



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

Burnout ocupacional y resiliencia en personal médico  
laborando durante la pandemia de la COVID-19 en Tijuana,  
Baja California, México.

Tesis presentada por

**César Antonio González Cota**  
para obtener el grado de

**MAESTRO EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN**  
Tijuana, B. C., México  
2022

# CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. María Hilda García Pérez

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Dr. Raúl Sergio González Ramírez, lector interno
2. Dra. María del Carmen Castro Vásquez. lector externo

## **Agradecimientos**

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo económico durante el proceso de elaboración de esta tesis.

Agradezco a El Colegio de la Frontera Norte por brindarme la oportunidad de ser parte de la institución y contribuir en mi formación profesional.

Agradezco especialmente a mi asesora de tesis Dra. María Hilda García Pérez, por estar siempre apoyándome, brindándome conocimiento y por tenerme una paciencia de oro.

Agradezco al coordinador Dr. Raúl González por estar al pendiente en su labor como coordinador.

A todos los docentes, personal administrativo y a mis compañeros por brindarme aprendizaje, hacer un lugar ameno y estar siempre a mi lado.

Agradezco a mi papá por estar siempre apoyándome.

Agradezco especialmente a Mar por impulsarme a proponerme y cumplir nuevas metas.

## Resumen

Durante la pandemia de la COVID-19, el síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* ha afectado de manera desproporcionada al personal de salud de manera internacional. Este estudio evalúa la relación entre presencia de síntomas de *burnout*, y variables ocupacionales y resiliencia en personal médico que labora en el sector público y privado en la ciudad fronteriza de Tijuana, Baja California, México. En 2022 se llevó a cabo una encuesta transversal en *GoogleForms* a una muestra por conveniencia de 101 médicos. El *burnout* se evaluó usando el *Maslach Burnout Inventory*. Sesenta y ocho por ciento de los participantes eran del sexo femenino, 35.6% tenían menos de 40 años y 65.3% eran casados o estaban unidos. La regresión logística múltiple no mostró relación entre las variables ocupacionales y el aumento en la probabilidad de experimentar sintomatología elevada de resiliencia, esto después de ajustar por variables sociodemográficas y resiliencia. En el modelo ajustado, el ser mujer (RMA 3.80, IC95% 1.23-11.68) y tener una resiliencia baja o moderada (RMA 6.79, IC95% 2.17-22.34) estuvieron independiente asociadas con un aumento en la probabilidad de burnout.

Palabras clave: *Burnout*, resiliencia, médicos.

### **Abstract**

*During the COVID-19 pandemic, occupational burnout syndrome has disproportionately affected health personnel internationally. This study evaluates the relationship between the presence of burnout symptoms, and occupational variables and resilience in medical personnel who work in the public and private sectors in the border city of Tijuana, Baja California, Mexico. In 2022, a cross-sectional survey was carried out on GoogleForms to a convenience sample of 101 doctors. Burnout was assessed using the Maslach Burnout Inventory. Sixty-eight percent of the participants were female, 35.6% were under 40 years of age, and 65.3% were married or in a union. Multiple logistic regression showed no relationship between occupational variables and the increased probability of experiencing high resilience symptoms, after adjusting for sociodemographic and resilience variables. In the adjusted model, being female (RMA 3.80, 95% CI 1.23-11.68) and having low or moderate resilience (RMA 6.79, 95% CI 2.17-22.34) were independently associated with an increased probability of burnout.*

*Keywords: Burnout, resilience, doctors.*

# INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I. BURNOUT Y RESILIENCIA: CONCEPTUALIZACIÓN Y PREVALENCIA...5	
1.1 Introducción.....	5
1.2 Conceptualización del síndrome de desgaste ocupacional (SDO) o <i>burnout</i> .....	5
1.3 Prevalencia de <i>burnout</i> en el contexto de la pandemia.....	5
1.4 Factores de riesgo para la aparición de síntomas de burnout.....	7
1.4.1 Factores de riesgo ocupacionales.....	7
1.4.2 Factores de riesgo sociodemográficos.....	10
1.5 Antecedentes históricos del burnout.....	10
1.5.1 Aportaciones de Freudenberg.....	10
1.5.2 Aportaciones de Maslach y la evaluación del burnout.....	12
1.5.2.1 La escala de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	14
1.5.3 El burnout y teorías contemporáneas.....	14
1.6 Definición de resiliencia.....	18
1.7 Relación resiliencia y <i>burnout</i> .....	18
CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO.....	22
2.1 Sector público.....	23
2.2 Sector privado.....	24
2.3 Población de estudio.....	24
2.4 Encuesta.....	25
2.5 Definición de las variables.....	26
2.5.1 Variable dependiente.....	26

2.5.2 Variables independientes.....	27
2.6 Comité de ética.....	30
2.7 Plan de análisis.....	30
CAPITULO III. RESULTADOS.....	32
3.1 Estadísticas descriptivas.....	31
3.2 Prevalencia de las dimensiones de burnout.....	34
3.3 Prevalencia de burnout, resiliencia y otras variables de control.....	34
3.4 Asociación entre burnout y resiliencia.....	37
CAPITULO IV. DISCUSION.....	40
CAPITULO V. REOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	58
Anexo 1.....	58
Anexo 2.....	70

# ÍNDICE DE GRÁFICAS, FIGURAS, MAPAS Y CUADROS

## Figuras

Imagen 1.1 fases del <i>burnout</i> .....	17
---	----

## Mapas

Ilustración 2.1 Distribución servicios de salud públicos en Baja California.....	23
--	----

## Cuadros

Cuadro 1.1 Prevalencia de <i>burnout</i> durante la pandemia por COVID-19 a nivel internacional.....	6
--	---

Cuadro 1.2 Prevalencia de <i>burnout</i> pre y durante la pandemia por COVID-19 en México.....	7
--	---

Cuadro 1.3 Formas de resiliencia, estrategias y sus actividades de afrontamiento.....	20
---	----

Cuadro 2.1 Valor de subescalas de la sintomatología de <i>burnout</i> .....	27
---	----

Cuadro 3.1 Características sociodemográficas, ocupacionales, antecedentes de salud y estrategias de resiliencia en médicos del sector público y privado en Tijuana, Baja California (n=101) .....	32
---	----

Cuadro 3.2 Prevalencia de las dimensiones de <i>burnout</i> (síndrome de desgaste ocupacional) en médicos del sector público y privado de Tijuana, Baja California (n=101).....	34
---	----

Cuadro 3.3 Prevalencia de <i>burnout</i> (síndrome de desgaste ocupacional) por características sociodemográficas, ocupacionales, antecedentes de salud y nivel de resiliencia en médicos del sector público y privado de Tijuana, Baja California (n=101).....	36
---	----

Cuadro 3.4 Razón de momios no ajustadas y ajustada e intervalos de confianza de 95% (IC 95%) para la asociación entre variables demográficas, ocupacionales y de salud y la probabilidad de tener sintomatología elevada de síndrome de desgaste ocupacional o <i>burnout</i> .....	39
---	----

Cuadro 4.1 Medidas de prevención ante el <i>burnout</i> .....	47
---	----

## **INTRODUCCIÓN:**

La COVID-19, es una enfermedad infecciosa causada por el síndrome agudo respiratorio severo SARS-COV-2, que pertenece a la familia de los coronavirus, que son causantes de enfermedades pulmonares como el resfriado común, el síndrome agudo respiratorio severo y el síndrome respiratorio de oriente medio, SARS (por sus siglas en inglés) (Guan et al., 2020).

El virus, que causa la COVID-19 era desconocido antes de que surgiera el primer brote en la ciudad de Wuhan, China en diciembre de 2019. Por su diseminación global, en marzo de 2020 esta enfermedad fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2020).

La familia de los coronavirus es amplia y es transmisible entre humanos y animales mamíferos. La infección con este virus puede llegar a causar defunciones por fallas respiratorias, gastrointestinales y del sistema nervioso. Como parte de la fisiopatológica de la enfermedad, algunos síntomas que se pueden presentar son similares a los del resfriado común, incluyendo fiebre, tos seca y dificultad para respirar (Cucinotta & Vanelli, 2020; Hu et al., 2020).

La enfermedad y el virus son de reciente descubrimiento, hasta muy recientemente se cuenta con un protocolo para tratar la enfermedad y un esquema de vacunación que incluye niños, adolescentes y adultos. Internacionalmente, la enfermedad ha causado millones de muertes y en México el número de defunciones en junio de 2022 ascendía a 325,428 (Ritchie, 2022) (Nadal Lover & Cols Jiménez, 2021).

Por tratarse de una enfermedad infecciosa respiratoria, con cepas que mutan continuamente, los sistemas de salud han experimentado diversas crisis para brindar atención oportuna y de calidad a los enfermos de COVID-19, mientras simultáneamente, buscan atender las necesidades básicas de atención a la salud de la población en general. Aunque durante la pandemia las crisis de atención fue un fenómeno generalizado, el personal de salud de los países en desarrollo y con sistemas de salud deficitario, enfrentaron una sobrecarga de pacientes en hospitales y clínicas, pacientes que fueron atendidos con múltiples carencias de

equipo de protección, de equipo de diagnóstico, atención y de tratamiento que puso en peligro la salud y en riesgo de muerte al personal de salud y a los pacientes.

Aunado a lo anterior, internacionalmente se observó un problema de desinformación que además de poner en duda la existencia de la enfermedad y la efectividad de algunas de las medidas de prevención, fenómeno que ha tenido consecuencias en la diseminación y adopción de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La comunidad médica y el personal de salud continuamente han tenido que adaptarse a las nuevas evidencias científicas y a cambios continuos a los protocolos de atención a la enfermedad, con efectos en su carga de trabajo (Sacristán & Millán, 2020).

En el contexto de una pandemia, los médicos son catalogados como trabajadores esenciales ya que desempeñan un rol importante en la prevención, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad del COVID-19. Así mismo, la pandemia hizo visible que el personal de salud ha sido sometido a una carga de trabajo excesiva, con implicaciones en su nivel de bienestar y con un riesgo elevado de experimentar estrés crónico (Wang et al., 2020).

El síndrome de desgaste ocupacional (SDO), también conocido como *burnout* se produce por un estrés mental crónico, llegando a producir cambios en la personalidad de los individuos (Cristina Marrau, 2009). El *burnout* puede afectar el desenvolvimiento del individuo en su entorno social, principalmente el laboral, impactando la capacidad de trabajar eficientemente (Moreno-Jiménez et al., 2005).

El *burnout* es evaluado en tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. La primera dimensión describe la pérdida del interés en el trabajo, mientras la despersonalización, se caracteriza por la falta de interés hacia el paciente y un distanciamiento hacia éste. La última dimensión se expresa con una reducción en la satisfacción personal del individuo, y predomina el pensamiento de que su trabajo no tiene beneficio alguno (Valentín, N., Sanabria, A., Domínguez, L.C., Osorio, C., Bejarano, 2009).

Los riesgos del *burnout* no son exclusivos de situaciones de crisis sanitarias, como la pandemia

de COVID-19. Una amplia literatura reporta una relación entre la posición en el empleo, la carga laboral, la organización en el trabajo y un aumento en la probabilidad de experimentar este síndrome (Bobbio & Ramos, 2010). Por ejemplo, los médicos residentes, o personal de enfermería que se encuentren en etapa formativa son un grupo en riesgo de experimentar *burnout* (Galiano Apaza, 2021; Koppmann et al., 2021; Saavedra Rionda et al., 2021).

Asimismo, el hecho de que los médicos sean sometidos a tiempos prolongados de trabajo y que realice actividades agregadas a sus responsabilidades (i.e. actividades de enfermería), ha sido también asociado con este síndrome (Miranda-Ackerman et al., 2019a).

El estrés mental crónico es considerado un predictor de satisfacción laboral. Al tomar en cuenta la carga y la organización del trabajo, se ha observado que el personal de salud que se encuentre con cargas menores de trabajo y bajo estrés tiende a tener un mejor desenvolvimiento en el empleo (Paris & Omar, 2008).

Algunos estudios reportan una mayor prevalencia de *burnout* en mujeres (Aranda et al., 2005; Aranda-Beltrán et al., 2013; Barbosa et al., 2020; Pérez Cruz, 2006). Durante la pandemia, la prevalencia del *burnout* en el personal de salud varió de acuerdo con la temporalidad del estudio y las características del trabajo. Los primeros estudios reportan una prevalencia de entre 10% y 60% (Vilaret & Urgilés, 2020), mientras estudios más tardíos reportan un rango de entre 40% y 80% (Amaya Sandoval et al., 2021; Oprisan, Arriagada, et al., 2021; Sastre, 2021).

Aunque existe una diversidad de esquemas analíticos para el estudio de *burnout*, este estudio usará el enfoque analítico de la resiliencia (Gil Monte & Peiró Silla, 1999), la que nos permitirá explorar y caracterizar los factores de protección al SDO o *burnout* (Sigal et al., 2020)

Objetivo general.

Analizar la relación entre variables ocupacionales, nivel de resiliencia y el reporte de sintomatología elevada del síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* en médicos del sector público y privado durante la pandemia de Covid-19 en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Objetivos específicos.

- 1) Describir el nivel de sintomatología de *burnout*, considerando las subcategorías de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en los médicos del sector público y privado.
- 2) Evaluar la relación entre la presencia de sintomatología elevada de *burnout* y variables ocupacionales en médicos del sector público y privado.
- 3) Analizar la relación entre la presencia de sintomatología elevada de *burnout* y el nivel de resiliencia en los médicos del sector público y privado.

Este estudio parte de las siguientes hipótesis:

H1) Se asume que el personal médico que labora en el sector público tendrá niveles más elevados de *burnout* debido a que se trata de personal de salud que atiende a población derechohabiente y población abierta.

H2) Se asume que los médicos que tengan niveles bajos de resiliencia tendrán una mayor probabilidad de experimentar sintomatología elevada de *burnout*.

Este documento se encuentra dividido en 4 capítulos. En el primero se presenta información epidemiológica que da cuenta de la prevalencia del fenómeno y los factores de riesgo, seguido de una revisión de literatura sobre *burnout* y la resiliencia. El segundo capítulo, describe el marco contextual del estudio y el diseño metodológico. El tercer capítulo presenta los resultados de la investigación, mientras el último capítulo se presenta la discusión y conclusiones

# **CAPÍTULO I. *BURNOUT* Y RESILIENCIA: CONCEPTUALIZACIÓN Y PREVALENCIA.**

## 1.1 Introducción

El objetivo de este capítulo es hacer una caracterización del síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* y su relación con el nivel de resiliencia. Primeramente, se presenta información de la prevalencia del *burnout* en personal médico y algunos factores de riesgo. Posteriormente se conceptualiza el síndrome de *burnout* en base a sus principales exponentes y se introduce el instrumento de medición más utilizado para su análisis. Así mismo, se define el concepto de resiliencia en el personal médico y la relación de esta variable como factor protector del síndrome del *burnout* en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

## 1.2 Conceptualización del síndrome de desgaste ocupacional (SDO) o *burnout*

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades-11, versión 2019, el síndrome de desgaste ocupacional es conceptualizado de la siguiente manera:

*“...como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida”* (Organización Mundial de la Salud, 2019).

## 1.3 Prevalencia de *burnout* en el contexto de la pandemia

Durante la pandemia de COVID-19, el estudio del *burnout* fue un tema de suma relevancia en la investigación en salud pública por el posible efecto de este síndrome en el bienestar del personal de salud, pero la pandemia impuso retos metodológicos en el análisis de esta problemática en este grupo de población. Una revisión rápida de las publicaciones de *burnout* en médicos y residentes durante la pandemia por covid-19, usando Google académico, en el periodo de 2020 y 2022, me permitió alrededor de 223 artículos internacionales y catorce en México.

Algunas características de algunos de estos estudios, es que usaron métodos de recopilación de datos usando alguna forma electrónica o virtual y tuvieron tasas de respuestas muy bajas. Un estudio que da cuenta de los retos metodológicos enfrentados por los estudiosos del tema, durante la pandemia, fue el que llevó a cabo la Asociación Americana de Médicos, con una muestra entre sus afiliados. La encuesta se llevó a cabo en dos momentos en el tiempo- mayo a junio de 2020 y de diciembre de 2020 a enero del 2021-, con un marco de muestra de 10,000 médicos. Al final, solo 8715 recibieron la invitación, de los cuales 8264 no contestaron el cuestionario (94.8%), teniendo una tasa de respuesta de 5.2% (Melnikow et al., 2022).

A continuación, se describen algunos de los resultados de estos estudios. Los cuadros 1.1 y 1.2 resumen ciertas características de un grupo selecto de estudios que reportan los rangos en la prevalencia de *burnout* en personal médico según diversas publicaciones a nivel internacional y en México. Debido a que existen una diversidad de instrumentos para medir el *burnout*, los cuadros hacen referencia exclusivamente a aquellos estudios que usaron el *Maslach Burnout Inventory*.

Internacionalmente, la prevalencia de presentar sintomatología alta de *burnout* en médicos durante la primera ola de la pandemia (2020) varió de 26.1% a 76%. El porqué de estas variaciones durante la pandemia puede tratarse a diferencias en el diseño de estudio, la población de estudio y probablemente a variantes en la infraestructura hospitalaria en los países donde se llevaron a cabo los estudios.

Estudio	Población	Países	Especialidades	Prevalencia de sintomatología elevada de <i>burnout</i> en la población estudiada.
(Dimitriu et al., 2020)	100 sujetos	Rumania	Residentes en; emergencias, unidad de cuidados intensivos, radiología, cirugía general, ginecoobstetras.	76%
(Khalafalla et al., 2020)	1,374 sujetos	EE. UU	Neurocirugía	26.1%
(Oprisan, Baettig Arriagada, et al., 2021)	150 sujetos	España	Radiólogos	49.3%

Fuente: Elaboración propia

En estudios realizados durante la pandemia en México (2020-2021), se muestran una variación en la prevalencia de 3.4% al 52%. La posible razón en la variación de la presencia de sintomatología elevada de *burnout* es que algunos de estos no tomaron en cuenta a residentes, quienes son más susceptibles a presentar sintomatología elevada de *burnout* (Huarcaya-Victoria & Calle-González, 2021) y el tipo de institución donde laboraban, observándose diferencias en la presencia del síndrome entre el personal del sector público y privado.

Cuadro 1.2 Prevalencia de <i>burnout</i> durante la pandemia por COVID-19 en México			
Estudio	Población (especificar institución)	Especialidades	Prevalencia de sintomatología elevada de <i>burnout</i> en la población estudiada.
(Juárez García, 2020)	269 personal hospitalario, médico e institucional	“Trabajadores del área de la salud”	49.8%
(Hernández Miranda et al., 2021)	82 médicos	Residentes	43.9%
(García-Torres et al., 2021)	121 participantes (médicos y enfermeros/as)	56 médicos	3.4%
(Romero-González et al., 2021)	1089 médicos	Diferentes especialidades	52%
Fuente: Elaboración propia			

#### 1.4 Factores de riesgo para la aparición de síntomas de burnout

Se han identificado diversos factores de riesgo asociados al *burnout*, que incluyen factores ocupacionales, antecedentes de salud y estilo de vida.

##### 1.4.1 Factores de riesgo ocupacionales

Como se observó con la información anterior, el personal de salud tiene una alta probabilidad de experimentar sintomatología elevada del síndrome de desgaste ocupacional o *burnout*. La naturaleza del trabajo que desarrolla el personal de salud, que incluye brindar servicios de atención, cuidado y seguimiento a personas enfermas ha sido identificado como un factor de riesgo de *burnout* elevado. Esto afecta particularmente a los médicos residentes, los médicos que trabajan en las salas de emergencia, las enfermeras y otro personal de salud (Chen & Meier, 2021; Pines & Maslach, 1978; Román, 2003; Terrones et al., 2017).

Este personal, además de tener la responsabilidad de vigilar por el estado de salud de otro ser vivo, enfrenta de manera cotidiana el estrés de observar pacientes con problemas de dolor agudo o crónico u otro tipo de sufrimiento físico y/o mental, incluyendo la muerte de algunos pacientes.

#### Sobrecarga de trabajo

Existen evidencias que el personal de salud está expuesto a una sobrecarga de trabajo desde la etapa temprana de su formación académica. La exigencia de trabajo durante la etapa de residencia y pasantía puede sobrepasar la capacidad del individuo de manejar de manera apropiada el estrés asociado al trabajo (Rivera-Ávila et al., 2017). Así, además de la carga de trabajo que se les exige a los pasantes, también pueden estar expuestos a jornadas ininterrumpidas de trabajo durante el día y la noche y cubrir guardias médicas, lo que afecta directamente las necesidades fisiológicas básicas de dormir y comer, creando condiciones para experimentar estrés crónico y por lo tanto *burnout*. (Miranda-Ackerman et al., 2019b).

#### Otras variables ocupacionales

Otras variables ocupacionales que han sido asociadas al *burnout* son la posición en el empleo (i.e. residencia versus otra); y la antigüedad en la práctica de la profesión (Bedoya Marrugo, 2017). Tener una antigüedad larga en el empleo, es un factor protector al *burnout*, ya que como señala Naisberg y Fenning (1991), los individuos con más años activos en el trabajo aprenden a manejar el estrés, tiene una capacidad mayor de negociar mejores condiciones de trabajo, haciéndolos más resilientes al estrés (Naisberg-Fennig et al., 1991).

El riesgo de sufrir accidentes en el empleo y el grado de seguridad en el trabajo son otras variables ocupacionales asociadas al *burnout* (Fernández-Prada et al., 2017). Al respecto, según estos autores, los trabajadores pueden enfrentar estrés cuando éstos no puede intervenir o tomar decisiones en aquellos factores que afectan el desempeño de su trabajo. Algunas de estas, son las condiciones de trabajo - el equipo, material, ubicación, disposición de recursos, los horarios de la jornada laboral-, o cuando enfrentan violencia y/o acoso en el trabajo.

#### Estrés crónico a causa del trabajo

Existe una relación entre el estrés crónico que experimenta el trabajador en su actividad laboral y el síndrome de desgaste ocupacional. Según el CIE-11, cuando un trabajador experimenta estrés prolongado y este no es capaz de manejarlo con éxito, este individuo está en riesgo de experimentar *burnout* (OMS, 2019). El estrés laboral produce un sinnúmero de reacciones fisiológicas, ya que cuando una persona está en una situación estresante el organismo se prepara para enfrentar situaciones de riesgo. Aquellos trabajadores que experimentan estrés crónico están en un estado continuo de alerta, lo que puede alterar su bienestar físico y emocional (Torrades Oliva, 2007). El estrés laboral puede estar desencadenado por diferentes factores: el ritmo de trabajo, el horario, las horas extras, factores ambientales como el ruido, iluminación, temperatura y humedad. Cabe resaltar que un estrés crónico sin manejar adecuadamente puede generar síntomas somáticos en el individuo (Suárez Duarte et al., 2020).

#### Doble presencia

La doble presencia, es una variable descrita como un riesgo psicosocial. Un individuo experimenta doble presencia cuando desarrolla sus actividades laborales cotidianas sin desligarse de las responsabilidades en el ámbito doméstico o en otros ámbitos de la vida. La doble presencia, es un factor predictor del *burnout* en el individuo y por lo general se asocia con la subescala de agotamiento emocional (López-Zambrano et al., 2021). Si bien Gil-Monte (2012) menciona que los riesgos psicosociales deben ser vistos como un riesgo a la salud pública, en México no se ha investigado mucho al respecto, por lo que las evidencias disponibles lo identifican como un problema que afecta el desempeño laboral de los trabajadores (Gil-Monte, 2012).

Por otra parte, la doble presencia esta vincula al ámbito de lo doméstico, como cuando la dinámica familiar interfiere con la jornada laboral. Así mismo, incluye el ambiente laboral, como la normatividad de la empresa, y el apoyo y el nivel de comunicación entre compañeros de trabajo (Lundqvist et al., 2013; Uribe Prado, 2020).

#### 1.4.2 Factores de riesgo sociodemográficos

Diversas variables sociodemográficas han sido relacionadas con el riesgo de *burnout*. El sexo, el estatus marital y el tamaño del hogar son algunas variables asociadas con este síndrome. Al respecto, el *burnout* es más común en población femenina, lo que puede deberse a la doble presencia o en cómo las mujeres se relacionan con el trabajo (Maslach & Jackson, 1985). Las evidencias sobre el estatus marital y el tamaño del hogar son mixtas, con algunos estudios reportando resultados contrarios. Así, un estudio indica que ser soltero, no tener pareja, o vivir solo, incrementa la probabilidad de desarrollar sintomatología elevada de *burnout*. Lo anterior puede ser resultado de la falta de acompañamiento que experimenta un individuo durante la presencia de problemas o conflictos en el ámbito laboral (Maglalang et al., 2021).

#### 1.5 Antecedentes históricos del *burnout*

El psicólogo, Herbert Freudenberger fue pionero en la formulación de la definición del *burnout* y su problemática en 1980. Anteriormente, otros autores hicieron mención a términos similares, tal fue el caso de Lief y Fox (1963) en su trabajo *The medical student's training for "detached concern."*, quien hizo referencia a el comportamiento característico de profesiones sanitarias que deben enfocarse en la atención y curación, manteniéndose alejado de las implicaciones emocionales asociadas al efecto de brindar cuidados a terceros (Lief & Fox, 1963).

Acercándose al periodo de Freudenberger, Zimbardo (1973) en su trabajo *Dehumanization In Institutional Settings*, menciona el concepto de “deshumanización defensiva”, el cual se refería a la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibrados, que lleva a actuar con las personas como si se trataran exclusivamente de objetos o problemas a solucionar (Zimbardo & Maslach, 1973).

##### 1.5.1 Aportaciones de Freudenberger

El psicólogo Herbert Freudenberger (1974) utilizó por primera vez el término *burnout* en su artículo llamado: “*Staff Burn-Out*”, haciendo referencia a los psicólogos que trabajaban como voluntarios en una clínica enfocada en el tratamiento gratuito de toxicómanos. En sus primeras observaciones, Freudenberger se percató de cambios en las “emociones” o “sentimientos” en

el personal que trabajaba como voluntario en la clínica. Las primeras preguntas que Freudenberg se hizo respecto a estas observaciones fueron: ¿qué explica los cambios de conducta en los psicólogos a su cargo? ¿es posible que el personal de salud experimente un tipo de *burnout*, como el que se observa en las máquinas?; ¿cuáles son los signos, síntomas y qué sujetos son más susceptibles a padecerlo?; ¿por qué afectaba al personal de salud?; ¿este fenómeno ocurre con la misma intensidad en personal voluntario y personal asalariado?; ¿qué se puede hacer una vez con el *burnout* está presente?; y ¿qué medidas deben tomarse para salvaguardar la salud de los trabajadores ante este riesgo ocupacional? (Freudenberg, 1974).

En respuesta a la primera pregunta, Freudenberg usó el término anglosajón *burnout* cuya definición es descrita de la siguiente manera: “*fallar, desgastarse o llegar al agotamiento a consecuencia de una demanda excesiva de energía, fuerza o recursos*” (p.159-160). Este autor, observó que el trabajador experimentaba síntomas de agotamiento que son resultado de la acumulación de una serie de situaciones en el trabajo y que la sintomatología y el grado de agotamiento variaba de persona a persona. Freudenberg explicaba que el tiempo mínimo para experimentar los primeros síntomas de *burnout* era de un año (Freudenberg, 1974).

En su trabajo de investigación, Freudenberg también analizó la relación entre el liderazgo y la presencia de síntomas del *burnout* entre el personal subordinado. La pérdida de carisma del líder de la institución genera un efecto en cadena entre sus subordinados y en general los empleados de la clínica pueden sentirse desmotivados por el trabajo. El líder, debe ser un ejemplo a seguir en cualquier institución, ya que el trabajador desarrolla expectativas basadas en éste y en el funcionamiento de la institución, lo que lo lleva a actuar de acuerdo con el ambiente laboral y social que lo rodea. Una conclusión de las primeras observaciones de Freudenberg, es que, aunque el *burnout* se manifiesta de manera individual en los trabajadores, sus causas pueden ser de carácter ambiental (Freudenberg, 1974).

En sus observaciones de los signos y síntomas del *burnout*, dicho autor encontró que eran de carácter somáticos, manifestándose con sensación de cansancio y/o fatiga, cefaleas constantes, trastornos gastrointestinales, insomnio e incluso dificultad para respirar (Freudenberg, 1974).

Para este autor, algunos individuos eran más susceptibles de padecer *burnout*. Por ejemplo, los estudios de Freudenberger indican que aquellos individuos que presentan personalidades volubles, que tienen problemas de manejo de la ira, irritación y frustración instantánea ante ciertos estímulos, así como también, aquellos individuos que tienden a ser más dedicados y comprometidos con su trabajo. Tal es el caso de los trabajadores que tienen la función de atender las necesidades de otros individuos en situación de riesgo, como los que trabajan en clínicas que ofrecen servicios gratuitos, en centros terapéuticos particulares, en líneas de crisis e intervención, en clínicas para mujeres, en centros que brindan servicios a homosexuales y los que trabajan en hogares o albergues que brindan servicios a población que enfrenta alguna situación de riesgo. Dentro de esta descripción, Freudenberger observó que muchos individuos susceptibles al *burnout* desarrollan actividades altruistas (Freudenberger, 1974).

Uno de los factores que incrementa el riesgo de experimentar *burnout*, es que los trabajadores experimenten “sentimientos de culpa”, de no ver mejoría en el problema que experimentan los pacientes o las personas que ellos tienen la responsabilidad de ayudar o brindar un servicio de atención. Junto a esto, también está presente el aburrimiento que acompaña actividades laborales de carácter repetitivo. Así mismo, si la administración del trabajo es demandante, el individuo se presenta ante una triada inductora del *burnout*, donde contribuyen factores como la naturaleza del trabajo, la personalidad del individuo y el ambiente laboral. El análisis de esta triada contribuye a entender los factores de riesgo al *burnout* en individuos que llevan a cabo trabajo voluntario o trabajan como asalariados (Freudenberger, 1974).

### 1.5.2 Aportaciones de Maslach

Por su parte, en su artículo “*The measurement of experienced burnout*”, Christina Maslach y Susan E. Jackson (1981) publicaron uno de los instrumentos de evaluación y diagnóstico más utilizado actualmente para el análisis del *burnout* o el síndrome de desgaste ocupacional. El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) consta de tres subescalas o dimensiones que evalúan el cansancio emocional, la despersonalización y el nivel de realización del trabajador. Según estas autoras, los profesionales que brindan cuidados a otras personas frecuentemente experimentan cargas adicionales entre el proveedor-cliente, lo que hace que los problemas (psicológicos, sociales y/o físicos) afecte a los proveedores. Estos últimos experimentan emociones negativas,

incluyendo miedo, vergüenza, enojo y tristeza. Es por esto, que los profesionales que trabajan constantemente con individuos que experimentan este tipo de problemas están en riesgo de experimentar estrés crónico, lo que puede drenarlos emocionalmente y desencadenar el síndrome de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981).

Las autoras, describen el *burnout* como un “*síndrome de agotamiento emocional y cinismo que ocurre con mayor frecuencia en individuos que realizan trabajo en relación con otras personas, llamado people-work*” (p. 192). Esta definición enfatiza en el cansancio emocional que genera la sobrecarga de trabajo y la necesidad de no manifestar emociones. Aunado a lo anterior, es que se observan actitudes y sentimientos cínicos hacia los clientes, que muchas veces son la expresión de mecanismo de defensa que adopta los proveedores de servicios (Maslach & Jackson, 1981).

Otro aspecto, es la tendencia de auto percibirse de manera negativa, sintiéndose infeliz e insatisfecho con el trabajo realizado y con su persona. En consecuencia, el *burnout* es potencialmente serio y dañino tanto para el personal, los clientes y las instituciones que brindan servicios a terceros. El hecho de que el personal de una institución experimente *burnout* deteriora la calidad del servicio y es una causa del ausentismo en el empleo (Hernández Soberanes et al., 2021).

Por otra parte, al analizar cómo los trabajadores profesionales son percibidos por sus clientes Wills (1978) encontró un déficit en la gestión o manejabilidad de recursos, el trato hacia los clientes y/o la simpatía. No se indaga específicamente sobre si esto es consecuencia del *burnout*, pero se menciona que se trata de un riesgo laboral. Aunque algunos síntomas del *burnout* descritos por estas autoras coinciden con los descritos por Freudenberg, como cansancio físico, insomnio, y el incremento en el uso de alcohol y drogas, para Maslach (1981) el *burnout* puede ir más allá del ámbito laboral y afectar las relaciones familiares y la dinámica familiar.

Además, del impacto en aquellos sujetos que brindan servicios de atención a terceros, la carga laboral y la antigüedad también parecen ser factores que pueden influir en la aparición del

*burnout*. Así, aquellos individuos con cargas laborales elevadas que deben desarrollarse en periodos prolongados parecen ser más susceptibles a experimentar síntomas elevados de *burnout*. Contrariamente, los individuos con mayor antigüedad y un mayor equilibrio en la carga de trabajo son vistos como individuos con “experiencia” y más resilientes al experimentar síntomas de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981a).

Maslach y Jackson (1984), analizaron el *burnout* en grupos de población más grandes y diversos. Si bien el *burnout* está presente en lo que llamaban “*peoples work*”, que incluye aquellos proveedores que tienen una relación cara a cara con su cliente, estos nuevos estudios analizaron a individuos que ofrecían servicios por teléfono, como lo eran líneas de ayuda, intervención de crisis y otros servicios similares los cuales generalmente el buscador del servicio era un individuo en riesgo (Maslach & Jackson, 1984).

La escala de Maslach Burnout Inventory (MBI)

La escala de MBI, es un instrumento de evaluación psicológica que consta de 22 reactivos que indaga acerca de los síntomas que producen desgaste ocupacional. Esta escala está dividida en tres secciones, donde nueve reactivos indagan sobre el cansancio emocional, que incluye sentimientos de estar cansado física y mentalmente por el trabajo y en el trabajo. Así mismo, cinco reactivos evalúan la despersonalización, que incluye sentimientos de falta de responsabilidad e interés hacia el trabajo, institución y los clientes. La última subescala incluye 8 reactivos, que evalúan la realización personal, incluyendo sentimientos de competencia personal y realización de logros en relación con el trabajo (Maslach et al., 1996). El tener altos puntajes en las dos primeras subescalas es equivalente a presentar sintomatología alta de *burnout*, mientras tener bajos puntajes en la última subescala se relaciona también con sintomatología elevada de *burnout*.

### 1.5.3 El burnout y teorías contemporáneas

Considerando la definición del SDO o *burnout*, que señala que el síndrome es resultado de un conjunto de fenómenos que experimentan los individuos en el lugar de trabajo, en esta sección describimos tres esquemas analíticos del *burnout*. Uno de estos esquemas se enfoca en el desenvolvimiento del individuo en el lugar de trabajo, otro va enfocada a los receptores de los

resultados del trabajo del propio trabajador, otro se enfoca en las condiciones de trabajo y el último enfatiza Enel estrés en el empleo.

Aunque los tres esquemas tienen un enfoque diferente, el común denominador es el trabajador, por lo que mientras mayor sea la resiliencia del propio individuo menor será afectado por estos problemas.

La teoría sociocognitiva del yo, es un enfoque donde predominan la competencia y eficacia percibida en las actividades que desarrolla el proveedor de servicios o el trabajador y en el caso de no cumplirse las metas trazadas se crean condiciones para experimentar síntomas de *burnout*. En este enfoque, predomina también la autoeficacia, autoconfianza y el autoconcepto, factores que al verse menguados pueden tener un rol clave en el desarrollo del *burnout*. Los proveedores de salud o aquellos que brindan otro tipo de cuidados, desarrollan su trabajo con un alto sentido de altruismo el que se puede ver mermado por diversas barreras, entre las que encontramos la sobrecarga laboral, los conflictos personales, la falta de recursos para desarrollar su trabajo y problemas en los roles y funciones asignadas. Estas barreras disminuyen la competencia y eficacia percibida del trabajador creando condiciones para experimentar sintomatología elevada de *burnout* (Harrison, 1983).

Por otra parte, la teoría del intercambio social propone que los factores de desencadenan el *burnout* en el proveedor de servicios de salud es resultado de un desbalance en la equidad/ganancia en el trabajo. Esto es, debido a que el trabajador establece una relación de intercambio, donde el brinda un servicio, que puede o no ser renumerado, servicio que si a la larga no se observa cambios o resultados en quien lo recibe, lo que puede influir en la presencia de sintomatología de *burnout*. Además, este intercambio puede ser una fuente de agradecimiento o reconociendo con el receptor de su trabajo, gestos de amabilidad también se toman en cuenta, es así como el trabajador percibe que su trabajado es reconocido y a mayor reconocimiento es menor la aparición de sintomatología de *burnout* (Ortega et al., 2004).

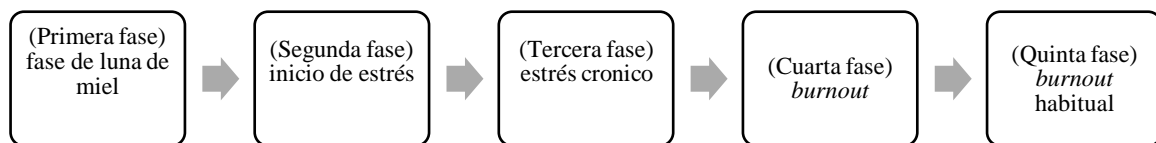
Contrariamente, la teoría organizacional enfatiza en la falta de funcionalidad del lugar de trabajo, ya que no está en las manos del trabajador poder hacer un cambio radical al respecto. El proveedor de servicios o trabajador puede enfrentarse a un clima laboral insano, donde la estructura y clima organizacional es inadecuado y en algunos de los casos lo más recomendable es cambiar de puesto en el trabajo, o bien cambiarse a otra empresa o institución de trabajo. Según esta teoría, los estresores son de carácter organizacional, lo que afecta directamente el desempeño del trabajador, los que con el paso del tiempo termina por afectar la relación con el trabajo a tal grado que el individuo llega a sentir que el trabajo es cansado, monótono y hasta tortuoso. Lo anterior, puede producir sintomatología de *burnout* (Ortega et al., 2004).

Por su parte, el modelo ecológico, es un enfoque que incluye elementos de las teorías anteriores por lo que identifica 4 niveles que contribuyen al desarrollo del *burnout*: i) microsistema, que se refiere a las relaciones y actividades en el trabajo (cómo el individuo se involucra en el trabajo); ii) la etapa organizativa, que involucran varias estructuras y funciones en la, la organización del trabajo; iii) la peri-organizativa, que describe situaciones sociales en donde el individuo y el trabajo interactúan directamente; y iv) el extra organizativo, que se apega a las normas sociales, culturas, y tradiciones del individuo. (Valentín, N., Sanabria, A., Dominguez, L.C., Osorio, C., Bejarano, 2009). El entender cómo se desenvuelven los trabajadores en su entorno ayuda a identificar el origen del estrés laboral y las áreas de prevención de este. Es gracias a este enfoque ecológico que se puede llegar a intervenir a los conflictos en los roles del trabajador, donde este lleve a cabo tareas congruentes a su formación profesional (Salazar & Beaton, 2000).

Finalmente, los exponentes del enfoque cíclico son Uka y Arifi, (2021), quienes señalan que la sintomatología del *burnout* es cíclica y tiene 5 fases. Como se aprecia en la imagen 1, la primera fase se caracteriza por un entusiasmo sobresaliente de parte del proveedor de servicios o trabajador respecto a sus responsabilidades laborales, que se lleva a cabo con altos niveles de energía, creatividad, y satisfacción. En la segunda fase, los proveedores o trabajadores comienzan a experimentar sentimientos de estancamiento en las actividades asociadas al trabajo, donde perciben que no puede alcanzar las metas individuales e institucionales planteadas. En esta fase el trabajador empieza a experimentar algunos síntomas de estrés,

algunas de las cuales tienen manifestaciones fisiológicas como la pérdida del apetito, dolores de cabeza, irritabilidad. Estas se manifiestan en el ámbito laboral generando niveles bajos de productividad. En la tercera fase, se observa la presencia de síntomas de frustración con las actividades que se desarrollan en el trabajo y de estrés crónico. En esta fase el trabajador experimenta una diversidad de malestares físicos que pueden producir apatía ante los problemas en el trabajo y puede llevar a los trabajadores a asumir una actitud cínica, Así mismo, en esta fase el trabajador puede asumir una actitud agresiva y algunos pueden iniciar a usar sustancias nocivas para la salud. En la cuarta fase, se observan en el trabajador las tres dimensiones que caracterizan el *burnout*, (baja realización personal, despersonalización y agotamiento emocional). mientras en la quinta fase, el síndrome ya es algo habitual y crónico en el individuo, lo que puede acompañarse de sentimiento de tristeza y síntomas de depresión. (Uka & Arifi, 2021).

Imagen 1.1 Fases del *burnout*



Fuente: Uka, V., & Arifi, A. (2021). THE LINK BETWEEN COVID-19 VIRUS AND BURNOUT IN HEALTH PROFESSIONALS. 19–23. <https://doi.org/10.29013/EJEAP-21-1.2-19-23>

Aunque la sintomatología del *burnout* puede confundirse con insatisfacción o aburrimiento laboral, dicha sintomatología es resultado de problemas con el manejo del estrés crónico asociado a factores laborales, ambientales e individuales (Méndez, 2004).

### 1.6 Definición de resiliencia

La resiliencia, proviene del término “*resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.*” (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997), La resiliencia puede ser vista y se relaciona con el ser flexible, adaptarse a los cambios en las tareas cambiantes que hay que desempeñar en el trabajo y tener la capacidad de “volver al estado natural”. Es un enfoque social y laboral, que describe la adaptabilidad que presentan los individuos hacia los retos que

impone el trabajo día a día (Oriol-Bosh, 2018). Usualmente, una resiliencia elevada se atribuye a individuos con aptitudes para sobrellevar las adversidades sin presentar tantas dificultades, es una aptitud de los seres humanos la cual tiene relación con el entorno en el que crece y se desenvuelve, aunque algunos autores identifican aspectos genéticos (Wagnild & Young, 1993).

### 1.7 Relación resiliencia y *burnout*

Rodríguez Piaggio (2009) señala que para entender la resiliencia hay que indagar en las características genéticas y temperamentales del individuo, las cuales están mediadas por factores ambientales. La conexión entre trabajar o vivir en un ambiente favorable, con la fortaleza del individuo para enfrentar situaciones críticas, su susceptibilidad mental y las habilidades adquiridas para afrontar situaciones de riesgo son factores que contribuyen a la resiliencia. La respuesta ante la crisis que produce un problema puede generar respuestas diferenciadas según el nivel de resiliencia de los individuos. Si bien, el entorno es un factor importante, las características individuales también tienen un peso para la respuesta o el actuar en una situación de crisis. (Rodríguez Piaggio, 2009).

Wagnild y Young (1993), diseñaron uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de resiliencia. Dichos autores señalan que la resiliencia es un atributo propio de los humanos, por lo que todo individuo tiene en cierta medida una especie de puntaje de resiliencia. Así mismo, no a todos los individuos enfrentan situaciones de crisis donde deben poner en práctica su resiliencia, lo anterior se debe a que comúnmente su entorno no se lo exige (Wagnild & Young, 1993).

Una resiliencia elevada es vista como un factor protector ante los riesgos psicosociales y de estrés crónico y lo opuesto puede contribuir al desarrollo de sintomatología elevada de *burnout* (Rutter, 1985). Dentro de los factores que promueven conductas resilientes se encuentran: a) los atributos personales, b) apoyos dentro del sistema familiar, c) apoyo social derivado de la comunidad donde se desenvuelve el individuo (Grotberg, 1995).

La literatura demuestra que estrategias de afrontamiento que van enfocadas en la expresión anormal de las emociones o a enfrentar de manera indirecta los problemas son predictores de la aparición del *burnout*, mientras que las estrategias de afrontamiento que van enfocadas a la resolución del problema junto con una expresión normal son vistas como un factor protector ante el *burnout*.

Un estudio realizado por Dermot y colaboradores (2017), donde estudió el desempeño profesional de trabajadores de un hospital neuropsiquiátrico, observó una relación entre resiliencia y salud mental. Los resultados de este estudio sugieren que altos niveles de estrés sumados a bajos niveles de resiliencia tienen un efecto en la salud mental del trabajador (Dermot et al., 2017).

Se observan variaciones en el nivel de resiliencia de la población en situaciones de crisis colectivas, como las pandemias, guerras, y en situaciones de desastres ambientales como terremotos, huracanes e inundaciones (Echeverri, 2020), que se expresa en comportamientos a nivel social y no individual.

Al respecto, Fernández Poncela (2021) identifica 4 estilos de resiliencia, donde se observan diferentes estrategias de afrontamiento y de solución de los problemas (Fernández Poncela, 2021). El cuadro 3.1, señala que estos estilos hacen referencia a acciones como resolver problemas, equilibrar emociones, formas de relacionarte con otros y afrontamiento no productivo.

En el caso de la resolución de los problemas, se trata de un afrontamiento activo, donde el ocio y el descanso tienen un rol muy importante. En el caso del equilibrio de las emociones, busca identificar formas de liberar el estrés, enfocándose en factores positivos y a la expresión de las emociones. El tercero enfatiza en la importancia de la socialización y la formación de redes y el último, se centra en la negación del problema y evadir hablar al respecto. Este último puede llevar al uso de sustancias adictivas.

Cuadro 1.3 Formas de resiliencia, estrategias y sus actividades de afrontamiento		
Estilo	Estrategias	Actividades
Resolver problemas	El enfocarse a la resolución del problema mediante acciones, el afrontamiento es activo.	Dedicación al tema, planificación, reorientación de metas, hobbies, ocio, descanso.
Equilibrar emociones	Apoyo emocional, liberar estrés, esfuerzo adaptativo.	Focalización de lo positivo (en general), expresar emociones (desahogo), manifestar y demostrar afecto, conversar.
Relación con otros	Invertir en las relaciones sociales, redes, apoyo encontrado en otras personas.	Sociabilidad, ayuda profesional, ayuda de familiares y amigos, pertenencia y cohesión social, mejora de relaciones con los demás
Afrontamiento no productivo	Desconocer o evitar el problema, negación, disociación aplazar el afrontamiento o desconexión.	Esperar un milagro, hacerse ilusiones, preocuparse, auto inculparse, no expresarse, negar, evadir, consumir sustancias.
Fuente: (Fernández Poncela, 2021).		

Diversos estudios han documentado el rol de la resiliencia como factor protector del *burnout*, particularmente durante diversas emergencias sanitarias, como la de influenza AH1N1 y la COVID-19 (Ruiz Loyola, 2021).

Al respecto, un estudio realizado en 2010 acerca de las estrategias de afrontamiento y *burnout* durante la pandemia por influenza AH1N1, reveló que en México algunos sectores de la población usaron una combinación de estas estrategias. Algunos usaron estrategias activas, como el afrontamiento de los problemas, la reflexión acerca de posibles soluciones, la búsqueda de información y búsqueda de apoyo social para afrontar los factores que producen las crisis. Contrariamente, otros usaron estrategias pasivas, como tratar de no sentir nada, ignorar el problema, bromear y tomar el problema a la ligera. Ambos son modelos “selectivos” que parece funcionarles a los individuos en diversas situaciones (Valdés et al., 2012).

Por otra parte, un estudio realizado con médicos que laboraban en dos hospitales en Perú (2021), reportó que 95% del personal de salud tenían una puntuación elevada de resiliencia. Lo anterior, indica que, aunque los médicos y el personal de salud estaban bajo mucha presión debido a la carga de trabajo generada por la pandemia de la COVID-19, estos mantuvieron niveles de resiliencia elevados, lo que anterior puede deberse a que el ambiente de trabajo era favorable para el desarrollo de sus actividades laborales, lo que influyó en una menor puntuación en la sintomatología de *burnout* (Gamboa-Moreno et al., 2021).

Aunque, datos epidemiológicos muestran que la presencia de una sintomatología elevada de *burnout* está asociada a una diversidad de factores de riesgo, un factor común que afecta de manera generalizada las condiciones de trabajo del personal de salud es la presencia de una emergencia sanitaria de carácter global, como una pandemia (Navinés et al., 2021).

En contexto de pandemia, las condiciones de trabajo, que incluye horarios prolongados de trabajo, saturación de los centros hospitalarios con pacientes que demandan atención de emergencia y la falta de medicamentos y de equipo para llevar a cabo un diagnóstico oportuno, son una fuente de estrés continuo para el personal de salud. Este tipo de condiciones de trabajo fueron la constante durante el inicio de la pandemia de COVID-19, no solo en México sino en todo el mundo. Se ha documentado, que conforme iba avanzando el tiempo, el personal de salud se iba preparando de mejor manera y empezaban a trabajar en mejores condiciones, esto es, entre otros, mejores protocolos de seguridad, y mejoras en el diagnóstico temprano de la enfermedad (Koppmann et al., 2021).

En esta investigación se usó el enfoque analítico de Maslach sobre el *burnout* ya que este enfoque me permitió evaluar elementos relacionados a la doble presencia, particularmente la influencia de la familia, el empleo y la resiliencia.

## CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.

Este capítulo describe información del contexto geográfico donde se llevó a cabo el estudio y las características del diseño metodológico.

Este estudio se llevó a cabo con personal médico que labora en el sector público y privado de la ciudad de Tijuana, Baja California. Tijuana, es uno de los cuatro municipios del estado de Baja California y según el censo de población de 2020, el municipio de Tijuana contaba con una población de 1,922,523 habitantes, siendo el municipio con mayor población en la república mexicana (INEGI, 2021).

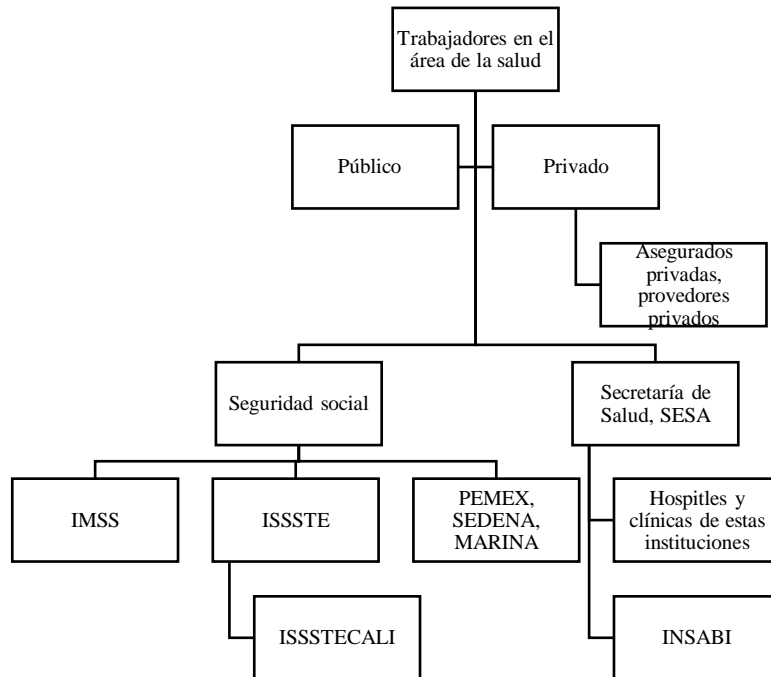
### 2.1 Sector público

En este, municipio, como en el resto de México, el sistema de salud en México está segmentado en diferentes instituciones de salud, aquellas que integran la seguridad social y que brindan atención y protección a la población que trabaja en el sector formal de la economía, aquellas instituciones de salud que brindan servicios médicos a población abierta y el sector privado (ver ilustración 2.1). Algunas de las instituciones de salud más importantes pertenecientes al sector público en el municipio de Tijuana son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSTECALI) y el Instituto de Salud Para el Bienestar (INSABI).

En contexto de la pandemia de Covid-19, hacer un balance de la cantidad de personal médico en el país y de la disponibilidad de camas para atender a los enfermos resulta de alta relevancia. Así, según registros de la *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD por sus siglas en ingles), en México existen 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes y 2.9 enfermeros/as por cada 1,000 habitantes (OECD, 2021), cifra ligeramente por arriba de los recomendados por la Organización Mundial de la salud (OMS), de 2.3 médicos para cada 1,000 habitantes y de 2.3 enfermeros/as por cada 1,000 (OPS, 2015).

La cantidad de camas por cada 1,000 habitantes en el municipio de Tijuana es de 1.31 (solamente de instituciones gubernamentales), donde el mínimo recomendado es de 1 cama por cada 1,000 habitantes. De igual manera existen en la ciudad 1,703 consultorios y 2,524 camas en instituciones gubernamentales, los consultorios adyacentes a farmacias y de índole particular no están contemplados en estos datos a pesar de su importancia como proveedores de salud (INEGI, 2021).

Ilustración 2.1 Distribución servicios de salud públicos en Baja California



Fuente: Elaboración propia

## 2.2 Sector privado

Según el INEGI (2019), previo a la pandemia, Baja California contaba con 93 establecimientos particulares de salud, los cuales cuentan con 876 camas censables por cada 100 establecimientos particulares que brindan servicios de salud, 90 de las que están en categoría de un hospital general. Se estima que el promedio de días de estancia en establecimientos particulares que brindan servicios de salud en Baja California es de 2.0 días (INEGI, 2019).

Datos recientes indican, que los servicios de consultas más utilizados en el sector privado fueron los siguientes: consulta de especialidad, seguido de consultas generales, urgencias, servicios odontológicos y medicina preventiva. También, los datos muestran que los procedimientos en establecimientos particulares que brindan medicina de tratamiento fueron servicios de inhaloterapia, seguido de fisioterapia, rehabilitación, diálisis, radioterapia y quimioterapia. En el caso de inhaloterapia, este servicio está directamente vinculado a la crisis sanitaria asociada a la pandemia de la COVID-19 que se vivía en el momento y su relación de este servicio hospitalario con las enfermedades respiratorias (INEGI, 2020).

En relación con los egresos hospitalarios por COVID-19 en establecimientos particulares brindados en Baja California, este estado ocupó el primer lugar. Se reportaron 14.42 egresos hospitalarios por cada 10,000 habitantes, con un promedio de 2.2 días de estancia en establecimientos particulares. Estas cifras indican un aumento de 10% durante la pandemia por la COVID-19, respecto a los datos reportados de 2019 (INEGI, 2020).

### 2.3 Población de estudio

Los criterios de inclusión en el estudio, es que fueran médicos que hubieran laborado en la ciudad de Tijuana, Baja California y que hubieran brindado atención médica a sus pacientes durante la pandemia. Esta población de estudio fue analizada considerando dos categorías: i) médicos que reportaron haber trabajado en una institución pública de salud; y ii) médicos que reportaron haber trabajado solo en el sector privado. En este estudio quedaron excluidos aquellos médicos que tienen funciones administrativas.

Aunque algunos médicos tienen más de un empleo y estos pueden ser una combinación entre el sector público y privado, los datos de este estudio registran solo aquel empleo que fue reportado como su trabajo principal. En este estudio, los médicos que reportaron trabajar en el Hospital General de Tijuana (HGT), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSTECALI), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en algún Centro de Salud o en la Jurisdicción Sanitaria, fueron clasificados como trabajadores del sector público. Aquellos participantes que

reportaron trabajar en un consultorio adyacente a una farmacia (CAF), en un consultorio particular, y/o clínica particular fueron clasificados como trabajadores del sector privado.

El número total de participantes que contestaron la encuesta fue de 103, pero se eliminó la información de dos participantes debido a que los datos del cuestionario estaban incompletos, quedando 35 participantes del sector público y 66 del sector privado. Los participantes en el estudio fueron encuestados durante la cuarta ola de la pandemia, que incluye la semana epidemiológica 51 en el año 2021 y que concluyó el 9 de febrero de 2022 (Informe integral de COVID-19 en México, 2022).

#### 2.4 Encuesta

Entre los meses de enero 10 y febrero 28 de 2022 se llevó a cabo una encuesta por conveniencia entre el personal médico de instituciones públicas y privadas en la ciudad de Tijuana, Baja California. Se utilizó la plataforma de *Google Forms* para el diseño de un cuestionario en línea. Para la diseminación del cuestionario se siguieron dos etapas. En la primera se elaboró una lista de directivos de hospitales privados y públicos y los responsables de clínicas adyacentes a farmacias los cuales fueron contactados para pedirles apoyo diseminando el cuestionario entre el personal médico de dichas instituciones de salud. En la segunda etapa, se usó la técnica de recolección de información bola de nieve, donde se les pidió un grupo de médicos que diseminaran el vínculo de la encuesta a otros médicos de su círculo. También se compartió el enlace mediante grupos de Facebook y WhatsApp donde se encontraban integrados médicos de diferentes especialidades, áreas y lugares de trabajo.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario con preguntas estructuradas que recopilan información sociodemográfica, prácticas médicas, síndrome de desgaste ocupacional o *burnout*, grado de resiliencia, estatus de salud, y doble presencia. El instrumento está integrado por un total de 114 preguntas (ver anexo I)

## 2.5 Definición de las variables

### 2.5.1 Variable dependiente

“...como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este fue evaluado usando el *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS (MP))*. Este instrumento es el más comúnmente usado para medir el *burnout* en profesionales de la salud. Consta de 22 reactivos los cuales miden las siguientes subescalas: a) agotamiento emocional; b) despersonalización; y c) realización personal. La primera subescala es evaluada con 9 preguntas (preguntas: 1,2,3,6,8,13,14,16,20) la subescala de despersonalización con 5 preguntas (preguntas: 5,10,11,15,22) y la subescala de realización personal con 8 preguntas (preguntas: 4,7,9,12,17,18,19,21). Cada pregunta se evalúa en escala Likert del cero a seis, cuyas respuestas varían de nunca (0); casi nunca (1); algunas veces (2); regularmente (3); bastantes veces (4); casi siempre (5); siempre (6). De cada subescala y dependiendo del puntaje (ver cuadro 3.1) el personal de salud puede ser clasificado con sintomatología del síndrome de desgaste ocupacional (*burnout*) bajo, medio o alto.

Para determinar el valor general de *burnout*, el individuo debe salir por lo menos con puntuaciones altas en una subescala (para el caso de agotamientos emocional o despersonalización) o en su contrario, con puntuaciones bajas en realización personal. Como se aprecia en el cuadro 3.1 Valor de subescalas de la sintomatología de *burnout*, los participantes tienen síntomas altos de agotamiento emocional si la subescala tiene un valor igual o mayor a 27 puntos, la subescala de despersonalización tiene un valor igual o mayor a 10 puntos y la subescala de realización personal tiene un puntaje igual o menor a 33 (Maslach et al., 1996).

Cuadro 2.1 Valor de subescalas de la sintomatología de <i>burnout</i>			
Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30
Realización personal	De 0 a 33	De 34 a 39	De 40 a 56
Referencia: Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981b). <i>The measurement of experienced burnout*</i> . 2, 99–113.			

## 2.5.2 Variables independientes

La Escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) consta de 25 reactivos en escala Likert, a lo que el encuestado debe indicar el grado de desaprobación o aprobación: Totalmente en desacuerdo (1); en desacuerdo (2); parcialmente en desacuerdo (3); indiferente (4); parcialmente de acuerdo (5); de acuerdo (6); totalmente de acuerdo (7). Está, a su vez, se encuentra conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición de resiliencia.

La escala como tal, tiene una puntuación mínima de 25 puntos y máxima de 175, siendo equivalente a que una puntuación mayor revela niveles altos de resiliencia, para el análisis de la información, se realizó un punto de corte de 147, así aquellos médicos cuyos valores en la escala tenían un rango de 147 a 175 indicando alta resiliencia alta y menor a 146 como escala de resiliencia baja (Wagnild & Young, 1993).

### *Variables sociodemográficas*

*Sexo.* Esta variable se midió con dos categorías donde (0) mujer y (1) hombre.

*Grupos de edad.* En el cuestionario la edad se evaluó como una variable discreta, pero fue transformada a dicotómica: menores de 40 años e igual o mayor a 40 años. La categorización se hizo debido a que la sintomatología elevada de *burnout* contrasta con la experiencia o inexperiencia del profesional de salud. La literatura nos dice que los más vulnerables son los médicos jóvenes que van terminando la carrera y empezando la vida laboral, aunque no existe diferencia significativa (Maslach & Jackson, 1986).

*Estatus marital.* En el cuestionario se evaluó como una variable con cuatro categorías (casado/unido, soltero, viudo, divorciado), pero en el análisis de los datos se analizó como una variable binaria: casados/unidos y la categoría “otros”

Número de hijos. Originalmente se preguntó acerca del número de hijos y la variable se analizó de manera dicotómica (0-1 hijos y 2 o más hijos).

Tamaño del hogar. Aunque el participante reportó el número total de miembros en el hogar, la variable se transformó en dicotómica: 3 o menos integrantes versus más de 3 integrantes en el hogar.

#### *Variables ocupacionales*

*Lugar de trabajo.* Los participantes reportaron si trabajaba en alguna de estas instituciones: HGT, IMSS, ISSSTECALI, ISSSTE, CAF, jurisdicción sanitaria o centro de salud, clínica y consultorio particulares y para el análisis la variable fue dicotomizada en público o privado.

*Días laborados por semana en el primer empleo.* Se trata de una pregunta abierta, cuyas respuestas, aunque para su análisis se dicotomizó: 5 días o menos versus más de 5 días. Esta clasificación refleja un periodo laboral de 5 días, asociadas a quienes laboran en una institución pública.

*Años de practicar la medicina.* Se trata de una pregunta abierta, aunque para su análisis fue transformada a dicotómica: menos de 15 años versus 15 años o más.

*Antigüedad en el empleo.* Se recolectó información abierta, pero los datos se analizaron usando una variable dicotómica: igual o menor a 3 años versus mayor a 3 años. Este punto de corte se hizo considerando a Freudenberger (1974), quien sugiere que la aparición del *burnout* puede ocurrir en aquellos profesionales que tienen una antigüedad de 1 a 3 años (Freudenberger, 1974).

*Turno de trabajo.* La variable indaga si los participantes trabajan en los siguientes turnos: matutino, vespertino, y nocturno y en ambos turnos (matutino y vespertinos). La variable se

analizó de manera binaria: un turno, describe que labora el turno matutino y vespertino versus que labora el turno nocturno o múltiples turnos.

*Guardias médicas.* Se analizó como variables dicotómicas: sí versus no.

*Segundo empleo.* Esta variable se analizó como variable dicotómica: sí versus no.

*Doble presencia.* “La doble presencia es un concepto que surge de un fenómeno observable en economías desarrolladas, por el cual hay una presencia de las mujeres en los empleos que siempre se presenta acompañada de una presencia en el ámbito doméstico-familiar (ámbito reproductivo)”. (Oto, 2009) Se trata de una escala Likert que consta de 4 preguntas con las siguientes respuestas: Nunca (0); solo alguna vez (1); algunas veces (2); muchas veces (3); siempre (4). En donde tener una puntuación igual o menor a 3 es un riesgo de baja doble presencia, de 4 a 6 un riesgo moderado y de 7 a 16 es un riesgo elevado.

#### *Estilo de vida*

*Consumo de alcohol.* Se utilizó la pregunta de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en donde las respuestas son: no toma alcohol, anual (de 1 a 6 veces); mensual (de 1 a 3 veces); semanal (de 1 a 5 veces); diario o casi diario, pero se analizó de manera binaria: consumo anual versus no consumo (INSP, 2022).

*Consumo de tabaco.* Se preguntó al individuo si actualmente fuma *tabaco* con respuesta dicotómica de sí o no. También se hizo la pregunta de si ha fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida (INSP, 2022).

#### *Percepción de salud.*

*Diagnóstico de enfermedad crónica.* Por su relación con el riesgo de COVID-19 De manera independiente, se preguntó si los médicos tenían o no un diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, considerando las preguntas de ENSANUT. Para el análisis de los datos, ambas preguntas se colapsaron en una sola variable, la que reporta si cuenta o no con un diagnóstico de alguna de estas enfermedades (INSP, 2022).

*Esquema de vacunación completo.* Para consideración, un esquema de vacunación es cuando el individuo cuenta con las dosis necesarias para estar protegido, algunas vacunas su esquema fue de una sola dosis y otras vacunas fueron de dos dosis. Considerando la fecha del levantamiento de información, se preguntó a los participantes si ellos contaban o no con un esquema de vacunación completo a lo que se incluyó también los refuerzos.

*Temor a que un familiar contraiga la enfermedad de COVID-19.* Se trata de una variable relacionada con la doble presencia y el temor que experimentaba el personal de salud de ser la fuente de infección de otros miembros de la familia. Se analizó de manera dicotómica: sí/tal vez versus no.

## 2.6 Comité de ética

El protocolo de investigación y el instrumento recolector de datos de este estudio (Ver anexo II) fue aprobado por el Subcomité de Bioética de El Colegio de la Frontera Norte el día 18 de noviembre de 2021.

## 2.7 Plan de análisis

La información fue analizada mediante el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences* de IBM (SPSS) V.26, el cual sirvió para obtener: estadísticas descriptivas, tablas cruzadas y regresión logística múltiple y los intervalos de confianza del 95% para los estimadores. La variable independiente es una variable dicotómica que permitió evaluar la relación entre reportar sintomatología elevada de *burnout* y variables ocupacionales y resiliencia. En el caso de la resiliencia, la sintomatología elevada se evaluó con un de punto de corte de 147 puntos (Wagnild y Young, 1993).

El estudio evaluó la relación entre *burnout* y variables ocupacionales, resiliencia y variables sociodemográficas. Se llevó a cabo una regresión logística simple y multivariada. La regresión múltiple incluye dos modelos, el primero que describe la relación entre variables sociodemográficas y *burnout* y el segundo entre *burnout* y variables ocupaciones, resiliencia, doble presencia y ciertas variables sociodemográficas

## Capítulo III: RESULTADOS.

### 3.1 Estadísticas descriptivas

El cuadro 3.1 describe las características sociodemográficas, ocupacionales, antecedentes de salud y estrategias de resiliencia en médicos del sector público y privado en Tijuana, Baja California. Como se observa, el 68% de los participantes era población del sexo femenino, 64.4% tenían 40 años o más, y 65.3% reportó estar casado o vivir en unión libre. Así mismo, el 46.5% reportó tener 2 o más hijos, mientras la mayoría (62.2%) vivía en hogares de 3 o menos miembros.

Respecto a las características del empleo, aproximadamente 35% reportó trabajar en alguna institución pública y 3 de cada 5 participantes reportó trabajar al menos 5 días por semana. La mayoría de los participantes (62.4%) tenían una práctica médica de 15 o más años, mientras 65.2% tenía una antigüedad en el empleo de más de 3 años. Una gran proporción (64.1%) de los médicos reportó laborar en los turnos matutino y vespertino, mientras el resto de los médicos laboró durante el turno nocturno o presentó jornada de trabajo doble. Cuatro de cada 5 médicos reportaron no realizar guardias médicas, aunque alrededor de 38% dijo tener un segundo empleo.

La variable de doble presencia evalúa si las responsabilidades domésticas o responsabilidades de otra índole en el empleo interfiere de alguna manera en el desempeño laboral del personal médico. Los datos muestran que el 28.6% de los participantes tienen una baja doble presencia, o bien que pueden sustraerse casi completamente de dichas responsabilidades.

La variable de estilo de vida y antecedentes del estado de salud de los médicos describe sus hábitos de uso de alcohol, tabaco, su percepción de salud y si cuenta con un diagnóstico previo de alguna enfermedad crónica. Uno de cada 5 médicos reporte consumir alcohol semanal o de manera diaria, mientras 19.8 reportó haber consumido al menos 100 cigarros a lo largo de su vida.

Respecto al acceso a la vacuna contra la Covid-19 durante la pandemia y según la normatividad vigente a la fecha del estudio, 95% de los médicos participantes reportó tener un esquema de vacunación completo. Así mismo, el 92.1% dijo tener temor de que algún familiar o de que ellos pudieran contraer la enfermedad de Covid-19.

Una resiliencia elevada, es una variable que ha sido asociada como un factor de protección contra el *burnout*. En este estudio más de la mitad (55.4%) reportó tener una resiliencia alta.

Cuadro 3.1 Características sociodemográficas, ocupacionales, antecedentes de salud y estrategias de resiliencia en médicos del sector público y privado en Tijuana, Baja California (n=101)	
	n (%)
<b>Sociodemográficos</b>	
<b>Sexo</b>	
Mujer	68 (68.0)
Hombre	32 (32.0)
N/R	1
<b>Edad</b>	
<40 años	36 (35.6)
≥40 años	65 (64.4)
<b>Estatus marital</b>	
No unidos	35 (34.7)
Casados/Unión libre	66 (65.3)
<b>Número de hijos</b>	
0-1	54 (53.5)
≥ 2	47(46.5)
<b>Tamaño del hogar</b>	
≤ 3	61 (62.2)
> 3	37 (37.8)
N/R	3
<b>Ocupacionales</b>	
<b>Lugar de trabajo</b>	
Privado	66 (65.3)
Público	35 (34.7)
<b>Días laborados por semana en el primer empleo</b>	
≤ 5 días	59 (61.5)
> 5 días	37 (38.5)
N/R	5
<b>Años de practicar la medicina</b>	
< 15 años	38 (37.6)

≥ 15 años	63 (62.4)
Antigüedad en el empleo	
≤ 3 años	32 (34.8)
> 3 años	60 (65.2)
N/R	9
Turno de trabajo	
Matutino y vespertino	59 (64.1)
Turno nocturno/múltiples turnos	33 (35.9)
N/R	9
Realiza guardias médicas	
No	75 (81.5)
Si	17 (18.5)
N/R	9
Tiene un segundo empleo	
No	63 (62.4)
Si	38 (37.6)
Doble presencia	
Baja	28 (28.6)
Moderada	17 (17.3)
Alta	53 (54.1)
N/R	3
Estilo de vida	
Consumo de alcohol	
No toma alcohol	24 (23.8)
Anual (de 1 a 6 veces)	25 (24.8)
Mensual (de 1 a 3 veces)	29 (28.7)
Semanal (de 1 a 5 veces)	17 (16.8)
Diario o casi diario	6 (5.9)
Consumo de tabaco	
No	81 (80.2)
Si	20 (19.8)
Antecedentes de salud	
Diagnóstico de enfermedad crónica (DM O HTA)	
No	82 (81.2)
Si	19 (18.8)
Tiene esquema completo de vacunación	
Si	96 (95.0)
Esquema incompleto/no vacunado	5 (5.0)
Tiene temor de contraer Covid-19/familiar contraiga Covid-19	
Si/Tal vez	93 (92.1)
No	8 (7.9)
Resiliencia	
Nivel de resiliencia	
Baja/moderada	45 (44.6)
Alta	56 (55.4)

### 3.2 Prevalencia de las dimensiones de *burnout*

El cuadro 3.2 describe la presencia de sintomatología alta, moderada y baja en las subescalas del *burnout*, que son: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Tener síntomas elevados de cansancio emocional (7.9%) y despersonalización (12.9%) y síntomas bajos de realización personal (61.4%) son las dimensiones que definen la sintomatología elevada de *burnout*. Los anterior nos permite identificar una prevalencia de sintomatología de *burnout* elevada de 63.4%. En los participantes, la dimensión de realización personal es la que más contribuye al desarrollo de este síndrome

Cuadro 3.2 Prevalencia de las dimensiones de <i>burnout</i> (síndrome de desgaste ocupacional) en médicos del sector público y privado de Tijuana, Baja California (n=101)			
Dimensiones y grado del "burnout"	Cansancio emocional (CE)	Despersonalización (D)	Realización personal (RP)
Bajo	68 (67.3%)	58 (57.4)	62 (61.4)
Moderado	25 (24.8)	30 (29.7)	21 (20.8)
Alto	8 (7.9)	13 (12.9)	18 (17.8)
Sintomatología alta en CE, D o baja en RP		64 (63.4)	
Sintomatología baja/moderada en CE, D o Alta en RP		37 (36.6)	

### 3.3 Prevalencia de *burnout* (síndrome de desgaste ocupacional), resiliencia y otras variables de control

El cuadro 3.3 presenta la prevalencia de experimentar sintomatología alta de *burnout* según diversas características de los participantes. Se observó una diferencia significativa por sexo, ya que las mujeres (73.5%) reportaron tener una proporción mayor de síntomas elevada de *burnout* respecto a los varones (40.6%). De acuerdo con los datos, el 66.2% de los médicos en edades de 40 años y más tenían síntomas elevados de *burnout* comparados con los más jóvenes (58.3%). Los mismos datos revelan que en relación con el estatus marital, el 65.7% de los casados o unidos presentaban sintomatología elevada de *burnout*, respecto a aquellos que reportaron tener un estado civil diferente (62.1%).

El lugar de trabajo marca una diferencia en la prevalencia de *burnout* elevado, ya que el 77.1% de médicos que trabajan en el sector público reportaron una mayor sintomatología respecto a quienes laboran en el sector privado (56.1%). Interesantemente, aquellos que reportaron trabajar 5 días a la semana o menos (72.9%), tuvieron niveles de *burnout* elevados respecto a los que laboraron más días a la semana (48.6%). Por otra parte, aquellos que tenían 15 o más años de practicar la medicina (66.7%), tener una antigüedad mayor a 3 años en el empleo actual (66.7%), trabajar en los turnos matutinos y vespertino (69.5%) y no realizar guardias médicas (64%), reportaron tener una mayor sintomatología de *burnout*, respecto a su contraparte. Similarmente, los médicos que reportaron tener un segundo empleo (63.2%), tuvieron una prevalencia de *burnout* elevado que fue similar a lo que dijeron tener un solo empleo (63.5%).

Respecto a aquellos médicos que reportaron tener una doble presencia (alta/moderada), es decir que desarrollan sus actividades laborales sin poderse desconectar de sus otras obligaciones (i.e. domésticas, de cuidadores, administrativas), reportaban sintomatología elevada de *burnout* (70%), respecto a aquellos con una baja doble presencia.

Por otra parte, la prevalencia de *burnout* entre aquellos que reportaban no consumo de alcohol o esporádico (anual), era ligeramente mayor (67.3%), respecto a quienes reportaron tener un consumo mensual a casi diario (59.6%). Los médicos que consumieron al menos 100 cigarrillos al largo de la vida tuvieron una prevalencia de *burnout* menor (60%), que la de los no consumidores (64.2%). Así mismo, la prevalencia de *burnout* elevada fue mayor (78.9%) en aquellos que reportaron tener un diagnóstico de enfermedad crónica como diabetes mellitus o hipertensión arterial, respecto a los que no tenían un diagnóstico de dichas enfermedades (59.8%).

Como se observa, aquellos médicos que reportaban tener una resiliencia de baja a moderada tenían la prevalencia mayor de *burnout* (84.4%) que aquellos que tenían una resiliencia elevada (46.4%).

Cuadro 3.3 Prevalencia de *burnout* (síndrome de desgaste ocupacional) por características sociodemográficas, ocupacionales, antecedentes de salud y nivel de resiliencia en médicos del sector público y privado de Tijuana, Baja California (n=101)

	<i>Burnout</i> (Síndrome de desgaste ocupacional)		
	Sintomatología baja/moderada (n= 37) n (%)	Sintomatología alta (n=64) n (%)	P- Value
<i>Sociodemográficos</i>			
Sexo			
Mujer	18 (26.5)	50 (73.5)	0.001***
Hombre	19 (59.4)	13 (40.6)	
Edad			
<40 años	15 (41.7)	21 (58.3)	0.435
≥40 años	22 (33.8)	43 (66.2)	
Estatus marital			
No unidos	12 (34.3)	23 (65.7)	0.721
Casados/Unión libre	25 (37.9)	41 (62.1)	
<i>Ocupacionales</i>			
Lugar de trabajo			
Privado	29 (43.9)	37 (56.1)	0.036*
Público	8 (22.9)	27 (77.1)	
Días laborados por semana en el primer empleo			
≤ 5 días	16 (27.1)	43 (72.9)	0.016*
> 5 días	19 (51.4)	18 (48.6)	
Años de practicar la medicina			
< 15 años	16 (41.2)	22 (57.9)	0.375
≥ 15 años	21 (33.3)	42 (66.7)	
Antigüedad en el empleo			
≤ 3 años	12 (37.5)	20 (62.5)	0.689
> 3 años	20 (33.3)	40 (66.7)	
Turno de trabajo			
Matutino y vespertino	18 (30.5)	41 (69.5)	0.047*
Turno nocturno/múltiples turnos	17 (51.5)	16 (48.5)	
Realiza guardias médicas			
No	27 (36.0)	48 (64.0)	0.690
Si	7 (41.2)	10 (58.8)	
Tiene un segundo empleo			
No	23 (36.5)	40 (63.5)	0.973
Si	14 (36.8)	24 (63.2)	
Doble presencia			
Baja	15 (53.6)	13 (46.4)	0.029*
Moderada/alta	21 (30.0)	49 (70.0)	
<i>Estilo de vida</i>			

Consumo de alcohol			
No toma-Anual	16 (32.7)	33 (67.3)	0.420
Mensual-Casi diario	21 (40.4)	31 (59.6)	
Consumió tabaco			
No	29 (35.8)	52 (64.2)	0.700
Sí	8 (40.0)	12 (60.0)	
<i>Antecedentes de salud</i>			
Diagnóstico de enfermedad crónica (DM O HTA)			
No	33 (40.2)	49 (59.8)	0.118
Sí	4 (21.1)	15 (78.9)	
Tiene esquema completo de vacunación			
Esquema incompleto/no vacunado	2 (40.0)	3 (60.0)	0.873
Sí	35 (36.5)	61 (63.5)	
Tiene temor de contraer Covid-19/familiar contraiga Covid-19			
No	6 (75.0)	2 (25.0)	0.019*
Sí/Tal vez	31 (33.3)	62 (66.7)	
Escala de resiliencia			
Baja/moderada	7 (15.6)	38 (84.4)	0.000 ***
Alta	30 (53.6)	26 (46.4)	
***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05			

### 3.4 Asociación entre burnout y resiliencia

El cuadro 3.4 describe las razones de momios no ajustadas, las razones ajustadas y los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) según las variables ocupacionales, nivel de resiliencia y variables sociodemográficas en la población participante. Las razones de momios no ajustadas indican que existe una asociación estadísticamente significativa entre síntomas elevados de *burnout* en los médicos participantes según el sexo, variables ocupacionales, doble presencia, percepción de salud y nivel de resiliencia.

Como se aprecia en el cuadro, las mujeres tuvieron una razón de momios no ajustada que indica una probabilidad 4.06 veces mayor (IC 95% 1.67 – 9.86) de reportar síntomas elevados de *burnout*, respecto a los varones. Por otra parte, médicos que reportaron laborar en el sector público tuvieron una razón de momios no ajustada que fue 2.64 veces mayor (IC 95% 1.047 – 6.682) de presentar síntomas de *burnout*, en comparación a los médicos del sector privado. Los

días laborados estuvo también asociado con el hecho de que los médicos experimenten una mayor sintomatología de *burnout*. Al respecto, los médicos que laboraban 5 o menos días a la semana tuvieron una razón de momios no ajustada que fue 2.83 veces mayor (IC 95% 1.197–6.725) de reportar sintomatología elevada de *burnout* respecto a aquellos que laboraron 6 días o más. Similarmente, durante la pandemia, el turno de trabajo también estuvo asociado con síntomas elevados de *burnout*. Así, el hecho de que los médicos que reportaron laboral en el turno matutino o vespertino fueron 2.42 veces más proclives (RMNJ, IC 95% 1.005–5.831) a presentar síntomas de *burnout* en contraste con médicos que reportaron trabajar en los turnos mixtos (matutino y vespertino) y/o laboran en el turno nocturno. Igual de importante, la doble presencia (RMNA 2.69) y el tener una resiliencia de baja a moderada estuvo estadísticamente asociada con tener una sintomatología elevada de *burnout* (RMNA 6.26, IC 95% 2.39 – 16.39  $p = 0.001$ ).

El cuadro 3.4 presenta las razones de momios ajustadas y los intervalos de confianza del 95%. El modelo 1 analiza la relación entre variables ocupacionales y la probabilidad de experimentar *burnout* después de controlar por variables sociodemográficas. Como se puede apreciar ninguna variable ocupacional fue estadísticamente significativa. El sexo es la única variable asociada con la relación de experimentar *burnout* elevada (RMA 2.66, IC95% 1.01-7.03). El modelo 2 analiza la relación de experimentar *burnout* elevada y resiliencia después controlar por variables ocupacionales y sociodemográficas. Los datos del modelo indican un aumento en la probabilidad de experimentar sintomatología elevada de *burnout* (RMA 6.79, IC95% 2.17-22.34) y el reporte de resiliencia de baja a moderada. Después de ajustar por otras variables en el modelo, ninguna variable ocupacional estuvo asociada con la probabilidad de experimentar sintomatología elevada de *burnout*. En este modelo, el ser mujer, incremento significativamente la probabilidad de experimentar *burnout* (RMA 3.80, IC95% 1.23-11.68), después de ajustar por resiliencia y variables ocupacionales.

Cuadro 3.4 Razón de momios no ajustados y ajustados e intervalos de confianza de 95% (IC 95%) para la asociación entre variables demográficas, ocupacionales y de salud y la probabilidad de tener sintomatología elevada de síndrome de desgaste ocupacional o burnout

<i>Factor de riesgo</i>			Modelo 1	Modelo 2
		RMNA	RMA	RMA
Sexo	Mujer	4.06 (1.67 - 9.86) *	2.66 (1.01 - 7.03) *	3.80 (1.23 - 11.68) *
	Hombre	1.0 Referencia	1.0 Referencia	1.0 Referencia
Edad	<40 años	1.0 Referencia	1.0 Referencia	1.0 Referencia
	≥40 años	1.39 0.60 - 3.22)	0.83 (0.30 - 2.29)	0.92 (0.29 - 2.94)
Lugar de trabajo	Privado	1.0 Referencia	1.0 Referencia	1.0 Referencia
	Público	2.64 1.04 - 6.68) *	1.55 ( 0.52 - 4.54)	1.75 (0.54 - 5.68)
Días laborados por semana en el primer empleo	≤ 5 días	2.83 (1.19 - 6.72) *	1.83 (0.65 - 5.16)	1.22 (0.38 - 3.90)
	> 5 días	1.0 Referencia	1.0 Referencia	1.0 Referencia
Turno de trabajo	Matutino y vespertino	2.42 (1.00 - 5.83) *	1.79 (0.70 - 4.57)	1.64 (0.58 - 5.68)
	Turno nocturno/turnos mixtos	1.0 Referencia	1.0 Referencia	1.0 Referencia
Doble presencia	Baja	1.0 referencia	n/a	1.0 Referencia
	Alta/Moderada	2.69 (1.09 6.63) *		1.83 (0.61 - 5.49)
Nivel de resiliencia	Baja/moderada	6.26 (2.39 - 16.39) *	n/a	6.79 (2.17 - 22.34) ***
	alta	1.0 Referencia		1.0 Referencia

\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01, \*p<0.05,

## Capítulo IV. DISCUSION.

Este estudio analizó la relación entre variables ocupacionales, nivel de resiliencia y el reporte de sintomatología elevada del síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* en médicos del sector públicos y privado durante la pandemia de Covid-19 en la ciudad de Tijuana, Baja California. Los participantes en el estudio fueron encuestados durante la cuarta ola de la pandemia de Covid-19, que incluye la semana epidemiológica 51 en el año 2021 y que concluye el 9 de febrero de 2022 (Informe integral de COVID-19 en México, 2022).

Como señalamos anteriormente, el *burnout* se produce por estrés crónico, llegando a producir cambios en la personalidad de los individuos (Cristina Marrau, 2009). El *burnout* puede afectar el desenvolvimiento del individuo en su entorno social, principalmente el laboral, impactando la capacidad de trabajar eficientemente (Moreno-Jiménez et al., 2005). En este estudio, nosotros usamos el *Mashlash Burnout Inventory* para evaluar dicho síndrome. Nuestros hallazgos indican que 63.3% de los participantes presentaron sintomatología elevada de *burnout*. Aunque nuestros resultados se encuentran dentro del rango de los reportados por Dimitriu y colegas (2020), la prevalencia está por encima de los reportados por otros autores en estudios llevados a cabo durante la pandemia (Khalafalla y et al., (2020); Oprisan, Baettig Arriagada, et al., (2021); Juárez García, (2020); Hernández Miranda et al., (2021); García-Torres et al., (2021); Romero-González et al., (2021).

Al analizar las tres dimensiones del *burnout*, nuestros hallazgos indican que 7.9% de los participantes reportaban sintomatología elevada de cansancio emocional, 12.9% de despersonalización, mientras 61.4% mostraba un bajo nivel de realización personal. Este último indicador, contribuye a explicar principalmente la sintomatología de *burnout*. Estos datos son consistentes con aquellos reportados por otros autores (Palmer-Morales et al., 2005; Pistelli et al., 2011; Terrones-Rodríguez et al., 2016).

Como se señaló anteriormente, el riesgo de experimentar sintomatología elevada de *burnout* no es exclusiva de situaciones de crisis sanitarias, como la pandemia de Covid-19. Una amplia literatura reporta una relación entre la posición en el empleo, la carga laboral y la organización

en el trabajo y un aumento en la probabilidad de experimentar este síndrome (Bobbio & Ramos, 2010). Debido al rol que tienen las condiciones de trabajo como causantes de estrés crónico y la relación de dicha condición con el *burnout*, en este estudio se exploraron una diversidad de variables ocupacionales. Por ejemplo, en este estudio asumió que la mayor carga de trabajo que durante la pandemia, le impusieron los directivos del sector público a los médicos, incrementaría la probabilidad de experimentar sintomatología elevada de burnout. Factores como trabajar bajo presión, con limitado equipo de protección, carencia de acceso de insumos médicos para diagnosticar, dar tratamiento y seguimiento a los pacientes podría incrementar el estrés de los médicos. Se ha reportado, que la pandemia generó una crisis internacional entre el personal médico, incluso algunos médicos, como en Estados Unidos abandonaron la profesión antes de la edad de jubilación (Abbasi, 2022).

De acuerdo con lo esperado, el análisis no ajustado indica que los médicos del sector público tuvieron la sintomatología más elevada de *burnout*, así como también tener una doble presencia de alta a moderada. Contrariamente, a lo esperado los médicos que trabajan 5 o menos días y los que tenían un solo turno por la mañana y por la tarde tuvieron una probabilidad mayor de tener una sintomatología elevada de *burnout*. Por otra parte, el análisis ajustado, permitió observar que, en nuestra población de estudio, después de ajustar por variables sociodemográficas y resiliencia (modelo 1 y modelo 2), ninguna variable estuvo asociada con el síndrome de burnout, lo anterior, a pesar de que el burnout es un síndrome relacionado las variables de empleo.

Una explicación de lo anterior es que, aunque la población de estudio muestra algunas diferencias significativas en la prevalencia de burnout en las variables ocupacionales, dado que el burnout es un síndrome ocasionado por estrés crónico, existe un fenómeno acumulativo que afecta por igual al conjunto de los participantes y que no se relaciona con las variables ocupacionales que se midieron en un punto en el tiempo en este estudio. Nuestros datos sugieren que es posible que los médicos del sector público hayan desarrollado estrategias para aminorar la carga laboral, manteniendo la jornada de trabajo de 5 días o trabajando menos días. Pero la situación de pandemia y la carga que implica atender muchos pacientes con Covid-19 en este sector, aunado al estrés acumulado podrían ayudar a entender por qué estas variables y

las variables de lugar de trabajo, turno de trabajo y doble presencia no estuvieron asociadas con el desarrollo de sintomatología elevada.

Respecto al turno de trabajo, los resultados muestran una prevalencia mayor de *burnout* en trabajadores del turno matutino/vespertino y menor en aquellos médicos que realizan guardias médicas. Esto último, no es consistente con la literatura existente (Deschamps Perdomo et al., 2011), ya que, de acuerdo con este autor, se observa una sintomatología elevada de *burnout* en aquellos médicos que tienen guardias médicas o en aquellos que trabajar en el turno nocturno. Similarmente, un estudio en Rusia (Anna, 2017) revela que trabajar en el turno nocturno es un factor de estrés, junto con el trabajar en el área de urgencias. El cuerpo está diseñado para dormir de noche y al mantenerlo alerta y lúcido para hacer guardias médicas, es un factor estresante lo cual propicia la aparición de sintomatología elevada de *burnout*. Sobre estos temas se requiere más investigación, ya que en contexto de pandemia se esperaría que aquellos médicos que trabajan jornadas extensas y están en guardias médicas deben experimentan niveles mayores de estrés asociado al trabajo.

Al considerar los estudios de Freudenberger (1974), quien señala que los primeros síntomas de *burnout* pueden observarse dentro de los 3 primeros años de práctica profesional, particularmente en aquellos médicos con mucha carga de trabajo. Nuestros datos parecen consistentes con lo anterior, ya que 66.7% de los individuos que presentaron sintomatología elevada de *burnout* tienen más de 3 años trabajando en su empleo actual.

En este estudio, el personal médico del sexo femenino tuvo una mayor prevalencia de tener sintomatología elevada de *burnout* (73.5%), respecto a los varones (40.6%). La relación entre el ser mujer y padecer sintomatología elevada de *burnout* ha sido reportados por otros estudios, los cuales identifican el doble papel que desenvuelven las mujeres en el ámbito de los doméstico y extra-doméstico (Aranda Beltran, 2006; Lafaver et al., 2018; Lemkau et al., 1987; Yeluru et al., 2022). Durante la pandemia, el rol de crianza de las mujeres y el trabajo doméstico se incrementó de manera importante, ya que las escuelas estaban cerradas y los hijos debieron quedarse en casa. El rol de cuidadoras de sus hijos aumento día con día en el hogar, mientras debieron seguir desarrollado su labor como médicas, pero en condiciones extremas

de presión laboral. Como ha sido documentado, el personal de salud es catalogados como trabajador esencial, por lo que las trabajadoras debían seguir cubriendo sus jornadas de trabajo en condiciones poco favorables, posiblemente experimentando preocupación de cómo se encontraban los hijos en el hogar u otro familiar (Yeluru et al., 2022).

Un sinnúmero de estudios describe la importancia de la resiliencia como factor protector del *burnout*. La capacidad individual de algunos médicos de afrontar situaciones de crisis y reponerse física y emocionalmente a dicha situación, así como las estrategias corporativas de cuidar el ambiente laboral, buscado ofrecer “ambientes resilientes”, son críticos para reducir el estrés laboral en los trabajadores en el área de la salud. Nuestros hallazgos indican niveles elevados de resiliencia en poco más de la mitad de los participantes.

Igual que otros estudios nosotros encontramos que una resiliencia baja o moderada incrementa la probabilidad de reportar una sintomatología elevada de *burnout*. Algunos estudios reportan una relación inversa entre el síndrome de *burnout* y los niveles de resiliencia. Los estudios de Rios Risquez, et al. (2012), Alegre, et al. (2019), Quimi (2021), encontraron una asociación similar en sus estudios con enfermeras.

En este estudio, los niveles de resiliencia de los participantes pueden explicarse por varias razones, el uso de estrategias de afrontamiento individual o el desarrollo de estrategia de protección corporativas o institucionales que pudieron haber implementado durante la pandemia para reducir la carga laboral del personal de salud. También, los resultados pueden tener un origen asociado al diseño de la investigación. Respecto a este último elemento, es posible que los médicos más resilientes estuvieron más dispuestos a participar en este estudio. Por ejemplo, es posible que los participantes tuvieran mayor curiosidad y buscara conocer sobre el estudio y por lo tanto estuviera más motivado a participar. Este estudio usó una muestra de conveniencia, por lo que existe una probabilidad muy alta que los participantes se hayan autoseleccionado por su nivel de resiliencia. Por el posible efecto protector de la resiliencia para el desarrollo de *burnout* en contexto de pandemia se requiere llevar a cabo más investigación al respecto.

Este estudio tiene diversas limitaciones, se tratarse de un estudio que utilizó una muestra a conveniencia, no probabilística y con un número limitado de participantes. Así, mismo, es probable que exista un sesgo de selección, ya que se tuvo una mayor participación de personal médico femenino. El tamaño de la muestra y el sesgo de selección fue una limitante para realizar un análisis estadístico multivariado que permitirá encontrar una relación entre alguna variable ocupacional y un aumento en la presencia de experimentar sintomatología elevada de *burnout*. Aunque el estudio tiene diversas limitaciones, una fortaleza de esta investigación es que se llevó a cabo durante la pandemia de Covid-19, que fue una etapa difícil para la recolección de información. Como se señaló anteriormente, se utilizó una encuesta electrónica que permitió explorar el síndrome de *burnout* en un sector de la población que estaba bajo mucho estrés laboral en el contexto de una crisis sanitaria y que de llevarse usando otra metodología podrían haber incrementado la probabilidad de contagio entre el investigador-participante. Otra fortaleza del estudio es que se utilizaron escalas de medición validadas que permitieron explorar el síndrome del desgaste ocupacional en la población participante.

## Capítulo V. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

El síndrome de desgaste ocupacional o *burnout* se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y un sentimiento de baja realización personal. Una sintomatología elevada de *burnout* ha sido asociada con consecuencias negativas en la atención que brindan los médicos a sus pacientes lo que tiene costos económicos para los servicios de salud y el bienestar general del personal médico que experimenta *burnout*.

La Asociación Americana de Médicos (AMA por sus siglas en inglés) recomienda algunas medidas de prevención contra el estrés ocasionado por el Covid-19 y que puede producir una sintomatología elevada de *burnout* en este personal de salud (Berg, 2020). Dichas medidas incluyen lo siguiente:

Poner atención en que se cubran las necesidades básicas. Tanto las corporaciones y las instituciones de salud deben vigilar que los médicos tengan acceso a alimentos y descanso. Es importante tomar en cuenta el factor humano y no dejarse llevar por la necesidad de sacar el trabajo adelante.

Poner atención en el número de horas laboradas. Debe favorecerse la rotación de personal en los horarios de mayor demanda de servicios a los pacientes y cuidar del número de horas que trabaja el personal médico. Ligado al punto anterior para que los individuos cubran sus necesidades básicas y “se despejen” de los problemas del trabajo, es otro punto clave para la prevención del *burnout*.

Apoyo a la salud mental del proveedor de salud. Es vital que, durante cualquier crisis sanitaria como una pandemia, no se pierda de vista la salud mental de los trabajadores, el apoyo debe ser brindado principalmente por parte de las corporaciones o instituciones de salud.

Promover que las instituciones de salud cuenten con un liderazgo compasivo y empático. Los directivos de corporaciones o instituciones de salud deben ejercer un liderazgo donde se conecten con los riesgos de salud que enfrenta su personal y la familia de estos, por lo que

deben ser compasivos y empáticos con los trabajadores, particularmente con aquellos que tienen algún riesgo de salud.

Distribución efectiva del trabajo. La distribución equitativa y efectiva de las tareas por realizar pueden prevenir muchos problemas a futuro. El contar con una lista de qué planifique las tareas y actividades a desarrollar o una *checklist* facilita el seguimiento de estas y optimiza el desempeño del trabajo.

Mantener una cultura de bienestar. Para mantener siempre “fresco” y sin complicaciones al personal, este aspecto lo debe supervisar la institución de salud. Dicha cultura de bienestar considera aspectos básicos como el contacto directo entre superiores y trabajadores para demostrar interés sobre su situación de salud actual.

#### *Medidas de parte de la institución*

Corresponde directamente a la empresa tratar la situación de estrés de sus trabajadores. Por lo anterior las instituciones de salud deben ser más flexibles con las situaciones en las que se presenten los trabajadores, implementando cursos de actualización continua, talleres, políticas para prevenir el síndrome de desgaste ocupacional y no políticas para tratar el problema (Salanova et al., 2000).

Las estrategias de prevención, usualmente se dividen entre primaria, secundaria y terciaria (cuadro 4.1). Siguiendo el esquema de medicina, los trabajadores “sanos” son aquellos que entran en el esquema de prevención primaria, aquellos con síntomas sugestivos y/o “sospechosos” se tratan con prevención secundaria y aquellos trabajadores con diagnóstico de *burnout* se tratan con la prevención terciaria. (Ministerio del Trabajo, 2016; Facultad de medicina UNAM, 2021).

Medida de prevención	Por parte de la empresa	Por parte del trabajador
Prevención primaria	Fortalecer los procesos de selección, mantener actualizadas las descripciones del cargo	Psicoeducación, actividades de formación continua, fomentación de estilos de vida saludables
Prevención secundaria	Análisis de los puestos de trabajo, mejora en las redes de comunicación, fomentar la flexibilidad horaria,	Asistencia profesional, técnicas de autorregulación y control, fortalecer el estilo de vida saludable
Prevención terciaria	modificación del ambiente de trabajo, fortalecimiento de vínculos y apoyo social,	Elaboración de un plan de recuperación en el cual se incluya tratamiento psicoterapéutico asesoramiento

Después de analizar la relación entre resiliencia y *burnout* en médicos de la ciudad de Tijuana, se resumen algunas medidas de prevención de *burnout* propuesta por Freudenberger (1974), que complementan las propuestas por la AMA y que fueron adaptadas a la presión laboral que experimentaron los médicos en contexto de pandemia durante el 2022. Algunas de las acciones incluyen lo siguiente:

- Promover la rotación de actividades entre aquellos trabajadores que desarrollan actividades repetitivas;
- Limitar el número de horas extras de los trabajadores buscando un equilibrio entre la carga de trabajo del personal.
- Ser respetuoso del tiempo libre y vacaciones del personal.
- Fomentar el trabajo en equipo, buscando que el clima laboral sea más ameno y la carga de trabajo sea menos pesada.
- Ser abiertos para hablar con los demás de cómo se sienten respecto al trabajo y escuchar a sus compañeros también.
- Implementación de talleres que contribuyan a “despejar la mente” y recargar energía.
- Fomentar la actividad física, ya sea dentro o fuera de la institución, buscando que el individuo tenga pensamientos más allá del trabajo y tengan un mejor manejo en la distribución de su energía en el día (Freudenberger, 1974).

Si los puntos para prevenir el *burnout* son insatisfactorios, Freudenbergger recomienda que los trabajadores “descansen” del ambiente laboral y la actividad que realiza y que este descanso incluya un tratamiento terapéutico (Freudenberger, 1974).

Las medidas preventivas deben implementarse en etapas tempranas, y el trabajador debe sentirse acompañado y evitar que se sienta como una carga/molestia para los demás. Por otra parte, menciona que, si el *burnout* se da a consecuencia de la pérdida de los ideales del individuo, esto conlleva una dinámica de duelo (Freudenberger, 1974). Nuestros datos, indican que una proporción elevada de los participantes durante la pandemia no se sintieron realizados en su trabajo. Falta ahondar ms al respecto para conocer los factores que explican lo anterior.

Freudenberger también menciona que, si bien el *burnout* no se puede prevenir del todo, es posible contrarrestar los factores que producen la falta de interés hacia el trabajo y la desmotivación. Condiciones de trabajo, donde los individuos tienen que trabajar horarios fijos, pero que usualmente se extiende. Revisar factores como que los médicos de Tijuana tengan bajos salarios, que trabajan en un ambiente que implica muchas responsabilidades son algunos factores que reducen el interés en el trabajo y que amerita ser un tema de investigación de estudios futuros (Freudenberger, 1974).

## BIBLIOGRAFIA

- Abbasi, J. (2022). Pushed to Their Limits, 1 in 5 Physicians Intends to Leave Practice. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 327(15), 1435–1437. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.5074>
- Alegre, A., Bedregal, O., & Rodrich-Zegarra, A. (2019). Resiliencia y burnout en enfermeras de un hospital general de Lima, Perú. *Interacciones*, 5(3), e183. <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/81>
- Amaya Sandoval, B., Noroña Salcedo, D., & Vega Falcón, V. (2021). Factores psicosociales relacionados con el síndrome de Burnout en médicos asistenciales del Hospital IESS Latacunga. *SciElo*, vol.1 no.4, 1–4.
- Anna, L. (2017). *The burnout among emergency physicians: Evidence from Russia (sociological study) Social inequality View project*. <https://www.researchgate.net/publication/319334854>
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, G., & Pérez, M. (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2), 1–11.
- Aranda Beltran, Carolina. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 1–7.
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, O., & Franco-Chávez, S. (2013). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *Anales de La Facultad de Medicina*, 66(3), 225. <https://doi.org/10.15381/anales.v66i3.1346>
- Barbosa, B. S. T., Ferreira, L. G. da S., Lima, J. C., Oliveira, R. M. M., Souza, L. A., & Walsh, I. A. P. de. (2020). Síndrome de Burnout, variáveis sociodemográficas, ocupacionais e satisfação no trabalho na equipe de enfermagem hospitalar. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 8(2), 232. <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i2.4328>
- Baro Vila, R. C., Burgos, L. M., Sigal, A., Costabel, J. P., & Alves de Lima, A. (2022). Burnout Syndrome in Cardiology Residents. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout Syndrome in Cardiology Residents. *Current Problems in Cardiology*, 47(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2021.100873>
- Bedoya Marrugo, E. A. (2017). *Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de un hospital público colombiano*.
- Berenice, M., Miranda, H., Vázquez, G. V., Aguirre, J. G., Berenice, C., Orozco, R., Luis, J., Moreno, V., Daniel, E., & Tamay, G. (n.d.). *Síndrome de desgaste profesional y acoso laboral en médicos residentes en una unidad de tercer nivel del Estado de México*. 29(1), 25–29.
- Berg, S. (20 de marzo de 2020). 6 ways to address physician stress during COVID-19 pandemic. <https://normas-apa.org/referencias/citar-pagina-web/>
- Bobbio, L., & Ramos, W. (2010). Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 133–138.
- Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103059. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103059>

- Carrillo, R., Gómez, K., & Estrada, I. E. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de Mexico*, 28(6), 579–584.
- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo\*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67–84. [https://doi.org/10.1016/s0034-7450\(14\)60237-7](https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60237-7)
- Castillo Á, I. Y., Santana, M. B., Valeta, A. v, Alvis E, L. R., & Romero, E. M. (2011). *Psychosocial risk factors in medical personnel of a health service in Cartagena de Indias, Colombia*.
- Cetina-Tabares, R. E., Chan-Canul, A. G., & Sandoval-Jurado, L. (2006). *Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares*. 44, 535–540.
- Chen, C., & Meier, S. T. (2021). Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 124, 104099. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104099>
- Cristina Marrau, M. (2009). *The Burnout Syndrome in the context of working stress*.
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomedica*, 91(1), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Dermot, H., Álvarez, L. E., Ragno, R. L., & Giménez Velo, A. (2017). Acerca de la relación entre resiliencia y salud mental en un dispositivo neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Científica UCES*, 21, 73–97.
- Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., & Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
- Echeverri, D. (2020). Between wars and pandemics, will we be the same? Is there any doubt on the resilience of humanity? *Revista Colombiana de Cardiología*, 27(2), 73–76. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2020.04.003>
- Fernández Poncela, A. M. (2021). Resiliencia y pandemia: experiencias y relatos. *Revista Temas Sociológicos*, 29, 481–518. <https://doi.org/10.29344/07196458.29.2744>
- Fernández-Prada, M., González-Cabrera, J., Iribar-Ibabe, C., & Peinado, J. M. (2017). Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias TT - Psychosocial risks and stress as predictors of burnout in junior doctors performing emergency guards. *Gac Med Mex*, 153(4), 450–458.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.1982.tb00486.x>
- Galiano Apaza, Z. D. (2021). *Estres Laboral Y Síndrome De Burnout En El Personal De Salud Del Hospital Antonio Lorena Durante La Pandemia Por Covid - 19. Cusco, 2021*.
- Gamboa-Moreno, L. N., Becerra-Rodríguez, K. G., Lopez-Vergara, Y. I., & Goicochea-Ríos, E. (2021). Resilience level in health personnel facing the Covid-19 pandemic. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14, 49–54. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14Sup1.1170>
- García-Torres, M., Aguilar-Castro, A. de J., & García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 96–106. <https://doi.org/10.24310/epsiesepsi.v14i2.13618>

- Gil Monte, P., & Peiró Silla, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para El Estudio Del Síndrome de Quemarse Por El Trabajo*, 15(2), 261–268.
- Gil-Monte, P. R. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 21(1–2), 107–123. ISSN: 1576-5962
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos Psicosociales En El Trabajo Y Salud Ocupacional Psychosocial Risks At Work And Occupational Health Simposio: Salud Ocupacional. In *Rev Peru Med Exp Salud Publica* (Vol. 29, Issue 2).
- Graue-Wiechers Enrique, Alvarez Cordero Rafael, Sanchez Mendiola, Melchor. (S.F.). El Síndrome de “Burnout”: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. Seminario el ejercicio actual de la medicina. Recuperado el 20 de julio del 2022. [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html)
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D. S. C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., ... Zhong, N. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2002032>
- Hannah Ritchie, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian and Max Roser (2020) - "Coronavirus Pandemic (COVID-19)". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/coronavirus>' [Online Resource]
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions Psychology*, 53,93-103. 188 (pp. 29-39). New York Pergamon Press
- Hernández Miranda, M. B., Victal Vázquez, G., Guerrero Aguirre, J., Rojas Orozco, C. B., Vilchis Moreno, J. L., & Godínez Tamay, E. D. (2021). Síndrome de desgaste profesional y acoso laboral en médicos residentes en una unidad de tercer nivel del Estado de México. *Atención Familiar*, 29(1), 25. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.1.81189>
- Hernández Soberanes, F., Valenciano Vega, J. I., & Ibarra Arellanes, I. P. (2021). Nivel de satisfacción de prestadores de servicio social durante la pandemia en ISSSTECALI Tijuana. *Revista CONAMED*, 26(1), 17–26. <https://doi.org/10.35366/99124>
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z. L. (2020). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, December. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
- Huarcaya-Victoria, J., & Calle-González, R. (2021). Influence of the burnout syndrome and sociodemographic characteristics in the levels of depression of medical residents of a general hospital. *Educacion Medica*, 22, 142–146. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00101-5)

- Informe integral de COVID-19 en Mexico, (2022). Numero 03-2022, 9 de febrero de 2022.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Estadísticas A Propósito De Las Personas Ocupadas Como Médicos (23 de octubre)*. OECD. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021,16 de marzo). Censo de población y vivienda. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#:~:text=El%20Censo%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y,viviendas%20para%20obtener%20informaci%C3%B3n%20sobre>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019) Estadísticas de salud en establecimientos particulares 2019. [https://www.inegi.org.mx/salud\\_2019\\_nota\\_tecnica](https://www.inegi.org.mx/salud_2019_nota_tecnica)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020) Estadísticas de salud en establecimientos particulares 2020. [https://www.inegi.org.mx/salud\\_2020\\_nota\\_tecnica](https://www.inegi.org.mx/salud_2020_nota_tecnica)
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 100k 2018. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut100k2018/descargas.php> Consultado el 6 de junio de 2022.
- Juárez García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4). <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Khalafallah, A. M., Jimenez, A. E., Lam, S., Gami, A., Dornbos, D. L., Sivakumar, W., Johnson, J. N., & Mukherjee, D. (2021). Burnout among medical students interested in neurosurgery during the COVID-19 era. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 210(October 2020), 106958. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2021.106958>
- Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021). Distrés Moral Y Burnout En El Personal De Salud Durante La Crisis Por Covid-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.12.009>
- Lafaver, K., Miyasaki, J. M., Keran, C. M., Rheume, C., Gulya, L., Levin, K. H., Jones, E. C., Schwarz, H. B., Molano, J. R., Hessler, A., Singhal, D., Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Cascino, T. L., & Busis, N. A. (2018). Age and sex differences in burnout, career satisfaction, and well-being in us neurologists. *Neurology*, 91(20), E1928–E1941. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006497>
- Lemkau, J. P., Rafferty, J. P., Purdy, R. R., & Rudisill, J. R. (1987). Sex Role Stress and Job Burnout among Family Practice Physicians. In *Journal of Vocational Behavior* (Vol. 31).
- Lief, H. I., & Fox, R. C. (1963). The medical student's training for "detached concern." *The psychological basis of medical practice*, 12, 35
- Lopez-Morales, Felipe., Gonzalez-Velazquez, M. Isabel., Morales-Guzman, C. Ernesto., & Espinoza-Martinez. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 45(3), 233–242.
- López, M., García, S., & Pando, M. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout en Población Económicamente Activa de Lima, Perú. *Ciencia & Trabajo*, 16, 164–169.
- López-Zambrano, J., Quimis-Coronel, G., López-Zambrano, M., & Cañizares\_Mendoza, P. (2021). Riesgo psicosocial y sus efectos en la salud del profesional médico de una institución hospitalaria pública, Ecuador. *Dominio de Las Ciencias*, 7(1), 294–303.
- Lundqvist, D., Reineholm, C., Gustavsson, M., & Ekberg, K. (2013). Investigating Work Conditions and Burnout at Three Hierarchical Levels. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(10), 1157–1163. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31829b27df>

- Lusilla, P., & Castellano-tejedor, C. (2014). *Resiliencia y Burnout: ¿Dos caras de la misma moneda en profesionales sanitarios?* 14(147), 2014.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory. 1*, 432–435.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981a). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981b). *The measurement of experienced burnout\**. 2, 99–113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7(2), 189–212.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7–8), 837–851. <https://doi.org/10.1007/BF00287876>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The Maslach Burnout Inventory Manual. *The Maslach Burnout Inventory, May 2016*, 191–217.
- Melnikow, J., Padovani, A., & Miller, M. (2022). Frontline physician burnout during the COVID-19 pandemic: national survey findings. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07728-6>
- Méndez, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de “burnout.” *Acta Pediátrica de México*, 25(5), 299–302.
- Ministerio del Trabajo. (2016). Síndrome de agotamiento laboral - “Burnout” Protocolo de prevención y actuación. In *Ministerio del trabajo*.
- Miranda-Ackerman, R. C., Barbosa-Camacho, F. J., Sander-Möller, M. J., Buenrostro-Jiménez, A. D., Mares-País, R., Cortes-Flores, A. O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández del Valle, C. J., Solano-Genesta, M., Fuentes-Orozco, C., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Guevara, G., & González-Ojeda, A. (2019a). Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical Education Online*, 24(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>
- Miranda-Ackerman, R. C., Barbosa-Camacho, F. J., Sander-Möller, M. J., Buenrostro-Jiménez, A. D., Mares-País, R., Cortes-Flores, A. O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández del Valle, C. J., Solano-Genesta, M., Fuentes-Orozco, C., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Guevara, G., & González-Ojeda, A. (2019b). Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical Education Online*, 24(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the “burnout clinical subtype questionnaire (BCSQ-36).” *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-302>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Garrosa Hernández, E., & Morante Benadero, M. E. (2005). Breve Historia Del Burnout a Traves De Sus Instrumentos De Evaluacion. *Quemarse En El Trabajo*, 161–183.
- Mori, C. T., Nathaly, E., Girón, M., Moisés, E., Cántaro, R., Brandon, E., & Gonzales, S. (2021). *Revisión sistemática Revisión sistemática sobre síndrome de Burnout en personal de. 24*, 197–221.
- Nadal Lover, M., & Cols Jiménez, M. (2021). Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 28(1), 19.
- Naisberg-Fennig, S., Fennig, S., Keinan, G., & Elizur, A. (1991). Personality Characteristics And Proneness To Burnout: A Study Among Psychiatrists. In *Stress In The Community* (Vol. 7).
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., & Martín-Santos, R. (2021). Work stress and resident

- burnout, before and during the COVID-19 pandemia: An up-date. *Medicina Clinica*, 157(3), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
- Nyklíček, I., & Pop, V. J. (2005). Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.007>
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Oprisan, A., Arriagada, E. B. Delgado, C. B., & Bonmatí, L. M. (2021). Prevalencia y factores de desgaste profesional en radiólogos durante la pandemia COVID-19. *Radiología*. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.09.003>
- Oprisan, A., Baettig Arriagada, E., Baeza Delgado, C., & Martí Bonmatí, L. (2021). Prevalence of burnout syndrome during the COVID-19 pandemic and associated factors. *Radiologia*. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.09.003>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20se%20necesitan,de%20salud%20a%20la%20poblaci%C3%B3n](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20se%20necesitan,de%20salud%20a%20la%20poblaci%C3%B3n).
- Oriol-Bosh, A. (2018). Resiliencia. *Encyclopedia of Ecology*, 15(2), 414–418. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-409548-9.10751-1>
- Ortega, C., López, F., & Universidad, R. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137–160.
- Osuna, P. M. K., Medina, C. L., Romero, P. J. J., & Alvarez, A. M. (2009). Prevalencia del síndrome Burnout en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF). *Atención Familiar*, 16(2), 24–27.
- Oto, P. C. (2009). *La Doble Presencia. El Trabajo Y El Empleo Femenino En Las Sociedades Contemporáneas*.
- Palmer-Morales, L. Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Velez, Roberto., & Searcy-Bernal, Roberto. (2005). Artículo Original Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la ciudad de Mexicali. *Gac Méd Méx*, 141(3), 181–183. [www.anmm.org.mx](http://www.anmm.org.mx)
- Paris, L., & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13(3), 233–244. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2008000300006>
- Pereira, J. M., Silva, C., Freitas, D., & Salgado, A. (2021). Burnout among Portuguese radiographers during the COVID-19 pandemic. *Radiography*, 27(4), 1118–1123. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.05.001>
- Pérez Cruz, E. (2006). Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Medicina Interna de México*, 22, 282–286.
- Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29(4), 233–237. <https://doi.org/10.1176/ps.29.4.233>
- Pistelli, Yanina., Perochena, Jorge., Moscoloni, Nora., & Torrés, M. Cristina. (2011). Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr*, 109(2), 129–134.

- Quimí, M. (2021). Compromiso laboral, resiliencia y síndrome de Burnout en personal sanitario del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, en tiempos de COVID-19, 2020 [Tesis de maestría]. In Universidad Cesar Vallejo. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2612442>
- Rios Risquez, M. Isabel., Carrillo Garcia, C.-, & Sabuco Tebar, E. D. L. A. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 88–95. <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web>
- Rivera-Ávila, D. A., Rivera-Hermosillo, J. C., & González-Galindo, C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación En Educación Médica*, 6(21), 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>
- Rodriguez Piaggio, A. M. (2009). *RESILIENCIA*. 26(11), 291–302.
- Rodríguez Piaggio, A. M. (2021). Resiliencia. *Salta La Garra Blanca Descontrolada*, 26(11), 95–112. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1gm032t.8>
- Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103–110. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002)
- Romero-González, A., Aldrete-Velasco, J., Pedraza-Chávez, J., Reyes-Zavala, C., Treviño-Lozano, F., Barrel, A. E., Rodríguez-García, J., Gallardo-Tenorio, A. J., Camacho-Silva, B., & Audiffred, J. C. A. (2021). Burnout syndrome in Mexican health professionals. Doctors: Martyrs or victims of their profession? *Medicina Interna de Mexico*, 37(3), 343–358. <https://doi.org/10.24245/mim.v37i3.3826>
- Ruiz López, P., Pullas Tapia, P., Parra Parra, C. A., & Zamora Sánchez, R. (2017). La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida familiar / Double presence in feminine workers: balance between work and family life. *Revista de Comunicación de La SEECI*, 33–51. <https://doi.org/10.15198/seeci.2017.44.33-51>
- Ruiz Loyola, B. (2021). AH1N1 y SARS-CoV-2\_ las pandemias en el siglo XXI. Causas y lecciones aprendidas. *Revista Mexicana de Política Exterior*, 119, 339–359.
- Rutter, M. (1985). *Resilience in the face of adversity Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder*. 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Saavedra Rionda, I., García González, J. V., Llamazares Granda, F. J., Arbesú Fernández, E., & López Díaz, Á. (2021). Levels of burnout in residents in clinic psychology and medicine in training. *Educacion Medica*, 22, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.05.002>
- Sacristán, J. A., & Millán, J. (2020). The doctor and COVID-19: lessons from a pandemic. *Educacion Medica*, 21(4), 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.002>
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., & Grau, R. (2000). Artículo Desde el “burnout” al “engagement”: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 16(2), 117–134.
- Salazar, M. K., & Beaton, R. (2000). Ecological model of occupational stress: Application to urban firefighters. *AAOHN Journal*, 48(10), 470–479. <https://doi.org/10.1177/216507990004801005>
- Sastre, P. R. (2021). *Desgaste emocional en los profesionales sanitarios en tiempos de COVID-19 Emotional exhaustion in healthcare professionals in times of COVID-19*. 47, 3–17.

- Sigal, A., Costabel, J., Burgos, L., & Alves, A. (2020b). Burnout y resiliencia en residentes de cardiología y cardiólogos realizando subespecialidades. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(1), 138–142. <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/32282319.pdf>
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 31(4), 227–233. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)79164-1](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)79164-1)
- Sorbara, S. E., Baró, S., Greco, R. del C., Preiti, M. P., & Quinteros, M. E. (2021). Doble presencia, entre la familia y el trabajo. *Revista Científica Arbitrada de La Fundación MenteClara*, 6. <https://doi.org/10.32351/rca.v6.251>
- Suárez Duarte, R. J., Campos Sequeira, L. Y., Villanueva, J. D. S., & Mendoza Castro, C. (2020). Estrés laboral y su relación con las condiciones de trabajo. *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 3(1), 104–119. <https://doi.org/10.5377/recsp.v3i1.9794>
- Terrones, F., Cisneros, V., & Arreola, J. (2017). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 54(2), 242–248.
- Torrades Oliva, S. (2007). Estrés y burn out: definición y prevención. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 26(10), 104–107.
- Terrones-Rodríguez, J. Francisco., Cisneros-Pérez, Vicente., & Arreola-Roccha, J. de Jesús. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 54(2), 242–248.
- Valdés, B. C., Corrales, F. A., Kienhelger, L. H., Hernández, J. S., & Valero, C. Z. V. (2012). Prevalence of burnout syndrome and coping strategies during an epidemiology because of AH1N1 influenza. *Suma Psicológica*, 18(2), 17–28. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2011.593>
- Valentín, N., Sanabria, A., Dominguez, L.C., Osorio, C., Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24(3), 138–146.
- Vilaret, A., & Urgilés, S. (2020). Síndrome De Burnout En El Personal De Salud Que Trabaja En La Unidad De Terapia Intensiva Durante La Pandemia Covid-19 En Un Hospital De Quito. *Universidad Internacional SEK*, 3974800, 1–7.
- Villalobos-Otayza, A., Vela-Alfaro, F. M., Wiegeling-Gianoli, D., & Robles-Alfaro, R. A. (2019). Level of resilience and depressive symptoms in medical interns in Peru. *Educacion Medica*, 22(1), 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.006>
- Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C. M., Tapia Veloz, E. C., & Vinueza Veloz, M. F. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19 Burnout. *Correo Científico Médico*, 25(Ccm), 1–17. <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3808/1933>
- Vivanco Vivanco, M. Elizabeth., Sanchez Leon, C. Delia., Maldonado Rivera, R. Patricia., & Enrique Ortega, E. R. Nora. (2018). Síndrome De Burnout En Profesionales De La Salud En Instituciones Públicas Y Privadas: Un Análisis En La Provincia De Loja, Ecuador. *Revista Boletín Redipe*, 7(11), 179–194.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Pshycometric evaluation of a Recilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. [https://sapibg.org/download/1054-wagnild\\_1993\\_resilience\\_scale\\_2.pdf](https://sapibg.org/download/1054-wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf)
- Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Rev. Neuropsiquiatr.*, 83(3), 212–213. <https://doi.org/10.1002/jmv.25689>

Yeluru, H., Newton, H. L., & Kapoor, R. (2022). Physician Burnout Through the Female Lens: A Silent Crisis. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.880061>

Zimbardo, P., & Maslach, C. (1973). *Dehumanization in institutional setting*.

# ANEXOS

## Anexo I

<p>Cuestionario: Síndrome de desgaste ocupacional.</p> <p>Estimado doctor, Mi nombre es César González y soy estudiante de la Maestría en Estudios de Población (MEP) de El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) y estoy llevando a cabo una investigación para mi tesis de maestría que tiene por objetivo evaluar la prevalencia del síndrome del desgaste ocupacional en médicos.</p> <p>Por lo anterior, quiero invitarlo a responder un cuestionario virtual con una duración aproximada de 20-25 minutos. Su participación es voluntaria y la información que nos proporcione en el cuestionario es anónima y confidencial, lo que significa que usted no tiene que responder todas las preguntas si no se siente cómodo(a) y puede dar por terminada la encuesta en cualquier momento. En ningún lugar del cuestionario registramos su nombre y la información será usada para generar datos estadísticos. En caso de tener dudas sobre este estudio, usted puede contactar al Dr. Raúl González, coordinador de la MEP de EL COLEF al correo electrónico raul@colef.mx</p> <p>Si usted acepta participar en este estudio, por favor haga clic en el botón "siguiente" para tener acceso al cuestionario</p>	
1.- Eres:	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Mujer</li> <li>1) Hombre</li> <li>2) Otro</li> </ul>
2.- ¿Qué edad tienes?	
3.- ¿Cuál es tu estado civil?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Soltero</li> <li>1) Casado/unión libre</li> <li>2) Divorciado/separado</li> <li>3) Viudo</li> </ul>
4.- Número de hijos	
5.- Incluyéndose usted, ¿Cuántas personas residen en su vivienda?	
6.- ¿Cuántos años llevas practicando la medicina?	
7.- ¿Estas jubilado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) No</li> <li>1) Si</li> </ul>
8.- ¿En qué institución estas laborando actualmente? (De trabajar en más de una institución marca por favor en la que tengas más antigüedad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Hospital General Tijuana</li> <li>2) IMSS</li> <li>3) ISSSTECALI</li> <li>4) ISSSTE</li> <li>5) Consultorio adyacente a farmacia</li> <li>6) Consultorio particular</li> <li>7) Clínica particular</li> <li>8) Centro de salud/jurisdicción sanitaria</li> </ul>
9.- ¿Cuántos años llevas trabajando en la institución?	
10.- ¿Cuál es el turno de trabajo que tienes en esta institución?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Matutino</li> <li>2) Vespertino</li> <li>3) Ambos</li> <li>4) Nocturno</li> </ul>
11.- ¿Cuántos días a la semana trabajas en la institución?	
12 a.- ¿Tienes que trabajar muy rápido?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
12 b.- ¿Es necesario mantener un ritmo de trabajo alto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
12 c.- ¿El ritmo de trabajo es alto durante toda la jornada?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
12 d.- ¿Piensas en las tareas domésticas y familiares cuando estás en la empresa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
12 e.- ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
12 f.- ¿Sientes que el trabajo en la institución te consume tanta energía que perjudica a tus tareas domésticas y familiares?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
12 g.- ¿Sientes que el trabajo en la institución te ocupa tanto tiempo que perjudica a tus tareas domésticas y familiares?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Solo alguna vez</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Muchas veces</li> <li>4) Siempre</li> </ul>
13.- ¿Actualmente tienes otro trabajo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) No</li> <li>1) Si</li> </ul>
14.- En promedio, ¿Cuántos días a la semana trabajas en esa institución?	
15.- En promedio, ¿Cuántas horas al día trabajas en ese lugar?	
16.- ¿Realizas guardias médicas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) No</li> <li>1) Si</li> </ul>
17.- ¿En promedio cuántos días a la semana realizas guardias médicas?	
18 a.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 b.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento fatigado	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 c.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 d.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 e.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 f.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 g.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>

18 h.- Siento que mi trabajo me está desgastando	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente 4) Bastantes veces 5) Casi siempre 6) Siempre
18 i.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente 4) Bastantes veces 5) Casi siempre 6) Siempre
18 j.- Siento que me he hecho más duro con la gente	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente 4) Bastantes veces 5) Casi siempre 6) Siempre
18 k.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente 4) Bastantes veces 5) Casi siempre 6) Siempre
18 l.- Me siento con mucha energía en mi trabajo	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente 4) Bastantes veces 5) Casi siempre 6) Siempre
18 m.- Me siento frustrado en mi trabajo	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente 4) Bastantes veces 5) Casi siempre 6) Siempre
18 n.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Regularmente

	<p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 o.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	<p>0) Nunca</p> <p>1) Casi nunca</p> <p>2) Algunas veces</p> <p>3) Regularmente</p> <p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 p.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	<p>0) Nunca</p> <p>1) Casi nunca</p> <p>2) Algunas veces</p> <p>3) Regularmente</p> <p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 q.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	<p>0) Nunca</p> <p>1) Casi nunca</p> <p>2) Algunas veces</p> <p>3) Regularmente</p> <p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 r.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	<p>0) Nunca</p> <p>1) Casi nunca</p> <p>2) Algunas veces</p> <p>3) Regularmente</p> <p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 s.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	<p>0) Nunca</p> <p>1) Casi nunca</p> <p>2) Algunas veces</p> <p>3) Regularmente</p> <p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 t.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	<p>0) Nunca</p> <p>1) Casi nunca</p> <p>2) Algunas veces</p> <p>3) Regularmente</p> <p>4) Bastantes veces</p> <p>5) Casi siempre</p> <p>6) Siempre</p>
18 u.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales	<p>0) Nunca</p>

son tratados de forma adecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
18 v.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>0) Nunca</li> <li>1) Casi nunca</li> <li>2) Algunas veces</li> <li>3) Regularmente</li> <li>4) Bastantes veces</li> <li>5) Casi siempre</li> <li>6) Siempre</li> </ul>
19 a.- Cuando planifico algo lo realizo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 b.- Soy capaz resolver mis problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 c.- Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 d.- Mantener interés en las cosas es importante para mí	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 e.- Si debo hacerlo, puedo estar solo(a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> </ul>

	6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 f.- Estoy orgulloso(a) de haber podido alcanzar metas en mi vida	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 g.- Generalmente me tomo las cosas con calma	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 h.- Me siento bien conmigo mismo(a)	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 i.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 j.- Soy decidido(a)	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 k.- Soy amigo(a) de mí mismo	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 l.- Rara vez me pregunto sobre la finalidad de las cosas	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 m.- Considero cada situación de manera detallada	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 n.- Puedo superar las dificultades porque anteriormente he experimentado situaciones similares	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 o.- Soy auto disciplinado(a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 p.- Por lo general encuentro de que refirme	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 q.- La confianza en mí mismo(a) me permite atravesar momentos difíciles	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> <li>7) Totalmente de acuerdo</li> </ul>
19 r.- En una emergencia soy alguien en quien pueden confiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente en desacuerdo</li> <li>2) En desacuerdo</li> <li>3) Parcialmente en desacuerdo</li> <li>4) Indiferente</li> <li>5) Parcialmente de acuerdo</li> <li>6) De acuerdo</li> </ul>

	7) Totalmente de acuerdo
19 s.-Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 t.- A veces me obligo a hacer cosas me gusten o no	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 u.- Mi vida tiene sentido	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 v.- No me aflijo ante situaciones sobre las que no tengo control	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 w.- Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 x.-Tengo suficiente energía para lo que debo hacer	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo 4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
19 y.- Acepto que hay personas a las que no les agrado	1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Parcialmente en desacuerdo

	4) Indiferente 5) Parcialmente de acuerdo 6) De acuerdo 7) Totalmente de acuerdo
20.- ¿Cómo consideras tu estado de salud en los últimos 30 días?	0) Malo 1) Regular 2) Bueno 3) Muy bueno 4) Excelente
A continuación, te mencionaré sentimientos o conductas que hayas podido experimentar. Por favor, cuéntame con qué frecuencia te has sentido así durante la última semana.	
21 a.- ¿Sentías como si no pudieras quitarte de encima la tristeza?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
21 b.- ¿Te costaba concentrarte en lo que estabas haciendo?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
21 c.- ¿Te sentiste deprimido(a)?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
21 d.- ¿Te parecía que todo lo que hacías era un esfuerzo?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
21 e.- ¿No dormiste bien?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
21 f.- ¿Disfrutaste de la vida?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
21 g.- ¿Te sentiste triste?	0) Rara vez o nunca (menos de un día) 1) Pocas veces o alguna vez (1-2 días) 2) Un número de veces considerable (3-4 días) 3) Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
22.- Desde el inicio de la pandemia, ¿has perdido o ganado peso?	1) Gane peso 2) Perdí peso 3) No he tenido cambios en mi peso 4) Gané o perdí peso por situación de embarazo
23.- ¿Esta pérdida de peso fue intencional?	0) No 1) Si
24.- ¿Algún medico te ha dicho que tienes diabetes o alta el	0) No

azúcar en la sangre?	1) Si
25.- ¿Actualmente tomas pastillas o te aplicas insulina para controlar la diabetes?	1) Si, solo insulina, 2) Si, solo pastillas 3) Si, ambas 4) Ninguno
26.- Actualmente, ¿Qué otro tratamiento llevas para controlar tu diabetes?	0) Ninguno 1) Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud) 2) Plan de ejercicio físico 3) Otros 4) Medicina alternativa
27.- ¿Algún medico te ha dicho que tienes la presión alta?	0) No 1) Si
28.- ¿Actualmente tomas alguna medicina (pastillas) para controlar tu presión alta?	0) No 1) Si
29.- Actualmente, ¿Qué otro tratamiento llevas para controlar tu presión alta?	0) Ninguno 1) Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud) 2) Plan de ejercicio físico 3) Otros 4) Medicina alternativa
30.- ¿Has tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho, sudoración, con falta de aire o gran malestar que durara media hora o más?	0) No 1) Si
31.- ¿Te ha dicho el médico que tienes (o tuviste) ...	
31 a.- un infarto o ataque al corazón?	0) No 1) Si
31 b.- angina de pecho (dolor o molestia en el pecho, que desaparece regularmente de forma espontánea con el reposo o con medicinas)?	0) No 1) Si
31 c.- insuficiencia cardiaca (debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón, que provoca edema en pies, tobillos y piernas, cansancio y falta de aire)?	0) No 1) Si
32.- ¿Actualmente tomas alguna medicina (pastillas) para controlar tu problema del corazón?	0) No 1) Si
33.- ¿Alguna vez un médico te ha dicho que padeces de alguna enfermedad del riñón, como, infección de vías urinarias en más de una ocasión, cálculos renales, insuficiencia renal?	0) No 1) Si
34.- ¿El tipo de tratamiento que tienes o tuviste para su enfermedad renal es...	
34 a.- ¿Dieta sin sal?	0) No 1) Si
34 b.- ¿Medicamentos?	0) No 1) Si
34 c.- ¿Diálisis?	0) No 1) Si
34 d.- ¿Hemodiálisis?	0) No 1) Si

34 e.- ¿Medicina alternativa?	0) No 1) Si
34 f.- ¿Otro?	0) No 1) Si
35.- ¿Algún médico te ha dicho que tienes los triglicéridos altos?	0) No 1) Si
36.- ¿Qué tratamiento has recibido para los triglicéridos altos?	0) Ninguno 1) Medicamento 2) Dieta 3) Aumento de actividad física
37.- ¿Con que frecuencia tomas al menos una copa de ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida que contenga alcohol?	0) No tomo alcohol 1) Anual de 1 a 6 veces 2) Mensual de 1 a 3 veces 3) Semanal de 1 a 5 veces a la semana 4) Diario o casi diario
38.- ¿Has fumado por lo menos 100 cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?	0) No 1) Si
39.- Actualmente, ¿Fumas tabaco?	0) No 1) Si
40.- En el pasado, ¿has fumado tabaco todos los días?	0) No 1) Si
41.- A partir de diciembre del 2020, ¿Recibiste mínimo una dosis de una vacuna de ARNm contra el COVID-19?	0) No 1) Si
42.- ¿Cuentas con un esquema de vacunación completo contra el COVID-19?	0) No 1) Si
43.- ¿Te han aplicado una tercera dosis de refuerzo?	0) No 1) Si
44.- ¿Te preocupa que un familiar cercano o tu contraigan la enfermedad de coronavirus COVID-19?	0) No 1) Si 2) Tal vez



Tijuana, B.C., a 18 de noviembre de 2021

Lic. César Antonio González  
CotaEstudiante MEP, El  
Colef PRESENTE

Le informo que el protocolo de investigación: “Saturados de trabajo: síndrome de desgaste ocupacional propiciado por la pandemia de COVID-19 en médicos particulares de una cadena de farmacias de Tijuana, Baja California” (no. 083\_201021) ha sido revisado por el Comité de Ética de Investigación de El Colegio de la Frontera Norte, y el dictamen es de **APROBADO**.

Le transmito también los siguientes comentarios de los evaluadores:

- En el Cuestionario, pregunta 16.b (p. 6 de 34), la pregunta es: “Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío”. No resulta claro si es un vacío emocional o físico. Pareciera físico ya que la pregunta siguiente, 16.c, parece referirse a un estado menos grave que la pregunta 16.b, al usar el término “fatigado”. Sugiero aclarar, si es un “vacío” físico, el término adecuado pareciera ser “agotado”. Si es emocional, entonces sean precisos.
- Pregunta 17.d (p.16 de 31), la pregunta es: “Para mí es importante mantenerme” Meparece que está incompleta.

Deseándole el mayor de los éxitos en su investigación, con saludos cordiales.

Dra. Ietza R. Bojorquez Ch.  
Investigadora,  
DEPEI Colef

