalidad competitiva, hiperexigente, factores laborales o profesionales, factores ambientales.¹¹

Evaluación

En 1982 la psicóloga Maslach realizó el cuestionario compuesto por 22 ítems que pretende objetivar y valorar las 3 características básicas del síndrome: el agotamiento emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización, asociada a trastornos conductuales de aislamiento, manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y el rendimiento laboral, con pérdida de efectividad y eficacia. Esta escala ha sido utilizada a lo largo del mundo y validada para su utilización en diferentes idiomas.¹²

Consta de 22 ítems de tipo Likert que van de 0 a 6. La MB Incluye 3 subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Para diagnosticar un síndrome de burnout se debe contar con altos niveles de CE (≥ 27), altos niveles de DP (≥ 10) y bajos niveles de RP (≤ 33).¹³

Síndrome de Burnout y COVID19.

Han soportado esta crisis con una sobrecarga de trabajo, condiciones de seguridad generalmente precarias, ansiedad ante el riesgo de contagio y un mayor nivel de desinterés al tener que realizar tareas para las que muchos no estaban preparados. Además, sabiendo que están en riesgo, muchos han restringido su contacto con sus familias o se han limitado a hoteles o a sus propias instalaciones de salud.¹⁴

Burnout tiene un destructivo efecto sobre el bienestar de los médicos y la capacidad de proporcionar una atención compasiva y de calidad en la salud.

ANTECEDENTES

COVID-19 a nivel mundial

Mira JJ. 2020 ¹⁵, hace mención que la tasa de contagio y la letalidad han sido muy diferentes entre los países. Estas diferencias responden por un lado a la respuesta de cada país ante la pandemia. Pero por otro, a patrones de poblaciones diferentes y a la variabilidad en la forma de aportar los datos. Hasta el 3 de abril de 2020 la lista de países con mayor letalidad entre pacientes con diagnóstico de COVID-19, la encabezaban Italia (12,3%), Francia (10%) y España (9,4%). Las menores tasas se encontraban en Australia (0,5%), Israel (0,5%) y Corea del Sur (1,7%).

Alandijany TA, et al. 2020 ¹⁶, El 11 de marzo de 2020, la Salud Mundial Organización (OMS) declaró a COVID-19 una pandemia, con 118,320 casos confirmados notificados en 114 países. La pandemia de COVID-19 ha seguido aumentando desde entonces, con 4.628.903 casos y 312,009 muertes reportadas en 216 países, áreas o territorios a partir de 18 de mayo de 2020. Los formuladores de políticas y las comunidades médicas de todo el mundo, Incluso en los países desarrollados, han luchado para controlar el rápido y diseminación masiva de la infección. Por número acumulado de casos, Estados Unidos, Rusia, España, Italia, Turquía y Francia están en la parte superior de la lista de COVID-19- países afectados. Las tasas de infección en estos países están entre 1788 y 5950 casos por millón de habitantes. Debido a los tremendos esfuerzos para controlar la propagación de la infección, el número total de casos activos al 18 de mayo de 2020 en seis países del CCG (Consejo de Cooperación para los Estados Árabes del Golfo) fueron 92.171 con 841 (0,6%) muertes y 54.300 (36,9%) pacientes recuperados. Esto representa 934.3 casos activos, 8.5 muertes y 550.4 recuperaciones por millón de habitantes. En cuanto a los números acumulativos, Arabia Saudita ha informado más de los casos seguidos por Qatar, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Bahrein, Omán e Irak.

De acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS)¹⁷, a nivel global en el mes de julio del 2020 existen 14,348,858 casos confirmados. En Europa se registran 3,079,218 casos confirmados, África 597,223 casos confirmados, sur- este de Asia 1,436,141 casos confirmados, mediterráneo oriental 1,387,295 casos confirmados, pacifico occidental 263,565 casos confirmados, las Américas 7, 584,675 casos confirmados.

COVID-19 a nivel de la región de norte América y Latinoamérica.

De acuerdo a un informe a la organización panamericana de la salud (OPS)¹⁸, el primer caso en la Región de las Américas se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020, seguido de Brasil el 26 de febrero del 2020. Desde entonces, la COVID-19 se ha propagado a los 54 países y territorios de la Región de las Américas. La situación en la Región de las Américas en cifras al 6 de julio: 5.915.551 casos confirmados; 266.736 muertes; 54 países, zonas y territorios contados con fines epidemiológicos.

La organización mundial de la salud (OMS) reporta en el mes de julio del 2020¹⁷ en la región de Centroamérica se reporta: en Guatemala 38,667 casos confirmados, Belice 40 casos confirmados, el salvador, el Salvador 11.846 casos confirmados, Honduras 32,793 casos confirmados, Nicaragua 2712 casos confirmados, Costa Rica 10,551 casos confirmados, Panamá 52,261 casos confirmados. En Sur América se reporta: en Chile 330,930 casos confirmados, Argentina 122,524 casos confirmados, Uruguay 1044 casos confirmados, Bolivia 58,138 casos confirmados, Perú 349,500 casos confirmados, Colombia 190,700 casos confirmados, Venezuela 11,483 casos confirmados. Ecuador 74.013 casos confirmados, Paraguay 3629 casos confirmados. En Norte América: en Canadá 109,999 casos confirmados, en Estados Unidos de América: 3.685,460 casos confirmados. En el Caribe: Cuba 2446 casos confirmados. República Dominicana 52,855 casos confirmados, Haití 7053 casos confirmados, Bahamas 138 casos confirmados.

COVID-19 en México

La organización mundial de la salud (OMS) reporta en el mes de julio del 2020¹⁷, que en México hasta el momento hay 338,913 casos confirmados y 38,888 defunciones.

De acuerdo a la página oficial de gobierno de México que puso a disposición por el tema de coronavirus¹⁹, en la actualización del 19 de julio del 2020 menciona que hay 344,224 casos confirmados, 394,156 casos negativos, 83,542 casos sospechosos, 39,184 defunciones, 217,423 recuperados, 30,478 activos. De los casos confirmados 46.31% son mujeres y 53.69% son hombres. 28.55% se encuentran hospitalizados, 71.45 ambulatorios. Las comorbilidades principales son: hipertensión 19.92%, obesidad 19.07%, diabetes 16.16%, tabaquismo 7.36%.

En la página oficial del gobierno de Baja California²⁰, en la actualización del día 18 de julio del 2020, Baja California se encuentra en el noveno lugar a nivel nacional con 11,827 casos

confirmados. Tijuana con 3,461 casos confirmados, 982 defunciones, 425 casos sospechosos.

Síndrome de Burnout a nivel mundial.

García, et al. ²¹, Según encuestas sobre las condiciones de calidad de vida en el trabajo en la Unión Europea, La prevalencia del síndrome de burnout está directamente relacionada con el estrés laboral y varía de 4% 23 a 30.5%. En general, se considera que alrededor del 12% de los trabajadores europeos podrían tener síndrome de burnout. En el sector de la salud específicamente, Se ha estimado la prevalencia del síndrome de burnout alrededor del 14,9% en varios países europeos, incluidos España.

Dimitri, et al. 2020 ²², en médicos residente de Rumania La prevalencia global del síndrome de burnout son altos. Los resultados que se obtuvieron fue de un agotamiento promedio para residentes médicos del 76%.

Síndrome de Burnout en Latinoamérica

Burgos, et al. 2018²³, 121 profesionales que trabajan en atención primaria (63% mujeres y 37% hombres) de diversos centros de salud de la región de Los Lagos, Chile se aprecia que un 25,5% presenta el síndrome de burnout lo que indica que uno de cada cuatro profesionales de la muestra ha adquirido el síndrome.

Ramírez.2017 ²⁴, De los grupos con mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout es el constituido por los trabajadores de la salud. En enfermeras y médicos de instituciones médicas de salud en una provincia de Ecuador. Se seleccionó una muestra de 166 profesionales de la salud. Se encontró una prevalencia del 4,2% para el síndrome de burnout. En cuanto a las dimensiones de burnout, se encontró una prevalencia del 26,5% para el agotamiento emocional 25,9% para la despersonalización y 42,2% para la baja realización personal. Los profesionales con mayor burnout eran aquellos con experiencia superior a 12 años como personal médico, que realizaban jornadas laborales superiores a las 8 horas diarias, y que atendían a más de 18 pacientes al día.

Síndrome de burnout en México

Loya, et al. 2018 ²⁵, en México más del 80% de los médicos no familiares ni de urgencias, trabajan instituciones públicas y realizan práctica privada. De los estudios donde los trabajadores además de laborar en una institución pública trabajaban en otra institución pública en la medicina privada, se presentaron más síntomas de baja satisfacción laboral

como consecuencia de excesivas horas de trabajo por semana, lo que incrementa la fatiga física y mental. El SA en México osciló entre 7% y 59%, en enfermeras, médicos de distintas especialidades, y residentes. Estos contrastan con los resultados (4,2% SA) observados entre médicos mexicanos que trabajan en España, donde no realizan medicina privada, las guardias son menos frecuentes y el número de horas de trabajo a la semana son menores. Estas condiciones de trabajo en los médicos y sobre todo en los residentes mexicanos son alarmantes, por el bienestar de los médicos y el riesgo al que están sometidos los pacientes tratados por un personal con exceso de trabajo.

García, et al. 2014²⁶, se examinó el perfil de los empleados del sector salud. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta estructurada aplicada a una muestra de servidores públicos de un hospital del sector salud de Baja California, México (N=200). Los resultados muestran que las mujeres más jóvenes con menos de tres años de antigüedad y con trabajo de medio tiempo presentan cuadros más severos de agotamiento profesional que el resto de la muestra. Encontrando que el 92.5% de los empleados presentan un nivel medio, mientras que solo el 7.5% lo presentan con mayor severidad.

JUSTIFICACION

La crisis sanitaria provocada por la pandemia del virus Covid-19 ha vuelto a destacar el papel de los profesionales sanitarios como elemento clave que sufren una alta tensión marcada por la presión asistencial, la falta de medios de protección, el posible colapso de los sistemas sanitarios, la sobrecarga emocional secundaria al aislamiento de los pacientes. En esta situación, el apoyo emocional recae sobre los profesionales, incapaces de asumir una elevada demanda. Siendo un riesgo para la salud psicoemocional de los profesionales sanitario. Pudiendo tener de esta manera un impacto negativo en su calidad de vida general.

Ante esta tensión, resulta importante analizar el impacto emocional (síndrome de burnout) en los profesionales sanitarios en particular en el personal de primer nivel de atención ya que es el primer contacto entre el paciente y los demás profesionales de salud de otras áreas siendo uno de los principales pilares o eslabones en el área médica.

La evaluación oportuna del síndrome de burnout entre el personal de salud debe ser tarea fundamental y continua dentro de las estrategias encaminadas a promover y mantener la seguridad del personal y del paciente, lo que tendría como resultado un mejor desempeño en la calidad global de los servicios de salud que brinda.

Por ello es importante saber el estado de salud emocional, para poder identificar herramientas y recursos de afrontamiento para disminuir o atenuar este impacto en los profesionales de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID 2019) ha presentado innumerables desafíos para el sistema de atención de salud en todo el mundo, revelando una gran deficiencia en la preparación ante esta emergencia sanitaria internacional. Durante esta crisis de salud se ha presenciado la carencia de insumos para equipos de protección, falta de personal de salud suficiente, y en muchos casos, falta de capacitación adecuada contra el COVID-19.²⁷

La pandemia de coronavirus sigue avanzando en nuestro país y los trabajadores de la salud son expuestos al virus a diario por lo que esto con lleva a tener miedo de infectarse a sí mismos y / o sus familias o pacientes; a enfrentarse a largas horas de trabajo, a estar expuestos al estigma físico y de violencia psicológica de una sociedad que también tiene miedo. ²²

Está emergencia sanitaria contribuye a que los proveedores de atención médica se enfrenten a un estrés laboral agudo sin precedentes y sobre todo en un agotamiento físico y psicológico siendo el síndrome de burnout uno de ellos.

Ante tal situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de síndrome de Burnout ante la emergencia sanitaria por Covid-19 en personal médico y enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.27?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar la prevalencia de síndrome de Burnout ante la emergencia sanitaria por covid-19 en médicos y personal de enfermería de la UMF No. 27 de IMSS de Tijuana, B.C.

Objetivos específicos:

- 1-. Conocer mediante cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) la prevalencia de Síndrome de Burnout.
- 2-. Describir las características sociodemográficas de género, edad, estado civil, turno de trabajo, horas de trabajo, categoría profesional.

HIPOTESIS

No aplica.

MATERIAL Y METODOS

Características del lugar donde se llevará a cabo el estudio:

El estudio de investigación se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California, unidad urbana de primer nivel de atención. Boulevard Gustavo Díaz Ordaz S/N, KM 11.5 Carretera Antigua a Tecate, Col. La Mesa Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

Diseño y tipo de estudio:

- a) **Diseño:** Observacional, Transversal, Descriptivo, prospectivo.
- b) **Tipo de estudio:** Descriptivo.
- c) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B.C.
- d) **Periodo de estudio:** El estudio se realizará en el periodo comprendido entre Marzo 2021 – Marzo de 2022.
- e) **Población:** Está constituida por profesionales de la salud de primer nivel de atención (médicos de base, enfermeras) que se encuentran laborando en la u
- f) nidad de Medicina Familiar no. 27, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Universo de trabajo:

Profesionales de la salud de primer nivel de atención (médicos y enfermeras) que se encuentran rotando en área COVID en la Unidad de Medicina Familiar No. 27. En la ciudad de Tijuana, Baja California.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- 0) Personal médico y de enfermería que se encuentren rotando en área COVID en la Unidad de Medicina Familiar No. 27. En la ciudad de Tijuana, Baja California.
- 2) Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1) Personal Médico y de Enfermería con diagnóstico de trastorno de ansiedad, depresión o alguna otra patología de salud mental.
- 2) Personal Médico y de Enfermería que no se encuentre laborando en área COVID en la Unidad de Medicina Familiar No.27.
- 3) Personal Médico y de Enfermería que se encuentre laborando como suplencia (08) o que no pertenezca a la unidad de medicina familiar No. 27.

Criterios de eliminación:

- 1) Encuestas mal llenadas o incompletas.
- 2) Médicos o enfermeras que se nieguen a llenar la encuesta.

Variables:

Variable dependiente:

- Síndrome de Burnout.

Variables independientes:

- Sociodemográficas: Edad, Genero, Estado civil, turno de trabajo, horario de trabajo, categoría profesional.

Tamaño de la muestra: Censo

Tipo de muestreo: no probabilístico a conveniencia.

Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Síndrome de Burnout	Presencia de altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. Aparece cuando se rompen mecanismos de compensación para adaptación al estrés laboral sostenido.	Se utilizará el cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Consta de 22 ítems. La puntuación total se obtiene sumando las diferentes puntuaciones que van siendo marcados por los sujetos.	Cualitativa nominal dicotómica	1-. Personal de salud de primer nivel de atención con presencia de síndrome de burnout. 2-. Personal de salud de primer nivel de atención sin presencia de síndrome de burnout.

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Tiempo vivido por una persona expresado en años.	Medida a través de un ítem abierto	Cuantitativa Discreta	Años
Genero	Grupo al que pertenece los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Medida a través de un ítem cerrado.	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Medida a través de un ítem cerrado.	Cualitativa policotómica	1-. Soltero 2-. Casado 3-. Unión libre 4-. Viudo 5-. Divorciado
Categoría Profesional	Ordenación de la clasificación profesional de los trabajadores, estableciendo de forma objetiva el alcance concreto de la prestación laboral que puede exigirse por quien la tiene reconocida.	Medida a través de un ítem cerrado.	Cualitativa dicotómica	1-. Enfermería 2-. Medico

Turno de trabajo	Es una modalidad laboral en las que el trabajador puede realizar su tarea en a lo largo de las 24 horas del día.	Medida a través de un ítem cerrado.	Cualitativa nominal policotomica	1-. Matutino 2- vespertino 3-. Nocturno 4-. Jornada acumulada
Horario de trabajo	Distribución del tiempo de trabajo a lo largo de un periodo de tiempo, indica las horas en las que se da la actividad.	Medidas a través de un ítem abierto.	Cuantitativa Discreta	Horas por día .

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Los datos obtenidos se integrarán a las hojas de recolección de datos y se analizarán mediante el programa SPSS versión 20 en español. Se realizará estadística descriptiva como medidas de tendencia central: media, mediana y moda. Medidas de variabilidad: desviación estándar. Se realizará el cuestionario Maslach Burnout Inventory para conocer la prevalencia de síndrome de burnout por medio de los resultados obtenidos. Se analizarán los resultados con prueba *Ji* cuadrada. Los resultados se presentarán por medio de tablas y gráficas. Se considera una $p < 0.05$ como significativa.

ASPECTOS ETICOS:

Este trabajo respeta los aspectos éticos contenidos en la declaración de Helsinki en la 64^a Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013. En donde menciona que es deber de los médicos que participan en la investigación médica proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la libre determinación, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos de la investigación. La responsabilidad de la protección de los sujetos de investigación debe recaer siempre en el médico u otros profesionales de la salud y nunca en los sujetos de investigación, aunque hayan dado su consentimiento.

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado como sujetos en la investigación médica debe ser voluntaria. El sujeto potencial debe ser informado del derecho a negarse a participar en el estudio o retirar su consentimiento para participar en cualquier momento sin represalias.

Después de asegurarse de que el sujeto potencial ha entendido la información, el médico u otra persona debidamente calificada debe buscar el consentimiento informado otorgado libremente por el sujeto potencial, preferiblemente por escrito. La negativa de un paciente a participar en un estudio o la decisión del paciente de retirarse del estudio nunca debe afectar negativamente la relación médico-paciente. En este estudio se respetará esta declaración, ya que las personas entrevistadas decidirán libremente si participan o no, mediante la aceptación con el consentimiento informado. Además, se realizará el cuestionario de Maslach Burnout Inventory en un consultorio de medicina preventiva de manera individual con cada paciente para respetar su privacidad.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, hace mención en el artículo 13 que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”.

En su artículo 17, se clasifican los estudios de Investigación con riesgo mínimo a: “estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos. O tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. En dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros”.

Por lo tanto, el presente estudio se clasifica como Investigación de Riesgo Mínimo, ya que será una investigación donde se trabajará con datos sociodemográficos y cuestionario para valoración de síndrome de burnout. Se respetará en todo momento la confidencialidad del paciente.

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos, así como del resguardo de los mismos.

Dado que se aplicarán encuestas y se manejarán datos personales, será necesario solicitar consentimiento informado.

Finalizando este estudio, sería importante canalizar a servicio de psicología para llevar a cabo estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los 3 componentes del síndrome de burnout.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Es factible realizar el estudio, se cuenta con los recursos humanos, físicos y materiales; necesarios para ello, así como investigadores dispuestos a realizar el proyecto.

Recursos humanos:

- Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Investigador responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Dra. Elsa Elvira Jiménez Jiménez. Investigador principal, quien realizará el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.

Recursos financieros:

El financiamiento será provisto por el investigador principal.

Factibilidad

El presente estudio tiene factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Sept/20		Sept/21			Ene /21	
	Oct /20	Mar/21	Oct/21	Nov/21	Dic/21	Feb /21	Mar/22
	Nov/20						
Elaboración del protocolo	X						
Aceptación del protocolo		X					
Recolección de datos			X				
Captura de base de datos				X			
Análisis de resultados					X		
Redacción de discusión y conclusión						X	
Presentación a sinodales							X

RESULTADOS

Este estudio observacional se realizó en la unidad de medicina familiar no. 27 en Tijuana, Baja California, en él se incluyeron médicos y enfermeras de base que se encuentren rotando en área COVID.

El total de la población estudiada fue de 109 participantes, 77 (70.6%) Médicos y 32 (29.4%) de Enfermería quienes cumplieron con los criterios de selección.

Tabla 1. Distribución por categoría Profesional

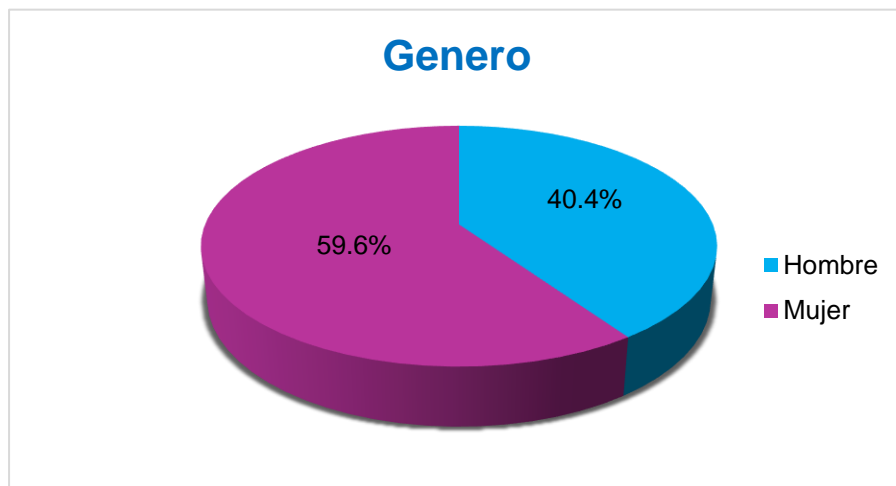
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Enfermería	32	29.4
Medico	77	70.6
Total	109	100.0

Datos Sociodemográficos.

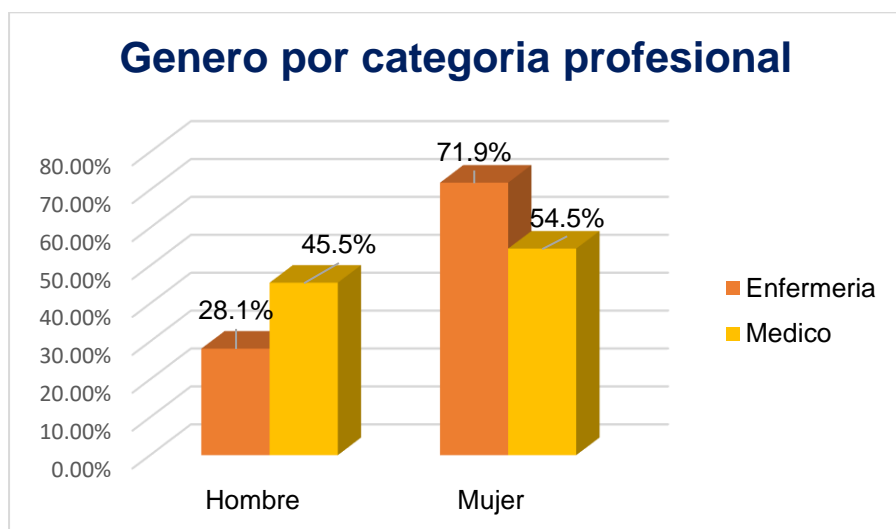
➤ Genero

Se encontró una distribución general del 59.6% (N=65) para el género femenino y para el género masculino del 40.4 % (N=40). *Gráfica 1.*

Con respecto al género de acuerdo a la categoría profesional de enfermería se encontró que el 28.1% (N=9) , el 71.9% (N=23) al género femenino y para la categoría profesional de medico el 45.5%(N=35) pertenece al género masculino y 54.5% (N=42) al género femenino. *Grafica 2.*



Grafica 1. Porcentaje general por genero



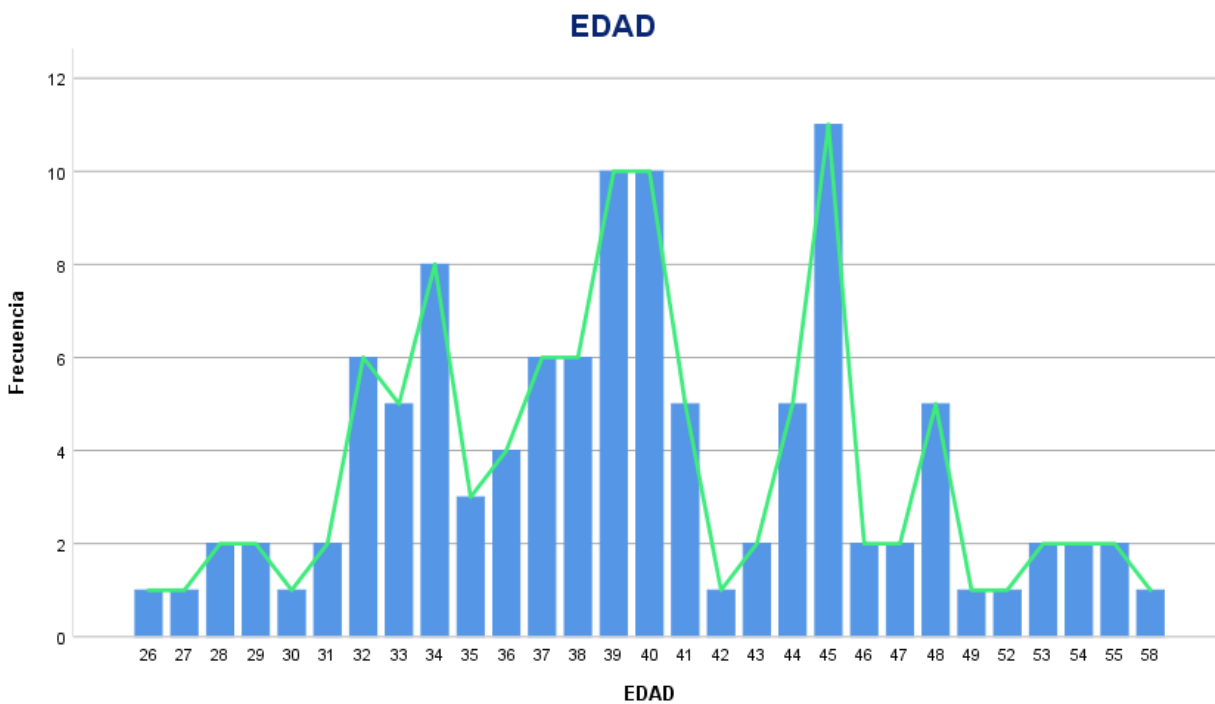
Grafica 2. Porcentaje de genero por categoría profesional

➤ Edad

La media de edad encontrada fue de 39.7 años, con una desviación estándar de 6.7, rango mínimo 26 y rango máximo 58 años, moda de edad de 45 años 10.1% (N=11), mediana de 39 años 9.2% (N= 10) . *Grafica 3.*

Se construyeron grupos de edad para facilitar la obtención de resultados del análisis estadístico de este estudio observacional. Para ello se formaron 3 grupos de edad: Grupo 1 (25-36 años) 32.1%, grupo 2 (37-48) 59.6% con la mayor proporción de pacientes, grupo 3 (49-60) 8.3%. *Grafica 4.*

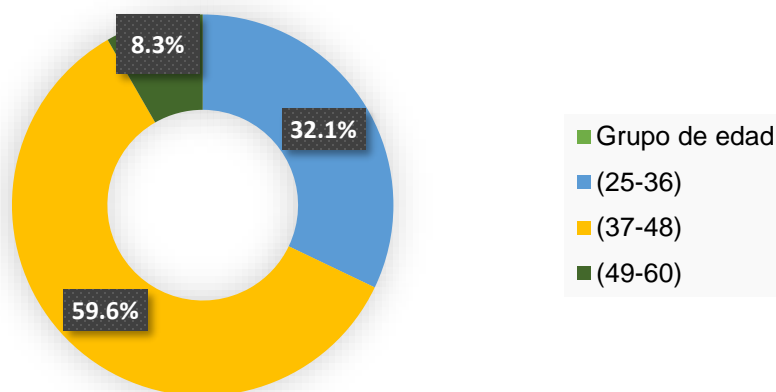
Los porcentajes de grupo de edad por categoría profesional fue para enfermería en el grupo 1 (25-36) 40.6%, grupo 2 (37-48)43.8% y grupo 3 (49-60)15.6%. Para la categoría profesional Medica, en el grupo 1 (25-36) 28.6%, grupo 2 (37-48)66.2%, grupo 3 (49-60) 5.2% Grafica 5.



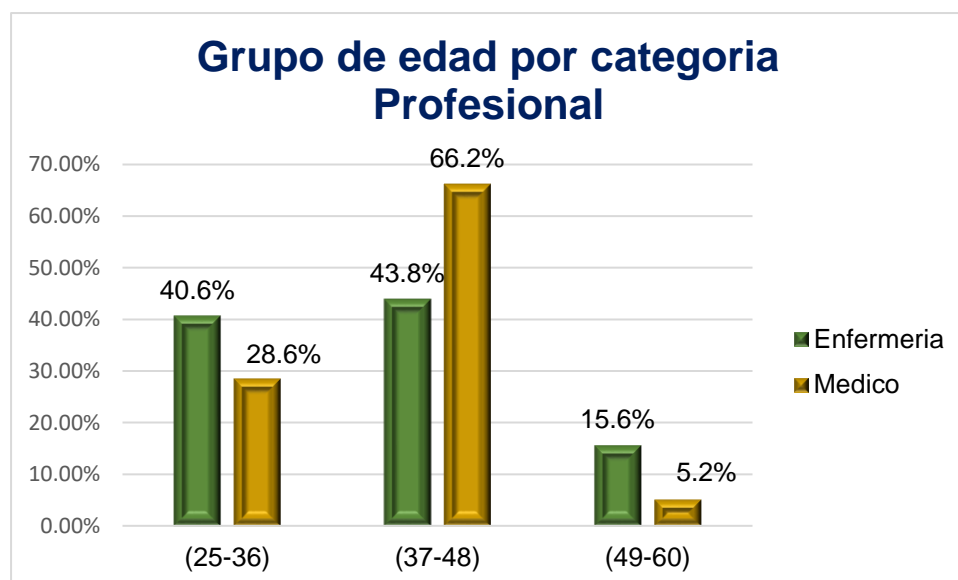
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	52	53	54	55	58
FRECUENCIA	1	1	2	2	1	2	6	5	8	3	4	6	6	10	10	5	1	2	5	11	2	2	5	1	1	2	2	2	1

Grafica 3. Frecuencia general por edad.

Grupos por edad



Grafica 4. Porcentaje de grupos por edad



Grafica 5. Porcentaje de grupo de edad por categorías Profesional

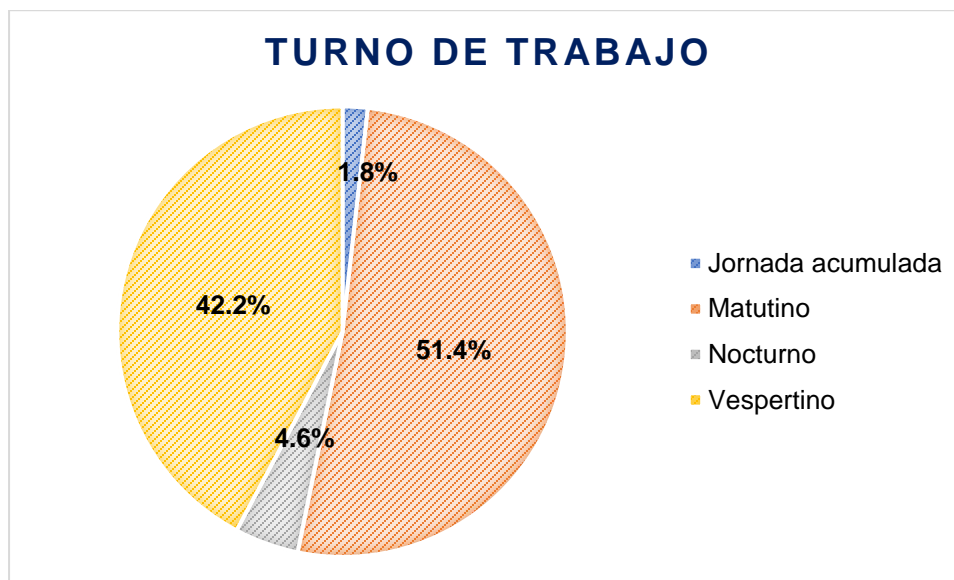
➤ Turno de trabajo

Se encontró una distribución general por cada turno de trabajo de la siguiente manera: para el turno de jornada acumulada 1.8% (N=2), turno matutino 51.4% (N=56), turno nocturno 4.6% (5), turno vespertino 42.2% (N=46). *Tabla 2, Grafica 6.*

La distribución de turno de trabajo por categoría profesional para enfermería fue de la siguiente manera: en el turno de jornada acumulada 0.0% (N= 0), turno matutino 25.0% (N= 14), turno nocturno 60.0% (N=3), turno vespertino 32.6% (N=15); para la categoría profesión médica: en el turno de jornada acumulada 100.0% (N= 2), turno matutino 75.0% (N=42), turno nocturno 40.0% (N=2), turno vespertino 67.4% (N=31). *Tabla 3.*

Tabla 2. Distribución Turno de trabajo

	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Jornada acumulada	2	1.8
Matutino	56	51.4
Nocturno	5	4.6
Vespertino	46	42.2
Total	109	100.0



Grafica 6. Porcentaje por turno de trabajo

Tabla 3. Distribución de turnos de trabajo por categoría profesional

		Jornada acumulada	Matutino	Nocturno	Vespertino	Total
Enfermería	Recuento	0	14	3	15	32
	Porcentaje (%)	0.0%	25.0%	60.0%	32.6%	29.4%
Medico	Recuento	2	42	2	31	77
	Porcentaje (%)	100.0%	75.0%	40.0%	67.4%	70.6%
Total	Recuento	2	56	5	46	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

➤ **Horario de trabajo**

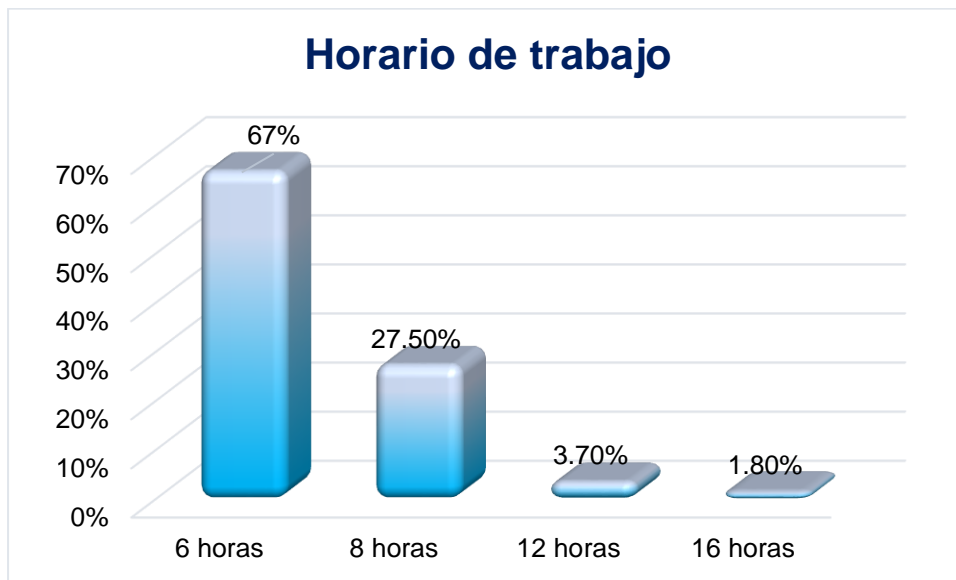
La distribución general de acuerdo al horario de trabajo que se encontró fue para el horario de 6 horas 67.0% (N=73), horario de 8 horas 27.5% (N=30), horario de 12 horas 3.7% (N=4), horario de 16 horas 1.8% (N=2). *Tabla 4, Grafica 7.*

La media de horario de trabajo encontrado es de 6.9, con una desviación estándar de 1.8, mediana de horario de trabajo de 6 horas, moda de 6 horas, rango mínimo de 6 horas y rango máximo de 16 horas.

De acuerdo a la distribución de horario de trabajo por categoría profesional para enfermería se encontró en el horario de 6 horas 0.0% (N=0), horario de 8 horas 93.8% (N=30), horario de 12 horas 6.3% (N= 2), horario de 16 horas 0.0% (N=0). Para la categoría de medico se encontró en el horario de 6 horas 94.8% (N=73), horario de 8 horas 0.0% (N=0), horario de 12 horas 2.6% (2), horario de 16 horas 2.6% (N=2). *Tabla 5.*

Tabla 4. Distribución general de Horario de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
6 horas	73	67.0
8 horas	30	27.5
12 horas	4	3.7
16 horas	2	1.8
Total	109	100.0



Grafica 7. Porcentaje general de horarios de trabajo

Tabla 5. Horario de trabajo por categoría profesional

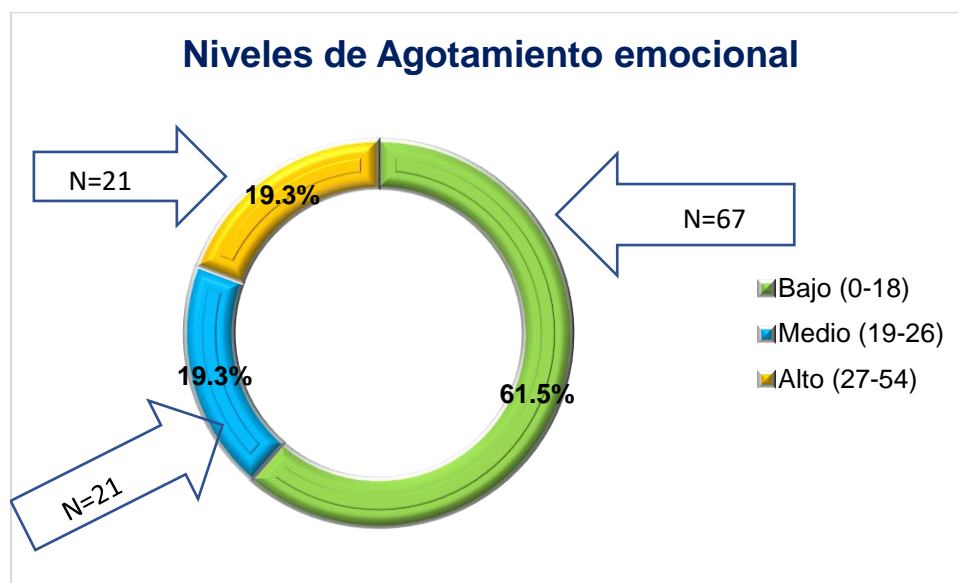
Horario de trabajo		Enfermería	Medico	Total
6 horas	Recuento	0	73	73
	Porcentaje (%)	0.0%	94.8%	67.0%
8 horas	Recuento	30	0	30
	Porcentaje (%)	93.8%	0.0%	27.5%
12 horas	Recuento	2	2	4
	Porcentaje (%)	6.3%	2.6%	3.7%
16 horas	Recuento	0	2	2
	Porcentaje (%)	0.0%	2.6%	1.8%
Total	Recuento	32	77	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%

Dimensiones de síndrome de Burnout

➤ Agotamiento emocional

En la dimensión de Agotamiento emocional se encontró de forma general en el nivel bajo (0-18) un porcentaje de 61.5% (N=67) siendo el de mayor proporción, el nivel medio (19-26) y el nivel alto (27-54) los resultados fueron iguales de 19.3% (N=21). *Grafica 8.*

De acuerdo a la distribución de la dimensión de Agotamiento emocional por categoría profesional, en enfermería los resultados obtenidos para el nivel bajo son de 65.6% (N=21) obteniendo el mayor porcentaje, el nivel medio de 12.5% (N=4) y el nivel alto (27-54) de 21.9% (N= 7). Para la categoría de médico, el nivel bajo es de 59.7% (N=46) obteniendo el mayor porcentaje, el nivel medio de 22.1% (N=17) y el nivel alto de 18.2% (14). *Tabla 6.*



Grafica 8. Porcentaje de niveles de Agotamiento emocional

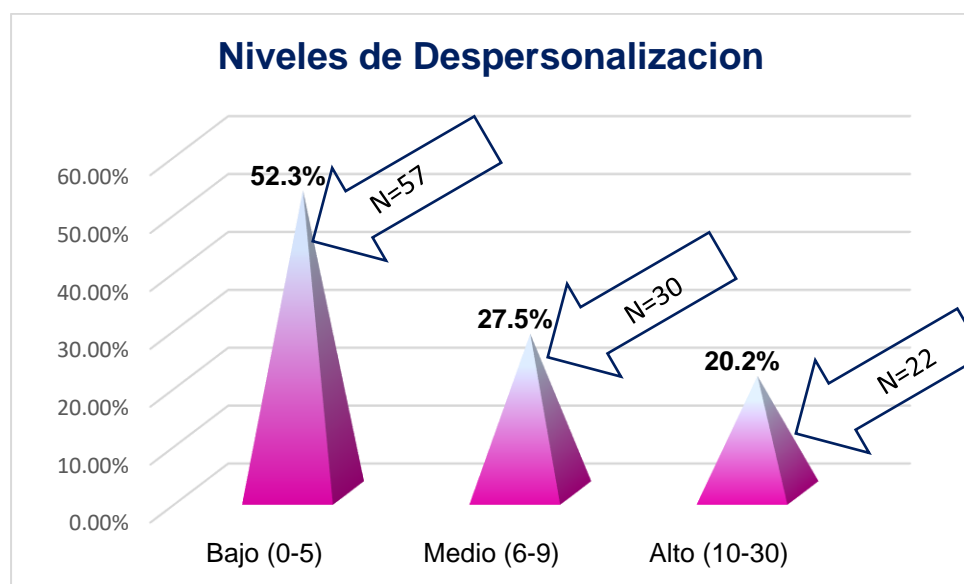
Tabla 6. Distribución de Agotamiento emocional por categoría profesional

Categoría		Bajo (0-18)	Medio (19-26)	Alto (27-54)	Total
Enfermería	Recuento	21	4	7	32
	Porcentaje (%)	65.6%	12.5%	21.9%	100.0%
Medico	Recuento	46	17	14	77
	Porcentaje (%)	59.7%	22.1%	18.2%	100.0%
Total	Recuento	67	21	21	109
	Porcentaje (%)	61.5%	19.3%	19.3%	100.0%

➤ **Despersonalización**

En la dimensión de Despersonalización se encontró de forma general en el nivel bajo (0-5) un porcentaje de 52.3% (N=57) siendo el de mayor porcentaje, el nivel medio (6-9) de 27.5% (N=30) y el nivel alto (10-30) los resultados fueron de 20.2% (N=22). *Grafica 9.*

La distribución de la dimensión de Despersonalización por categoría profesional, en enfermería el porcentaje en el nivel bajo es 56.3% (N=18) siendo el de mayor porcentaje, el nivel medio de 28.6% (22) y el nivel alto de 20.8% (N=16). En la categoría de médicos en el nivel bajo es de 50.6% (N=39) siendo el de mayor porcentaje, nivel medio de 28.6% (N=22), nivel alto con el 20.8% (N=16). *Tabla 7.*



Grafica 9. Porcentaje de niveles de Despersonalización

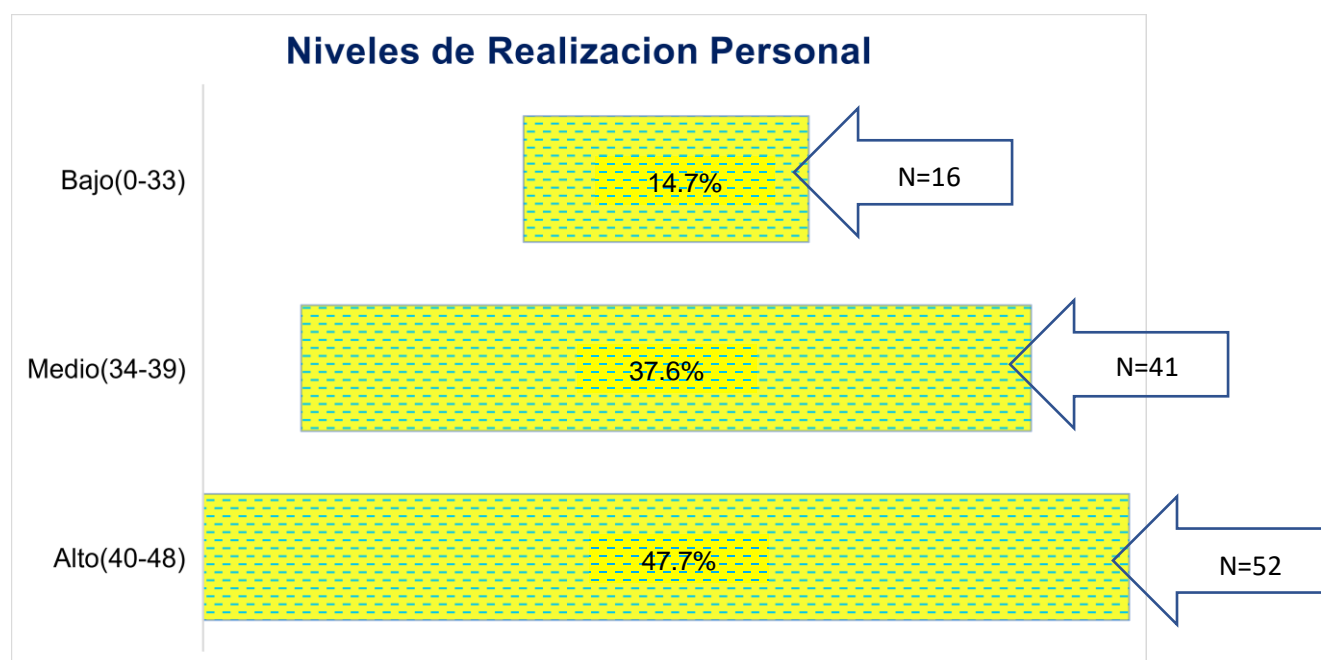
Tabla 7. Distribución de Despersonalización por categoría profesional

Categoría		Bajo (0-5)	Medio (6-9)	Alto (10-30)	Total
Enfermería	Recuento	18	8	6	32
	Porcentaje (%)	56.3%	25.0%	18.8%	100.0%
Medico	Recuento	39	22	16	77
	Porcentaje (%)	50.6%	28.6%	20.8%	100.0%
Total	Recuento	57	30	22	109
	Porcentaje (%)	52.3%	27.5%	20.2%	100.0%

➤ Realización Personal

En la dimensión de Realización personal se encontró de forma general en el nivel bajo un porcentaje de 14.7% (N=16), en el nivel medio 37.6% (N=41) y en el nivel alto 47.7% (N=52) siendo este último nivel el de mayor proporción. *Grafica 10.*

La distribución en la dimensión de Realización personal por categoría profesional en enfermería los resultados en el nivel bajo son de 15.6% (N=5), en el nivel medio es 40.6% (N=13) y en el nivel alto de 43.8% (N=14) siendo el de mayor porcentaje obtenido. Para la categoría de médico, el nivel bajo es de 14.3% (N=11) obteniendo el mayor porcentaje, el nivel medio de 36.4% (N=28) y el nivel alto de 49.4% (N=38). *Tabla 8.*



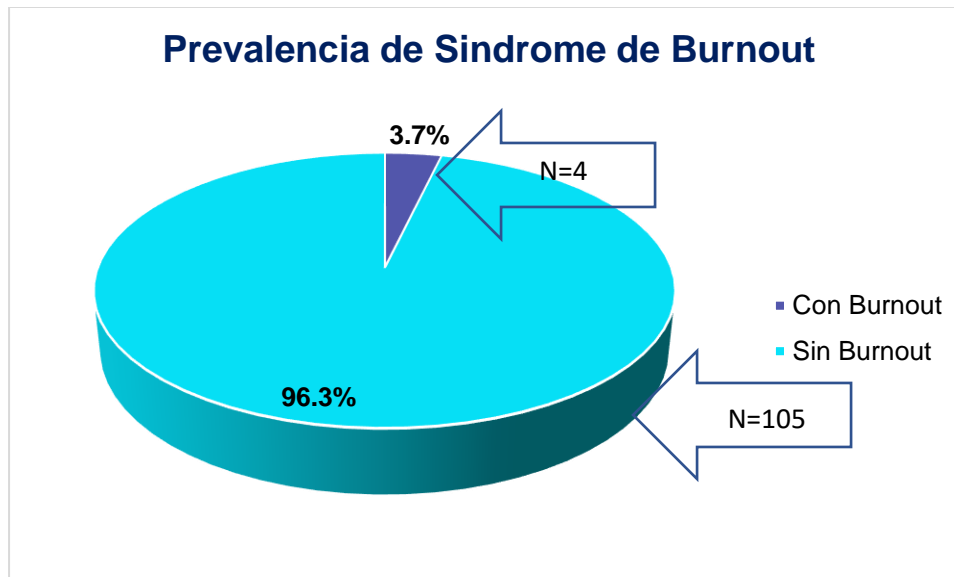
Grafica 10. Porcentaje de niveles de Realización Personal

Tabla 8. Distribución de Realización personal por categoría profesional

		Bajo (0-33)	Medio (34-39)	Alto (40-48)	Total
Enfermería	Recuento	5	13	14	32
	Porcentaje (%)	15.6%	40.6%	43.8%	100.0%
Medico	Recuento	11	28	38	77
	Porcentaje (%)	14.3%	36.4%	49.4%	100.0%
Total	Recuento	16	41	52	109
	Porcentaje (%)	14.7%	37.6%	47.7%	100.0%

Síndrome de Burnout (Criterios Maslach)

La prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a los criterios de Maslach es de 3.7% (N=4), 96.3% (N=105) de los participantes no presentaron Burnout de acuerdo a estos mismos criterios de Maslach. *Grafica 11.*



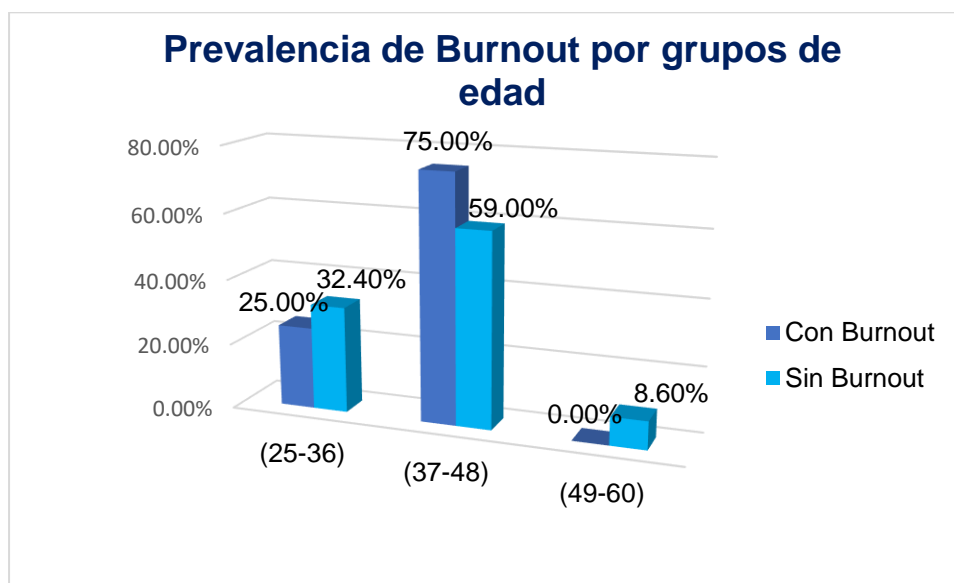
Grafica 11. Prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a criterios de Maslach

➤ Síndrome de Burnout por grupo de edad

Los resultados de síndrome de Burnout de acuerdo a criterios de Maslach por grupo de edad son: primer grupo (25-36) de 25.0% (N=1), segundo grupo (37-48) de 75.0% (N=3), tercer grupo (49-60) de 0.0% (N=0). De los participantes que no presentaron Burnout de acuerdo a estos criterios son: en el primer grupo de 32.4% (N=34), segundo grupo de 59.0% (N=62) y tercer grupo de 8.6% (N=9). *Tabla 9, Grafica 12.*

Tabla 9. Prevalencia de síndrome de Burnout por grupo de edad de acuerdo a criterios de Maslach

Edad		Con Burnout	Sin Burnout	Total
(25-36)	Recuento	1	34	35
	Porcentaje (%)	25.0%	32.4%	32.1%
(37-48)	Recuento	3	62	65
	Porcentaje (%)	75.0%	59.0%	59.6%
(49-60)	Recuento	0	9	9
	Porcentaje (%)	0.0%	8.6%	8.3%
Total	Recuento	4	105	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



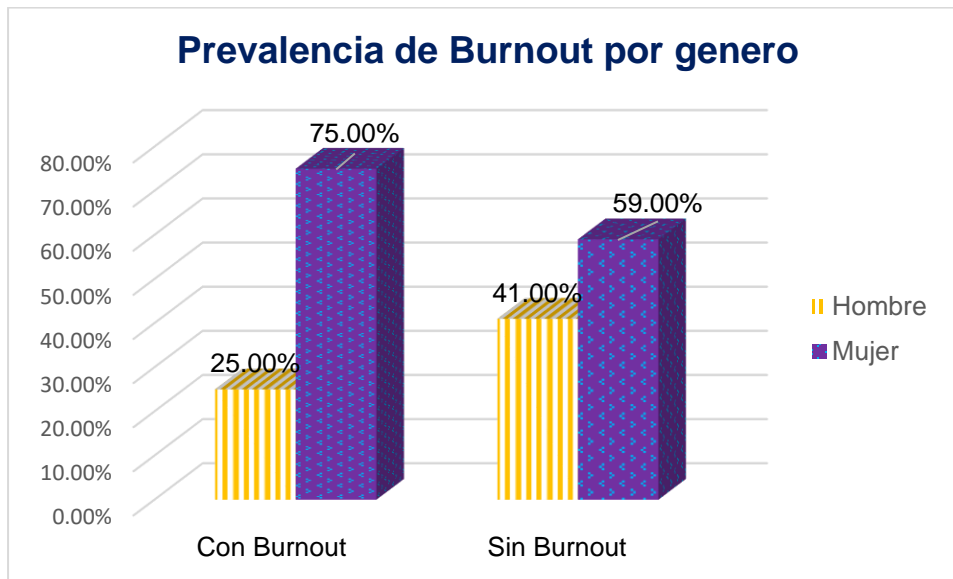
Grafica 12. Prevalencia de Burnout por grupo de edad de acuerdo a criterios de Maslach

➤ **Síndrome de Burnout por genero**

Los resultados de síndrome de Burnout de acuerdo a criterios de Maslach para género son: Hombre de 25.0% (N=1), para el género Mujer se encontró el 75.0% (N=3). Los participantes que no presentaron síndrome de Burnout de acuerdo al género son: Hombre de 41.0% (N=43), Mujer de 59.0% (N= 62). *Tabla 10, Grafica 13.*

Tabla 10. Prevalencia de Burnout por genero de acuerdo a criterios de Maslach

Genero		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Hombre	Recuento	1	43	44
	Porcentaje (%)	25.0%	41.0%	40.4%
Mujer	Recuento	3	62	65
	Porcentaje (%)	75.0%	59.0%	59.6%
Total	Recuento	4	105	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



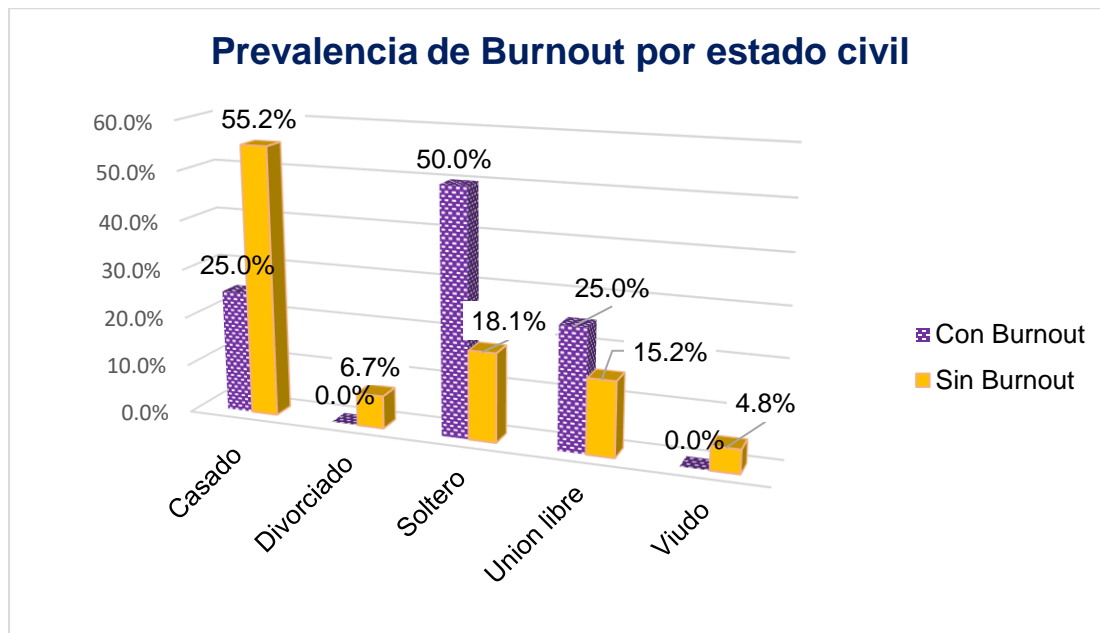
Grafica 13. Prevalencia de Burnout por género de acuerdo a criterios de Maslach

➤ **Síndrome de Burnout por estado civil**

De acuerdo a los criterios de Maslach los resultados de participantes con Burnout por estado civil son: Casado 25.0% (N=1), Divorciado 0.0% (N=0), Soltero 50.0% (N=2), Unión libre 25.0% (N=1), Viudo 0.0% (N=0). Los participantes que no presentaron Burnout con respecto al estado civil los resultados son: Casado 55.2% (N=58), Divorciado 6.7%(N= 7), Soltero 18.1% (N=19), Unión libre 15.2% (N= 16), Viudo 4.8% (N=5). *Tabla 11, Grafica14.*

Tabla 11. Prevalencia de Burnout por estado civil de acuerdo a criterios de Maslach

Estado civil		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Casado	Recuento	1	58	59
	Porcentaje (%)	25.0%	55.2%	54.1%
Divorciado	Recuento	0	7	7
	Porcentaje (%)	0.0%	6.7%	6.4%
Soltero	Recuento	2	19	21
	Porcentaje (%)	50.0%	18.1%	19.3%
Unión libre	Recuento	1	16	17
	Porcentaje (%)	25.0%	15.2%	15.6%
Viudo	Recuento	0	5	5
	Porcentaje (%)	0.0%	4.8%	4.6%
Total	Recuento	4	105	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



Grafica 14. Prevalencia de Burnout por estado civil de acuerdo a criterios de Maslach

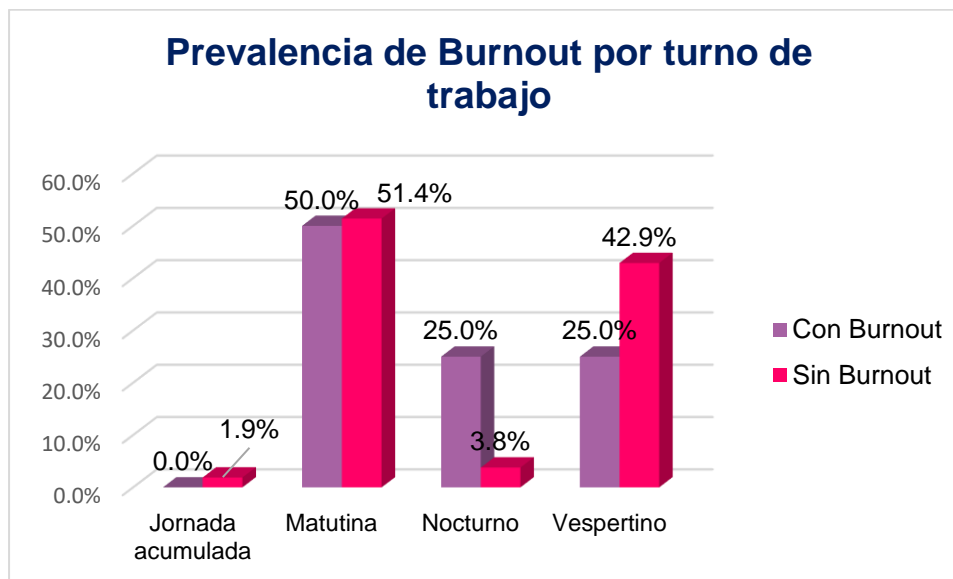
➤ **Síndrome de Burnout por turno de trabajo**

Los resultados de participantes con Burnout de acuerdo a los criterios Maslach por turno de trabajo son: para el turno de Jornada acumulada 0.0% (N=0), turno Matutino de 50.0% (N=2), turno Nocturno de 25.0% (N=1), turno Vespertino de .25.0% (N=1). Los participantes que no presentaron Burnout por turno de trabajo los resultados son: turno de Jornada acumulada 1.9% (N=2), turno Matutino de 51.4% (N=54), turno Nocturna 3.8% (N=4), turno Vespertino 42.9% (N=45).

Tabla 12, Grafica 15.

Tabla 12. Prevalencia de Burnout por turno de trabajo de acuerdo a criterios de Maslach

Turno de trabajo		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Jornada acumulada	Recuento	0	2	2
	Porcentaje (%)	0.0%	1.9%	1.8%
Matutino	Recuento	2	54	56
	Porcentaje (%)	50.0%	51.4%	51.4%
Nocturno	Recuento	1	4	5
	Porcentaje (%)	25.0%	3.8%	4.6%
Vespertino	Recuento	1	45	46
	Porcentaje (%)	25.0%	42.9%	42.2%
Total	Recuento	4	105	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



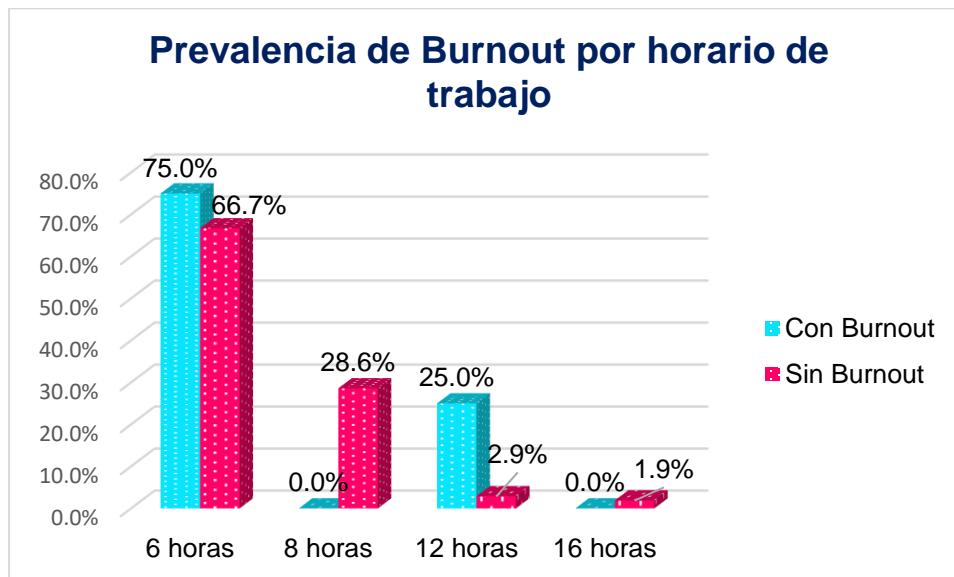
Grafica 15. Prevalencia de Burnout por turno de trabajo de acuerdo a criterios de Maslach

➤ **Síndrome de Burnout por horario de trabajo**

Los resultados de los participantes con Burnout de acuerdo a criterios Maslach por horario de trabajo son: horario de 6 horas 75.0% (N=3), horario de 8 horas 0.0% (N=0), horario de 12 horas 25.0% (N=1), horario de 16 horas 0.0% (N=0). Los participantes que no presentaron Burnout por horario de trabajo los resultados son: horario de 6 horas 66.7%(N=70), horario de 8 horas 28.6% (N=30), horario de 12 horas 2.9% (N=3), horario de 16 horas 1.9% (N= 2). *Tabla13, Grafica 16.*

Tabla 13. Prevalencia de Burnout por horario de trabajo de acuerdo a criterios de Maslach

Horario de trabajo		Con Burnout	Sin Burnout	Total
6 horas	Recuento	3	70	73
	Porcentaje (%)	75.0%	66.7%	67.0%
8 horas	Recuento	0	30	30
	Porcentaje (%)	0.0%	28.6%	27.5%
12 horas	Recuento	1	3	4
	Porcentaje (%)	25.0%	2.9%	3.7%
16 horas	Recuento	0	2	2
	Porcentaje (%)	0.0%	1.9%	1.8%
Total	Recuento	4	105	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



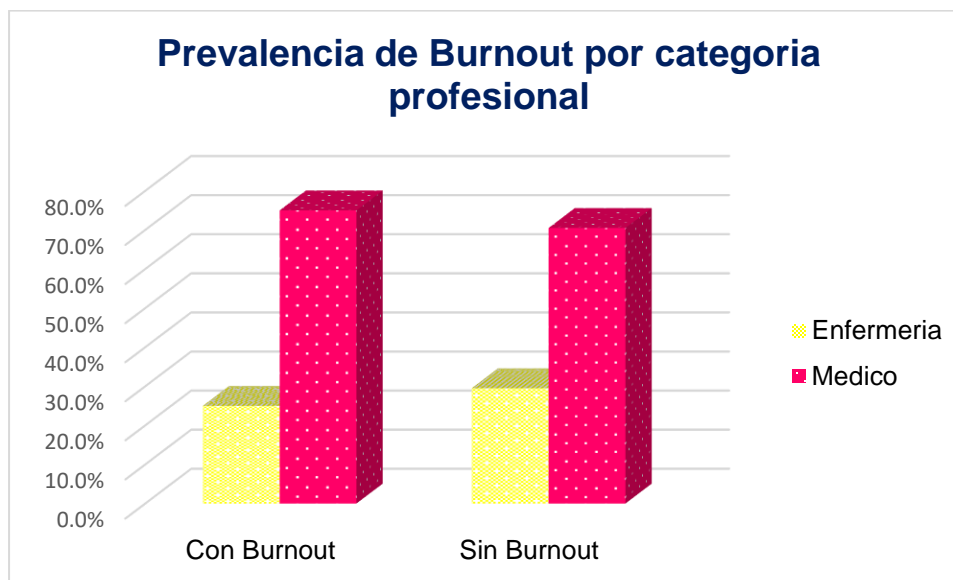
Grafica 16. Prevalencia de Burnout por horario de trabajo de acuerdo a criterios de Maslach

➤ **Síndrome de Burnout por categoría profesional**

Con respecto a la categoría profesional, los participantes con Burnout de acuerdo a los criterios de Maslach, los resultados son: para la categoría de Enfermería de 25.0% (N=1), categoría de Medico 75.0% (N=3). Los resultados de los participantes que no presentaron Burnout para la categoría de Enfermería es 29.5% (N=31), para la categoría de Medico es 70.5% (N=74). *Tabla 14, Grafica 17.*

Tabla 14. Prevalencia de Burnout por categoría profesional

Categoría profesional		Con burnout	Sin burnout	Total
Enfermería	Recuento	1	31	32
	Porcentaje (%)	25.0%	29.5%	29.4%
Medico	Recuento	3	74	77
	Porcentaje (%)	75.0%	70.5%	70.6%
Total	Recuento	4	105	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



Grafica 17. Prevalencia de Burnout por categoría profesional de acuerdo criterios de Maslach

Síndrome de Burnout (Criterios Maslach) resultados de chi cuadrada (X^2) por variables sociodemográficas

De acuerdo a los criterios de Maslach para determinar la presencia de síndrome de Burnout, en este estudio se valoró de acuerdo a las variables sociodemográficas tomando en cuenta la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrada (X^2) encontrando como resultado en cada variable lo siguiente: por grupo de edad el resultado de X^2 es de (0.573) $p=0.751$, para género X^2 de (0.407) $p=0.523$, por estado civil X^2 de (3.379) $p=0.496$, por turno de trabajo X^2 de (4.141) $p=0.247$, por horario de trabajo X^2 de (6.407) $p=0.093$, por categoría profesional X^2 de (0.308) $p=0.845$. *Tabla 15.*

En estos resultados de chi cuadrada (X^2) no hay evidencia de significancia estadística ya que los valores encontrados en todas las variables sociodemográficas son mayores de 0.05.

La de mayor importancia en este estudio es la variable de categoría profesional donde no se obtuvo un valor de significancia estadística, por lo que la prevalencia de Síndrome de Burnout ante la emergencia sanitaria de COVID 19 no fue alta para este estudio de acuerdo a los criterios Maslach.

Tabla 15. Síndrome de Burnout (criterios Maslach) resultados de chi cuadrada (X^2) por variables sociodemográficas

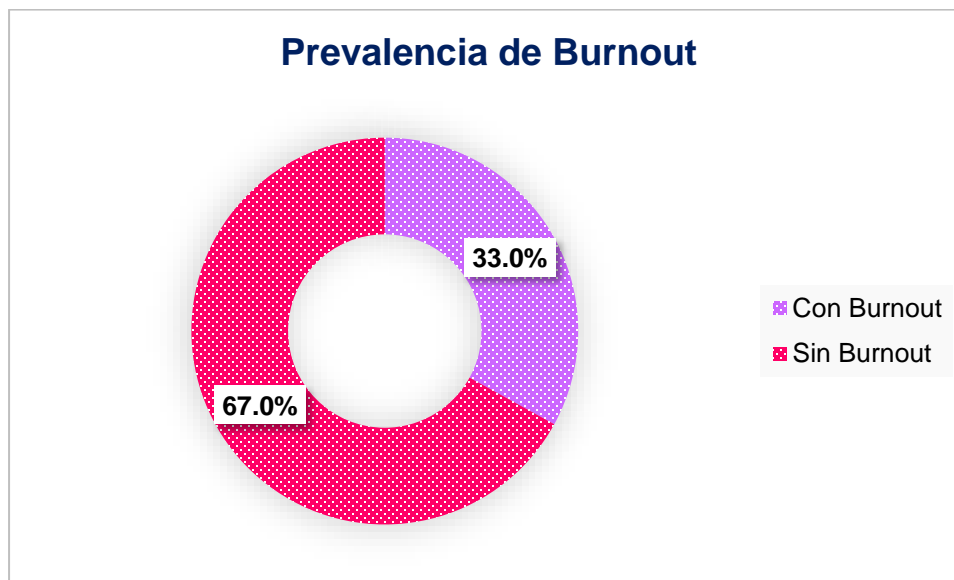
Variables sociodemográficas	Chi cuadrada (X^2)	Significancia asintótica bilateral
Grupo de edad	0.573	0.751
Genero	0.407	0.523
Estado civil	3.379	0.496
Turno de trabajo	4.141	0.247
Horario de trabajo	6.407	0.093
Categoría profesional	0.308	0.845

Síndrome de Burnout (criterios de Grunfeld)

La prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a los criterios de Grunfeld es de 33.0% (N=36), 67.0% (N=73) de los participantes no presentaron Burnout de acuerdo a estos mismos criterios de Grunfeld. *Tabla 16, Grafica 18.*

Tabla 16. Prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a criterios de Grunfeld

	Frecuencia	Porcentaje
Con Burnout	36	33.0
Sin Burnout	73	67.0
Total	109	100.0



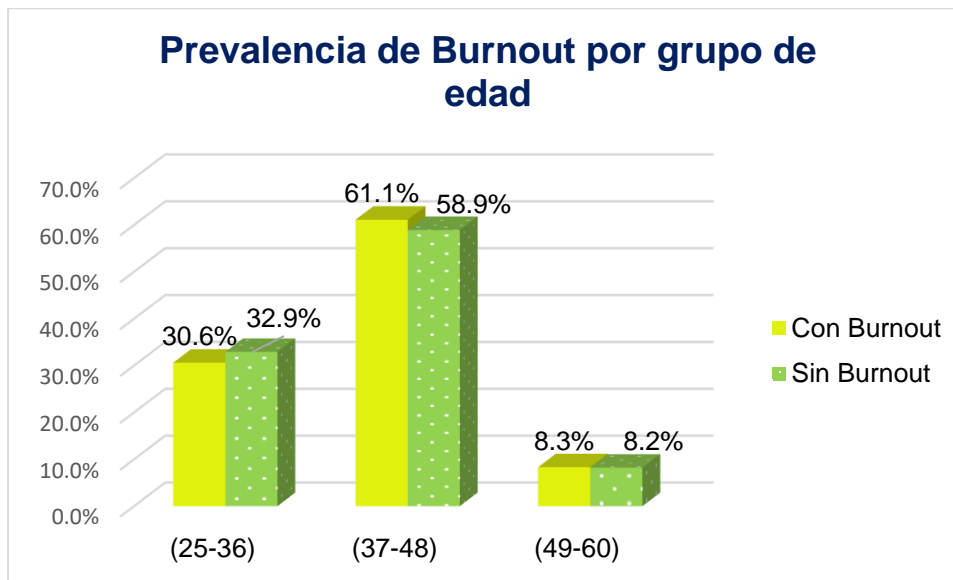
Grafica 18. Prevalencia de Burnout de acuerdo a los criterios de Grunfeld

➤ **Síndrome de Burnout por grupo de edad**

Los resultados de síndrome de Burnout de acuerdo a criterios de Grunfeld por grupo de edad son: primer grupo (25-36) de 30.6% (N=11), segundo grupo (37-48) de 61.1% (N=22), tercer grupo (49-60) de 8.3% (N=3). De los participantes que no presentaron Burnout de acuerdo a estos criterios son: en el primer grupo de 32.9% (N=24), segundo grupo de 58.9% (N=43) y tercer grupo de 8.2% (N=6). *Tabla 17, Grafica 19.*

Tabla 17. Prevalencia de Burnout por grupo de edad de acuerdo a criterios de Grunfeld

Grupo de edad		Con Burnout	Sin Burnout	Total
(25-36)	Recuento	11	24	35
	Porcentaje (%)	30.6%	32.9%	32.1%
(37-48)	Recuento	22	43	65
	Porcentaje (%)	61.1%	58.9%	59.6%
(49-60)	Recuento	3	6	9
	Porcentaje (%)	8.3%	8.2%	8.3%
Total	Recuento	36	73	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



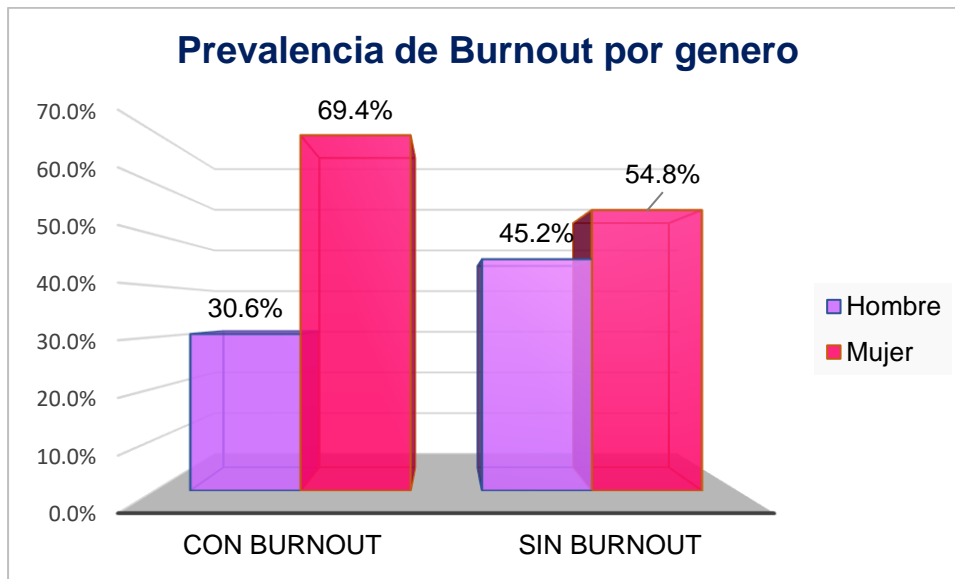
Grafica 19. Prevalencia de Burnout por grupo de edad de acuerdo a criterios de Grunfeld

➤ **Síndrome de Burnout por genero**

Los resultados de síndrome de Burnout de acuerdo a criterios de Grunfeld para género son: Hombre de 30.6% (N=11), para el género Mujer se encontró el 69.4% (N=25). Los participantes que no presentaron síndrome de Burnout de acuerdo al género son: Hombre de 45.2% (N=33), Mujer de 54.8% (N= 40). *Tabla 18, Grafica 20.*

Tabla 18. Prevalencia de Burnout por genero de acuerdo a criterios de Grunfeld

Genero		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Hombre	Recuento	11	33	44
	Porcentaje (%)	30.6%	45.2%	40.4%
Mujer	Recuento	25	40	65
	Porcentaje (%)	69.4%	54.8%	59.6%
Total	Recuento	36	73	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



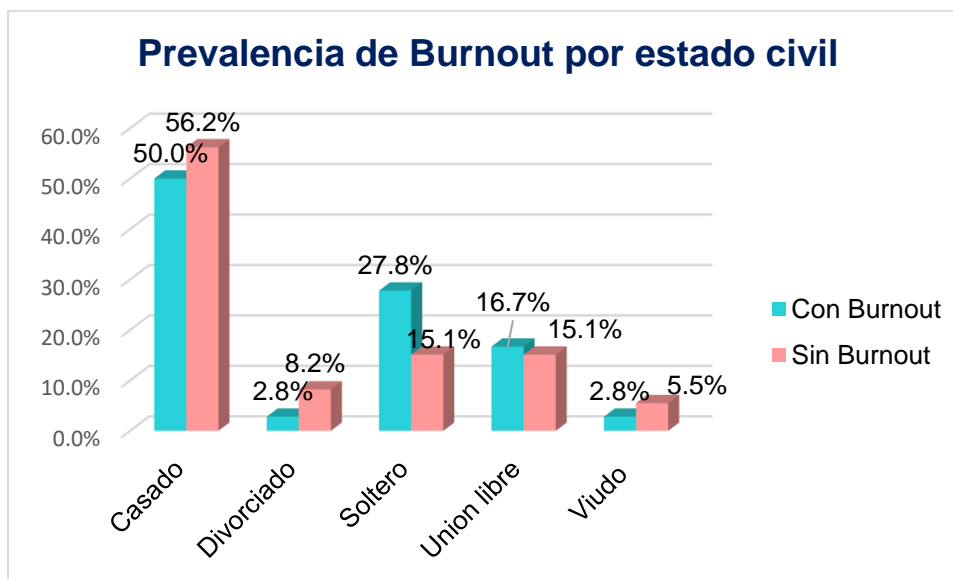
Grafica 20. Prevalencia de Burnout por genero de acuerdo a criterios de Grunfeld

➤ **Síndrome de Burnout por estado civil**

De acuerdo a los criterios de Grunfeld los resultados de participantes con Burnout por estado civil son: Casado 50.0% (N=18), Divorciado 2.8% (N=1), Soltero 27.8% (N=10), Unión libre 16.7% (N=6), Viudo 2.8% (N=1). Los participantes que no presentaron Burnout con respecto al estado civil los resultados son: Casados 56.2% (N=41), Divorciado 8.2% (N= 6), Soltero 15.1% (N=11), Unión libre 15.1% (N= 11), Viudo 5.5% (N=4). *Tabla 19, Grafica 21.*

Tabla 19. Prevalencia de Burnout por estado civil de acuerdo a criterios de Grunfeld

Estado civil		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Casado	Recuento	18	41	59
	Porcentaje (%)	50.0%	56.2%	54.1%
Divorciado	Recuento	1	6	7
	Porcentaje (%)	2.8%	8.2%	6.4%
Soltero	Recuento	10	11	21
	Porcentaje (%)	27.8%	15.1%	19.3%
Unión libre	Recuento	6	11	17
	Porcentaje (%)	16.7%	15.1%	15.6%
Viudo	Recuento	1	4	5
	Porcentaje (%)	2.8%	5.5%	4.6%
Total	Recuento	36	73	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



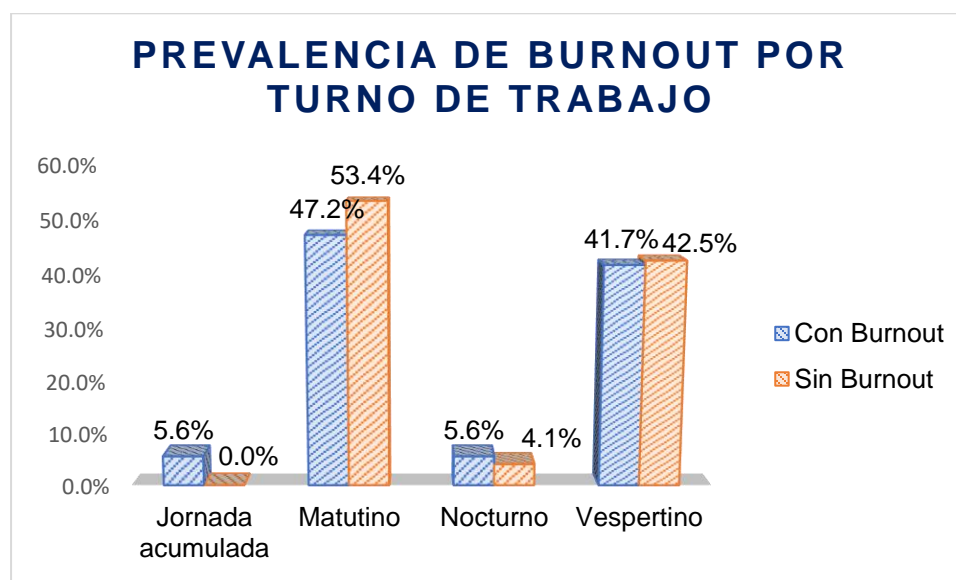
Grafica 21. Prevalencia de Burnout por estado civil de acuerdo a criterios de Grunfeld

➤ **Síndrome de Burnout por turno de trabajo**

Los resultados de participantes con Burnout de acuerdo a los criterios Grunfeld por turno de trabajo son: para el turno de Jornada acumulada 5.6% (N=2), turno Matutino de 47.2% (N=17), turno Nocturno de 5.6% (N=2), turno Vespertino de 41.7% (N=15). Los participantes que no presentaron Burnout por turno de trabajo los resultados son: turno de Jornada acumulada 0.0% (N=0), turno Matutino de 53.4% (N=39), turno Nocturno 4.1% (N=3), turno Vespertino 42.5% (N=31). *Tabla 20, Grafica 22*.

Tabla 20. Prevalencia de Burnout turno de trabajo de acuerdo a criterios de Grunfeld

Turno de trabajo		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Jornada acumulada	Recuento	2	0	2
	Porcentaje (%)	5.6%	0.0%	1.8%
Matutino	Recuento	17	39	56
	Porcentaje (%)	47.2%	53.4%	51.4%
Nocturno	Recuento	2	3	5
	Porcentaje (%)	5.6%	4.1%	4.6%
Vespertino	Recuento	15	31	46
	Porcentaje (%)	41.7%	42.5%	42.2%
Total	Recuento	36	73	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



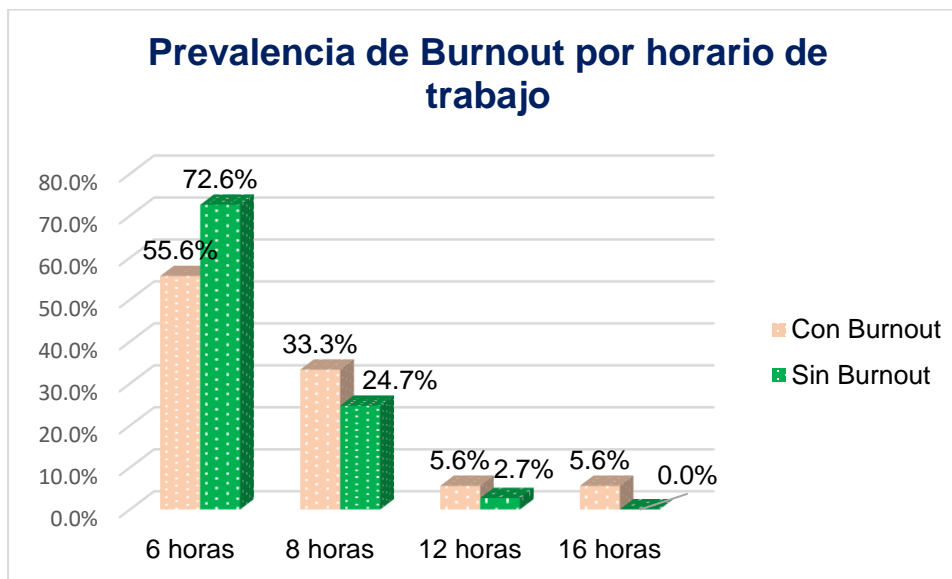
Grafica 22. Prevalencia de Burnout por turno de trabajo de acuerdo a criterios de Grunfeld

➤ **Síndrome de Burnout por horario de trabajo**

Los resultados de los participantes con Burnout de acuerdo a criterios Grunfeld por horario de trabajo son: horario de 6 horas 55.6% (N=20), horario de 8 horas 33.3% (N=12), horario de 12 horas 5.6% (N=2), horario de 16 horas 5.6% (N=2). Los participantes que no presentaron Burnout por horario de trabajo los resultados son: horario de 6 horas 72.6%(N=53), horario de 8 horas 24.7% (N=18), horario de 12 horas 2.7% (N=2), horario de 16 horas 0.0% (N= 0). *Tabla21, Grafica 23.*

Tabla 21. Prevalencia de Burnout por horario de trabajo de acuerdo a criterios de Grunfeld

Horario de trabajo		Con Burnout	Sin Burnout	Total
6 horas	Recuento	20	53	73
	Porcentaje (%)	55.6%	72.6%	67.0%
8 horas	Recuento	12	18	30
	Porcentaje (%)	33.3%	24.7%	27.5%
12 horas	Recuento	2	2	4
	Porcentaje (%)	5.6%	2.7%	3.7%
16 horas	Recuento	2	0	2
	Porcentaje (%)	5.6%	0.0%	1.8%
Total	Recuento	36	73	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



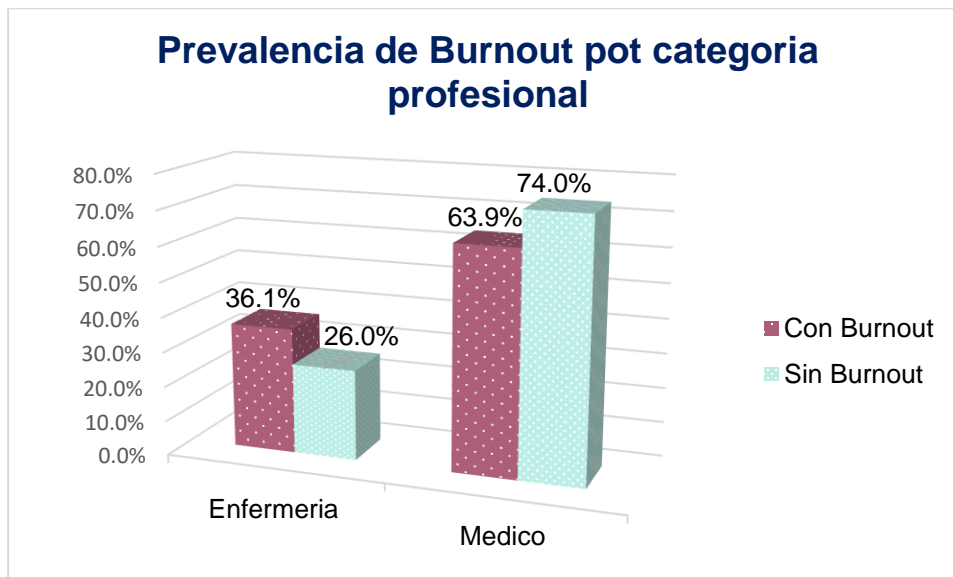
Grafica 23. Prevalencia de Burnout por horario de trabajo de acuerdo a criterios de Grunfeld

➤ **Síndrome de Burnout por categoría profesional**

Con respecto a la categoría profesional, los participantes con Burnout de acuerdo a los criterios de Grunfeld, los resultados son: para la categoría de Enfermería de 36.1% (N=13), categoría de Medico 63.9% (N=23). Los resultados de los participantes que no presentaron Burnout para la categoría de Enfermería es 26.0% (N=19), para la categoría de Medico es 74.0% (N=54). *Tabla 22, Grafica 24.*

Tabla 22. Prevalencia de Burnout por categoría profesional de acuerdo a criterios de Grunfeld

Categoría Profesional		Con Burnout	Sin Burnout	Total
Enfermería	Recuento	13	19	32
	Porcentaje (%)	36.1%	26.0%	29.4%
Medico	Recuento	23	54	77
	Porcentaje (%)	63.9%	74.0%	70.6%
Total	Recuento	36	73	109
	Porcentaje (%)	100.0%	100.0%	100.0%



Grafica 24. Prevalencia de Burnout por categoría profesional de acuerdo a criterios de Grunfeld

Síndrome de Burnout (Criterios Grunfeld) resultados de chi cuadrada (X^2) por variables sociodemográficas

De acuerdo a los criterios de Grunfeld para determinar la presencia de síndrome de Burnout, en este estudio se valoró de acuerdo a las variables sociodemográficas tomando en cuenta la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrada (X^2) encontrando como resultado en cada variable lo siguiente: por grupo de edad el resultado de X^2 es de (0.061) $p=0.970$, para género X^2 de (2.150) $p=0.143$, por estado civil X^2 de (3.725) $p=0.444$, por turno de trabajo X^2 de (4.350) $p=0.226$, por horario de trabajo X^2 de (6.282) $p=0.099$, por categoría profesional X^2 de (1.182) $p=0.277$. *Tabla 23.*

No hay evidencia de significancia estadística en los resultados obtenidos, ya que los valores encontrados en todas las variables sociodemográficas también presentaron una p mayor de 0.05.

No existe una diferencia significativa de la prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a la categoría profesional ante la emergencia sanitaria de COVID 19 utilizando los criterios de Grunfeld.

Tabla 23. Síndrome de Burnout (Criterios Grunfeld) resultados de chi cuadrada (X^2) por variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	Chi cuadrada (X^2)	Significancia asintótica bilateral
Grupo de edad	0.061	0.970
Genero	2.150	0.143
Estado civil	3.725	0.444
Turno de trabajo	4.350	0.226
Horario de trabajo	6.282	0.099
Categoría profesional	1.182	0.277

DISCUSION

En el contexto de la pandemia por COVID-19, los profesionales de la salud que trabajan en la primera línea están expuestos a diversas situaciones de estrés; por lo cual tienen un alto riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout.²⁸

Nuestro estudio cuenta con una muestra de 109 participantes en la categoría profesional de enfermería con el 29.4% y médicos con el 70.6%.

Comparándolo con otros estudios estos presentan mayor tamaño de la muestra, un ejemplo es el de 880 profesionales de la salud en China a quienes se les aplicó la escala de MBI, con un porcentaje en los médicos del 64% y de enfermeras con el 36%.²⁸

Otro estudio realizado en México a 168 individuos profesionales de la salud con un porcentaje en el servicio de enfermería del 45.8% y en los médicos del 34.5% en varios centros de trabajo pertenecientes a la Secretaría de Salud del estado de Jalisco .²⁹

Quiroz–Asencio G, et al. Menciona que de acuerdo a la profesión el grado de agotamiento emocional que se encontró en enfermería fue del 62.33% lo cual no presentó agotamiento, el 12.98% presentaron un agotamiento moderado y el 24.67% presentaron agotamiento severo. Al área médica el 41.37% no presentó agotamiento emocional, el 15.51% lo presentaron de manera moderada y el 43.1% presentó agotamiento severo ²⁹

En nuestro estudio los resultados obtenidos en la dimensión de agotamiento emocional por categoría profesional en enfermería para el nivel bajo fueron de 65.6% obteniendo el mayor porcentaje, el nivel medio de 12.5% y el nivel alto de 21.9%; para la categoría de médico el nivel bajo fue de 59.7% obteniendo el mayor porcentaje, el nivel medio de 22.1% y el nivel alto de 18.2%

El porcentaje de afección por despersonalización encontrado fue el siguiente: para enfermería en un 64.9% no presentaron despersonalización, en un 14.2% presentaron despersonalización moderada y un 20.8% una despersonalización severa. Los médicos en un 32.8% no presentaron despersonalización, en un 32.8% la presentaron de manera moderada y en un 34.5% presentaron despersonalización severa.²⁹

La distribución de la dimensión de Despersonalización por categoría profesional en nuestro estudio en enfermería para el nivel bajo es 56.3% siendo el de mayor porcentaje de los tres niveles de despersonalización al igual que el estudio de Quiroz (2021), el nivel medio de 28.6% y el nivel alto de 20.8%. En la categoría de médicos en el nivel bajo es de 50.6% siendo el de mayor porcentaje nivel medio de 28.6% y nivel alto con el 20.8%.

De acuerdo al estudio de Quiroz (2021) en el área de enfermería se encontró que un 54.5% presentó un alto grado de realización personal, 23.4% moderada realización personal y en un 22.1% bajo grado de realización personal, en el campo médico un 53.4% presentó alta realización personal, 27.6% moderado grado de realización y 19% bajo grado de realización personal.²⁹

En nuestro estudio la distribución en la dimensión de Realización personal por categoría profesional en enfermería los resultados fueron para nivel bajo de 15.6%, en el nivel medio de 40.6% y en el nivel alto de 43.8% siendo el de mayor porcentaje obtenido. Para la categoría de médico, el nivel bajo es de 14.3% obteniendo el mayor porcentaje, el nivel medio de 36.4% y el nivel alto de 49.4% .

Respecto a la prevalencia de Burnout es necesario mencionar que, a pesar de que ha sido ampliamente estudiado, es difícil comparar la frecuencia y la precisión de los diferentes estudios, debido a la inconsistencia en la determinación del síndrome en las distintas investigaciones. Cuando la metodología de Maslach se ha aplicado correctamente, el rango entre las prevalencias disminuye, tanto en las subescalas como en el síndrome en conjunto. Así, el agotamiento emocional, se ha encontrado entre 19% y 58.9%, la despersonalización entre 20% y 44%, acompañados de realización personal baja, se reportó entre 12% y 19%.³⁰

En nuestro estudio los resultados de agotamiento emocional fueron de 19.3%, parecido al artículo de Palacios (2021) al igual que los resultados que obtuvimos en la dimensión de despersonalización 20.2%, la dimensión de realización personal los resultados que obtuvimos fue de 47.7%.

Palacios-Nava ME, et al. Menciona que la prevalencia de factores asociados con el síndrome de Burnout (SB) en 983 integrantes del personal de salud del estado de Chihuahua, durante el brote por COVID-19. La prevalencia global de Síndrome de Burnout fue 11.5%. Dichas prevalencias fueron más elevadas en el personal de enfermería (15.2% y 30.0%, respectivamente).³⁰

En el estudio que llevamos a cabo se obtuvo una prevalencia mucho menor con la metodología de Maslach del 3.7%, Con respecto a la categoría profesional, los participantes con Burnout para la categoría de Enfermería fueron de 25.0% y en la categoría de Medico del 75.0%.

FORTALEZAS

Se obtuvo una adecuada participación de los profesionales de la salud para este estudio, además se realizó en una de las Unidades Médico Familiares más grandes a nivel nacional.

Una de las fortalezas reside en ser el primer trabajo de investigación realizado en esta institución sobre prevalencia de Síndrome de Burnout ante emergencia sanitaria por COVID-19, dando un primer paso para realizar medidas necesarias para la identificación de forma oportuna de los profesionales de la salud más susceptibles a padecer este síndrome.

Este estudio que se llevó a cabo puede ser punto de partida para futuras investigaciones en la misma Institución, con el fin de mejorar el bienestar de los profesionales de salud y valorar resultados nuevos o diferentes de los realizados en este estudio.

El cuestionario que se utilizó (Maslach Burnout Inventory) es uno de los más utilizados internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empleadas para definir Burnout, además de ser adaptadas y traducidas al español.

LIMITANTES

Una de las limitaciones es la elaboración en una sola Unidad Médica Familiar, lo que podría limitar la generalización de sus resultados.

El estudio requiere de interrogar otros factores de riesgo como factores relacionados con los pacientes (alta tasa de mortalidad, contacto con el sufrimiento y la muerte, conflictos éticos) para determinar la susceptibilidad de los profesionales de la salud con respecto al impacto psicológico que pudieron presentar ante la emergencia sanitaria de COVID-19.

Además, la poca cantidad de participantes estudiados puede influenciar en la obtención de los resultados. Otra situación a considerar es la honestidad de los participantes a la hora de responder el cuestionario de MBI .

El estudio se llevó a cabo en el año 2021 pudiendo limitar el aumento de la prevalencia de Burnout, otra limitante es que el cuestionario pudiera crear confusión en la manera de cómo responder cada Ítem de forma correcta.

IMPLICACIONES ETICAS

Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Además, en el estudio que se realizó no aparecen los datos personales de los participantes.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la participación en el estudio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la distribución por categoría profesional se obtuvo mayor participación de los médicos.

Con respecto al género las mujeres son las que obtuvieron mayor relevancia participando en el estudio; el género femenino de acuerdo a la categoría profesional fue mayor en enfermería a diferencia del género de hombre siendo más frecuente en la profesión de médico.

Por grupos de edad tanto en enfermería como en médicos se obtuvo mayor frecuencia en el grupo de edad de comprendido de los 37 a los 40 años de edad.

De acuerdo a la distribución por turno de trabajo el de mayor frecuencia en este estudio fue en el turno matutino.

Por horario de trabajo se obtuvo una distribución general en el horario de 6 horas; de acuerdo a la categoría profesional, en médicos fue de mayor relevancia el horario de 6 horas, a comparación de enfermería en la cual el horario de 8 horas fue el de mayor predominio.

Con respecto a las dimensiones que conforman el síndrome de Burnout, tanto en la dimensión de agotamiento emocional como en la dimensión de despersonalización se obtuvo mayor predominio en el nivel bajo y en la dimensión de realización personal el resultado de mayor relevancia fue el nivel alto.

La prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a los criterios de Maslach en este estudio el resultado que se obtuvo es del 3.7%; por grupo de edad la prevalencia de Burnout fue mayor en el grupo de 37 a 48 años de edad, por género el resultado de mayor predominio es en las mujeres, por estado civil obtuvimos mayor prevalencia de Burnout en los solteros, los resultados de los participantes con Burnout por turno de trabajo fue mayor en el turno matutino, de acuerdo al horario de trabajo fue en el horario de 6 horas el de mayor relevancia, y con respecto a la categoría profesional los participantes con Burnout que se obtuvo fue en los médicos 75.0% a comparación de enfermería 25.0%.

La prevalencia de Síndrome de Burnout de acuerdo a los criterios de Grunfeld que se obtuvo en este estudio es de 33.0% , por grupo de edad los resultados fueron desde los 37 a los 48 años, de acuerdo al género se obtuvo en mujeres el mayor recuento, por estado civil el de mayor predominio fue en los casados , por horario de trabajo fue mayor en el horario de 6 horas, por turno de trabajo fue en el turno matutino y con respecto a la categoría profesional fue mayor en médicos 63.9% a comparación de enfermería que obtuvo un resultado de 36.1%.

A pesar que la prevalencia de Burnout no fue significativa, es importante tomar en cuenta medidas preventivas que les permitan a los profesionales de la salud manejar y afrontar el estrés mediante sesiones de relajación, yoga, terapias grupales, técnicas de autocontrol, etc.

Se sugiere además brindar atención psicológica, buscando obtener un equilibrio personal, laboral y emocional que les permita un mejor desarrollo de sus actividades como profesionistas.

En el periodo de la pandemia por COVID-19 se llevaron a cabo talleres para el personal de salud impartidos por el servicio de psicología donde se impartió meditación, terapias grupales, técnicas de afrontamiento de estrés todo esto con el fin de evitar afectación a nivel mental en el personal de salud, por lo que ello contribuyo a que la prevalencia en este estudio realizado fuera mucho menor del esperado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-. Organización Mundial de la salud. ¿Que son el reglamento sanitario internacional y los comités de emergencias? [internet].2020. [citado 31 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/39/es/>
- 2-. Simón-Soria F. Emergencias de salud pública de importancia internacional. Una oportunidad para mejorar la seguridad sanitaria global. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016; 34 (4): 219-221.
- 3-. Secretaria de salud. Manual de Procedimientos Estandarizados de Operaciones en Materia de Vigilancia Epidemiológica Internacional. [internet]. Ciudad de México: LDG; 2018 [consultado 31 de agosto 2020]. Disponible en: [epidemiologia.salud.gobmx/salud/documentos/manuales/13 Manual_vig_epid_internacional.pdf](http://epidemiologia.salud.gobmx/salud/documentos/manuales/13_Manual_vig_epid_internacional.pdf).
- 4-. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Semergen.*2020; 46(1): 72-84.
- 5-. Palacios-cruz M, Santos E, Velázquez-Cervantes MA, León- Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp.* 2021;221 (1): 55-61.
- 6-.Manigandan S, Wu MT, Ponnusamy VK, Raghavendra VB, Pugazhendhi A, Brindhadevi K. A systematic review on recent trends in transmission, diagnosis, prevention and imaging features of COVID-19. *Process Biochemistry.* Process Biochemistry. 2020; (98): 233–240.
- 7-. Huy Tuan N, Mohammadi H , Rezapour S. A mathematical model for COVID-19 transmission by using the Caputo fractional derivative. *Chaos Solitons and Fractals.* 2020; (140): 110107.
- 8-. Estrella-Silva MG, Portalanza A. El burnout y su aplicación en el sector de la aviación: Una aproximación conceptual. *Suma de Negocios .*2015;(6): 204–211.
- 9-. Olivares-Faundez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab.* 2017;19 (58): 59-63.

- 10-. Vila -Falgueras M, Cruzate-Muñoz C, Orfila-Pernas F, Creixell-Sureda J, Gonzalez-Lopez MP, Davins-Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención primaria. *Aten Primaria*.2015; 47 (1): 25-31.
- 11-. Saborío-Morales L, Hidalgo-Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med Leg*. 2015; 32 (1): 119-124.
- 12-. Dávila FA, Nevado N. Validación de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud. *Educ Med*. 2016;17(4):158-163.
- 13-. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de Burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Edo Med* . 2021; 22 (2): 142-146.
- 14-. Vieta E, Perez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020; 13 (2): 105- 110.
- 15-. Mira JJ. Pandemia COVID-19: y ahora ¿qué? *J. healthc qual res*. 2020; 35 (3): 133-135.
- 16-. Alandijany TA, Faizo AA, Azhar EI. Coronavirus Disease of 2019 (COVID-19) in the gulf cooperation council (GCC) countries: current status and management practices. *J Infect Public Health*. 2020; 13 (6):839-842.
- 17-.World health organization. Who Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [internet].2020. [citado 18/05/2020]. Disponible en: <https://covid19 .Who.int>
- 18-. Organización panamericana de la salud. Informe de situación COVID-19, no. 15. [internet]. 2020. [citado 6 julio el 2020]. <https:// iris.paho. org/handle/10665.2/52488>
- 19-. Gobierno de México. COVID-19. Tablero México. 2020.COVID-19. [internet]. 2020. [citado 19 de Julio 2020]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx>
- 20-. Baja California Gobierno del Estado. COVID-19-Gobierno Del Estado De Baja California. [internet]. 2020. Disponible en: <http://www.bajacalifornia.gob.mx/coronavirus>

- 21-. Garcia-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Herrera P, Dauden. Burnout Syndrome and Demotivation Among Health Care Personnel. Managing Stressful Situations: The Importance of Teamwork. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(5):400-406.
- 22-. Dimitri MCT, Pantea-Stoian A, Smarandad AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses.* 2020; 144 :109972.
- 23-. Veliz-Burgos AL, Dorner -Paris AP, Soto-Salcedo AG, Arriagada A. Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria.* 2018;28 (3): 56-64.
- 24-. Ramírez MR. Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 2017; 4 (1): 241-251.
- 25-.Loya-Murguia KM, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *JONNPR.* 2018;3(1):40-48.
- 26-. García- Rivera, BR, Maldonado-Radillo SE, Ramírez- Barón MC. Agotamiento profesional en el sector salud de Baja California. *Invest adm.*2014; 43(113): 60-77.
- 27-. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions *J Am coll Radiol.* 2020; 17 (7): 921- 926.
- 28-. Lozano-Vargas A. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr.* 2021; 84(1): 1-2.
- 29-. Quiroz-Ascencio G, Vergara-Orozco MG, Yáñez-Campos M del R, Pelayo-Guerrero P, Moreno-Ponce R, Mejía-Mendoza ML. Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19. *Rev Sal Jal .*2021; 8 :20-32.
- 30-. Palacios-Nava ME, Paz -Román MP. El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19. [internet]. 2021. [citado 30/001/2022] . Disponible en : <https://www.https://scholar.google.com/>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Prevalencia de síndrome de Burnout ante emergencia sanitaria por covid-19 en personal Médico y Enfermería de la unidad de medicina familiar no. 27.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.
Número de registro:	R-2021-204-015
Justificación y objetivo del estudio:	La crisis sanitaria provocada por la pandemia del virus Covid-19 ha vuelto a destacar el papel de los profesionales sanitarios como elemento clave que sufren una alta tensión marcada por la presión asistencial, la falta de medios de protección, el posible colapso de los sistemas sanitarios, la sobrecarga emocional secundaria al aislamiento de los pacientes. Ante esta tensión, resulta importante analizar el impacto emocional en los profesionales sanitarios en particular en el personal de primer nivel de atención ya que es el primer contacto entre el paciente y los demás profesionales de salud de otras áreas siendo uno de los principales pilares o eslabones en el área médica. Este estudio tiene como objetivo identificar la prevalencia de síndrome de Burnout ante la emergencia sanitaria por covid-19 en médicos y personal de enfermería de la UMF No. 27 de IMSS de Tijuana, B.C.
Procedimientos:	Aplicación de la escala Maslach Burnout Inventory y recolección de variables socio demográficas en los Médicos y Enfermeras de la UMF 27, que autoricen su participación en el estudio al firmar el consentimiento informado.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo es mínimo ya que solamente se le aplicarán encuesta, no se toman muestras ni se realizan intervenciones.
Posibles beneficios al participar:	Contribuir a obtener conocimientos que puedan ayudar a identificar la frecuencia de síndrome de Burnout en los Médicos y Enfermeras que se encuentran en la UMF 27. A si mismo se informara si presenta síndrome de Burnout.
Información sobre resultados y alternativas:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier duda respecto al síndrome de Burnout. Pero derivado de este estudio no hay alguna alternativa de tratamiento, ya que solo se tomarán los datos del cuestionario Maslach para conocer la frecuencia de la enfermedad.
Participación o retiro:	Si usted no quiere participar o desea salir del estudio en cualquier momento de la investigación, es su derecho y no afectara de ninguna forma su labor institucional.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que solo usara los códigos numéricos.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.

Beneficios al término del estudio:	Canalizar al servicio médico correspondiente para su manejo integral, con su previa autorización.
Investigador Responsable:	Dra. Elsa Elvira Jiménez Jiménez Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar. Matricula: 98029483 Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: elsa_05_30@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando Medico Familiar adscrita a Unidad de Medicina Familiar No. 33 Matricula: 980220718 Teléfono: (664) 329 88 37. Correo: vanessa.bermudez@imss.gob.mx
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	
_____	_____
Nombre y firma del sujeto o tutor	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo #1 Nombre, dirección y firma	Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Correo electrónico y/o teléfono

DD	MM	AAAA	
Fecha			Folio del participante

Si usted es personal Médico o de Enfermería y se encuentra rotando en área COVID en la unidad de medicina Familiar No. 27; por favor constató cada uno de las preguntas de este cuestionario. (La información que aquí consigne es de carácter confidencial).

Marque con una (x) la respuesta que corresponda.

1. Edad _____ años (cumplidos).

2. Genero:

(A) Hombre _____ (B) Mujer _____

3. Estado Civil

(A) Casado _____ (B) Soltero _____ (C) Unión libre _____ (D) Viudo _____ (E) Divorciado _____

4. Turno de trabajo:

(A) Matutino _____ (B) Vespertino _____ (C) Jornada acumulada _____ (D) Nocturno _____ (E) No fijo _____

5. Horario de trabajo: _____ horas al día.

6. Cursa con diagnóstico Médico de Ansiedad, Depresión o alguna otra patología de salud mental.

7. Se encuentra bajo prescripción médica de algún medicamento para ansiedad, depresión o alguna otra patología de salud mental.

(A) Si _____ (No) no _____

Anexo 3.

Cuestionario 2: MBI

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout.

Escriba el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= nunca

1= pocas veces al año o menos.

2= una vez al mes o menos.

3= unas pocas veces al mes.

4= una vez a la semana.

5= pocas veces a la semana.

6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	

15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

