

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central shield with a figure holding a staff, surrounded by various heraldic symbols including a crown, a lion, and a castle. The Latin motto "SALUTEM ALII SEQUITUR" is inscribed on a ribbon. The outer ring of the seal contains the text "ACADEMIA COCACTEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA" at the top and "UNIVERSITATIS SAN CAROLINI" at the bottom.

**CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL MÉDICO CON SÍNDROME DE BURNOUT
DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19**

MONOGRAFÍA

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Velvet Ruby Matute Cabrera

Pamela Aimeé Argueta de León

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2021

El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que las estudiantes:

1. VELVET RUBY MATUTE CABRERA 201400212 3017327950101
2. PAMELA AIMEÉ ARGUETA DE LEÓN 201407617 2833286140101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación, en modalidad de monografía titulado:

**CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL MÉDICO CON SÍNDROME DE
BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19**

Trabajo asesorado por la Dra. Virginia María Ortiz Paredes y revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintiuno de octubre de dos mil veintiuno


Dra. Magda Francisca Velasco Tohón
Coordinadora





Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva PhD
Decano

La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la **Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, HACE CONSTAR que las estudiantes:

1. VELVET RUBY MATUTE CABRERA 201400212 3017327950101
2. PAMELA AIMEÉ ARGUETA DE LEÓN 201407617 2833286140101

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de Monografía, titulado:

**CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL MÉDICO CON SÍNDROME DE
BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19**

El cual ha sido revisado y aprobado por la **Dra. Mónica Ninet Rodas González**, profesora de esta Coordinación, al establecer que cumplen con los requisitos solicitados, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el veintiuno de octubre del año dos mil veintiuno.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora



USAC
TRICENTENARIA
1843-2023

**COORDINACIÓN DE TRABAJOS
DE GRADUACIÓN
-COTRAG-**

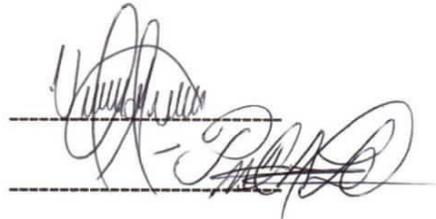
Guatemala, 21 de octubre del 2021

Doctora
Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG
Presente

Dra. Velásquez:

Le informamos que nosotras:

1. VELVET RUBY MATUTE CABRERA
2. PAMELA AIMEÉ ARGUETA DE LEÓN



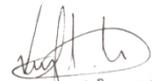
Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulada:

CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL MÉDICO CON SÍNDROME DE BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Del cual la asesora y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

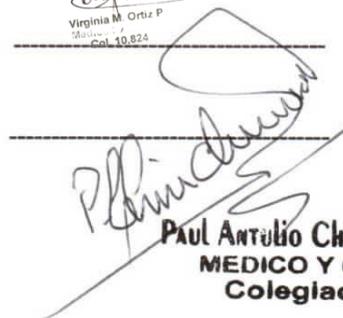
Asesora: Dra. Virginia María Ortiz Paredes



Virginia M. Ortiz P.
Médica
Ced. 10,824

Revisor: Dr. Paúl Antulio Chinchilla Santos

Reg. de personal 20100161



PAUL ANTULIO CHINCHILLA SANTOS
MÉDICO Y CIRUJANO
Colegiado 3154

Dedicatoria

A Dios

Por ser creador de vida y fuente de conocimiento.

A nuestros padres

Como reconocimiento a su gran amor, esfuerzo y sacrificio para obtener nuestros títulos.

A nuestras familias

Por sus consejos y muestras de cariño desde el inicio hasta el final de la carrera.

A nuestros amigos

Por su incondicional apoyo en los momentos más difíciles.

A nuestros colegas

Por su incansable lucha y sacrificio en la primera línea durante esta pandemia, son fuente de inspiración y valentía ante la adversidad.

Agradecimientos

Universidad de San Carlos de Guatemala Por ser la casa de estudios que permitió nuestra formación académica y profesional.

Facultad de Ciencias Médicas Por darnos la oportunidad de adquirir y expandir nuestros conocimientos, por impulsarnos a hacernos responsables de nuestro futuro, a fomentar el conocimiento y a crearlo.

Nuestros profesores Por brindarnos los conocimientos necesarios para el desarrollo de nuestra carrera.

Nuestra asesora, Dra. Virginia Ortiz Por su apoyo como asesora, por su tiempo para nuestra orientación en las revisiones y sugerencias en la elaboración de esta monografía.

Nuestro revisor Dr. Paúl Chinchilla Por su apoyo como revisor, por su tiempo y empatía durante este año.

Índice

Prólogo.....	i
Introducción.....	ii
Objetivos.....	iv
Objetivos generales	iv
Objetivos específicos.....	iv
Métodos y técnicas.....	v
Capítulo 1. Pandemia COVID-19.....	1
Capítulo 2. Síndrome de Burnout.....	15
Capítulo 3. Características sociodemográficas y factores psicosociales en personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19.....	30
Capítulo 4. Análisis.....	41
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Referencias bibliográficas.....	51
Anexos.....	60



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad y validez científica de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala como de las otras instancias competentes que así lo requieran.

Prólogo

En el siguiente trabajo se presenta una monografía de compilación que describe las características del personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia del COVID-19.

La misma está estructurada en cuatro capítulos. El primer capítulo incluye la definición de la pandemia del COVID-19, así como las manifestaciones clínicas de la enfermedad y la prevalencia actual a nivel mundial, y cómo esta situación ha afectado la salud mental de los diversos grupos poblacionales. El segundo capítulo aporta datos de historia, clínica, diagnóstico y prevención de síndrome de Burnout; además, presenta cómo ha influenciado la actual pandemia al desarrollo de dicho síndrome. En base a la información obtenida en los dos capítulos previos, en el tercero se describe las características sociodemográficas y factores psicosociales en personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19. Se toma en cuenta aquellas características que han tenido mayor influencia en el desarrollo de dicho síndrome en la población de estudio, que en este caso, hace referencia al personal médico. Finalmente, en el capítulo cuatro se presenta un análisis que sintetiza la información obtenida para que sea más sencillo para el lector entender los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica.

El trabajo investigativo incluye 76 citas bibliográficas, donde se tomaron en cuenta artículos de revisión, metaanálisis, estudios transversales, analíticos, observacionales y literatura gris relacionados a la temática. Fueron obtenidos mediante buscadores como Elsevier, PubMed, BMJ, Scielo, JAMA, BSV, NEJM y Google Scholar. El trabajo está dirigido tanto a médicos generales como a especialistas y a las entidades encargadas de velar por el bienestar tanto físico como mental del personal de salud. Tiene como fin informar acerca de los factores psicosociales y características sociodemográficas en la población médica con síndrome de Burnout ante la actual pandemia de COVID-19, para de esta manera fomentar interés acerca de la importancia de tomar medidas preventivas.

Paul Antulio Chinchilla Santos.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud identificó en Wuhan, Hubei, China, el ocho de diciembre de 2019 un brote de neumonía de causa desconocida. Posteriormente, el patógeno fue denominado como SARS-COV-2.^{1,2} Entre el 31 de diciembre de 2019 y el 28 de febrero de 2020 se había confirmado 83, 631 casos de COVID-19 y 2,858 muertes en 51 países.³ Las complicaciones más frecuentes son neumonía, síndrome de dificultad respiratoria, miocarditis, daño renal agudo y sobreinfecciones bacterianas que pueden culminar en shock séptico.¹ El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote como una emergencia de Salud Pública de importancia internacional.⁴ El 11 de marzo de 2020, la situación de emergencia por SARS-COV-2 fue elevada a pandemia por la OMS.⁵

Al inicio de la pandemia, la imprevisibilidad e incertidumbre de la enfermedad junto con las medidas adoptadas por los gobiernos de cada país con el fin de contener y poner fin a la misma, trajeron consigo problemas en varios contextos, incluyendo la salud mental.^{6,7,8} Toda la población se ve afectada por la pandemia de COVID-19. Algunos de los grupos más vulnerables son los niños, jóvenes, ancianos y personal del sector salud y público.^{6,9}

El síndrome de Burnout, también llamado síndrome de desgaste profesional o de quemarse por el trabajo, fue declarado en el año 2000 por la OMS como un factor de riesgo laboral debido a su capacidad de afectar la calidad de vida y salud mental del individuo que lo sufre. En 1974, H. Freudenberger lo conceptualizó por primera vez; sin embargo, en 1982 Cristina Maslach lo definió como una respuesta inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyas dimensiones son el agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de la realización personal.^{10,11} La situación de “estar quemado” refleja que el individuo ha agotado sus estrategias de afrontamiento ante el agotamiento crónico que surge por la exposición a factores estresantes en el trabajo.^{10,12}

El Burnout ha sido investigado en diferentes poblaciones de profesionales, sin embargo, los más estudiados han sido los que brindan asistencia.^{13,14} La situación actual de la pandemia de COVID-19 tiene el potencial de causar agotamiento físico y emocional en el personal médico debido a las extenuantes demandas laborales, psicológicas y físicas.¹⁵ Se considera que es una enfermedad de difícil diagnóstico debido a que cada persona es diferente biológica, genética, social y culturalmente; de esto surge la problemática de identificar las características y factores que desencadenan el síndrome de Burnout en cada individuo.^{16,1}

El nivel de estrés al que se exponen los profesionales de la salud está ligado directamente al hecho de lidiar diariamente con el sufrimiento humano, jornadas laborales extensas y pobremente remuneradas.¹⁸ Las estadísticas globales estiman que entre un 10 y 12% de los médicos pueden sufrir a lo largo de su vida más de algún episodio psíquico o consumo excesivo de alcohol u otros fármacos.^{180,19}

Es por ello que surge la pregunta de ¿cuáles son las características del personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia del COVID-19? A partir de la misma se elaboró la monografía utilizando la siguiente metodología: inició con la identificación del problema, planteamiento y delimitación; se prosiguió con la búsqueda y recopilación de información pertinente para el desarrollo de los capítulos; posteriormente se expone un análisis.

El propósito de esta monografía es recabar información que permita comprender la problemática actual del síndrome de Burnout en el personal médico durante la pandemia de COVID-19. Un sinnúmero de estudios describen el síndrome de Burnout en distintas poblaciones, incluyendo al personal médico; sin embargo, no se había llevado a cabo ante una pandemia de gran índole como la actual. Es por esta razón que surge la necesidad de conocer qué es lo que ha hecho que durante la actual pandemia dicha población se haya visto tan afectada; cuáles fueron las características sociodemográficas o los factores psicosociales relacionados a la aparición del síndrome. Se pretende que este estudio sirva para el desarrollo de futuras investigaciones sobre el tema en nuestro país.

La monografía está conformada por cuatro capítulos: el primero describe la definición de pandemia COVID-19 tomando en cuenta datos generales del virus y prevalencia de la enfermedad. El segundo capítulo describe el síndrome de Burnout e incluye su definición, prevalencia, etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y prevención; además de algunas actualizaciones del síndrome durante la pandemia en el personal médico. El tercero expone las características sociodemográficas y factores psicosociales en el personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19. El cuarto consta de un análisis de la información recopilada y expuesta en la presente monografía.

Objetivos

Objetivo general

Describir las características del personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia del COVID-19.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas en personal médico con síndrome de Burnout.
2. Describir los factores psicosociales en personal médico con síndrome de Burnout.
3. Describir la prevalencia a nivel mundial del síndrome de Burnout en personal médico durante la pandemia del COVID-19.

Métodos y técnicas

El tipo de estudio es una monografía de compilación, de diseño exploratorio.

Inicialmente se revisaron artículos que reportaron estudios relacionados con el síndrome de Burnout en los últimos 5 años, información que fue considerada importante tanto para la redacción de antecedentes como para la elaboración del resto de la investigación. Se colocaron filtros por intervalo específico de tiempo (2016-2021) y de idioma (inglés y español). Posteriormente se realizó una lectura rápida de títulos y resúmenes con el interés de publicaciones que engloban los objetivos de este estudio. Se realizó una revisión sistemática a partir de los criterios establecidos previamente. Se preseleccionó un total de 124 artículos. De estos se excluyeron 48 debido a que no contaban con traducción completa del texto en alguno de los dos idiomas predefinidos; incluyeron otro personal de salud que no era específicamente “médicos”, como enfermería, técnicos de laboratorio, técnicos de radiología, estudiantes de medicina, entre otros; estos fueron excluidos para dejar solamente a médicos residentes, especialistas y generales. Tampoco se incluyeron estudios que no fueron realizados durante la actual pandemia de COVID-19 a menos que fueran de importancia para la redacción de los antecedentes. No se excluyeron estudios en base al tipo de instrumento de diagnóstico utilizado por los autores para el diagnóstico del síndrome en las poblaciones objetivo; finalmente se utilizaron 76 artículos en el informe final al cumplir con todos los criterios.

La búsqueda de información se realizó de forma independiente por las autoras utilizando los siguientes motores de búsqueda: Scielo, Google Académico, NCBI, PubMed, BMJ, Elsevier, JAMA, BVS y NEJM. Para más detalles de la información ver anexo 3.

Los criterios de inclusión del estudio fueron los siguientes: artículos publicados durante los años 2019 a 2021 referentes al síndrome de Burnout en médicos durante la pandemia del COVID-19. Además, estudios mayores de cinco años que sirvieron únicamente como antecedentes; estudios donde se describen las características del personal médico con síndrome de Burnout y aquellos que describen cuál ha sido la prevalencia en personal médico durante la pandemia de COVID-19.

Los diseños de los estudios tomados en cuenta según criterios establecidos fueron: tres meta-análisis, cuatro opiniones de expertos, 17 estudios descriptivos transversales, un estudio de cohorte, 40 revisiones sistemáticas. Para más detalle de la información ver anexo 1.

Para el procesamiento de información se verificó que los artículos cumplieran con los criterios de inclusión predefinidos, tomando en cuenta, a su vez, las características del estudio y datos demográficos de los participantes.

Con base en los estudios revisados de las fuentes mencionadas se procedió a describir las características sociodemográficas y los factores psicosociales que predisponen al personal médico al desarrollo de dicho síndrome.

Las referencias bibliográficas fueron realizadas de forma manual en estilo Vancouver.

Capítulo 1. Pandemia COVID-19

SUMARIO

- Definición
- Manifestaciones clínicas
- Prevalencia a nivel mundial
- Salud mental en la pandemia de COVID-19

El 11 de marzo de 2020 se declaró el inicio de la pandemia provocada por SARS-COV-2, misma que inició en diciembre de 2019 en Wuhan, causada por brotes de neumonía de origen desconocido. Este virus ha tenido la capacidad de transmitirse fácilmente de persona a persona y de provocar casos graves. En Guatemala, desde el 13 de marzo de 2020 hasta el diez de octubre de 2021 se han registrado 579,774 casos acumulados confirmados; 14,066 casos fallecidos; una tasa de letalidad de 2.4%. A raíz de la incertidumbre causada por la enfermedad y los nuevos hábitos de vida que se tuvieron que adoptar, se incrementan las alteraciones del bienestar físico, mental y emocional que han contribuido a la aparición de factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales.^{4,21,22,26.}

1.1 Definición

Una situación de emergencia sanitaria es aquella provocada por un patógeno nuevo, el cual no se ha manifestado previamente y, por ello, la población expuesta no es inmune. Además, es capaz de producir casos graves y de transmitirse fácilmente de persona a persona.²¹

Hasta el 11 de marzo de 2021, la enfermedad por SARS-CoV-2 era considerada situación de emergencia y fue en ese momento cuando fue elevada a pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁵ Una endemia es la presencia habitual de una enfermedad en una zona geográfica. Una epidemia ocurre cuando una enfermedad infecta a un número de individuos superior al esperado en una población y tiempo determinado; la palabra pandemia viene del griego “pan” (todos) y “demos” (pueblos) y se refiere a una enfermedad que afecta a diversos grupos humanos y se extiende por un área geográfica extensa.^{21,22}

La OMS establece seis fases de una pandemia. Enfatiza en que estas solamente son una herramienta para planificación y no necesariamente predecirán lo que sucederá o que ocurrirá justamente en ese orden.²²

La fase 1 corresponde a la “interpandemia”, en la que se identifica el virus en animales y se considera si este afecta a humanos. La fase 2 es cuando el virus ya es detectado en humanos por transmisión desde algún animal. En la fase 3 ya se considera afectado un grupo

de personas con características comunes, pero que no es suficiente para considerarse un brote en la comunidad. En la fase 4 es necesaria la notificación a la OMS porque hay transmisión de persona a persona dentro de una comunidad y es necesario tomar medidas para focalizarla. En la fase 5 debe haber afectación de al menos dos países de una misma región; por último, en la fase 6, la transmisión comunitaria es en dos o más regiones definidas por la OMS.²²

1.1.1 SARS-CoV-2

El virus SARS-COV-2 pertenece a la familia Coronaviridae, β - coronavirus. Desde el punto de vista ecoepidemiológico se puede clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad y coronavirus zoonóticos.^{1,23}

Se estima que los coronavirus de la comunidad o humanos causan el 10% al 30% de los resfriados comunes, mientras que los zoonóticos circulan por temporadas, pero son capaces de generar grandes pandemias graves.¹ Los tres virus de esta familia que afectan al humano y con alta patogenicidad son el síndrome respiratorio agudo grave-1 (SARS-CoV-1), síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y síndrome respiratorio agudo grave-2 (SARS- CoV-2).¹

1.1.1.1 Estructura viral

El virus tiene forma esférica irregular con un diámetro aproximadamente de 124 nm, ARN de cadena sencilla, con genoma de 27 a 32 kb, de polaridad positiva y longitud aproximada de 30.000 ribonucleótidos.^{1,23}

Posee una envoltura lipídica con tres proteínas: E de envoltura, M de membrana y S de espículas; por este último es que recibe el nombre de coronavirus y es por medio de la cual se une a la membrana celular.^{1,23}

1.1.1.2 Replicación viral

La proteína S se une al receptor de la célula blanco. Ingresa mediante la formación de un endosoma, luego desenvuelve su ARN mensajero y se libera dentro del citoplasma para iniciar la traducción dentro del ribosoma. Esta nueva información se replica en proteínas dentro del retículo endoplásmico y aparato de Golgi, y forma nuevas partículas virales que son liberadas al exterior de la célula por exocitosis.¹

1.1.1.3 Transmisión

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*) recomienda como premisa el distanciamiento social, evitar aglomeraciones y mantener una distancia de al menos 2 metros, sobre todo de aquellas

personas que muestren signos o síntomas de enfermedad tales como tos, estornudos, fiebre o malestar general.¹

Se considera que es durante la fase sintomática cuando hay mayor liberación del virus por las mucosas respiratorias y que esta es menor durante la fase asintomática o de recuperación.²⁴

Se describen dos mecanismos de transmisión:

Directo: la principal vía de transmisión es de persona a persona, por contacto directo o por contacto con gotas de saliva, fómites o aerosoles producidos por una persona contagiada.¹ El tamaño de las gotas de saliva va de 5 -10µm que se producen al hablar, toser, estornudar e incluso respirar; que pueden transportarse un metro al hablar y hasta cuatro metros al toser o estornudar.²³ Los aerosoles pueden producirse durante procedimientos médicos como intubación endotraqueal, broncoscopia y resucitación cardiopulmonar, y pueden desplazarse hasta 8 a 10 metros.²³

Indirectos: la supervivencia del virus sobre las superficies es de 3 días, por lo que la desinfección de áreas comunes y el lavado de manos contribuyen a disminuir la propagación del virus.^{1,23}

Otros: el virus tiene la capacidad de infectar a las células del epitelio intestinal y de transmitirse por medio de las heces, permaneciendo en él remanentes del virus hasta por 42 días, aunque ya el hisopado sea negativo.²³

1.2 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas van desde la ausencia de síntomas hasta las formas más graves que requieren cuidados intensivos con alta mortalidad.² Los síntomas más comunes son fiebre (68.7% de los casos) la cual puede ser alta y prolongada; tos (68.1%) que puede ser seca o productiva y puede acompañarse de hemoptisis; dolor de garganta (24.1), disnea (31%) que puede aparecer desde el segundo día y puede persistir hasta el día 17; escalofríos (27%), diarrea (14%) y vómitos (6%).^{1,2} Entre el 10% y 20% de los casos presentan cefalea, fatiga y mialgias.¹

Se ha reportado que en los primeros días, en el 10% a 20% de los casos, suelen manifestarse síntomas gastrointestinales tales como náuseas, vómito, dolor abdominal y diarrea. Los síntomas digestivos suelen estar relacionados con mayor carga viral en materia fecal.¹

La infección inicia en la mucosa del tracto respiratorio superior y se extiende hacia órganos que poseen células que expresan los receptores donde se adhiere el virus, y son el corazón, riñón y tracto gastrointestinal.²

Las complicaciones que se han registrado más comunes son la neumonía, síndrome de dificultad respiratoria, miocarditis, daño renal agudo y sobreinfecciones bacterianas que pueden llegar a provocar choque séptico.¹

Se reconocen tres fases en la enfermedad. En la fase I ocurre la replicación del virus en la mucosa respiratoria, desarrollando viremia. Se manifiestan síntomas como tos seca, fiebre y en casos gastrointestinales se presenta vómitos y diarrea; además, puede presentarse linfopenia.²

En la fase II se produce diseminación hacia los pulmones; continúa con tos y fiebre, pero puede progresar a neumonía que puede ser leve o cursar con taquipnea e hipoxemia; se acentúa la linfopenia y elevación del Dímero D. En este punto puede iniciarse la eliminación del virus y desaparición de síntomas; o puede escalar a la siguiente fase y entrar en estado crítico.²

En la fase III hay dificultad respiratoria severa y respuesta inflamatoria sistémica con hipotermia, taquipnea, taquicardia, hipotensión, que pueden llegar a choque séptico con elevación de marcadores de inflamación de fase aguda.²

1.2.1 Definición de caso

Caso sospechoso:

1. Paciente de cualquier edad con enfermedad respiratoria aguda (con fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria como tos, disnea, dolor de garganta, cefalea, mialgias, alteración mental, congestión nasal, diarrea, anorexia, vómitos, anosmia o ageusia) y con historia de viaje o de residencia en un área en la que se haya reportado transmisión comunitaria de COVID-19 o que haya estado en contacto con un caso probable en los 14 días previos a la aparición de los síntomas. Además, aquellos casos que requieran hospitalización y que no se encuentre otra alternativa diagnóstica.^{1,3,25}

Caso probable:

1. Caso sospechoso con resultados no concluyentes en las pruebas para la detección de SARS-COV-2.¹
2. Caso sospechoso en quien no se haya podido realizar una prueba diagnóstica, pero con signos radiológicos sugestivos en imágenes de tórax.^{1,25}
3. Persona fallecida sin muestra adecuada para SARS-CoV-2 con síntomas respiratorios y contacto con un caso confirmado.²⁵

Caso confirmado:

1. Paciente con definición de caso sospechoso y además cuenta con prueba positiva de laboratorio para SARS-COV-2, sin importar la situación clínica.^{1,3,24}

Contacto:

1. Persona que haya tenido exposición a un caso probable o confirmado en los dos días previos o en los 14 días posteriores al comienzo de los síntomas de este caso, en una de las siguientes formas:^{1,25}
 - a. Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado a menos de un metro de distancia y por más de 15 minutos.
 - b. Contacto físico directo con un caso probable o confirmado.
 - c. Estar al cuidado de un paciente con enfermedad COVID-19 probable o confirmada, sin utilizar el equipo de protección adecuado.
 - d. Cualquier otra situación señalada como riesgo a nivel local.

Caso recuperado:

1. Paciente confirmado en quien ha transcurrido mínimo 10 días desde el inicio de los síntomas y 3 días sin síntomas.
2. Paciente asintomático con 10 días desde la toma de muestra.
3. Paciente sintomático confirmado con 21 días desde la toma de la muestra.²⁵

1.3 Prevalencia a nivel mundial

La Organización Mundial de la Salud identificó en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, el ocho de diciembre de 2019 un brote de neumonía de causa desconocida; aunque identificaron al paciente 0 el 17 de noviembre del mismo año, un varón de 55 años.^{1,2,5}

Se reportó un total de 27 casos, de los cuales siete se encontraban graves. El cuadro clínico se caracterizaba por fiebre, dificultad para respirar y lesiones infiltrativas de ambos campos pulmonares. El nueve de enero fue identificado un nuevo coronavirus.^{1,2,5}

Este nuevo virus fue nombrado inicialmente “WH-Human 1 coronavirus”; posteriormente como 2019-nCoV y, finalmente, se concluyó que se trataba de la misma especie del SARS-CoV y se denominó SARS-CoV-2.²

Entre el 31 de diciembre de 2019 y el 28 de febrero de 2020 se habían confirmado 83,631 casos de COVID-19 y 2,858 muertes en 51 países. El 21 de enero se registró el primer caso dentro de Estados Unidos; desde esta fecha hasta finales de febrero se reportaron 459 casos.³

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional.⁴ El 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia por SARS-CoV-2 se elevó a pandemia internacional por la OMS.⁵

A los cinco meses de notificado el primer caso, ya se registraba a nivel mundial 3,935,828 casos confirmados de SARS-CoV-2 y 274,655 defunciones, con una tasa de

letalidad global de 6.9%.³ Hasta el nueve de marzo de 2021 fueron notificados un total de 11,077,961, con 116,736,437 casos acumulados confirmados, incluidas 2,593,285 defunciones en todo el mundo.⁴ Respecto a la situación en las Américas, se habían confirmado 52,039,090 casos, de los cuales 1,247,994 han fallecido.⁴

Como se mencionó, en Guatemala se han registrado 579,774 casos confirmados y 14,066 casos fallecidos desde el 13 de marzo de 2020 hasta el diez de octubre de 2021, con una tasa de letalidad de 2.4%, con incidencia acumulada de 1,467.8. De los casos confirmados, el 53% corresponde a hombres y el 46% a mujeres. El grupo etario con más casos corresponde a edades entre 20-29 años. El 70% de las defunciones corresponde a hombres entre 60-69 años.²⁶ El riesgo más alto de morir corresponde a mujeres de 80 años o más y hombres de entre 70- 79 años.⁴

Según información de 18 países de las Américas, se han reportado 1,369,969 contagios en trabajadores de la salud, de los cuales 7,389 han fallecido. Argentina es el país que más casos en trabajadores de la salud ha reportado, mientras que en Guatemala se han reportado 9,141 casos y 84 defunciones.⁴

1.4 Salud mental en la pandemia de COVID-19

La OMS define la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, y a la salud mental como un estado donde el individuo puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y ser capaz de contribuir a su comunidad.^{27,28,29} Por lo anterior, podría decirse que una mente sana es fundamental para permitir al individuo responder de forma óptima a los desafíos de la vida y, al mismo tiempo, desarrollar sus capacidades cognitivas, afectivas y relacionales.

La salud mental está determinada por factores sociales, biológicos y psicológicos; incluyendo no solo características individuales y factores neurobiológicos sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.^{27,30,31} La salud global de un individuo se ve influenciada por varios factores; uno de ellos es la salud mental, la cual es importante para que las personas puedan desarrollarse e interactuar en un ambiente sano y seguro que les garantice productividad y calidad de vida.

Como se mencionó, a finales de diciembre de 2019 se reportaron los primeros casos de COVID-19 y el 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la situación de pandemia.^{6,31} Se preveía el efecto perjudicial en la salud mental a nivel individual y social en relación al impacto directo o indirecto de la pandemia de COVID-19 en la población en general, pues aquellas situaciones adversas o que interrumpen el desarrollo de rutinas diarias de forma abrupta no solo representan un riesgo para la salud mental a corto plazo, sino también puede conllevar a cambios en el comportamiento y al desarrollo de trastornos mentales a largo plazo.^{7,9} En el

caso del personal médico, el tema de la salud mental en ocasiones es subestimado, pues podría pensarse que cada médico tiene la capacidad de identificar si está presentando algún síntoma de un trastorno psiquiátrico; sin embargo, es necesario que dicha población tenga acceso a evaluaciones generales periódicas llevadas a cabo por personal calificado, con el fin de mejorar su calidad.^{7,31}

Al inicio de la pandemia, la imprevisibilidad e incertidumbre de la enfermedad junto con las medidas de prevención adoptadas —como el correcto lavado de manos en forma constante, el distanciamiento social, la cuarentena, la necesidad de uso de equipo de protección personal, entre otros— con el fin de contener y poner fin a la misma, trajo consigo problemas en varios contextos, incluyendo a la salud mental.^{29,31} Por ejemplo, el confinamiento general como medida de control fue eficaz para la reducción del número de nuevos casos y fallecimientos, pero también tuvo efectos colaterales, pues la limitación de la movilidad, posibilidad de realizar actividades al aire libre y ejercicio, junto con la disminución de la vida social, alteración de horarios alimenticios y del sueño, se convirtieron en elementos que alteraron y continúan alterando el bienestar emocional y contribuyen a la aparición de factores de riesgo de trastornos mentales.^{7,29,31}

A medida que la pandemia se extendió provocó miedo y preocupación en la población general, especialmente a adultos mayores y niños, proveedores de atención de salud, personas positivas para COVID-19; pues tuvieron que aprender a lidiar con la ansiedad por la enfermedad, el malestar físico, aislamiento y separación de sus familiares y amigos, así como la estigmatización social para algunos de ellos.^{6,7,8} La pandemia de COVID-19 ha cambiado el estilo de vida de muchas personas al alterar la rutina diaria, junto con la disminución del contacto cercano con la sociedad; además, la información errónea o de fuentes no confiables que se propagaron con rapidez ante la incertidumbre de la situación, pudieron producir la sensación de falta de control y aumento del estrés, miedo, ansiedad, así como sentimientos de soledad y tristeza, factores que incrementan el desarrollo trastornos mentales.

Los psicólogos reconocen que la ansiedad es una función normal y saludable que alerta al individuo del peligro, le ayuda a tomar medidas de autoprotección y preservación. Por tanto, se esperaba el aumento de conductas de riesgo en la población a causa del impacto de la pandemia, particularmente en las personas jóvenes y ancianos, similar a lo vivido en pandemias anteriores, cuando se había observado que aquellos que vivieron en cuarentena eran más propensos a desarrollar un trastorno de estrés agudo, problemas de adaptación y duelo.^{6,8,9} En la actualidad no ha sido muy diferente, pues debido a las restricciones fue necesario alterar la rutina diaria, lo cual para algunas personas puede ser agobiante, y llegaron a sentirse incapaces de responder bien ante la situación. Como se mencionó, el estrés es una reacción física y psicológica normal; la pandemia de COVID-19 es claramente una situación

difícil de aceptar y adaptarse. Las capacidades de afrontamiento de cualquier persona que no haya vivido una situación similar en el pasado puede no ser la adecuada.

Dado que las personas recurren a diferentes estrategias para lidiar con factores estresantes, hay que tener en cuenta que existen formas negativas de afrontamiento a tales situaciones, como abuso de alcohol y sustancias ilícitas, comportamientos adictivos como juegos de azar y apuestas. A su vez, la crisis ha tenido impacto en la actividad social, la forma de interacción y los comportamientos en múltiples niveles en las diferentes poblaciones.^{6,8,9}

A lo anterior hay que sumar situaciones como el cese temporal de la actividad económica causada por la pandemia de COVID-19 como una medida de control; este cese condujo al desempleo, inseguridad financiera y agravó la situación de pobreza, sobre todo en los países en vías de desarrollo como Guatemala. El impacto económico resultante aumentó el riesgo de problemas de salud, incluyendo la salud mental, lo que afectó la calidad de vida de las personas y exacerbó las desigualdades en salud; con este último, a los pacientes socialmente desfavorecidos, incluyendo las minorías étnicas, quienes ya tenían problemas en el acceso a los servicios de salud.²⁹

1.4.1 Impacto de COVID-19 en la salud mental

Toda la población se ve afectada por la pandemia. Algunos de los grupos vulnerables son los niños, jóvenes, ancianos o personas con alguna comorbilidad y personal del sector salud y público. Las condiciones de estrés, aislamiento social, actividad física reducida y estimulación intelectual reducida, pudieron aumentar el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores y niños.^{6,9} Los niños y ancianos son particularmente vulnerables, tomando en cuenta que se encuentran en los extremos de la vida. El procesamiento de la información puede ser limitado, sus sistemas inmunitarios aún se desarrollan en los primeros y se pueden encontrar deficientes en los segundos. Proporcionar apoyo intelectual y emocional a dichas poblaciones es de gran utilidad durante la pandemia, pues se trata de una situación sin precedente que puede ser angustiante. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden verse afectados en cuanto a la motivación para realizar actividades que antes disfrutaban; por ejemplo, asistir a clases, ya sea en la escuela o la universidad; o bien la realización de actividades extracurriculares, pues eran espacios donde interactuaban normalmente.

La interrupción de actividades de la vida diaria, las alteraciones del estado de ánimo, del sueño y la fatiga deterioraron la salud en general y la salud mental de personas previamente sanas y con trastornos mentales preexistentes.^{6,29} Es decir, la pandemia influyó incluso en personas que antes se enfrentaban bien a situaciones adversas. Quienes previamente habían experimentado sensaciones de ansiedad y angustia pudieron presentar incremento en la intensidad de las mismas; y las personas que tenían una enfermedad mental

de base pudieron experimentar un empeoramiento de síntomas.^{6,29} La respuesta al estrés agudo suele ser transitoria pues termina cuando desaparece el factor estresor; con la actual pandemia podría decirse que la exposición continua genera alteraciones psíquicas, metabólicas e inmunológicas que incrementan el riesgo de desarrollar un trastorno. Como se describe más adelante, las medidas de afrontamiento de cada persona son distintas, así como su adaptabilidad, por lo que la población pudo verse afectada al enfrentarse ante un estresor nuevo e inesperado, y no logró adaptarse a la nueva situación de vida de forma favorable.

Las medidas de prevención exigidas por las autoridades a cargo han marcado la vida de las personas en diferentes aspectos.

Las personas no tuvieron la oportunidad de realizar funerales de acuerdo a su tradición cultural, lo cual a su vez pudo dificultar el proceso de duelo.⁷ El factor cultural influye en gran medida sobre la salud mental. En situaciones como el duelo, donde tradicionalmente las personas se reúnen como muestra de homenaje póstumo, se tuvo que cambiar y sustituirlas por actividades que no requieran presencia física, para que las personas sientan que cumplen el homenaje y no les afecte su salud mental.

1.4.1.1 Población general

La situación de pandemia desencadenó síntomas somáticos y exacerbó patologías comunes. Los medios de comunicación agravaron los sentimientos negativos en la población general al esparcir infinidad de información de la nueva enfermedad que amenazaba la vida humana, a través de imágenes y audios, aunado a la falta de familiaridad de las medidas de control tan estrictas. Combinado con la crisis económica y la disminución de la fuerza laboral en países en vías de desarrollo e incremento del desempleo, se dio lugar a formas perjudiciales de afrontar los factores estresantes como abuso de alcohol y drogas, comportamientos adictivos y aumento de las tasas de violencia doméstica y abuso sexual.⁹

Las mujeres han reportado un mayor impacto psicológico en comparación a la población masculina, con mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático, lo cual puede estar relacionado con el incremento en la violencia doméstica que muchas tuvieron que enfrentar durante la cuarentena, junto con la sobrecarga del trabajo doméstico y cuidado de algún familiar infectado en casa, y disminución de contacto y redes de apoyo.³²

Según una revisión sistemática y metaanálisis realizado por integrantes del Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia de Berlín, Alemania, acerca de los efectos del aislamiento y cuarentena en la salud mental, se identificó que ser joven es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de estrés o estrés postraumático, mientras que los mayores de 55 años tienen mayor riesgo de desarrollar depresión. Las mujeres son más propensas a la depresión y trastornos de estrés postraumático, y los hombres presentan mayor tendencia a

conductas de riesgo. Los niveles bajos de educación se asocian a síntomas más graves de estrés; los ingresos familiares bajos, pérdidas financieras o el impacto económico en pandemias se correlacionan con mayor depresión, ansiedad, estrés y persistencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático por más de tres años. Ser soltero conlleva a mayores niveles de depresión y persistencia de síntomas de estrés postraumático. Además, la duración prolongada de cuarentena o aislamiento se correlaciona con altos niveles de ira, ansiedad, conductas de evitación y trastornos de estrés, independientemente del estado de infección del individuo.³²

1.4.1.2 Adulto mayor

Los trastornos mentales y síntomas depresivos son comunes en esta población; sin embargo, la actual pandemia ha representado un desafío para ellos no solo en el diagnóstico y tratamiento de dichas patologías sino también en el afrontamiento de su nuevo estilo de vida, que incluye cuarentenas masivas, cambios en los hábitos de sueño, medidas de distanciamiento social, restricciones de la movilidad, soledad, pérdida de conexiones sociales y otras condiciones estresantes que han aumentado el riesgo de presentar algún trastorno mental a corto o largo plazo en esta población.^{6,8,9}

En algunos países, los sistemas de salud mental han utilizado la telemedicina para proveer atención a las personas que lo necesiten, cumpliendo así con las medidas de prevención. La mayoría de personas mayores poseen un acceso limitado o nulo a la tecnología, o carecen de la capacidad para utilizarla, lo que puede representar un problema en ancianos previamente diagnosticados con enfermedad mental; exacerbando los síntomas psiquiátricos preexistentes al no poder obtener sus recetas o llevar a cabo sus terapias normalmente. Por otro lado, los adultos mayores sin trastornos mentales preexistentes son susceptibles a desarrollarlos, pues de manera inquietante los medios de comunicación han retratado al COVID-19 como una enfermedad del adulto mayor, que si bien es una población especialmente vulnerable ante dicha enfermedad, dicha información ha provocado angustia adicional en los adultos mayores y sus familiares o cuidadores y conducido al estigma, estereotipos e incluso discriminación.⁹

1.4.1.3 Niños y adolescentes

El rápido desarrollo cerebral es sensible a las adversidades en el medio ambiente donde crecen los niños y adolescentes. Los cierres de escuelas y universidades, aislamiento forzado en sus hogares, pérdida de la conexión social y rutinaria, así como ser espectadores de la disminución de las perspectivas económicas en el hogar, hace que estén expuestos a condiciones de estrés crónico y sean susceptibles a desarrollar síntomas de alguna enfermedad mental a causa del estímulo continuo.³³

La soledad suele causar depresión en las niñas y ansiedad en los niños. La duración de la soledad u otro tipo de sentimiento negativo es un factor predictor de futuros problemas de salud mental. Niños y adolescentes que habían experimentado cuarentenas antes han experimentado posteriormente trastorno de estrés postraumático. Por ello, los sistemas educativos actuales de diversos países consideran el tiempo que deben permanecer las escuelas cerradas, pues se espera que los efectos de la pandemia en la salud mental en niños y adolescentes se afectará de forma desproporcionada, sobre todo en aquellas minorías con alguna discapacidad intelectual que pudiesen tener dificultades para entender la necesidad de las restricciones actuales, lo cual agrava su agitación, angustia y ansiedad.³³

1.4.1.4 Personal de salud

Las situaciones de desastres naturales, epidemias y pandemias siempre han representado un desafío para la humanidad. Los profesionales de la salud juegan un importante rol en el control de dichas situaciones; en el caso presente, el personal del sector salud de primera línea se ve afectado por miedo a contaminación, estrés laboral y problemas de retención de su persona, cansancio excesivo, largas jornadas laborales, ser propensos a desarrollar síntomas de estrés y ansiedad, alteraciones del sueño, sensación de angustia y miedo, además de enfrentarse a diario con la posibilidad de no contar con el equipamiento de protección personal suficiente.^{8,33,34,35}

Este último factor puede incluso desarrollar otras manifestaciones, ya que si bien es cierto que las medidas estrictas de bioseguridad son necesarias para la protección del personal de salud, su uso constante puede incrementar el cansancio físico debido al sostenido estado de alerta y aislamiento físico que dificulta dar apoyo a pacientes que están más afectados. El temor de infectarse o propagar la enfermedad a sus familiares, la propia separación de sus familias y la estigmatización por parte de las comunidades también ha resultado en altas tasas de ansiedad, angustia, depresión, insomnio y síntomas de estrés postraumático. A su vez, pueden interferir la capacidad de cada persona de afrontar el sufrimiento, la presión jerárquica, las habilidades de comunicación y preparación.^{8,33,34,35}

1.4.1.5 Personas con trastornos mentales preexistentes

Las personas con algún trastorno mental diagnosticado previo a la pandemia son vulnerables a las recaídas con exacerbación de depresión, delirio, psicosis, tendencias suicidas. Los sentimientos negativos en algunos pacientes puede intensificarse por la necesidad de readaptación y por las interrupciones en sus tratamientos debido a la cuarentena o distanciamiento social.^{10,33} Además, pacientes con esquizofrenia, que comúnmente se encuentran en desventaja socioeconómica, pueden verse especialmente afectados durante las cuarentenas y la reducción de oportunidades de empleo, esto último ya sea por su condición de salud como por la crisis económica consecuente a la pandemia de COVID-19.³³

1.4.1.6 Personas que tuvieron COVID-19

En cuanto a las personas que tuvieron COVID-19, la inestabilidad psicológica pudo producirse por la falta de contacto con sus seres queridos y las largas estadías en el hospital. Las personas con enfermedad mental preexistente, incluyendo enfermedades mentales graves y conductas de riesgo, presentaron un mayor riesgo de infección por COVID-19, aumento en los síntomas, recaídas, ideas suicidas. La falta de accesos a los centros de atención médica y aislamiento social exacerbó los trastornos psiquiátricos. El confinamiento, interrupción de las rutinas diarias y el distanciamiento social también exacerbó dichas condiciones y representa un desafío para los pacientes y los cuidadores.²⁹

1.4.2 Respuesta de los sistemas de salud mental ante la crisis de la pandemia

Antes de la pandemia del COVID-19 ya eran graves las condiciones de los programas de salud mental; según estadísticas de la OMS, en promedio los países gastan el 2% del presupuesto anual en salud mental. Económicamente se invierte más de un billón de dólares al año a nivel mundial debido a casos de depresión y ansiedad; esta última afecta a más de 264 millones de personas. La mitad de los trastornos mentales inician a los 14 años, y el suicidio es la principal causa de muerte en jóvenes entre los 15 a 29 años. En países en vías de desarrollo, el 76-85% de las personas con problemas de salud mental no reciben tratamiento o atención médica adecuada. Además, a nivel mundial hay menos de un profesional en salud mental por cada 10,000 personas.^{6,31}

Al igual que otros campos de medicina, los servicios de salud mental implementaron medidas para promover el distanciamiento social incluyendo triaje, reestructuración de la carga de casos, reducción del número de consultas ambulatorias, reuniones de psicoterapia grupal en línea, uso de salas de aislamiento, restricciones para la admisión a los centros, entre otros.^{7,29}

En una evaluación reciente de la OMS respecto a la situación de pandemia del COVID-19, se observó que ha provocado una significativa interrupción de los servicios de salud mental aproximadamente en el 93% de los países del mundo, mientras la demanda de salud mental va en aumento. Ha afectado los programas en escuelas y trabajos, intervenciones en psicoterapia e intervenciones psicosociales, programas de salud mental en los periodos prenatal y postnatal, así como programas de prevención y manejo de suicidio y sobredosis. Además, ante la emergencia y saturación de los servicios de salud, las altas de las unidades psiquiátricas pudieron ser prematuras, lo que puede provocar a corto plazo recaídas, alteraciones del sueño, conductas suicidas, entre otras.⁹

Para superar el detenimiento de los servicios de salud mental, alrededor del 70% de países del mundo utilizó la telemedicina para reemplazar las consultas frente a frente; 67.7%

estableció apoyo psicosocial vía telefónica, 65.4% implementó estrategias de prevención y control en los servicios, 44.6% capacitó al cuidadores en habilidades psicosociales básicas; además de proporcionar lugares de descanso para aislar al personal de su familia, diversas capacitaciones en cuanto al equipo de protección personal, manejo de pacientes agresivos o agitados, entre otras.^{9,35}

La implementación de políticas e intervenciones por parte de los gobiernos dirigidas a los grupos especialmente vulnerables en la actual pandemia son de suma importancia. Es necesario que estén orientadas a los diferentes contextos socioculturales, considerando las experiencias anteriores, datos científicos y epidemiológicos.³⁵

Como parte de las prioridades de investigación inmediatas surgió la necesidad de apoyar al personal de atención social y de salud de primera línea y a sus familias, para mejorar la respuesta al estrés ante la situación de pandemia y la implementación de intervenciones preventivas oportunas en el futuro. Algunas iniciativas públicas de salud mental han fomentado el bienestar del estado mental durante el período de aislamiento en el hogar para reducir los efectos negativos en la población general y en la población con enfermedades mentales.^{8,33}

En hospitales de China se establecieron servicios de apoyo psicológico para el personal de salud, sin embargo, pocas personas lo utilizaban; en Reino Unido, se estableció una línea directa nacional para los trabajadores del sector salud que reportaron experimentar problemas de salud mental. En Estados Unidos, España, Italia y Reino Unido también se implementaron estrategias para facilitar el acceso a programas de apoyo a esta población vulnerable, además de la creación de salas de descanso y recarga adicionales. En Estados Unidos, promotores de salud organizaron programas de salud mental junto con líderes comunitarios para promover la inclusión y el apoyo a esta población vulnerable.^{7,29}

La crisis experimentada durante la pandemia es una oportunidad para identificar las fallas en los sistemas de salud y, en este caso, en los programas de salud mental, para realizar mejoras y estructurar sistemas eficaces durante las situaciones futuras.⁹

Para hablar de salud mental se debe comprender que es un estado de completo de bienestar físico, mental y social, donde el individuo puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y ser capaz de contribuir a su comunidad. Una mente sana es un componente fundamental que permite al individuo responder a los desafíos de la vida y al mismo tiempo desarrollar sus capacidades cognitivas, afectivas y relacionales. Esta misma se ha visto afectada durante la pandemia por la imprevisibilidad e incertidumbre que provoca una nueva enfermedad. Las personas han tenido que adaptarse a las medidas adoptadas por el gobierno y han tenido que aprender a vivir bajo el distanciamiento social y hasta la necesidad de guardar cuarentena. Estos se han convertido en elementos que alteran

el bienestar emocional y contribuyen a la aparición de factores de riesgo de trastornos mentales.

Capítulo 2. Síndrome de Burnout

SUMARIO

- Definición
- Epidemiología y prevalencia
- Etiología
- Manifestaciones clínicas
- Diagnóstico
- Síndrome de burnout en personal médico
- Síndrome de Burnout durante pandemia COVID-19

El síndrome de Burnout (SB), conocido también como síndrome de desgaste profesional, síndrome del quemado por el trabajo, de fatiga en el trabajo, entre otros, fue declarado por la OMS en el año 2000 como un factor de riesgo laboral debido a su capacidad de afectar la calidad de vida y salud mental del individuo que lo sufre. La persona suele encontrarse emocionalmente agotada, con tendencia al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las cuales trabaja y a la devaluación del propio rol como profesional.^{10,11,36}

2.1 Definición

Desde una perspectiva clínica, el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) no reconoce una definición; sin embargo, en 2019 la OMS reconoció oficialmente al síndrome de estar quemado como enfermedad, tras la ratificación de la revisión del CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) aprobada en el 2020 y que entrará en vigor el próximo uno de enero de 2022.³⁷ La definición Maslach continúa siendo la más aceptada y lo define como una respuesta inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyas dimensiones son el agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de la realización personal.^{10,11}

Otros autores como Gil-Monte lo define como una respuesta al estrés laboral crónico, compuesto por actitudes o sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja o hacia el propio rol profesional.^{10,11}

La situación de estar “quemado” refleja que el individuo ha agotado su capacidad de respuesta adaptativa ante el cansancio que surge por la exposición de factores estresantes en el trabajo, que actúan de forma crónica sobre el mismo.^{10,12} Otros autores consideran que es importante tener en cuenta dos puntos claves para identificar el síndrome de Burnout: el primero es la condición de agotamiento, alienación, pérdida de motivación e insatisfacción por el cumplimiento de tareas; el segundo es que el síndrome es consecuencia del estrés crónico causado por la percepción de diferencias entre los recursos disponibles que el sujeto

considera necesarios para llevar a cabo sus labores de manera satisfactoria y relaciones significativas que promuevan su proyecto de vida.³⁸

2.2 Epidemiología y prevalencia

El síndrome de Burnout se asocia con ciertas variables. Entre ellas, se puede mencionar las sociodemográficas, personales y laborales relacionadas con la salud y rendimiento. Una revisión sistemática de 64 artículos realizada en 2012 acerca de la población general mexicana, con búsqueda en 12 bases de datos, incluyendo revistas latinoamericanas, mostró que las características demográficas más frecuentemente relacionadas con la aparición del síndrome fueron: sexo 20.31%, estado civil o pareja estable 14.06%, escolaridad 12.50%, antigüedad laboral 17.18%. En cuanto a variables profesionales se encontró asociación por sobrecarga de trabajo, 6.25; condiciones físicas en que se realizan las actividades laborales, 6.25%; horas de trabajo o turnos 7.8%; puesto que desempeña la persona ,4.68%; sistema de trabajo, 4.68% y naturaleza del mismo, 4.68%.¹³

Entre otras variables se mencionó el número de hijos, 3.12%; existencia de relación sentimental, 3.12%; exigencias del hogar, 3.12%, entre otras.¹³

El Burnout ha sido investigado en diferentes poblaciones de profesionales, sin embargo, los más estudiados han sido los profesionales asistenciales. Por ejemplo, en la Universidad Pública de Guadalajara, México, en 2010, un estudio demostró que los odontólogos tenían una prevalencia global del 60%. De este, el 46% eran mujeres. Las variables que se correlacionaban eran valoración negativa, estrés, aspectos de la personalidad y fuerza cognitiva. En el Distrito Federal de México en 2011, una investigación en residentes médicos determinó una prevalencia del 65%, donde el 55% eran mujeres: en el mismo lugar se hizo un estudio en profesores de educación primaria, con una prevalencia del 13%; de este, el 82% eran mujeres. En Veracruz se determinó el 36.7% de prevalencia en trabajadores de la salud con variables significativamente relacionadas que incluían sexo, edad, carga laboral y satisfacción laboral.^{13,14}

En Pereira, Colombia, en un grupo conformado por 30,456 docentes de educación médica en ejercicio en el año 2002, se realizó una investigación que presentó una prevalencia del 45% en dicha población; las prevalencias en médicos hispanos fueron: España, 14.9%; Argentina, 14.4% y Uruguay, 7.9%; países como México, Guatemala y El Salvador, entre 2.5 y 5.9%. En Guatemala no se han realizado numerosos estudios en cuanto a la determinación de prevalencia de Burnout en las distintas profesiones. Usualmente se han realizado en poblaciones determinadas de médicos y sobre todo del área privada.¹⁴

La prevalencia general en médicos varía entre los diferentes países y las dimensiones afectadas. Por ejemplo, médicos en Estados Unidos suelen estar más afectados en la

dimensión de agotamiento emocional en comparación con médicos europeos, quienes experimentan niveles más bajos de agotamiento emocional y despersonalización.³⁹

Un estudio probabilístico que comparaba los resultados obtenidos en 2014 respecto a 2011, realizado a 6,880 médicos estadounidenses, identificó dentro de las subespecialidades médicas las que mayor prevalencia presentan y estas fueron urología, 63.6%; medicina física y rehabilitación, 63.3%; cirugía ortopédica, 59.6%; cirugía general, 52.7%; radiología, 61.6%; pediatría, 46.3% y cirugía ortopédica 59.6%.⁴⁰

Uno de los hallazgos más relevantes fue la heterogeneidad al calcular prevalencias, pues al tener al menos diez puntos de corte y los distintos criterios entre las dimensiones que cambian según la versión del instrumento que se esté utilizando, existe el riesgo de sesgos de sobre o subestimación. Países latinoamericanos no han desarrollado modelos conceptuales propios acerca del síndrome y suelen utilizar instrumentos traducidos o modificados, lo que hace evidente las teorías sobre los posibles sesgos en las prevalencias. Por ello es difícil establecer una prevalencia real o realizar una estimación global exacta.^{13,14,40}

Algunas de las recomendaciones para evitar el sesgo son tomar en cuenta las características sociodemográficas de la población de estudio, como sexo, edad, escolaridad, profesión, puesto, entre otras; si se utiliza el MBI se debe estar lo suficientemente informado acerca del origen de su adaptación y traducción. No se sugiere modificar la escala original ni sus opciones de respuesta.^{13,14,40}

2.3 Etiología

El síndrome del Burnout se trata de un trastorno de origen psicosocial causado por condiciones estresantes en el trabajo. Surge como una respuesta adaptativa o con tendencia a la autoprotección contra el estrés crónico.⁴¹

La etiología es multicausal y compleja, donde además del estrés se involucran otras variables como condiciones económicas, pobre orientación profesional o crisis durante el desarrollo de la carrera, aislamiento, entre otras.¹¹ Pese a lo anterior, el desgaste emocional y físico crónicos ocasionado por el estrés continúa siendo una importante causa del desarrollo de dicho síndrome. El estrés puede definirse como una respuesta adaptativa que prepara a un individuo para la reacción de lucha o huida de una determinada situación, lo cual le protege y permite la conservación. Cuando las demandas o exigencias del entorno sobrepasan los recursos de afrontamiento del individuo favorece al desarrollo de estrés agudo que puede convertirse en crónico si el estímulo del ambiente no se detiene.^{35,41}

La información del factor estresor es percibida y compilada por el tálamo, se activa la corteza prefrontal, con capacidad de tomar decisiones, atención y memoria a corto plazo; junto con el sistema límbico, que hace comparaciones entre la nueva situación y las experiencias

vividas previamente. Finalmente, la amígdala y el hipocampo, con la consecuente activación del eje hipotálamo-hipófisis, dan inicio a una respuesta hormonal ante la situación estresante. La adaptación al estrés se divide en tres fases. La primera es de alerta, donde se desencadena una respuesta hormonal por parte de las glándulas suprarrenales que secretan epinefrina ante el factor estresor; la segunda llamada de defensa es cuando la respuesta al estresante se prolonga en el tiempo y se secreta cortisol. La tercera es donde se produce agotamiento debido a las alteraciones hormonales crónicas, se manifiestan alteraciones físicas y psíquicas; además, las hormonas se vuelven menos eficaces y tienden a acumularse en el torrente sanguíneo.^{10,12}

Las medidas de afrontamiento son todos los esfuerzos que en función de los recursos disponibles el individuo recurre a ellas en escenarios estresantes; si no posee suficientes recursos de afrontamiento para manejar la situación adecuadamente, la persona será psicológicamente vulnerable. Existen diferentes estilos de afrontamiento, como el cognitivo, conductual y evitación, ya sea cognitiva o conductual. Desde este punto de vista, el síndrome de Burnout es el resultado de medidas de afrontamiento ineficaces o poco funcionales, donde los individuos tratan de protegerse del estrés crónico en el trabajo, generando a su vez, comportamientos negativos hacia el trabajo y las personas con las que se tiene contacto en el mismo.⁴¹

Algunos factores estresores que contribuyen al desarrollo de síndrome de Burnout son: escasez de personal, sobrecarga laboral, trabajos por turnos, atención a usuarios o clientes problemáticos, contacto directo con pacientes o personas enfermas, así como contacto con la muerte o el dolor de terceros; además de falta de autonomía y autoridad para tomar decisiones importantes o cambios rápidos en el lugar de trabajo.¹⁰

Algunos factores de riesgo incluyen características o componentes propios de la persona como la edad, la experiencia laboral, el género —en la mayoría de los casos, las mujeres son las que mejor sobrellevan las situaciones conflictivas laborales—, familia, personalidad —tomando en cuenta la existencia de personalidades competitivas y perfeccionistas extremas—. Otros componentes son la inadecuada formación como profesional, entendido esto como escaso entrenamiento, insuficiente aprendizaje de técnicas de autocontrol o déficit de conocimientos teóricos.¹¹

Entre los factores laborales se toman en cuenta condiciones del medio físico, recursos físicos o materiales y humano; organización de la empresa o institución, sobrecarga de trabajo y escaso trabajo de equipo. Por último, los factores sociales y ambientales; entre los primeros se encuentran la necesidad de un estatus económico y social alto, así como la presión de ser un profesional de prestigio; entre los factores ambientales se encuentra el impacto de cambios en la vida como muerte de seres queridos, matrimonios o divorcios y nacimiento de hijos.¹¹

Dentro de los posibles factores de riesgo en la población médica para desarrollar síndrome de Burnout se encuentran, además de los mencionados, ser joven, tener hijos, aumento en la carga de trabajo y trabajar más de sesenta horas durante la semana.¹¹

2.4 Manifestaciones clínicas

Como se dijo, las tres dimensiones que identifican al síndrome de Burnout son el agotamiento, el cual se percibe como desgaste, pérdida de energía o fatiga; la despersonalización percibida como cinismo, insensibilidad o actitudes negativas como una forma de autoprotección para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar la ejecución del trabajo en situaciones de crisis; y la reducción de la realización personal cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el individuo y se autoevalúa negativamente como profesional.^{10,11,36}

2.4.1 Presentación clínica

Los componentes suelen presentarse de forma insidiosa y cíclica, y pueden repetirse en el tiempo. Un individuo puede experimentar cualquiera de los tres componentes, incluso todos, en repetidas ocasiones a lo largo de su vida, en el mismo u otro sitio de trabajo.¹¹

Existen manifestaciones de alarma inespecíficas como la negación, aislamiento, ansiedad, depresión, ira, desarrollo de adicciones, cambios en la personalidad, sentimientos de culpabilidad, cambios en los hábitos de higiene personal y arreglo, cambios en los patrones del sueño y alimenticios.¹¹

Las manifestaciones pueden presentarse a distintos niveles:

- Leve: donde el paciente presenta cansancio, dificultad para levantarse por las mañanas y presentación de quejas vagas.
- Moderado: el individuo recurre al aislamiento, cinismo y negativismo.
- Grave: el sujeto puede recurrir al ausentismo laboral, automedicación con psicofármacos, abuso de sustancias psicoactivas e ineficacia laboral.
- Extremo: donde el individuo presenta un aislamiento completo, ideación o intento suicidas.^{11,35}

Además, las manifestaciones pueden ser clasificadas en psiquiátricas, como depresión y ansiedad crónicas; adicciones, cambios drásticos en la personalidad y el comportamiento; cognitivas como modificación del autoconcepto, pérdida de valores, desaparición de expectativas, cinismo y aumento a la autocrítica, ausentismo, irresponsabilidad, autosabotaje; y somáticas como cefalea, trastornos musculoesqueléticos, lumbalgia o cervicalgia, dolor precordial, alteraciones gastrointestinales, del sueño y del ciclo

menstrual, hasta el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo para obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, entre otras.^{35,38,41}

Algunas son sociales como evitación profesional o de contactos, formación de grupos críticos, conflictos interpersonales, relacionadas con el ambiente laboral, disminución de la capacidad laboral y de la calidad del servicio prestado, aumento de la hostilidad en las interacciones y déficit en la comunicación.^{35,38}

2.4.2 Subtipos o perfiles del síndrome de Burnout

Según Farber y Montero-Marín no debería considerarse a todos los casos de forma homogénea, sino que los sujetos deberían ser evaluados mediante el cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout.^{14,41}

El primer subtipo es el Burnout frenético, donde el individuo trabaja duramente hasta el agotamiento tanto físico como emocional, con el fin de alcanzar el éxito laboral. Representa una ambición desmedida por la necesidad de obtener logros inalcanzables o por no reconocer las propias limitaciones. La gran sobrecarga arriesga la salud y la vida del sujeto. Usualmente implica que la persona invertirá un gran número de horas semanales de trabajo o bien posee diferentes trabajos que desempeña al mismo tiempo; además, se relaciona con la jerarquía de la empresa o sitio para el cual trabaja. El estrés que sufre proviene de la presión por las altas expectativas y la consiguiente frustración al no alcanzar sus objetivos.^{14,41,42}

El segundo subtipo es el de Burnout sin desafíos que hace frente a condiciones monótonas. Presenta indiferencia al realizar sus labores diarias, sufre de aburrimiento por la falta de estimulación en el desarrollo de sus actividades, hay déficit en el desarrollo personal; es decir, desea subir de puesto en su trabajo pero no se esfuerza para lograrlo. Este perfil se asocia tanto con el cinismo y la evitación como con el afrontamiento.^{14,41,42}

El tercer subtipo es el desgastado, donde el individuo actúa con negligencia ante el estrés, presenta desesperanza debido a la sensación de falta de control en los resultados de sus proyectos y la falta de reconocimiento por los mismos; suele optar por el abandono y desatención. Su estilo de afrontamiento es pasivo con tendencia a la desconexión conductual. El sujeto se percibe a sí mismo como ineficaz con desarrollo de sentimientos de culpa por no cumplir con su rol, por lo que el estrés proviene de la frustración. A modo de resumen podría decirse que el subtipo frenético tiende al afrontamiento activo, el subtipo “sin desafíos” al evitativo y el subtipo desgastado al pasivo.^{14,41,42}

2.5 Diagnóstico

El primer instrumento diagnóstico y más conocido es el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el cual consta de 22 ítems, utiliza una escala Likert de cero a siete opciones de

respuesta desde un nunca hasta todos los días. Los ítems se agrupan en las tres dimensiones, una puntuación igual o mayor a 34 es indicador de Burnout. Las puntuaciones de cada subescala deben mantenerse separadas, pues si se combinan no sería posible determinar la dimensión más afectada.^{11,38} Inicialmente el diagnóstico se basaba en la observación clínica. Posterior al desarrollo de las bases conceptuales y empíricas, así como el desarrollo del BMI por Maslach y Jackson, la evaluación se volvió sistemática.^{11,36,38}

A continuación se hará mención de algunos de los instrumentos utilizados en el síndrome de Burnout:

- Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS): en general, su estructura es similar al original. El agotamiento emocional sigue siendo igual a la dimensión del anterior instrumento; el cinismo reemplaza a la despersonalización y refleja la indiferencia y actitud defensiva; la eficacia profesional corresponde a la baja en la realización personal, aunque centrada en aspectos laborales.

Las primeras dos dimensiones se correlacionan positivamente entre sí y la tercera negativamente entre sí; es decir, posee una puntuación alta en agotamiento y cinismo, y una baja puntuación en la eficacia profesional. Con este instrumento tampoco se obtiene una puntuación global, sino la interpretación de las tres dimensiones. Mientras mayor puntuación se logra obtener en las primeras dos dimensiones y menor puntuación se obtiene en la eficacia profesional, se evidencia que el problema es mayor. Este instrumento posee una confiabilidad del 86% y es el más utilizado en los estudios revisados; sin embargo, con él tampoco se logran obtener resultados que se puedan estandarizar, debido a que la interpretación de cada dimensión está bajo la influencia de la opinión del investigador. Este estudio es el más indicado para utilizarse en profesiones que trabajan con otras personas, o aquellas encargadas de brindar un servicio a otras personas; por ello, es el más utilizado en los estudios relacionados con personal de salud.^{36,40}

- Burnout Measure (BM): es el segundo instrumento más usado después del MBI; en un inicio fue denominado Tedium Measure. El tedium se refería al resultado del estrés crónico (sea este físico, emocional o psíquico); evalúa el agotamiento físico, emocional y mental con un cuestionario que consta de 21 ítems. También se puede aplicar una versión resumida de diez ítems. Define al síndrome como un estado de cansancio físico, emocional y mental consecuente a situaciones emocionalmente exigentes, por lo que puede aplicarse tanto a profesionales asistenciales como de otros servicios. El instrumento es un cuestionario unidimensional y ofrece una puntuación global sin punto de corte establecido. Al ser unidimensional limita el alcance que podría tener este instrumento, pues podría dejar fuera de sus criterios aspectos que pueden

influir en la calificación de los ítems, además el no tener un punto de corte establecido deja un margen amplio para definir la gravedad del problema.^{36,38}

- Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el Trabajo (CESQT): consta de veinte ítems y evalúa cuatro dimensiones: indolencia, ilusión por el trabajo, desgaste psíquico y sentimiento de culpa. Utiliza una escala Likert de cero a cuatro; las bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo junto con la alta puntuación en el desgaste psíquico suponen Burnout.^{11,38,40} Una de sus variaciones es utilizada en profesionales de la educación, el Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo para profesionales de la educación (CESQT-PE).^{11,38,40} A pesar de las diferencias en las dimensiones a comparación con el MBI, este instrumento resulta útil tanto en la evaluación de profesionales de la salud como de otros profesionales, como los educadores, pues existen variaciones que se acoplan a ambas poblaciones.

- Los siguientes instrumentos se han utilizado en pocos estudios relacionados con el personal médico por no poseer los ítems necesarios para evaluar aspectos relacionados a la situación en la que se encuentran expuestos, por lo que solo serán nombrados algunos de los instrumentos que se encuentran dentro de este grupo: *Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS-HP)*, el cual evalúa el síndrome desde una perspectiva física, conductual y psicológica; *Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)* se centra en la evaluación de fatiga, agotamiento emocional y cognitivo; Cuestionario breve de Burnout (CBB) el cual consta de tres apartados; *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)* que evalúa dos dimensiones, el agotamiento y el desapego o falta de compromiso con el trabajo.^{3,11,36,38}

2.6 Prevención

Desde la perspectiva preventiva, las estrategias incluyen terapia individual o grupal, enfocadas en la creación de ambientes saludables, reconocimiento del desempeño y capacitación en liderazgo. Para las profesiones no asistenciales se han propuesto técnicas para manejar el estrés, promover la relajación y actividades de ocio ocasionales, para mejorar la asertividad y creación de relaciones interpersonales estables. En grupos de profesionales asistenciales, además de las estrategias mencionadas, se han propuesto programas de monitoreo y atención temprana. Puede ser necesario iniciar psicoterapia o terapia farmacológica en algunos casos.³⁸

Las estrategias deben enfocarse en terapias que apoyen a los individuos y los guíen en alcanzar el equilibrio de las distintas áreas vitales como familia, amigos, aficiones, trabajo y ocio; así como a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces; fomentar diálogo eficaz con las autoridades, compartir espacios de trabajo en adecuadas condiciones, limitar la

agenda laboral, coordinar objetivos compartidos. Reconocer y eliminar los estresores, mejorar la calidad de vida así como promover estrategias de afrontamiento; fortalecer las habilidades sociales de los individuos.¹⁰

Entre los profesionales de la salud suele recomendarse tres estrategias para disminuir el agotamiento emocional. Primero es necesario modificar la estructura organizacional de los procesos laborales; segundo, mejorar la organización individual del médico para producir una mejor adaptación a situaciones estresantes; y la tercera se centra en acciones a nivel individual con técnicas de manejo de estrés, promoción de conductas saludables y afrontamiento eficaz.³⁹ Además, es importante el compromiso laboral y desarrollo de resiliencia, participación en conferencias o discusiones grupales, proporcionar recursos informativos respecto al tema; así como alentar el autocuidado mediante el descanso, actividad deportiva, tiempo de calidad con familia y poseer un médico personal quien evalúe bienestar general de forma objetiva.³⁹

A pesar de conocerse las acciones preventivas que deberían llevarse a cabo para mejorar la salud mental del personal médico durante la pandemia del COVID-19, estas no se cumplen en la mayoría de los casos. Esto puede estar influenciado por varios factores, uno de ellos y quizás el más limitante es el factor económico. De este depende la posibilidad de mayor contratación de personal, para que la carga laboral no recaiga sobre pocos profesionales y, por ende, provocar situaciones estresantes, pues los profesionales se ven saturados de trabajo y poseen poco tiempo para el descanso.

Como se mencionó, el poco tiempo que los profesionales tienen fuera del área de trabajo limita la posibilidad de realizar actividades que ayuden a manejar el estrés, o que apoyen tanto en el crecimiento profesional como personal creando sensaciones de poca realización personal que, al final, concluyen en el desarrollo del síndrome.

2.7 Síndrome de Burnout en personal médico

El nivel de estrés al que se exponen los profesionales de la salud está ligado directamente al hecho de lidiar diariamente con el sufrimiento humano, jornadas laborales extensas y labores pobremente remuneradas.¹⁸

Esto conlleva a pérdida de energía, despersonalización y sentimiento de falta de realización personal que hace que caigan en el uso de sustancias psicoactivas y poca motivación en el trabajo, lo que genera errores en la toma de decisiones médicas y deterioro en la calidad de los servicios brindados.^{18,43}

En un estudio multicéntrico realizado con 898 médicos de seis países latinoamericanos, reportaron que Chile, Perú y Colombia tienen mayor riesgo de padecer estrés laboral. Venezuela es el país con menor demanda y más apoyo psicosocial, mientras

que Chile y Perú, aun siendo los que están en mayor riesgo, son los que menos apoyo presentan. Las mujeres son las que están expuestas a presentar mayor estrés laboral, asociado a otras circunstancias tales como situaciones familiares.⁴⁵

Las estadísticas globales estiman que entre un 10 y un 12% de los médicos pueden sufrir a lo largo de su vida más de algún episodio psíquico o conductas de consumo excesivo de alcohol u otros fármacos psicóticos. De estos casos se logran detectar solamente el 60% para brindar tratamiento oportuno.^{18,19}

Según un estudio de corte transversal descriptivo realizado en médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá, para el que se utilizó el cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), que evaluó a 150 médicos (63 internos y 87 residentes), el 85.3% reportó síndrome de Burnout entre moderado y grave. El componente de desgaste emocional es el más afectado. El 68% de los casos con desgaste emocional presentaron disfunción familiar y el 90% tuvo desgaste profesional. Se encontró asociación directa entre el número de turnos que hacían semanalmente con el desgaste profesional y la disfunción familiar.¹⁹

En un estudio transversal realizado en España entre 2006 - 2007 con un muestreo oportunístico de 11,530 participantes, el 12.1% correspondían a médicos.^{18,20} Según la especialidad que practicaban, se reportó que el 17% correspondían a médicos de Urgencias, 15.5% a Medicina Interna, 14.5% a Ortopedia; 14.3% Infectología, 12.8% Nefrología, 12.6% Cardiología, 12.3% Gastroenterología, 12% Medicina Familiar, 11.7% Pediatría, 11.5% Medicina General, 10.9% Ginecología, 10.3% Oftalmología, 8.9% Neurología, 7.5% Psiquiatría, 5.3% Dermatología y 5% Anestesiología.^{18,20}

En un estudio de corte transversal realizado por Castillo y Orozco en 2015 en Cartagena, tomaron como muestra a 112 médicos de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. Reportaron que el 57% de los participantes con síndrome de Burnout fueron mujeres; el 55% tenía formación académica hasta el pregrado y el 55% tenía menos de nueve años de antigüedad laboral. Las áreas laborales que más reportaron casos fueron consulta externa y urgencias, ambas con 54.5%.⁴⁶

En un estudio de corte transversal descriptivo, realizado en 106 médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá, evaluados bajo el instrumento CESQT, se definió que el 6.6% de los participantes presentaban síndrome de Burnout. Según esta escala, los participantes presentaron niveles altos y críticos de desgaste psíquico e indolencia; solamente el 20% refirió sentir ilusión por el trabajo. Un dato muy representativo es que el 12.3% de los casos presentó sentimientos de culpa en niveles bajos y el 1.9% presentó niveles críticos; el sentimiento de culpa indica mayor deterioro clínico y conlleva consecuencias tales como ausentismo laboral y depresión.¹⁹ Los niveles más altos (85.7%) fueron reportados en mujeres

solteras y sin hijos y el 100% fueron trabajadores de urgencias. Entre los factores protectores de dicha población se encontraron tener pareja estable y tener hijos.¹⁹

Los niveles de síndrome de Burnout han ido en aumento en los últimos años, lo que podría estar relacionado con que los médicos generales de ahora son relativamente jóvenes, en promedio 29.8 años. Es una etapa transicional de cambios psicosociales que requieren adaptación a la profesión, crear bases sólidas para la vida con base en pensamiento crítico y proyectos de vida, formación de familia ante la sociedad.¹⁹

En un estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo, con una muestra tomada de 116 médicos residentes de distintas especialidades en el Hospital General de Durango, México, 50 fueron mujeres y 66, hombres. Se observó una prevalencia del 89.66% del síndrome; de estos, el 50% correspondían al sexo masculino y el 39.66% al sexo femenino. El 48.28% presentó afectación en una sola de las esferas, el 35.53% en dos esferas y el 6.03% en las tres esferas. Las especialidades que presentaron afectación en las tres esperas corresponden a Cirugía, Ginecología, Medicina Interna, Ortopedia, Radiología y Pediatría. En las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Ortopedia y Pediatría el 100% de sus residentes estaban afectados.⁴³ Se reportó que los residentes de 2° y 3° año presentaban el mayor número de casos; en cuanto al estado civil, la mayor afectación se dio en solteros (43.59%) y en cuanto a género, en el femenino predominaron los casos (44%). La esfera más afectada fue la de despersonalización, seguida de agotamiento emocional y por último, realización personal.⁴³ En contraste con el estudio anterior, en otro estudio transversal, observacional y descriptivo realizado también en México durante 2016, esta vez en médicos internos de pregrado, solo el 16% de los encuestados cumplían con criterios para diagnosticar síndrome de Burnout.⁴⁷

Según una revisión sistemática-exploratoria con revisión en seis bases de datos de estudios realizada entre 2012 y 2018 en médicos iberoamericanos (el total de la muestra fue de 3,516 médicos), se determinó que el 45.88% de los casos de síndrome de Burnout corresponden a médicos residentes, el 42.5% a médicos generales y el 35.66% a especialistas. Los médicos residentes y los generales fueron los más afectados. La esfera más afectada fue la de agotamiento emocional y estuvo presente en el 36.7% de los médicos, seguida de realización personal en 29.86% de los casos y 28.87% con despersonalización.⁴⁸

Según los autores de esta revisión sistemática-exploratoria, se considera que las situaciones laborales sí contribuyen al desarrollo de este síndrome; por ejemplo, haber trabajado por más de diez años en el mismo lugar, tener jornadas nocturnas o jornadas que vayan de 12 a 36 horas laborales. Otras condiciones laborales que pueden influir en menor manera son la falta de recursos para desempeñar adecuadamente las tareas, la remuneración

económica baja, la alta exigencia laboral y el poco reconocimiento a las labores desempeñadas.⁴⁸

El perfil característico de los médicos con síndrome de Burnout son médicos residentes que cursan el segundo o tercer año de residencia, extranjeros, que cursan una especialidad en Anestesiología, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología o Urología. En cuanto a los médicos generales, en ellos puede influir la falta de organización para realizar las tareas, el tipo de contratación laboral y el poco tiempo de antigüedad. Los médicos especialistas son quienes tienen mayor carga laboral, tipos de contrataciones inestables, dificultad para organizar las tareas y antigüedad en cargos mayores a 10 años.⁴⁸

2.8 Síndrome de Burnout durante la pandemia COVID-19

Se considera que la pandemia por COVID-19 ha provocado cuatro olas en la salud de la humanidad. La primera es el impacto directo en la morbi-mortalidad por contagios; la segunda es por la limitación de los recursos en la atención de los pacientes no COVID-19; la tercera ha interrumpido la atención de pacientes con enfermedades crónicas y la cuarta ola corresponde al incremento de casos de síndrome de Burnout y de otros trastornos mentales.⁴⁹

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define los principales factores estresantes para el personal que se encuentra en primera línea de emergencia. Estos son el temor por el bienestar propio y el de su familia y compañeros, falta de equipo de protección personal, aislamiento, tensión por los nuevos protocolos de salud establecidos, dificultad para mantener estilos de vida saludable, discriminación e incluso violencia por parte de otras personas al considerarlos una amenaza para la salud.^{25,48,49} Estos factores influyen de manera negativa y producen estrés, baja motivación y bajo estado de ánimo, mayor sensación de fatiga, depresión, ansiedad y otros problemas mentales graves.⁴⁸

Se sabe que los desastres a gran escala se asocian con el aumento de trastornos mentales, por lo que la pandemia de COVID-19 es el escenario perfecto para provocar estrés crónico en el ambiente laboral, lo cual resulta en altas tasas de agotamiento que desencadenan Burnout. Además, el síndrome de Burnout durante la actual pandemia se ha asociado con el aumento en las tasas de depresión, abuso de sustancias y suicidio.⁵⁰

En 34 hospitales en China se realizó uno de los primeros estudios transversales, basado en encuestas y estratificado por regiones. Participaron 1,257 trabajadores y se reportó que el 50.4% de los participantes presentó síntomas de depresión, 44.6% de ansiedad, 35% manifestó insomnio y 71.5%, estrés. Otro estudio reportó que el 35.6% de la muestra presentaba ansiedad generalizada y el 23.6%, problemas de sueño.⁴⁹

Para algunos miembros del personal de salud, la situación de pandemia puede haber implicado un reto que percibieron como una oportunidad para mejorar las propias

competencias. Debido a la existencia de personalidades resistentes al estrés se puede decir que el origen del desgaste profesional no solo se relaciona con el tipo de trabajo y las condiciones del mismo, sino también ejercen una fuerte influencia las variables individuales y sociales.⁵²

Se realizó un estudio transversal de carácter analítico en el personal asistencial del Hospital Cayetano Heredia en Lima- Perú, en médicos asistentes, enfermeras y técnicos de enfermería. Participaron 262 trabajadores, con un muestreo estadísticamente significativo para una población finita. El 26% de todos los participantes fueron médicos; el 36.3%, enfermeras y el 37.8%, técnicos de enfermería. En dicho estudio solamente ocho trabajadores cumplían los criterios para diagnosticar síndrome de Burnout, cinco de ellos eran médicos, dos enfermeras y un técnico de enfermería. Mediante la interpretación de la significación asintótica bilateral, no se logró establecer que existiera asociación estadística entre las horas laboradas semanalmente (0,740) o en las horas laboradas en contacto con pacientes sospechosos o confirmados para COVID-19 (0,992). Se encontró que los médicos presentaban niveles más bajos de realización personal y que estos estaban asociados con la profesión, la edad y el servicio en el que se desempeñaban (0,001). En comparación a estudios previos realizados en Perú no se evidenció que durante la pandemia hayan aumentado los casos de síndrome de Burnout y los participantes indicaron tener la situación bajo control.⁵³

Otros desencadenantes de Burnout en la pandemia son las condiciones horarias con largas jornadas de trabajo, rotaciones que se relacionan con la baja calidad de sueño, ajuste cardíaco, satisfacción laboral y rendimiento cognitivo.⁵⁴ En un estudio cuantitativo con diseño observacional, prospectivo, transversal con análisis estadístico paramétrico realizado en el Hospital III Goyeneche en 49 médicos en Arequipa, Perú, se encontró que el 14.3% de los médicos del hospital presentan síndrome de Burnout, con un 49% de agotamiento emocional, 28.6% de despersonalización y 32.7% en realización personal. Respecto a estos ámbitos, se encontró que el sexo masculino es el que más presenta agotamiento emocional y despersonalización, 52% y 36% respectivamente; mientras que las mujeres sufren de menor realización personal, 41.7%. Respecto a la edad, se estableció que a mayor edad disminuye la prevalencia del síndrome. En cuanto a las horas de trabajo realizadas, se logró definir que mientras menos horas laboran y menos horas duermen, mayor es el riesgo de desarrollar el síndrome. También se encontró que la realización personal está ligada a la cantidad de trabajos en los que se desempeñan.⁵⁵

Durante un muestreo transversal realizado entre abril y mayo del 2020 en España, basado en encuestas en línea, en donde participaron médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos de emergencia, ee los 643 participantes, 408 eran médicos, 172 enfermeras y 63 eran de otras ocupaciones de la salud. Lo más reportado fue agotamiento,

temor a infectarse por el trabajo y miedo de infectar a su familia. Los participantes de hospitales pequeños eran los que tenían mayor miedo de infectarse. Además, encontraron que tener entre 20 y 30 años, ser mujer, ya sea médico o enfermero y no tener experiencia laboral aumenta el riesgo del síndrome; es decir, el ser mujer y médico fueron los principales factores asociados a alto riesgo.⁵⁶

Para evaluar el agotamiento en 2,081 participantes del hospital de la Universidad Médica de China (CMUH), un centro médico ubicado en el centro de Taiwán, se realizó un estudio transversal en donde se evidenció que la relación entre las horas de trabajo y el síndrome se duplican si se labora más de 59 horas a la semana durante un mes; se triplica si se superan las 75 horas y se cuadruplica si se trata de más de 84 horas semanales durante un mes seguido. Esto también está relacionado con las horas de sueño, dado que si estas fueran adecuadas se reduciría el agotamiento y el desgaste, aun laborando la misma cantidad de horas. Además, se demostró que los médicos se adaptan más fácilmente a jornadas laborales extensas en comparación con los otros grupos de estudio.⁵⁶

Como se mencionó, durante la pandemia aumentó la posibilidad de desarrollar Burnout; por ello el interés de investigar el agotamiento crónico en los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19. Estudios han destacado que la resiliencia, optimismo, flexibilidad psicológica y estrategias de afrontamiento que permitan adaptarse y responder de forma adecuada ante situaciones adversas son básicas para prevenir el síndrome.^{53,57}

2.9 Estudio Héroes COVID-19 Guatemala

En Guatemala se realizó un análisis descriptivo acerca de los efectos de la pandemia en la salud mental. Fue un estudio de cohorte del cual solamente se ha presentado un informe preliminar hasta el momento. Se enfocó en el personal de salud en general, y aunque el tema de la presente monografía está delimitado al personal médico con síndrome de Burnout, es de importancia incluirlo, pues tiene como objetivo evaluar los efectos que ha provocado la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de salud. Su análisis sirve para comparar las estadísticas de otros países.⁵⁹

Para el estudio se aplicaron dos tipos de pruebas GHQ-12 para evaluar el bienestar psicológico y el PHQ-9 para tamizaje de depresión y el grado de severidad en los participantes.⁵⁹

Se realizó la encuesta a 1,801 trabajadores de salud; solamente el 84.5% completó la encuesta. Del total de los participantes se obtuvo que el 67% corresponde a mujeres, lo cual concuerda con lo observado en las literaturas revisadas en cuanto a la prevalencia de trastornos mentales durante la pandemia. El grupo étnico con más casos correspondió a

participantes entre 18 - 34 años; en cuanto a la población médica fue la que mayor número de participantes tuvo, con 566. El personal de enfermería ocupó la segunda posición con 326 participantes.⁵⁹

El cuestionario GHQ-12 permite evaluar los trastornos psiquiátricos que no sean psicóticos, aquellos que indican la presencia de malestar psicológico. El grupo etáreo de 18 a 34 años de edad fue el mayor malestar psicológico presentó, el cual fue disminuyendo en cuanto aumenta el rango de edad. Los participantes encuestados en el área suroriente y central fueron los que mayor porcentaje de positividad al cuestionario presentaron y evidentemente es la profesión de médicos quienes se vieron más afectados, seguido por el área de nutrición.⁵⁹

El cuestionario PHQ-9 permite evaluar la presencia de depresión y su intensidad, utilizado para guiar el tratamiento dependiendo de la intensidad de cada caso. El grupo etáreo de 18 a 34 años continuó siendo el que más casos reportó; fue también el área suroriente la más afectada; y los médicos y nutricionistas quienes reportaron mayor número de encuestas positivas para depresión moderada a grave.⁵⁹

En cuanto al sexo y al área de trabajo, ambos cuestionarios mostraron la misma proporción de positividad sin importar género, área pública o privada.⁵⁹

Según el análisis descriptivo de la primera medición, la población más afectada durante la pandemia fueron las mujeres entre 18 y 34 años, médicos, del área metropolitana, quienes presentaron depresión moderada a grave, usualmente del sector público. El 93% de estos casos refieren no haber tomado ningún medicamento para mejorar su salud mental. Los síntomas reportados en quienes respondieron la encuesta fueron leves y todos podrían ser abordados mediante programas que reduzcan estrés y ansiedad. Sin embargo, aquellos que tienen síntomas graves pueden llegar a requerir hospitalización.⁵⁹

Maslach ha sido la definición más acertada para el síndrome de Burnout, quien lo definió como una respuesta inadecuada de afrontar el estrés crónico. Sus dimensiones son el agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de la realización personal. Este trastorno tiene un origen psicosocial causado por condiciones estresantes en el trabajo. Surge como una respuesta adaptativa o con tendencia a la autoprotección contra el estrés crónico, el cual puede estar influenciado por situaciones labores tales como escasez de personal, sobrecarga laboral, trabajos por turnos, atención a usuarios y clientes problemáticos, así como la atención a pacientes o personas muy enfermas, o el contacto directo con la muerte. Se debe enfocar la atención a medidas preventivas que incluyan terapia individual o grupal, así como a crear ambientes saludables de reconocimiento al desempeño y capacitación para el liderazgo.

Capítulo 3. Características sociodemográficas y factores psicosociales en personal médico con síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19

SUMARIO

- Características sociodemográficas
- Factores psicosociales

Cada persona es diferente biológica, genética, social y culturalmente. De esto surge la problemática de identificar las características y factores que desencadenan el síndrome de Burnout en cada individuo.^{16,17} Como dijo, este se produce cuando la capacidad de afrontamiento del individuo a las demandas y presiones laborales se sobrepasa y sobreviene el agotamiento crónico.^{37,59}

Usualmente los médicos se enfrentan día a día a múltiples factores estresantes que podrían llevarlos a la sensación de falta de control y estrés incontrolable si sus capacidades de afrontamiento no son eficaces, lo cual afecta su funcionamiento cerebral; desde la perspectiva neurobiológica el síndrome produce disfunción de la corteza prefrontal al ejercer un efecto regulador *top-down* en el estado de ánimo, conducta y cognición. La corteza prefrontal es la encargada de funciones esenciales como razonamiento abstracto, introspección, toma de decisiones y memoria de trabajo en cualquier persona, y especialmente en los médicos.³⁷

La situación actual de la pandemia de COVID-19 tiene el potencial de causar agotamiento físico y emocional en el personal médico debido a las extenuantes demandas laborales, psicológicas y físicas. Factores como aumento de la carga laboral, jornadas laborales más extensas junto con los cambios de servicios o asignación de roles nuevos o más difíciles de lo habitual, cobertura de diferentes áreas hospitalarias a cargo de colegas enfermos, déficit de estándares de seguridad o equipo de protección personal (EPP) especialmente en instalaciones de salud del primer y segundo nivel, incluso del tercer nivel en países en vías de desarrollo, como es el caso de Guatemala, así como estar en cuarentena, entre otros, predispone a dicha población al estrés crónico y angustia, así como a desarrollar sentimientos negativos que podrían culminar en síndrome de Burnout.^{15,37} No toda la población médica es igual de vulnerable, por lo que es importante tener en cuenta las variables sociodemográficas y psicosociales que se han asociado al mismo durante la pandemia.³⁷

3.1 Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas representan el conjunto de cualidades biológicas, sociales, económicas y demográficas de la población de estudio, en este caso del personal médico. Dichas características incluyen edad, sexo, composición étnica, zona o área de habitación sea esta urbana o rural, y niveles de ingreso económico.⁶⁰ En esta ocasión se hará mención de las características sociodemográficas que mostraron una asociación significativa para Burnout en médicos ante la situación de pandemia de COVID-19.

3.1.1 Edad y sexo

Dentro de las características sociodemográficas relacionadas con la aparición de Burnout en médicos durante la pandemia de COVID-19 se encuentran el sexo y la edad; anterior a la pandemia el ser de sexo masculino y mayor de 30 años se asoció a la posibilidad de sufrir dicho síndrome.^{37,51,61} Por otro lado, un estudio descriptivo, observacional y transversal previo a la pandemia donde participaron 296 médicos especialistas mexicanos en 2019 para determinar los factores de riesgo y protección frente al síndrome, con un IC del 95%, reportó que el sexo femenino presentó mayor prevalencia con 44% y asociación con el síndrome con un OR de 3.61, sin coincidir con otros autores que hallan al sexo masculino predominante en su asociación con Burnout.⁶³ En relación a la edad, el estudio anterior también reportó que los médicos menores de 40 años son más propensos a desarrollar Burnout con un valor p 0.05 y OR de 3.86, lo cual coincide con lo mencionado anteriormente.^{63,64,65}

Según Navinés et al, en una revisión sistemática y metanálisis realizado en 2021 acerca del estrés laboral y Burnout en médicos residentes antes y durante la pandemia por COVID-19, incluyeron 26 artículos para el análisis final. Concluyeron que ser médica joven es un factor de riesgo para desarrollar Burnout, lo cual puede deberse a la propensión de desarrollar ansiedad y depresión en dicha población.^{16,38} También podría estar relacionado a que las mujeres son más vulnerables al agotamiento emocional y, por ende, a quemarse en comparación de los hombres. Estos suelen tener mayor libertad en la toma de decisiones en los trabajos, a diferencia de ellas, cuya libertad de toma de decisiones es menor; además, ellas tienen que lidiar con temas relacionados a su rol de género que culturalmente se les ha asignado, como el cuidado de la familia, la educación de los hijos y administración de los ingresos del hogar.^{52,62,64}

Lo anterior está relacionado con el tema, debido a que la autonomía y la equidad junto con una política más incentivadora por parte de las instituciones hospitalarias son útiles para prevenir el síndrome de Burnout. Si la equidad de género fuera una realidad, tomaría un papel importante el reconocimiento, pues haría que los médicos reciban una retroalimentación en cuanto a su desempeño y por lo tanto se sientan valorados y respetados como profesionales.⁶⁰

Por otra parte, un estudio transversal realizado en 2020 en el Hospital de la Universidad Assiut, Egipto, para identificar los niveles de Burnout, donde participaron 201 médicos, con un IC del 95%, reportó una prevalencia de Burnout del 6% en el personal médico durante la primera ola de la pandemia de COVID-19. Los médicos de 20 y menores 30 años fueron los más afectados con un valor $p < 0.001$. Según autores, esto podría atribuirse al aumento de la carga de trabajo y falta de experiencia laboral, tener más contacto con pacientes COVID-19, especialmente si se encuentran en formación y trabajando en primera línea.⁶⁶

3.1.2 Estado civil

Estudios del síndrome de Burnout destacan la importancia del apoyo proveniente de las relaciones interpersonales como factor protector, ya que al permitir que el individuo se sienta valorado se mitiga los efectos estresores de la vida cotidiana. La falta de apoyo de la pareja o cónyuge es un factor estresante que maximiza el efecto de otros estresores, e influye negativamente en las estrategias de afrontamiento del sujeto, y afecta a su vez la autoestima, idealismo y estado de ánimo.⁵² Estar casado o mantener una relación con una pareja estable, así como ser responsable del cuidado de al menos un hijo son características protectoras para las tres dimensiones del síndrome en el personal médico.^{38,60} Estudios previos a la pandemia coinciden en que el hecho de no tener una pareja aumenta la asociación con Burnout en dicha población.^{62,64,65}

Una revisión sistemática realizada en 2020 acerca del impacto de la pandemia de COVID-19 en médicos con síndrome de Burnout, Amanullah et al, describieron que el apoyo conyugal redujo el riesgo de agotamiento en un 40%, concordando con que el tener pareja estable o estar casado se asocia a menor riesgo del síndrome. Los médicos presentan menos riesgo de quemarse en un entorno donde la carga del trabajo y quehaceres del hogar se comparten; es decir, aquellos que son apoyados por sus parejas experimentan menos cansancio emocional en comparación a los colegas que no poseen relaciones interpersonales estables.⁶¹ Mientras, los médicos solteros son más propensos a quemarse a comparación de médicos casados, pues estos últimos alcanzan niveles más altos de realización personal debido al apoyo brindado por sus parejas. Por el contrario, según el estudio transversal en el Hospital de la Universidad Assiut mencionado, también reportó que ser médico y estar casado se asociaba al desarrollo de Burnout.⁶⁶

3.1.3 Paternidad

En cuanto a la estructura familiar, se dice que tener hijos hace a las personas menos propensas a desarrollar síndrome de Burnout, pues dicha relación hace a los médicos más realistas y resilientes para afrontar las situaciones estresantes y conflictos; sin embargo, tener al cuidado numerosos hijos se asocia a mayor probabilidad de desarrollar Burnout.^{52,60,64} Un

estudio transversal realizado en médicos cirujanos especialistas con un IC 95% en 2019, reportó que no tener hijos es una característica con una asociación significativa para Burnout con un OR de 3.86.⁶³

Un estudio transversal en 2020 que incluyó a 407 neurocirujanos estadounidenses para medir la satisfacción laboral ante la actual pandemia, concluyó que no tener hijos se asociaba al desarrollo de Burnout con un OR de 3.294 y un valor p de 0.011, y que tener hijos y pasar tiempo de calidad en familia conlleva a un menor riesgo del síndrome. Como afirmaron los médicos en sus encuestas, pasar tiempo en casa con los niños debido a las medidas de distanciamiento social en busca de la disminución del volumen de casos, disminuye el agotamiento, lo cual ha representado un aspecto positivo de la pandemia.^{60,67}

3.2. Factores psicosociales

Los factores psicosociales son todos aquellos aspectos relacionados tanto con jerarquía, organización, ambiente y realización del trabajo que pueden afectar al individuo y su salud mental; engloban las interacciones entre el trabajo, medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización. Toma en cuenta las capacidades del trabajador, sus necesidades, cultura y situación personal fuera del trabajo, que a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, rendimiento y la satisfacción en el trabajo.^{59,67} Desajustes en dichos aspectos se han relacionado con la aparición del síndrome, pues cuanto mayor es la brecha entre el individuo y el entorno laboral mayor es la probabilidad de desarrollarlo.⁶⁰

3.2.1 Especialidad médica

Los médicos deben desarrollar habilidades específicas dependiendo del área médica elegida durante su residencia para proveer atención de calidad a sus pacientes. Depende de la especialidad escogida cuánto esté sujeto a la privación del sueño, responsabilidades, carga de trabajo, satisfacción laboral y salarial, entre otros. La combinación de los anteriores factores los hace vulnerables al desarrollo de Burnout, llegando a interferir con el desarrollo de sus labores.⁶⁹

Ante la actual situación de pandemia y escenarios estresantes agregados, como uso prolongado de EPP, deshidratación constante, reducción de horas sueño, aumento de horas de trabajo semanal y alimentación deficiente, se acentúa la fatiga crónica y, por tanto, el riesgo de quemarse; los especialistas más afectados son de los servicios de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Anestesiología y Radiología, así como los servicios de urgencias de Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia y Neurocirugía.^{17,60,70}

Dado que las especialidades quirúrgicas combinan el tratamiento médico con el abordaje intervencionista, los profesionales de esta área usualmente están ligados a

intervenciones de emergencia con pacientes graves o en situaciones de riesgo vital, junto con las demandas características de la especialidad como sobrecarga de horas laborales a la semana, factores organizativos y jerárquicos, relaciones laborales deterioradas en algunos casos, entornos de trabajo en constante cambio, supervisión clínica deficiente y recursos limitados en otros casos. Todo lo anterior es una posible explicación a las altas tasas en las especialidades relacionadas al área quirúrgica.^{63,69,71} El síndrome de Burnout en estos especialistas oscila desde el 2.7% al 86.5% en Asia, Europa y América, en Hispanoamérica desde el 14.5%, Centroamérica del 12% y México del 33 al 42.8%.⁶³

Anterior a la pandemia, Radiología, Cirugía General y Neurología son de las especialidades con mayor prevalencia de síndrome de Burnout, con el 60%, seguido de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Neurocirugía y Dermatología con 50%; y por último Oncología médica, Psiquiatría y Medicina Familiar, con un 40%. Por lo anterior, se puede decir que las especialidades quirúrgicas y de urgencias presentan las prevalencias más altas en comparación con las clínicas.^{38,70}

Una revisión sistemática y metaanálisis acerca del síndrome de Burnout en médicos residentes demostró que dentro de las especialidades quirúrgicas, son Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Traumatología las de alta prevalencia de Burnout con 42.5%; Medicina Interna, Pediatría y Cirugía Plástica las de prevalencia moderada, con 29.4%; y Neurología y Otorrinolaringología las de baja prevalencia, con 23.5%.⁶⁹

En España, un estudio observacional, transversal y descriptivo que incluyó a 1,015 médicos internistas representantes de todas las comunidades autónomas de España, que trabajaron durante la primera ola de COVID-19, reportó una prevalencia de 58.3% para Burnout, que en relación a lo anterior representa un aumento significativo en la tasa para esta especialidad.⁶⁵

La Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos reportó, en un artículo de 2021, que la mayoría de los anestesiólogos pasaron de trabajar en una sala de operaciones a ser exclusivos de los servicios de UCI para tratar pacientes COVID-19, aprovechando sus habilidades de intubación, experiencia en cuidados críticos, reanimación con falla multiorgánica y ventilación. Debido a la situación mencionada, los anestesiólogos se han vuelto más vulnerables al agotamiento emocional porque han tenido que ser parte del equipo y proceso de toma de decisiones agotadoras, así como se han involucrado más con las familias de los pacientes en el proceso de duelo, lo cual no es un rol típico en estos profesionales.⁷²

3.2.2 Horas de trabajo y horas sueño

Tanto el trabajo excesivo como la presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumenta la reactividad fisiológica y cansancio emocional.⁵¹ Cuando aumenta el número de horas de trabajo disminuye el tiempo disponible para el descanso. La literatura ha documentado que personas que duermen menos de seis horas diarias tienen más riesgo de desarrollar Burnout. El propósito del sueño es que el cuerpo se recargue de energía y permita respuestas autonómicas funcionales; la privación del sueño se vincula con agotamiento, estrés, lo que afecta la calidad y duración del sueño a largo plazo.^{57,71} Los turnos rotatorios y horarios de trabajo irregulares originan alteraciones del sueño que producen cansancio rezagado, trastornos digestivos y musculoesqueléticos, dificultando las relaciones sociofamiliares.⁶⁰

En EE.UU., un estudio transversal realizado en 2020 abordó la relación dosis-respuesta no lineal y el efecto del agotamiento mediado por las horas de sueño en los trabajadores de la salud. Mencionó que en 2011 se limitó a 80 horas de trabajo a la semana para médicos residentes, lo que disminuyó la prevalencia de Burnout un 5% en dicha población; sin embargo, fue hasta que disminuyó a menos de 70 horas que la frecuencia de Burnout disminuyó entre un 8-13%. Además, mencionó que en Alemania existe la política de horas de trabajo permitidas en médicos de hasta 48 horas a la semana.^{57,71} Por lo anterior, se puede observar la asociación entre la frecuencia del Burnout y las horas de trabajo; sin embargo, ante la situación de pandemia de COVID-19, reducir las horas de trabajo en la población médica puede ser un desafío.

Con anterioridad se ha estudiado el efecto de la privación del sueño como un factor de riesgo de desgaste en la población médica. Durante la pandemia de COVID-19 es innegable que la carga de trabajo del personal de salud aumentó, lo que pudo afectar la duración y calidad del sueño.⁶² Además, la modificación de turnos y el aumento de horas de trabajo semanales, junto con el tiempo dedicado a las técnicas de vestir y desvestir del EPP, constituyen situaciones que añaden estrés en los facultativos.¹⁷

En relación a la crisis actual, un estudio transversal realizado en médicos de la especialidad de Medicina Interna en España, reportó que el síndrome de Burnout se relaciona de manera significativa con no haber descansado después de un turno de 24 horas, con un IC del 95% y Hazard Ratio (HR) de 1.61. Además, dicha población experimentó un aumento de horas de trabajo a la semana en el 81.3% de los encuestados y de estos, el 27.9% fue recompensado económicamente por las horas extraordinarias.⁷³ Un estudio transversal en Argentina, cuya población objetivo fueron médicos oncólogos de la Asociación Argentina de Oncología Clínica, reportó que los médicos diagnosticados con Burnout han aumentado el consumo de somníferos un 17%, relacionado al aumento en las horas de trabajo que en

promedio excedieron las 8 horas al día y la necesidad de trabajar los fines de semana, ante la situación de pandemia.⁶⁵

3.2.3 Servicio

Algunos estudios apoyan que dentro de los estresores relacionados al Burnout en médicos destacan el desequilibrio en la asignación de recursos, la escasa o nula participación en la toma de decisiones, los sistemas rotatorios desequilibrados, la sobrecarga de trabajo en los servicios, la falta de apoyo o reconocimiento.⁶⁰

Los médicos que laboran en el servicio de emergencia son considerados personal de primera línea en la pandemia de COVID-19, pues son el primer contacto con cualquier paciente que muestre signos o síntomas de infección por COVID-19, además de atender al resto de la población y diversas patologías, lo cual agrega más estrés del habitual al trabajar en urgencias.¹⁶ Dado que dicho personal se ha encontrado en una posición sin precedentes al inicio de la pandemia de COVID-19, fue necesario una capacitación rigurosa en cuanto a medidas de protección personal.^{15,16}

Un estudio de métodos mixtos realizado en médicos canadienses durante las primeras diez semanas de la pandemia de COVID-19, que permitió monitorear los niveles de agotamiento en los participantes, incluyó a 468 médicos del área de emergencia de 143 hospitales en 7 provincias tanto rurales como urbanas; demostró que para las semanas 4, 6, 8 y 10 el 18%, 17%, 14% y 16% de los participantes respectivamente, presentaron una alta calificación para el agotamiento emocional.¹⁵

En una revisión sistemática realizada en 2020 por Wu et al, se compararon las tasas de desgaste en médicos que trabajan en salas de primera línea de COVID-19 contra las salas habituales en China. Contrario a lo observado en otros países, se evidenció que los médicos de otras salas presentaron una tasa de 39% a comparación de sus colegas en primera línea con 13%; esto, según autores, podría correlacionarse con la sensación de mayor control que poseen los médicos de primera línea.⁶²

Similar a lo anterior, Rumania realizó un estudio transversal en médicos residentes para valorar la prevalencia de Burnout entre los médicos que trabajan en primera línea (servicios de Emergencia, Radiología y Unidad de Cuidados Intensivos) y los que trabajan en servicios que no pertenecen a áreas de COVID-19 o habituales. Se encontró que los servicios habituales (encamamiento de Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía, entre otros) obtuvieron una tasa más alta en comparación a los médicos de primera línea, de 86 y 66%, respectivamente.¹⁷

Por lo mencionado se hace evidente que la organización intrahospitalaria es importante para disminuir los niveles de estrés en el personal, así como la existencia de

protocolos claros frente a la situación de la pandemia y las capacitaciones del personal en cuanto a medidas de protección y uso eficiente del EPP. Son medidas de protección que aumentan la confianza y control en el entorno de trabajo de los médicos.^{17,62}

Lo anterior podría explicar la mayor prevalencia de síndrome de Burnout observada en los servicios habituales en comparación de los servicios de primera línea en las Emergencias de algunos países, pues es razonable que el personal médico de primera línea tuvo más horas de capacitación en cuanto a medidas de protección con reforzamiento continuo de las mismas durante el tiempo de trabajo, lo que les brindó una mayor sensación de seguridad; contrario al personal médico de servicios habituales, donde la sensación de control se redujo, aumentó el estrés y el riesgo de quemarse.^{17,62}

3.2.4 Años de experiencia laboral

Anterior a la pandemia de COVID-19 en cuanto a la experiencia laboral, ser joven con una experiencia menor a 10 años se asocia con mayor probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.⁵² Por el contrario, poseer una experiencia laboral mayor a 10 años es un factor protector.^{63,64}

Una revisión sistemática acerca de la epidemiología del síndrome de Burnout ante la actual pandemia en la cual se incluyeron 12 estudios realizados entre diciembre 2019 a septiembre 2020, mencionó que dentro de los factores psicosociales asociados a dicho síndrome se encuentran poseer una experiencia laboral menor a seis años, el aumento en el número de horas de trabajo semanales, frecuencia de turnos, tener un compañero sospechoso para COVID-19, o ser caso confirmado para COVID-19.⁷⁴

Un estudio transversal en Portugal 2021, incluyó una muestra de 214 médicos con técnica de bola de nieve, para medir los niveles de agotamiento emocional durante la primera ola de la pandemia de COVID-19, reportó una tasa de Burnout del 69% en médicos familiares, con una fuerte asociación entre género y años de experiencia profesional; donde ser joven y mujer OR 2.57 e IC del 95%, con una experiencia laboral entre seis y menos de 15 años (OR 3.12 e IC del 95%) en atención médica coinciden como características que contribuyen al desarrollo del síndrome.⁷⁵ Situación contraria en Libia donde se realizó un estudio transversal teniendo a médicos de primera línea del servicio de Emergencia que trabajan durante la pandemia COVID-19 como población objetivo, utilizaron un IC del 95%, reportó una tasa del 67.5% para Burnout, las características asociadas al mismo fueron años de experiencia, horas de trabajo a la semana y problemas de transporte; encontraron niveles altos de realización personal en aquellos con menos de tres años de experiencia en comparación a aquellos quienes poseían más de seis años de experiencia pues según autores los anteriores sujetos se percibían a sí mismos como menos capaces de alcanzar sus metas personales a causa del agotamiento crónico.¹⁶

En el estudio transversal realizado en neurocirujanos estadounidenses en relación a Burnout en la pandemia de COVID-19, según Dyrbye et al, los médicos que se encuentran en la mitad de su carrera, es decir, con una experiencia laboral de 11 a 20 años, trabajan más horas, atienden más llamadas de consulta por la noche, tienen tasas más elevadas de Burnout y poca satisfacción laboral, lo cual podría deberse a que realizan mayores deberes administrativos, pasan menos tiempo en el quirófano y tienen más posibilidades de presentar problemas de salud.⁶⁶ Contrario a los que sucede con los jóvenes con menos de 5 años de experiencia, quienes son más propensos a la despersonalización debido a su inexperiencia pero poseen mayor satisfacción profesional, por lo que sus tasas de Burnout son menores.⁶⁷

Por otra parte, los médicos residentes que se encuentran en una fase inicial de sus carreras con conocimientos y experiencia limitados, tratar a pacientes con COVID-19 ha implicado más carga de trabajo y tiempo, mayores demandas intelectuales y emocionales que pueden llevar al agotamiento y por ende, a Burnout.⁷⁰

Los sistemas de atención en salud en países como Guatemala se basan en las contribuciones de médicos residentes que permanecen en el hospital durante la noche en turnos, apoyados por algún jefe consultor que suele estar de guardia, ya sea desde su casa o físicamente en el lugar de trabajo. Hay un número limitado de residentes disponibles en cualquier institución de salud. No sorprende que los mismos se encuentren agotados física y emocionalmente, lo que afecta su bienestar mental durante la pandemia de COVID-19, debido al sobrecargado sistema de atención médica.⁷⁰

3.2.5 Condiciones laborales y nivel educativo

Tener un alto deseo de marcar la diferencia y el entusiasmo inicial, junto con una baja remuneración económica independientemente de la jerarquía interna, no tener apoyo de la institución, ser inexperto, uso inadecuado de recursos y la influencia del nivel educativo se asocia con el agotamiento emocional y riesgo de Burnout.⁵²

Médicos sobrecomprometidos que se exponen a las altas demandas laborales y, por lo tanto, necesitan esforzarse más para que el trabajo sea eficiente, se vuelven más vulnerables a sufrir agotamiento, al mismo tiempo que aumenta la insatisfacción y el estrés.⁶⁰

Además, se pueden distinguir otros estresores relacionados con las condiciones laborales como el entorno físico, organización de la institución, políticas internas, roles y relaciones interpersonales laborales.⁵³ También puede tomarse en cuenta que las medidas de protección necesarias para el control de la pandemia imposibilitan o dificultan la lectura de expresiones faciales, interfieren con las interacciones interpersonales ante la necesidad de distanciamiento social, lo cual disminuye la socialización y estímulos necesarios entre pares y pacientes.¹⁷

Un estudio transversal acerca de síndrome de Burnout y condiciones laborales en médicos durante la crisis de COVID-19 en Jordania en enero 2021 que incluyó a 1,037 médicos, con un IC DEL 95%, reveló que trabajar por más de 48 horas a la semana, tener más de tres turnos nocturnos a la semana, no tener suficiente EPP y haber sido confirmado para COVID-19 fueron predictores para el agotamiento laboral en médicos, con OR de 1.585, 2.754 y 1.626, respectivamente, lo que a su vez se relaciona con menor satisfacción laboral.⁷⁶

En EE.UU., el estudio transversal realizado en médicos de la Asociación Estadounidense de Neurocirujanos para determinar los índices de agotamiento y satisfacción profesional, reportó una prevalencia para agotamiento emocional del 20.4% y baja satisfacción profesional en los 407 médicos encuestados. Estos manifestaron que el impacto de la pandemia en su trabajo ha afectado su bienestar mental, pues su realización personal se debe a su destreza quirúrgica y las interacciones con los pacientes. El quirófano es el lugar en donde se sienten empoderados, y dado que el 82% de las cirugías electivas fueron pospuestas debido a la crisis, los mismos han sido reubicados en otras áreas donde se necesitan médicos para la atención de pacientes o bien han participado en conferencias didácticas impartidas a distancia con distintas organizaciones nacionales. La situación anterior ha dado lugar a que los neurocirujanos activos se sientan inseguros acerca de los ingresos futuros debido al COVID-19 y de no continuar con la neurocirugía nuevamente.⁶⁷

Durante la actual pandemia, ser médica joven podría ser una característica importante para desarrollar síndrome de Burnout. Esto podría deberse a que las mujeres son más vulnerables al agotamiento emocional influenciado por la menor participación en la toma de decisiones laborales y el rol familiar que deben cumplir.⁶³ El estar casado puede influenciar de manera positiva, aunado al hecho de tener un hijo, pues esto permite que el individuo se sienta más valorado, reduciendo el riesgo hasta en un 40% de desarrollar el síndrome; sin embargo, el ya tener tres o más hijos representa una situación estresante.^{52,60,64}

Los especialistas más afectados son los de los servicios de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Anestesiología y Radiología, así como los servicios de urgencias de Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia y Neurocirugía, debido a la necesidad de resolución pronta de los problemas que conlleva a errores en la protección personal.^{17,60,70}

El personal con menos de seis horas diarias de descanso tiene más riesgo de desarrollar el síndrome, pues no permite que el cuerpo recupere energías y permita respuestas autónomas funcionales. Aunque se esperaría que los médicos de primera línea sean los más afectados, en un estudio realizado en China se encontró que estos son los que poseen mayor sensación de control y están más capacitados para afrontar estas situaciones; sin embargo, sus colegas presentaron tasas más altas de desgaste por no estar preparados

para estas situaciones. Esto también está relacionado a que aquellos profesionales con más de 10 años de experiencia laboral tienen menos probabilidad de presentar síntomas del síndrome.

Capítulo 4. Análisis

El ocho de diciembre de 2019 fue identificado en Wuhan, China, un brote de neumonía de causa desconocida. Inicialmente se consideró una emergencia sanitaria, pues no se tenía antecedentes del patógeno y por lo tanto no existían protocolos de manejo, lo que dio lugar a la rápida progresión tanto local como global que produjo casos graves y difíciles de manejar, hecho que suscitó la necesidad de declararse como pandemia.^{1,2,5,21}

Aunque los síntomas descritos eran muy similares a una neumonía común, estos evolucionan rápidamente y no responden a tratamientos habituales. Los casos fueron desde leves hasta graves con complicaciones tales como falla respiratoria, daño renal y sobreinfecciones bacterianas capaces de producir choque séptico.^{1,2}

Lo que inició como un brote local rápidamente se propagó hasta convertirse en un problema global, al grado que para el nueve de marzo de 2021 ya se había notificado un total de 11,077,961 casos, con 116,736,437 casos acumulados confirmados, incluidas 2,593,285 defunciones en todo el mundo, lo que suscitó temor en la población, no solamente a contagiarse sino a contagiar a familiares con comorbilidades quienes tienden a presentar mayores complicaciones.⁴

Como cualquier otro entorno laboral, el hospitalario se mantienen en un constante cambio que hace que los médicos deban adaptarse continuamente a situaciones estresantes para llevar a cabo sus labores; debido a la naturaleza emocionalmente exigente de su trabajo es normal que surjan estrés y agotamiento, sin embargo, en el instante en el que el médico es incapaz de lidiar con dichas situaciones con sus estrategias de afrontamiento, la lucha contra el agotamiento crónico termina en derrota.

Para hablar de un trastorno mental se debe entender que la salud mental es un estado en donde el individuo es capaz de afrontar las situaciones cotidianas de la vida, desempeñar sus labores de manera productiva y aportar algo positivo a su alrededor, lo que le permite responder a desafíos de la vida y desarrollar sus capacidades cognitivas, afectivas y relacionales.^{27,28,29}

A pesar de lo complejo que es referirse a la salud mental, según estimaciones de la OMS, los países solamente gastan alrededor del 2% de su presupuesto anual en este tema. La depresión y la ansiedad se consideran como los trastornos que mayor prevalencia presentan. Más de la mitad de los trastornos mentales en general inician a los 14 años; el grupo etario de 15 a 29 años es donde se reportan más suicidios.^{6,31}

Durante la pandemia del COVID-19 hubo un aumento en las condiciones de estrés en la población en general, aunado al aislamiento social, actividad física reducida, poca estimulación intelectual, alteraciones del estado de ánimo y del sueño, fatiga y deterioro de la

salud en general. En conjunto produjeron un aumento en el riesgo de deterioro cognitivo y propensión al desarrollo de trastornos mentales en personas previamente sanas y agravamiento de aquellas que tenían trastornos preexistentes.^{6,29}

En cuanto al personal médico, se estima que entre un 10 a 12% puede sufrir a lo largo de su vida algún episodio psíquico o consumo de alcohol o sustancias ilícitas, y de estos solamente el 60% logra ser detectado para brindar tratamiento oportuno.^{18,19}

La eficacia del sistema de salud depende del desempeño de los profesionales; en el caso de los médicos, sus conocimientos, destrezas, dedicación y amor por su labor son claves para establecer una adecuada comunicación con los pacientes y visualizar un tratamiento que ayudará a los mismos a mejorar su condición de salud y de la sociedad.

De los trastornos frecuentes entre esta población de estudio se encuentra el síndrome Burnout o síndrome de estar quemado. Este fue declarado en el año 2000 por la OMS como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad de afectar tanto la calidad de vida del individuo como su salud mental. Este trastorno tiene su origen en condiciones laborales estresantes y surge como una respuesta adaptativa y con tendencia a la autoprotección contra el estrés crónico.^{10,11,36,41}

La definición mejor aceptada de este síndrome fue dada por Maslach, quien la define como una respuesta inadecuada ante el estrés crónico, compuesto por tres dimensiones: el agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal.^{10,11,36}

Los factores que contribuyen al desarrollo de este síndrome son la escasez de personal, sobrecarga laboral, trabajos por turnos, atención a usuarios problemáticos, contacto directo con pacientes o personas enfermas, así como la muerte o el dolor de terceros, además de la falta de autonomía y autoridad para tomar decisiones importantes. Las primeras manifestaciones de alarma son inespecíficas e inician como negación, aislamiento, depresión, ira, desarrollo de adicciones, cambios en la personalidad, sentimientos de culpa y cambios alimenticios y en el patrón del sueño.^{10,11}

El nivel de estrés al que se exponen los profesionales de la salud está ligado directamente al hecho de lidiar diariamente con el sufrimiento humano, jornadas laborales extensas y labores pobremente remuneradas; esto conlleva a pérdida de energía, despersonalización y sentimiento de falta de realización personal que hace que caigan en uso de sustancias psicoactivas y poca motivación en el trabajo, lo cual genera errores en la toma de decisiones médicas y deterioro en la calidad de los servicios brindados.^{18,43}

Dentro de las subespecialidades médicas que mayor prevalencia presentan son Urología 63.6%, Medicina Física y Rehabilitación 63.3%, Cirugía Ortopédica 59.6%, Cirugía General 52.7%, Radiología 61.6% y Pediatría 46.3%.³⁹

Según un estudio de corte transversal descriptivo realizado en médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá para el cual se utilizó el cuestionario de evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT), de 150 médicos (63 internos y 87 residentes); el 85.3% reportó síndrome de Burnout entre moderado y grave; el componente de desgaste emocional fue el más afectado.¹⁹ Una revisión sistemática de estudios prospectivos reportó que la esfera más afectada en médicos es el agotamiento emocional y estuvo presente en un 36.7%, seguida de realización personal en 29.86% de los casos y 28.87% para despersonalización.⁴³ En un estudio cuantitativo con diseño observacional prospectivo, transversal y analítico realizado en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, Perú, en 49 médicos se encontró que el 14.3% presentan síndrome de Burnout, con un 49% de agotamiento emocional, 28.6% de despersonalización y 32.7% en realización personal. El sexo masculino es el que más presenta agotamiento emocional y despersonalización, 52% y 36%, respectivamente; mientras que las mujeres sufren de menor realización personal 41.7%.⁵⁵ La esfera que se ve más afectada es el agotamiento emocional, sobre todo en el sexo masculino, con casos moderados y graves; mientras que en las mujeres la esfera afectada es la realización personal.⁴⁷

Un estudio analítico de corte transversal realizado en Cartagena en 2015 para determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y factores asociados incluyó a 112 médicos de los servicios de salud del área privada. Para la recopilación de información utilizaron el instrumento Maslach Burnout Inventory, el cual reportó que el 57% de los casos del síndrome fueron mujeres. Dentro de los factores asociados a su desarrollo se encontró que el 55% tenían formación académica hasta pregrado y el 55% tenía menos de nueve años de antigüedad laboral. Las áreas de consulta externa y urgencias son las que más casos presentaron, con un 54.5%. En un estudio transversal que tuvo como población objetivo a los médicos residentes de distintas especialidades que laboraban en el Hospital General de Durango en México, 2016, se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory. Se reportó que en el género femenino predominaban los casos; las especialidades de Cirugía, Ginecología, Medicina Interna, Ortopedia, Radiología y Pediatría eran las residencias donde el 100% de los sujetos fueron afectados; principalmente de 2° y 3° años de residencia, de los cuales su estado civil fue solteros, 43.59%.^{44,46}

Una revisión sistemática acerca de la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos realizada entre 2012 y 2018, determinó que el 45.88% de los casos de síndrome de Burnout correspondía a médicos residentes, el 42.5% a médicos generales y el 35.66% a especialistas. Los médicos residentes y los generales eran los más afectados. Se considera como situaciones laborales que afectaron directamente el haber trabajado por más de diez años en el mismo lugar, el tener jornadas nocturnas o jornadas que vayan de 12 a 36 horas de trabajo. Otras condiciones laborales que pudieron influir en menor manera son la

falta de recursos para desempeñar adecuadamente las tareas, la remuneración económica baja, la alta exigencia laboral y el poco reconocimiento a las labores desempeñadas. En un estudio transversal realizado en Perú en 2020, cuyo propósito fue establecer los factores sociodemográficos asociados al síndrome en el contexto de la pandemia Covid-19 en médicos residentes del Hospital Goyeneche de Arquipa, se incluyó a 49 médicos residentes de distintas especialidades. Utilizaron el MBI como instrumento y una ficha sociodemográfica para conocer los factores relacionados, Chi² para evaluar la relación de los mismos. Los autores definieron que mientras más horas laboraron y menos horas durmieron los sujetos, mayor fue el riesgo de desarrollar el síndrome. Se encontró que la realización personal estuvo ligada a la cantidad de trabajos en los que se desempeñaban.^{48,55}

Los niveles de síndrome de Burnout han ido en aumento en los últimos años, lo cual podría estar relacionado con que los médicos generales de ahora son relativamente jóvenes, en promedio 29.8 años; es una etapa transicional de cambios psicosociales que requieren adaptación a la profesión, crear bases sólidas para su vida en base a pensamiento crítico y proyectos de vida, y la formación de una familia ante la sociedad.¹⁹

Para interpretar las características sociodemográficas de nuestra población de estudio hay que entender que estas representan el conjunto de cualidades biológicas, sociales, económicas y demográficas de la población de estudio, en este caso, del personal médico. Dichas características incluyen edad, sexo, composición étnica, zona o área de habitación, sea esta urbana o rural, y niveles de ingreso económico.⁶⁰

La alta prevalencia del síndrome de Burnout en médicos es una situación preocupante para el bienestar mental y el progreso profesional de los mismos; si bien antes de la pandemia el personal médico ya corría el riesgo de quemarse por el trabajo, la actual situación lo ha exacerbado. La naturaleza fatal del COVID-19 reflejada en las altas tasas de contagio y mortalidad ha afectado la estabilidad emocional del personal médico, especialmente cuando debe trabajar con pacientes que se encuentran en estado crítico.

Es importante comprender las variables que condicionaron el desarrollo de sentimientos de angustia y estrés en el personal médico que finalmente culminaron en síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19; pudiendo influir la ambigüedad, sensación de falta de control, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, la crisis del sistema de salud, escaso nivel de autonomía en la toma de decisiones dada la incertidumbre de la enfermedad en cuanto a que protocolo seguir y cuál era el más indicado según el estado del paciente, junto con turnos agotadores y deterioro de la percepción de la eficacia al momento de tratar a los paciente; todo lo anterior pudo afectar el rendimiento y satisfacción laboral del personal médico. De acuerdo a lo observado en los estudios recopilados y utilizados en la presente, acerca del síndrome de Burnout en médicos durante la pandemia

de COVID-19, destaca la relación de las características sociodemográficas y factores psicosociales en el desarrollo del síndrome, es decir, las tres dimensiones mostraron diferentes asociaciones con dichas variables entre las diversas poblaciones de médicos.

Un estudio transversal en países de Medio Oriente incluyó 154 médicos que laboraban en primera línea COVID-19 en abril de 2020, para estudiar la depresión, ansiedad y síndrome de Burnout. Se aplicó en este caso el MBI como instrumento de evaluación. Dentro de sus resultados concluyeron que el género femenino fue el que presentó mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, incluidos la ansiedad, Burnout o incluso síndrome de estrés postraumático.¹⁶ Como se ha mencionado, esto podría estar relacionado a que las mujeres son más vulnerables al agotamiento emocional, además suelen tener menor libertad de toma de decisiones; sumado a ello, ellas tienen que lidiar con temas relacionados a su rol de género que culturalmente se les ha asignado, como el cuidado de la familia, la educación de los hijos y la administración de los ingresos del hogar.^{51,61,63}

Los médicos solteros son más propensos a quemarse a comparación de médicos casados, pues estos últimos alcanzan niveles más altos de realización personal debido al apoyo brindado por sus parejas.⁶¹ Estar casado o mantener una relación con una pareja estable, así como ser responsable del cuidado de al menos un hijo son características protectoras para las tres dimensiones del síndrome en el personal médico.^{37,73}

Estudios previos a la pandemia coinciden en que el hecho de no tener una pareja aumenta la asociación con Burnout en dicha población.^{62,63,64} En cuanto a la estructura familiar, se dice que tener hijos hace a las personas menos propensas a desarrollar síndrome de Burnout, pues dicha relación hace a los médicos más realistas y resilientes para afrontar las situaciones estresantes y conflictos; sin embargo, tener al cuidado numerosos hijos se asocia a mayor probabilidad de desarrollar Burnout.^{51,63,73}

La asociación entre características sociodemográficas como edad, género, estado civil y paternidad se mantuvo constante en algunos países como EE.UU., Canadá, España y México. Coinciden en que ser médico, mujer y menor de treinta años, tuvo una fuerte asociación para desarrollar dicho síndrome durante la pandemia; en cuanto a estado civil y paternidad, ser casado y tener hijos fueron factores protectores para algunos debido a su relación con la capacidad de afrontar los problemas. En este caso, puede ser que el apoyo social y la retroalimentación que reciben de sus seres queridos, junto con relaciones interpersonales estables, amortiguan el estrés percibido de las situaciones que viven el área de salud e influya en las estrategias de afrontamiento, mejorando su estado de ánimo, motivación y autoestima. Sin embargo, otros estudios ya mencionados reportaron que los casados eran más propensos a quemarse, especialmente médicos de Oriente Medio y Egipto; puede ser que en este contexto haya otros factores involucrados como la guerra, pues el

desarrollo del síndrome no solo depende del agotamiento crónico derivado de las condiciones laborales sino también de lo que percibe el médico a su alrededor.

En una revisión sistemática acerca de la epidemiología del agotamiento emocional y las estrategias y recomendaciones para prevenirlo o reducirlo en la población médica que laboraron en salas COVID-19 de Irán, entre diciembre de 2019 y agosto de 2020, los autores mencionaron que el aumento en el número de horas de trabajo semanales, frecuencia de turnos, tener un compañero sospechoso para COVID-19 o ser caso confirmado para COVID-19 fueron características frecuentes entre la población con síndrome de Burnout.⁷⁴ Cuando aumenta el número de horas de trabajo disminuye el tiempo disponible para el descanso; según Ro-Ting et al, las personas que duermen menos de seis horas diarias tienen más riesgo de desarrollar Burnout.⁵⁷

En Argentina, médicos oncólogos de la Asociación Argentina de Oncología Clínica reportó que los médicos diagnosticados con Burnout han aumentado el consumo de somníferos un 17%, relacionado al aumento en las horas de trabajo que en promedio excedieron las 8 horas al día y la necesidad de trabajar los fines de semana, ante la situación de pandemia.⁶⁵ Como se mencionó acerca del estudio de síndrome de Burnout y condiciones laborales en médicos durante la crisis de COVID-19 en Jordania, trabajar por más de 48 horas a la semana, tener más de tres turnos nocturnos a la semana, no tener suficiente EPP y haber sido confirmado para COVID-19 fueron predictores para el agotamiento laboral en médicos, lo que a su vez se relaciona con menor satisfacción laboral.⁷⁶ Según Elghazally et al, se ha demostrado que los médicos se adaptan más fácilmente a jornadas laborales extensas en comparación con los otros grupos de estudio.⁶⁶

Pudo observarse que trabajar turnos con horarios irregulares incrementó las tasas de síndrome de Burnout por su relación con la disminución con las horas de sueño y, por lo tanto, del descanso efectivo necesario para rendir en el trabajo de los médicos sin importar el servicio o especialidad. Se sabe que el descenso en el rendimiento del médico aumenta el riesgo de cometer errores o tener consecuencias negativas para la capacidad de diagnosticar y tratar a sus pacientes de forma satisfactoria, por lo que el temprano reconocimiento de las manifestaciones clínicas del síndrome mejorará la experiencia tanto del médico como del paciente.

Sin embargo, según un estudio en neurocirujanos estadounidenses en relación a Burnout en la pandemia de COVID-19, los médicos que se encuentran en la mitad de su carrera —es decir, con una experiencia laboral de 11 a 20 años—, trabajan más horas, atienden más llamadas de consulta por la noche, tienen tasas más elevadas de Burnout y poca satisfacción laboral, contrario a lo que sucede con los jóvenes con menos de 5 años de

experiencia, quienes son más propensos a la despersonalización debido a su inexperiencia pero poseen mayor satisfacción profesional, por lo que sus tasas de Burnout son menores.⁶⁶

Por otra parte, en algunos estudios mencionados, los autores determinaron que los médicos experimentados fueron capaces de enfrentar todas las nuevas disposiciones en relación a la pandemia de una manera eficaz, en comparación de los médicos menos experimentados como los residentes, que se encuentran en la fase inicial de sus carreras médicas. En algunos países, los médicos con más años de experiencia fueron clave para el tratamiento de pacientes COVID-19, lo que desencadenó tasas más altas para Burnout en estos al ser requeridos por más tiempo en el trabajo, lo que disminuyó su calidad de vida y satisfacción laboral.

Anterior a la pandemia, Radiología, Cirugía General y Neurología eran las especialidades con mayor prevalencia de síndrome de Burnout, del 60%, seguido de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Neurocirugía y Dermatología, con 50%, y por último Oncología Médica, Psiquiatría y Medicina Familiar, con un 40%. Por lo anterior se puede decir que las especialidades quirúrgicas y de urgencias presentan las prevalencias más altas en comparación con las clínicas.^{37,70}

Una revisión sistemática y metaanálisis acerca del síndrome de Burnout en médicos residentes realizado en 2019 —el cual incluyó los datos de 47 estudios observacionales de cohorte y transversales que informaron la prevalencia del síndrome en médicos jóvenes— mostró que dentro de las especialidades quirúrgicas fueron Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Traumatología las de alta prevalencia de Burnout con 42.5%; Medicina Interna, Pediatría y Cirugía plástica las de prevalencia moderada, con 29.4%; y Neurología y Otorrinolaringología las de baja prevalencia, con 23.5%.⁶⁹ Los especialistas más afectados fueron de los servicios de Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Anestesiología y Radiología, así como los servicios de urgencias de Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia y Neurocirugía.^{17,60,69,70}

En China compararon las tasas de desgaste en médicos que trabajan en salas de primera línea de COVID-19 con las salas habituales, y contrario a lo observado en otros países, evidenciaron que los médicos de otras salas presentaron una tasa de 39% en comparación de sus colegas en primera línea, con 13%. Esto, según autores, podría correlacionarse con la sensación de mayor control que poseen los médicos de primera línea.⁶² En España, los participantes de hospitales pequeños eran los que tenían mayor miedo de infectarse.^{53,54,55,66}

Dado que el agotamiento puede estar influenciado por comportamientos organizacionales dentro del ambiente laboral, es necesario implementar intervenciones de protección para aumentar la sensación de seguridad y control en los profesionales. Los

médicos del servicio de emergencia de las especialidades clínicas y quirúrgicas incluyendo Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cuidados Intensivos, Radiología y Anestesiología, en primera instancia son considerados personal de primera línea contra la lucha de COVID-19. Son el primer punto de contacto con los pacientes sospechosos, considerando a cualquier persona como posible caso de COVID-19 hasta que se demuestre lo contrario. Podría suponerse que estos médicos presentarían altas tasas para Burnout, sin embargo, fueron más pequeñas en comparación con los demás servicios donde se tiene menos contacto con pacientes COVID-19. Algunos estudios, ya mencionados, reportaron la relación entre la mayor capacitación del personal del servicio de emergencia que conlleva a una mayor sensación de control y seguridad durante la pandemia, que no fue reportada en el personal de otras áreas donde las tasas de Burnout sí fueron mayores.

Es necesario el uso y conocimiento de las nuevas intervenciones que pueden aplicarse en el personal médico para prevenir un mayor agotamiento a causa de la pandemia, sean estas a nivel grupal o individual. Debe incluirse apoyo social, estrategias de afrontamiento, programas de comunicación, desarrollo de resiliencia, mantenimiento de estilos de vida saludable y fomentar un adecuado descanso.

El estudio realizado recientemente en trabajadores de salud de Guatemala, Héroes COVID-19, evidencia que no solamente la salud mental de la población médica se vio afectada por la pandemia. Otras profesiones relacionadas a la atención de pacientes también han tenido repercusiones, entre ellas se puede mencionar al personal de enfermería y nutrición, en quienes también ha aumentado la carga laboral. Los resultados de este estudio son similares a los obtenidos en otros realizados en distintas partes del mundo. Se encontró que las mujeres fueron las más propensas a padecer trastornos mentales, con edades comprendidas entre los 18 a 34 años. El área metropolitana es donde se concentra el mayor número de población afectada e igualmente el sector público, al ser el encargado de brindar atención a la población en general. A pesar de que sí se reportaron casos de depresión de moderada a grave, es posible que los participantes no han buscado ayuda, ya sea por razones personales o de otra índole. Es importante fortalecer los programas de apoyo que reduzcan el estrés y ansiedad, que brinden opciones de manejo ante situaciones estresantes para frenar el avance de los síntomas y evitar consecuencias a largo plazo que requieran tratamientos más especializados o hasta hospitalización.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha traído consigo una gran variedad de cambios en el estilo de vida de las personas. El personal médico ha tenido que adaptarse al uso de EPP y demás medidas de bioseguridad para la atención de pacientes ante la sospecha de tener esta enfermedad. El agotamiento entre los médicos es un fenómeno mundial, cuando este es crónico puede conducir a un déficit en la calidad de atención de pacientes.

Las características sociodemográficas y factores psicosociales predominantes en el personal médico con síndrome de Burnout durante la actual pandemia son: ser mujer joven, ser soltero o no tener una pareja estable, pertenecer a las especialidades quirúrgicas, trabajar en un servicio diferente al de primera línea o emergencia donde se tenga el primer contacto con pacientes COVID-19; tener menos de seis horas de sueño y un aumento de las horas de trabajo. Entre las características y factores protectores para el síndrome de Burnout en dicha población los estudios coincidieron en las siguientes: estar casado y ser responsable de al menos un hijo. En cuanto a la experiencia laboral, si esta es menor a seis años o mayor de 15 años, el personal médico puede desarrollar el síndrome.

No se ha identificado un aumento significativo en los casos de síndrome de Burnout en el personal médico durante la pandemia del COVID-19. Esto podría ser por la falta de interés hacia la salud mental de los mismos o por la subjetividad de los estudios que se ve influenciada por el investigador y el instrumento de evaluación utilizado.

Modificar la estructura organizativa del sistema de salud en Guatemala, así como ha sucedido en otros países, resultaría un proceso difícil y prolongado. Por ello, la piedra angular en este caso es la prevención del síndrome a partir de estrategias de afrontamiento mediante la mejora de las habilidades interpersonales, brindar técnicas de relajación y fomentar estilos de vida saludable y resiliencia, tanto en el personal médico como los demás miembros del sector salud.

Recomendaciones

A las entidades sanitarias públicas y privadas:

Vigilar y dar seguimiento a su personal de salud durante la pandemia por COVID-19, brindar continuamente capacitaciones sobre el manejo de situaciones de estrés y medidas de afrontamiento.

A los médicos facultativos:

Practicar y promover estilos de vida saludable que incluyan buenos hábitos alimenticios, horas adecuadas de sueño y actividades recreativas que les permitan desarrollarse en ámbitos diferentes a los laborales.

A la Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

Desarrollar investigaciones de campo sobre síndrome de Burnout en la población médica durante la pandemia por COVID-19.

Referencias bibliográficas

1. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. SARS-CoV-2/COVID-19: The virus, the disease and the pandemic. Med Lab [en línea]. 2020 Abr [citado 23 Mayo 2021]; 24 (3): 183-205. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
2. Ruiz-Bravo A, Jiménez-Valera M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). SARS-CoV-2 and acute respiratory syndrome pandemic (COVID-19). Ars Pharm [en línea]. 2020 Mar [citado 23 Mayo 2021]; 61 (2): 63-79. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v61n2/2340-9894-ars-61-02-63.pdf>
3. Ramiro-Mendoza MS. Epidemiología del SARS-CoV-2. Acta Pediatr Mex [en línea]. 2020 Jun [citado 23 Mayo 2021]; 41 Suppl1: S8-S14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201c.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: enfermedad por Coronavirus (COVID-19). [en línea]. Washington, D.C.: OPS/OMS;2021 [citado 24 Mayo 2021]. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021-mar-11-phe-actualizaci%C3%B3n-epi-COVID-19_0.pdf
5. Mira JJ. Pandemia COVID-19: y ahora ¿qué? J Health Qual Res [en línea]. 2020 May-Jun [citado 23 Mayo 2021]; 35 (3): 133-135. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158811/>
6. United Nations. Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health [en línea]. Geneva: United Nations; 2020 [citado 07 Mayo 2021]. Disponible: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
7. Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. World psychiatry [en línea]. 2020 Jun [citado 07 Mayo 2021]; 19(2): 129–130. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20768>
8. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry [en línea]. 2020 Jun [citado 06 May 2021]; 7(6): 547–60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159850/>
9. Tsamakidis K, Tsiptsios D, Ouranidis A, Mueller C, Schizas D, Terniotis C, et al. COVID-19 and its consequences on mental health (Review). Exp Ther Med [en línea]. 2021 Ene [citado 07 Mayo 2021]; 21: 244. doi: <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9675>
10. Lovo J. Síndrome de burnout: un problema moderno. Entorno [en línea]. 2020 Mayo [citado 25 Mayo 2021];1 (170): 110-20. Disponible en: <http://biblioteca.utec.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11298/1181/3/112981181.pdf>

11. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. *Med leg Costa Rica* [en línea]. 2015 Mar [citado 24 Mayo 2021]; 32(1): 119-124. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&Ing=en.
12. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry* [en línea]. 2016 Jun [citado 24 Mayo 2021]; 15(2): 103–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911781/>
13. Juárez-García A, Idrovo AJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud Ment* [en línea]. 2014 Mar-Abr [citado 30 Mayo 2021]; 37(2): 159-176. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010&Ing=es.
14. Gudiel Morales J. Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt. [tesis de Doctorado en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [citado 22 Mayo 2021]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/760/1/Jaqueline%20Gudiel%20Morales.pdf>
15. de Wit K, Mercuri M, Wallner C, Clayton N, Archambault P, Ritchie K, et al. Canadian emergency physician psychological distress and burnout during the first 10 weeks of COVID-19: a mixed-methods study. *J Am Coll Emerg Physicians Open* [en línea]. 2020 Oct [citado 03 Jun 2021]; 1(5):1030–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7461319/>
16. Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M, Alhashimi A, Bouhuwaish A, Biala M, et al. The mental well-being of frontline physicians working in civil wars under Coronavirus Disease 2019 pandemic conditions. *Front Psychiatry* [en línea]. 2021 Ene [citado 09 Jun 2021]; 14 (11):598720. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33542695/>
17. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses* [en línea]. 2020 Nov [citado 09 Jun 2021]; 144: 109972. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
18. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública* [en línea]. 2009 Mar-Abr [citado 24 Mayo 2021]; 83 (2): 215-230. Disponible: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
19. Aguirre Roldán AM, Quijano Barriga AM. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá: una estrategia de

- calidad laboral. Colomb Psiquiat [en línea]. 2015 Mayo [citado 25 Mayo 2021]; 44 (4): 198 -205. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v44n4/v44n4a02.pdf>
20. Loya-Murguía KM, Valdez-Ramírez J, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. El Síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. JONNPR [en línea]. 2018 Ene [citado 24 Mayo 2021]; 3 (1): 1-85. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2060>
21. Zerón A. Pandemia e infodemia. Rev ADM [en línea]. 2020 [citado 23 mayo 2021]; 77 (4): 182-184. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od204a.pdf>
22. Rosselli D. Epidemiología de las pandemias. Med [en línea]. 2020 Abril-Jun [citado 23 mayo 2021]; 42 (2): 168- 174. Disponible en: <https://press.ispor.org/LatinAmerica/wp-content/uploads/2020/07/Pandemias.pdf>
23. Aguilar Gómez NE, Hernández Soto AA, Ibanes Gutiérrez C. Características del SARS-CoV-2 y sus mecanismos de transmisión. Latin Infect Pediatr [en línea]. 2020 [citado 23 Mayo 2021]; 33 (3): 143-148. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2020/lip203g.pdf>
24. Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA. Características clínico – epidemiológicas de la COVID-19. Haban Cienc Med [en línea]. 2020 Abr [citado 23 Mayo 2021]; 19(2): e3254. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005
25. Oficina Internacional del Trabajo. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Informe del Comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo [en línea]. Ginebra, Suiza: OIT/OMS; 1984 [citado 7 Jun 2021]; (Serie Seguridad, Higiene y Medicina del trabajo:56). Disponible en: <http://www.factorpsicosociales.com/wp-content/uploads/2019/02/FPS-OIT-OMS.pdf>
26. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Actualización guía de vigilancia epidemiológica por COVID-19, al 22 de febrero 2021 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2021 [citado 23 Mayo 2021]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/phocadownloadpap/NuevoCoronavirus2019-nCoV/CIR-07-2021.pdf>
27. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de COVID-19 en Guatemala. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2021 [citado 23 Mayo 2021]. Disponible en: <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/>
28. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. [en línea]. Ginebra, Suiza: OMS; 2004. [citado 8 Mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

29. Organización Mundial de la Salud. Salud mental 2001: Informe de la Secretaría. [en línea]. En: Consejo Ejecutivo 2001-EB 107ª. Reunión Punto 9.4 del orden del día provisional. Ginebra, Suiza: OMS; 2001. [citado 8 Mayo 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/se27.pdf
30. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [en línea]. 2020 Sept [citado 6 Mayo 2021]; 7 (9): 813–824. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7365642/>
31. Catota Ashca VL, Colimba Lidioma MD. Factores socioeconómicos y biológicos que determinan el estado de salud de los niños menores de 5 años de edad en el Ecuador para el año 2012. [tesis Ingeniero Estadístico en línea]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Económicas; 2012. [citado 8 Mayo 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/22291/1/T-UCE-0005-CEC-359.pdf>
32. Suárez Alonso AG. La salud mental en tiempos de la COVID-19. *Rev Esp Salud Pública* [en línea]. 2020 Oct [citado 07 Mayo 2021]; 94(9): e202010126. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL94/EDITORIALES/RS94C_202010126.pdf
33. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica* [en línea]. 2020 Jul [citado 07 Mayo 2021]; 24(3): 578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es.
34. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, et al. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand* [en línea]. 2020 Mayo [citado 06 Mayo 2021]; 141(5): 479–480. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262322/>
35. Henssler J, Stock F, van Bohemen J, Walter H, Heinz A, Brandt L. Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation-a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [en línea]. 2020 Oct [citado 20 Mayo 2021]; 271(2): 223–34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7538183/>
36. Pavani FM, Silva ABD, Olschowsky A, Wetzel C, Nunes CK, Souza LB. Covid-19 and repercussions in mental health: a narrative review of literature. *Rev Gaúcha Enferm* [en línea]. 2021 Mar [citado 20 May 2021]; 42(spe): e20200188.42. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200501&lng=en&nrm=iso&tlng=en

37. Moreno-Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, Morante Benadero ME. Breve historia del Burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En: Quemarse en el trabajo:11 perspectivas del burnout [en línea]. Madrid, España: Egido; 2005 [citado 25 Mayo 2021]. p.161-183. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_traves_de_sus_instrumentos_de_evaluacion_-2
38. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)* [en línea]. 2021 Ago [citado 07 Jun 2021]; 157(3): 130-140. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2021.04.005>
39. Gómez-de-Regil L, Estrella-Castillo DF. Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia y Humanismo en la Salud* [en línea]. 2015 Sept-Dic [citado 24 Mayo 2021]; 2(3): 116-122. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304625645_Sindrome_de_Burnout_Una_revision_breve
40. Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Health care* [en línea]. 2016 Jun [citado 31 Mayo 2021]; 4(3): 37. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/4/3/37>
41. Díaz Bambula F, Gómez IC. La investigación sobre el síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. *Research on burnout from 2000 to 2010 in Latin America*. *Psicol Cari* [en línea]. 2015 Abr [citado 31 Mayo 2021]; 33(1):113-131. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>
42. Montero-Marín J. El síndrome de Burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim* [en línea]. 2016 [citado 24 Mayo 2021]; 29(1): 4-4. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732016000100004&lng=es.
43. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PloS one* [en línea]. 2017 Oct [citado 24 Mayo 2021]; 12(10): e0185781. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977041/>
44. Terrones-Rodríguez JF, Cisneros-Pérez V, Arreola-Rocha JJ. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Med Inst Mex Seguro Soc* [en línea]. 2015 Mar [citado 26 Mayo 2021]; 54 (2): 242-248. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im162p.pdf>
45. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Delgado Montesinos Y, Ortiz Puma M, Quispe Villanueva M. Síndrome de Burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med segur trab* [en línea]. 2017 Oct-Dic [citado 25 Mayo 2021]; 63

- (249): 331-344. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n249/0465-546X-mesetra-63-249-00331.pdf>
46. Castillo Ávila IY, Orozco J, Alvis LR. Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Rev Univ Ind Santander Salud* [en línea]. 2015 Mayo-Ago [citado 25 Mayo 2021]; 47(2): 187-192. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v47n2/v47n2a10.pdf>
47. Athié Gutiérrez C, Cardiel Marmolejo LE, Camacho Aguilera J, Mucientes Avellaneda VM, Terronez Girón AM, Cabrera Morad NA, et al. Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Inv Ed Med* [en línea]. 2016 Abr-Jun [citado 26 Mayo 2021]; 5 (18):102-107. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v5n18/2007-5057-iem-5-18-00102.pdf>
48. Álvarez Mena J, Cobo Molina N, Parra Osorio L, Gómez Salazar L, Acosta Fernández M. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática. *Diálogo de Saberes* [en línea]. 2019 Ene-Jun [citado 26 Mayo 2021]; 1(50): 39-60. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/5551/5141>
49. Juárez García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS* [en línea]. 2020 Oct-Dic [citado 26 May 2021]; 53 (4): 432-439. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660279>
50. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes Silva VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil.COVID-19. *Enferm Clin* [en línea]. 2021 [citado 26 Mayo 2021]; 31(2): 126-131. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-pandemia-covid-19-sindrome-burnout-profesionales-S1130862120305088>
51. Arnsten AFT, Shanafelt T..Physician Distress and Burnout: the neurobiological perspective. *Mayo Clin Proc* [en línea]. 2021 Mar [citado 28 Jun 2021]; 96(3): 763–769. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33673923/>
52. Martínez Pérez A. El Síndrome de Burnout: evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* [en línea]. 2010 Sept [citado 03 Jun 2021]; (112): 42-80. Disponible en:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>
53. Flores Maqui HR, Muñoz López DH. Frecuencia del síndrome de Burnout en personal asistencial de primera línea contra la pandemia de COVID-19 en un hospital III de Lima. [tesis de Médico Cirujano en línea]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina; 2021. [citado 7 Jun 2021] Disponible: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8969/Frecuencia_Flor esMaqui_Hernan.pdf?sequence=1&isAllowed=y

54. Nascimento AB, Rodrigues BM, Quaresma EN, Sousa DS, da Silva RM. Diseases of Burnout during the Pandemic of the New Corona Virus in intensive care physicians and its Impact on serving the population: a descriptive bibliographic review. *Int. Neuropsychiatr Dis J* [en línea]. 2021 Feb [citado 28 Jun 2021]; 15 (2): 14-25. doi: <https://doi.org/10.9734/indj/2021/v15i230149>
55. Quispe Leiva JG. Factores sociodemográficos asociados al síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del hospital III Goyeneche de Arequipa 2020. [tesis Médico Cirujano en línea]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina; 2020. [citado 7 Jun 2021] Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11348/MCqulejg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Torrente M, Sousa P, Sánchez-Ramos A, Pimentao J, Royuela A, Franco F, Callazo-Lorduy A, et al. Quemar o no quemar: un estudio transversal en profesionales sanitarios en España durante la pandemia de COVID-19. *BMJ Open* [en línea]. 2021 Feb [citado 7 Jun 2021]; 11(2): e044945. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044945>
57. Ro-Ting L, Yu-Tin L, Ying-Fang H, Chi-Chi K. Horas de trabajo largas y agotamiento en los trabajadores de la salud: relación dosis- respuesta no lineal y el efecto mediado por las horas de sueño: un estudio transversal. *J Occup Health* [en línea]. 2021 Ene-Dic [citado 7 Jun 2021]; 63(1): e12228. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12228>
58. Yıldırım M, Solmaz F. COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. *Death Stud* [en línea]. 2020 Sept [citado 28 Jun 2021]; 11: 1-9. DOI: 10.1080/07481187.2020.1818885
59. Puac-Polanco V, Paniagua-Ávila A, Ramírez DE, Barrera-Pérez A, Calgua E, Castro C, et al. Estudio héroes COVID-19: impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de salud en Guatemala: informe línea basal. [en línea]. Guatemala: [s.n.]; 2021 Abr [citado 12 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.facebook.com/1552585501657688/posts/2843631029219789/>
60. Merino- Plaza MJ, Carrera- Hueso FJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Vázquez-Ferreiro P, Vargas- Morales A, et al. Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 2018 Nov [citado 16 Jun 2021]; 34(11): e00189217. doi: 10.1590/0102-311X00189217
61. Sergueyevna Golovina N. Las características demográficas, culturales y psicográficas del consumidor centroamericano. *Negotium* [en línea]. 2013 Mayo-Ago [citado 5 Mayo 2021]; 9(25): 21-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/782/78228410002.pdf>
62. Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on physician burnout globally: a review. *Healthcare (Basel)* [en línea]. 2020 Dic [citado 02 Jun 2021]; 8(4), 421. doi: 10.3390/healthcare8040421

63. Castañeda- Aguilera E, García de-Alba-García J. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cirujanos especialistas: prevalencia y factores de riesgo. *Cir. Cir* [en línea]. 2020 [citado 8 Jun 2021]; 88(3):354-360. doi: 10.24875/CIRU.19001502
64. Catañeda Aguilera E, García de Alba García JE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev. Colomb. Psiquiatr* [en línea]. 2010 [citado 8 Jun 2021]; 39(1): 67-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615449006>
65. Guercovich A, Piazzioni G, Waisberg F, Mandó P, Angel M. Síndrome de Burnout en médicos oncólogos durante la pandemia de COVID-19: encuesta nacional Argentina. *ecancer* [en línea]. 2021 Mar [citado 09 Jun 2021]; 15:1213. doi: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1213>
66. Elghazally SA, Alkarn AF, Elkhayat H, Ibrahim AK, Roshdy Elkhayat MR. Burnout impact of COVID-19 pandemic on health-care professionals at assiut University Hospitals, 2020. *Int J Environ Res Public Health* [en línea]. 2021 Mayo [citado 14 Jun 2021]; 18 (10): 5368. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105368>
67. Khalafallah AM, Lam S, Gami A, Dornboss DL III, Sivakumar W, Johnson JN, et al. Burnout and career satisfaction among attending neurosurgeons during the COVID-19 pandemic. *Clin Neurol Neurosurg* [en línea]. 2020 Nov [citado 14 Jun 2021]; 198: 106193. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106193>
68. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* [en línea]. 2018 Nov [citado 7 Jun 2021]; 13 (11): e0206840. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
69. Sohaib Asghar M , Yasmin F ,Alvi H , Ismail Shah SM, Malhotra K , Ali Farhan S, et al. Assessing the mental impact and Burnout among physicians during the COVID-19 Pandemic: a developing country single-center experience. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* [en línea]. 2021 Abr [citado 15 Jun 2021]; 104 (6): 2185–2189. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0141>
70. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of Burnout in medical and surgical residents: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [en línea]. 2019 [citado 7 Jun 2021]; 16(9): 1479. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091479>
71. Toala Zambrano JR. Síndrome de Burnout en médicos residentes: revisión sistemática. [tesis de Maestría en línea]. Ecuador: Universidad San Gregorio de Porto Viejo, Facultad de Medicina; 2019 [citado 7 Jun 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/336208032_Sindrome_de_Burnout_en_Medicos_Residentes_Revision_Sistematica

72. Almeida M, DeCavalante G. Burnout and the mental health impact of COVID-19 in anesthesiologists: a call to action. *J Clin Anesth* [en línea]. 2021 Feb [citado 15 Jun 2021]; 68: 110084. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.110084>
73. Marcía-Rodríguez C, Alejandre de Oña Á, Martín-Iglesias D, Barrera-López L, Pérez-Sanz MT, Moreno- Díaz J, et al. Burn-out syndrome in spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional surve. *BMJ open* [en línea]. 2021 [citado 09 Jun 2021]; 11(2), e042966. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042966>
74. Sharifi M, Asadi-Pooya AA, Mousavi-Roknabadi RS. Burnout among healthcare providers of COVID-19; a systematic review of epidemiology and recommendations. *Arch Acad Emerg Med* [en línea]. 2020 Dic [citado 03 Jun 2021]; 9(1): e7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812159/>
75. Baptista S, Teixeira A, Castro L, Cunha M, Serrao C, Rodrigues A, et al. Physician Burnout in primary care during the COVID-19 Pandemic: a cross-sectional study in Portugal. *J Prim Care Community Health* [en línea]. 2021 Ene [citado 9 Jun 2021]; 12, 21501327211008437. doi: <https://doi.org/10.1177/21501327211008437>
76. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health* [en línea]. 2021 Abr [citado 02 Jun 2021]; 21(1): 811. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8079229/>

Anexos

Tabla No.1. Matriz del tipo de artículos utilizados según tipo de estudio

Tipo de estudio	Términos utilizados	Número de artículos
Todos los artículos revisados	-----	124
Artículos utilizados	-----	76
Opinión de expertos	Burnout syndrome AND medical staff AND COVID-19; professional medical staff	4
Meta-análisis	COVID-19; medical staff; epidemic; Burnout Syndrome; Mental health	3
Estudio descriptivo transversal	COVID-19, anxiety, medical staff, Chinese, coronavirus, epidemic, knowledge, psychological impact, respiratory symptoms, stress, Mental health	17
Estudios de Cohorte	COVID-19, anxiety, Mental Health; Medical Staff, Coronavirus Infections.	1

Revisión sistemática	COVID-19; Coronavirus; Coronavirus Infections; Pandemics; Mental Health; Medical Staff; Burnout Syndrome	40
----------------------	--	----

Literatura Gris	COVID-19; Coronavirus, knowledge, psychological impact, respiratory symptoms, Mental health.	11
-----------------	--	----

Fuente: Elaboración propia según fuentes de información citadas.

Tabla No.2 Matriz de literatura gris utilizada

Tema	Acceso	Localización (en línea)	Número de documentos utilizados
Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 11 de marzo de 2021.	Organización Panamericana de la Salud	https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021-mar-11-phe-actualizaci%C3%B3n-epi-COVID-19_0.pdf	1
COVID-19 y la necesidad de actuar sobre la salud mental	Organización de las Naciones Unidas	https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-	1
Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Roosevelt. Guatemala, 2013.	Universidad de San Carlos de Guatemala	http://www.repositorio.usac.edu.gt/760/	1
Actualización guía de vigilancia epidemiológica por COVID-19, al 22 de febrero 2021	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	http://epidemiologia.mspas.gob.gt/informacion/coronavirus-2019-ncov/descargas-coronavirus-covid-19	1
Situación de COVID-19 en Guatemala.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	https://tablerocovid.mspas.gob.gt/	1
Salud mental 2001 Informe de la Secretaría.	Organización Mundial de la Salud.	https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/E10/B107/se27.pdf	1
Cómo debería cambiar la atención de la salud mental como consecuencia de la pandemia de COVID-19.	Revista The Lancet.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7365642/	1
Factores socioeconómicos y biológicos que determinan el estado de salud de los niños menores de 5 años de edad en el Ecuador para el año 2012.	Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica	https://psicologiacr.com/wp-content/uploads/2017/05/La-salud-mental-y-sus-determinantes.pdf	1

EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN	Universidad Coplutense de Madrid	https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004	1
Frecuencia del síndrome de Burnout en personal asistencial de primera línea contra la pandemia de COVID-19 en un hospital III de Lima	Universidad Peruana Cayetano Heredia	https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8969/Frecuencia_FloresMaqui_Hernan.pdf?sequence=1&isAllowed=y	1
Factores sociodemográficos asociados al síndrome de Burnout en el contexto de la pandemia COVID-19 en médicos residentes del hospital III Goyeneche de Arequipa 2020	Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa	http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11348/MCqulejg.pdf?sequence=1&isAllowed=y	1
Estudio Héroe COVID-19. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de salud en Guatemala			1
Síndrome de Burnout en Médicos Residentes	Universidad San Gregorio de Portoviejo	https://www.researchgate.net/publication/336208032_Sindrome_de_Burnout_en_Medicos_Residentes_Revision_Sistemica	1
Burnout and the mental health impact of COVID-19 in anesthesiologists: A call to action	J. Clin. Anesth.	https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.110084	1

Fuente: Elaboración propia según fuentes de información citadas.

Tabla No.3 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados.

Buscadores	Términos utilizados y operadores lógicos	
	Español	Inglés
Elsevier	DeCs Síndrome de Burnout en personal médico	MeSH professional burnout syndrome AND Doctor
	DeCs Síndrome de Burnout AND COVID-19	MeSH burnout AND professional
PubMed		MeSH Burnout AND Pandemic 2019 MeSH professional, burnout syndrome AND SARS-COV2
		MeSH Burnout syndrome AND coronavirus
		MeSH sociodemographic characteristics AND pandemic
		MeSH medical professional AND coronavirus
BMJ		MeSH sociodemographic characteristics AND medical professional
		MeSH psychosocial factor AND pandemic 2019
Scielo	DeCs Síndrome de Burnout AND personal médico AND COVID-19	MeSH Burnout AND COVID-19
		MeSH professional burnout syndrome AND Doctor
JAMA		MeSH Sars-Cov2 AND Burnout syndrome

		MeSH professional AND burnout
BVS	DeCs síndrome de Burnout y Pandemia COVID-19	MeSH Burnout syndrome AND pandemic
	DeCs síndrome de Burnout y factores psicosociales	MeSH Burnout AND psychosocial factor
Google Scholar	DeCs síndrome de Burnout y factores psicosociales AND Pandemia COVID-19	MeSH Medical professional AND pandemic 2019
NEJM		MeSH Coronavirus AND doctor
		MeSH sociodemographic characteristics AND medical professional
		MeSH Pandemic 2019 AND Burnout

Fuente: Elaboración propia según fuentes de información citadas.