



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

TESIS

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT
EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

ANEL YADIRA BAUTISTA MANZANO
MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

DRA. ANAYELY BERNAL TÉLLEZ
MÉDICO FAMILIAR
ADSCRITA A LA UMF NO. 28 “GABRIEL MANCERA”

DR. ÓSCAR BALTAZAR GUTIÉRREZ
MÉDICO FAMILIAR
ADSCRITO A LA UMF NO. 28 “GABRIEL MANCERA”

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE DEL 2023
NO. DE REGISTRO R-2023-3703-114



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Vo. Bo

Dr. Daniel Ernesto Navarro Villanueva
Director de la Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera"

Vo.Bo.

Dra. Yarenis Santiago Escobar
Coordinadora Clínica de Educación en Salud de la
Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera"

Vo.Bo.

Dra. Rosa María Salinas Alvarado
Profesora Titular de la Residencia en Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar N°28 "Gabriel Mancera"

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Vo.Bo.

Dra. Anayely Bernal Téllez

Médico Familiar
Adscrito a la UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

Vo.Bo.

Dr. Óscar Baltazar Gutiérrez

Médico Familiar
Adscrito a la UMF No. 28 "Gabriel Mancera"



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 **CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA **Miércoles, 09 de agosto de 2023**

Doctor (a) ANAYELY BERNAL TELLEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3703-114

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

Doctor (a) PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Inés y Camerino gracias por acompañarme en esta etapa de mi vida, no fue fácil el camino, por lo que agradezco su apoyo incondicional y amor otorgado para poder concluirla. ¡Este logro es suyo! Los admiro y amo.

A mis hermanos Carlos, Miguel, Citlalli y a mi cuñada Berenice, gracias por su apoyo y compañía, por ser mis confidentes y comprenderme en este viaje. Los quiero y amo.

A mis sobrinos Leo y Lía porque han sido una fuente de alegría y amor. Los amo.

A mis asesores la Dra. Anayely y al Dr. Oscar, un millón de gracias por el apoyo; tiempo y la paciencia brindada, ya que sin ustedes este proyecto no sería posible.

A mis amigos de la residencia José Ángel, Ingrid y Lourdes, gracias por su amistad, por levantarme en cada tropiezo y alentarme a seguir. A mi amiga Karina por ser un gran apoyo fuera de la residencia y a Fidel mi nuevo amigo del servicio social por ser un pilar importante en la culminación de este proyecto.

Con dedicatoria para mis abuelos Aurelio, Rosa †, Alberto † y Elvira †, que siempre creyeron en mí y me tomaron en cuenta en sus oraciones para poder lograr mis metas. Los amo y siempre los tendré presente.

Finalmente, gracias a la Dra. Mirelle, a la Dra. Wendy, a la Dra. Karla, al Dr. Sergio, al Dr. Juan, al Dr. Navarro, al Dr. Miguel Ángel, a la Dra. Herrera, y al Dr. Zúñiga, por su apoyo emocional y profesional durante mi formación. Los estimo y admiro.

A CADA UNO DE USTEDES, ¡GRACIAS

RESUMEN

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

¹ Bautista Manzano Anel Yadira, ² Bernal-Téllez Anayely, ² Baltazar Gutiérrez Óscar.

1. Médico Residente en Medicina Familiar adscrito a la UMF 28 “Gabriel Mancera” IMSS, 2. Médico Familiar adscrito a la UMF 28 “Gabriel Mancera” IMSS.

ANTECEDENTES: El Síndrome de Burnout (SB) se define como el conjunto de signos y síntomas que tiene como etiología la exposición al estrés laboral de forma prolongada. Se conforma de tres componentes característicos: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Diversos estudios se han enfocado en estudiar la prevalencia en el personal de salud, del segundo y tercer nivel de atención, sin embargo, se desconoce la prevalencia actual y los factores asociados en un primer nivel de atención.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, en la UMF 28 del IMSS, en donde se les realizó la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach (MBI), al personal de salud adscrito a la unidad, en sus diferentes categorías, así como, la recolección de datos sociodemográficos para su análisis posterior.

RESULTADOS: Se incluyó a un total de 166 participantes, de los cuales 27% ($n = 44$) fueron hombres y 73% ($n = 122$) mujeres. la edad promedio fue de 36.5 ± 7.8 años, a quienes se les aplicó el cuestionario MBI encontrando que el agotamiento emocional se presentó en un 34.9% ($n = 58$) con un puntaje bajo, 33.7% ($n = 56$) moderado y un 31.3% ($n = 52$) presentaban puntaje alto. En cuanto a la despersonalización, el 51.8% ($n = 86$) presentó puntaje bajo, el 30.1% ($n = 50$) moderado y el 18.1% ($n = 30$) puntaje alto. En baja realización el 54.8% ($n = 91$) presentó puntaje bajo, 21.1% ($n = 35$) moderado y un 24.1% ($n = 40$) puntaje alto.

CONCLUSIÓN. De acuerdo con la aplicación del cuestionario de Maslach un 65% del personal de salud del primer nivel de atención, tiene un grado de agotamiento emocional de moderado a alto, 48.2% muestran un grado de despersonalización de moderado a alto y el 54.8% baja de realización personal, lo cual se asocia a la presencia de Burnout por presentar al menos dos dimensiones afectadas.

PALABRAS CLAVE: Burnout, agotamiento, personal de salud.

ABSTRACT

“PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH BURNOUT SYNDROME IN HEALTH STAFF AT THE FIRST LEVEL OF CARE”.

¹ Bautista Manzano Anel Yadira, ² Bernal-Téllez Anayely, ² Baltazar Gutiérrez Óscar.

1. Resident Physician in Family Medicine assigned to UMF 28 “Gabriel Mancera” IMSS, 2. Family Physician assigned to UMF 28 “Gabriel Mancera” IMSS.

BACKGROUND: Burnout Syndrome (BS) is defined as the set of signs and symptoms that have as their etiology exposure to prolonged work stress. It is made up of three characteristic components: emotional exhaustion, depersonalization and low personal achievement. Various studies have focused on studying the prevalence in health personnel at the second and third levels of care; however, the current prevalence and associated factors at the first level of care are unknown.

OBJECTIVE: Determine the prevalence and factors associated with Burnout Syndrome in health personnel at the first level of care.

MATERIAL AND METHOD: A cross-sectional, descriptive study was carried out in the UMF 28 of the IMSS, where the application of the Maslach Burnout Inventory (MBI) was carried out to the health personnel assigned to the unit, in its different categories, as well as the collection of sociodemographic data for subsequent analysis.

RESULTS: A total of 166 participants were included, of which 27% ($n = 44$) were men and 73% ($n = 122$) women. The average age was 36.5 ± 7.8 years, to whom the MBI questionnaire was applied, finding that emotional exhaustion occurred in 34.9% ($n = 58$) with a low score, 33.7% ($n = 56$) moderate and 31.3% ($n = 52$) had a high score. Regarding depersonalization, 51.8% ($n = 86$) had a low score, 30.1% ($n = 50$) had a moderate score, and 18.1% ($n = 30$) had a high score. In low performance, 54.8% ($n = 91$) had a low score, 21.1% ($n = 35$) had a moderate score, and 24.1% ($n = 40$) had a high score.

CONCLUSION: According to the application of the Maslach questionnaire, 65% of health personnel at the first level of care have a moderate to high degree of emotional exhaustion, 48.2% show a moderate to high degree of depersonalization and 54.8% have a low level of emotional exhaustion, personal fulfillment, which is associated with the presence of Burnout because it presents at least two affected dimensions.

KEYWORDS: Burnout, exhaustion, health personnel.

ÍNDICE GENERAL

I. MARCO TEÓRICO.....	12
Antecedentes	12
Definición.....	14
Epidemiología	15
Factores de riesgo y etiología	15
Cuadro clínico	17
Diagnóstico y clasificación de la severidad.....	18
Prevención y tratamiento	18
Burnout en el personal de salud.....	20
II. JUSTIFICACIÓN	26
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	28
V. HIPÓTESIS.....	28
VI. OBJETIVOS.....	28
Objetivo general:.....	28
Objetivos específicos:.....	28
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
Periodo y sitio de estudio:	29
Población de estudio:	29
Diseño del estudio:	29
Descripción del estudio:.....	29
Plan de análisis estadístico	30
VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión	30

Criterios de eliminación	30
IX. MUESTREO	31
Tipo de muestreo	31
Tamaño de la muestra	31
X. VARIABLES DE ESTUDIO	33
Variable independiente:	33
Variable dependiente:	33
Covariables	33
Operacionalización de variables	34
XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
XII. RECURSOS	39
Humanos	39
Materiales	39
XIII. FINANCIAMIENTO	39
XIV. FACTIBILIDAD	40
XV. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	40
XVI. SESGOS	40
XVII. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD	41
XVIII. CONFLICTO DE INTERESES	41
XIX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	42
XX. RESULTADOS	43
XXI. DISCUSIÓN	52
XXII. CONCLUSIÓN	53
XXIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
XXIV. ANEXOS	58
Anexo. Instrumento de recolección de datos	58

Anexo. Criterios diagnósticos de otras patologías psiquiátricas agudas DSM-V	59
Anexo. Cuestionario de aplicación	63
Anexo. Diseño del estudio	65
Anexo. Carta de no inconveniente	66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Instrumento de recolección de datos.....	59
Anexo 2	Criterios diagnósticos de otras patologías psiquiátricas agudas DSM-V	60
Anexo 3	Cuestionario de aplicación.....	64
Anexo 4	Diseño de Investigación.....	66
Anexo 5	Carta de no inconveniente.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1	Diseño de Investigación.....	66
-------	------------------------------	----

ABREVIATURAS

AW	Áreas de Vida Laboral (Areas of Worklife)
BBI	Inventario de Burnout de Bergen (Bergen Burnout Inventory)
BFI-10	Inventario de los 5 grandes factores de la personalidad (The Big Five Inventory-10)
CBI	Inventario de Burnout Copenhage (Copenhagen Burnout Inventory)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11
CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)
COR	Conservación de Recursos (Conservation of Resources)
CSES	Escala de autoestima colectiva (Collective Self-esteem Scale)
DASS	Escala de estrés, ansiedad y depresión (Depressive Anxiety Stress Scale)
GAQ	Cuestionario de agresión (Aggression Questionnaire)
GHQ-12	Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire versión 12)
JD-R	Demanda laboral – Recursos (Job Demands- Resources)
LBS	Escala de Burnout académico (Academic Burnout Scale)
MBI	Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory)
MBI-ES	Inventario de Burnout de Maslach - Encuesta Profesores (Maslach Burnout Inventory - Educators Survey)
MBI-GS	Inventario de Burnout de Maslach - Encuesta General (Maslach Burnout Inventory – General Survey)
MBI-HSS	Inventario de Burnout de Maslach- Encuesta Servicios Humanos (Maslach Burnout Inventory – Humans Services Survey)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OLBI	Inventario de Burnout de Oldenburg (Oldenburg Burnout Inventory)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPQ	Cuestionario del estado psicológico positivo (Positive Psychological Capital Questionnaire)
SB	Síndrome de Burnout
SMBM	Escala de Burnout de Melamed – Shirom (Shirom-Melamed Burnout Measure)
SPEQ	Cuestionario de entorno psicológico escolar (School Psychological Environment Questionnaire)
TMMS-24	Escala validada de Inteligencia Emocional (Trit Meta Mood Scale 24)

I. MARCO TEÓRICO

Antecedentes

En 1975 *Freudenberger*, médico psiquiatra, describió el término Burnout, al ser partícipe como trabajador de una clínica de adicciones en donde observó los cambios psicológicos y conductuales presentes en los trabajadores de distintas instituciones de atención a la salud, centros de intervención en crisis y grupos de autoayuda a la comunidad. Se refirió al Síndrome de Burnout (SB) como el agotamiento físico/mental que presenta el trabajador, secundario a un compromiso exagerado con alguna actividad laboral, teniendo como consecuencia déficit en su área laboral. Aunque lo observó predominantemente en el personal de salud, explicó que no es un término exclusivo de esta área. Habitualmente, suele manifestarse después de un año de antigüedad laboral en una institución gratuita.¹

Freudenberger utilizó la palabra Burnout, ya que hacía referencia a las consecuencias del uso y abuso prolongado de drogas que, en el ámbito de las artes y el deporte, describía a aquellos individuos que a pesar de su empeño no lograban cumplir sus objetivos.²

En 1976 *Maslach*, psicóloga social, realizó una investigación en trabajadores con distintas profesiones, con la que acuñó el término Burnout como un síndrome psicológico de fatiga emocional, de crisis en la personalidad y de frustración personal, que ocurre en un individuo con exposición prolongada al estrés. Más tarde, en 1981, *Maslach y Jackson* describieron las tres dimensiones del SB: en primer lugar, el agotamiento emocional siendo la característica cardinal, definida como cansancio, fatiga, desesperación, disminución en la capacidad física o mental; la segunda dimensión corresponde a la despersonalización, la cual hace referencia a la actitud negativa que propicia el maltrato o a una calidad de atención inadecuada e inhumana y por último, la falta de realización personal, que hace alusión a la autoevaluación estricta e insatisfacción de los logros profesionales.^{3,4}

Más tarde, en 1981 *Maslach* desarrolló el *Inventario de Burnout de Maslach* (MBI) dirigido a profesionales de la salud, utilizado para diagnóstico y evaluación de la severidad del SB. En 1986 fue modificado para finalmente componerse de 22 preguntas, divididas en tres dimensiones. Tal instrumento evalúa siete factores de riesgo asociados: carga de trabajo, pérdida de control, la recompensa o premio, la comunidad, la igualdad, los valores y la incongruencia entre el trabajo y la persona. La carga de trabajo se define como la cantidad de pendientes durante una jornada. La falta de control se refirió como a la ausencia de liderazgo y de un rol específico. El premio, por su parte fue definido como la retroalimentación negativa de los jefes, de la sociedad, ya sea de tipo afectivo o económico. La sociedad es la población en la que es imposible tener una adecuada relación. La justicia es la percepción de ausencia de valores. En cuanto a los valores, eran muy distintos los individuales respecto a los organizacionales. Finalmente, la incongruencia puesto-persona hace alusión a que la personalidad del individuo no se adapta a su puesto de trabajo.⁵

Debido a que el estudio de Burnout y su escala de medición surgieron de una observación a profesionales de la salud y profesiones que prestan servicios humanos, se han editado múltiples versiones del inventario original, entre ellas el Inventario de Burnout de Maslach- Encuesta Servicios Humanos (MBI-HSS) versión original del MBI dirigida a trabajadores que prestan servicios humanos; otra versión es el MBI- Encuesta Profesores (MBI-ES) y finalmente en 1996 Maslach, Jackson y Leiter, modificaron el MBI, de tal forma que se adaptó a todas las profesiones, de ahí surge el Inventario de Burnout de Maslach–Encuesta General (MBI-GS), dentro de los cambios en este inventario se encuentran la despersonalización por cinismo y la baja realización personal por eficacia profesional.^{6, 7}

Se han desarrollado múltiples escalas de medición de Burnout que engloban desde una hasta tres dimensiones, dentro de las cuales destacan: Inventario de Burnout de Bergen (BBI), Inventario de Burnout de Oldenburg (OLBI), otras que diferencian el agotamiento emocional del agotamiento físico y cognitivo: Escala de Burnout de Shirom-Melamed (SMBM) e Inventario de Burnout Copenhage

(CBI) y otros que integran cuatro dimensiones como lo es el Inventario de Burnout versión española.⁶

Es hasta el siglo XXI cuando se inician investigaciones de la asociación entre el compromiso laboral y el Burnout. Se define como compromiso laboral a la participación e involucro del trabajador dentro de los objetivos de su empresa. Aunque se formulaba que la correlación entre el compromiso y el trabajo tiene efectos positivos, se ha estudiado que presenta una correlación negativa con el Burnout.⁶

Definición

Maslach en 1982, lo conceptualizó como un síndrome psicológico, cuya principal característica es un modelo tridimensional (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), resultado de la sobreexposición a un factor estresante exclusivamente laboral, con alta interacción con el público (servicios humanos, educación y salud).⁶

La psicología social lo definió como el producto de las relaciones interpersonales. Mientras tanto la rama de la psicología enfocada en las organizaciones y el trabajo, lo aborda como una consecuencia del estrés laboral.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, define al SB como una enfermedad de riesgo laboral que causa deterioro del bienestar.⁴ Posteriormente en 2019, lo refiere como un fenómeno ocupacional y lo añade dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).⁸

En la CIE versión 11 (CIE-11) el SB se ubica dentro del apartado de Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud, designado en el área de: Problemas asociados con el empleo o el desempleo, con la clave de QD85 “Síndrome de desgaste ocupacional”. Se define como la presencia de un conjunto de signos y síntomas como producto de un mal afrontamiento al estrés crónico, exclusivamente laboral, el cual engloba tres

aspectos: desgaste emocional, despersonalización laboral y falta de realización personal.⁹

Epidemiología

El panorama mundial muestra que cada año se descuidan alrededor de 12 millones de días laborales, debidos fundamentalmente a alteraciones en la salud mental de los trabajadores, lo que repercute en la economía poblacional, por ello, la OMS recomienda disminuir los factores de riesgo en el trabajo y evitar de esta forma el daño a la salud mental.¹⁰

El SB afecta principalmente al área médica, lo que predispone a presentar dificultades o errores en la toma de decisiones y reduce la complacencia del paciente. El SB surge como resultado de factores derivados del sistema de salud, de la carga de trabajo, de las largas jornadas laborales y del trabajo de tipo administrativo. Los médicos que ejercen en instituciones con niveles económicos más altos son menos propensos a manifestar Burnout (*Winner 2019*).¹¹

En México en el 2022 se reportó una prevalencia de Burnout del 45.9% en médicos especialistas estudiados de forma transversal a través del instrumento MBI-HSS. (*Castañeda y colaboradores 2022*).¹²

Factores de riesgo y etiología

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) describe como factores psicosociales aquellos que tienden a negativizarse y que repercuten en la salud mental del trabajador, específicamente se refiere al ambiente laboral. El ambiente de trabajo abarca desde la adaptación del individuo a la empresa o instituto, el rol a interpretar, las múltiples funciones a realizar, la organización y sus cambios, el apoyo y la capacitación al personal, el trabajo en equipo, las relaciones entre sujetos del mismo campo, el uso de la tecnológica, las aptitudes y competencias del trabajador, las limitaciones o carencias en el desempeño profesional, el incumplimiento de sus metas profesionales, las largas jornadas laborales, la inseguridad laboral, la constante preocupación de ser despedido, el desempleo y

subempleo. Asimismo, refiere que el trabajo a su vez incrementa adversidades sociales que afectan y destruyen la salud mental, como la carga de trabajo, situaciones angustiantes, conductas perjudiciales y el acoso laboral, que pueden repercutir de forma trascendental en el rendimiento y la productividad laboral.¹³

Los distintos modelos publicados al momento describen que existe un desequilibrio laboral como causa de estrés laboral. El modelo transicional postula la existencia de tres etapas en el proceso de Burnout que inicia con la exposición a factores estresantes laborales, el modelo Demanda laboral – Recursos (JD-R) argumenta que ante la alta demanda y bajos recursos aparece el Burnout, el modelo de Conservación de Recursos (COR) expone al agotamiento como producto de la exposición a amenaza de los recursos disponibles. Por su parte, el modelo de Áreas de Vida Laboral (AW) describe seis áreas en las que se produce una inestabilidad: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, justicia y valores.¹⁴

Dentro de los factores individuales que influyen en el desarrollo del SB se encuentran: la edad-experiencia, el sexo masculino, la personalidad competitiva, las metas de desarrollo profesional y económico, siendo éstos últimos excesivos o escasos sus ámbitos teórico y práctico. Los factores sociales incluyen la funcionalidad, las crisis familiares y las redes de apoyo. En los aspectos psicológicos destacan las técnicas inadecuadas o ausencia de ellas, en el control de las emociones y de las actitudes laborales ya descritas, todo depende de lo que el individuo crea que tiene el control de su vida.^{15, 16.}

La exposición prolongada a situaciones estresantes, así como un mal afrontamiento son las principales causas de este síndrome. El estrés como un proceso fisiológico que predispone al individuo para la acción, dicho de otra forma, es una respuesta adaptativa que alerta al organismo para su supervivencia.¹⁷

Cuadro clínico

El SB afecta de forma predominante al individuo con mayor compromiso y dedicación al trabajo, que tienen una necesidad excesiva de ayudar o dar y que se desempeñan dentro de una institución (Freudenberger, 1975).¹ El SB se caracteriza por la presencia de manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales (*Linares y Guedez, 2021*).⁴ Otros autores engloban las manifestaciones en tres áreas; psiquiátricas, somáticas y conductuales (*Carillo 2012*).¹⁸

Los síntomas físicos/somáticos son fatiga, cefalea, ganancia o pérdida de peso, alteraciones del sueño, palpitaciones, disnea, diarrea, artralgias, mialgias, así como, síntomas cardiovasculares, gastrointestinales, endocrinos, neurológicos y musculares.^{3, 4, 17}

A nivel psicológico/psiquiátrico, cursa con disgusto, odio, antipatía, desorientación y desvalorización, trastornos de la personalidad, trastorno de ansiedad y depresión, intento o consumación de autolisis, adicciones y conductas agresivas.^{1, 17, 18}

En el ámbito conductual/cognitivo se observa poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, rigurosidad, descuido, actitudes negativas, autoevaluación negativa, autosabotaje, cinismo, ausencia de valores y la tendencia a situarse en escenarios riesgosos.^{1, 17}

En el área organizacional/ laboral, se caracteriza por la presencia de relaciones deficientes intra y extra personales, decremento en el crecimiento profesional, reducción e inadecuada ejecución de las actividades laborales, ausentismo o baja laboral, riesgo en la calidad de atención del paciente y en el área personal, inadaptación, falta de motivación, falta de compromiso laboral, disociación instrumental extrema, impulsividad, embotamiento y negación .^{3, 4, 18}

Diagnóstico y clasificación de la severidad

El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) es el instrumento de evaluación del SB para el profesional que presta servicios humanos, servicios médicos y educativos, consta de 22 preguntas en forma de aseveraciones respecto a su trabajo y de las emociones que se presentan hacia este, distribuidos en tres apartados: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y baja realización personal (8 ítems).³ Agotamiento emocional: preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Puntaje máximo: 54, alto ≥ 27 , medio: 17-26, bajo: 0-16. Despersonalización: preguntas 5, 10, 11, 15, 22. Puntaje máximo: 30, alto ≥ 13 , medio: 7-12, bajo: 0-6. Baja realización personal: preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Puntaje máximo 48, alto 0-30, medio: 31-36, bajo: 37. Se diagnostica SB con la afectación de una de las dimensiones del MBI, en su severidad de moderado a alto. Con un formato de respuesta tipo Likert se designa la frecuencia de presentación de las afirmaciones, en una escala de 0 a 6, en donde 0 = nunca, 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes, 4 = una vez a la semana, 5 = unas pocas veces a la semana, 6 = todos los días.^{19, 20} Es una autoevaluación privada y confidencial que puede ser realizado en un periodo de 10 a 15 minutos. Al término se suma el puntaje de cada afirmación por área por separado, para posteriormente clasificarla en los rangos de bajo, medio o alto. Un puntaje alto en el área de agotamiento emocional y despersonalización se asocia negativamente con SB. Un puntaje alto en el área de baja realización personal no tiene asociación con el SB. Se diagnostica SB con una puntuación alta en agotamiento emocional o despersonalización; o puntaje bajo en realización personal. Para clasificar la severidad dependerá del número de áreas afectadas: débil solo un área está afectada, moderado dos áreas afectadas y grave tres áreas afectadas.^{17, 21}

Prevención y tratamiento

Las medidas de prevención consisten en encontrar un equilibrio en todos los aspectos de la vida, tomar consciencia del alcance y los límites.¹

Se establecen medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, la primera está dirigida a eliminar los factores de riesgo laboral, proporcionando ayuda, capacitación, la secundaria se establece una vez que el individuo presenta manifestaciones leves debidas al SB y la terciaria se enfoca en trabajadores con manifestaciones graves. También se pueden clasificar en organizacionales e individuales. La prevención organizacional que van dirigidas a disminuir el factor estresante mediante la reestructuración del plan de trabajo y de la jornada laboral, el establecimiento de un tiempo de estancia razonable en un área laboral con la finalidad de promover el desarrollo y el afrontamiento al evento estresante, la formación de líderes, impedir la sobrecarga laboral, otorgar un descanso laboral, no rebasar el horario establecido, el refuerzo positivo del personal mediante recompensas, el trabajo en equipo, la capacitación, el monitoreo del Síndrome de Burnout mediante encuestas y la incorporación de salud en el trabajo en instituciones donde no la haya, alentar al personal a compartir sus experiencias laborales, creación de grupos de apoyo emocional y laboral. La prevención de tipo individual se refiere a la implementación de la actividad física en la vida diaria, a la percepción y atención de las manifestaciones de Burnout y a la terapia cognitiva conductual.^{5, 22}

El tratamiento va dirigido al reforzamiento de cuatro áreas: en la emocional, se debe brindar empatía y confianza con el trabajador; en la instrumental se debe otorgar los recursos materiales o económicos al trabajador para la ejecución de sus labores; en la informativa, se debe capacitar y concientizar al personal en el tema de SB y en el área evaluativa, el trabajador debe recibir capacitación y constante retroalimentación sobre la función que desempeña.¹⁷

El tratamiento cognitivo conductual está conformado por tres técnicas; cognitiva, autocontrol y adopción de prácticas saludables. La cognitiva se basa en que el trabajador analice el factor estresante y lo afronte. La técnica de autocontrol consiste en ejercicios de relajación. La última técnica va dirigida a la implementación y adopción de prácticas saludables, como la actividad física, adquirir una dieta equilibrada y una adecuada higiene de sueño, entre otras.²²

Burnout en el personal de salud

Anaya y colaboradores (2006) en Irapuato Guanajuato, mediante un estudio transversal a médicos familiares ($n = 50$) y asistentes médicas ($n = 50$), determinó la prevalencia de SB y la asociación con variables demográficas, arrojando una prevalencia del 10% en médicos familiares y del 8% en asistentes médicas. Los factores de riesgo asociados fueron el sexo femenino, la edad de entre 41.5 a 49.5, el divorcio, la antigüedad de 11 a 15 años, con un horario laboral mayor a 8 horas al día. ²³

Flores y colaboradores (2018) en el Estado de México, realizaron un estudio transversal en el que se comparó la presencia de Burnout entre personal de la salud ($n = 29$) y personal administrativo ($n = 29$) del primer nivel de atención, con una media de edad de 38 años. El instrumento aplicado fue el MBI-HSS y un cuestionario sociodemográfico. Se encontró alta prevalencia en SB con grado de severidad bajo en todo el personal administrativo: en agotamiento emocional el 72.41%, en despersonalización el 51.72% y en baja realización personal el 65.51%, mientras en el personal de salud en agotamiento emocional el 82.75%, en despersonalización el 75.86% y en baja realización personal el 79.31%, moderada severidad en el componente de despersonalización 27.58%, alta severidad en área de despersonalización con 20.68% y baja realización personal con 20.68% en el personal administrativo. Respecto a las variables sociodemográficas se encontró que, en el personal de salud, el tiempo de egreso y la distancia recorrida del hogar al trabajo predisponen a presentar despersonalización en un 32.2%, sin embargo, en el personal administrativo la escolaridad predispone en un 20.8% a presentar despersonalización y en un 20.5% a presentar agotamiento emocional; y la distancia del hogar al trabajo influye en un 16.5% en el agotamiento emocional. No se encontraron diferencias significativas en ambos trabajadores respecto al puesto de trabajo en el área de agotamiento emocional ($p = 0.390$) y en el área de la realización personal ($p = 0.115$), mientras en el personal administrativo se encontró una diferencia significativa ($p = 0.025$) el área de despersonalización. Siendo el SB más

prevalente en personal administrativo. El MBI-HSS obtuvo una fiabilidad de 0.83, 0.62 y 0.72.²⁴

Margiotta y Crudden (2018) en Irlanda, describieron la prevalencia y variables del SB en médicos de medio hospitalario ($N = 477$), 56.6% del sexo masculino, mediante una intervención transversal en la que aplicaron el MBI-GS, obteniendo como resultados la presencia de SB en un 45.8% ($n = 216$), se asoció negativamente el tiempo en el que se hace interacción con el paciente con la fatiga emocional ($p = 0.02$) y despersonalización ($p = 0.04$), se observó una correlación negativa entre la fatiga emocional y el bajo nivel de actividad física ($p = 0.02$), se describió que las inconformidades con el sueldo se asociaban con la fatiga emocional ($p = 0.024$) y el cambio en la personalidad ($p = 0.023$).²⁵

Adam y Mohos (2018) en Hungría realizaron un estudio transversal ($N = 350$) en el que describieron los factores psicosociales asociados a Burnout en médicos generales ($n = 196$) y en residentes ($n = 154$), de entre 25 a 79 años de edad, a quienes se aplicó el MBI- HSS, reportando como resultados baja realización personal, la cual fue mayor en el grupo de los residentes comparado con el de los médicos generales ($p < 0.01$), asimismo, se observó mayor despersonalización en los hombres comparado con las mujeres ($p < 0.01$). Se encontró una asociación positiva entre el número de hijos y el agotamiento emocional ($r_S = 0.119, p < 0.05$) así también con la despersonalización ($r_S = 0.117, p < 0.05$). Ser médico residente fue significativo para presentar despersonalización ($p < 0.05$) y ser médico general fue significativo ($p < 0.05$), el número de pacientes atendidos durante la jornada influyó en la presentación de despersonalización ($p < 0.05$).²⁶

Usas (2018) en Suiza, llevo a cabo un estudio transversal comparativo de los síntomas de Burnout en médicos ($n = 641$) y población no médica ($n = 3205$), entre 18 a 70 años, se aplicó el MBI-GS en línea, mediante el emparejamiento y comparación de la población de acuerdo con datos sociodemográficos, reportándose mayor satisfacción con el desempeño laboral en médicos que en población en general ($r=0.343$).²⁷

Tzeletopoulou (2018) estudió la asociación entre Burnout y Depresión como factores predisponentes de conductas agresivas, mediante la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), el MBI y el Cuestionario de agresión (GAQ), a profesionales de la salud mental ($N = 72$). Se encontró una asociación negativa entre depresión y agresividad ($r(70) = 0.369$ y $p = 0.001$), depresión y Burnout ($r(70) = 0.228$ y $p = 0.27$). Sin embargo, no encontró asociación entre Burnout y agresividad ($r(70) = 0.081$ y $p = 0.25$).²⁸

En el área médica, la residencia es un proceso de aprendizaje práctico y teórico para obtener el grado y conocimiento de una especialidad médica y que expone al estudiante en formación a un alto estrés ocasionado por las extensas jornadas laborales, la reducción en las horas de descanso, la mala alimentación, las relaciones laborales poco favorables con el personal de salud y los pacientes, además de requerir total disposición, alta responsabilidad y compromiso.

Ovejas e Izquierdo (2020) en Cataluña, reportaron un estudio transversal, que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia del SB y de algunos trastornos psicológicos en médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria ($N = 278$). Los participantes evaluados fueron 72% mujeres. Se aplicó el MBI, el General Health Questionnaire versión 12 (GHQ-12) para detectar alteraciones psicológicas y se cuestionaron otros aspectos que incluían actividad laboral, estilo de vida y consumo de sustancias psicoactivas. El estudio mostró una prevalencia del 33.8% del SB y del 40.4% de alteraciones psicológicas. En cuanto a las tres dimensiones del SB, la prevalencia del área de agotamiento emocional representó el 25.6%, la despersonalización en el 37.9% y la baja realización personal el 52.9%. La presentación del SB incrementó durante el segundo grado de residencia en el área de agotamiento emocional y despersonalización, pero no así, en el área de realización personal. El SB se presentó en el 50% ($p < 0.001$) de aquellos participantes que cursaban con trastornos psicológicos.²⁹

Yebra y García (2020) en España se realizó una intervención transversal a médicos de atención primaria ($N = 374$), 63.6% mujeres, con el objetivo de establecer la asociación entre la inteligencia emocional y el SB, mediante el MBI, la escala validada de Inteligencia Emocional: Trit Meta Mood Scale -24 (TMMS-

24) y obtención de datos sociodemográficos y laborales. Reportándose una prevalencia del 64.5 % de SB. Las variables asociadas a la presentación de Burnout fueron edad, tipo de contrato, entorno urbano y número de pacientes por día. La presencia de hijos contribuyó como factor protector hasta en un 49%. Referente a la inteligencia emocional, el aumento en la expresión emocional se asoció con SB, mientras que, ser consciente de nuestras emociones y tener la capacidad para sobrellevarlas, disminuye la presencia de SB.³⁰

En el 2022 en Cataluña Central, se realizó un estudio transversal con el objetivo de describir la prevalencia y la gravedad del SB en los profesionales de la salud del primer nivel de atención y su asociación con algunos factores laborales y demográficos. Se evaluó una muestra de 614 trabajadores de entre 40 a 49 años, 84.9% eran mujeres. Se les aplicó el cuestionario MBI. Se encontró una prevalencia de 48.98%, la alteración de un área se presentó mayormente en médicos (58.75%; $p < 0.001$) así como en trabajadores sociales (25%; $p = 0.005$). Se observó una asociación negativa entre la edad mayor de 40 años y la despersonalización (14.47%; $p = 0.021$), el sexo y la despersonalización (25%; $p < 0.001$), contrato de base y el agotamiento emocional (34.66%, $p < 0.001$) y una asociación negativa entre el estado civil y tres áreas afectadas ($p=0.032$), viudo (20%), divorciado (5.88%).³¹

Martínez y Figueroa (2022), publicaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia del SB en los trabajadores del área administrativa de la Región Sanitaria IX, Ameca, Secretaria de Salud Jalisco México, ($N = 100$) de 18 a 66 años, a quienes se aplicó el MBI-HSS y un cuestionario para evaluar la percepción del ambiente laboral y otro para obtener datos sociodemográficos. Los resultados mostraron una prevalencia del 48%, de estos el 28% cursaban con fatiga emocional, el 37% con cambios en su personalidad y el 51% con baja eficacia profesional, el 17% mostraron niveles bajos de bienestar laboral y el 67% presentaron niveles altos de inconvenientes en el ambiente laboral y el 33 % refirieron inseguridad laboral. Se observó una asociación negativa entre una edad mayor a 45 años y cambios en la personalidad ($p = 0.003$) y edades dentro de 40-55 años con la baja eficacia profesional ($p = 0.036$). Asimismo, se encontró una asociación entre la fatiga

emocional y el estado civil casado ($p = 0.032$), entre no ser profesional de la salud y los cambios en la personalidad ($p = 0.002$), una asociación negativa entre tener de 10 a 20 años en la empresa y la fatiga emocional ($p = 0.009$), en donde entre más años laborados mayores cambios en la personalidad ($p = 0.017$), el permanecer en el mismo puesto se asoció a cambios en la personalidad ($p = 0.009$), la ingesta de alcohol se asoció a menor fatiga emocional ($p = 0.027$) y un mal ambiente laboral se asoció con SB ($p = 0.009$). No hubo asociaciones entre el sexo, grado escolar y padecimientos crónicos degenerativos.³²

Castañeda (2022) en Guadalajara realizó un estudio transversal con el objetivo de encontrar la prevalencia del SB y sus factores asociados, se solicitó datos sociodemográficos y se aplicó el MBI-HSS, a médicos especialistas de ámbito hospitalario ($N = 540$), del cual el 56% eran mujeres, se encontró SB en el 45.9%, el 45.5% tenía un dominio afectado, el 36.7% dos dominios y el 17.8% tres dominios. Las variables asociadas fueron sexo femenino ($p = 0.002$), edad menor a 40 años ($p = 0.00002$), pareja inestable ($p = 0.0008$), pareja estable sin trabajo ($p = 0.008$), relación sentimental con duración menor de 15 años ($p = 0.0000$), ausencia de hijos ($p = 0.0006$), médico especialista no quirúrgico ($p = 0.008$), experiencia laboral menor a 10 años ($p = 0.03$), ocupación de tiempo completo ($p = 0.01$), un solo trabajo ($p = 0.009$).¹²

El SB se ha estudiado en las diversas etapas de la vida y áreas de trabajo. Se ha descrito que el desgaste emocional en la etapa estudiantil influye en el desarrollo académico y en el nivel de aprendizaje. Cuando el entorno escolar satisface las expectativas del crecimiento académico del estudiante también refuerza la conexión entre sus compañeros y la escuela, con menor probabilidad de presentar Burnout académico. *Wanwan y Wenjun* (2023) en China publicaron un estudio transversal cuyo objetivo fue describir la asociación entre el entorno escolar y la presencia de Burnout académico en médicos de pregrado ($N = 2411$) de siete facultades de Medicina, de entre 17 a 24 años, predominantemente mujeres (50.52%). Se midió el ambiente escolar a través del cuestionario de entorno psicológico escolar (SPEQ), con la escala de autoestima colectiva (CSES) se midió el nivel de autoestima colectiva, los aspectos psicológicos se evaluaron a través del cuestionario del estado psicológico positivo (PPQ) y por

último, se aplicó la escala de Burnout académico (LBS). Encontrando una asociación negativa entre la presencia de Burnout con la autoestima, el ambiente escolar y el estado psicológico ($p < 0.001$).³³

Crudden y Margiotta (2023) estudiaron que el tipo de personalidad afectivo-negativo es más propenso a presentar SB, así mismo puede estar relacionado con síntomas de ansiedad y depresión. En el 2016 en Irlanda se realizó un estudio transversal ($N = 477$) donde se evaluaron médicos, psiquiatras y cirujanos, con el objetivo de observar la asociación entre Burnout y síntomas de ansiedad y depresión. Se aplicó el MBI-GS de Maslach, la escala de estrés por ansiedad y depresión (DASS) y la escala BFI-10 para medir la personalidad. El 31.9% tenía un antecedente médico legal y el 2.1% el antecedente de una llamada de atención. Reportando una prevalencia del 45.8% ($n = 216$) de SB, presencia de depresión del 25.8% y el 13.8% de ansiedad. Se encontró asociación negativa entre depresión y fatiga emocional ($p < 0.001$) así como con despersonalización y baja realización personal ($p < 0.001$).³⁴

II. JUSTIFICACIÓN

La salud mental es un derecho humano, además de ser un pilar importante en la conservación de la salud. Nos permite relacionarnos, actuar en sociedad, enfrentar adversidades, ser competentes, dar soluciones y progresar. Al estar comprometida se manifiesta con alteraciones mentales y alteraciones en la capacidad funcional y conductual.

El Síndrome de Burnout compromete la salud mental, afecta más frecuentemente al personal de salud y tiene una etiología exclusivamente laboral, por lo que es imprescindible su diagnóstico. Además de que uno de sus factores predisponentes es la carga laboral, el incremento en la demanda de atención a la salud en el derechohabiente del primer nivel de atención hace aún más importante conocer la prevalencia de dicho síndrome.

Actualmente en México no se cuenta con suficiente conocimiento sobre este problema de salud, ni el impacto sobre la calidad de la atención médica.

Las investigaciones hasta ahora realizadas se han centrado en describir la presentación de dicho síndrome en el segundo y tercer nivel de atención, en médicos no familiares, pero no en el personal de salud del primer nivel de atención, que son el primer contacto del paciente con los servicios de salud.

El conocer la prevalencia nos permitirá iniciar medidas preventivas, también nos permitirá establecer un plan de manejo para la atención integral del personal afectado y con ello reestablecer una adecuada relación médico paciente y atención médica.

Por tal motivo el presente estudio se enfocará en estudiar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el profesional del primer nivel de atención y sus factores asociados.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Burnout ha sido descrito como un factor de riesgo laboral, que surge secundario a un desequilibrio entre la exposición crónica al estrés laboral y el nivel de afrontamiento.

En el 2022 en México, la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico fue del 45.9 % en el segundo nivel de atención, lo cual trae consigo ausencia o baja de personal y con ello una disminución en la productividad y pérdidas económicas.

En el ámbito clínico, el que el personal de salud presente dicho síndrome es un factor de riesgo que predispone a una atención de la salud inadecuada a una mala relación médico - paciente, a cometer errores en el diagnóstico o tratamiento.

En cuanto al individuo que lo presenta, lo predispone a presentar alteraciones físicas, psicológicas y cognitivo conductuales que ponen en riesgo su bienestar.

El estrés laboral como factor predisponente y como resultado de las inadecuadas condiciones de trabajo, debe ser evaluado y corregido para evitar el desgaste emocional del trabajador.

El primer nivel de atención es el encargado de resolver el 75 al 80% de los problemas de salud, por ende, ante la demanda la carga de trabajo se ve aumentada, por lo que es imprescindible tomar medidas de prevención y tratamiento. Aunque el SB es un concepto ya estudiado hace décadas, actualmente no se ha estudiado a detalle y se requiere reforzar las medidas para prevenirlo en los profesionales de salud del primer nivel de atención. No se cuentan con cifras actuales de dicho síndrome en el primer nivel de atención en México.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención?

V. HIPÓTESIS

El 30% del personal de salud del primer nivel de atención presenta Síndrome de Burnout.

VI. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Describir las características socio – laborales del personal de salud como: escolaridad, ocupación, estado civil, tiempo de traslado, edad, género.
- Registrar las diferentes condiciones laborales como: turno, puesto de trabajo, número de horas trabajadas al día, días de descanso, días de vacaciones al año, tipo de contrato (base, interino, eventual), antigüedad laboral, número de empleos.
- Indicar la carga laboral relacionada al número de pacientes atendidos al día en promedio.
- Describir factores de riesgo asociados como: alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías.
- Reconocer las subdivisiones del cuestionario de Burnout de Maslach la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

Periodo y sitio de estudio:

Previa autorización del Comité evaluador se procedió a realizar un estudio de tipo transversal descriptivo en el personal de salud perteneciente a la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” durante los meses de agosto a diciembre del 2023.

Población de estudio:

Personal de salud que labora en la a la UMF 28 “Gabriel Mancera”.

Diseño del estudio:

Transversal descriptivo.

Descripción del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación, se llevó a cabo la identificación de los trabajadores del personal de salud que laboran en la Unidad de Medicina Familiar 28 “Gabriel Mancera” y contaban con los criterios de selección, se les invitó a participar y previa autorización mediante la firma del consentimiento informado, se les realizó una entrevista y se aplicó el inventario de Burnout de Maslach (MBI), el cual consta de 22 afirmaciones distribuidas en 3 subclases en un formato de respuesta tipo Likert, que dependiendo del puntaje indican la presencia y severidad del síndrome de Burnout, además se les realizó algunas preguntas relacionadas con características generales, socio-laborales y de comorbilidades.

Plan de análisis estadístico

El análisis se llevó a cabo mediante el programa SPSS V25. Los resultados se resumieron en tablas, cuadros y gráficas. Para describir las características basales de la población se calcularon las frecuencias y porcentajes, para las variables cualitativas, se esquematizaron las características sociodemográficas, laborales y la presencia del síndrome de Burnout, así como su distribución en las diferentes variables de interés para el estudio.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Personal de salud que labora en la UMF 28 “Gabriel Mancera”
- Pertenecer a las siguientes categorías: Medicina, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición, estomatología y asistentes médicas
- Contar con al menos seis meses de antigüedad en la unidad de trabajo

Criterios de exclusión

- Tener menos de un mes de haber disfrutado un periodo vacacional
- Contar con incapacidad temporal para el trabajo
- Estar en periodo de pre-jubilación
- Laborar en el servicio de urgencias
- Embarazo
- Diagnóstico de ansiedad, depresión y/o insomnio corroborado mediante el número de seguridad social en el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) del IMSS.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios mal elaborados o incompletos.
- Presentar cuadro agudo de ansiedad o depresión (criterios DSM-V).

IX. MUESTREO

Tipo de muestreo

Consecutivo hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

Tamaño de la muestra

El cálculo de tamaño de muestra se realizó utilizando la fórmula de proporción para una población finita, mediante el programa estadístico de Open Epi versión 3 (ver anexos). Se consideró una frecuencia del 30% de acuerdo con lo reportado en la literatura médica como la prevalencia del síndrome de Burnout en la población estudiada, considerando un intervalo de confianza del 95%. En cuanto a la población blanco, la proporción de acuerdo con la categoría adscrita a la UMF 28 es la siguiente:

Categoría contractual	Número de personal adscrito
Médicos	108
Asistentes médicas	114
Enfermería	95
Psicología	1
Nutrición	1
Estomatología	6
Total	339

*Datos obtenidos de acuerdo con lo reportado por el área de personal

A continuación, se desglosa la fórmula aplicada:

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

Donde:

$$N = 339$$

$$Z\alpha = 1.96 \text{ (95\%)}$$

$$p = 30\%, 0.03$$

$$q = 1 - p = 0.7$$

$$e = 5\%, 0.05$$

$$n = \frac{(339) (1.96)^2(0.3) (0.7)}{[(0.05)^2(339-1)] + [(1.96)^2(0.3) (0.7)]}$$

$$n = \frac{(339) (3.8416) (0.3) (0.7)}{[(0.0025) (338)] + [(3.8416) (0.3) (0.7)]}$$

$$n = \frac{273.483504}{0.845 + 0.806736}$$

$$n = \frac{273.483504}{1.651736}$$

$$n = 165.57 \approx 166 \text{ pacientes}$$

X. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente:

Laborar como personal de salud del primer nivel de atención

Variable dependiente:

Presencia del Síndrome de burnout

Covariables:

Edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, tiempo de traslado al trabajo, turno, puesto de trabajo, número de horas trabajadas, días de descanso, días de vacaciones al año, tipo de contrato (base, interinato, eventual), antigüedad laboral, número de empleos, número de pacientes atendidos en promedio al día, comorbilidades: tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías, burnout, despersonalización, agotamiento emocional, baja realización profesional.

Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento en que se realizó el estudio.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cuantitativa	Años
Género	Se refiere al rol que le atribuye la sociedad.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	Nivel de educación más alto que la persona a concluido.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Posgrado
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida entre dos personas en el momento en que se realizó el estudio.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa ordinal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Categoría laboral	Clase o tipo de trabajo que efectúa, específicamente	Se obtuvo mediante la aplicación del	Cualitativa ordinal	1. Médico 2. Enfermería 3. Nutrición

	del puesto de trabajo desempeñado.	cuestionario de datos sociodemográficos.		4. Trabajo social 5. Estomatología 6. Asistente médico 7. Psicología
Tiempo de traslado	Tiempo de desplazamiento de su domicilio hasta el centro de trabajo.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cuantitativa	Horas
Turno	Orden del día en el cual se establece al trabajador, para la realización de sus labores.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa dicotómica	1. Matutino 2. Vespertino
Número de horas laboradas al día	El número de horas al día trabajadas por el personal dentro de su institución.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cuantitativa	Horas al día
Días de descanso	Fechas autorizadas en que el trabajador no asiste a su lugar de trabajo.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa dicotómica	1. Fines de semana 2. Entre semana
Número de días de vacaciones al año	Periodo de tiempo en el que cesan las actividades laborales del trabajador.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cuantitativa	Número de días
Tipo de contrato	Tipo de contratación de la institución en base a las	Se obtuvo mediante la aplicación del	Cualitativa ordinal	1. Base 2. Interinato

	plazas disponibles y las prestaciones otorgadas.	cuestionario de datos sociodemográficos.		3. Eventual
Antigüedad laboral	Tiempo que ha laborado en una empresa.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cuantitativa	Años
Número de pacientes atendidos al día	Representa la cantidad de pacientes aproximados atendidos en una jornada laboral.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cuantitativa	Número de pacientes
Tabaquismo	Adicción crónica al tabaco generada por la nicotina.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Alcoholismo	Consumo crónico de alcohol, creando una dependencia.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Toxicomanías	Consumo crónico de sustancias tóxicas que provocan la necesidad de seguir utilizándolas.	Se obtuvo mediante la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Síndrome de Burnout	Conjunto de signos y síntomas producto de la exposición prolongada al estrés laboral.	Se obtuvo mediante la escala de MBI.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No

Agotamiento emocional	Sentimiento de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos.	Se obtuvo mediante la escala de MBI.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Despersonalización	Personalidad negativa, cínica, insensible o apática.	Se obtuvo mediante la escala de MBI.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Baja realización personal	Autoevaluación negativa en la que predominan los sentimientos de ineficacia y falta de logros profesionales.	Se obtuvo mediante la escala de MBI.	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
Prevalencia	Medida del número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico o durante un período determinado.	Se calculó mediante la división de los participantes con SB y la totalidad de los participantes de este estudio.	Cuantitativa	Porcentaje

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 y con base al título segundo, artículo 17 se consideró como una investigación con riesgo mínimo, debido a que se trató de un estudio descriptivo, que implicó únicamente contestar un cuestionario por parte de los sujetos candidatos y que aceptaron participar, teniendo como riesgos mínimos el tiempo destinado para contestarlo, considerando un promedio de 15 minutos, además de poder causar malestar y sentimientos de tristeza, angustia o miedo durante la entrevista. Se cuidó la privacidad de los participantes otorgando un espacio seguro y adecuado para ello. No se consideraron problemas de temas sensibles para el personal, se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación. Además, se cumplió con lo estipulado por la Ley General de Salud en los artículos 98 y 99 la cual dictamina la supervisión de un Comité de Ética para la realización de una investigación, así mismo se consideró las bases del artículo 100 en materia de seguridad. Se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones en seres humanos, apartado 24 sobre la privacidad y confidencialidad de la información de carácter personal, donde el investigador se apegó a la pauta establecida de la confidencialidad de la declaración antes citada y se tomaron 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 únicamente disponible para los investigadores. Se consideraron los lineamientos de la guía de la OMS para las consideraciones éticas para poblaciones CIOMS. Así mismo al tratarse de un estudio descriptivo en donde únicamente se realizaron encuestas, se tomarán en cuenta los principios aplicados del código de ética de Núremberg (1947) para la aprobación del Comité Local de Investigación y Ética para la autorización del consentimiento informado, tomando como especial énfasis la protección de los datos personales. Por otro lado, es importante señalar el nivel de riesgo

establecido en este protocolo y su nivel de aplicación para la población estudiada, tomando en consideración los principios bioéticos conformados en el Informe Belmont (1979) para la correcta implementación de los datos obtenidos con el fin de aportar información fidedigna y de calidad para lograr resultados que puedan servir como guía para la identificación, tratamiento y prevención del síndrome de burnout en la población estudiada. Los beneficios que se brindaron es otorgar información clara y precisa en un lenguaje amigable acerca de la importancia sobre el reconocimiento de forma temprana de la presencia de burnout, así como la severidad del misma para otorgar un manejo integral, así como visibilizar un problema de salud que es de suma importancia para el seguir otorgando una atención de calidad a los derechohabientes del instituto.

XII. RECURSOS

Humanos

El tiempo disponible para la recolección de datos y las entrevistas, así como la aplicación de cuestionarios se llevó a cabo por los investigadores.

Materiales

Los aportados por los investigadores, únicamente se utilizaron las instalaciones de la UMF 28 Gabriel Mancera para la recolección de los datos, como copias, hojas blancas, cuadernillo, lápiz, plumas, goma.

XIII. FINANCIAMIENTO

Los aportados por los investigadores.

XIV. FACTIBILIDAD

Este protocolo fue factible debido a que se contó con la población blanco que se requirió estudiar, así como el tiempo y la disposición por parte de los investigadores, además se contó con experiencia en la realización de este tipo de protocolos de estudio, tomando como principal característica el apego a las normas éticas que se establecieron.

XV. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones del estudio que se presentaron están relacionadas directamente con el diseño del estudio, dado que se trata de un estudio descriptivo, no es posible realizar la asociación con los factores de riesgo; otro de los aspectos que pueden estar relacionados, en la heterogeneidad entre los subgrupos de los pacientes estudiados, dado que existen categorías contractuales que contienen mayor cantidad de sujetos; en este sentido, al tratarse únicamente de un estudio de tipo descriptivo para una población en particular no es posible extrapolar los resultados a otras unidades, en este sentido, valdría la pena medir este tipo de patologías laborales en otras unidades, en diferentes circunstancias.

XVI. SEGOS

Uno de los aspectos más importantes es la heterogeneidad de los participantes, ya que, se encuentran en situaciones laborales distintas, lo cual trae consigo diversas responsabilidades que pueden afectar el desempeño del mismo, además, al ser solo un estudio de tipo descriptivo no se puede asociar las actividades laborales como un detonante de burnout, dado que no existe forma de asociar o comparar a la población.

XVII. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No se consideraron aspectos de bioseguridad.

XVIII. CONFLICTO DE INTERESES

No se presentaron conflictos de interés.

XIX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PROTOCOLO: “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

INVESTIGADORES: BAUTISTA MANZANO ANEL YADIRA MAT 98214010, BERNAL TÉLLEZ ANAYELY MAT 97374565, BALTAZAR GUTIÉRREZ ÓSCAR MAT 97372610.

✓ REALIZADO (R)

Semestre	1 er semestre						2 do semestre					
Año	2023											
Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad	R											
Elaboración del protocolo		R	R	R	R							
Registro del proyecto					R							
Aplicación del estudio						R	R	R	R	R		
Elaboración de la base de datos									R	R		
Captura de información										R	R	
Análisis estadístico											R	
Presentación de resultados												R

XX. RESULTADOS

En este estudio se integró una población de 166 participantes de los cuales 27% ($n = 44$) fueron hombres y 73% ($n = 122$) fueron mujeres.

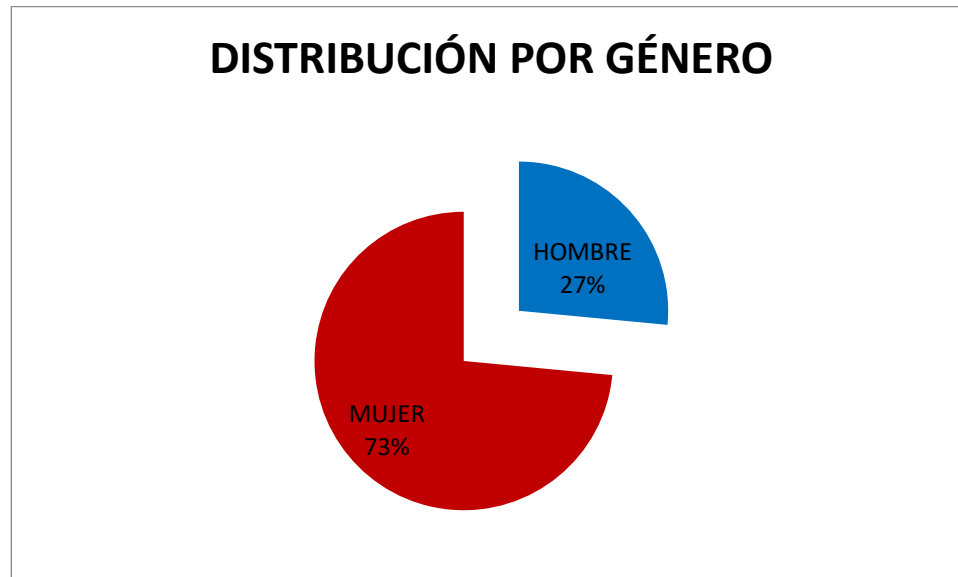


Figura 1. Distribución por género

Del grupo de estudio se encontró que la edad promedio fue de 36.5 (± 7.8) años, con una antigüedad laboral de 8.7 (± 6.6) años. Los sujetos de estudio trabajan en promedio 7.5 (± 1.9) horas laborales, dentro de los cuales atienden alrededor de 25.3 (± 10.4) pacientes al día y disfrutaron 23 (± 12.3) días de vacaciones al año, así mismo, se encontró que el tiempo de traslado de su casa hacia la unidad donde laboran fue de 66.5 (± 45) minutos y en promedio los trabajadores tenían 1.3 (± 0.5) empleos.

En cuanto al nivel educativo de los trabajadores estudiados se encontró que el nivel de secundaria fue de un 1.2% ($n=2$), bachillerato en 25.3% ($n=42$), licenciatura en un 33.1% ($n=55$) y posgrado en un 40.4% ($n=67$). (Fig.2).

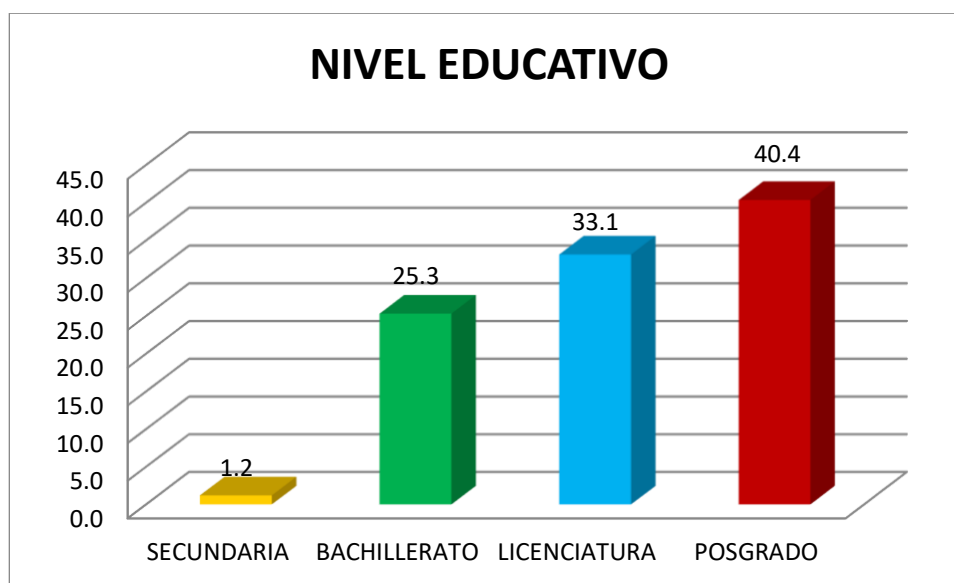


Figura 2. Nivel educativo

El estado civil observado en el grupo fue soltero en un 50% (n=83), casado 26.5% (n=44), divorciado en 4.8% (n=8), viudo en 1.2% (n=2) y en unión libre en 17.5% (n=29). (Fig.3).

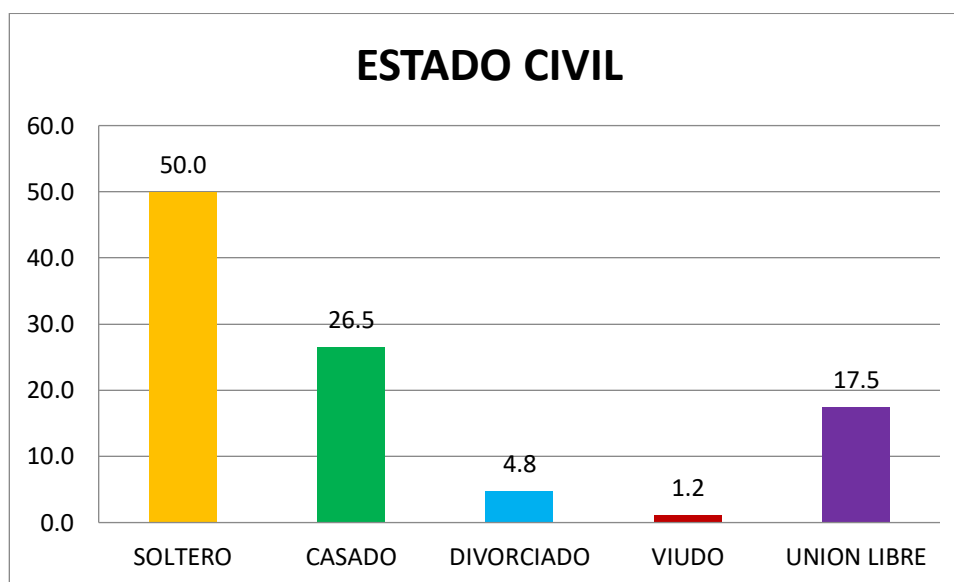


Figura 3. Estado Civil

Las categorías que conformaron el estudio fueron: médicos con un 44% (n=73), enfermería en un 21.7% (n=36), nutrición en un 0.6% (n=1), trabajo social en un 3%(5), estomatología en un 1.8%(3), asistente médica en un 28.3% (n=47) y psicología en un 0.5% (n=1). (Fig.4).

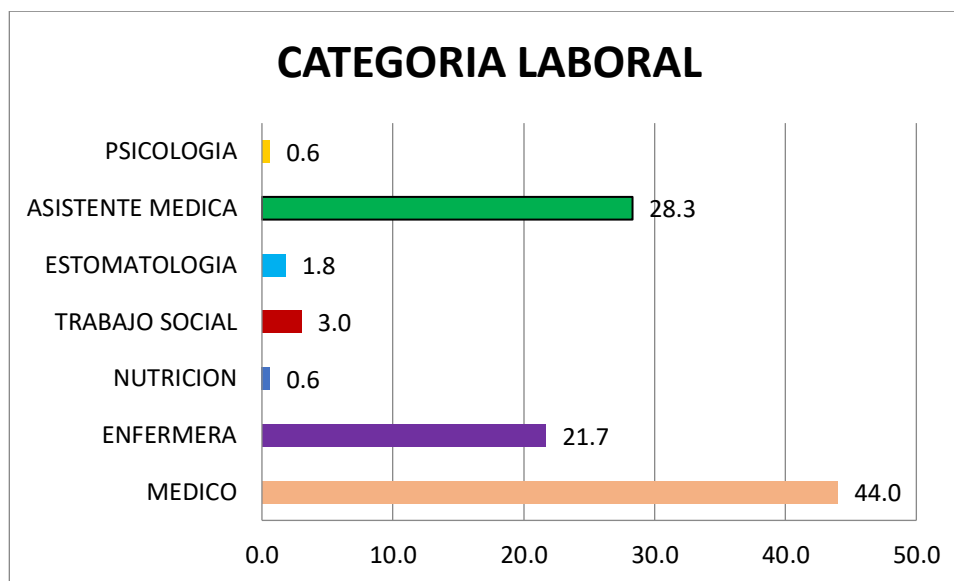


Figura 4. Categorías laborales

Con una distribución por turno de 57.8% (n=96) del turno matutino y un 42.2% (n=70) del turno vespertino; con descanso en fin de semana en un 88% (n=146) y entre semana un 12% (n=20). (Fig.5.).

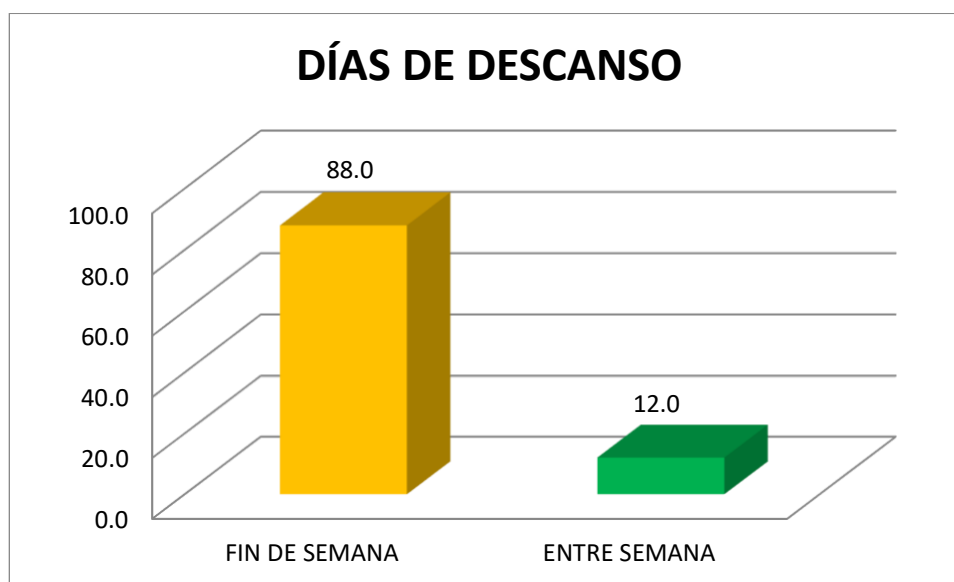


Figura 5. Días de descanso.

En relación con el tipo de contratación, se encontró que un 83.7% (n=139) pertenecían a personal de base, 3% (n=5) correspondían al interinato y 13.3% (n=22) se consideró como trabajador eventual. (Fig.6).

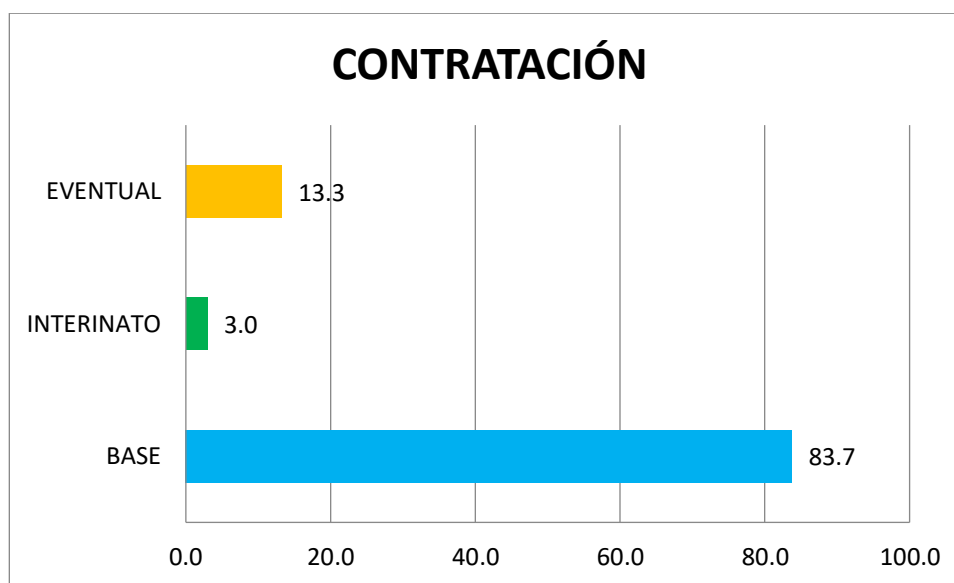


Figura 6. Tipo de contratación

En relación con los factores de riesgo como insomnio, ansiedad, tabaquismo, toxicomanías y alcoholismo el 100% (n=166) negaron alguno de estos datos, en el apartado depresión solo el 0.6% (n=1) respondió afirmativamente como padecer depresión.

Al analizar de forma global las dimensiones de agotamiento emocional se observó que el 34.9% (n=58) presentaba puntaje bajo, el 33.7% (n=56) puntaje moderado y un 31.3% (n=52) presentaba puntaje alto.

En despersonalización el 51.8% (n=86) presentó puntaje bajo, el 30.1% (n=50) puntaje moderado y el 18.1% (n=30) puntaje alto.

En baja realización profesional, el 54.8% (n=91) presentó puntaje bajo, 21.1% (n=35) puntaje moderado y un 24.1% (n=40) puntaje alto. (Fig.7).

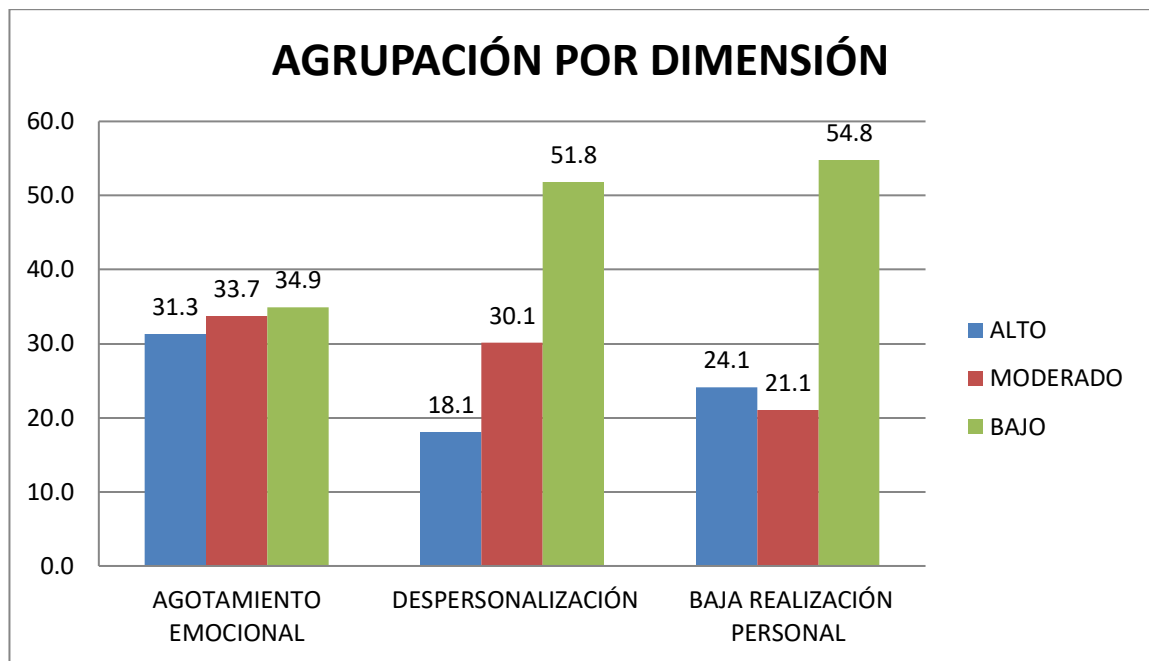


Figura 7. Dimensiones

Al analizar la diferencia por género, en cuanto al agotamiento emocional, se encontró que los hombres registraron bajo en 10.2% (n=17), moderado en un 9.6% (n=16) y alto en 6.6% (n=11) en tanto que en las mujeres los puntajes de agotamiento emocional fueron bajo en 24.7% (n=41), moderado en un 24.1% (n=40) y alto en 24.7% (n=41).

El puntaje de agotamiento emocional por categoría laboral, los médicos obtuvieron un puntaje bajo en el 10.8% (n=18), moderado en un 15.1% (n=25) y alto en 18.1% (n=30), enfermería el puntaje fue bajo en un 10.8% (n=18), moderado en un 6% (n=10) y alto en 4.8% (n=8); para trabajo social el puntaje bajo en 1.8% (n=3), moderado en un 1.2% (n=2); por su parte, nutrición sólo presentó bajo puntaje en 0.6% (n=1), estomatología tuvo un puntaje bajo en 0.6% (n=1), moderado en un 0.6% (n=1) y alto en 0.6% (n=1); en la categoría de asistente médica el puntaje bajo fue 10.2% (n=17), moderado en un 10.8% (n=18) y alto en 7.2% (n=12) y finalmente, en psicología el puntaje fue alto en 0.6% (n=1).

El puntaje de agotamiento emocional por estado civil en soltero el puntaje bajo 19.3% (n=32), moderado en un 13.3% (n=22) y alto en 17.5% (n=29), casado presentó puntaje bajo en 6% (n=10), moderado en un 12% (n=20) y alto en 8.4% (n=14), divorciado el puntaje bajo fue 2.4% (n=4), moderado en un 1.2% (n=2) y alto de 1.2% (n=2), viudo el puntaje bajo fue 1.2% (n=2), en unión libre el puntaje bajo fue 6% (n=10), moderado en un 7.2% (n=12) y alto en 4.2% (n=7).

El puntaje de agotamiento emocional por tipo de contrato se observó que en el personal de base correspondió a un puntaje bajo en el 29.5% (n=49), moderado en el 29.5% (n=49) y alto en el 24.7% (n=41), en el interinato el puntaje bajo fue de 1.8% (n=3), moderado no se observó y alto en 1.2% (n=2), en el eventual el puntaje bajo 3.6% (n=6), moderado en un 4.2%(n=7) y alto en 5.4%(n=9).

El agotamiento emocional por turno se observó, en el turno matutino con un puntaje bajo del 21.1% (n=35), moderado en un 18.1% (n=30) y alto en 18.7% (n=31), en el turno vespertino el puntaje bajo fue 13.9 % (n=23), moderado en un 15.7% (n=26) y alto en 12.7% (n=21).

Con relación a la despersonalización los hombres registraron bajo en 15.1% (n=25), moderado en un 5.4% (n=9) y alto en 6% (n=10) en tanto que en las mujeres los puntajes de despersonalización fueron: bajo en 36.7% (n=61), moderado en un 24.7% (n=41) y alto en 12% (n=20).

El puntaje de despersonalización por categoría fue la siguiente: la categoría médico el puntaje bajo 21.1% (n=35), moderado en un 14.5% (n=24) y alto en 8.4% (n=14), enfermería bajo en 12% (n=20), moderado en un 4.8% (n=8) y alto en 4.8% (n=8), trabajo social bajo en 3% (n=5), sin observarse puntajes moderado y alto, nutrición solo presento bajo en 0.6% (1), moderado y alto no se observó, estomatología bajo en 0.6% (n=1), moderado en un 0.6%(n=1) y alto en 0.6%(n=1), asistente medica el puntaje bajo fue 14.5% (n=24), moderado en un 0.6% (n=1) y alto en 4.2% (n=7), psicología el puntaje fue moderado en 0.6% (n=1).

El puntaje de despersonalización por estado civil en soltero el puntaje bajo 23.5% (n=39), moderado en un 16.3% (n=27) y alto en 10.2% (n=17), casado presentó puntaje bajo en 16.9% (n=28), moderado en un 4.2% (n=17) y alto en 5.4% (n=9), divorciado el puntaje bajo fue 1.8% (n=2), moderado en un 3% (n=5) y alto no se observó, viudo el puntaje bajo fue 1.2% (n=2), moderado y alto no se observó, en unión libre el puntaje bajo fue 8.4% (n=14), moderado en un 6.6% (n=11) y alto en 2.4% (n=4).

El puntaje de despersonalización por contratación se observó en el personal de base un puntaje bajo 45.8% (n=75), moderado en un 24.7% (n=41) y alto en 13.3% (n=22), en el interinato el puntaje bajo fue 1.2% (n=2), moderado 1.8% (n=3) no se observó alto, eventual el puntaje bajo 4.8% (n=8), moderado en un 3.6% (n=6) y alto en 4.8% (n=8).

El puntaje de despersonalización por turno se observó que en el turno matutino el puntaje bajo fue 28.3% (n=47), moderado en un 18.1% (n=30) y alto en 11.4% (n=19), en el turno vespertino el puntaje bajo fue 23.5% (n=39), moderado en un 12% (n=20) y alto en 6.6% (n=11).

En relación con la dimensión de baja realización profesional los hombres registraron puntaje bajo en 16.3% (n=27), moderado en un 4.2% (n=7) y alto en 6% (n=10) en tanto que en las mujeres los puntajes de baja realización fueron bajo en 38.6% (n=64), moderado en un 16.9% (n=28) y alto en 18.1% (n=30).

El puntaje de baja realización por categoría fue: la categoría medico el puntaje bajo 28.3% (n=47), moderado en un 6.6% (n=11) y alto en 9% (n=15), enfermería bajo en 13.3% (n=22), moderado en un 4.2% (n=7) y alto en 4.2% (n=7), trabajo social bajo en 1.8% (n=3), moderado 0.6% (n=1) y alto en 0.6% (n=1), nutrición solo presento bajo en 0.6% (n=1), moderado y alto no se observó, estomatología bajo en 1.2% (n=2), moderado en un 0.6% (n=1) sin observarse alto, asistente medica el puntaje bajo fue 1.2% (n=2), moderado en un 9% (n=15) y alto en 10.2% (n=17), psicología el puntaje fue bajo en 0.6% (n=1).

El puntaje de baja realización por estado civil en soltero el puntaje bajo 23.5% (n=43), moderado en un 9.6% (n=16) y alto en 14.5% (n=24), casado

presentó puntaje bajo en 16.9% (n=28), moderado en un 4.8% (n=8) y alto en 4.8% (n=8), divorciado el puntaje bajo fue 2.4% (n=4), moderado en un 1.2% (n=1) y alto en 1.2% (n=2), viudo el puntaje bajo fue 0.6% (n=1), moderado 0.6% (n=1) y alto no se observó, en unión libre el puntaje bajo fue 9% (n=15), moderado en un 4.8% (n=8) y alto en 3.6% (n=6).

El puntaje de baja realización por contratación se observó en personal de base un puntaje bajo 46.4% (n=77), moderado en un 19.9% (n=33) y alto en 17.5% (n=29), en el interinato el puntaje bajo fue 2.4% (n=4), moderado 0.6% (n=1) no se observó alto, eventual el puntaje bajo 6% (n=10), moderado en un 0.6% (n=1) y alto en 6.6% (n=11).

El puntaje de baja realización por turno se observó que en el turno matutino el puntaje bajo fue 28.9% (n=48), moderado en un 11.4% (n=19) y alto en 17.5% (n=29), en el turno vespertino el puntaje bajo fue 25.9% (n=43), moderado en un 9.6% (n=16) y alto en 6.6% (n=11). (Tabla 1).

Tabla 1. Relación entre los datos sociodemográficos y las dimensiones del Síndrome de Burnout					
Datos sociodemográficos		Nivel	Agotamiento Emocional % (n)	Despersonalización % (n)	Baja realización profesional % (n)
Genero	Hombre	Bajo	10.2 (17)	15.1 (25)	16.3 (27)
		Moderado	9.6 (16)	5.4 (9)	4.2 (7)
		Alto	6.6 (11)	6 (10)	6 (10)
	Mujer	Bajo	24.7 (41)	36.7 (61)	38.6 (64)
		Moderado	24.1 (40)	24.7 (41)	16.9 (28)
		Alto	24.7 (41)	12 (20)	18.1 (30)
Categoría laboral	Médico	Bajo	10.8 (18)	21.1 (35)	28.3 (47)
		Moderado	15.1 (25)	14.5 (24)	6.6 (11)
		Alto	18.1 (30)	8.4 (14)	9 (15)
	Enfermera	Bajo	10.8 (18)	12 (20)	13.3 (22)
		Moderado	6 (10)	4.8 (8)	4.2 (7)
		Alto	4.8 (8)	4.8 (8)	4.2 (7)
	Nutrición	Bajo	0.6 (1)	0.6 (1)	0.6 (1)
		Moderado	-	-	-
		Alto	-	-	-
	Trabajo Social	Bajo	1.8 (3)	3 (5)	1.8 (3)
		Moderado	1.2 (2)	-	0.6 (1)
		Alto	-	-	0.6 (1)
	Estomatología	Bajo	0.6 (1)	0.6 (1)	1.2 (2)
		Moderado	0.6 (1)	0.6 (1)	0.6 (1)

		Alto	0.6 (1)	0.6 (1)	-
	Asistente Medica	Bajo	10.2 (17)	14.5 (24)	1.2 (2)
		Moderado	10.8 (18)	0.6 (1)	9 (15)
		Alto	7.2 (12)	4.2 (7)	10.2 (17)
	Psicología	Bajo	-	-	0.6 (1)
		Moderado	-	0.6 (1)	-
		Alto	0.6 (1)	-	-
Estado civil	Soltero	Bajo	19.3 (32)	23.5 (39)	23.5 (43)
		Moderado	13.3 (22)	16.3 (27)	9.6 (16)
		Alto	17.5 (29)	10.2 (17)	14.5 (24)
	Casado	Bajo	6 (10)	16.9 (28)	16.9 (28)
		Moderado	12 (20)	4.2 (17)	4.8 (8)
		Alto	8.4 (14)	5.4 (9)	4.8 (8)
	Divorciado	Bajo	2.4 (4)	1.8 (2)	2.4 (4)
		Moderado	1.2 (2)	3 (5)	1.2 (1)
		Alto	1.2 (2)	-	1.2 (1)
	Viudo	Bajo	1.2 (2)	1.2 (2)	0.6 (1)
		Moderado	-	-	0.6 (1)
		Alto	-	-	-
	Unión libre	Bajo	6 (10)	8.4 (14)	9 (15)
		Moderado	7.2 (12)	6.6 (11)	4.8 (8)
		Alto	4.2 (7)	2.4 (4)	3.6 (6)
Tipo de contrato	Base	Bajo	29.5 (49)	45.8 (75)	46.4 (77)
		Moderado	29.5 (49)	24.7 (41)	19.9 (33)
		Alto	24.7 (41)	13.3 (22)	17.5 (29)
	Interinato	Bajo	1.8 (3)	1.2 (2)	2.4 (4)
		Moderado	-	1.8 (3)	0.6 (1)
		Alto	1.2 (2)	-	-
	Eventual	Bajo	3.6 (6)	4.8 (8)	6 (10)
		Moderado	4.2 (7)	3.6 (6)	0.6 (1)
		Alto	5.4 (9)	4.8 (8)	6.6 (11)
Turno	Matutino	Bajo	21.1 (35)	28.3 (47)	28.9 (48)
		Moderado	18.1 (30)	18.1 (30)	11.4 (19)
		Alto	18.7 (31)	11.4 (19)	17.5 (29)
	Vespertino	Bajo	13.9 (23)	23.5 (39)	25.9 (43)
		Moderado	15.7 (26)	12 (20)	9.6 (16)
		Alto	12.7 (21)	6.6 (11)	6.6 (11)

XXI. DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout es un conjunto de síntomas y signos, que surge como consecuencia de la exposición laboral en la que existe un desequilibrio entre la exposición crónica al estrés laboral y el nivel de afrontamiento, que afecta la esfera física, psicológica y conductual de quien lo padece.

La presente investigación surgió secundario a la falta de datos actualizados sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en México, por lo que su propósito fue describir su prevalencia en el personal de salud del primer nivel de atención, sus factores asociados y así mismo definir el grado de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional del personal en estudio.

Los resultados obtenidos sobre la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención, a través del inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, nos aportan conclusiones similares a los resultados obtenidos por Castañeda et al (2022), en el que menciona la presencia de Burnout en ámbito hospitalario de un 45.9%, asociando variables como sexo femenino, edad menor a 40 años, pareja inestable, pareja estable sin trabajo, relación sentimental con duración menor de 15 años, ausencia de hijos, médico especialista no quirúrgico, experiencia laboral menor a 10 años, ocupación de tiempo completo y un solo trabajo.

Es importante el llevar a cabo este tipo de estudios, dada la importancia que tiene la presencia de este síndrome y su relación con el desempeño de su actividad laboral, aunque se estudiado en algunos países, la experiencia en México, y sobre todo, en el primer nivel de atención es escasa; es importante señalar que uno de los sectores que se ve involucrado con mayor estrés es el ambiente médico, dado por el tipo de actividades que realiza, esto aunado a la enorme demanda de atención por parte de los derechohabientes, se vuelve interesante el reportar la presencia de este síndrome en las unidades de medicina familiar.

XXII. CONCLUSIÓN

La presencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del primer nivel de atención estudiado a través del inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, muestra que un 65% del personal de salud, tiene un grado de agotamiento emocional de moderado a alto y un 48.2% muestra un grado de despersonalización de moderado a alto, mientras que el 54.8% muestra un grado bajo de realización personal, lo cual se asocia a la presencia de Burnout en el personal de salud, quien además presenta dos dimensiones afectadas.

Dichos resultados hacen pensar que se requiere una intervención terapéutica cognitivo conductual en el personal de salud del primer nivel de atención; por lo que sugerimos el realizar estudios posteriores de tipo prospectivo y en diferentes unidades para su comparación.

XXIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1975; 12(1): 73–82.
2. Carlin M, Garcés EJ. El síndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An. Psicol.* 2010; 26(1): 169-180.
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1996.
4. Linares G, Guedez YS. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Aten Primaria*. 2021; 53(5): 1-2.
5. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *AJHP*. 2018; 75 (3):147–152.
6. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *WPA*. 2016; 15(2): 103-111.
7. Olivares V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc. Trab.* 2017; 19(58): 59-63.
8. World Health Organization. Burn-Out an “Occupational Phenomenon”: *International Classification of Diseases*. 2019.
9. World Health Organization. *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. 2023.
10. Organización Mundial de la Salud. *La salud mental en el trabajo*. 2022.
11. Winner J, Knight C. Burnout: Addressing System-Induced Distress. *AAFP*. 2019; 26(5): 4-7.
12. Castañeda E, Garcia JE. Prevalence of Burnout Syndrome and Associated Variables in Mexican Medical Specialists. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2022; 51(1): 41-50.

13. Organización Internacional del Trabajo Ginebra. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. 1984.
14. Juárez A, Idrovo AJ, Camacho A, Placencia O. Síndrome de Burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud ment.* 2014; 37 (2): 159-176.
15. Palacios ME, Paz MP. El Síndrome de Burnout, una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID.19. *Boletín sobre COVI-19.* 2021; 2(21): 9-14.
16. Vera O. El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud por la pandemia COVID-19. *Rev. Méd.* 2022; 28(2): 66-72.
17. Lovo J. Síndrome de burnout: un problema moderno. *Entorno.* 2021; (70): 110-120.
18. Carrillo R, Gómez K, Espinoza I. Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex.* 2012; 28(6): 579-584.
19. Torres E, Gutierrez V. Analysis of the Burnout and its Measurement Scales. *Praxies Investigativa Redie.* 2019; 11(20): 106-124.
20. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav.* 1981; 2: 99-113.
21. Rotstein S, Hudaib AR, Facey A, Kulkarni J. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australas. Psychiatry.* 2019; 27(3):249–254.
22. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(3): 1-27.
23. Anaya JL, Ortiz AC, Panduro DR, Ramírez G. Síndrome de «quemazón» (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Aten Primaria.* 2006; 38(8): 467-472.

24. Flores SY, Ruiz AO. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicol. Salud.* 2018; 28(1): 63-72.
25. Margiotta F, Crudden G, Byrne D, Doherty AM. Prevalence and covariates of burnout in consultant hospital doctors: burnout in consultants in Ireland Study (BICDIS). *Ir J Med Sci.* 2018; 188: 355–364.
26. Adam S, Mohos A, Kalabay L, Torzsa P. Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: the significant role of gender, age, dependant care and experience. *BMC Fam Pract.* 2018; 19(193): 1-10.
27. Usas H, Weilenmann S, Princip M, Fuchs WJ, Nuffel M, Kanel R, et al. Physician-Specific Symptoms of Burnout Compared to a Non-Physicians Group. *IJERPH.* 2023; 20: 1-8.
28. Tzeletopoulou A, Alikari V, Zyga S, Tsironi M, Lavdaniti M, Theofilou P. Are Burnout Syndrome and Depression Predictors for Aggressive Behavior Among Mental Health Care Professionals?. *Med Arch.* 2018; 72(4): 244-248.
29. Ovejas A, Izquierdo F, Rodríguez M, Rodríguez J, García M, Alonso M, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria.* 2020; 52(9): 608-616.
30. Yebra S, García V, Sánchez A, Suarez P, González L. Relación entre la inteligencia emocional y el burnout en los médicos de Atención Primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2020; 46(7): 472- 478.
31. Roig I, Fornés B, Rodríguez R, Delgado A, González JA, Rodríguez I. Burnout en profesionales de atención primaria en la Cataluña Central. *APRL.* 2022; 25(2): 86-100.


32. Martínez E, Figueroa MC. Prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal de la Región Sanitaria IX, Ameca, Secretaría de Salud Jalisco, México. *RevSalJal*. 2022; 9(1): 1-8.
33. Wanwan Y, Wenjun Y, Ming C, Hongqing Z, Jing Y. School climate and academic burnout in medical students: a moderated mediation model of collective self-esteem and psychological capital. *BMC Psychol*. 2023; 11(77): 1-11.
34. Crudden G, Margiotta F, Doherty AM. Physician burnout and symptom of anxiety and depression: Burnout in Consultant Doctors in Ireland Study (BICDIS). *PLoS One*. 2023; 18(3): 1-11.

XXIV. ANEXOS

Anexo. Instrumento de recolección de datos

SEDE: UMF 28, IMSS COLONIA DEL VALLE CDMX

INVESTIGADORES: BAUTISTA MANZANO ANEL YADIRA MAT 98214010, BERNAL TÉLLEZ ANAYELY MAT 97374565, BALTAZAR GUTIÉRREZ ÓSCAR MAT 97372610.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD		
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
TÍTULO DEL PROTOCOLO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.		
FECHA:	FOLIO:	
NOMBRE:		
CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Indique con una X dentro del paréntesis la opción correcta		
1. Edad: _____		
2. Genero: Femenino () Masculino ()		
3. Nivel educativo: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura () Posgrado ()		
4. Estado civil: Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Unión libre ()		
5. Categoría laboral: Médico () Enfermera () Nutrición () Trabajo Social () Estomatología () Asistente médica () Psicología ()		
6. Tiempo de traslado: Número de Horas _____		
7. Turno: Matutino () Vespertino ()		
8. Número de horas laboradas al día: Horas _____		
9. Días de descanso: Fin de semana () Entre semana ()		
10. Número de días de vacaciones al año: Número de días _____		
11. Tipo de contrato: Base () Interinato () Eventual ()		
12. Antigüedad laboral: Años _____		
13. Número de pacientes atendidos al día: Número _____		
14. insomnio: Si () No ()		
15. Ansiedad: Si () No ()		
16. Depresión: Si () No ()		
17. Tabaquismo: Si () No ()		
18. Alcoholismo: Si () No ()		
19. Toxicomanías: Si () No ()		

Anexo. Criterios diagnósticos de otras patologías psiquiátricas agudas DSM-V

Criterios diagnósticos de Trastorno de Depresión Mayor 296.2 (F32.0)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). Trastorno de depresión mayor.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.' D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).


D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos

traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Anexo. Cuestionario de aplicación

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD								
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS								
TITULO DEL PROTOCOLO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.								
FECHA:				FOLIO:				
NOMBRE:								
INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI) Las siguientes afirmaciones indican como se percibe a usted en relación con su trabajo. Indique con una X sobre el recuadro la respuesta que más lo identifique. 0 = nunca 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes, 4 = una vez a la semana, 5 = unas pocas veces a la semana, 6 = todos los días								
Preguntas:		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Me siento cansado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar							
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8	Me siento "quemado" por mi trabajo							
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa mucho el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12	Me siento muy activo							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes							
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20	Me siento acabado							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

PREGUNTAS EVALUADAS POR DIMENSIÓN

Dimensión	Número de preguntas	Preguntas
Agotamiento emocional	9	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20
Despersonalización	5	5, 10, 11, 15, 22
Baja Realización Personal	8	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

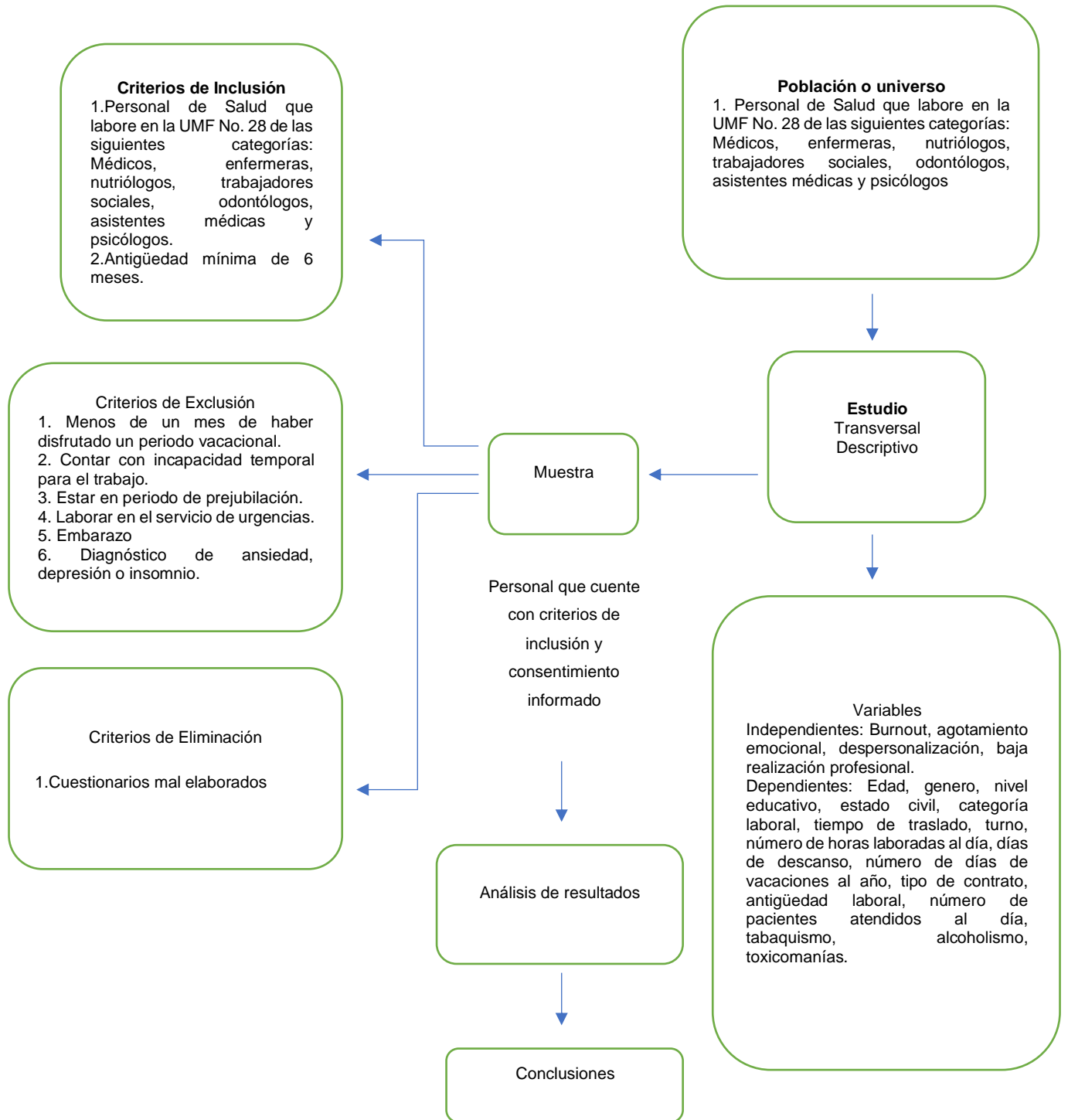
INTERPRETACIÓN DE LA SEVERIDAD

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja Realización Personal
Alto	≥ 27	≥ 13	0-30
Moderado	17-26	7-12	31-36
Bajo	0-16	0-6	37

Torres E, Gutierrez V. Analysis of the Burnout and its Measurement Scales. Praxies Investigativa Redie. 2019; 11(20): 106-124.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J. Organiz. Behav. 1981; 2: 99-113.

Anexo. Diseño del estudio



Anexo. Carta de no inconveniente

	GOBIERNO DE MÉXICO			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX Jefatura de Prestaciones Médicas Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"
---	-------------------------------	---	--	--

"2023, Año de Francisco Villa El Revolucionario del Pueblo"

Ciudad de México, a 18 de Abril de 2023

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
O.O.A.D. CDMX SUR
P R E S E N T E.

Por medio de la presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el protocolo de investigación: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"** en la Unidad a mi cargo, bajo la responsabilidad del investigador principal Dra. Anayely Bernal Téllez, adscrita a la U.M.F. 28, con Matrícula 97374565, asesor metodológico Dr. Oscar Baltazar Gutierrez, adscrito a la U.M.F. 28, con Matrícula 97372610 y colaborador Médica Residente de Tercer Año Dra. Anel Yadira Bautista Manzano con Matrícula 98214010

El presente protocolo tiene como objetivo: **"Determinar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Bournout en el personal de salud del primer nivel de atención"**.

Sin más por el momento, aprovecho el medio para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE



DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" IMSS.

Calle Gabriel Mancera 800, Alcaldía de Benito Juárez, C. P. 03100, CDMX. Tel. (55) 55596011 EXT. 21722 www.imss.gob.mx

