



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

**"FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MÉDICAS DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO"**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2020-3703-089

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

RAMÍREZ SÁNCHEZ MOISÉS

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MÉDICAS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO"**


TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

RAMÍREZ SÁNCHEZ MOISÉS

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:




DRA. LAURA MATEO ACOSTA
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS

ASESOR DE TESIS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 31, IMSS



U. A. F. No. 31

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2022



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**"FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MÉDICAS DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO"**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

RAMÍREZ SÁNCHEZ MOISÉS

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



U. F. No. 31
SECCION



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CI 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Martes, 29 de diciembre de 2020

Dra. TERESA ALVARADO GUTIERREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "Frecuencia de Síndrome de Burnout en las Asistentes Médicas de la Unidad de Medicina Familiar No. 31, en la Ciudad de México" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3703-089

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. PAULA AVALOS MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

A Dios:

Porque sé que de alguna manera, la vida y mis estudios se han encargado de hacerme entender que el ser humano es un ente biopsicosocial, pero sin duda alguna también espiritual.

A Mi Familia:

Con gran amor y dedicación especial al amor de mi vida, al ser más especial en este mundo, a la persona que me enseñó que es el verdadero amor, aquella que siempre entrega todo sin esperar nada a cambio, quien me ha dado el regalo más grande en esta vida, mis tres maravillosos hijos; Sebastián, Ricardo y Mía, mi enorme motivación y razón de ser, quien siempre estuvo a mi lado sin titubear, quien siempre me ha sostenido en momentos críticos, quien siempre me ha motivado por perseguir mis sueños, a ti amada esposa Mariana Bocanegra, gracias infinitas hoy y siempre.

A Mis Padres:

Mil gracias por el don de la vida, que sin ustedes no habría tenido la oportunidad de esta maravillosa experiencia.

A Mis Hermanos:

Quienes a su manera siempre me han sabido apoyar.

A Mis Maestros:

Gracias por las enormes lecciones de vida y profesionales, porque lo que ustedes aportan es sin duda invaluable, el tiempo que suelen dedicarnos que jamás podremos reeditar de manera suficiente, hay muchos nombres por mencionar, que una sola plana sería irrisoria.

A Mis Compañeros:

Estos tres años de residencia fueron sin duda una parte fundamental en mi vida, he ganado demasiado, me llevo grandes lecciones, y amigos para toda la vida, gracias a ustedes que siempre estuvieron para apoyar, para aquellos con mayor o menor afinidad pero que a su manera siempre estuvieron para mí, mil gracias a todos y cada uno de ustedes.

A Los Pacientes:

A quienes a veces olvidamos, sin tomar en consideración que son nuestra razón de ser, quienes han sido y seguirán siendo nuestra inspiración, nuestros eternos maestros en el día a día, ejemplos de vida, valentía, madurez, ternura, dedicación y sabiduría.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Ramírez
Apellido materno	Sánchez
Nombre	Moisés
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad De Medicina
Carrera	Médico Familiar
No. de cuenta	303215976
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
DATOS DE LA TESIS	
Título	“FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MÉDICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO”
No. de páginas	70
Año	2022

ÍNDICE

	Página
1. RESÚMEN.....	8
2. ANTECEDENTES.....	10
2.1 Marco epidemiológico.....	10
2.2 Marco conceptual.....	16
2.3 Marco contextual.....	24
3. JUSTIFICACIÓN.....	29
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	32
6. OBJETIVOS.....	33
5.1 General.....	33
5.2 Secundarios.....	32
5. HIPÓTESIS.....	33
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	34
7.1 Periodo y sitio de estudio.....	34
7.2 Universo de trabajo.....	34
7.3 Unidad de análisis.....	34
7.4 Diseño de estudio.....	34
7.5 Criterios de selección.....	34
7.5.1 Criterios de inclusión.....	34
7.5.2 Criterios de exclusión.....	35
7.5.3 Criterios de eliminación.....	35
7.6 Control de calidad.....	35
7.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos.....	35
7.6.2 Prueba piloto.....	36
8. MUESTREO.....	36
8.1 Cálculo del tamaño de muestra.....	36
9. VARIABLES.....	37
9.1 Operacionalización de variables.....	38
10. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	40
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	41
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
12.1 Reglamento de la Ley General De Salud.....	41
12.2 La declaración de Helsinki.....	42
12.3 El Informe de Belmont.....	42
12.4 El Consejo de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS).....	43
12.5 El Código de Núremberg.....	43
12.6 El Código de Bioética en Medicina Familiar.....	44
13. RESULTADOS.....	45
17. DISCUSION.....	53
18. CONCLUSIONES.....	55
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS.....	58
20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
21. ANEXOS.....	67
21.1 Hoja De Consentimiento Informado.....	67
21.2 Hoja De Recolección De Datos.....	68
21.3 Cuestionario Breve De Burnout.....	69

1. RESUMÉN

“FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MEDICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO”

** Moisés Ramírez Sánchez **Teresa Alvarado Gutiérrez.*

**Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.*

*** Coord. Clínica de Educación e Investigación en Salud*

Introducción: El Síndrome de Burnout es un desgaste y agotamiento emocional causado por estrés crónico, descrito principalmente en trabajadores en el ámbito de la salud. Medido a partir de un concepto médico-clínico y psicosocial. **Objetivo:** Conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout en las asistentes médicas de la Unidad De Medicina Familiar No. 31 (UMF 31) de la Ciudad De México. **Materiales y Método:** Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en 92 asistentes médicas de la UMF 31 mediante la auto aplicación de un cuestionario de datos generales y el Cuestionario Breve De Burnout. En el análisis estadístico se describieron frecuencias simples y proporciones así como medidas de tendencia central y dispersión, dependiendo su distribución probada estadísticamente con la prueba de normalidad. Se determinó la asociación entre las variables con el cálculo de Razón de Momios de Prevalencia (RMP) con intervalos de confianza al 95% y $\alpha < 0.05$ como estadísticamente significativo. **Resultados:** La prevalencia del Síndrome de Burnout en esta población fue del 66.3%. Para la edad se obtuvo una mediana de 32 años, el ser soltera representó la mayor proporción con 64.1% (59), respecto a la escolaridad, la mayor proporción fue licenciatura con un 57.6% (53), la relación entre Síndrome de Burnout y la antigüedad, el tener menos de 5 años contribuyó con un 39.3%, **Conclusiones:** Este estudio confirmó la hipótesis, la población estudiada presenta una prevalencia mayor a la reportada en los estudios para esta categoría. **Palabras clave:** Síndrome de Burnout, asistentes médicas, primer nivel de atención.

1. SUMMARY

"FREQUENCY OF BURNOUT SYNDROME IN THE MEDICAL ASSISTANTS OF THE FAMILY MEDICINE UNIT No. 31, IN MEXICO CITY"

* Moisés Ramírez Sánchez **Teresa Alvarado Gutiérrez.

* Third Year Family Medicine Resident

** In charge of the Clinical Coordination of Health Education and Research

Introduction: The Burnout Syndrome is an emotional exhaustion and deterioration by chronic stress, described mainly in health workers. Measured from a medical-clinical and psychosocial concept. **Objective:** To know the frequency of Burnout Syndrome in the medical assistants of the Family Medicine Unit No. 31 (UMF 31) of Mexico City. **Materials and Method:** A cross-sectional, observational and descriptive study was carried out in 92 medical assistants from the UMF 31 by self-application of a general data questionnaire and the Brief Burnout Questionnaire. In the statistical analysis, simple frequencies and proportions were described, as well as measures of central tendency and dispersion, depending on their statistically proven distribution with the normality test. The association between the variables was determined with the calculation of the Prevalence Odds Ratio (POR) with 95% confidence intervals and <0.05 as statistically significant. **Results:** The prevalence of Burnout Syndrome in this population was 66.3%. For age, a median of 32 years was obtained, being single represented the highest proportion with 64.1% (59), with respect to schooling, the highest proportion was bachelor's degree with 57.6% (53), the relationship between Burnout Syndrome and seniority, being less than 5 years old, contributed 39.3%. **Conclusions:** This study confirmed the hypothesis, the studied population has a higher prevalence than that reported in the studies for this category. **Keywords:** Burnout syndrome, medical assistants, first level of care.

2.- ANTECEDENTES.

El Síndrome de Burnout (SB) es un desgaste y agotamiento emocional causado por estrés crónico, descrito principalmente en trabajadores en el ámbito de la salud y en trabajadores con un amplio horario.¹ Medido a partir de un concepto médico-clínico y psicosocial. El Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) evalúa tres puntos. El estado emocional, la despersonalización y los logros personales. Maslach y Leiter dicen que «por la naturaleza y la funcionalidad del cargo, hay profesiones de riesgo y de alto riesgo, siendo pocas aquellas que poseen un bajo riesgo para el síndrome de burnout». Los trabajadores del primer nivel de atención a la salud son considerados con un alto factor de riesgo, debido a los altos niveles de estrés por el número de pacientes que solicitan atención médica, lo cual puede ocasionar consecuencias negativas en los trabajadores.^{2, 3, 4}

2.1. Marco epidemiológico.

La prevalencia del Síndrome de Burnout (SB) es cambiante respecto a cada país. La Organización Mundial De La Salud (OMS) estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios. De acuerdo a un estudio realizado en 45 países con 109,628 individuos publicados entre 1991 y 2018 medido a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) refleja un resultado con prevalencia del 85,7% de presencia de agotamiento. Los resultados fueron variables con respecto a la prevalencia de agotamiento total o subcomponentes de agotamiento: en primer lugar, el agotamiento emocional con un 72.0% seguido por agotamiento general representa un 67.0%, y en el subcomponente de despersonalización refleja un 68.1% y en baja realización personal 63.2%.⁵

Medscape mediante una encuesta en 2017 reportó que, los médicos que presentaron SB fueron del (51%) siendo las médicas con mayor puntaje del (55%) en equiparación con los médicos que fue de (45%). Las especialidades con mayor frecuencia de agotamiento fueron los médicos de urgencias con el (59%), Ginecología y obstetricia con el (56%) Medicina familiar, Medicina interna y médicos infectólogos (todos al 55%) Psiquiatría (42%).⁶

El país con mayor número de profesionales médicos en el mundo, es China estos profesionales atienden a la población más grande del mundo de 1,400,000,000 de pacientes. El resultado de los estudios practicados en dicho país notifica que los estudiantes de medicina en China presentan altos niveles de agotamiento, en un 40%.⁵

En la unión europea el síndrome de burnout aún no se ha aceptado oficialmente como una enfermedad profesional, aunque, según la encuesta del Eurobarómetro de 2014, el estrés presente y constante es el principal riesgo de salud y seguridad en los trabajadores, representando un 57%. La mayor parte de los países han implementado modelos para recopilar datos sobre casos de agotamiento, ya sea mediante el uso de su elemento abierto en la Lista de enfermedades profesionales (EP), o en ausencia de una lista de EP, lo que permite reconocer y compensar el agotamiento. En la Unión Europea (UE) 9 de 23 países (Dinamarca, Estonia, Francia, Hungría, Letonia, Países Bajos, Portugal, Eslovaquia y Suecia), reconocen el síndrome de burnout como una enfermedad profesional. Letonia tiene el síndrome de agotamiento incluido explícitamente en la Lista de EP. Otros 5 países (Dinamarca, Estonia, Hungría, Eslovaquia y Portugal) relacionan el estrés con enfermedades profesionales crónicas a través del "elemento abierto" en la Lista de EP. En los Países Bajos

y Suecia, los países que no utilizan la Lista de EP, cualquier enfermedad o lesión pueden ser reconocidos como ocupacionales. Italia informa el síndrome de burnout como una enfermedad probablemente diferente a la de origen laboral.⁷

En países de Europa como España existen diversos estudios en médicos de familia, así como personal sanitario diverso, encontrándose entre 30 y 60 % de cansancio emocional y afección del 76 % en al menos uno de los tres dominios del Maslach Burnout Inventory, habiendo diferentes factores involucrados en los encuestados.^{8, 9}

La prevalencia de agotamiento en médicos de familia en Croacia revela que el agotamiento emocional (AE) es de 42.4% siendo este el de mayor puntaje, despersonalización (DP) con 16.0% y logro personal (LP) con 15.2%. Mostrando como principales factores la baja satisfacción laboral y la atención de más pacientes por día teniendo como resultado altos niveles en la puntuación de AE.¹⁰

En los Estados Unidos (EE. UU.) Más del 50% de los médicos presentan síntomas de agotamiento reflejando el doble en comparación con trabajadores de otras profesiones. El agotamiento en los médicos ha ido en aumento. En 2013 a nivel nacional el 40% de los médicos reportó agotamiento medido a partir del informe Medscape Lifestyle sin embargo un Informe del 2017 reportó una tasa del 51%, lo que indica un incremento del 11% en cuatro años. Los médicos de medicina de emergencia, medicina familiar, medicina interna y obstetricia / ginecología presentan un riesgo potencialmente alto de agotamiento, presente principalmente en el sexo femenino.¹¹

El agotamiento se evidencia más en estudiantes de medicina. Un estudio realizado en 2016 de médicos residentes de todas las especialidades reflejó una tasa del 69% en agotamiento general, el 78% se presentó en las especialidades quirúrgicas y el 66% entre las especialidades no quirúrgicas. En 2013 aproximadamente la mitad de los estudiantes de las escuelas de medicina de EE. UU. Presentaron síntomas de agotamiento, y en 2018 en una muestra de 16,000 estudiantes a nivel mundial encontró que el 44% padece agotamiento.¹¹

En la actualidad la investigación sobre el Burnout se ha ido fortaleciendo en Latinoamérica y se ha declarado como un problema de salud vinculado a los riesgos psicosociales en y del trabajo (Gil-Monte, 2007). El estudio del burnout se ha desarrollado en la medida en que se considera como una problemática de salud, viéndose en el contexto laboral y no es solo un asunto de las profesiones asistenciales, que han sido las más trabajadas. Puede afirmarse que la perspectiva de investigación alrededor del burnout en los países latinoamericanos muestra una predisposición a mantener los lineamientos paradigmáticos y metodológicos de los estudios de Estados Unidos, España y otros países.¹²

Las investigaciones en la temática de Burnout se han elaborado con diversos tipos de poblaciones; trabajadores de la salud, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos, en personas que trabajan la administración de instituciones de salud, en químicos que trabajan en el área de la salud, en deportistas, en estudiantes de psicología, de enfermería, estudiantes de internado. Las

indagaciones sobre el burnout se han ocupado, por un lado, en establecer si se presenta o no el síndrome o alguna de sus dimensiones en profesiones determinadas. También existen investigaciones que además de determinar niveles de burnout, buscan correlacionarlo con variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, entre otras.¹²

Según un estudio para estimar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) en los médicos y enfermeras del Perú en el año 2014, mediante el Maslach Burnout Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS). De los 5,062 profesionales de salud, 62.3% eran mujeres, 44% eran médicos. Se obtuvo una prevalencia global del SB de 2.8% (IC95%: 2.19-3.45) usando valores predeterminados. Demostrando que la prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras.¹³

Una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del Burnout y las variables asociadas con el síndrome en profesionales de la salud de una institución de Ecuador. En la variable sexo el 69.9% eran mujeres y el 30.1% restantes eran hombres. En la profesión el 55.4% eran médicos y el 44.6% restante eran enfermeras. La prevalencia del síndrome de burnout fue de 4.2%. Se encontró en la dimensión de agotamiento emocional que 44 (26.5%) participantes tenían un nivel alto. En cuanto a la dimensión de despersonalización la muestra presenta 43 (25.9%) un nivel alto y finalmente 70 (42,2%) para baja realización personal.¹⁴

En México según una revisión sistemática, existe una tendencia creciente de publicaciones, de un total de los 64 estudios examinados completaron una

población evaluada de 13,801 empleados de diferentes centros de labor en diversos estados del país. Los trabajos más estudiados son en definitiva los profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras, los que representan el 19.3 y 17.9%, respectivamente. Si consideramos aquellos estudios donde se valoraron combinados varios profesionales de salud que trabajan en clínicas, suman en total 7,102 personas en los estudios elegidos. Las poblaciones estudiadas muestran armonía en cuanto al género, ya que en promedio, 52% de las muestras evaluadas son mujeres, aunque siete estudios no lo mencionaron. En cuanto a la edad, se obtuvo un promedio de 36.87 años en los 49 estudios que la describieron.¹⁵

Las zonas territoriales de las muestras valoradas dejan ver que en gran parte del espacio nacional se ha investigado el síndrome burnout. Por otro lado, no se encontraron estudios en Estados como Campeche, Chiapas, Guerrero, Aguascalientes, Tlaxcala, Zacatecas y Tamaulipas. La población de Jalisco (Guadalajara) es la más estudiada (28.12%), seguida por la ciudad de México (26.56%). Las poblaciones estudiadas muestran equilibrio en cuanto al género, en promedio, 52% de las muestras calculadas son mujeres.¹⁵

En 460 individuos, trabajadores de área de la salud, de 12 establecimientos hospitalarios de las secciones gubernamental y particular de México, se comunicaron niveles de agotamiento emocional alto en 10.9 %, de despersonalización alta en 19.6 % y baja calificación en realización personal en 74.9%.¹⁶

En nuestro país, varias instituciones de salud y asociaciones médicas han encontrado síndrome de Burnout en su personal, por lo que han formulado

recomendaciones al respecto. En Mexicali, Baja California, en 2004 se encontró una prevalencia de 44 % en los médicos anestesiólogos, así como en enfermeras y enfermeros. En Guadalajara, el Instituto Regional de Investigación en Salud Pública detectó 42.3 % en los médicos del primer nivel de atención que laboran en el área metropolitana y existe una alta frecuencia en médicos de hospitales del tercer nivel.¹⁷

Según Sánchez et al. Existe una prevalencia de 45% de agotamiento profesional en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en el área metropolitana de Mérida, Yucatán. Prevalencia de 56% en hombres, 44 % en las mujeres. El promedio de antigüedad laboral en los casos fue de 17.8 años y en los no casos de 18.2 años. En relación con los turnos extras, 35 % de los casos señaló realizar 10 jornadas en promedio al mes, comparado con 16 % de los médicos que resultaron negativos y que realizaban el mismo promedio de turnos extra al mes.¹⁷

2.2 Marco conceptual.

El término *burnout* fue utilizado por vez primera por Graham Green en su novela *Burnout case*. Posteriormente, en 1969, H.B. Bradley utilizó el término *staff burnout*, para 1974 Herbert Freudenberger, psicólogo estadounidense, efectuó un estudio sobre el cambio de actitud del personal sanitario del centro al año de la apertura de su trabajo, atañendo el desgaste, al que denominó *burnout*, con estados de ansiedad y depresión. Lo puntualizó como: «Un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva

de energía». Se trata de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para afrontar las excesivas demandas del trabajo con personas, lo cual produce desbalance emocional prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto.^{18, 19, 20}

El síndrome de burnout (SB) o quemarse en el trabajo es un padecimiento causado por estrés crónico laboral presente con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud, el cual repercute en el desempeño y calidad de atención hacia los pacientes. La definición de Maslach y Jackson¹⁵ es quizás la más citada: *“Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas”*.

Se aciertan como reseñas importantes los estudios de Freudenberger, Maslach, Pines y Gil-Monte. Freudenberger es citado como el precursor en los estudios del burnout, y se nombra como un referente histórico obligatorio. Es trascendental resaltar que el Modelo Multidimensional de Maslach y Jackson es el más abordado, siempre relacionado con las profesiones asistenciales. Del Modelo Mediacional, creado por Maslach y Leiter, se encuentran muy pocos trabajos que lo aborden.¹² El Psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974 fue el primero en describir el término "agotamiento" por su estudio denominado "agotamiento del personal" definido como un estado de fatiga o frustración a consecuencia de la dedicación a un estilo de vida que no obtiene el esfuerzo previsto o esperado.²¹

Posteriormente en 1976 Maslach y Jackson, lo definieron como síndrome de burnout medido a partir de una triada: El Estado Emocional (EE), la despersonalización (DP) y los bajos logros personales (LP) con características de un síntoma en común que es el agotamiento. El agotamiento emocional se manifiesta mediante la falta de entusiasmo por su trabajo, sensación de agotamiento, debilidad y fatiga. La despersonalización (DP) se mide a través de la pérdida y poco entusiasmo en la praxis médica, ofreciendo un trato poco objetivo hacia los pacientes, dejándolos de ver como personas y viéndolos como si fueran objetos, expresando actitudes y comportamientos negativos o inapropiados hacia ellos y con alta irritabilidad.^{21,22}

Spickard et al. Describe como la despersonalización se vincula al presentar malas relaciones entre compañeros o con pacientes. Describe como la despersonalización es el punto clave entre la negatividad y las experiencias laborales debido a que los médicos presentan situaciones en las que se tienen que enfrentar a escasos recursos necesarios, lo que conlleva una insatisfacción laboral. La baja en logros personales se caracteriza por ausencia de pertenencia en el trabajo con baja productividad, baja autoestima y poca resiliencia. Se presenta comúnmente entre los médicos como un comportamiento de reflejo psicológico que no es característico de ansiedad o angustia, pero así mismo se ve reflejado en poco compromiso laboral y personal.²²

En 1977 la psicóloga Cristina Maslach en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, utilizó al SB para explicar las respuestas emocionales que se propician en situaciones y condiciones difíciles, relacionadas a que se encuentran en contacto directo con otras personas. Refiriéndose principalmente a las personas que trabajan en los servicios de salud y educación.²¹ mostrando al SB como un padecimiento psicosocial y no solo como un modelo médico-clínico.¹⁵ Definiéndolo en 1981 como «un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes y/o pacientes».¹⁸

La definición global incursionada por Maslach proporcionó una aproximación más empírica que indicó la demostración vinculada del SB con diferentes insignias de salud y actividades personales y laborales.¹⁵ Las variaciones emocionales, conductuales psicosomáticas y sociales han reflejado el aumento en el número de casos del SB el cual revela su magnitud y trascendencia.²¹

Maslach et al. Cita que "La gente puede ser capaz de tolerar mayor Carga de trabajo si valoran el trabajo y sienten que están haciendo algo importante, o si se sienten bien recompensados por sus esfuerzos, y así una intervención podría apuntar a estas áreas de valor y recompensa." Requiere de nuevas aptitudes para mejorar y disminuir el agotamiento sin embargo puede resultar un gran desafío.

La psicóloga social Christina Maslach, Simultáneamente con Susan Jackson, crearon una de las herramientas más utilizadas para medir el *burnout*: el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). En este cuestionario se diferencian tres subescalas que miden tres dimensiones:

Agotamiento emocional, que es el decremento de recursos emocionales y personales del profesional. Se traduce en fatiga mental, física y emocional no proporcional a la carga de trabajo.

Despersonalización, consecuencia del agotamiento personal. El deterioro de recursos emocionales lleva al profesional a protegerse frente al usuario, deja de verlo como un individuo y lo trata como un objeto, y se inicia una falta de empatía y de importancia.

Realización personal, factor protector frente al *burnout*. El profesional con realización personal elevado está motivado, siente que interviene positivamente sobre la vida de los pacientes y es capaz de tratar los inconvenientes emocionales con calma y seguridad.^{18,23}

Schaufeli, Leiter y Maslach, dedujeron a 35 años del tema en su última revisión que la definición de Burnout varía en la literatura científica de acuerdo al contexto, el requerimiento, la relevancia y el propósito de quien lo utilice sin embargo ultimaron que todas coinciden en cinco aspectos:¹⁵

- Destacan los síntomas disfóricos, principalmente el agotamiento emocional, aunque no el único (es un síndrome que implica aspectos negativos).
- El acento está en los síntomas mentales y conductuales más que en los físicos (es psíquico).

- Es un fenómeno relacionado con el trabajo (es laboral u ocupacional).
- Sus síntomas son observados en individuos “normales” y no patológicos (es una alteración psicosocial, pero no necesariamente es una enfermedad).
- Existe un decremento en la efectividad y el desempeño laboral debido a las actitudes negativas y conductas que implica (afecta la productividad).

15

Por lo tanto la primacía en la evaluación del SB es relevante por el cual existe una heterogeneidad en instrumentos para su medición.¹⁵ En 1982 se elaboró el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud, es el más aceptado y utilizado para diferentes investigaciones; es el más aplicado hasta en un 90%.²² El Maslach Burnout Inventory (MBI) cuenta con tres versiones oficiales: el MBI Human Services Survey (HSS), para profesionales de servicios humanos (22 reactivos), el MBI Educators Survey (ES) que simplemente sustituye la palabra *estudiantes* por *pacientes*, y el MBI General Survey (GS), una nueva versión para su uso en cualquier tipo de ocupación (16 reactivos).¹⁵

El instrumento utilizado en la gran mayoría de los estudios para determinar la presencia de Burnout, es el Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento utilizado en diferentes partes del mundo, cuyo origen fue en Palo Alto California, en donde las condiciones laborales son sumamente diferentes a los médicos mexicanos, para aplicación de este instrumento se consideran los puntajes establecidos como parámetros para el personal de salud estadounidenses, o en el mejor de los casos en médicos españoles, causando

cierta deficiencia en el instrumento. Las limitaciones idiomáticas dificultan la aplicación del instrumento en poblaciones de habla hispana.²⁴

El MBI evalúa la presencia de Síndrome de Burnout, sin consideración de los antecedentes y consecuencias. El modelo de Maslach evalúa la respuesta emocional como centro, motivo por el cual se ha explorado con mayor número de ítems, a diferencia de la despersonalización con menor número de ítems y el desarrollo profesional.²⁵

Durante el transcurso de los años varios investigadores han tratado de adaptar y validar el MBI a sus respectivas lenguas. Moreno Jiménez et al. de la Universidad Autónoma de Madrid, España. Elaboraron el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) de reducida extensión y adaptada para el uso de hispanoparlantes con validación por Rivera Delgado en Cuba.²⁴

EL CBB consta de 21 ítems explora 3 áreas: 1). Síndrome de Burnout (SBO), 2). Factores de Riesgo o Antecedentes de Burnout (CBO), 3). Las consecuencias el Burnout (CON), el instrumento busca una evaluación global del síndrome de Burnout contemplando los antecedentes y efectos de la misma propuesta por Maslach y Jackson (1982) y no solo evaluar específicamente las dimensiones del Síndrome de Burnout.²⁵

La variable SBO cuenta con 3 subvariables en concordancia con el modelo Maslach y Jackson. Cuenta con tres proposiciones, cada una para un total de 9 reactivos: cansancio emocional (CE), Despersonalización (DP); y realización profesional (RP). La variable CBO evalúa los componentes de Tedio (TE); características de la tarea (CT) y organización (OR) cada una con 3 propuestas. La Variable CON no se subdivide, sino contiene tres proposiciones en total.^{24, 25}

Estructura teórica del C.B.B.			
VARIABLE	SUBVARIABLE	ÍTEMS	PUNTAJE
Factores de riesgo o antecedentes (CBO)	Tedio	6,14,20	Bajo: 9 – 19 puntos
	Características de la tarea	2,10, 16	Medio: 20 – 29 puntos
	Organización	4,8,9	Alto: ≥ 30 puntos
Síndrome de Burnout (SBO)	Cansancio emocional	1,7,15	Bajo: 9 – 19 puntos
	Despersonalización	3,11,18	Medio: 20 – 25 puntos
	Realización personal	5,12,19	Alto: ≥ 26 puntos
Consecuencias de Burnout (CON)	Físicas	13	Bajo: 3 – 6 puntos
	Sociales	17	Medio: 7 – 8 puntos
	Psicológicas	21	Alto: ≥ 9 puntos

Las características de la tarea cobran importancia en el origen del síndrome, cuando son poco emotivas para el trabajador. El tedio justifica que las actividades repetitivas ocasionen estrés en el sujeto. Así también el grado de organización en el ámbito laboral contribuye con el desarrollo del Síndrome. En las consecuencias se consideran las relacionadas con las afecciones físicas, en el ambiente familiar y laboral del individuo.²⁴

Cada pregunta del cuestionario tiene una respuesta de escala ordinal tipo Likert (5 puntos), expresado en frecuencias crecientes o decrecientes en la misma pregunta. Los valores de cada rubro se suman para obtener una calificación final para el SBO (≥ 20 puntos), CBO (≥ 20 puntos), CON (≥ 7 puntos).²⁴

La fiabilidad del Cuestionario Breve de Burnout en la escala global del síndrome es de: $\alpha=.7413$ (N=9 ítems) siendo este mismo coeficiente para el M.B.I de: $\alpha=.7989$ (N=22 ítems); con buena aceptación de ambos índices. El análisis de validez convergente entre el MBI y el CBB; muestra una alta correlación tanto en evaluación global como en sus subescalas. Exponiendo alta fiabilidad de los resultados directos del MBI.²⁵

2.3 Marco contextual.

En la actualidad, el síndrome de *burnout* es considerado por la OMS como riesgo de trabajo, por su relevancia y magnitud es catalogado como un problema de salud pública y laboral.²⁶ Dicha alteración es la base de grandes

quejas de los enfermos y de los trabajadores de la salud, determinando la gran relevancia para la economía de la salud. Es conocido que los médicos con niveles altos de burnout cometen más faltas en la atención de sus pacientes, respecto a los que hacen los médicos sin desgaste. Actualmente no existe una prueba que defina exactamente al síndrome de Burnout. Por lo cual, como resultado, el agotamiento no se menciona en el DSM-IV y la CIE-10.²⁷

El Burnout se ha estudiado desde varias perspectivas la clínica lo define como un estado resultado del estrés laboral; en la esfera psicosocial como un proceso que consta de varias etapas que evoluciona, dada por la interacción de las particularidades individuales, y el estrés del entorno profesional.²⁸

Al iniciar el estudio de este síndrome se creía que sólo repercutía en el ámbito psicológico en los médicos, ahora se ha descrito que afecta en lo social, familiar, institucional, pero sobre todo en la salud física del profesional de salud que puede mostrar síntomas cardiovasculares, neurodermatitis, alteraciones gastrointestinales y alteraciones respiratorias.^{27, 28}

A nivel nacional el síndrome de desgaste ha sido estudiado desde diferentes vertientes, desde el punto de vista psicológico, pedagógico, filosófico, administrativo y por supuesto médico y especialistas de diferentes áreas que van de la psiquiatría hasta la medicina de familia.²⁹

Estudios realizados en diferentes hospitales refieren la existencia de un alto riesgo de cansancio emocional y despersonalización en los profesionales

expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa en la vida familiar. La posibilidad de que el cansancio emocional sea eminente es mayor en quienes tienen más exceso de trabajo. El peligro de obtener bajos logros personales es mayor en las personas con baja satisfacción de recompensas.²⁷

Se ha demostrado que el síndrome de Burnout se presenta en ambos sexos. Se determina que, debido a diversos factores, ambos están expuestos a desarrollarlo. Sin embargo, la mujer es más sensible para desarrollar el síndrome, debido a la doble jornada (actividades domésticas y el trabajo en alguna institución de salud).²⁹ El Burnout se muestra y desarrolla en médicos que laboran en instituciones de salud gubernamental o privada. Según estudios realizados a nivel nacional, el estrés laboral no varía mucho en los médicos de instituciones privadas de nuestro país.²⁹ La mayoría de los estudios reportan niveles moderados de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en algunos estudios se han reportado niveles severos, primordialmente en agotamiento emocional y despersonalización. **Resultados esperados, considerando la relevancia del agotamiento emocional y despersonalización en el síndrome Burnout.** Además la despersonalización es el componente más afectado en los hombres, y en las mujeres el agotamiento emocional.²⁹

El personal que tiene entre 35-54 años es la población de mayor riesgo. Es más frecuente en los que no tienen pareja o pareja inestable, mayor predisposición en aquellos que no tienen hijos. Mayor riesgo en personal entre

11 a 19 años de práctica médica, en aquellos que laboran en más de una clínica, mayor severidad los que trabajan en Clínica y además en algún hospital. La importancia radica en que los médicos en nuestro país en su mayoría tienen más de un trabajo, Se presenta con mayor gravedad en los que atienden a más de 20 pacientes por turno. Preocupa porque se ha documentado en la literatura que no importa la cantidad de tiempo, sino la calidad en el servicio.²⁹

Un factor externo estudiado en el desgaste es el déficit o inexistencia de los materiales adecuados para desempeñar su trabajo. Las investigaciones referentes a factores protectores para no desarrollar el desgaste son relativamente pocas; respecto a esto, se han identificado: 1) el estado civil, el matrimonio es un factor protector, probablemente el convivir bien con su pareja y realizar actividades de recreación disminuye los niveles de estrés. 2) el deporte es un factor protector, desafortunadamente la mayoría de los médicos y personal de salud no lo practican.²⁹

Según publicación realizada en el centro de salud T-III "Dr. Gerardo Varela Mariscal", jurisdicción sanitaria Tlalpan, Secretaría de Salud, Distrito Federal, México; durante los meses de agosto a noviembre del 2014, la prevalencia del síndrome de Burnout entre el personal de salud es importante, ya que alrededor de la cuarta parte del personal involucrado en esta exploración lo presentó.³⁰

Reporte de estudio transversal en cinco unidades de medicina familiar de la Delegación Estado de México Oriente del IMSS. Se obtuvo una participación de hasta el 85 %; de los cuales 39.7 % mostró desgaste profesional alto cuando menos en uno de los tres dominios (26.7 % en un dominio, 11.5 % en dos y 1.6 % en los tres). En congruencia con los hallazgos se concluye que: “El desgaste profesional en los médicos familiares del IMSS, medido con el Maslach Burnout Inventory, es inferior que el obtenido en médicos familiares de España, pero superior al de otros trabajadores de la salud en México”. Hay asociación entre mayor cansancio emocional y área física inadecuada, falta de estímulos laborales y altas cargas de trabajo, así como entre despersonalización y un salario percibido como insatisfactorio.¹⁹

Según el estudio realizado por Anaya et al.² en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 2 Irapuato Guanajuato con participación de 50 asistentes médicas, hubo una prevalencia de 64 % de cierto grado de síndrome de Burnout, 30 % de cansancio emocional, 26 % despersonalización, 44% sin realización personal, con un 8 % de Síndrome de Burnout Completo.

En un estudio realizado durante el 2006 en el Hospital general de Zona con medicina Familiar No. 36 en Ciudad Cardel Veracruz, de 160 trabajadores que se les hizo entrega del cuestionario MBI, solo 146 lo completaron, observándose una prevalencia en el grupo médico de 19.6%, con al menos una subescala alterada, de las tres categorías reportadas, las asistentes médicas representaban el 15.8 % de la muestra total, se observó que las asistentes

médicas en la subescala de cansancio emocional 69.9 % presentaba afectación medio y 39.1% Alto, Subescala de despersonalización, 8.7 % bajo, 34.8 % Medio y 56.5 % Alto, Subescala Realización personal 56.5 % Medio, 43.5 % Alto. Las evaluaciones con mayor afectación corresponden a las asistentes médicas, con alteración de un mínimo de dos subescalas.³¹

La demanda de atención médica primaria es el eje principal del sistema nacional de salud, el conocer el estado y las afecciones que aquejan al personal que proporciona dicha atención, es de gran importancia para poder realizar medidas de intervención para la búsqueda de calidad en la atención médica.

3.- JUSTIFICACIÓN.

El Síndrome de Burnout (SB) se describió hace varios años en distintas profesiones, su prevalencia es variable con respecto a cada país, la Organización Mundial De La Salud (OMS) estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios con esta condición. El SB tiene gran impacto en la salud de los profesionales sanitarios, por lo cual desde el año 2000 se ha considerado por la OMS como un riesgo laboral con decremento de la salud física y mental del trabajador. ^{27,2}

Se han realizado diferentes estudios en los profesionales de la salud con el objetivo de conocer la prevalencia de SB; de acuerdo a un estudio realizado en

45 países a través del Maslach Burnout Inventory (MBI) la presencia de agotamiento fue del 85,7%⁵. En otros estudios realizados se estima que la prevalencia de este padecimiento en médicos generales es de 43 a 45% mientras que en médicos especialistas oscila entre 22-60%.

En la actualidad existen pocos estudios que incluyan otras categorías de trabajadores de la salud, que están en contacto frecuente con el paciente, como por ejemplo el personal de asistentes médicas. Algunos de los estudios realizados en México encontraron una prevalencia para SB en asistentes médicas de 64%.

Existen situaciones a considerar por el tipo de intervención que tiene una asistente médica en la atención primaria, ya que es el personal que tiene el primer contacto con el paciente, lo que puede desencadenar; estrés, exigencia laboral y familiar de forma continua durante la jornada laboral, lo que afecta progresivamente el rendimiento e incrementa la posibilidad de trastornos del carácter mismos que se asocian a errores en la atención al paciente.

Por otro lado, las complicaciones fisiológicas que de forma frecuente acompañan al SB como trastornos del sueño, estrés, ansiedad y depresión tienen consecuencias a nivel individual, social y laboral ^{31,32} por lo que es necesario que su identificación en este personal de salud sea estudiada.

Al ser la Unidad de Medicina Familiar No.31 (UMF 31) una de las unidades médicas de primer nivel de atención más grandes de Latinoamérica y por lo tanto con gran afluencia de población adscrita, es de suma importancia conocer la prevalencia del SB en esta categoría esencial del equipo multidisciplinario, ya que entre otras consecuencias, tiene un impacto directo en la calidad de la atención al derechohabiente.

La información obtenida, justifica la búsqueda intencionada de casos en esta categoría, lo que permitiría su identificación oportuna, así como conocimiento de los factores de riesgo relacionados para realizar intervenciones a futuro con la intención de prevenir, limitar el desarrollo y tratar al personal que lo padece de forma oportuna.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El SB es una afección psicosocial condicionada por el estrés laboral crónico y la sobrecarga de trabajo, que afecta la salud mental de los trabajadores, con repercusiones negativas en el desempeño profesional. Según reporte de estudios previos realizados en diferentes poblaciones y naciones demuestran un incremento en la prevalencia de este síndrome. Entidad condicionante de ausentismo laboral, menor compromiso y empatía hacia quienes reciben la atención, generando ámbitos de fracaso en las relaciones interpersonales con los derechohabientes, ofertando baja calidad en la atención con pérdida de la confianza por parte del paciente hacia la institución y el personal paramédico y médico, determinando inasistencias por parte del paciente con incremento en la morbimortalidad.³³

Al identificar factores condicionantes se pueden realizar intervenciones para mejorar la salud mental, física y laboral del personal paramédico. Según referencias de la Organización mundial de la salud (OMS), el estrés es condicionante de accidentes y enfermedades laborales, así como una enfermedad que pone en riesgo las condiciones económicas de las naciones, al poner en riesgo la estabilidad física y mental de los trabajadores, sobre todo en un ámbito tan importante como lo es la salud.³⁴ Evitar el desarrollo de conductas deshumanizantes es de gran importancia en este sector en donde lo primordial siempre será el perseguir la mejora de la relación médico paciente con sus repercusiones positivas.

En el Instituto es necesario conocer e identificar este síndrome en los integrantes del equipo multidisciplinario, en este caso en las asistentes médicas ya que son el personal que tiene el primer contacto con el derechohabiente para intervenir de forma pronta y eficaz evitando las consecuencias individuales, sociales y laborales.

Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de síndrome de Burnout en las asistentes médicas de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 de la Ciudad de México?

5.- OBJETIVO

5.1 Objetivo General

Conocer la frecuencia del Síndrome de Burnout en las asistentes médicas de la Unidad De Medicina Familiar No. 31 de la Ciudad De México.

5.2 Objetivo Secundario

1. Conocer los factores sociodemográficos de las asistentes médicas con Síndrome de Burnout.
2. Estimar el riesgo de Síndrome de Burnout asociado factores sociodemográficos.
3. Estimar el riesgo de Síndrome de Burnout asociado a la antigüedad laboral.
4. Estimar el riesgo de Síndrome de Burnout asociado al turno laboral.

6.- HIPÓTESIS.

La frecuencia de Síndrome de Burnout en las asistentes médicas de la Unidad de Medicina Familiar No. 31 del IMSS de la Ciudad de México es mayor al 64%.

7.- MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1 Periodo y sitio de estudio.

Se realizó este estudio en un periodo de 2 meses en la Unidad de Medicina Familiar No 31 “Iztapalapa” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

7.2 Universo de trabajo.

Asistentes médicas de la Unidad de Medicina Familiar No 31 “Iztapalapa” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

7.3 Unidad de análisis.

Asistentes médicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.4 Diseño de estudio.

Observacional, transversal, descriptivo y unicéntrico.

7.5 Criterios de selección

7.5.1 Criterios de inclusión:

- Asistentes médicas
- Cualquier turno
- Cualquier edad
- Antigüedad >6 meses en el Instituto.
- Aparentemente sanas

- Que desearon participar en el estudio y firmaron la carta de consentimiento informado.

7.5.2 Criterios de exclusión.

- Padecer algún trastorno mental

7.5.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionario incompleto.

7.6 Control de calidad.

7.6 .1 Maniobra para evitar y controlar sesgos.

El *sesgo debido a falta de representatividad* de la muestra en este estudio fue controlado mediante los criterios de selección, además que se realizó un muestreo de tipo aleatorio simple.

El *sesgo a partir del instrumento* de medición fue controlado con el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) ya que es de reducida extensión y adaptado para el uso de hispanoparlantes con validación por Rivera Delgado en Cuba. La fiabilidad del CBB en la escala global del síndrome es de: $\alpha=.7413$ (N=9 ítems) siendo este mismo coeficiente para el M.B.I de: $\alpha=.7989$ (N=22 ítems); con buena aceptación de ambos índices.

Así también, el *sesgo a partir del observador* fue controlado mediante la solicitud de apoyo a personal ajeno a la categoría para la distribución y logística. Cabe destacar que el cuestionario es auto aplicado.

7.6 .2. Prueba Piloto

Se tomó una muestra previa de 5 asistentes médicas, para verificar que el instrumento fuera claro y/o identificar necesidades de corrección.

8.- MUESTREO.

Muestreo aleatorio simple

8.1 CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Los datos necesarios para el cálculo del tamaño de muestra requerido para este estudio fueron:

- Proporción del padecimiento: Cifra reportada en estudios realizados en el mismo tipo de población.
- Nivel de confianza deseado: usualmente 96%, que corresponde a un valor de d : 0.04 este valor indica el grado de confianza que se tendrá de que el verdadero valor del parámetro, en la población caiga dentro del intervalo obtenido.
- Con el número total de población se utilizó la siguiente ecuación para calcular la muestra en una población finita.³⁵

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

N = total de la población a estudiar (109)

Z= nivel de confianza 95% -> Z=1,96

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (64%). 0.64

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio) 1-0.64=

0.36

d= precisión (1-10%) se utilizará 4% (0.04)

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{(109)(1.96)^2(0.64)(0.36)}{(0.04)^2 (109 - 1) + (1.96)^2(0.64)(0.36)}$$

$$n = \frac{(109)(3.8416)(0.64)(0.36)}{(0.0016) (108) + (3.8416)(0.64)(0.36)}$$

$$n = \frac{96.4764}{0.1728 + 0.8851}$$

$$n = \frac{96.4764}{1.0579}$$

n = 91.19 (92) Asistentes Médicas

9.- VARIABLES.

9.1.- Variable principal de estudio: Síndrome de Burnout.

9.2.- Sociodemográficas: Edad, sexo, escolaridad, estado civil.

Variable principal de estudio

Nombre de la variable: Síndrome de Burnout

Definición conceptual: Forma inadecuada de enfrentar un estrés emocional crónico, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño personal, de acuerdo a las dimensiones del Cuestionario Breve de Burnout (CBB).

Definición operacional: Puntuaciones mayores o igual a 20 puntos en el cuestionario breve de Burnout en ítems (1, 3, 5, 7, 11, 12,15, 18, 19).

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Indicador: 1=si, 2=no. 1=Grado bajo (9 – 19), 2=Grado medio (20 – 24) y 3=Grado Alto ≥ 25 .

Variables sociodemográficas

Nombre de la variable: Edad.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, expresado en años.

Definición operacional: Años cumplidos al momento de interrogatorio.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Discontinua.

Indicador: Número de Años.

Nombre de la variable: Sexo.

Definición conceptual: Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.

Definición operacional: Diferencia constitutiva del hombre y la mujer.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: 1=Femenino, 2= Masculino.

Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual:

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional: Nivel de escolarización hasta el momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Ordinal.

Indicador: 1= Primaria, 2= Secundaria, 3= Medio Superior (Preparatoria), 4=

Licenciatura 5= Otro.

Nombre de la variable: Estado civil.

Definición conceptual: Es la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.

Definición operacional: Estado civil reportado al momento del interrogatorio.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal politómica.

Indicador: 1=Soltera 2=Casada 3=Unión libre 4=Viuda 5=Divorciada.

10.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Previa autorización por el comité local y las autoridades de la UMF 31, se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y unicéntrico, en un periodo de 2 meses con muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple en asistentes médicas adscritas a la unidad.

La selección aleatoria de la muestra se realizó mediante la colocación de una urna con 109 boletos el cual representa el total de población a estudiar, 17 boletos fueron marcados con un NO el cual indicó la anulación en la aplicación del cuestionario y 92 boletos con un SI para participantes que fueron candidatas a la aplicación del cuestionario.

Se explicó al participante el proceso, la finalidad y los beneficios de dicha investigación. Posterior a la firma del consentimiento informado, se inició con la auto aplicación del cuestionario. La duración de todo este procedimiento se llevó a cabo en un lapso de 15 a 20 minutos y se realizó posterior a las actividades laborales.

Se realizaron de 10-15 cuestionarios en promedio por día. Los datos obtenidos, se recolectaron en el programa Excel 2016 para posterior vaciado en SPSS 23.0 para su análisis estadístico.

11.- ANALISIS ESTADÍSTICO.

Para el análisis univariado: Se describieron frecuencias simples y proporciones para aquellas variables de tipo cualitativo. Para las variables de tipo cuantitativo se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión según su distribución probada estadísticamente con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calculó prevalencia.

Para el análisis bivariado: Se realizaron pruebas de contraste de hipótesis. Para la asociación entre variables se realizó el cálculo de la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) con intervalos de confianza al 95% y $\alpha < 0.05$ como estadísticamente significativa.

12.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio implicó un riesgo mínimo con respecto a la bioseguridad de los pacientes, ya que solo se realizó la auto aplicación de un instrumento que involucra pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipuló la conducta del sujeto. El método de investigación tomó en cuenta las normas contempladas en:

12.1 Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud vigente publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, en base al título primero, capítulo único, artículo 3º; título segundo, capítulo I, artículo 13º y artículo 17º como investigación con riesgo mínimo. *Se realizó un cuestionario sobre datos sociodemográficos, y el Cuestionario Breve de Burnout*, así como recomendaciones generales y

cuidándose el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los título quinto, con respecto a la Investigación para la Salud en el capítulo único, artículo 99 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad.

12.2 Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6.-El deber del médico es promover y velar por la salud de los incluidos que participan en investigación médica, apartado 25, el investigador se apegó a la pauta 12 de la confidencialidad de la *Declaración de Helsinki* al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes.

12.3 El Informe de Belmont: Informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. Reporte creado en abril de 1979. En esta investigación existió el RESPETO hacia las participantes, protegiendo su autonomía,

mediante la obtención de un consentimiento informado, con el derecho de retirarse del estudio cuando el sujeto lo desee. BENEFICENCIA en la búsqueda de condiciones que puedan vulnerar el estado de salud de los participantes, sin presentar mayor riesgo al tratarse de un instrumento autoaplicado. JUSTICIA al haber dado la misma oportunidad a todos los integrantes del gremio en estudio, evitando discriminación por motivos de edad, raza, sexo, religión, etc.

12.4 Organización Mundial De La Salud (OMS): Se consideraron los lineamientos de la OMS en las guías del Consejo de Organizaciones internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) respecto a las consideraciones éticas para poblaciones. *Es una investigación de bajo riesgo, ya que no se realizó toma de muestras para laboratorio, ni algún procedimiento invasivo, únicamente la realización de encuestas.* Se expresaron claramente los beneficios y garantías de seguridad que se brindaron a los participantes ampliamente comentados en el consentimiento informado, se relacionaron la experiencia de los investigadores y la responsabilidad de una entidad de salud como lo es el IMSS.

12.5 Código de Nüremberg; Código de Nüremberg publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), texto que cuenta con el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Por lo cual se estableció que la investigación se llevó a cabo cuando se obtuvieron la

autorización del participante y del Instituto; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto.

12.6 Código de Bioética en Medicina Familiar; La medicina familiar reclama del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación las cuales son el pilar fundamental de este proyecto, bajo la observancia de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral, que se sustentan en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, tomados en consideración al haber dado la misma oportunidad a todas las asistentes médicas, siempre en la búsqueda de valores fundamentales como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y la equidad. Motivo por el cual concebir a la investigación de calidad como un instrumento fundamental para generar conocimiento que contribuya al progreso y consolidación de la especialidad, es indispensable, lo que exige congruencia y consistente con los principios filosóficos, valores éticos, morales y con las normas éticas, leyes y regulaciones nacionales e internacionales vigentes en la materia.

13. RESULTADOS

Se realizó un estudio, observacional, trasversal y descriptivo, en una unidad de medicina familiar, con una muestra de 92 asistentes médicas, realizando muestreo aleatorio simple.

Análisis Univariado.

En una población de 92 asistentes médicas estudiadas, se encontró que el 100% fueron del sexo femenino. Los datos presentaron una distribución según los gráficos siguientes, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con rango intercuartil de 11. (Gráfico 1) (Gráfico 2).

Gráfico 1. Distribución De La Edad.

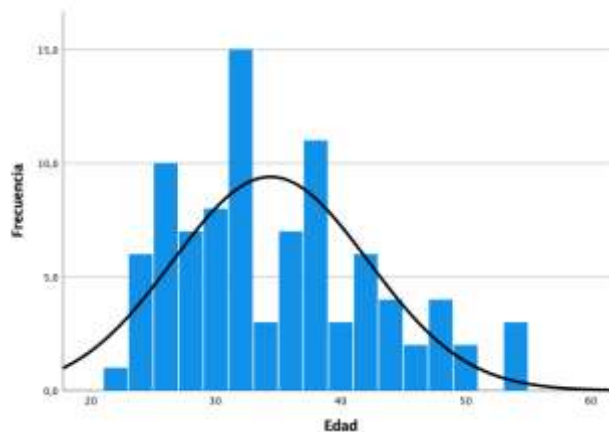
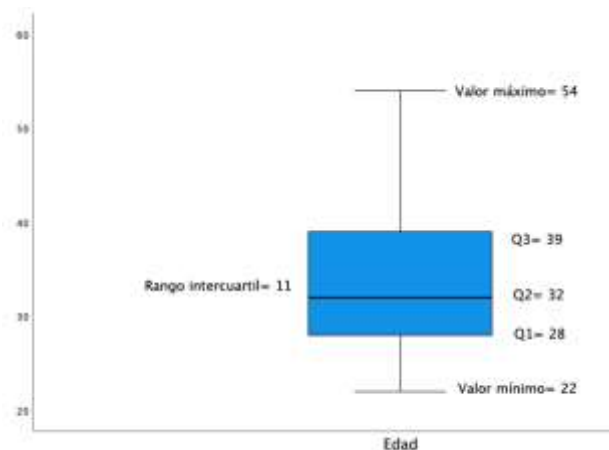
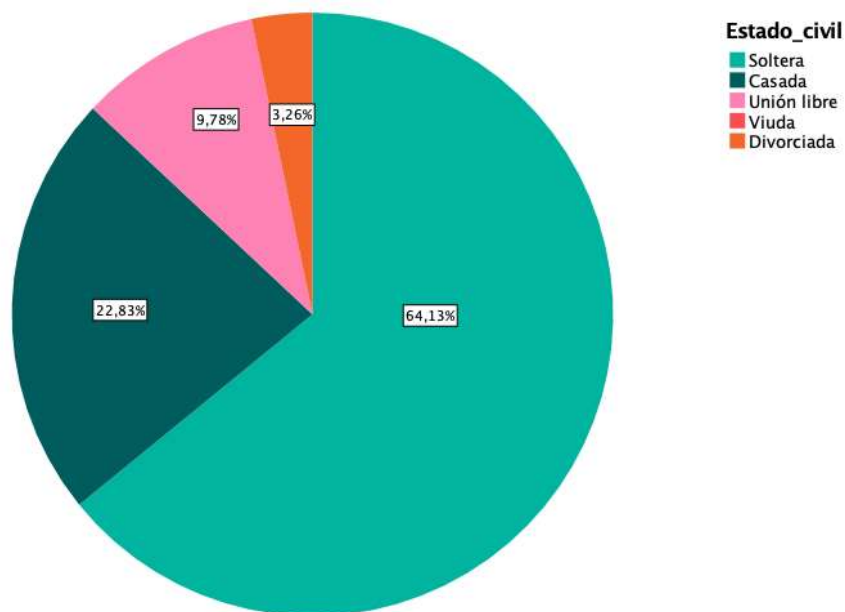


Gráfico 2. Diagrama De Cajas Para La Edad



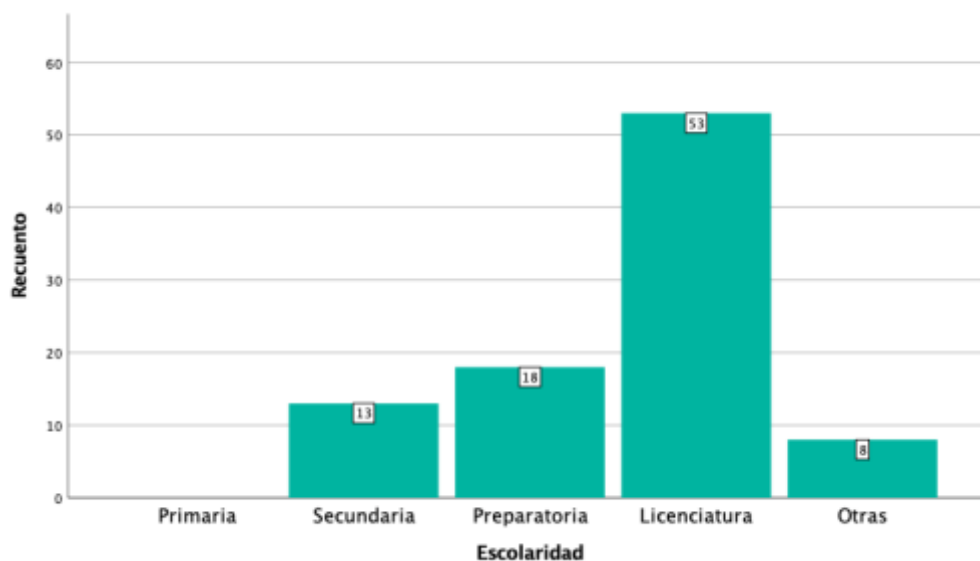
Para el estado civil, el ser soltera representó la mayor proporción con 64.1% (59), seguida por casada con 22.8% (21) mientras que el estado civil menos encontrado fue viuda (0). (Gráfico 3)

Gráfico 3. Distribución De Estado Civil



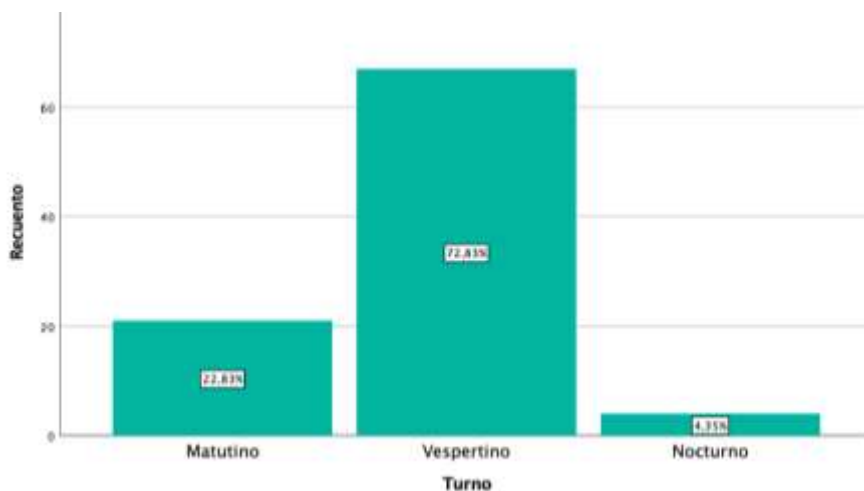
Con respecto a la escolaridad de los sujetos de estudio, la mayor proporción fue licenciatura con un 57.6% (53), seguido por preparatoria con 19.6% (18). (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución De Escolaridad



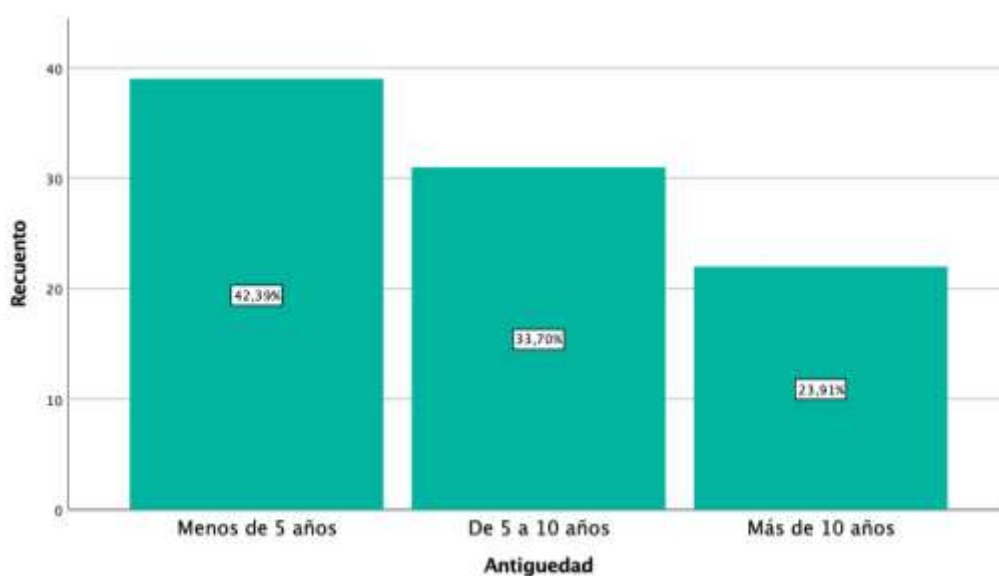
En relación al turno en el cual desempeñaban sus funciones, el turno vespertino se reportó en el 72.8% (67), seguido por el turno matutino en el 22.8% (21) y finalmente el nocturno con 4.3% (4). (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución De Turno Laboral



Para la antigüedad, el 42.4% (39) refirió tener menos de 5 años de antigüedad seguido por el 33.7% (31) de 5 a 10 años y el resto más de 10 años con 23.9% (22). (Gráfico 6).

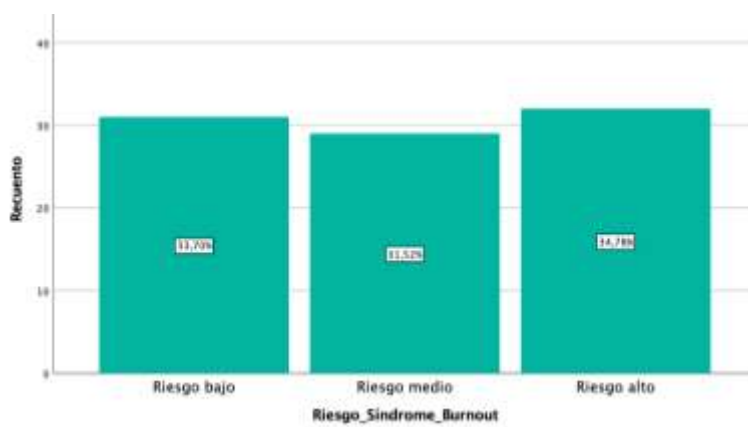
Gráfico 6. Distribución De Antigüedad Laboral



La prevalencia del Síndrome de Burnout en esta población fue del 66.3%.

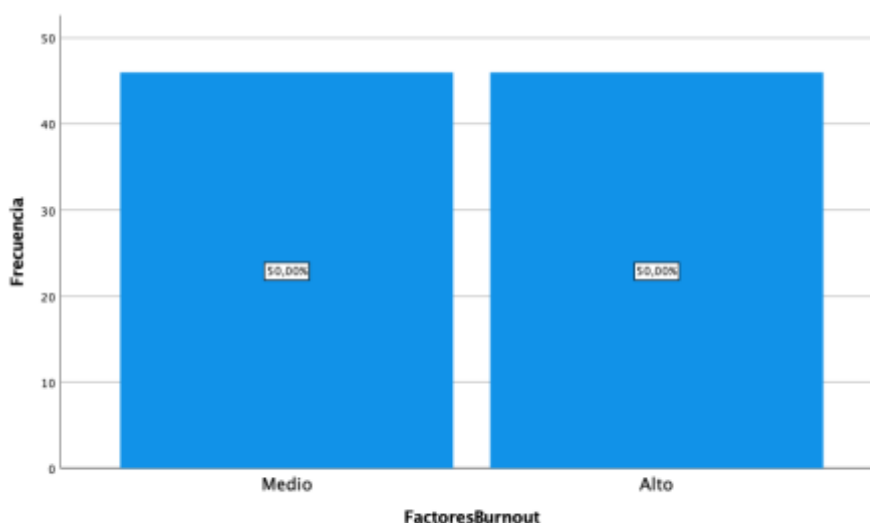
Con respecto a la categorización Síndrome de Burnout por riesgos se encontró que el 34.8% (32) presentó de acuerdo al puntaje un riesgo alto, 31.5% (29) riesgo medio y 33.7% (31) riesgo bajo. Tomando como punto de corte un puntaje Mayor o igual a 20 como afección por Síndrome de Burnout, la suma de riesgo medio y alto nos da la totalidad de la prevalencia (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución Del Riesgo



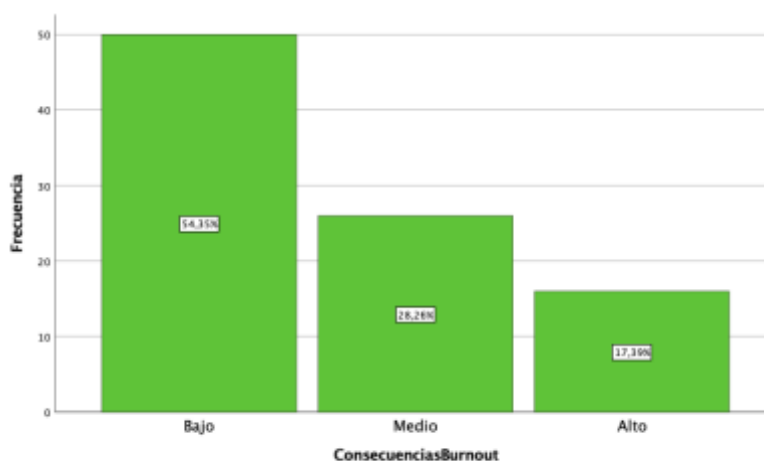
En cuanto a la categoría Factores de Burnout por riesgos se identificó que el 50% (46) tenía riesgo medio al igual que riesgo alto, para la subcategoría bajo no se encontraron datos. (Gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución Del Riesgo En Factores Burnout



Finalmente en cuanto a Consecuencias de Burnout, el 54.3% (50) obtuvo un riesgo bajo seguido por riesgo medio con 28.3% (26) y para riesgo alto el 17.4% (16). Gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución Del Riesgo en Consecuencia Burnout



Análisis Bivariado

Para riesgo medio de Síndrome de Burnout, se encontró que la escolaridad más reportada fue preparatoria 41.4% (12), mientras que para el riesgo alto, la licenciatura representó un porcentaje de 68.8% (22). (Tabla 1).

Tabla 1. Relación Entre Escolaridad Y Riesgo De Síndrome De Burnout

Riesgo de Síndrome de Burnout	Escolaridad				Total
	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Otras	
Bajo	6 (19.4)	2 (6.5)	20 (64.5)	3 (9.7)	31
Medio	4 (13.8)	12 (41.4)	11 (37.9)	2 (6.9)	29
Alto	3 (9.4)	4 (12.5)	22 (68.8)	3 (9.4)	32
Total	13 (14.1)	18 (19.6)	53 (57.6)	8 (8.7)	92 (100)

De forma general, el Síndrome de Burnout se relacionó con la presencia de licenciatura con 54.1% (33) seguido por 26.2% (16) para preparatoria y 11.5% (7) para secundaria observando una tendencia (Tabla 2).

Tabla 2. Relación Entre Escolaridad Y Síndrome De Burnout

Síndrome de Burnout	Escolaridad				Total
	n (%)				
	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Otras	
Si	7 (11.5)	16 (26.2)	33 (54.1)	5 (8.2)	61
No	6 (19.4)	2 (6.5)	20 (64.5)	3 (9.7)	31
Total	13 (14.1)	18 (19.6)	53 (57.6)	8 (8.7)	92 (100)

La relación entre Síndrome de Burnout y la antigüedad, el tener menos de 5 años contribuyó con un 39.3% mientras que tener más de 10 años fue la proporción más baja con 23% (14). (Tabla 3).

Tabla 3. Relación Entre Antigüedad Y Síndrome De Burnout

Síndrome de Burnout	Antigüedad			Total
	N (%)			
	Menos de 5 años	De 5-10 años	Más de 10 años	
Si	24 (39.3)	23 (37.7)	14 (23)	61
No	15 (48.4)	8 (25.8)	8 (25.8)	31
Total	39 (42.4)	31 (33.7)	22 (23.9)	92 (100)

Con respecto a la relación entre el turno laboral y el Síndrome de Burnout, el mayor porcentaje fue para el turno vespertino con 67% (47) (Tabla 4).

Tabla 4. Relación Entre Turno Laboral Y Síndrome De Burnout

Síndrome de Burnout	Turno laboral			Total
	N (%)			
	Matutino	Vespertino	Nocturno	
Si	10 (16.4)	47 (67)	4 (6.6)	61
No	11 (35.5)	20 (64.5)	0 (0)	31
Total	21 (22.8)	67 (72.8)	4 (4.3)	92 (100)

El tener como escolaridad licenciatura presentó una RMP de 0.64 para presentar Síndrome de Burnout con respecto a otros niveles educativos. (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación Entre Escolaridad Y Síndrome De Burnout.

Escolaridad	Síndrome de Burnout		RMP	IC95%	p
	Si	No			
Secundaria	7	6	0.64	0.27-1.58	0.37
Preparatoria	16	2			
Licenciatura	33	20			
Otro	5	3			

Por otro lado, el tener antigüedad menor a 5 años tuvo una RMP de 0.69 para Síndrome de Burnout. (Tabla 6).

Tabla 6. Asociación Entre Antigüedad Y Síndrome De Burnout.

Antigüedad	Síndrome de Burnout		RMP	IC95%	p
	Si	No			
Menos de 5 años	24	15	0.69	0.29-1.65	0.37
De 5-10 años	23	8			
Más de 10 años	14	8			

Finalmente, el laborar en turno vespertino presentó un riesgo del 85% para Síndrome de Burnout en comparación con otros turnos. (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación Entre Turno Laboral Y Síndrome De Burnout.

Turno laboral	Síndrome de Burnout		RMP	IC95%	p
	Si	No			
Matutino	10	11	1.85	0.72-4.76	0.22
Vespertino	47	20			
Nocturno	4	0			

17. DISCUSIÓN

Hay evidencia de varios estudios sobre la prevalencia de este síndrome en diferentes profesionales de la salud, pero en el presente trabajo se incorpora únicamente a las asistentes médicas, ya que son un primer contacto con los

pacientes en nuestra institución. Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout reportadas en México, entre el personal de asistentes médicas van desde el 8 % hasta 64 %; en esta investigación la prevalencia fue mayor.

La prevalencia encontrada en este estudio fue superior al 64% reportada por Anaya et al². Es evidente, la prevalencia del síndrome de burnout entre las asistentes médicas es muy alta y es necesario acoger medidas para evitar el desarrollo de esta patología.

Aunque en contra partida nuestros hallazgos sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout fueron inferiores a los reportados por Rotenstein et al.⁶ en donde los estudios informaron de manera variable estimaciones de prevalencia de agotamiento general o subcomponentes de agotamiento en un 67.0% en una revisión sistemática de 45 países, sobre estudios comprendidos entre 1991 a 2018.

Según Atance⁸ aspectos epidemiológicos como la edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada situación que pudo influir en el personal estudiado debido a que la mayoría pertenecía a una edad menor a 30 años. Respeto a la antigüedad hay un discrepancia con los hallazgos de Atance⁸ según sus reportes el personal con más de 19 años de antigüedad

presentaba mayor prevalencia de Síndrome de Burnout mientras que en nuestro estudio el 42.4% de la nuestra población contaba con menos de 5 años de antigüedad y 24 individuos que representan el 39.3 % presentan Síndrome de burnout.

Referente al sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar que prolongarían el rol de mujer, condición poco debatible en nuestro caso debido a la población estudiada en donde el 100 % de la población fue de sexo femenino.

Haciendo referencia a Atance⁸ respecto al estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables, situación demostrada en nuestra población en donde el 64.1 % eran solteras.

Entre las variables que se consideraron factores de riesgo son trabajar en el turno vespertino los mismo resultados que se comparten con Pereda et al.³¹ aunque tampoco existe unanimidad en este criterio para muchos autores, en nuestro caso el 72.8% correspondía al turno vespertino, condición que influye en nuestros hallazgos.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la

calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

18. CONCLUSIONES

La prevalencia del Síndrome de Burnout en la población entrevistada fue del 66.3% cifra con la cual se cumple la hipótesis del estudio.

El rubro de asistentes médicas es 100 % de sexo femenino, con una distribución libre en cuanto a edad, debido a que la encuestada de menor edad era de 22 años y la mayor de 54 años.

La mayoría del personal pertenece al estado civil de solteras, un factor de riesgo para Síndrome de Burnout referido en otros estudios, otra característica peculiar es que la mayoría del personal cuenta con el grado de licenciatura, lo que pudiera contribuir a generar ideas de poca realización personal y profesional.

En relación al turno la mayoría pertenece al vespertino, una explicación del porque esta característica resulta relevante al hablar de riesgo en el desarrollo de Síndrome de Burnout. Mismas condiciones encontradas en el rubro de

antigüedad en donde la mayoría pertenece a la de antigüedad menor de 5 años.

El instrumento aplicado nos permite conocer el riesgo para Síndrome de Burnout a través de un puntaje y de esta forma se encontró que el 34.8% presentó un riesgo alto para la patología. Características importantes si se pretende mejorar las condiciones laborales de los trabajadores en aras de una atención de calidad y calidez.

Al tener la oportunidad de evaluar algunos aspectos sobre los factores de Burnout es evidente que la mayoría del personal por el ámbito en el cual laboran cuenta con riesgo medio y alto para desarrollarlo. Aunque un aspecto positivo a tomar en consideración es el hecho de que la mayoría aun cuenta con riesgo bajo referente a las consecuencias de Burnout, lo que podría darnos la oportunidad de realizar intervenciones para disminuir el detrimento de los trabajadores.

En el análisis bivariado con los datos obtenidos se encontró que la escolaridad más reportada en asistentes con *riesgo alto Síndrome de Burnout* fue licenciatura con 68.8%. Cuando se categorizó de forma dicotómica por el puntaje obtenido, el Síndrome de Burnout se relacionó con la presencia de licenciatura en el 54.1%. Reforzando la idea de que probablemente al poseer

una licenciatura y encontrarse laborando como asistentes médicas no reditúa de manera suficiente en el ámbito de su realización personal y profesional.

El tener menos de 5 años de antigüedad se presentó en el 39.3% de las asistentes con Síndrome de Burnout, así como en aquellas que reportaron laborar en el turno vespertino con 67%. Aspectos que podrían referirse como la posibilidad de que a mayor antigüedad se podrían desarrollar mecanismos compensatorios o mayor inteligencia emocional que ayude a resolver la problemática que demanda el día a día en su área laboral. En cuanto al turno la situación de la doble jornada laboral es algo de tomarse en consideración, previo a la llegada a su área laboral las asistentes médicas ya debieron de haber realizado sus actividades domésticas o de otra índole si se cuenta con un doble empleo.

Para la búsqueda de asociación entre variables, el tener licenciatura no presentó riesgo con una RMP de 0.64 de igual forma que el tener antigüedad menor a 5 años con RMP de 0.69 sin embargo, el laborar en turno vespertino presentó un riesgo de 85% para Síndrome de Burnout en comparación con otros turnos no obstante, sin significancia estadística.

Este estudio confirmó la hipótesis, la población estudiada presenta una prevalencia mayor a la reportada en los estudios para esta categoría motivo por el cual justifica la necesidad de realizar más estudios que incluyan a dicha

categoría por ser el primer personal que tiene contacto con el paciente a su llegada a la unidad.

Según la evaluación de riesgo mediante el instrumento, al ser trabajadores de la salud y estar en constante contacto con individuos, todos tiene riesgo medio y alto de desarrollar desgaste profesional.

19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

El estudio de las variables sociodemográficas no demostró relación alguna con el Síndrome de Burnout sin embargo, se pudo constatar que el turno vespertino fue la única variable que demostró asociación, sin embargo es de tomar en consideración el mayor número de individuos pertenecientes a este turno.

Esto marca precedente para la realización de más estudios que exploren diferentes variables relacionadas con las características del puesto en esta categoría y otras más que no han sido estudiadas.

Debido a que la prevalencia del síndrome de burnout entre las asistentes médicas es muy alta, su forma de detección es muy fácil y de bajo costo, mediante una encuesta, es necesario realizar intervenciones para evitar el desarrollo de esta patología.

Una estrategia podría ser que a mediano plazo dicha categoría sea intervenida tanto individual como de forma grupal, dirigida a la prevención del síndrome, al igual que la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones, con grupos de apoyo, mismos que identifiquen aquellos factores de riesgo modificables para disminuir el riesgo de Síndrome de Burnout, con la finalidad de generar óptimas condiciones, para que el personal del área de la salud realice su trabajo con calidad, eficiencia y satisfacción personal.

En cuanto al instrumento de evaluación, uno de los probables sesgos que presenta es, el de no contar con una puntuación que determine a los individuos sin afección con síndrome de Burnout, ya que las clasificaciones se engloban únicamente en; bajo, medio y alto. Esta situación permite un área de oportunidad para desarrollar un instrumento con dichas características. Por otro lado es de suma importancia tener en consideración que el instrumento aplicado no permitió evaluar de forma separada cada una de las vertientes del síndrome de burnout, como lo son; desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal, debido a que el instrumento realiza una evaluación global y no de forma seccional.

Así también es necesario evaluar otras dimensiones en estudios posteriores, para incrementar posibilidades de acción y elevar la satisfacción del personal del primer nivel de atención eje de la atención médica en nuestro país e institución.

20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda ARC, Barbosa CFJ, Sander MMJ, et al. Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical Education Online*, 2019, VOL. 24, 1593785.
2. Anaya AJL, Ortiz GAC, Panduro VDR, Ramírez RG, Síndrome de «quemazón» (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos, *Aten Primaria*. 2006; 38(8)
3. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003; 114:513-559.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:397-422.
5. Chunming WM, Harrison R, MacIntyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Medical Education* (2017) 17:217
6. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians A Systematic Review. *JAMA* September 18, 2018 Volume 320, Number 11.

7. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study .Industrial Health 2018, 56, 160–165.
8. Atance MJC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Publica 1997; 71: 293-303.
9. Cebrià J, Segura J, Corbella S, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Aten Primaria 2001;27: 459-468.
10. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Soler JK, Cerovečki V, Polašek O. Burnout And Interpersonal Quality Of Care In Family Medicine In Croatia. Arh Hig Rada Toksikol 2013; 64:255-264.
11. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. Cureus 10(12): e3681. DOI 10.7759/cureus.3681. (December 04, 2018).
12. Díaz BF, Carolina GI. La investigación sobre el Síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. Psicología desde el Caribe. Universidad Del Norte. Vol. 33 (1): 113-131, 2016.
13. Maticorena QJ, Beas R, Anduaga BA, Mayta TP. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica. Vol. 33, (2): 241-247, 2016

14. Ramírez MR. Prevalencia del síndrome de burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia de Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 4, núm. 1, 2017, pp. 241-251.
15. Juárez GA, Idrovo AJ, Camacho AA, Placencia RO. Síndrome de burnout en población mexicana. Una Revisión sistemática. *Salud Mental* 2014; 37:159-176
16. Franco BX. Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Rev Mex de Puericult Pediatr* 1999; 6:252-260.
17. Sánchez CJ, Mugártgui SS. Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(4):428-31
18. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3a. ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1996.
19. López LE, Rodríguez MJR, López CJM, Peralta PML, Munguía MC. Desgaste Profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45 (1): 13-19

20. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30:159-165.
21. Castañeda AE., García de Alba GJE. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 1 / 2010.
22. Iserson KV, Burnout Syndrome: Global Medicine Volunteering As A Possible Treatment Strategy. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 54, No. 4, pp. 516–521, 2018.
23. Vilà FM, Cruzate MC, Orfila PF, Creixell SJ, González LMP, Davins MJ. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47(1):25---31.
24. Encinas CA, Reyes JM, Gómez KA, Dos Santos AL. El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital de la localidad de san Luis del Palmar, Corrientes Argentina. *Revista De Posgrado de la Vía Catedra de Medicina, Argentina*. 2007; 174: 5 – 11.
25. Moreno JB. Bustos R, Matallana A, Mirales T. La evaluación del Burnout. Problemas y Alternativas. El CCB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 1997; 13 (2); 185 – 207.

26. Athié GC, Cardiel MLE, Camacho AJ, et al. Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Investigación en Educación Médica, vol. 5, núm. 18, abril-junio, 2016, pp. 102-107
27. Carrillo ER, Gómez HK, Espinoza de los Monteros EI. Síndrome de burnout en la práctica médica. Med Int Mex 2012,28(6):579-584.
28. Aranda BC, Pando MM, Salazar EJM, Torres LTM, Aldrete RMG, Pérez RMB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 31, núm. 2, abril-junio, 2005.
29. Hernández VCI, Dickinson ME, Fernández OMA, El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos; 2008, Rev Fac Med UNAM 51(1): 11-14
30. Olvera IR, Téllez VC, González PA. Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. Aten Fam. 2015;22(2):46-49.
31. Pereda TL, Márquez CFG, Hoyos VMT, Yáñez ZMI. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico, Salud Mental 2009; 32:399-404.

32. López MA, González VF, Morales GMI, Espinoza MCE. Síndrome De Burnout En Residentes Con Jornadas Laborales Prolongadas. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (3): 233-242.
33. Martínez PA. El Síndrome De Burnout. Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión, Universidad Complutense de Madrid, España. Vivat Academia, núm. 112, septiembre, 2010, pp. 42-80
34. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept.de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004.
35. Talavera JO, Rivas RR, Bernal RLP. Tamaño de muestra. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2011; 49 (5): 517-522).

21. ANEXOS

21.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (Anexo 1)

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	"FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MEDICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 31 Ixtapalapa, ubicada en Calzada Ermita Ixtapalapa No. 1771 entre Av. San Lorenzo y Fundación Col. El Manto C.P. 09830, Alcaldía Ixtapalapa, Ciudad de México. En el periodo comprendido de Octubre a Noviembre del 2020.
Número de registro:	R-2020-3703-089
Justificación y objetivo del estudio:	La presente investigación tiene como objetivo, detectar si padezco Síndrome de Burnout, el cual representa un riesgo psicosocial con repercusiones negativas en mi desempeño laboral, se me ha informado que los resultados se ocuparan para orientarme sobre cambios a realizar en caso de padecerlo, con la finalidad de mejorar la calidad en la atención brindada a los derechohabientes.
Procedimientos:	Estoy enterada que se me realizará un cuestionario de datos generales que consta de 10 reactivos y el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) con 21 reactivos, los cuales se podrán elaborar en 10 – 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que, al participar en esta investigación tendré molestias leves, derivados de la incomodidad que podrían ocasionarme algunas preguntas que se encuentran dentro de las encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que se me otorgará la información de si padezco el síndrome de Desgaste Profesional y de ser positivo se me orientará y canalizará con el personal adecuado para poder atenderme y de esa forma mejorar mi desempeño laboral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario que se llevará a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, además se me informará sobre mi situación referente al desgaste profesional.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar éste estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, podré quedarme con el cuestionario sin causar ningún tipo de consecuencia.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	En caso necesario se ofrecerá valoración por los servicios de psicología y/o psiquiatría de forma institucional o privada con base a la preferencia y dependiendo del caso a quienes lo ameriten y estén de acuerdo.
Beneficios al término del estudio:	Al terminar el estudio se podrá identificar oportunamente si padezco Síndrome de Burnout.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Teresa Alvarado Gutiérrez. Matrícula: 99383047, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 31, Lugar de trabajo: Enc. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Teléfono: 5514799869. Correo electrónico: teresa.alvarado@imss.gob.mx
Colaboradores:	Moisés Ramírez Sánchez. Matrícula: 98389641, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 31, Lugar de trabajo: Consulta externa, Teléfono: 5587170787, correo electrónico: wolfyom21@msn.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. Ciudad de México, CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr/> Nombre y firma del sujeto	<hr/> Moisés Ramírez Sánchez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr/> Testigo 1 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Testigo 2 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

21.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (anexo 2)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MEDICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO”

Moisés Ramírez Sánchez¹ Teresa Alvarado Gutiérrez²

1. Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

2. Coord. Clínica de Educación e Investigación en Salud

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI CUENTA CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Asistente médica
2. Cualquier Turno
3. Cualquier edad
4. Antigüedad \geq 6 meses de trabajo continuo
5. Aparentemente sanas
6. Deseos de participar en el estudio

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1			Folio: ()	_ _ _ _
2			Fecha: (dd/mm/aa) ___/___/___	_ _ _ _
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)			
4	Turno: 1. Matutino () 2. Vespertino () 3. Nocturno			_
5	NSS: _____	6	Teléfono: _____	_ _ _ _ _ _ _ _
7	Edad: _____ años cumplidos	8	Sexo: 1.Masculino () 2.Femenino ()	_ _ _ _ / _
9	Escolaridad: 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Medio Superior (Preparatoria) 4. Licenciatura () 5. Otras: _____ ()			_
10	Estado civil: 1. Soltera () 2. Casada () 3. Unión libre () 4. Viuda () 5. Divorciada ()			_
11	Antigüedad: 1. Menos de 5 años () 2. De 5 – 10 años () 3. Más de 10 años			_
GRACIAS POR SU COLABORACION				

21.3 CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB): (anexo 3)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad De Medicina Familiar No. 31

“FRECUENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN LAS ASISTENTES MEDICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, EN LA CIUDAD DE MÉXICO”

Moisés Ramírez Sánchez¹ Teresa Alvarado Gutiérrez²

1. Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

2. Coord. Clínica de Educación e Investigación en Salud

Instrucciones: lea cuidadosamente todas y cada una de las preguntas que contiene este cuestionario, responda de la forma más honesta posible, rodeando con un círculo la opción que a su consideración sea la frecuencia con la que usted presenta cada una de las condiciones expuestas.

Se le pide responda cada una de las preguntas acorde a su condición previa al inicio de la pandemia de la Covid – 19.

Todos los datos aportados en este cuestionario forman parte de un estudio para conocer la frecuencia del Síndrome De Burnout y serán manejados de forma confidencial.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo: 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.	2. Me siento identificado con mi trabajo: 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.
3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes: 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.	4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo: 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.
5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales: 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Indeciso. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	6. Mi trabajo actual carece de interés: 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Indeciso. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
7. Cuando estoy en mi trabajo, me siento de mal humor: 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.	8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo: 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.
9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí: 1. Nunca. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. Siempre.	10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien sus resultados y su alcance: 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Indeciso. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.
11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellas: 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Indeciso. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.	12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso: 1. Totalmente en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 3. Indeciso. 4. De acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo.

<p>13. ¿Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.) ?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Muy poco. 3. Algo. 4. Bastante. 5. Mucho. 	<p>14. Mi trabajo es repetitivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.
<p>15. Estoy quemado en mi trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Muy poco. 3. Algo. 4. Bastante. 5. Mucho. 	<p>16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Muy poco. 3. Algo. 4. Bastante. 5. Mucho.
<p>17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Muy poco. 3. Algo. 4. Bastante. 5. Mucho. 	<p>18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. Siempre.
<p>19. El trabajo que hago dista de ser el que yo habría querido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Muy poco. 3. Algo. 4. Bastante. 5. Mucho. 	<p>20. Mi trabajo me resulta muy aburrido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones.
<p>21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En ninguna ocasión. 2. Raramente. 3. Algunas veces. 4. Frecuentemente. 5. En la mayoría de ocasiones. 	

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Factores de Burnout	<u>2</u>, <u>10</u>, <u>16</u>, 6, 14, 20, <u>4</u>, 8, 9
Síndrome de Burnout	1, 7, 15, 3, 11, 18, 5, 12, 19
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21

Los ítems subrayados deben ser invertidos, recodificados a la inversa, para obtener las puntuaciones globales de las subescalas correspondientes.

El CBB no está elaborado para evaluar específicamente las subescalas que componen los antecedentes, el burnout y sus consecuencias, sino las escalas globales.

	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9 – 19	20 – 29	≥ 30
Síndrome de Burnout	9 – 19	20 – 25	≥ 26
Consecuencias del Burnout	3 – 6	7 – 8	≥ 9

A efectos de diagnóstico de Síndrome de Burnout, se considera el punto de corte ≥ 20 puntos. Es decir, a partir de 20 puede considerarse que una persona está afectada claramente por el Síndrome de Burnout.

A efectos de consecuencias de Burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación ≥ 7 puntos. En cualquier caso, el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente por un instrumento específico.