



BOLETÍN SOBRE COVID-19

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

Facultad de Medicina



Publicación del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM

Sitio Web: <https://sites.google.com/view/saludpublica-unam-boletin/covid/home>

Volumen 2, n° 21, 7 de septiembre de 2021

Principales causas de mortalidad en México en 2020

De acuerdo con las cifras preliminares difundidas por el INEGI, la COVID-19 fue la primera causa de muerte en hombres durante el 2020 y la tercera causa entre las mujeres. Su impacto en la mortalidad se puede observar en el incremento de muertes en otras causas.

#	Número de defunciones en 2020 (y su comparación con 2019)		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón = 218 885 2019 = 156 041 Incremento 2019-2020 = 40%	COVID-19 = 129 329 2019 = ninguna Incremento 2019-2020 = no aplica	Enfermedades del corazón = 97 233 2019 = 72 768 Incremento 2019-2020 = 34%
2	COVID-19 = 201 163 2019 = ninguna Incremento 2019-2020 = no aplica	Enfermedades del corazón = 121 637 2019 = 83 258 Incremento 2019-2020 = 46%	Diabetes mellitus = 72 173 2019 = 52 643 Incremento 2019-2020 = 37%
3	Diabetes mellitus = 151 214 2019 = 104 354 Incremento 2019-2020 = 45%	Diabetes mellitus = 79 038 2019 = 51 711 Incremento 2019-2020 = 53%	COVID-19 = 71 829 2019 = ninguna Incremento 2019-2020 = no aplica
4	Tumores malignos = 90 645 2019 = 88 680 Incremento 2019-2020 = 2%	Tumores malignos = 44 498 2019 = 43 296 Incremento 2019-2020 = 3%	Tumores malignos = 46 145 2019 = 45 384 Incremento 2019-2020 = 2%
5	Influenza y neumonía = 56 830 2019 = 31 081 Incremento 2019-2020 = 83%	Influenza y neumonía = 34 897 2019 = 17 034 Incremento 2019-2020 = 105%	Influenza y neumonía = 21 928 2019 = 14 046 Incremento 2019-2020 = 56%
6	Enfermedades del hígado = 41 520 2019 = 40 578 Incremento 2019-2020 = 2%	Agresiones (homicidios) = 32 147 2019 = 32 530 Incremento 2019-2020 = -1%	Enfermedades cerebrovasculares = 18 091 2019 = 17 659 Incremento 2019-2020 = 2%
7	Enfermedades cerebrovasculares = 37 054 2019 = 35 303 Incremento 2019-2020 = 5%	Enfermedades del hígado = 30 319 2019 = 29 692 Incremento 2019-2020 = 2%	Enfermedades del hígado = 11 198 2019 = 10 879 Incremento 2019-2020 = 3%
8	Agresiones (homicidios) = 36 579 2019 = 36 661 Incremento 2019-2020 = -0.2%	Accidentes = 25 371 2019 = 25 758 Incremento 2019-2020 = -2%	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas = 10 062 2019 = 11 269 Incremento 2019-2020 = -11%
9	Accidentes = 32 334 2019 = 33 524 Incremento 2019-2020 = -4%	Enfermedades cerebrovasculares = 18 961 2019 = 17 644 Incremento 2019-2020 = 7%	Accidentes = 6 942 2019 = 7 730 Incremento 2019-2020 = -10%
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas = 21 972 2019 = 23 768 Incremento 2019-2020 = -8%	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas = 11 910 2019 = 12 499 Incremento 2019-2020 = -5%	Insuficiencia renal = 6 632 2019 = 6 359 Incremento 2019-2020 = -0.4%

Elaborado por **Enrique Bravo-García**, con base en: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante 2020, Preliminar 2021 29 de julio. Disponible en: <https://t.co/dK3j9ml7o4?amp=1>.

CONSEJO EDITORIAL**Editor**

Dr. Carlos Magis Rodríguez

Coeditor

MSP Enrique Bravo García

Comité editorial

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Dra. Alejandra Moreno Altamirano

Dr. Carlos Pantoja Meléndez

Dra. Abril Violeta Muñoz Torres

Dra. Elvira Sandoval Bosch

Dr. Ariel Vilchis Reyes

ISSN: En trámite

CONTENIDO

En portada	1
Editorial	2
Artículos originales	3
Actualización epidemiológica	15
Vacunómetro	18
Testimonio	22
COVIDTrivia	23
Infografía	24
Noticias UNAM	25
Norma para autores	26
COVIDTrivia-Respuesta	27
Directorio	28

Equipo Colaborador:

Iliana P. Cacique Barrón

Carmina Campos Muñoz

Daniel Cruz Martínez

Daniela Hernández Puente

Salif Luna Ávila

Luis Antonio M Ibarra

Erick Osorio López

Vanessa Recillas Toledo

Oswaldo Tostado Islas

Nota importante:

El Boletín se rige por el precepto universitario de que las funciones del personal académico son: impartir educación, bajo el principio de la libertad de cátedra y de investigación.

El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

El regreso a clases y la tercera ola de COVID-19

La tercera ola de la pandemia de COVID-19 está comenzando a descender, mientras las niñas y niños de nuestro país regresan a clase. Esperemos que dicho regreso no haga que el descenso se interrumpa, como sucedió en Gran Bretaña que, cuando el pico de la variante *Delta* del coronavirus estaba descendiendo, la eliminación de restricciones de reunión hizo que la curva de infecciones aumentara de nuevo. Y eso ocurrió en un país que tiene el doble del porcentaje de personas con vacuna completa que en México.

La discusión por el regreso de las y los alumnos de primaria y secundaria ha sido intensa: por un lado, se reconoce la necesidad de regresar a clases presenciales dado el reto que la educación a la distancia ha traído; y por otro lado, permanece la desconfianza en que las escuelas desarrollen los mecanismos de prevención adecuados, cuando siguen las prácticas inútiles como la toma de la temperatura, el uso de “tapetes sanitizantes” y el rociado de las superficies de las escuelas, incluyendo ¡las canastas para el basquetbol!, según mostraban las noticias.

Mientras tanto, las verdaderas medidas de prevención como la vacunación, el uso adecuado de cubrebocas, la distancia física, el lavado de manos, la ventilación y el diagnóstico, seguimiento y aislamiento de casos y sus contactos, se realizan de forma poco consistente. Por ahora solamente algunas escuelas privadas están midiendo el bióxido de carbono dentro de las aulas y usando pruebas de antígeno en casos sintomáticos.

No contribuye a la disminuir la desconfianza de las familias el hecho de que la Cofepris decidiera, en junio de este año, autorizar la vacuna de la empresa Pfizer para niñas, niños y adolescentes de 12 a 18 años —igual que la FDA hizo en Estados Unidos—; y que un mes después, la misma Secretaría de Salud argumentara que no se usaría esa vacuna en menores de 18 años debido al bajo riesgo de este grupo. Ese argumento llevado al extremo también excluye a las personas con comorbilidades como la diabetes tipo I, a quienes la misma autoridad sanitaria había considerado desde el año pasado como una de las poblaciones vulnerables. La respuesta ha transitado, desde las múltiples quejas en los medios y redes sociales, hasta la judicialización del reclamo de la vacuna, con más de 200 amparos otorgados a favor de niñas y niños, que obligan a las autoridades a su vacunación.

La respuesta frente a la pandemia sigue teñida de luces y sombras; como nos muestra el *Vacunómetro* de este mes, llegamos casi a los 100 millones de vacunas recibidas en México, pero al mismo tiempo, sigue existiendo una brecha de millones de dosis entre las vacunas recibidas y las aplicadas. En algunas partes del país ya alcanzamos a las personas de 18 años, pero en otras no las hemos vacunado. La cobertura de la CDMX y de los estados de la frontera norte es cercana al doble de la cobertura de los estados del sureste del país. Mientras que las personas con más recursos económicos —se ha estimado que más de un millón— han decidido no esperar e irse a vacunar a los Estados Unidos, las poblaciones vulnerables y de los estados con mayores desventajas sociales siguen esperando su turno.

Carlos Magis Rodríguez

Editor

Conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes universitarios de medicina de la Universidad Durango Santander, Campus Hermosillo, ante la COVID-19[#]

Sergio Armando Salazar Arriola

Profesor de la Universidad Durango Santander Campus Hermosillo, Sonora

Resumen: Se presentan los resultados de la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas a estudiantes de la licenciatura en Medicina de la Universidad Durango Santander (UDS) Campus Hermosillo, Sonora.

La encuesta se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2020 y fue promovida utilizando principalmente la plataforma de *WhatsApp*, complementado con la promoción de los alumnos de los diferentes grados académicos para facilitar su difusión. Un total de 133 estudiantes respondieron el cuestionario de manera completa.

La mayoría de los estudiantes tienen conocimientos básicos adecuados sobre COVID-19, identifican los principales síntomas y asumen que no hay un tratamiento específico para la enfermedad. Sus actitudes, en términos generales, fueron positivas; y finalmente, los estudiantes expresaron tener buenas prácticas para evitar el contagio de la COVID-19, salvo por el lavado de manos.

Palabras clave: COVID-19, estudiantes de medicina, México, conocimientos, actitudes y prácticas.

Introducción

Es importante identificar los conocimientos básicos que se tienen sobre el contexto de la pandemia actual por COVID-19, sobre todo en la formación de futuros médicos como informantes y líderes comunitarios en medicina preventiva y promoción de la salud.

El departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM diseñó una encuesta accesible a la población estudiantil, para medir los conocimientos, actitudes y prácticas (encuesta CAP) en sus estudiantes. Esta misma herramienta se utilizó para estudiantes de medicina de la universidad Durango Santander Campus Hermosillo, Sonora durante el periodo del 17 de noviembre al 23 de diciembre de 2020.

Con base en los resultados obtenidos, la retroalimentación de la información permitirá reforzar los conocimientos básicos de los alumnos en torno a la pandemia y su actuación como informantes y futuros tomadores de decisiones ante este y otros acontecimientos, buscando un impacto de mayor beneficio en torno a la salud poblacional.

Por lo anterior, la encuesta se centra en dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la licenciatura en medicina de la Universi-

dad Durango Santander Campus Hermosillo, Sonora hacia la enfermedad COVID-19?

Metodología

Se tomó la encuesta original sobre conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de medicina diseñada por el departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, para ser aplicada a los estudiantes de la licenciatura en medicina de la Universidad Durango Santander, Campus Hermosillo, Sonora, utilizando la plataforma *Google Forms*.

La herramienta se promovió principalmente por grupos de *WhatsApp* como medio más accesible y rápido para ingresar al cuestionario, que consta de un total de 35 preguntas para ser respondidas en un promedio de tiempo de diez minutos.

Siete preguntas corresponden a identificación de los usuarios, doce con conocimientos sobre la enfermedad por COVID-19, ocho preguntas para actitudes y siete sobre prácticas; una pregunta está relacionada a fuentes de información utilizadas.

Resultados

Se obtuvieron respuestas de 133 estudiantes; sin embargo, se tuvieron que excluir tres cuestionarios porque fueron llenados por estudiantes de otra universidad. De este modo, se obtuvieron 130 encuestas válidas.

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

lidas, llenadas por estudiantes pertenecen a la licenciatura en medicina de la Universidad Durango Santander, Campus Hermosillo.

El medio más común de acceso a la encuesta fue *WhatsApp* con 114 estudiantes (87.7%), seguido de 16 estudiantes (12.3%) que ingresaron por una invitación a través de su correo electrónico.

Información básica de los estudiantes de medicina de la UDS encuestados

De los 130 estudiantes, 89 fueron mujeres (68.5%), 40 hombres (30.7%) y una persona (0.8%) prefirió no responder a esta pregunta (figura 1). Únicamente tres de los encuestados fueron menores de edad. La edad promedio fue de 21.52 años, con una mediana de 21 años y una moda de 20 años. 126 estudiantes (96.9%) expresaron ser solteros, en tanto 2 estudiantes viven casados o en unión libre y 2 más están separados o divorciados.

El 45.4% de los estudiantes se encuentran cursando el ciclo básico de la licenciatura en medicina, 30.0% cursan el ciclo clínico, 23.8% son médicos internos de pregrado y el 0.8% (un estudiante) presta su servicio social (figura 2).

Conocimientos sobre la COVID-19

El primer segmento del cuestionario aplicado se conforma de diez preguntas de información básica sobre la COVID-19.

Todos los participantes identificaron correctamente el nombre del virus causante de la enfermedad (SARS-CoV-2).

Los principales síntomas de la enfermedad fueron identificados de manera adecuada por la mayoría de los estudiantes encuestados, siendo de mayor predominio los siguientes: fiebre y dificultad para respirar (96.9%), cefalea (91.5%), tos seca (86.2%). La mayoría de los participantes también identificaron correctamente otros signos y síntomas relacionados, siendo los de mayor predominio los siguientes: pérdida del olfato (97.7%), pérdida del sabor (93.8%), fatiga (73.1%), diarrea (70.0%), entre otros de menor relevancia para los participantes (figura 3).

El 91.5% de los estudiantes identificaron que no existe tratamiento ni vacuna disponible al momento para la enfermedad, aunque 3.8% expresaron que existe tratamiento farmacológico para la COVID-19 y un porcentaje igual afirmó la existencia de una

Figura 1. Estudiantes de medicina de la UDS encuestados según edad

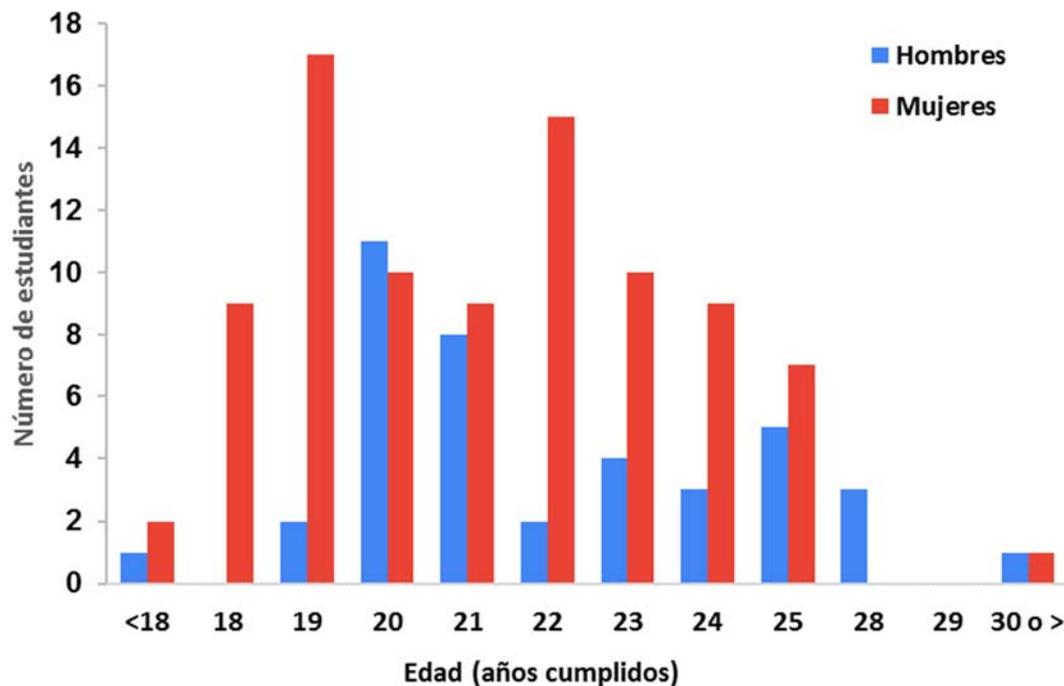


Figura 2. Estudiantes de medicina de la UDS encuestados según ciclo de estudios

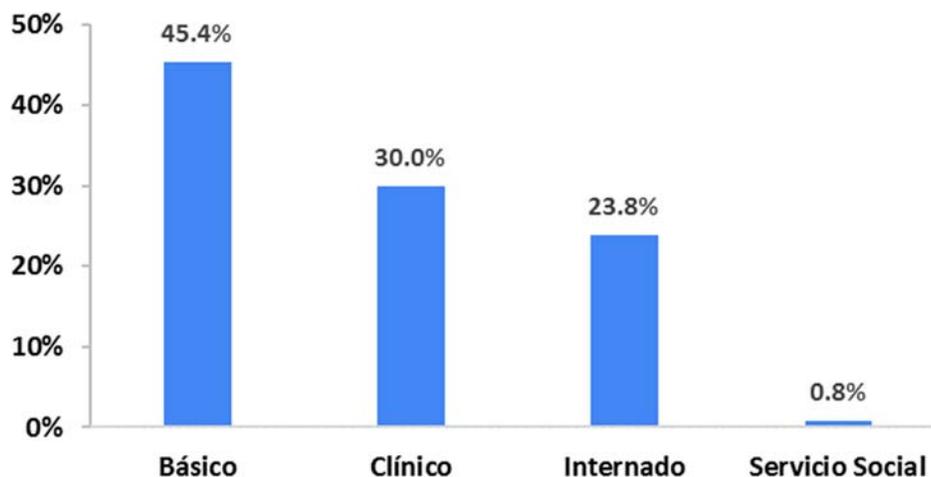
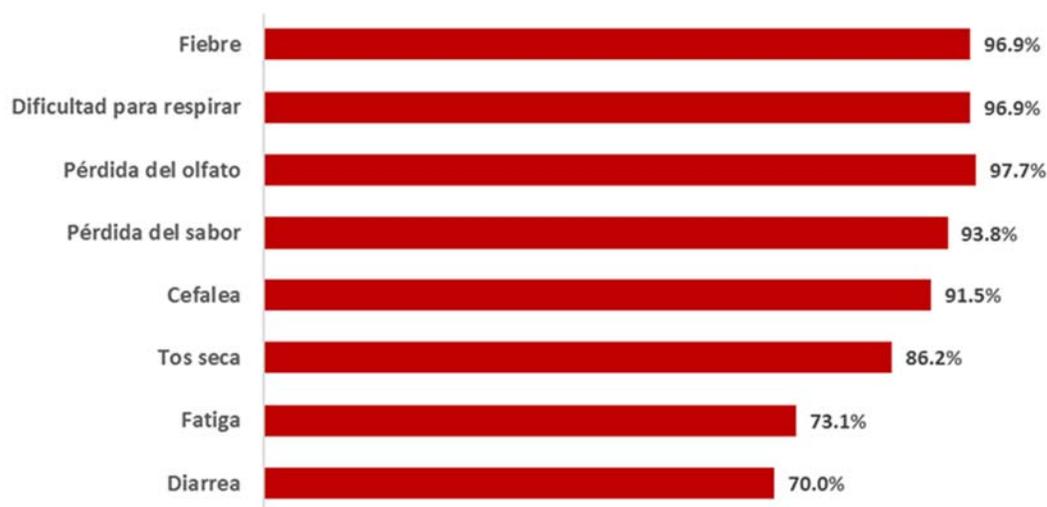


Figura 3. ¿Cuál de los siguientes signos y síntomas están presentes en la infección por el virus SARS-CoV-2, origen del COVID-19? (los estudiantes podían elegir más de una opción)



vacuna. Únicamente el 2.3% de los estudiantes mencionaron la existencia de vacuna y tratamiento para la enfermedad.

La mayoría de los encuestados reconoció correctamente el periodo de incubación del virus (78.5%), mientras el 21.5% lo desconoce.

El 97.7% de los estudiantes identificó a los adultos mayores de 65 años como el grupo de mayor riesgo para desarrollar complicaciones relacionadas al COVID-19; además, 86.9% de los estudiantes relacionó las personas con alteraciones metabólicas como las de mayor riesgo a complicarse y casi el 70% consi-

deró como grupo de riesgo a las personas que viven con VIH; sin embargo, el 42.3% identificó como grupo de riesgo a complicarse a los menores de 5 años (tabla 1).

Para el 87.5% de los estudiantes encuestados, el parámetro del valor de <94% en la oximetría de pulso es el dato más relevante, seguido de la disnea con 79.3%. Al cuestionar sobre si comer o contactar animales salvajes representa un riesgo para contagio de COVID-19, 64.6% lo identificó como información falsa, 16.2% no supieron dar una respuesta y 19.2% los evaluaron como correcto (tabla I).

Por su parte, 93.8% consideró que las personas con COVID-19 no pueden transmitir la infección cuando tienen fiebre (tabla I).

De las preguntas relacionadas al diagnóstico clínico, la mayoría de los estudiantes encuestados (87.7%) conoce la definición de caso sospechoso de COVID-19; por otra parte, sólo el 56.9% identificó correctamente la definición de caso de infección respiratoria aguda grave y el 86.2% logró identificar la definición de caso confirmado (tabla I).

Más del 81% de los participantes en la encuesta opinaron que es falso que los médicos en los hospitales puedan usar cubrebocas comunes para prevenir la infección por COVID-19 (tabla I).

Con base en lo anterior, podemos inferir que la mayoría de los estudiantes encuestados tienen conocimientos básicos suficientes en torno a COVID-19; sin embargo, sigue siendo necesaria la retroalimentación y actualización en la información que se origina día a día sobre la enfermedad.

Actitudes sobre la COVID-19

El propósito de esta parte del cuestionario, fue conocer las actitudes que tienen los encuestados acerca de acciones y/o medidas para enfrentar la pandemia de COVID-19.

Bajo la indicación de seleccionar lo que mejor reflejara su actitud, se les cuestionó sobre si consideraban inútil llevar a cabo las medidas de distanciamiento físico: la mayoría de los estudiantes (55.0%) respondió estar totalmente en desacuerdo, 27.4% en desacuerdo, 0.8% de acuerdo y 16.3% estuvieron totalmente de acuerdo (tabla II).

El 55.8% de los estudiantes están de acuerdo en que México puede ganar la batalla contra el virus que causa el SARS-CoV-2, 21.7% están totalmente de acuerdo, 17.8% respondieron estar en desacuerdo y 4.7% en total desacuerdo (tabla II).

El 52.5% de los estudiantes opinaron que están totalmente en desacuerdo con que sea exagerado pedir quedarse en casa, en tanto el 38.8% estuvieron en

Tabla I. ¿Son considerados grupos de riesgo para desarrollar complicaciones de la COVID-19? (los estudiantes podían elegir más de una opción)

Población y factor de riesgo	Sí	%
Personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (como fibrosis quística e incluso asma)	127	97.7
Adultos >65 años	126	96.9
Personas que tienen obesidad, con un índice de masa corporal [IMC] \geq 40 kg/m ²	118	90.8
Personas con alteraciones metabólicas	113	86.9
Personas que tienen inmunosupresión inducida por medicamentos	93	71.5
Personas con VIH	90	69.2
Personas que tienen enfermedad cardiovascular (excepto hipertensión arterial aislada)	90	69.2
Embarazadas y hasta dos semanas del posparto	66	50.8
Personas que viven en asilos u otros centros de cuidados a largo plazo	61	46.9
Niños <5 años	55	42.3
Personas que tienen enfermedad hematológica (incluyendo anemia falciforme)	48	36.9
Personas que tienen hepatopatía	33	25.4
Personas que tienen nefropatía	31	23.8
Personas que tienen afección neurológica (incluyendo afección cerebral, espinal, nervioso periférico, parálisis, síndromes epilépticos, evento vascular cerebral y afección intelectual) o del neurodesarrollo	20	15.4

desacuerdo con la medida (tabla II).

Por otra parte, 58.9% de los encuestas estuvieron totalmente en desacuerdo en la explicación al paciente de manera clara y simple la información es una pérdida de tiempo, en tanto 33.3% estuvieron en desacuerdo (tabla II).

Se les pidió responder conforme a lo que mejor reflejara su actitud respecto a que “los pacientes no deben tomar decisiones sobre su tratamiento, esa sólo es función del médico”: 47.3%, totalmente de acuerdo; 28.7% dijeron estar en desacuerdo (tabla II).

De igual manera se les cuestiono que si “en una pandemia sólo la actividad del médico es importante; el 56.6% respondió estar en total desacuerdo, 37.7% estudiantes están en desacuerdo y únicamente el 3.9% expresaron estar de acuerdo (tabla II).

También se les preguntó su opinión sobre la siguiente aseveración: “los pacientes se complican porque no les importa su salud; el 44.2% manifestó estar en

desacuerdo; 24.8%, de acuerdo; 18.6%, totalmente en desacuerdo; y 12.4%, totalmente de acuerdo (tabla II).

Un tema que dentro de la práctica en unidades de salud y, sobre todo en hospitales ha generado polémica, es el papel de los médicos en formación dentro de la línea de atención a pacientes COVID-19. Por ello se les preguntó si los “estudiantes de pregrado debería atender pacientes con la COVID-19”: el 45.0% expresó estar de acuerdo; 30.2%, en desacuerdo; 19.4%, totalmente de acuerdo; y solo 5.4%, totalmente en desacuerdo (tabla II).

Es importante considerar que las opiniones respecto a las actitudes ante la pandemia de COVID-19, fueron muy similares entre hombres y mujeres (tabla II).

Prácticas sobre la COVID-19

En la última parte del cuestionario se aborda el comportamiento frente a la pandemia de la COVID-19,

Tabla II. Actitudes de estudiantes de medicina de la UDS encuestados hacia diferentes objetos sociales

Afirmación	Totalmente de acuerdo			De Acuerdo			En Desacuerdo			Totalmente en Desacuerdo		
	Hombres (n = 40) %	Mujeres (n = 89) %	Total* % (n=129)	Hombres (n = 40) %	Mujeres (n = 89) %	Total* % (n=129)	Hombres (n = 40) %	Mujeres (n = 89) %	Total* % (n=129)	Hombres (n = 40) %	Mujeres (n = 89) %	Total* % (n=129)
Es inútil llevar a cabo las medidas de distanciamiento físico	22.5	13.5	16.3	2.5	0.0	0.8	20.0	31.5	27.9	55.0	55.1	55.0
México puede ganar la batalla contra el virus SARS-CoV-2	22.5	21.3	21.7	52.5	57.3	55.8	15.0	19.1	17.8	10.0	2.2	4.7
Es exagerado pedir quedarse en casa	2.5	2.2	2.3	10	5.6	7.0	35.0	40.4	38.8	52.5	51.7	51.9
Explicarle al paciente de manera clara y simple la información es una pérdida de tiempo	2.5	9.0	7.0	2.5	0.0	0.8	35.0	32.6	33.3	60.0	58.4	58.9
Los pacientes no deben tomar decisiones sobre su tratamiento, esa sólo es función del médico	50.0	46.1	47.3	22.5	16.9	18.6	20.0	32.6	28.7	7.5	4.5	5.4
En una pandemia sólo la actividad del médico es importante	2.5	1.1	1.6	2.5	4.5	3.9	32.5	40.4	38.0	62.5	53.9	56.6
Los pacientes se complican porque no les importa su salud	10.0	13.5	12.4	27.5	23.6	24.8	42.5	44.9	44.2	20.0	18.0	18.6
Ningún estudiante de pregrado debería atender pacientes con la COVID-19	20.0	19.1	19.4	42.5	46.1	45.0	27.5	31.5	30.2	10.0	3.4	5.4

* Se excluyó del análisis a un estudiante que decidió no registrar su sexo.

que abonan a la prevención o incremento del número de casos desde las acciones recientes de cada uno de los encuestados.

Se preguntó si dentro de los últimos 7 días habían asistido a lugares llenos de gente, solo 10 estudiantes marcaron la diferencia entre una respuesta y otra: 70 estudiantes respondieron que no (53.8%) y 60 estudiantes contestaron que sí (46.2%).

Sin embargo, el 100% de los participantes afirmaron siempre salir de su casa utilizando cubrebocas, por lo menos en los últimos 7 días.

En referencia a otras medidas de prevención, el 85% de los estudiantes manifestaron que desinfectaron las superficies de contacto frecuentemente en la última semana; pero únicamente el 66% desinfectó su teléfono celular en los últimos siete días.

Casi la mitad (48.5%) de los estudiantes que participaron en la encuesta expresaron NO lavarse las manos por lo menos 20 veces en el día durante la última semana; sin embargo —y relacionado con esta pregunta—, el 85% de los estudiantes encuestados evitó tocarse ojos, nariz y boca con las manos sucias en los últimos 7 días . En cuanto al uso de gel desinfectante en la última semana, el 96.2% manifestó utilizarlo en caso de salir a la calle.

Por último, se les cuestionó sobre las fuentes de información que consultan para actualizarse sobre la COVID-19 y las respuestas fueron diversas, siendo común redes sociales, revistas científicas, compañeros, maestros e incluso la conferencia vespertina sobre COVID-19 de la Secretaría de Salud Federal.

Conclusiones

Es importante señalar que en el período de aplicación de la encuesta, aún existía información nacional confusa sobre las medidas de prevención más efectivas; sin embargo, la información internacional permitía tener por adelantado al escenario de nuestro país, las acciones de prevención documentadas y ya probadas por otros países.

Por otro lado, la herramienta utilizada permite conocer de forma oportuna y veraz los conocimientos generales de la población encuestada, siendo una herramienta de fácil manejo e interpretación.

Limitaciones

La principal limitante fue la difusión de la encuesta debido a que se dispuso de los grupos de *WhatsApp* del alumnado y la difusión fue realizada por la Coordinación de ciencias básicas de la escuela de medicina de la Universidad Durango Santander. Toda vez que esta aplicación depende del acceso a internet o a la disponibilidad de datos del teléfono móvil de los usuarios, en ocasiones se interrumpió la conexión una vez iniciada la encuesta.

Recomendaciones

Con el avance de la pandemia por COVID-19, se ha logrado acceder a información más relevante sobre la prevención, contagio, vacunación y efectos de la enfermedad; de tal manera que los resultados obtenidos en este instrumento obedecen a un escenario que tenían los encuestados en el mes de noviembre de 2020.



El Síndrome de *Burnout*: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19[#]

Martha Edilia Palacios Nava, María del Pilar Paz Román

Profesoras del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

Resumen: En el área de la salud, es ampliamente conocido que médicos y enfermeras pueden presentar *burnout* o desgaste profesional y, que muy probablemente este síndrome, se ha presentado con mayor frecuencia durante la pandemia por COVID-19. Sin embargo ¿qué se sabe del síndrome de *burnout*? ¿cuáles son sus principales causas, en quiénes se presenta con mayor frecuencia y cuál ha sido el impacto de la pandemia de COVID-19 en este síndrome? En este artículo se pretende dar algunas respuestas a estas interrogantes.

Palabras clave: burnout, COVID-19, *estrés* laboral, profesionales de la salud.

1. La historia del término *Burnout*

En 1974, Freudenberger acuñó el término *burnout* como “fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, por lo que quien lo padece se vuelve inoperante”.¹

Posteriormente, en 1981, Maslach y Jackson, definieron el síndrome de *burnout* como una forma inadecuada de afrontar un *estrés* emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.²

El agotamiento emocional hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hartazgo emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos y con los pacientes.²

La despersonalización supone el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.²

La disminución del desempeño implica la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones “ingratas”.²

Desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció al *burnout* como un problema derivado más de las condiciones del ambiente laboral, que de problemas y situaciones personales.³

Sin embargo, fue hasta 2019 cuando este síndrome se agregó a la 11a. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). No se le incluyó como una condición médica, sino como un fenómeno ocupacional, lo cual muestra la importante relación del síndrome con las condiciones de trabajo, principalmente los estresores presentes en el ambiente laboral. Para caracterizar al *burnout*, la OMS retomó lo escrito por Maslach y Jackson y definió al síndrome, como “el resultado del *estrés* crónico en el lugar de trabajo, que no se ha manejado con éxito”.^{2,4}

2. Las “causas” del *burnout*

Debido a que el síndrome se presenta como resultado de una respuesta no exitosa ante el *estrés* crónico, los factores psicosociales o estresores son los que desencadenan el síndrome, aunque también pueden contribuir otros factores desfavorables del ambiente interno, externo y lo que los psicólogos denominan el *locus de control*.

En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo refiere que los factores psicosociales, incluyen tanto aspectos del puesto de trabajo, como de su entorno, el clima o cultura de la organización, las funciones laborales, las relaciones interpersonales, el diseño y contenido de las tareas. El concepto de factores psicosociales se extiende también al entorno existente fuera de la organización y a otros aspectos del individuo, que pueden influir en la aparición del

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

estrés en el trabajo. Las expresiones organización del trabajo y factores organizativos se utilizan muchas veces de manera intercambiable con factores psicosociales para hacer referencia a las condiciones de trabajo que pueden conducir al estrés.⁵

Sin embargo, el *estrés* no siempre tiene una connotación negativa, ya que es una respuesta específica y “normal” del organismo a una demanda del ambiente externo. Una respuesta a cualquier situación física, biológica o psicosocial que el sujeto deba afrontar, de tal forma que el *estrés* no es el estímulo sino la reacción a éste. Por lo tanto, el estímulo estresante puede generar una respuesta positiva (*eustress*) o una negativa (*distress*). Esta última depende de la capacidad del individuo para encontrar los recursos necesarios para hacer frente a una situación de emergencia. Cuando esta capacidad es rebasada puede desencadenar patología psicosomática y/o agotamiento funcional.⁶

El *estrés* producido por el trabajo se define como respuestas físicas y emocionales dañinas, que aparecen cuando las características del trabajo no corresponden a la capacidad, recursos y necesidades de los trabajadores. Cuando el *estrés* laboral es crónico, favorece el decremento de la salud, ejerciendo un efecto desencadenante de síntomas de enfermedad y desgaste, tales como el *burnout*, síntomas somáticos, enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticos y otras alteraciones mentales.⁷

3. Condiciones de trabajo que desencadenan el *burnout*

Dado que el *burnout* se presenta como una consecuencia del *estrés* prolongado, los factores que pueden predecir la aparición de *burnout* son prácticamente los mismos. En el caso de *burnout* dichos factores se habrían presentado repetida e intensamente. Por lo tanto, también se relacionan con los aspectos organizacionales del trabajo, los sociales y los personales.²

Entre las características del proceso de trabajo, se encuentran el trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos y horas de trabajo largos, ritmos de traba-

jo intensos, rutinas con poco significado inherente, que no usan las habilidades de los trabajadores y que proveen poco sentido de control. También contribuyen al desencadenamiento del *burnout*, la inseguridad laboral, falta de oportunidad para el desarrollo y condiciones desagradables o peligrosas en el trabajo.⁸ Tanto los factores del proceso de trabajo, como los referentes a sus formas de organización, se encuentran presentes en el ámbito laboral.

El síndrome de *burnout* puede afectar a cualquier grupo ocupacional. Sin embargo, los profesionales de la salud han mostrado mayor predisposición al síndrome.

Diferentes estudios han mostrado la alta frecuencia del problema. En ellos se ha evaluado tanto la prevalencia del síndrome en distintas especialidades y niveles de los médicos, como su relación con *estrés* laboral cotidiano, condiciones de trabajo, factores organizacionales y características sociodemográficas, entre otras.^{3,8-17}

Respecto a la prevalencia del *burnout* es necesario mencionar que, a pesar de que ha sido ampliamente estudiado, es difícil comparar la frecuencia y la precisión de los diferentes estudios, debido a la inconsistencia en la determinación del síndrome en las distintas investigaciones.

Una revisión sistemática de la literatura científica encontró diez diferentes puntos de corte para definir el nivel de cada subescala y ocho criterios distintos para definir la presencia de *burnout*.¹⁸

Una situación similar fue reportada en un metaanálisis realizado por Prentice et al,¹⁹ quienes mencionan la necesidad de estandarizar la definición de *burnout*, de acuerdo con el inventario de Maslach, que especifica la necesidad de que las subescalas “agotamiento emocional y despersonalización”, estén en un nivel alto, combinadas con nivel de realización personal bajo.²

La heterogeneidad en la metodología de clasificación del *burnout* ha originado que se reporten prevalencias que van del 0% al 80%.²⁰

Cuando la metodología de Maslach se ha aplicado correctamente, el rango entre las prevalencias disminuye, tanto en las subescalas como en el síndrome en conjunto. Así, el agotamiento emocional, se ha encontrado entre 19% y 58.9%, la despersonalización, entre 20% y 44%. La conjunción de agotamiento emocional y despersonalización altos, acompañados de realización personal baja, se reportó entre 12% y 19%.^{21,22}

La relación entre condiciones de trabajo y *burnout* ha sido reportado en pocas investigaciones,^{10,11,14,16,18,21-22}, principalmente con médicos residentes, pues existe un conocimiento ampliamente difundido acerca de la situación extenuante en que laboran.^{14-18,21-23}

La intensidad y duración del trabajo se ha corroborado en diferentes estudios.^{14-18,21-25} Por ejemplo, Palacios y Paz encontraron que el 59% de los residentes trabajaban más de 70 horas. Igualmente se reportó carga excesiva de trabajo, alto número de pacientes atendidos y poca libertad para la realización de sus actividades. El 44% de estos residentes presentaron agotamiento emocional, 51% sufrió despersonalización y solo el 26% tuvo realización personal satisfactoria. La combinación de estas tres subescalas se presentó en el 19% del total de residentes.²³ El riesgo de presentar agotamiento emocional, despersonalización y *burnout* fue del doble en los residentes, en comparación con médicos adscritos.²³

4. El *burnout* en los profesionales de la salud durante la pandemia por COVID-19

Al inicio de este texto se mencionó la importancia que tiene la presencia de factores psicosociales y la organización del trabajo, para la presencia de *estrés* crónico y el desarrollo del *burnout*.

Durante la pandemia por COVID-19, la presencia de estos factores han incrementado el riesgo de padecer el síndrome de *burnout*, pues aunado a la carga de trabajo ya existente, se agregó el desconocimiento de la evolución, tratamiento adecuado para la misma, su alto índice de contagio y de letalidad. Por lo que, además del trabajo cotidiano, se agregaron situaciones identificadas como estresores por

Wolfgang;^{27,28} entre ellas “tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho”, “sentirse responsable de los resultados de los pacientes”, “sentirse indeciso de qué decir a pacientes y familiares acerca de las condiciones y tratamiento”, “no tener oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con colegas”, “permitir que sentimientos y emociones interfirieran con el cuidado de los pacientes” y “estar inadecuadamente preparados para enfrentar las necesidades de los pacientes”, entre muchas otras.^{27,28}

Diversos reportes han mostrado los principales problemas en la salud física y mental de los profesionales de la salud, durante la pandemia por COVID-19.²⁹⁻³¹ Aunque son pocos los estudios que reportan la frecuencia de *burnout*, existen otros que han enfatizado su importancia, así como el aumento de otros problemas conductuales y mentales. Dichos trastornos están directamente relacionados con los estresores ya mencionados y han producido o incrementado otra epidemia ligada a la pandemia de COVID-19: las alteraciones en la salud mental de la población en general, y de los profesionales de la salud en particular.

En abril de 2020, se publicó un estudio en China que documenta el incremento de la violencia de familiares de pacientes de COVID-19 en los hospitales contra el personal de salud.³²

En México, en mayo del mismo año, la Secretaría de Salud Federal difundió la “Estrategia para atender salud emocional del personal en hospitales COVID-19”,³³ la cual incluye en el sitio de información del coronavirus, un área para la salud mental de los profesionales de la salud y un cuestionario cuyo propósito es detectar los riesgos.³³ Al mismo tiempo, diversos medios de difusión publicaron información relevante, tanto de las condiciones emocionales del personal de salud, como de la necesidad de atenderlas.

En una revista brasileña, se publicó acerca de la inminencia del *burnout* en profesionales sanitarios en hospitales de campaña en Brasil.³⁴ En Colombia, se publicó una monografía acerca del *burnout* durante la crisis por COVID-19.³⁵

En enero de 2021, *Medscape* publicó el reporte de un estudio sobre *burnout* y suicidio, aplicando un cuestionario en línea a 12,000 médicos de 29 especialidades. Los resultados indican que, aunque el *burnout* ha sido un problema constante, éste se incrementó durante la pandemia, por lo que las prevalencias encontradas fueron más elevadas, a saber: cuidados intensivos (51%), reumatología, enfermedades infecciosas y urología (49%) y neumología (48%). Por su parte, el 20% de los médicos refirió sufrir depresión “ligera”. Sin embargo, muchos consideraron que estaba relacionada con el *burnout*. Por último, el 13% de los médicos que participaron tuvo ideas suicidas.³⁶

En México, Álvarez Reza y cols. reportaron —en una carta al editor de la revista *Salud Pública de México*— la prevalencia de factores asociados con el síndrome de *Burnout* (SB) y síntomas de depresión (SD) en 983 integrantes del personal de salud del estado de Chihuahua, durante el brote por COVID-19. La prevalencia global de SB fue 11.5% y de SD de 25.7%. Dichas prevalencias fueron más elevadas en el personal de enfermería (15.2% y 30.0%, respectivamente). Además de que se encontró el doble de riesgo en las enfermeras jóvenes, con más de 9 horas de trabajo y menos de 6 horas de sueño.³⁷

En Ecuador, se realizaron 224 encuestas vía telefónica y correo a personal médico y de enfermería que laboran en establecimientos de la red integral de salud ecuatoriana. La mayor parte del personal médico y de enfermería presentó agotamiento emocional severo y moderado (78.15% vs. 63.02%, respectivamente), al igual que despersonalización severa y moderada (72.61% vs. 65.63%, respectivamente). La proporción de realización personal en el trabajo baja y moderada también fue elevada entre personal médico y de enfermería (85.41% vs. 78.09%, respectivamente). Por último, el 95.36% del personal médico mostró SB moderado y severo, al igual que el 95.89% del personal de enfermería.³⁸

Niek y cols. realizaron un estudio longitudinal con cohortes abiertas para evaluar agotamiento emocional y angustia moral, en personal de salud de cinco

unidades de cuidados intensivos de un centro médico en los Países Bajos. Se aplicaron dos encuestas: la primera de octubre a diciembre de 2019 (252 profesionales de la salud), y la segunda, de mayo a junio de 2020 (233 profesionales). La prevalencia de los síntomas del agotamiento fue del 23.0% antes de la enfermedad por coronavirus en 2019, cifra que se levó al 36.1% en pico más alto de la pandemia; la prevalencia fue más elevada en las enfermeras (38.0%) comparada con la registrada en los médicos (28.6%). En sentido inverso, la incidencia de nuevos casos de agotamiento entre los médicos (26.7%) fue mayor que las enfermeras (21.9%). El riesgo fue casi el doble para las enfermeras, para profesionales que trabajan horas extras y los contratados específicamente para atención a pacientes con COVID-19. Los médicos fueron más propensos que las enfermeras a desarrollar síntomas de agotamiento debido al COVID-19.³⁹

Respecto a otras alteraciones mentales, en México se realizó un estudio transversal en línea a 5,983 trabajadores de la salud. Los principales problemas identificados fueron: insomnio (52% del total); depresión (37.7%) y desorden de *estrés* postraumático (37.5%). Los principales factores de riesgo fueron: la falta de tiempo para descansar, el duelo por amigos o seres queridos fallecidos y la percepción personal de la situación del COVID-19. Estos factores resultaron más frecuentes entre los médicos que estaban en la primera línea de atención, particularmente en las mujeres.⁴⁰

Otra encuesta en línea fue realizada en China entre febrero y marzo de 2020. Participaron 927 trabajadores de la salud y 1,255 sujetos no profesionales del área. El estudio encontró prevalencias significativamente más elevadas de insomnio, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, en el personal de salud, al compararlo con el grupo de trabajadores ajenos al área de salud.⁴¹

5. Conclusiones

La existencia del *estrés* laboral crónico y su consecuencia inmediata, el *burnout* en los profesionales de la salud, es un problema persistente, que se ha exa-

cerbado ante el aumento de estresores o factores psicosociales durante la pandemia por COVID-19.

A esta problemática se han agregado otras alteraciones de salud mental, tales como ansiedad, depresión, insomnio y síntomas somáticos.

Las medidas preventivas para las alteraciones mentales y conductuales pueden ser de prevención primaria, secundaria o terciaria. La primaria implica cambios en la organización del trabajo, tales como: disminución de la carga laboral, redistribución de tareas, contratación de más personal y desaparición del acoso laboral. Estas serían las medidas adecuadas y recomendables. Sin embargo, ante la pandemia por COVID-19 —y mientras esta prevalezca—, deberían llevarse a cabo, en la medida de lo posible, acciones de prevención secundaria, tales como: sesiones de relajación, yoga, terapias grupales, difusión del problema y acompañamiento. También es importante la prevención terciaria, atender la demanda de atención y los casos individuales de alteración mental. Algunas de estas medidas han sido aplicadas por la Secretaría de Salud, pero se requiere un mayor esfuerzo institucional.

Referencias

- Freudenberger H. Staff Burn-out. *J Soc Issues* 1974; 30:159-166 Disponible en: <https://bit.ly/3gOo0DR>.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occupational Behavior* 1981; 2:99-103 Disponible en: <https://bit.ly/3mSXSfs>.
- Palmer Y, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivoral C, Prince-Vélez RS. Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anesestesiólogos. *Salud Mental* 2005; 28: 82-91 Disponible en: <https://bit.ly/3mSSleX>.
- OMS, Burn-Out an “Occupational Phenomenon”: International Clas-sification of Diseases, 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2YesOwt>.
- Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud (2004). «Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo». OIT Ginebra. Disponible en: <https://bit.ly/3DxaBdl>.
- Instituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro (ISPESL) (2003). «Strees e Burnout. Come riconoscere e prevenire il rischio». Centro Riserche di Monte Porzio Catone ISPESL Roma. Disponible en: <https://bit.ly/2WEXkzq>.
- NIOSH (1999). «Stress at work». National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Publications 99-101. NIOSH USA Disponible en: <https://bit.ly/3kIL0Gk>.
- HarveyS, Courcy F, Petit A, Hudon J, Teed M, Loïselle O, Morin A. Organizational interventions and mental health in the workplace: A synthesis of international approaches. Studies and research projects report. Institute de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail 2006. Montreal Canada. Disponible en: <https://bit.ly/3BAx6ww>.
- Vilà-Falgueras M, Cruzate-Muñoz C, Orfila-Pernasb F, Creixell-Sureda J, González-López MP, Davins-Miralles J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de atención primaria. *Aten Primaria* 2015; 47:25-31 Disponible en: <https://bit.ly/3mV4RVq>.
- Ávila-Toscano JH, Gómez-Hernández LT, Montiel-Salgado MM. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico* 2010; 8:39-52 Disponible en: <https://bit.ly/3mTwWfG>.
- West CP, DyrbyeLN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388:2272-81 Disponible en: <https://bit.ly/3DFkwxV>.
- Olivares-Faúndez VE, Gil-Monte PR. Análisis de las principales fortalezas y debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Ciencia y Trabajo* 2009; 33:160-167 Disponible en: <https://bit.ly/3BC1jey>.
- Palacios-Nava ME, Paz-Román MP. Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicósomáticas en médicos de hospitales de la Ciudad de México. *Medicina y Seguridad del trabajo* 2014; 60(235): 322-334
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health* 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3mV6emQ>.
- Ambar Deschamps Perdomo, Sahilyn B. Olivares Román, Kelman Luis De la Rosa Zabala, Ángel Asunsolo del Barco. Influencia de los turnos y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad en el trabajo* 2011; 57:224-241 Disponible en: <https://bit.ly/3mTDDlh>.
- Estela-Villa LM, Jiménez-Román CR, Jeremy S, Landeo-Gutiérrez JS, Tomateo-Torvisco JD and Vega-Dienstmaier JM. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:147-156 Disponible en: <https://bit.ly/3DFs2sD>.
- E. Hannan E, Breslin N, Doherty E, McGreal M, Moneley D and Offiah G. Burnout and stress amongst interns in Irish hospitals: contributing factors and potential solutions. *Ir J Med Sci* Disponible en: <https://bit.ly/3kRPOkG>

18. Juárez-García A, Alvaro J Idrovo, Camacho-Avila A, Placencia-Reyes O. Burnout syndrome in the Mexican population: A systematic review. *Salud Mental*. 2014; 37: 159-176 Disponible en: <https://bit.ly/2YaDZGq>.
19. Prentice S, Dorstyn D, Benson J, Elliott T. Burnout Levels and Patterns in Postgraduate Medical Trainees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Medicine*. 2020;95(9):1444-54. Disponible en: <https://buff.ly/3zNSY78>.
20. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, et al. Prevalence of burnout among physicians. A systematic review. *JAMA*. 2018; 320: 1131-1150 Disponible en: <https://bit.ly/3DGKdyj>.
21. Paredes-G OL, Sanabria-Ferrand PA. Prevalence of burnout syndrome in residents of medical-surgical specialties, its relationship with psychological well-being and with socio-demographic and work variables. *Rev Med*. 2008; 16: 25-32 Disponible en: <https://bit.ly/3ByZ102>.
22. Palacios NME, Paz RMP. Diferencia en las condiciones de trabajo su asociación con la frecuencia de burnout en residentes y médicos adjuntos *Med Segur Trab*. 2019; 65: 76-8 Disponible en: <https://bit.ly/3mUH0Fh>.
23. Palacios NME, Paz RMP. Stress, Burnout, Somatic Symptoms, and Working Conditions in Residents and Senior Doctors. *A Epidemiol Public Health*. 2020; 3(1): 1030 Disponible en: <https://bit.ly/3mVdYFq>.
24. Bret S. Stetka, MD; John Watson. Overworked, underslept, and the politics of resident shift hours. *Medscape Public Health [serie en internet]* 2016 [consultado 5 diciembre 2016]; Disponible en: <https://wb.md/3kKvcmm>.
25. Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation. *Medwave [serie en internet]* 2013 Disponible en: <https://bit.ly/3kLZEMT>.
26. Grau, A., et al. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información Psicológica* 2007; 91: 64-79 Disponible en: <https://bit.ly/3gU8bfc>.
27. Wolfgang AP. The health professions stress inventory. *Psychol reports* 1988b;(62):220-2 Disponible: <https://bit.ly/3DOw9D1>.
28. Palacios NME, Morán ACI, Paz RMP. Validation of Wolfgang's inventory in Mexican doctors. Measurement of work stress in hospitals. *Rev Mex Sal Trab*. 2014; 6: 62-68 Disponible en: <https://bit.ly/3DDoZ4c>.
29. Solano LP, editor. Personal médico, exhausto y frustrado por muertes que no puede evitar. *La Jornada*; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3ByouXd>.
30. La pandemia por COVID-19: una oportunidad para voltear a la salud mental del personal médico. *Medscape*. 2020 Disponible en: <https://bit.ly/3gPBz6L>.
31. Mouzo J, editor. Una ola de mala salud mental amenaza a los sanitarios. *El País*; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3DEFr4o>.
32. Ju Huang, Min Zhang, Xin Liu. Correlation between patient and visitor violence and workload among public healthcare workers in China: a cross-sectional study, *BMJ* 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2YkFBh5>.
33. Comunicados en salud. Estrategia para atender salud emocional del personal en hospitales COVID-19. Mayo 9 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3mTG4ks>.
34. Silva G, Raimundo Nonato, and Vânia Thais Silva-Gomes. "Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil." *Enfermería Clínica* (2020) Disponible en: <https://bit.ly/3BAGy2Y>.
35. Koppmann, A.; Cantillano V.; Alessandri. C. Distrés moral y burnout en el personal de salud durante la crisis por COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2021, vol. 32, no 1, p. 75-80. Disponible en: <https://bit.ly/3Bx7gcS>.
36. MEDSCAPE Public Health. Death by 1000 cuts. 2021 Physician burnout and suicide report, 2021. Disponible en: <https://wb.md/3BDVygJ>.
37. Álvarez RS, Flores ODLA, Fernández LM, Durán CEO, Hernández GPM, Tapia OE. Instituto Chihuahuense de Salud Mental Chihuahua, México. Carta al editor, *Rev Salud Pública de México*, Disponible en: <https://bit.ly/3gU9MIC>.
38. Vinueza VAF, Aldaz PNR, Mera SCM, P VDP, Tapia VEC, Vinueza VMF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo* 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3BANqNM>.
39. Niek K, Van Gorp J, Teerenstra S, Van der Hoeven H, Fuchs M, Hoedemaekers C, Zegers M. Coronavirus Disease 2019 Immediately Increases Burnout Symptoms in ICU Professionals: A Longitudinal Cohort Study. *Critical Care Medicine* 2021; 49 (3): 419-427 Disponible en: <https://bit.ly/3gX3XDO>.
40. Robles R, Rodríguez E, Vega-Ramírez H, Álvarez-Icaza, Madrigal E, Durand S, et al. Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Braz J Psychiatry*. 2020, Disponible en: <https://bit.ly/3DGVzCo>.
41. Wen-rui Zhanga Kun Wang, Lu Yinc Wen-feng Zhaoa Qing Xuea Mao Penga, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom* 2020; 89:242-250 Disponible en: <https://bit.ly/3DDSkvg>.

Panorama epidemiológico de la COVID-19 en niñas y niños de 0 a 14 años de edad

Abril Violeta Muñoz-Torres¹ (@abrilvioleta1), Erick Osorio López² (@ErickOsorio33), Alejandra Moreno Altamirano¹

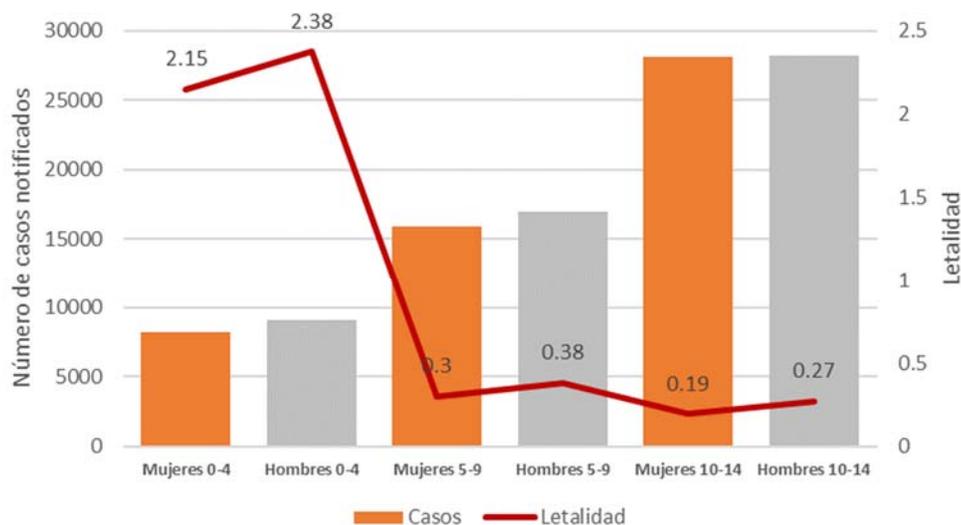
¹Profesoras del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

²Instructor del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

Hasta el 28 de agosto de 2021, en México se han acumulado 3,328,863 casos confirmados de COVID-19: 1,664,277 en mujeres (50.0%) y 1,664,586 en hombres (50.0%). De los casos notificados, lamentablemente 257,906 personas han fallecido: 160,320 hombres (62.2%) y 97,586 mujeres (37.8%). La letalidad general a la fecha es de 7.8%. Es importante destacar que la letalidad en hombres (9.6 %) es superior a la registrada en mujeres (5.9 %), diferencia que ha sido consistente con los anteriores resultados.

De acuerdo con el reporte más reciente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER), que proporciona la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud del gobierno federal, hasta el 28 de agosto de 2021 habían sido notificados 106,515 casos de COVID-19 en menores de 0 a 14 años de edad, lo que representa el 3.2 % del total de casos notificados en el país. De los casos de COVID-19 notificados en menores, 52,258 corresponden a mujeres (49.1%) y 54,257 a hombres (50.1%). En total, en dicho grupo de edad se han registrado 634 defunciones, de las cuales 277 ocurrieron en niñas (43.7%) y 357 en niños (56.3%). Conforme aumenta la edad, se incrementa el número de casos: el grupo de 10 a 14 años de edad concentra el 52.9% del total de casos en menores. Por último, debe destacarse que la letalidad es mayor en las edades tempranas (figura 1).

Figura 1. Número de casos notificados y letalidad por COVID-19 en menores de 0-14 años de edad ¹



Las entidades que concentran el mayor número de casos de COVID-19 y defunciones fueron la Ciudad de México y el Estado de México, al sumar 54,204 casos (50.9% del total) y 148 defunciones (23.3% del total). De manera específica, la Ciudad de México reportó 44,503 casos y 50 defunciones, mientras en el Estado de México se notificaron 9,553 casos y 98 decesos. Las cifras de letalidad más elevadas se registraron en Baja California Sur (3.9%), Aguascalientes (3.9%), Chihuahua (2.6%), Chiapas (2.5%) y Puebla (2.1%). Las entidades con menor letalidad fueron: la Ciudad de México (0.11 %), Baja California Sur (0.25%), Tabasco (0.26%), Durango (0.36%) y San Luis Potosí (0.37 %) (figura 2).

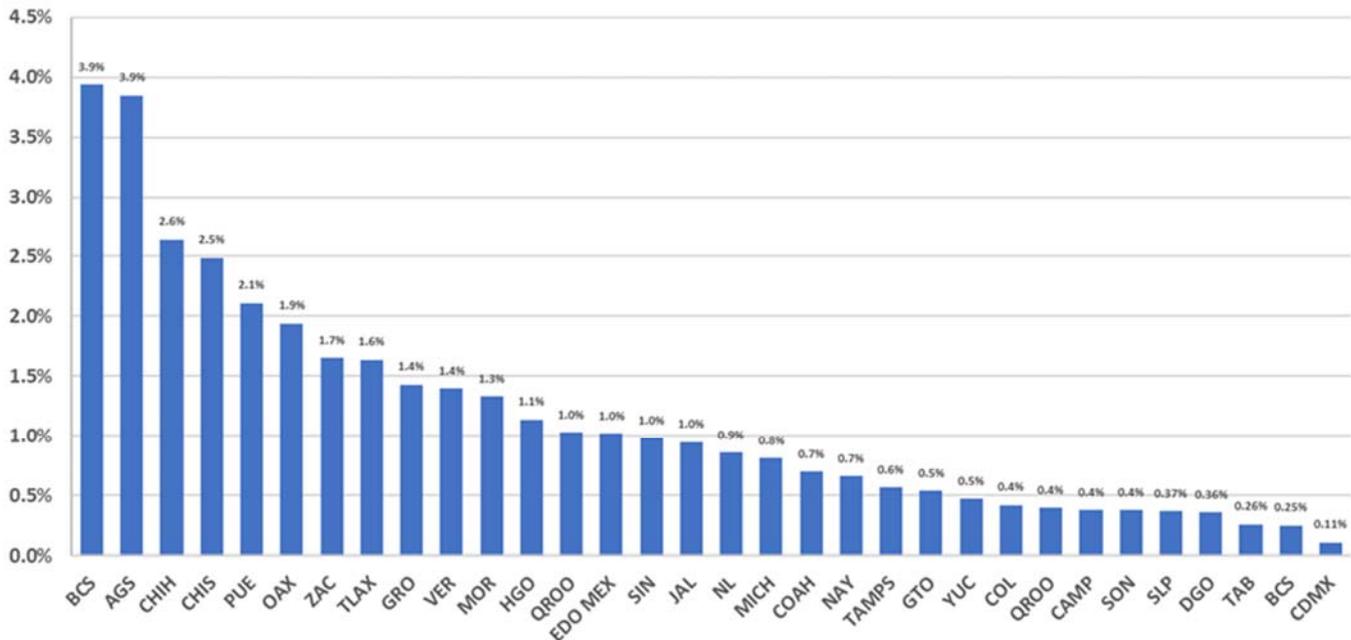
¹ Información al corte del 28 de agosto de 2021.

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 28 de agosto].

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

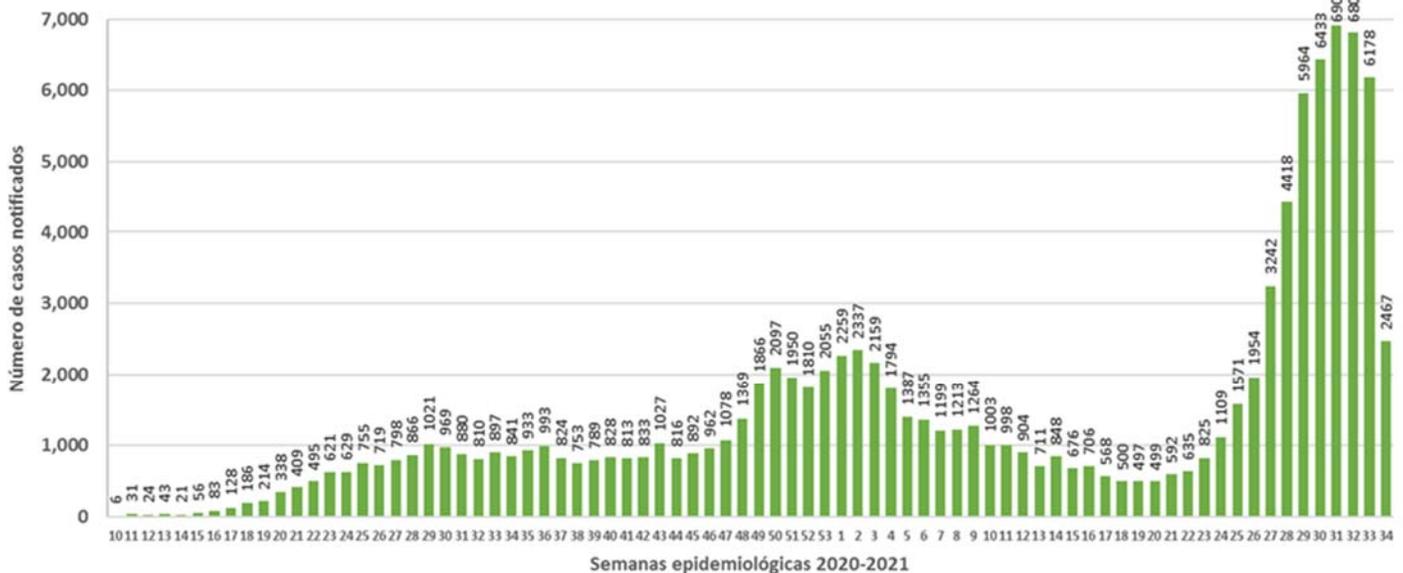
Actualización epidemiológica: 28 de agosto de 2021

Figura 2. . Letalidad por COVID-19 en menores de 0-14 años de edad, según entidad federativa²



En cuanto a la distribución de los casos a lo largo del tiempo, se puede observar un incremento constante y un mayor número de casos de la Semana Epidemiológica (SE) 49 del 2020 a la SE 4 de este año, que corresponden al mes de diciembre de 2020 y enero de 2021, respectivamente. También se puede observar un aumento de casos a partir de la SE 27 de este año, y desde esa semana hasta la SE 34 se concentra el 39.7% de los casos acumulados (figura 3).

Figura 3. Número de casos de COVID-19 en menores de 0 a 14 años de edad, según semana epidemiológica³



^{2,3} Información al corte del 28 de agosto de 2021.

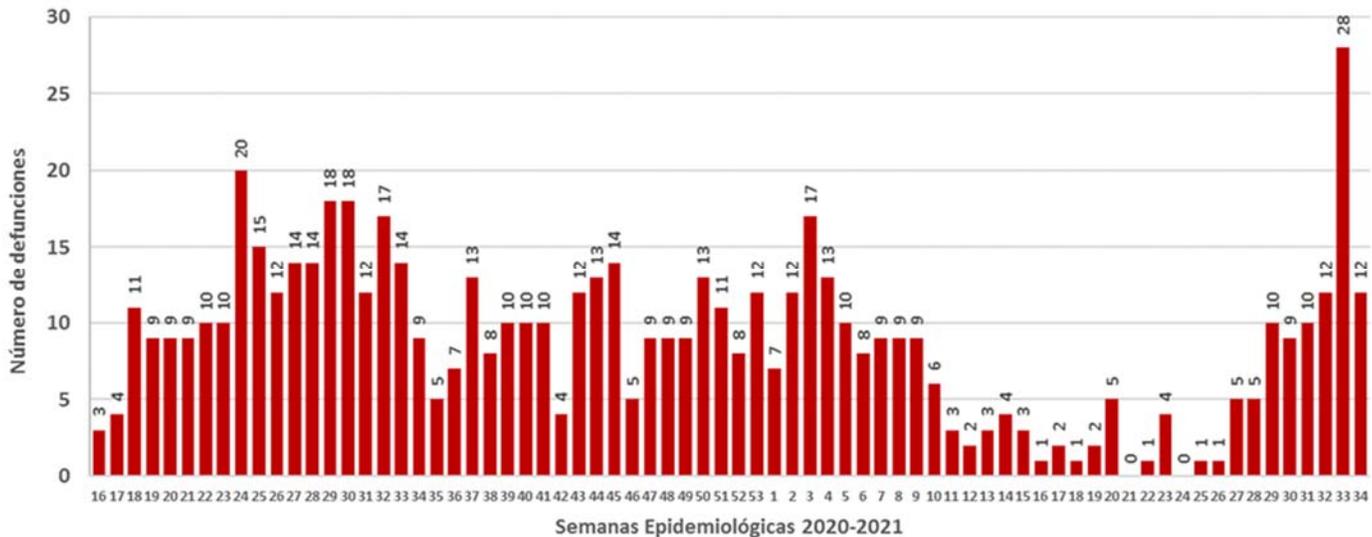
Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 28 de agosto].

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Actualización epidemiológica: 28 de agosto de 2021

En el rango de 0 a 14 años de edad, las primeras defunciones se presentaron en el mes de abril de 2020; y el mayor número de defunciones ocurrió en los meses de junio y julio de 2020. En 2021, en la SE 33 se notificó el mayor número de defunciones. En las últimas semanas se observa un incremento en el número de defunciones; sin embargo, es importante aclarar que proporcionalmente el número de defunciones en este grupo de edad, así como en la población en general, la tendencia es descendente (figura 4).

Figura 4. Número de defunciones por COVID-19 en menores de 0 a 14 años de edad, según semana epidemiológica⁴



Para disminuir el riesgo a enfermar de COVID-19 en esta población –frente al escenario de un regreso a clases anunciado para finales de agosto de 2021–, es imperante continuar con las medidas de prevención adecuadas, dentro y fuera de los centros educativos, como son: el uso correcto del cubrebocas y la ventilación apropiada de los espacios cerrados, así como la sana distancia dentro de las aulas, para disminuir la probabilidad de exposición al virus SARS-CoV-2.

También debemos continuar con las acciones básicas de higiene de manos y superficies de contacto frecuente. Y finalmente, otro elemento importante es acudir a recibir atención médica con los profesionales de salud ante cualquier sospecha de enfermedad, además de continuar participando en la Jornada Nacional de Vacunación, de acuerdo con la convocatoria de las autoridades sanitarias.

⁴ Información al corte del 28 de agosto de 2021.

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 28 de agosto].

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

COVID-19: Vacunación en México, agosto de 2021

Daniela Hernández-Puente ([dannhnz](#)), Daniel Cruz-Martínez ([LuisDan99913831](#)), Salif Luna-Ávila ([@SalifAvila](#))

Instructores del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

México enfrenta la aparición de una tercera ola epidémica de la COVID-19, que se refleja en el aumento del número de casos confirmados y defunciones, al mismo tiempo que continúa su esfuerzo para limitar las consecuencias de este nuevo pico epidémico. Sin embargo, en agosto de 2021 se pudo observar que aún no ha sido posible en otras entidades del país iniciar la vacunación de los jóvenes de 18 a 29 años de edad; además, se van acumulando miles de personas que ya recibieron la primera dosis de vacuna, pero aún están esperando la segunda.

Los datos publicados por la Secretaría de Salud sobre el avance de la *Estrategia Nacional de Vacunación*, muestran que la cifras alcanzadas cada vez están más alejadas de las metas establecidas. El día 30 de agosto de 2021 se reportó la aplicación de 141,752 dosis que, sumadas a las vacunas administradas desde el 24 de diciembre de 2020, dan un total de 84,549,082 dosis aplicadas en el país; esta cantidad es equivalente a 57,547,462 personas vacunadas y representa una cobertura de vacunación de 64% en la población de 18 años y más. Por otro lado, se ha informado de 66,114 dosis de vacunas perdidas hasta el mes de agosto.

Con estas cifras es posible obtener el promedio mensual de vacunas aplicadas en el país desde el inicio de la *Estrategia Nacional de Vacunación*. Como se puede observar, el ritmo de vacunación disminuyó en agosto en relación con el mes de julio, y marca el primer descenso en el número vacunas aplicadas desde el mes de enero de 2021 (tabla I).

Esquemas de vacunación completos

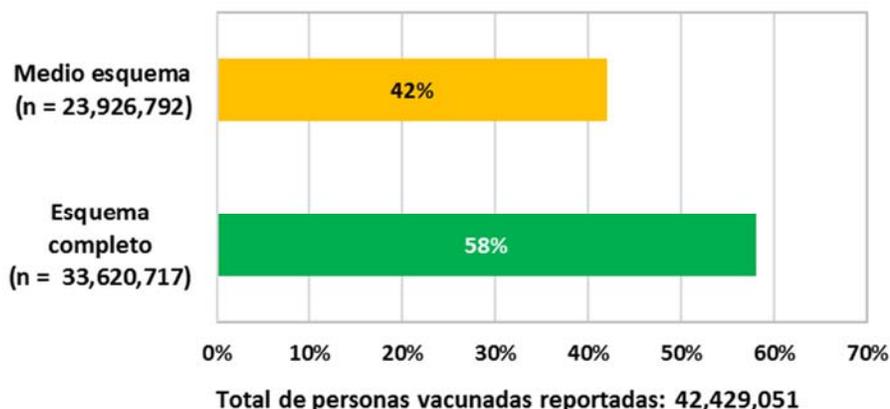
Respecto a los esquemas de vacunación de acuerdo con las dosis administradas, el 58% de las personas inmunizadas (equivalente a 33,620,717 personas), ya cuentan con su esquema de vacunación completo, mientras que 23,926,792 personas (el 42% restante), son los nuevos esquemas de vacunación que aún no lo han com-

Tabla I. Promedio mensual de vacunas aplicadas en México (2021)

Mes	Dosis aplicadas (promedio mensual)
Enero	20,918
Febrero	64,967
Marzo	179,152
Abril	336,915
Mayo	415,166
Junio	477,209
Julio	595,681
Agosto	573,125

Fuente: Referencias 4 y 5.

Figura 1. Personas vacunadas según número de dosis recibidas



Fuente: Referencias 4 y 5.

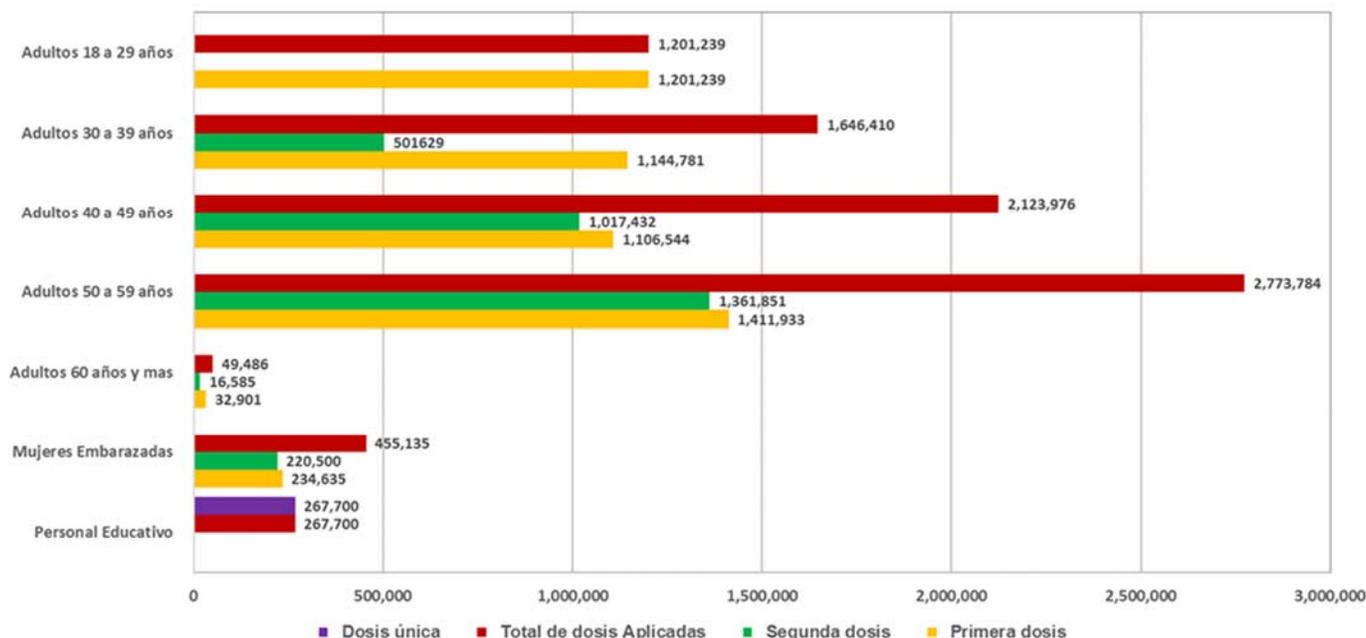
pletado (figura 1).

Vacunación en la Ciudad de México (CDMX)

Durante el mes de agosto de 2021, el Plan Nacional de Vacunación en la CDMX tuvo una reducción en la velocidad de aplicación de vacunas en comparación con meses anteriores. La actividad se enfocó a la aplicación de la primera dosis en jóvenes de 18 a 29 años de edad en once alcaldías. En total, 957,708 personas recibieron la primera dosis de la vacuna, de las cuales únicamente 130,953 personas -de las alcaldías de Iztacalco y Tlalpan- completaron su esquema de vacunación al recibir la segunda dosis.

El gobierno de la CDMX reconoció la reducción de la velocidad en la aplicación de vacunas, especialmente por la omisión de cinco alcaldías de la ciudad -Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Coyoacán, Cuajimalpa e Iztapalapa-, en donde aún no se inicia la vacunación de los jóvenes de 18 a 29 años de edad. En una conferencia de prensa se informó que todavía no se fija una fecha para realizar la vacunación en los jóvenes que faltan de

Figura 2. Acumulado de personas vacunadas contra el SARS-CoV-2 en la CDMX por esquema (2021)



Fuente: Referencias 1 y 3.

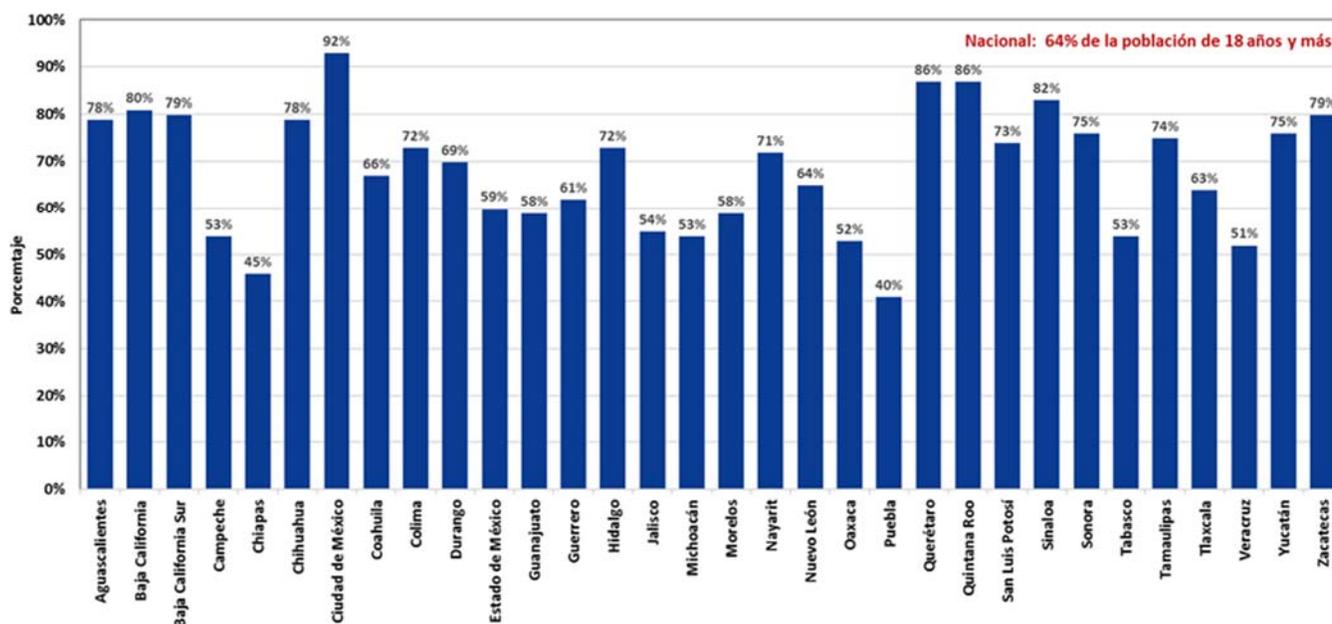
vacunarse, y que por otro lado, la aplicación de la segunda dosis en adultos de 30 a 39 años de edad, aún se encuentra dentro del intervalo de tiempo adecuado. Se espera que en ambos casos se continúe con la fase 27 del Plan Nacional de Vacunación en la CDMX en las primeras semanas del mes de septiembre. Por lo pronto, se aprovecharán estos días para terminar el proceso de vacunación en las personas con alguna situación en particular, como a las personas que están en estado de postración, asilos, reclusorios y Centros de Rehabilitación y Adicciones.

En la figura 2 se muestra el número acumulado de vacunas administradas por grupo poblacional, con fecha de corte al 1 de septiembre de 2021.

Vacunación en las entidades federativas

Según los datos publicados por la Secretaría de Salud, la cobertura nacional de vacunación es del 64%. Sin embargo, el avance de la vacunación en las entidades federativas es muy heterogéneo. Mientras que la Ciudad de México es la entidad federativa con mayor cobertura de vacunación (92% de los adultos de 18 años y

Figura 3. Vacunas contra el SARS-CoV-2 aplicadas en México, según entidad federativa



Fuente: Referencias 4 y 5.

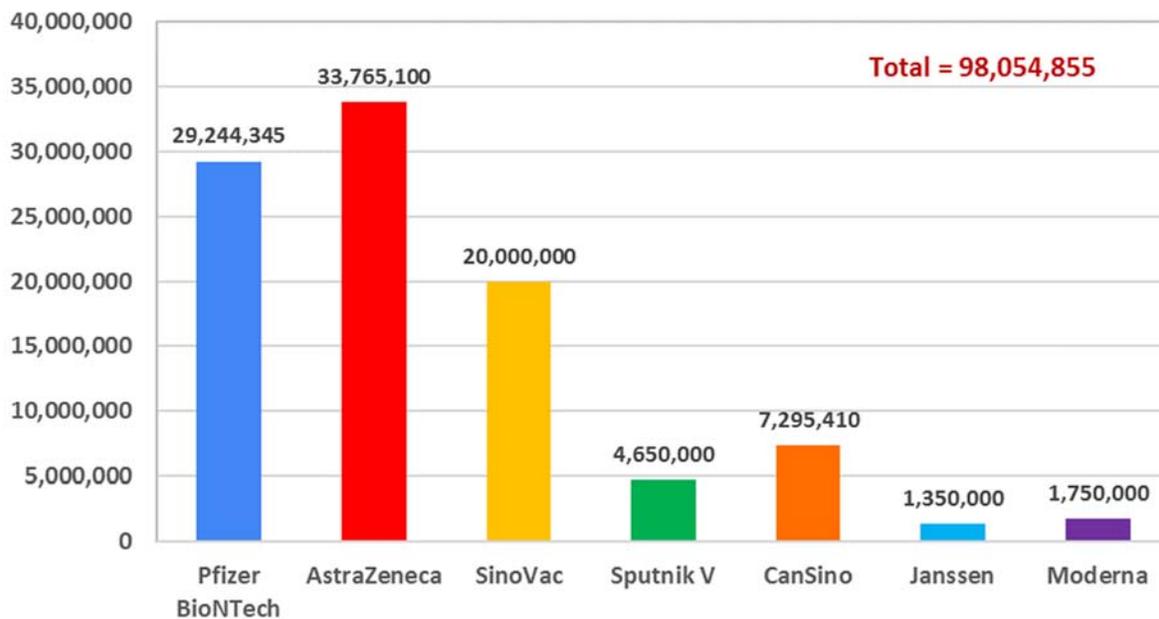
más), Puebla (40%) y Chiapas (45%) registran las menores coberturas (figura 3). Es urgente multiplicar los esfuerzos de vacunación en las entidades que tienen coberturas inferiores al 70%.

Dosis de vacunas recibidas en México

El 18 de agosto de 2021, la COFEPRIS aprobó el uso de emergencia la vacuna de *Moderna*, por lo cual ya se cuenta con ocho vacunas aprobadas en el país, todas ellas seguras y eficaces. Del 23 de diciembre de 2020 al 30 de agosto de 2021, México ha recibido un total de 98,054,855 vacunas, de las cuales 29,244,345 fueron de *Pfizer/BioNTech*; 33,765,100 de *AstraZeneca*; 20,000,000 de *SinoVac*; 4,650,000 dosis de la vacuna rusa *Sputnik V*; 7,295,410 dosis de *CanSino Biologics*; 1,350,000 dosis de *Janssen*; y 1,750,000 dosis de *Moderna*, donadas por el gobierno de los Estados Unidos (figura 4).

A modo de conclusión

Figura 4. Dosis acumuladas de vacunas contra el SARS-CoV-2 recibidas en México, según tipo.



Fuente: Referencias 4 y 5.

Durante el mes de agosto de 2021, salieron a relucir las deficiencias de la *Estrategia Nacional de Vacunación* contra el SARS-CoV-2: conforme se tiene un progreso en la cantidad de vacunas recibidas, aumenta la diferencia respecto al número de personas inmunizadas; además de que un número importante de personas que ya recibieron la primera dosis, aún no han recibido la segunda dosis. Es importante evaluar ¿qué ha sucedido con el ritmo de vacunación alcanzado en los meses anteriores?, ¿qué fue lo que ocasionó una disminución de las vacunas aplicadas durante el mes de agosto?, y ¿cuál será la siguiente estrategia de las autoridades para retomar el ritmo perdido en el proceso de vacunación?

El panorama en el país refleja tiempos difíciles: el aumento del número de casos positivos y de las defunciones en la últimas semanas, sumado al reciente regreso a clases, el intento por reactivar la economía y la distancia entre las metas establecidas y los objetivos alcanzados en la vacunación, genera una gran incertidumbre sobre el curso de la epidemia en los próximos meses. Son tiempos difíciles, aún no podemos confiarnos en la idea de retomar actividades cotidianas rápidamente; es importante que no abandonemos las medidas de prevención y control de la COVID-19 para que, en conjunto con las autoridades sanitarias, logremos controlar la pandemia causada por el SARS-CoV-2 en nuestro país.

Referencias

1. Gobierno de la Ciudad de México, Cuenta Oficial de Twitter. Acumulado de dosis aplicadas en la CDMX por grupo poblacional. [Consultado 31 de agosto de 2021]. Disponible en <https://cutt.ly/nWlJk9z>.
2. Morán C. México recibe 100 millones de dosis, pero solo un 58% de los mayores de 18 años están vacunados. El País. 2021 31 de agosto. Disponible en: <https://cutt.ly/oWlXpRr>.
3. Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Plan Nacional de Vacunación en la CDMX Fase 26 [Consultado el 31 de agosto de 2021]. Disponible en <https://cutt.ly/4WlJyAB>.
4. Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección de Epidemiología [Internet]. [Consultado el 31 de agosto de

Mi experiencia en la Unidad Temporal COVID-19 (UTC-19)

Daniel Cruz Martínez (@LuisDan99913831)

Instructor del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

Existió un proyecto llamado *UTC-19 Citibanamex*, se dio en la Ciudad de México. En esta unidad, durante más de 13 meses, personal de bata blanca y grandes equipos, pertenecientes al sistema de salud y la UNAM, atendieron a casi diez mil personas que ingresaron por COVID-19.

Sin duda, una de las experiencias más completas de toda mi vida, incluso a nivel de estudiante de medicina. Gracias a ese proyecto he cambiado totalmente la forma de ver la emergencia sanitaria por la que aún pasamos; ahora entiendo la importancia del trato que debe recibir el paciente y que una atención de calidad verdaderamente es una gran herramienta para salvar vidas.

Pude contar con un excelente equipo de compañeros y grandes personas, con los que pude crear una gran relación de amistad; hubo momentos en donde las esperanzas desaparecían; sin embargo, nuestra pequeña comunidad cada vez se hacía más unida, y después de cuatro meses de arduo trabajo, pudimos entender que no solo es COVID-19, es algo más.

Hubo un tiempo en donde contábamos los días para volver a vernos y realizar nuestro trabajo de seguimiento, tantas historias sin poder contar, tantas experiencias relatadas por voces que tal vez perdieron a alguien; había días en donde solo me sentaba a escuchar, entendí que a veces solo falta eso, un momento para que alguien te escuche.

Siendo estudiante de primer año de la carrera de medicina, tenía una idea errónea: pensaba que solo era recetar algún medicamento y caer en la gloria de ser el mejor médico... ¡que equivocado estaba!. No sabía que formaría una conciencia continua y reflexiva, que no solo es sentir el malestar alrededor de COVID-19, es preocuparte por los problemas socioeconómicos —y sobre todo psicológicos— que viven los pacientes y que ahora los persigue en su vida cotidiana.

En muchas ocasiones sueño con esas llamadas, con esas personas que no tuve la dicha de conocer, pero que me dieron la oportunidad de entrar en lo más profundo de su ser; claro, me encontré con fragmentos difíciles de comprender, tuve sentimientos de tristeza, enojo e impotencia por no poder hacer más, pero entendía que generamos un gran impacto en las personas, les ofrecimos nuestra mano y ellos la aceptaron con mucha gratitud; me impresiona la importancia de preguntar: ¿cómo te sientes?, ¿puedo ayudarte con algo? ¿necesitas hablar?, y sobre todo mencionar: “me encuentro aquí para lo que necesites”.

Ahora no me toca más que aplaudir a todo el personal médico que estuvo implicado en la realización del proyecto: hicieron un trabajo realmente digno de admirar, salvaron vidas, dieron esperanza y nuevas oportunidades. Después de noches sin dormir, sin poder descansar o ver a sus familias, lo han logrado, son verdaderos héroes, son el ejemplo a seguir.

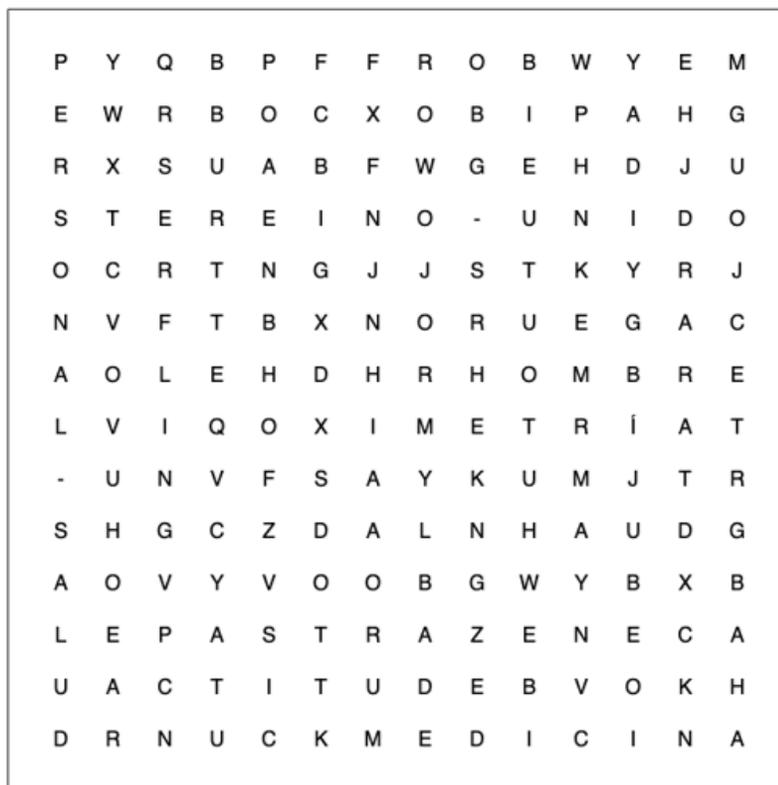
Por último, abrazo como mucha ternura a mis compañeros y compañeras: Vanessa, Samantha, Yamileth, Luis y, sobre todo a mi profesor y gran colega, el doctor Ariel Vilchis Reyes; personas que fueron de gran apoyo e hicieron que nuestra estancia fuera de lo más acogedora. También le mando un cálido saludo a todos pacientes que tuvieron la confianza de aceptar una simple llamada y que ahora siguen adelante con gran valor frente la adversidad y sorpresas que nos tenga la vida; me dieron el impulso para crecer cada día más; y ahora recuerdo que donde quiera que se ama el arte de la medicina, se ama también a la humanidad.

COVIDTrivia

Sopa de letras*

Ariel Vilchis-Reyes (@arielreyee)

Profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM



Preguntas

1. País que, hasta julio de 2021, ocupó el primer lugar, con respecto a los países más poblados del mundo, en cobertura de vacunación contra COVID-19.
2. Es el signo clínico de búsqueda intencionada para la detección de COVID-19 que solo identificó el 69.5% de estudiantes encuestados en julio de 2020.
3. Predisposición a un objeto social que se compone de una parte afectiva, cognitiva y de comportamiento.
4. Sexo que presentó un mayor optimismo con respecto a la posibilidad de que México puede ganar la batalla contra el virus SARS-CoV-2 de las y los estudiantes encuestados en julio de 2020.
5. Es el modelo epidemiológico utilizado para calcular el exceso de mortalidad en influenza, que analiza series temporales con datos obtenidos por vigilancia centinela.
6. Es el país de origen de la agencia estadística que mencionó acerca del exceso de mortalidad por COVID-19, una tasa aún mayor dada la disminución de las tasas de mortalidad por otras causas durante la pandemia.
7. Es una de las poblaciones más afectadas por COVID-19 en México, reportándose hasta julio 2021, ser el 8.9% de los casos confirmados por esta enfermedad.
8. Es la disciplina del área de la salud que reportó una mayor mortalidad por COVID-19, con respecto al total de defunciones del personal de salud reportado hasta julio del 2021 por la Secretaría de Salud.
9. Vacuna contra COVID-19 con mayor porcentaje de dosis acumulada recibidas en México, hasta julio de 2021.

Respuestas: Serán publicadas en la penúltima página del próximo Boletín (Boletín # 22).

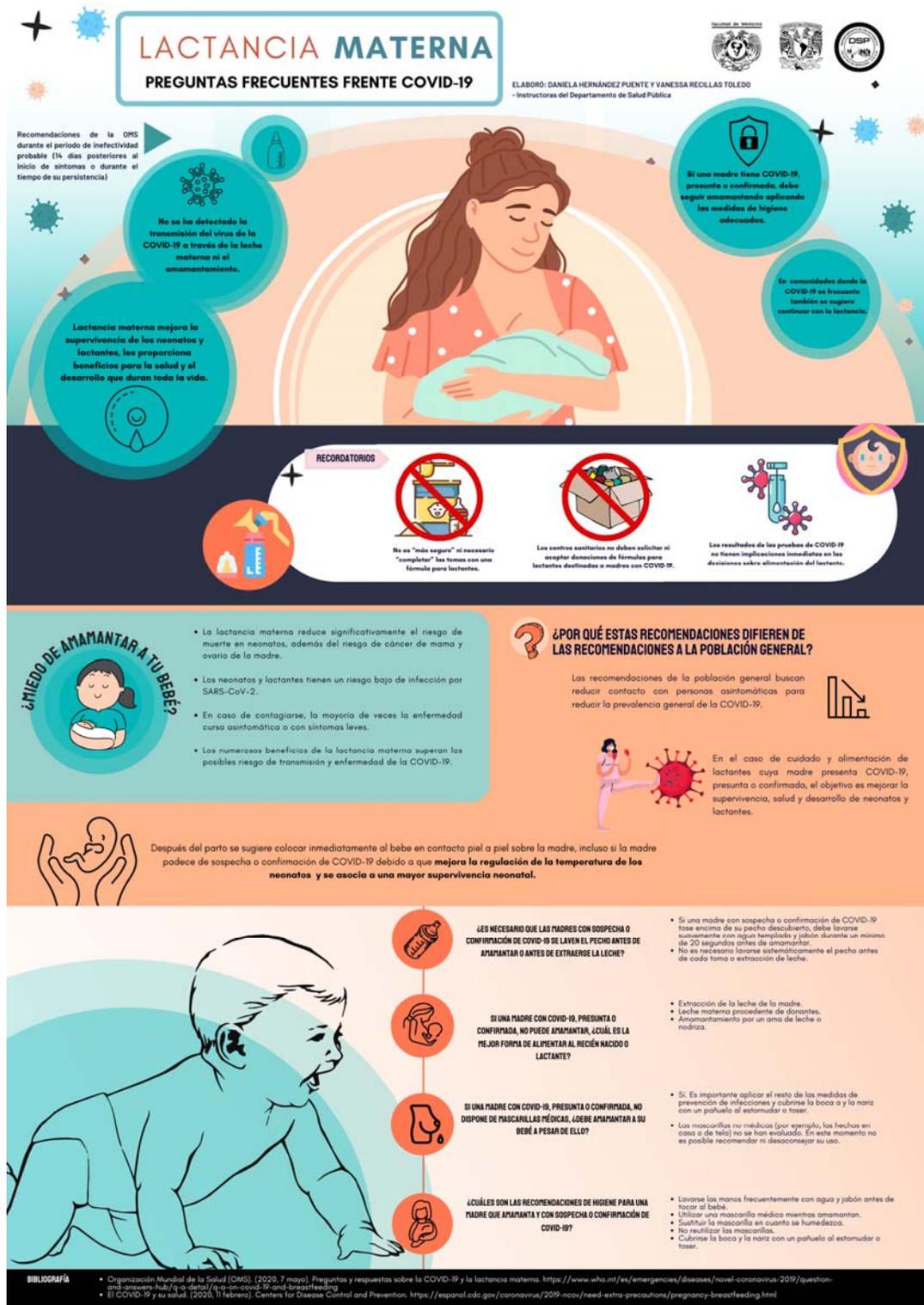
* Basado en los artículos publicados en: Boletín sobre COVID-19: Salud Pública y Epidemiología. 2021;2(19-20).
Disponible en: <https://sites.google.com/view/saludpublica-unam-boletincovid/home>.

INFOGRAFÍA

Infografía del Mes

Daniela Hernández Puente (@dannhzn), Vanessa Recillas-Toledo (@VanessaRecillas)

Instructoras del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM



Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 7 mayo). Preguntas y respuestas sobre la COVID-19 y la lactancia materna. <https://buff.ly/3jMdEgQ>.
El COVID-19 y su salud. (2020, 11 febrero). Centers for Disease Control and Prevention. <https://buff.ly/30rZ5Pm>.

El virus SARS-CoV-2 llegó para quedarse*

Estamos lejos todavía del final de la COVID-19, no sabemos cuándo terminará, el problema se alarga, lo que sí conocemos es que no habrá una época pos-COVID, porque el virus llegó para instalarse con la especie humana y difícilmente desaparecerá, afirmó Samuel Ponce de León Rosales, titular de la Comisión Universitaria para la Atención de la Emergencia del Coronavirus de la UNAM.

Al participar en la Conferencia de Salud del octavo Foro 20·20 “*La Nueva Realidad tras la pandemia: Retos y perspectivas*”, el especialista indicó que este patógeno tiene capacidades insólitas. “Al inicio de la pandemia pensábamos que difícilmente se modificaría y no fue así”.

“Hace unos meses se consideraba que estábamos lidiando con los últimos momentos de la pandemia, pues no, aún hay muchas poblaciones que no tienen acceso a las vacunas y por eso habrá ola tras ola, seguramente en México habrá una cuarta en invierno y la siguiente en el primer semestre del 2022”, previó.

Los pacientes, además, tendrán manifestaciones tardías, y el virus es altamente transmisible, porque esta replicación de miles y miles de millones de transmisiones en las células, multiplicada por mil millones de individuos, encuentran el camino para crear variantes que pueden ser más peligrosas que Delta.

Es una epopeya en la historia humana distribuir cinco mil millones de dosis de vacunas en el mundo, es un escenario extraordinariamente complejo y grave, por lo que “no vamos a tener un final feliz, el virus sigue mostrando su capacidad de cambio, sigue circulando, el porvenir se vislumbra difícil, los Objetivos del 2030 de la ONU están pulverizados”.

Salud mental

En la conferencia presentada por Dionisio Meade y García de León, presidente de Fundación UNAM, María Elena Medina-Mora Icaza, directora de la Facultad de Psicología (FP), aseguró que el bienestar mental no se recuperará automáticamente en cuanto termine la pandemia.

El impacto, dijo, será a largo plazo, con manifestaciones de miedo, enojo, desconfianza y mayores índices de ansiedad, trastornos de estrés postraumáticos, y recaídas de trastornos mentales previos con secuelas neuropsiquiátricas.

“Como tendremos que vivir con este virus, la salud mental debe considerarse como una cuestión esencial, cualquier persona es susceptible de tener afectaciones en ésta, y durante la pandemia ha aumentado el número de personas que buscan ayuda, hay disposición de hablar de ello y ha disminuido el estigma del tratamiento”, destacó.

Vacunas y variantes

Rosa María Wong Chew, jefa de la Subdivisión de Investigación Clínica de la Facultad de Medicina (FM), hizo un recorrido por los tipos de vacunas y variantes (preocupantes) del virus presentadas hasta el momento.

*Fuente: Dirección General de Comunicación Social. Boletín UNAM-DGCS-731. Universidad Nacional Autónoma de México. 2021 4 de septiembre. Disponible en: <https://buff.ly/3zL8alu>.

“Alpha (Reino Unido); Beta (Sudáfrica); Gama (Brasil); y Delta (India), esta última descubierta en octubre de 2020, la cual es la variante prevalente con 87 por ciento de presencia global y 81 por ciento en México, la cual es similar en contagio a la varicela porque se infectan entre seis y nueve personas por individuo portador”, detalló.

Añadió que el mundo tiene solo 33 por ciento de vacunados, y México alcanzó ya el 44 por ciento. Reino Unido cuenta con 60 por ciento, en contraste con naciones como Egipto y Tanzania con cinco por ciento.

“Hay 56 millones de personas vacunadas en México, 31 millones con esquema completo y se han adquirido más de 97 millones de dosis, con las cuales han disminuido drásticamente el número de muertes durante la tercera ola”, destacó.

Finalmente, José Ramón Cossío Díaz, exministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), afirmó que no es que estemos mejor o peor que en otros países, sino será hasta que transcurran los años cuando sepamos “lo que cada quien hizo y lo valoremos o no”.

La autoridad, agregó, acabó perdiendo la legitimidad. No tuvo ninguna fuerza vinculante el semáforo sanitario, cada quien ejerció su autoridad como mejor le pareció, arrancó la vacunación y se entró en un periodo de relajamiento; sin embargo, ni remotamente es un fenómeno que está concluido.

“En unos años entraremos en un momento de responsabilidades penales y administrativas por manejo de recursos, porque no por la emergencia sanitaria se pueden hacer las cosas sin apego a normas jurídicas, encontraremos la gran cantidad de errores en esa materia que se cometieron”, concluyó.

#UNAMosAccionesContralaCovid19

<https://covid19comisionunam.unamglobal.com/>

Normas para autoras y autores

Boletín COVID-19: Salud Pública y Epidemiología es una a publicación mensual del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El Boletín publica textos en español sobre temas de salud pública y epidemiología relacionados con la Pandemia del COVID-19.

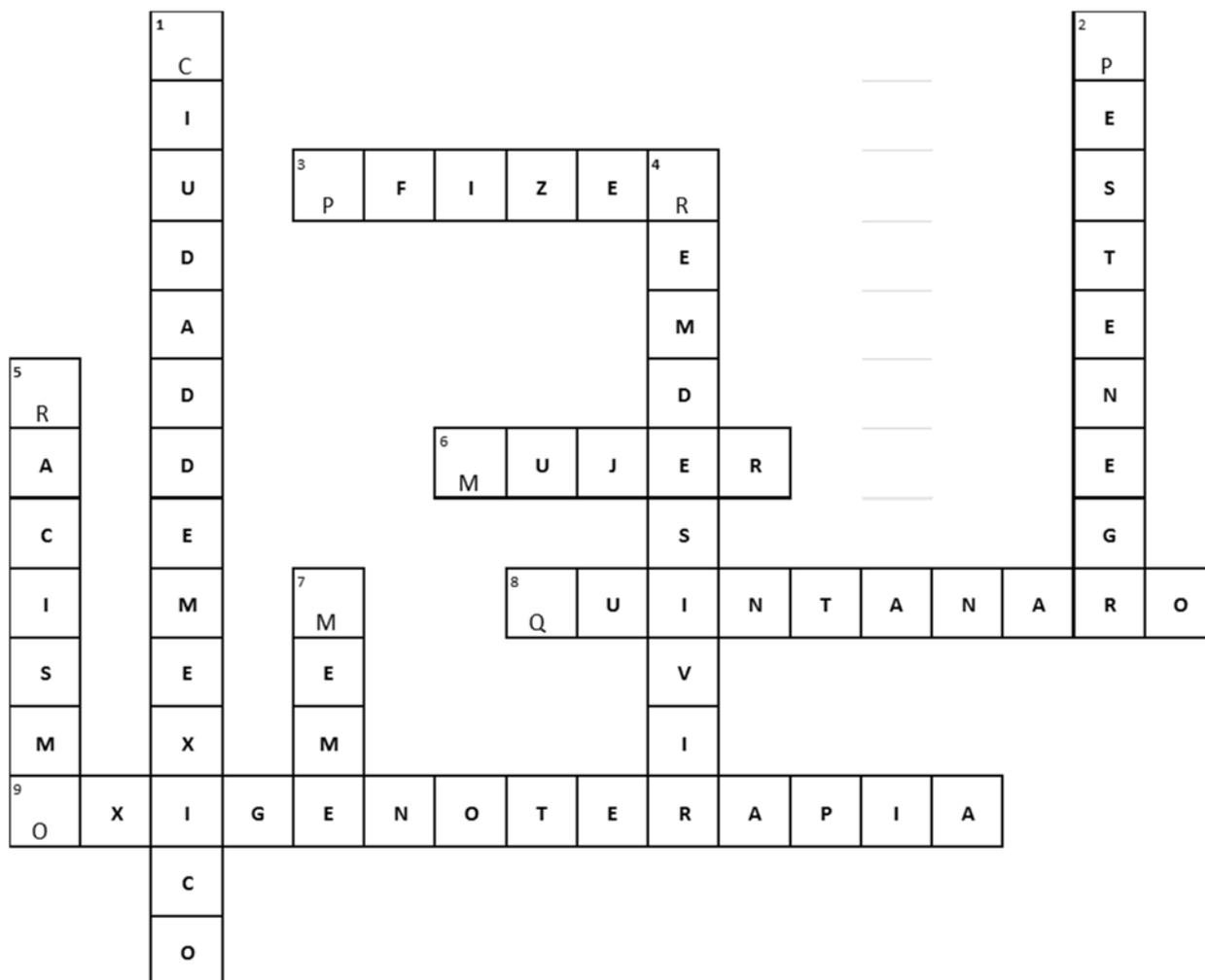
Sólo recibe trabajos originales, no publicados y que no hayan sido enviados a publicación a otro medio de difusión o revista.

- Deberá incluir la afiliación institucional de cada autor (y si lo desea, su cuenta de twitter), así como el email del autor de correspondencia.
- La extensión será de 1500-2500 palabras, incluyendo referencias.
- Un resumen (máximo de 100 palabras) y 5 palabras clave.
- Podrán incorporarse un máximo de 4 elementos gráficos (tablas y/o figuras) en formato Excel editable y/o PowerPoint.
- Los trabajos deberán enviarse en Microsoft Word, tamaño carta, letra Arial de 12 pts., márgenes de 2 cm por lado y espaciamiento de 1.5 cm.
- Como el público meta más importante son los alumnos de la Facultad de Medicina, es conveniente formular los artículos de manera didáctica.
- No incluir notas a pie de página.
- Las referencias se colocarán al final en formato Vancouver. Disponible en: <https://buff.ly/3ejUN17>

Favor de dirigir su escrito a: enriquebravogarcia@gmail.com

COVIDTrivia— Respuestas

Respuestas a la COVIDTrivia publicada en el Boletín # 19-20



Horizontales

- 3** Vacuna que México ha recibido en mayor cantidad, hasta mayo de 2021.
- 6** Hasta mayo de 2021, fue el sexo que tuvo mayor número de casos acumulados de COVID-19 en México.
- 8** Entidad federativa con la mayor letalidad por COVID-19 en población indígena en México.
- 9** Es uno de los tratamiento hasta ahora más ampliamente utilizados contra COVID-19.

Verticales

- 1** Entidad federativa que presentó el mayor número de casos acumulados por COVID-19 hasta mayo de 2021.
- 2** Pandemia que ocasionó 200 millones de muertes de 1347 a 1351.
- 4** Fármaco aprobado por la FDA (Estados Unidos) para tratamiento del COVID-19.
- 5** Es una forma ideológica que justifica el acceso inequitativo de los pueblos indígenas.
- 7** Son una representación generacional, casi siempre juvenil, de sentires y deseos en momentos específicos.

Directorio

Facultad de Medicina

Dirección

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Secretaría General

Dra. Irene Durante Montiel

Secretaría del Consejo Técnico

Dr. Arturo Espinoza Velasco

Secretaría de Educación Médica

Dr. Armando Ortiz Montalvo

Secretaría de Enseñanza Clínica e Internado Médico

Dra. Ana Elena Limón Rojas

Secretaría de Servicios Escolares

Dra. María de los Ángeles Fernández Altuna

Secretaría del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

Dra. Lilia E. Macedo de la Concha

Secretaría Administrativa

Mtro. Luis Arturo González Nava

Secretaría Jurídica y de Control Administrativo

Lic. Yasmín Aguilar Martínez

División de Investigación

Dra. Marcia Hiriart Urdanivia

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud

Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández

Coordinación de Ciencias Básicas

Dra. Guadalupe Sánchez Bringas

Departamento de Salud Pública

Jefatura del Departamento

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Sección Académica de Enseñanza

Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez

Sección Académica de Vinculación y Trabajo en Comunidad

Dr. Jesús S. Reza Casahonda

Sección Académica de Investigación

Dra. Laura Leticia Tirado Gómez

Área de Evaluación

Dr. Daniel Pahua Díaz

Unidad Administrativa

Lic. Ofelia Jiménez Gutiérrez