



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

UNIVERSIDAD MICHOACA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PREVALENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DEL HGZ
4, ZAMORA, MICHOACÁN.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LILIANA IVETTE HERNANDEZ JUAREZ

ASESOR DE TESIS
M.E.M.F DR. JOSE JORGE TORRIJOS ZAVALA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 82

CO-ASESOR DE TESIS
M.E. EPIDEMIOLOGIA DR. JUAN CARLOS CASTAÑEDA CEJA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N.4

Número de Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2023-1603-020

ZAMORA, MICHOACÁN. MÉXICO. FEBRERO DE 2026



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 82

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Eduardo Vega Espinosa
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 82

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dr. José Jorge Torrijos Zavala
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar



Universidad Michoacana de san Nicolás de hidalgo

División de estudios de posgrado facultad de ciencias médicas biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director de la facultad

Dr. José Luis Martínez Toledo

Jefe de Subdivisión de Medicina familiar de la UMSNH, división de Estudios de Postgrado

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

al Instituto Mexicano del Seguro Social, por brindarme el espacio y las herramientas necesarias para desarrollar esta investigación por medio del HGZ N.4 y por ser un lugar de aprendizaje y crecimiento profesional constante, así como mi casa la UMF N.82.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo** por darme la formación y el conocimiento que han cimentado este logro, así como por ser la institución que ha acompañado mi desarrollo académico y profesional desde mi formación como médico general.

A todo el personal de salud del HGZ n.4 quienes, con generosidad y disposición, dedicaron un momento de su tiempo para responder los instrumentos de aplicación y hacer posible este estudio. En especial, a enfermería, quienes siempre se mostraron en la mejor disposición para apoyarme cuyo compromiso y entrega diaria son un ejemplo de vocación y esfuerzo.

A mi asesor, el Dr. Jose Jorge Torrijos Zavala y a mi coasesor, el Dr. Juan Carlos Castañeda Ceja, por su orientación y paciencia, por sus enseñanzas y por creer en este proyecto tanto como yo.

Dedicatoria

Este proyecto es para mí.

Porque a pesar de las adversidades, de los días de cansancio extremo y de las dudas que en ocasiones amenazaron con hacerme rendir, seguí adelante. Porque este trabajo representa no solo conocimiento, sino también resiliencia, crecimiento y pasión por lo que hago.

Hoy celebro no solo la culminación de este proyecto, sino la fortaleza con la que enfrenté cada obstáculo.

Con todo el amor para mí, por todo lo que superé, y por todo lo que vendrá

A mi madre, por su amor incondicional, por ser mi refugio en los momentos difíciles y mi mayor fuente de inspiración.

A mi pareja, por su aliento constante y ser mi hogar y mejor compañía estos años al estar lejos de casa.

A los amigos que he hecho durante la residencia, que, aunque son pocos, su amistad ha sido un pilar fundamental para sobrellevar este camino exigente y desafiante.

Y, por último, pero no menos importante a Dios, por traerme hasta aquí, por protegerme y poner en mi camino gente bondadosa.

.

ÍNDICE

I.	Resumen	1
II.	Abstract	2
III.	Abreviaturas	3
IV.	Glosario	4
V.	Relación de Tablas y Figuras	5
VI.	Introducción	7
VII.	Marco Teórico	8
VIII.	Justificación	18
IX.	Planteamiento de Problema	19
X.	Objetivos	21
XI.	Hipótesis	21
XII.	Material y Métodos	22
XIII.	Aspectos éticos	32
XIV.	Recursos, Financiamiento y Factibilidad	33
XV.	Cronograma de actividades	34
XVI.	Resultados	36
XVII.	Discusión	64
XVIII.	Conclusiones	67
XIX.	Recomendaciones	68
XX.	Bibliografía	69
XXI.	Anexos	72

I. RESUMEN

Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de salud del HGZ. N.4, Zamora, Michoacán.

Hernández LI, Torrijos JJ, Castañeda JC

Introducción: El sector salud, debido a su constante contacto con personas que requieren atención, es uno de los sectores más susceptibles a sufrir enfermedades de origen psicosocial. Con el tiempo, es común que aquellos que brindan servicios laborales públicos experimenten una pérdida progresiva de energía, agotamiento y desmotivación en el trabajo, así como síntomas de ansiedad y depresión conocidos como síndrome de Burnout. **Objetivo:** Se analizó la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud del HGZ n.4 **Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, prospectivo, en el personal de salud del HGZ. No. 4 de Zamora, Michoacán, se aplicó el cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), Se empleo estadística descriptiva e inferencias en el análisis de los datos, así como regresión múltiple para establecer relaciones entre variables.

Resultados: De los 250 trabajadores de la salud incluidos en este estudio el 19.2% resulto positivo para síndrome de burnout, mientras que el 80.8% presentaron resultados negativos para este síndrome. **Conclusiones:** La hipótesis inicial planteo que el 60% de los trabajadores del área de la salud tendrían síndrome de burnout. Sin embargo, los resultados mostraron que solo el 19.2% presento burnout, mientras que el 80.2% no lo hizo. Esto sugiere una prevalencia menor a lo esperado.

PALABRAS CLAVE: escala MBI, despersonalización, agotamiento emocional, falta de realización personal, burnout, ansiedad, depresión.

II. ABSTRACT

Prevalence of Burnout Syndrome Among Healthcare Personnel at the General Zone
Hospital N.4

Hernández LI, Torrijos JJ, Castañeda JC

Introduction: The healthcare sector, due to its constant contact with individuals requiring care, is one of the most susceptible sectors to experiencing psychosocial-related illnesses. Over time, it is common for those providing public labor services to progressively experience a loss of energy, exhaustion, and lack of motivation at work, along with symptoms of anxiety and depression known as Burnout Syndrome. **Objective:** The prevalence of Burnout Syndrome was determined among the healthcare personnel of HGZ No. 4. **Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional, and prospective study was conducted among the healthcare personnel of HGZ No. 4 in Zamora, Michoacán. The MBI (Burnout Syndrome) questionnaire was applied. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis, along with multiple regression to establish relationships between variables. **Results:** Out of the 250 healthcare workers included in this study, 19.2% tested positive for Burnout Syndrome, while 80.8% had negative results for this syndrome. **Conclusions:** The initial hypothesis suggested that 60% of healthcare workers would have Burnout Syndrome. However, the results showed that only 19.2% presented burnout, while 80.8% did not. This suggests a lower-than-expected prevalence.

KEYWORDS: MBI scale, depersonalization, emotional exhaustion, lack of personal accomplishment, burnout, anxiety, depression.

III. ABREVIATURAS

AE: Agotamiento Emocional

CIE11: Clasificación internacional de enfermedades, 11.^a edición

DP: Despersonalización

HGZ: Hospital General de Zona

LGBTQ+: Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero, Queer y otras identidades de género

MBI: Maslach Burnout Inventory

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de Medicina Familiar

WHOQOL-BREF . World Health Organization Quality of Life

IV. GLOSARIO

AGOTAMIENTO EMOCIONAL: sensación de una persona que experimenta carencia de energía y recursos emocionales.

DESPERSONALIZACION: sentimientos y actitudes negativas hacia otras personas

MALASCH BURNOUT INVENTORY: es un cuestionario con respuestas tipo Likert, constituido por 22 ítems distribuidos en tres factores esenciales: agotamiento emocional, despersonalización constituida y realización personal

REALIZACION PERSONAL: la persona experimenta falta de satisfacción laboral

SINDROME DE BURNOUT: es la respuesta da un trabajador cuando percibe la diferencia existente entre sus propios ideales y la realidad de su vida laboral

TRABAJADOR DEL ÁREA DE LA SALUD: todas aquellas personas que ejercen actividades laborales cuyo objetivo principal es mejorar la salud.

WHOQOL-BREF: es un cuestionario diseñado para medir calidad de vida, con 26 reactivos agrupados en 4 dimensiones destinadas a conocer el perfil de la calidad de vida: la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla I. Porcentajes de Burnout	36
Tabla II. Característica Generales de la Población	37
TABLA III Análisis estadístico de variables dependientes de burnout	39
TABLA IV Tabla de contingencia Categoría de trabajo * Cansancio emocional	41
TABLA V Tabla de contingencia Categoría de trabajo * Despersonalización	42
TABLA VI Tabla de contingencia Categoría de trabajo * Realización personal	43
TABLA VII Relación entre Burnout y sexo	44
TABLA VIII Tabla de contingencia sexo * cansancio emocional	45
TABLA IX Tabla de contingencia sexo * despersonalización	46
TABLA X Tabla de contingencia sexo * realización personal	46
TABLA XI Pruebas de chi-cuadrado	47
TABLA XII Pruebas de chi-cuadrada	48
TABLA XIII Tabla de contingencia estado civil * cansancio emocional	49
TABLA XIV Tabla de contingencia estado civil * despersonalización	50
TABLA XV Pruebas de chi.cuadrada	50
TABLA XVI Tabla de contingencia estado civil * realización personal	51
TABLA XVII Prueba de chi-cuadrada	51
TABLA XVIII Prueba de chi-cuadrada.	52
TABLA XIX Tabla de contingencia estatificación social * cansancio emocional	53
TABLA XX de Contingencia estratificación social * despersonalización	54
TABLA XXI Estratificacion social * realización personal	54

TABLA XXII Tiempo de antigüedad en el instituto (años) * cansancio emocional	56
TABLA XXIII Tiempo de antigüedad en el instituto * realización personal	56
TABLA XXIV relación entre Burnout y nivel de estudio	57
TABLA XXV nivel de estudios * cansancio emocional	58
TABLA XXVI Tabla de contingencia Nivel de estudios * Despersonalización	59
TABLA XXVII Tabla de contingencia Nivel de estudios * Realización personal	60
TABLA XXVIII Tabla de contingencia Edad (años) * cansancio emocional	61
TABLA XXIX Tabla de contingencia Edad (años) * despersonalización	62
TABLA XXX Tabla de contingencia edad * realización personal	63
TABLA XXXI Estadísticos de fiabilidad	64
FIGURA 1 Relación entre Burnout y categoría de trabajo	40
FIGURA 2 Relación entre burnout y estado civil	48
FIGURA 3 Relación entre burnout y estratificación social FIGURA 4	52
Relación entre burnout y tiempo de antigüedad en el instituto	55
FIGURA 5 Relación entre burnout y edad (años)	61

VI. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un problema de salud pública que afecta especialmente al personal de salud debido a la constante presión laboral, el contacto continuo con pacientes y la alta demanda emocional de su profesión. Caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la sensación de realización personal, este síndrome puede comprometer tanto el bienestar del trabajador como la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Diversos estudios han evidenciado que los profesionales de la salud, particularmente aquellos que trabajan en hospitales, tienen mayor riesgo de desarrollar Burnout debido a largas jornadas laborales, escasez de recursos, alta carga emocional y situaciones de estrés crónico. Este padecimiento no solo afecta la salud mental de los trabajadores, sino que también puede repercutir en su desempeño, aumentando el riesgo de errores médicos, reduciendo la satisfacción laboral y afectando la dinámica hospitalaria.

Dado el impacto significativo del Burnout en el personal de salud y sus posibles consecuencias en la atención médica, resulta fundamental evaluar su prevalencia en el **Hospital General de Zona No. 4** de Zamora, Mich. A través de este estudio, se busca identificar el porcentaje de trabajadores afectados y analizar los factores asociados con su desarrollo, utilizando el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) como herramienta de medición.

Los resultados obtenidos permitirán generar conciencia sobre la magnitud de este problema y podrían servir de base para la implementación de estrategias preventivas y de intervención que contribuyan a mejorar la salud mental del personal y, en consecuencia, la calidad de las prestaciones médicas.

VII. MARCO TEORICO

IMPORTANCIA.

La evolución tecnológica, social y económica ha generado entornos laborales competitivos que requieren adaptación constante. Esto, junto con las responsabilidades domésticas, puede afectar la salud y la calidad de vida de los trabajadores. Las enfermedades mentales relacionadas con el trabajo son importantes en este contexto. El entorno laboral puede tener efectos positivos, como satisfacción y crecimiento personal, pero también negativos, como estrés y empeoramiento de la salud física y mental. El síndrome de Burnout se asocia con síntomas depresivos, trastornos del sueño y complicaciones de salud, como enfermedades cardiovasculares y musculoesqueléticas, así como un mayor índice de masa corporal y tendencia al abuso de sustancias estimulantes. ⁽¹⁾

ANTECEDENTES

El sector de la salud, debido a su contacto constante con pacientes, es altamente propenso a enfermedades psicosociales, como el síndrome de Burnout, caracterizado por agotamiento, desmotivación, ansiedad y depresión. Este síndrome se debe a factores organizativos como la sobrecarga de trabajo, la falta de reconocimiento, conflictos interpersonales y la falta de control, afectando tanto la vida laboral como la personal de los trabajadores. Para prevenirlo, los principios de gestión en el ámbito hospitalario enfatizan una carga de trabajo adecuada, reconocimiento, estímulos y un entorno laboral armonioso que promueva el desarrollo tanto de la organización como de los empleados. ⁽²⁾

En el año 2020 Se realizó el estudio “Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud” *“En el cual participaron 60 profesionistas los cuales provenían de 21 estados de la República mexicana, donde destacan en primer lugar la ciudad de México (25.4%) en segundo lugar, Jalisco, y Veracruz (9.5%); y en tercer lugar Baja California, Nuevo León, Oaxaca y Puebla (6.3%). Se encontró que 79% de los participantes mostraron bajo cansancio emocional; 64% obtuvieron puntuaciones bajas en despersonalización, y 71% una alta realización profesional. El síndrome de Burnout se manifestó en la muestra en un nivel bajo, siendo la estrategia de afrontamiento más utilizada en la solución de problemas”* ⁽³⁾

En el estudio “Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos especialistas y factores de riesgos” el cual se realizó en un hospital regional de Guadalajara, Castañeda E, y García J. Concluyeron en que *“el síndrome de Burnout tiene una prevalencia del 45.9% y entre sus principales factores de riesgo son el sexo femenino, la edad <40 años, estado civil sin pareja estable o < de 15 años con pareja, que la pareja no trabaje, no tener hijos, especialidad clínica, < de 10 años de antigüedad profesional y que se mantenga en el puesto actual de trabajo, ser de la jornada acumulada, contratación definitiva, no tener otro trabajo o laborar más de 4 horas en él”*. ⁽⁴⁾

En la ciudad de Morelia, Michoacán en el año 2018 en la unidad de medicina familiar n. 80 se llevó a cabo el estudio el estudio Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *“Existió baja frecuencia del síndrome de Burnout en mujeres con edad de 30 y 40 años solteros y residentes de segundo año predominó el nivel alto con agotamiento emocional despersonalización alta y realización personal baja”*. ⁽⁵⁾

En la ciudad de Guadalajara Aranda C. en su estudio *“Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México”*

Se encontró una prevalencia del síndrome de Burnout del 42,3 % de la población en estudio, con al menos una de las tres dimensiones "quemadas". Las cifras prevalentes encontradas en cada una de las dimensiones corresponden al 16,0 % para la dimensión agotamiento emocional, el 84,7 % en la de baja realización personal en el trabajo y el 1,8 % en la de despersonalización. Ser soltero y tener estudios superiores o inferiores al puesto son factores de riesgo para el desarrollo del síndrome. ⁽⁶⁾

El 64,8 % (81 sujetos) se manifestó enfermo. Los diferentes signos y/o síntomas que reportaron fueron agrupados resultando de todos ellos seis grupos: respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, músculo-esqueléticas, neurológicas y psicológicas. Las más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas ⁽⁶⁾

CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

Freudenberger (1974) introdujo el concepto de Burnout al describir el agotamiento físico y mental de jóvenes voluntarios en su clínica de Nueva York, quienes sacrificaban su salud por ideales altruistas, pero recibían poco reconocimiento. Esto llevó a síntomas como irritación, agotamiento, cinismo hacia los pacientes y evitación después de uno a tres años de trabajo. Además del estrés laboral, "estar quemado" involucra la valoración del trabajo, la capacidad de lidiar con el estrés y la intensidad del compromiso laboral, afectando tanto a los usuarios como a uno mismo. Maslach y Jackson (1981, 1982) definieron el Burnout como un síndrome tridimensional con agotamiento emocional, despersonalización y dificultad en la realización personal. Se desarrolló el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) para medirlo en servicios humanos. A pesar de controversias, la escala de Maslach se usa ampliamente, incluso en profesiones no asistenciales, y ha pasado por tres revisiones, incluyendo el cambio de "despersonalización" por "cinismo." (7)

DEFINICIÓN

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud declaró el síndrome de Burnout, como un factor de riesgo laboral debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso poner en riesgo la vida. Aunque no se encuentra oficialmente definido en el de DSM-V ni en el CIE-10, se suele describir como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico sus principales características son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. La definición más aceptada propuesta por C. Maslach engloba estas características y lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés. (8)

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado diversos factores de riesgo, entre ellos se encuentra la escasez de personal, que conlleva una carga excesiva de trabajo, el trabajo por turnos, la atención a usuarios problemáticos, el contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, la falta de claridad en las funciones y responsabilidades lo cual genera conflictos y ambigüedad en

los roles; la falta de autonomía y autoridad para la toma de decisiones en el trabajo; y los rápidos cambios tecnológicos. ⁽⁹⁾

ETIOLOGÍA

Se reconoce que el síndrome de Burnout es un proceso complejo y multicausal, en el cual intervienen diversos factores además del estrés. Entre estos factores se encuentran el aburrimiento, las crisis en el desarrollo de la carrera profesional, las condiciones económicas desfavorables, la sobrecarga laboral, la falta de estimulación, la falta de orientación profesional adecuada y el aislamiento social. ⁽¹⁰⁾

Además de estos elementos mencionados, se describen factores de riesgo que aumentan la susceptibilidad del individuo frente a la aparición del síndrome.

- Componentes personales: la edad, el género, las variables familiares y la personalidad son componentes personales que desempeñan un papel importante. La edad está relacionada con la experiencia laboral mientras que el género puede influir en la capacidad de las mujeres para afrontar situaciones conflictivas en el trabajo. Los aspectos familiares, la armonía y la estabilidad familiar, son clave para mantener el equilibrio necesario en el manejo de conflictos laborales. Además, la personalidad desempeña un papel crucial, ya que personalidades extremadamente competitivas, impacientes, exigentes y perfeccionistas pueden influir en la forma en que se enfrentan dichas situaciones.
- Inadecuada formación profesional: el exceso de conocimientos teóricos, un entrenamiento insuficiente en actividades prácticas y carencia en la enseñanza de técnicas de autocontrol emocional.
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficientes en términos del entorno físico, el ambiente humano y la organización laboral. Además, los bajos salarios, la sobrecarga de trabajo y la falta de trabajo en equipo.
- Factores sociales: la necesidad de alcanzar prestigio profesional a toda costa, con el objetivo de obtener una alta consideración social y familiar, así como un estatus económico elevado.

- Factores ambientales: Eventos significativos en la vida, como la muerte de familiares, el inicio de un matrimonio, divorcios o el nacimiento de un hijo pueden generar situaciones de estrés que contribuyen al desarrollo del síndrome.⁽¹⁰⁾

“Sumados a los citados, algunos investigadores han logrado aislar posibles factores de riesgo para desarrollo de SB en la población médica

- *Ser joven + tener hijos + trabajar >60 horas a la semana*
- *Recibir muchas llamadas irregulares (recibir llamadas durante 2 o más noches durante la semana)*
- *Aumentar la carga de trabajo para pagar deudas”* ⁽¹⁰⁾

PRESENTACIÓN CLÍNICA

“Se identifican 3 componentes del SB:

- 1. Cansancio o agotamiento emocional: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga*
- 2. Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.*
- 3. Abandono de la realización personal: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.*

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles:

- *Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana*
- *Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo*
- *Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas*
- *Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios”* ⁽¹⁰⁾

Evolución

Los expertos en el síndrome de Burnout han identificado una evolución gradual del mismo, dividida en cuatro etapas:

Etapa 1: en esta etapa, se produce un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos disponibles, tanto materiales como humanos. Las demandas superan los recursos y esto genera estrés agudo en el individuo.

Etapa 2: en esta fase, el individuo hace un esfuerzo adicional para adaptarse a las demandas laborales, pero esto sólo funciona temporalmente. Con el tiempo, comienza a perder el control de la situación y surgen síntomas como una menor disposición para trabajar y una reducción de las metas laborales. Aunque el cuadro es aún reversible en esta etapa.

Etapa 3: en esta etapa es cuando aparece el síndrome de desgaste emocional. Se manifiesta a través de síntomas como agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal. Los síntomas se dividen en tres categorías:

- Síntomas psicosomáticos, que incluyen, disminución de energía, fatiga crónica, insomnio, cefalea, dolor osteomuscular en el cuello y la espalda, mayor susceptibilidad a infecciones e hipertensión.
- Problemas gastrointestinales: como gastritis, colitis, úlceras y trastornos alimentarios como comer en exceso o pérdida de peso. En el caso de las mujeres, también pueden experimentar alteraciones menstruales.
- Síntomas conductuales o emocionales: el uso y abuso de sustancias como alcohol, café, cigarrillos y otras drogas, así como la dependencia de tranquilizantes. También se observa un aumento en el consumo de alimentos, cambios en la facilidad para enojarse o llorar, y una disminución en la productividad.
- Ausentismo laboral, y conductas de alto riesgo: como resultado de deterioro físico y emocional, el individuo puede adoptar conductas de riesgo que afectan su seguridad y la de los demás. El individuo puede experimentar dificultades para establecer vínculos emocionales con los demás o desarrollar ansiedad al interactuar con personas a las que brinda atención. El individuo tiene dificultades para mantener la concentración y su rendimiento en el trabajo se ve afectado negativamente. Impaciencia, irritabilidad y desconfianza hacia los demás. La persona puede volverse insensible, cruel y cínica en su trato con los demás perdiendo la empatía y el respeto.⁽¹¹⁾

DIFERENCIA ENTRE ESTRÉS Y BURNOUT

El síndrome de Burnout, según Maslach y Leiter, puede surgir como consecuencia de una exposición constante al estrés, aunque no se equipara directamente con altos niveles de estrés. Mientras que el estrés implica sentirse abrumado por múltiples presiones y demandas tanto

físicas como psicológicas, las personas que experimentan estrés suelen creer que podrían sentirse mejor si logran tener todo bajo control. ⁽¹⁰⁾

Por otro lado, el Burnout se caracteriza por la sensación de insuficiencia. Sentirse “quemado” implica experimentar vacío, falta de motivación y una profunda sensación de desamparo con frecuencia, aquellos que sufren de Burnout no ven ninguna posibilidad de cambio positivo en sus circunstancias. ⁽¹⁰⁾

A diferencia del estrés que generalmente es reconocido conscientemente por las personas, el Burnout no siempre es percibido de manera evidente por quienes lo experimentan. ⁽¹⁰⁾

La siguiente tabla señala las diferencias entre estrés y Burnout. ⁽¹⁰⁾

ESTRÉS vs BURNOUT	
ESTRÉS	BURNOUT
Caracterizado por estar muy involucrado	Caracterizado por falta de involucramiento
Las emociones están sobre-reactivas	Las emociones están embotadas
Produce urgencia e hiperactividad	Produce indefensión y desesperanza
Pérdida de energía	Pérdida de motivación, ideales y esperanza
Conduce a desordenes de ansiedad	Conduce al desapego y a la depresión
El daño principal es físico	El daño principal es emocional
Puede llevar a la muerte prematura	Puede hacer que parezca que no vale la pena vivir la vida

COVID 19 parte aguas para la investigación de Burnout

La pandemia de COVID-19 ha generado un impacto global en el estrés y la salud mental, y aún se está llevando a cabo estudios para comprender su alcance completo. La organización de las Naciones Unidas advirtió sobre el aumento en el número y gravedad de los problemas de salud mental en cientos de millones de personas debido a la pandemia, y destaca el riesgo de que estos problemas sean ignorados o subestimados. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha confirmado que el impacto en la salud mental es sumamente preocupante, especialmente para los trabajadores de la salud que están en la primera línea de atención del COVID-19. Estos profesionales son particularmente vulnerables debido a las

altas cargas de trabajo, El riesgo de infección y las difíciles decisiones que deben tomar relacionadas con la vida y la muerte, entre otros desafíos. ⁽¹²⁾

En México diversas encuestas realizadas por instituciones revelan datos alarmantes sobre la situación de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, según estos estudios, el 7% de los trabajadores de salud ha sufrido agresiones en la vía pública, el 40% ha faltado al trabajo debido al estrés y el 35% ha considerado renunciar en medio de esta crisis. Además, un estudio preliminar realizado en diferentes hospitales de México durante la pandemia ha revelado que el 47% de los trabajadores de salud desearía recibir apoyo psicológico, el 27.4% presenta síntomas de ansiedad, el 16.9% sufre de depresión y el 44.1% experimenta estrés. Sin embargo, el mayor porcentaje se encuentra en el efecto psicológico del desgaste emocional o burnout, que afecta el 47.6% del personal de salud. ⁽¹²⁾

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

“En los programas de adiestramiento para resiliencia de personal de salud con síndrome de desgaste se recomiendan las siguientes preguntas diagnósticas, encaminadas a la autorreflexión, el autocuidado y la reorientación de los valores.

¿Cómo puedo cuidarme para poder servir a los demás?

¿Cómo puedo esforzarme para lograr la excelencia y, al mismo tiempo, tener consideración hacia mí mismo cuando no tengo todas las respuestas o cuando me equivoco?

¿Cómo puedo ofrecer mi experiencia para curar enfermedades, y al mismo tiempo estar abierto a lo que mis pacientes tienen que enseñarme acerca de su propia curación?

¿Cómo puedo mantener una conexión empática con mis pacientes y, al mismo tiempo, protegerme?” ⁽¹³⁾

El Inventario de Desgaste Laboral de Maslach (MBI: Maslach Burnout Inventory) es el principal instrumento utilizado para evaluar a pacientes con síndrome de Burnout. Este instrumento ha sido estandarizado validado y ampliamente aplicado en diversas investigaciones. Consiste en tres escalas diseñadas para medir el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. La escala de agotamiento emocional consta de nueve ítems, la escala de despersonalización tiene cinco ítems, y la escala de realización

personal incluye ocho ítems. Este inventario proporciona una herramienta efectiva para evaluar y medir los diferentes aspectos del síndrome de desgaste en el ámbito laboral. ⁽¹³⁾

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento compuesto por 22 preguntas que evalúan, en una escala de siete puntos, las tres dimensiones que definen el Burnout: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y baja Realización Personal en el Trabajo (RPT). Este instrumento pasó por ocho años de estudio y análisis antes de tomar su forma actual. Inicialmente, en su versión de 1981, el MBI constaba de 25 preguntas distribuidas en cuatro escalas, incluyendo una llamada "Implicación con el trabajo". Sin embargo, esta escala fue eliminada en la versión revisada de 1986, dejando el número final de ítems en 22. ⁽¹⁴⁾

El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), conocido como la versión clásica del MBI, ha sido diseñado específicamente para evaluar el Burnout en profesionales de servicios humanos. Está compuesto por 22 preguntas que se distribuyen en tres escalas. Su objetivo es medir la frecuencia con la que los profesionales perciben ciertos aspectos relacionados con el Burnout.

La primera escala se centra en la baja realización personal en el trabajo, evaluando la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, especialmente en términos de su habilidad para realizar su trabajo y establecer relaciones profesionales con las personas que brindan su servicio. Esta escala está conformada por 8 ítems. ⁽¹⁴⁾

La segunda escala aborda el agotamiento emocional, que se refiere a la sensación de no poder brindar más de sí mismos emocional y afectivamente en su trabajo. En esta escala se incluyen 9 ítems. ⁽¹⁴⁾

La tercera escala se enfoca en la despersonalización, que implica el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo, así como una actitud general negativa hacia las personas a las que se presta el servicio. En esta escala se incluyen 5 ítems. ⁽¹⁴⁾

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT

Las alteraciones mentales y conductuales pueden ser abordadas a través de diversas medidas preventivas clasificadas en prevención primaria, secundaria y terciaria.

En primer lugar, la prevención primaria se enfoca en realizar cambios en la organización del trabajo con el objetivo de prevenir los problemas desde su origen. Estas medidas recomendables y necesarias incluyen la reducción de la carga laboral, la redistribución de tareas, la contratación de personal adicional y la eliminación del acoso laboral. ⁽¹⁵⁾

Por otro lado, la prevención secundaria se centra en intervenciones dirigidas a detectar y abordar tempranamente los problemas de salud mental. Se implementan actividades como sesiones de relajación, prácticas de yoga, terapias grupales y se difunde información sobre el problema. Además, se brinda apoyo y acompañamiento a los trabajadores para ayudarles a manejar el estrés y prevenir el desarrollo de trastornos mentales. ⁽¹⁵⁾

En cuanto a la prevención terciaria, su enfoque principal radica en atender la demanda de atención y abordar los casos individuales de alteración mental. Se brinda tratamiento y apoyo especializado a los trabajadores que ya presentan trastornos mentales, con el propósito de promover su recuperación y mejorar su bienestar. ⁽¹⁵⁾

Estas acciones buscan crear entornos de trabajo más saludables y favorecer el bienestar de los trabajadores.

“El tratamiento del síndrome de Burnout se divide en dos partes

1. Individuales y 2. Institucionales.

1. Estrategias individuales

- *Buscar cambios en cuanto a rutinas.*
- *Tomar periodos de descanso.*
- *Tomarse las cosas menos personales, poniendo una barrera entre lo personal y lo laboral.*
- *El autoconocimiento. Algunas técnicas para ello son: escribir emociones, expresarlas o grabarlas.*
- *Ejercicios de respiración, estiramiento y risa entre otros.*

Apoyo psicológico:

· *Técnicas conductuales: la persona aprende cómo modificar o suprimir conductas inapropiadas y cómo implementar conductas que son apropiadas.*

- *Técnicas psicológicas: la persona aprende formas de pensar apropiadas, a la vez que modifica y suprime sus patrones inadecuados de pensamiento.*

2. Estrategias institucionales

- *Cambio de estructura y funciones organizacionales.*
- *Rediseño de puestos.*
- *Apoyo social”⁽⁹⁾*

VIII JUSTIFICACIÓN

“México era uno de los países con más fatiga por estrés laboral desde antes de COVID 19, pues al menos 75% de las personas trabajadoras sufría esta condición, según el Instituto Mexicano del seguro social (IMSS). Superaba los niveles de China (73%) o Estados Unidos (59%).”⁽¹⁶⁾

El Burnout en el personal de salud tiene trascendencia tanto a nivel personal como institucional.

A nivel personal, sus efectos pueden ser profundos y duraderos, pudiendo experimentar agotamiento emocional, despersonalización, disminución de la satisfacción laboral y deterioro de la calidad de vida. Lo que conlleva a problemas de salud física y mental, así como dificultades en las relaciones interpersonales y en la práctica profesional.

A nivel institucional, el impacto del Burnout en el personal de salud es significativo, ya que tienden a tener una menor productividad, cometer más errores médicos y presentar una mayor tasa de ausentismo laboral. Además, el personal de salud puede mostrar una disminución en la calidad de la atención médica y falta de empatía hacia los pacientes.

El impacto del síndrome de Burnout en el personal de salud también tiene implicaciones para el sistema de salud. La escasez de personal, el aumento de costos asociados con la rotación y capacitación de nuevos profesionales y la disminución de la calidad de la atención médica son algunos de los desafíos a los que se enfrentan las instituciones debido al Burnout en su personal.

Es crucial abordar este problema, de manera integral, implementando medidas de prevención, intervención y apoyo que promuevan entornos laborales saludables y protejan la salud y el bienestar de los profesionales de la salud, así como la calidad y seguridad de la atención médica para los pacientes.

En cuanto a la Factibilidad, el estudio se realizará en el Hgz. N. 4 el cual consta con una población de personal del área de la salud de 615 trabajadores, por lo cual es factible para obtener la muestra del estudio.

Vulnerabilidad: al ser un tema de salud mental muchos trabajadores del área de la salud pueden reusarse o tener poca participación.

IX PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La CIE11 integra y define el síndrome de Burnout como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida. ⁽¹⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 75% de las personas trabajadoras en el país padece los efectos de un estrés laboral crónico, el nivel más alto de todo el mundo. México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en el que más horas se trabaja. Siendo esperado, entonces que 8 de cada 10 personas trabajadoras en este país viva con estrés laboral. Mientras que en China son 7 de cada 10 y en Estados Unidos, 6 de cada 10, según la OMS. ⁽¹⁸⁾

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) indica que el estrés se ha convertido en un problema de salud pública, pues en el ámbito laboral genera descuidos en el trabajo,

disminución en la productividad, aumento en la rotación de personal e incremento de las enfermedades mentales, sin mencionar el impacto económico. ⁽¹⁹⁾

Esta afección incide en profesionales sometidos a un contacto directo con personas, por lo cual es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario (OMS, 2005). Debido a la naturaleza y a las características de sus actividades, los trabajadores del sector de la salud, sobre todo los que desarrollan sus actividades en el medio público, son uno de los grupos más afectados en términos emocionales, debido a lo cual su desempeño profesional se ve mermado con el tiempo y repercute de forma negativa tanto al personal mismo como a la institución. ⁽¹⁹⁾

De manera personal el síndrome de Burnout puede generar cambios en la personalidad y el estado de ánimo de las personas afectadas, volviéndolas más irritables, distantes y menos capaces de conectarse emocionalmente con sus seres queridos.

A nivel familiar pueden tener menos energía y tiempo para dedicar a sus familias, lo que puede generar conflictos y distanciamiento en el hogar.

En lo que respecta a la institución laboral, los trabajadores de la salud con Burnout son menos eficientes, lo que puede resultar en una disminución de la calidad de la atención médica que brindan a los pacientes. El Burnout a menudo conduce cifras altas de ausentismo laboral, lo cual conlleva a una alta rotación de personal, lo que significa que la institución debe invertir tiempo y recursos en la contratación y formación de nuevos empleados; así como mayor número de incapacidades. Un alto índice de Burnout puede crear un ambiente laboral negativo, con niveles elevados de estrés, conflictos y descontento entre los empleados, lo cual genera poca participación en el trabajo en equipo.

Dicho lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación ¿cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en el trabajador de la salud del HGZ4, Zamora, Michoacán?

X. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud del HGZ n.4

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- evaluar los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en personal de la salud.
- 2.- investigar los factores de riesgo asociados al desarrollo de Burnout en el personal de salud.
- 3.- analizar el impacto del Burnout en la calidad de vida y determinar que personal tiene más características laborales para desarrollar síndrome de burnout.

XI. HIPOTESIS

Existe un 60% de prevalencia de Síndrome de Burnout en el personal de salud del HGZ n.4.

XII MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de investigación: Descriptivo

Método de observación: Transversal

Temporalidad: Prospectivo

Lugar donde se desarrollará y Periodo que abarca

HGZ n.4 Zamora, Michoacán de noviembre 2023 a octubre 2024

UNIVERSO DE ESTUDIO

Personal de salud del HGZ n. 4

TAMAÑO DE LA MUESTRA

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
N	615
Z	2.050
P	50.00%
Q	50.00%
e	5.00%

Tamaño de muestra
"n" =

249.89

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

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Erro de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z_{α}
99.7%	3
99%	2.58
98%	2.33
96%	2.05
95%	1.96
90%	1.645
80%	1.28
50%	0.674

SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de salud del HGZ 4, ambos sexos,
- Con contrato como personal de base, sin importar el turno laboral
- Que firmen el consentimiento informado
- Que contesten la encuesta al 100%

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal becario, interinos o 08.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Participantes que decidan retirarse del estudio
- Qué no contesten el 100% de la encuesta

VARIABLES

Variable Independiente:

- Personal de salud.

Variable Dependiente:

- síndrome de Burnout.

Variables Intervinientes:

- Edad.
- Género.
- Estado civil.
- Hijos.
- Área de trabajo.
- Turno.
- Antigüedad.
- Calidad de vida

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicador
Síndrome de Burnout	Dependiente	Es la respuesta da un trabajador cuando percibe la diferencia existente entre sus propios ideales y la realidad de su vida laboral	Inventario de Malasch Burnout A Agotamiento emocional (1,2,3,6,8,13,14,16, 20) Despersonalización (5,10,11,15,22) Falta de realización personal (4,7,9,12,17,18,19, 21)	Sin síndrome de Burnout AE: <26 puntos DP <10 puntos RP >34 puntos Con síndrome de Burnout AE: >26 puntos DP > 10 puntos RP <34 puntos
Trabajador del área de la salud	independiente	Todas aquellas personas que ejercen actividades laborales cuyo objetivo principal es mejorar la salud, (OMS)	Plantilla oficial de trabajadores de la unidad de medicina familiar y tarjetón de pago. Trabajadores de base activos y registrados legalmente en la UMF 82.	Médicos no familiares Médicos familiares Estomatólogos Personal de enfermería Administrativos. Asistentes medicas Nutriólogos Trabajo social Químico-farmacobiólogos

DE CONTROL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE DE	INDICADOR
Agotamiento emocional	Sensación de una persona que experimenta carencia de energía y recursos emocionales (2)	MBI	Cuantitativa	Bajo 0-18 puntos, Medio 19-26 puntos, Alto 27-54 puntos
Despersonalización	Sentimientos y actitudes negativas hacia otras personas (2)	MBI	Cuantitativa	Bajo 0-5 puntos Medio 6-9 puntos Alto 10-30 puntos
Realización personal	La persona experimenta falta de satisfacción laboral (2)	MBI	Cuantitativa	Bajo 0-33 puntos Medio 34-39 puntos, Alto 40-65 puntos
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona desde el día de su nacimiento al	Hoja de recolección de datos En años	Cuantitativa	Desde 18 a los 60 años

	día de realizar el estudio.			
Antigüedad	Periodo de tiempo que un trabajador lleva en una empresa desde el inicio de la relación laboral.	Hoja de recolección de datos.	Cuantitativa	Desde meses hasta años
Estado civil	Condición de unión de una pareja	Hoja de recolección de datos. Grado y tipo de unión con su pareja	Cualitativa	Casado Soltero Separado Concubinato Viudo
Genero	Roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las	Hoja de recolección de datos Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino	cualitativa	Masculino Femenino LGBTTTIQ+

	niñas y las personas con identidades no binarias			
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Hoja de recolección de datos. Religión con la que se identifique el encuestado	Cualitativa	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad que tenga el paciente
Estrato socioeconómico	Medida total que combina los dominios económico y	Estrato socioeconómico Aplicación del método Graffar-	Cualitativa	1: alto 2: Medio Alta. 3: Medio Baja. 4: Obrero

	sociológico de la preparación laboral de una persona y la posición económica y social individual o familiar en relación con otros (22)	Méndez Castellanos, con la suma de las puntuaciones y estratificación de acuerdo a la siguiente escala I alto (puntaje de 4-6) II Clase Media Alta (puntaje de 7 a 9) III Clase media Baja (puntaje de 10 a 12) IV clase Obrera (puntaje de 13 a 16) V Pobreza Critica (Puntaje de 17 a 20)		5: Critico.
Escolaridad	Nivel educacional que cursa o ha cursado en la educación formal.	Escolaridad Grado de estudios terminado, comentado por el paciente recabado en la hoja de	cualitativa	No tiene Primaria Secundaria bachillerato Licenciatura posgrado

		recolección de datos		
Calidad de vida	Percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.	escala de calidad de vida WHOQOL- BREF	Cualitativa	Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente.

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL TRABAJO

Prevía autorización del comité de ética e investigación de la UMF 82 de Zamora Michoacán, y el Comité de Ética en Investigación 160385 el Hospital General de Zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Acorde a las normas internacionales, nacionales y locales para la participación en el presente estudio, se realizará el siguiente procedimiento:

Se tomará como población, al personal que labora en el HGZ 4 de Zamora Michoacán, de todas las categorías de trabajo (médicos, personal de enfermería, administrativos, personal de farmacia, personal de servicios generales) octubre del 2023 se iniciará a reclutar a los

participantes, cubriendo los meses de octubre y noviembre esperando lograr el 100 por ciento de las encuestas al termino de dicho mes.

Se les invitará a participar solicitándoles el llenado del Consentimiento informado, el cual expondrá brevemente el motivo del estudio, se les informará sobre los resultados que se manejarán que serán de manera confidencial y anónima; después se aplicarán los siguientes cuestionarios en su área de servicio.

Se solicitará el llenado de un formato donde se pondrá nombre (iniciales), el puesto de trabajo que tiene dentro de la unidad, género, estado civil, lugar de procedencia y estatus socioeconómico

Este cuestionario será auto administrado y conformado por un solo instrumento

1.- La escala de valoración de Malasch Burnout Inventory (MBI), originalmente fue elaborado para utilizarse en profesionales de la salud, es un cuestionario con respuestas tipo Likert, con un Alpha de Cronbach de 0.91. constituido por 22 ítems distribuidos en tres factores esenciales:

Agotamiento Emocional (AE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados (puntajes: bajo <18, medio 19 a 26 y alto de ≥ 27).

Despersonalización (D), constituida por 5 reactivos, que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos (puntajes: bajo <5, medio 6 a 9 y alto de ≥ 10).

Realización personal y en el trabajo (RP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación (puntajes: bajo <33, medio 34 a 39 y alto de ≥ 40), correspondiente a las tres subescalas de MBI.

Se aplicará la clasificación de Graffar-Méndez Castellanos para conocer el nivel socioeconómico el cual tiene una alpha de Cronbach de 0.93. la cual se evalúa con 4 variables cada una con 5 ítems las cuales se contestarán con una x valiendo un punto, donde al final se sumarán los puntos obtenidos para un resultado final: estrato I = 4,5,6 puntos, estrato II: 7,8,9 puntos, estrato III: 10,11,12 puntos, estrato IV: 13,14,15,16 puntos, estrato V: 17,18,19,20 puntos

También se aplicará la escala WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) versión breve (WHOQOL-BREF) es un cuestionario diseñado para medir calidad de vida,

con 26 reactivos agrupados en 4 dimensiones destinadas a conocer el perfil de la calidad de vida: la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente, Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. la fiabilidad del instrumento fue muy buena, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88

PROPUESTA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleará estadística descriptiva e inferencias en el análisis de los datos. Se usarán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) para las variables dependientes (agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización) en el personal de salud.

Se realizará pruebas estadísticas mediante el análisis de correlación con el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables dependientes y las variables de control (edad, género, estado civil, hijos, área de trabajo, turno, antigüedad) para identificar posibles relaciones.

Realizar pruebas de diferencia de grupos con la prueba de ANOVA (análisis de varianza) para comparar los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización entre diferentes subgrupos de personal de salud (por ejemplo, diferentes áreas de trabajo, turnos, antigüedad).

Se hablará de significancia estadística cuando resulte una P menor que 0.05. Todos los cálculos se realizarán con mi paquete estadístico SPSS 25.0 para Windows

XIII. ASPECTOS ÉTICOS

Con el fin de mantener los más altos estándares éticos y promover la integridad de la investigación clínica se han tomado en cuenta las siguientes referencias internacionales reconocidas, para guiar el desarrollo de este protocolo; siguiendo rigurosamente los principios y estándares éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1975, 4, 22, 23,24,25,26, así como en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.. Durante todo el proceso, se garantiza el cuidado, la seguridad y el bienestar de los pacientes, en pleno cumplimiento de los principios estipulados en la declaración de Helsinki, el código de Núremberg, el informe Belmont.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría: **CATEGORÍA II. Investigación con riesgo mínimo** ya que se basa en la aplicación de un cuestionario estandarizado (test MBI) el cual puede conllevar a cierto grado de incomodidad al responder algunas preguntas. Y en el cumplimiento de los estándares éticos y normativas vigentes para garantizar la protección

de los derechos y el bienestar de los participantes en la investigación se aplicará un consentimiento informado.

XIV. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos físicos

- Hospital general de zona n.4
- Aula

Recursos materiales

- Cuestionario MBI
- Bolígrafos
- Equipo de cómputo
- Base de datos en sistema de cómputo
- Formato de recolección de datos

Recursos financieros

El equipo y material de apoyo no contaron con financiamiento de ninguna institución, sino que fueron adquiridos con los recursos personales del médico residente investigador. Esto se hizo con el objetivo de evitar cualquier conflicto de intereses.

Factibilidad

Es un estudio factible debido a que se realizó en el HGZ. N.4, contando con los recursos y financiamiento para su realización.

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	Marzo Julio 2023	Agosto Octubre 2023	Noviembre 2023- Abril 2024	Mayo 2024 - Oct 2024	Noviembre 2024- Abril 2025	Mayo 2025- Octubre 2025	Noviembre 2025- Feb 2026
Diseño del protocolo de investigación	X						
Evaluación por el CEIS		X					
Reclutamiento de pacientes o revisión de expedientes			X				
Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados			X	X			
Redacción de				X			

Resultados							
Redacción de discusión y conclusiones				X			
Redacción Tesis terminada					X		
Manuscrito Publicación						X	
Difusión Foro						X	
Examen de Grado							X

XVI. RESULTADOS

De los 250 trabajadores de la salud incluidos en este estudio el 19.2% resulto positivo para síndrome de burnout, mientras que el 80.8% presentaron resultados negativos para este síndrome.

BURNOUT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN BURNOUT	202	80,8	80,8	80,8
	CON BURNOUT	48	19,2	19,2	100,0
	Total	250	100,0	100,0	

TABLA I PORCENTAJES DE BURNOUT

TABLA SOCIODEMOGRAFICA	NO (250)	PORCENTAJE (100%)	P VALOR
SEXO			
FEMENINO	166	66.4	0.868
MASCULINO	82	32.8	
LGBTQQ	2	0.8	
ESTADO CIVIL			
CASADO	123	49.2	0.344
SOLTERO	90	36	
VIUDO	1	0.4	
DIVORCIADO	16	6.4	
CONCUBINATO	20	8	
NIVEL DE ESTUDIOS			
SECUNDARIA	1	0.4	0.125
PREPARATORIA/ TECNICO	37	14.8	
LICENCIATURA	144	57.6	
MAESTRIA	11	4.4	
DOCTORADO/	1	0.4	
ESPECIALIDAD	56	22.4	
ESTRATIFICACION SOCIAL			
ALTA	62	24.8	0.014
MEDIA ALTA	143	57.2	
MEDIA BAJA	41	16.4	
OBRERA	4	1.6	
EDAD			
20 -29 AÑOS	36	14.4	0.014
30-39	117	46.8	
40-49	69	69	
50-59	26	26	

60-69	2	0.8	
-------	---	-----	--

TABLA SOCIODEMOGRAFICA	NO (250)	PORCENTAJE (100%)	P VALOR
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD			
1-5 AÑOS	78	31.2	0.079
6-10 AÑOS	55	22	
11-15 AÑOS	51	20.4	
16-20 AÑOS	30	12	
21-25 AÑOS	29	11.6	
25-28 AÑOS	9	2.4	
CATEGORIA			
MEDICO FAMILIAR	10	4	0.228
MEDICO NO FAMILIAR	47	18.8	
PERSONAL DE ENFERMERIA	135	54	
ASISTENTE MEDICO	24	9.6	
ADMINISTRATIVO	21	8.4	
SERVICIO GENERALES	2	0.8	
NUTRIOLOGO	2	0.8	
QUIMICO	1	0.4	
LIC. TERAPIA FISICA	2	0.8	
TECNICO RADIOLOGO	3	1.2	
TECNICO PATOLOGO	3	1.2	

TABLA II SOCIODEMOGRAFICA DE PERSONAL DE SALUD

La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (66.4%), casados (49.2%), con licenciatura (57.6%), y pertenecientes a la clase media alta (57.2%).

El rango etario más representativo fue de 30 a 39 años, correspondiente a profesionales en plena etapa laboral.

Las personas LGBTQQ, con doctorado o secundaria, y pertenecientes a la clase obrera tuvieron una representación mínima en esta muestra.

La mayoría del personal tenía menos de 10 años de experiencia, lo que refleja una plantilla joven en términos laborales. Esto puede ser indicativo de recientes contrataciones de base.

El predominio del personal de enfermería resalta su papel crucial en la atención sanitaria, seguido de los médicos no familiares, quienes también representaron un porcentaje significativo.

Estadísticos				
		CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACIÓN	REALIZACIÓN PERSONAL
N	Válido	250	250	250
	Perdidos	0	0	0
Media		2,2160	2,3320	1,6640
Mediana		3,0000	3,0000	1,0000
Desv. Desviación		,88344	,82004	,81595

TABLA III TABLAS DE ANALISIS ESTADISTICO DE VARIABLES DEPENDIENTES DE BURNOUT

El cansancio emocional presento una media moderada, pero la mediana en 3.0000 sugiere que una parte importante de los participantes experimento altos niveles de agotamiento emocional. La desviación estándar refleja cierta variabilidad, aunque predominan valores cercanos a la mediana.

La despersonalización presento una media moderada-alta, y la mediana en 3.0000 refuerza que muchos participantes manifestaron actitudes de distanciamiento emocional o indiferencia hacia el trabajo o las personas que atienden.

La falta de realización personal con una media baja y la mediana aún más baja indican que una proporción considerable del personal de salud percibio altos niveles de realización personal (valores bajos en esta dimensión reflejan mejor percepción de eficacia laboral). Esto sugiere que, aunque experimentaron agotamiento y despersonalización, muchos profesionales de la salud consideran que su trabajo sigue siendo significativo y satisfactorio.

El personal más afectado fue el de enfermería (26 casos), seguido de administrativos (8) y médicos no familiares (7).

Esto sugiere que los roles que implican mayor contacto directo con pacientes y tareas administrativas, posiblemente asociadas a carga burocrática, podrían ser factores de riesgo importantes para desarrollar Burnout

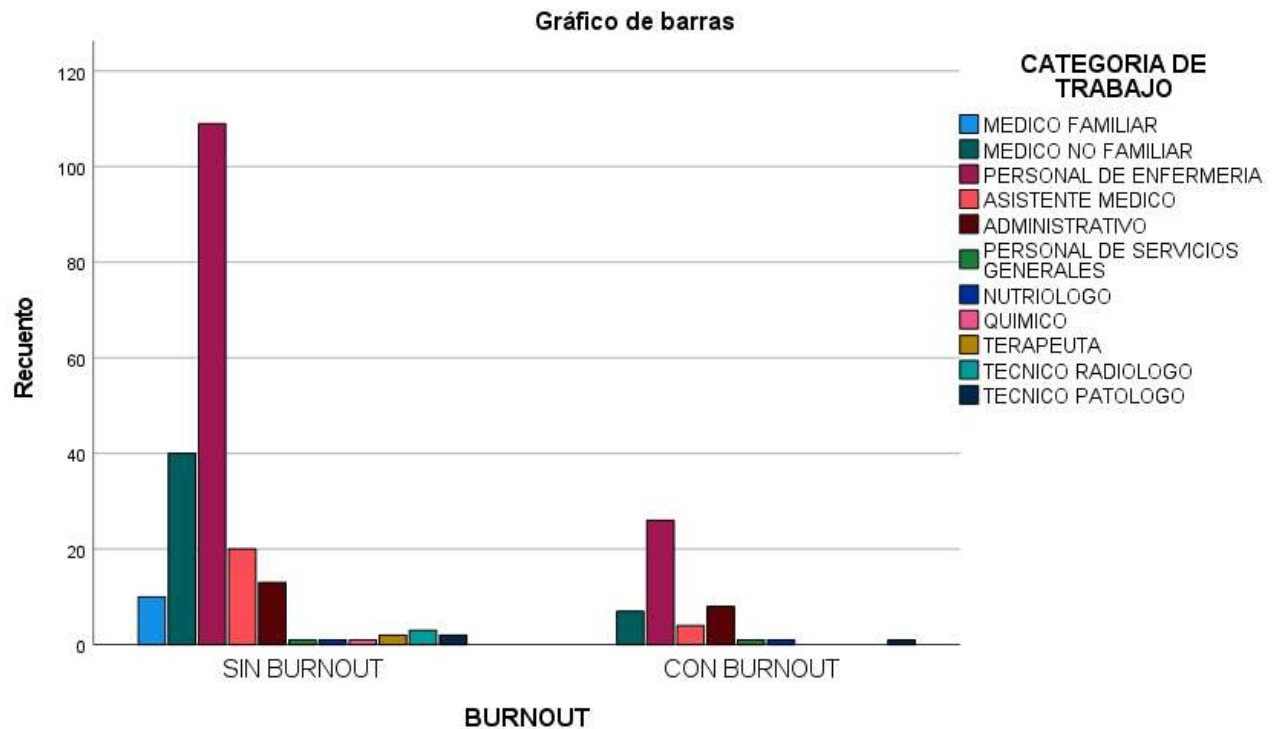


Figura I. relación entre Burnout y categoría de trabajo

		CANSANCIO EMOCIONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
CATEGORIA DE TRABAJO	MEDICO FAMILIAR	1	1	8	10
	MEDICO NO FAMILIAR	11	6	30	47
	PERSONAL DE ENFERMERIA	47	23	65	135
	ASISTENTE MEDICO	6	7	11	24
	ADMINISTRATIVO	8	7	6	21
	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	1	0	1	2
	NUTRIOLOGO	1	0	1	2
	QUIMICO	0	0	1	1
	TERAPEUTA	0	0	2	2
	TECNICO RADIOLOGO	1	0	2	3
	TECNICO PATOLOGO	0	0	3	3
Total		76	44	130	250

Tabla IV tabla de contingencia **CATEGORIA DE TRABAJO * CANSANCIO EMOCIONAL**

El personal de enfermería fue el más afectado por el cansancio emocional, tanto en los niveles alto como medio. Esto podría reflejar sobrecarga de trabajo o estrés

Los médicos no familiares también mostraron una importante cantidad de casos en los niveles alto (11 CASOS) y bajo (30), lo que sugiere que, aunque no tan grave como en enfermería, también pudieron haber experimentado estrés emocional.

Personal administrativo y asistentes médicos tuvieron una distribución más equitativa, aunque la mayoría en niveles bajos, puede indicar una menor carga emocional en comparación con los roles clínicos.

Otros roles (nutriólogos, técnicos, etc.) mostraron la menor cantidad de casos de cansancio emocional, lo que podría ser debido a una carga de trabajo diferente y menos directamente relacionada con el cuidado de pacientes.

		DESPERSONALIZACION			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
CATEGORIA DE TRABAJO	MEDICO FAMILIAR	1	3	6	10
	MEDICO NO FAMILIAR	10	9	28	47
	PERSONAL DE ENFERMERIA	25	25	85	135
	ASISTENTE MEDICO	8	11	5	24
	ADMINISTRATIVO	9	5	7	21
	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	1	0	1	2
	NUTRIOLOGO	1	0	1	2
	QUIMICO	0	0	1	1
	TERAPEUTA	0	1	1	2
	TECNICO RADIOLOGO	0	1	2	3
	TECNICO PATOLOGO	1	0	2	3
Total		56	55	139	250

Tabla V. Tabla de contingencia **CATEGORIA DE TRABAJO * DESPERSONALIZACION**

Personal de enfermería: fue el grupo más afectado en términos de despersonalización, con una representación significativa tanto en los niveles alto como medio. La naturaleza de su trabajo, que incluye el cuidado cercano de los pacientes, podría ser una de las principales causas.

Médicos no familiares: También experimentaron un grado considerable de despersonalización, especialmente en los niveles alto y medio. Esto podría ser debido a la carga de trabajo y el estrés

Asistentes médicos y personal administrativo: También presentaron una cantidad significativa de casos en los niveles medio y alto, lo que refleja una carga emocional considerable, aunque en menor medida que los grupos clínicos.

Otros roles: Los **nutriólogos, químicos, terapeutas, técnicos radiólogos y técnicos patólogos** tuvieron una menor prevalencia de despersonalización, con la mayoría de los casos

en los niveles bajos, lo que sugiere que sus roles no implican una interacción tan directa o estresante con los pacientes.

		REALIZACION PERSONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
CATEGORIA DE TRABAJO	MEDICO FAMILIAR	6	3	1	10
	MEDICO NO FAMILIAR	29	7	11	47
	PERSONAL DE ENFERMERIA	75	28	32	135
	ASISTENTE MEDICO	10	9	5	24
	ADMINISTRATIVO	13	5	3	21
	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	1	1	0	2
	NUTRIOLOGO	1	0	1	2
	QUIMICO	1	0	0	1
	TERAPEUTA	0	2	0	2
	TECNICO RADIOLOGO	2	1	0	3
	TECNICO PATOLOGO	1	0	2	3
Total		139	56	55	250

Tabla VI Tabla de contingencia **CATEGORIA DE TRABAJO * REALIZACION PERSONAL**

Personal de Enfermería: Tuvo una alta prevalencia de casos en los niveles alto y medio de realización personal. Esto indica que, aunque experimentan una carga considerable de trabajo, muchos encuentran una alta satisfacción en su rol.

Médicos No Familiares y médicos familiares: También tuvieron una gran cantidad de casos en el nivel alto, lo que sugiere una alta satisfacción en su trabajo. Sin embargo, hubo una representación en los niveles medio y bajo, lo que podría reflejar necesitar más desarrollo profesional.

Asistentes Médicos y Personal Administrativo: Aunque tuvieron más casos en los niveles alto y medio, sus niveles de realización personal también fueron altos, lo que indica una buena satisfacción general con sus roles.

Otros Roles: Los grupos como **nutriólogos, químicos, terapeutas, técnicos radiólogos y técnicos patólogos** tuvieron una baja prevalencia de casos en los niveles bajo, lo que sugiere una satisfacción relativamente alta en su trabajo.

Sexo: El síndrome de Burnout afectó a 32 mujeres y 16 hombres. Esto sugiere que el sexo femenino podría tener una mayor predisposición al Burnout, posiblemente debido a factores como sobrecarga laboral, roles sociales adicionales o menor reconocimiento laboral.

Recuento

		BURNOUT		
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	Total
SEXO	FEMENINO	134	32	166
	MASCULINO	66	16	82
	LGBTTTIQ+	2	0	2
Total		202	48	250

Tabla VII relación entre Burnout y sexo

El género femenino parece haber tenido una prevalencia más alta tanto de burnout como de casos sin burnout. Sin embargo, el porcentaje de mujeres con burnout 66.67% fue notablemente alto en relación con su proporción de casos sin burnout 66.34% Esto podría reflejar una carga adicional de estrés, tanto laboral como emocional, que afecta a las trabajadoras de la salud.

El género masculino tuvo una menor prevalencia de burnout en comparación con las mujeres, lo que sugiere que, aunque algunos hombres experimentan burnout, la incidencia es menor en este grupo.

Población LGBTQ+: La representación fue mínima, y no se observan casos de burnout en este grupo. Esto podría ser un reflejo de la falta de representación en la muestra o una respuesta a un entorno laboral inclusivo que no se ha detallado en los datos.

	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	ALTO	MEDIO	BAJO	
FEMENINO	56	32	78	166
SEXO MASCULINO	20	11	51	82
LGBTQQ+	0	1	1	2
Total	76	44	130	250

Tabla VIII Tabla de contingencia **SEXO * CANSANCIO EMOCIONAL**

La mayor parte de las mujeres en la muestra se encontraron en el **nivel bajo** de cansancio emocional (46.99%), pero hubo una proporción significativa en el **nivel alto** (33.73%). Esto indica que, aunque muchas mujeres experimentan bajos niveles de cansancio emocional, un número considerable se enfrentó altos niveles de agotamiento emocional,

Los hombres tuvieron una mayor prevalencia en el **nivel bajo** de cansancio emocional (62.20%).

Los casos de **LGBTQ+** fueron muy pocos (solo 2), pero la distribución fue equitativa entre los niveles alto y medio. Esto podría reflejar la pequeña muestra o una distribución de cansancio emocional más equilibrada en este grupo específico.

		DESPERSONALIZACION			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
SEXO	FEMENINO	37	42	87	166
	MASCULINO	18	13	51	82
	LGBT+T+Q+	1	0	1	2
	Total	56	55	139	250

Tabla IX tabla de contingencia SEXO *
DESPERSONALIZACION

La mayoría de las mujeres se encontraron en el **nivel bajo** de despersonalización (52.41%), lo que sugiere que muchas experimentan un nivel bajo de desconexión emocional con su trabajo.

Al igual que las mujeres, los hombres tuvieron una mayor prevalencia en el **nivel bajo** de despersonalización (62.20%).

En el caso de la muestra **LGBTQ+**, se observó que la distribución es equitativa entre los niveles **alto** y **bajo** (50% cada uno). Esto podría reflejar que las experiencias de despersonalización en este grupo son variadas.

		REALIZACION PERSONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
SEXO	FEMENINO	84	47	35	166
	MASCULINO	54	8	20	82
	LGBT+T+Q+	1	1	0	2
	Total	139	56	55	250

Tabla X tabla de contingencia **SEXO * REALIZACION PERSONAL**

Mujeres: Aunque muchas mujeres tuvieron una alta **realización personal** (50.60%), también hubo una parte significativa que experimenta una **realización media** (28.31%) o baja (21.08%). Esto podría reflejar una diversidad en las experiencias laborales de las

mujeres, con muchas sintiendo satisfacción en su trabajo, pero algunas enfrentando barreras o frustraciones que afectan su sentido de logro.

Hombres: Los hombres presentaron una alta prevalencia en el **nivel alto** de realización personal (65.85%), indicando que una gran parte de ellos experimentaron una fuerte satisfacción con su trabajo. Sin embargo, un porcentaje de hombres también mostro una **realización baja** (24.39%), lo que sugiere que, a pesar de la alta satisfacción general, algunos se sienten insatisfechos o frustrados en su labor.

LGBTQ+: Aunque la muestra fue pequeña, la distribución equitativa entre los niveles alto y medio refleja que las personas LGBTQ+ tuvieron una experiencia diversa en cuanto a su realización personal, sin casos de bajo nivel de realización.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.148 ^a	4	.016
Razón de verosimilitudes	13.722	4	.008
Asociación lineal por lineal	1.255	1	.263
N de casos válidos	250		

Tabla XI Pruebas de chi-cuadrado a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .44.

Estado civil: El Burnout fue más frecuente en solteros (26 casos), seguido de casados (16), en concubinato (4), y separados (2).

Esto sugiere que el estado civil también podría influir, siendo los solteros el grupo más vulnerable, quizá debido a menor apoyo emocional o redes de soporte en comparación con personas casadas.

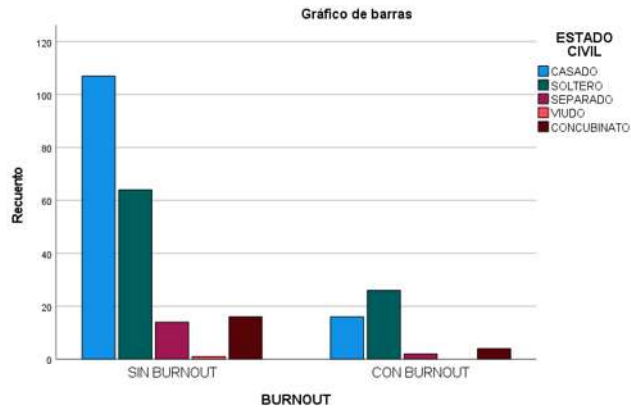


Figura 2 relación entre burnout y estado civil

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.195 ^a	4	.056
Razón de verosimilitudes	9.185	4	.057
Asociación lineal por lineal	.899	1	.343
N de casos válidos	250		

Tabla XII pruebas de chi cuadrada a. 4 casillas (40.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .19.

	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	ALTO	MEDIO	BAJO	
CASADO	33	22	68	123
SOLTERO	30	19	41	90
ESTADO CIVILSEPARADO	5	3	8	16
VIUDO	0	0	1	1
CONCUBINATO	8	0	12	20
Total	76	44	130	250

Tabla XIII de contingencia **ESTADO CIVIL * CANSANCIO EMOCIONAL**

La mayoría de las personas casadas se encontraron en el **nivel bajo** de cansancio emocional (55.28%), lo que podría reflejar que tienen mecanismos de apoyo emocional más sólidos debido a su relación conyugal.

Los solteros presentaron una prevalencia mayor en el **nivel alto** de cansancio emocional (33.33%) en comparación con los casados. Esto podría indicar que, al carecer de una pareja estable, algunos solteros enfrentan mayores niveles de estrés o agotamiento en el trabajo.

La mitad de las personas separadas se encontraron en el **nivel bajo** de cansancio emocional, pero una proporción significativa se encontró en los niveles **alto** (31.25%) y **medio** (18.75%). Esto podría reflejar que el estrés emocional relacionado con la separación impacta en su bienestar.

Aunque la muestra de viudos es muy pequeña (1 caso), esta persona se encuentra en el **nivel bajo** de cansancio emocional.

La mayoría de las personas en concubinato se encontraron en el **nivel bajo** de cansancio emocional (60%), pero una proporción significativa se encontró en el **nivel alto** (40%).

	DESPERSONALIZACION			Total
	ALTO	MEDIO	BAJO	
CASADO	20	22	81	123
SOLTERO	31	19	40	90
ESTADO CIVILSEPARADO	2	5	9	16
VIUDO	0	1	0	1
CONCUBINATO	3	8	9	20
Total	56	55	139	250

Tabla XIV de contingencia **ESTADO CIVIL * DESPERSONALIZACION**

En cuando al estado civil las personas casadas tuvieron un mayor nivel de estabilidad emocional o soporte social, lo que podría correlacionar con menores niveles de despersonalización Los Solteros mostraron una mayor tendencia hacia la despersonalización alta, lo que podría relacionarse con factores como soledad o estrés individual.

Los separados y viudos tuvieron números muy pequeños, pero los datos podrían indicar un mayor riesgo de despersonalización baja o media en estas categorías.

Las personas en concubinato tuvieron más casos distribuidos en niveles medios y bajos, lo que podría relacionarse con factores de relación no formalizada.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21.925 ^a	8	.005
Razón de verosimilitudes	20.457	8	.009
Asociación lineal por lineal	2.094	1	.148
N de casos válidos	250		

Tabla XV pruebas de chi-cuadrada a. 7 casillas (46.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .22.

	REALIZACION PERSONAL			Total
	ALTO	MEDIO	BAJO	
CASADO	78	28	17	123
SOLTERO	40	19	31	90
ESTADO CIVILSEPARADO	10	4	2	16
VIUDO	0	1	0	1
CONCUBINATO	11	4	5	20
Total	139	56	55	250

Tabla XVI de contingencia **ESTADO CIVIL * REALIZACION PERSONAL**

Casados/as: Tuvieron la mayor prevalencia de realización personal alta (63.41%), lo que refleja un efecto protector del matrimonio.

Solteros/as: Presentaron un equilibrio más disperso entre los niveles, con un porcentaje significativo en el nivel bajo (34.44%), lo que podría señalar un menor soporte emocional.

Separados/as: Aunque muchos estuvieron en el nivel alto (62.5%), este grupo tiene una distribución algo similar a los casados, con un ligero aumento en los niveles medio y bajo.

Viudos/as: Con solo un caso, este grupo presentó una realización personal media.

Concubinato: Este grupo tuvo una buena proporción en el nivel alto (55%), pero un cuarto de ellos está en el nivel bajo (25%), reflejando cierta disparidad.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.955 ^a	8	.022
Razón de verosimilitudes	17.324	8	.027
Asociación lineal por lineal	1.885	1	.170
N de casos válidos	250		

Tabla XVII prueba de chi-cuadrada a. 7 casillas (46.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .22.

Estratificación social: El grupo más afectado fue el de nivel medio alto (30 casos), seguido de media baja (13) y alto (5). Esto sugiere que las personas en estratos socioeconómicos medios enfrentan más desafíos relacionados con su entorno laboral y personal, lo que podría incrementar su vulnerabilidad al Burnout.

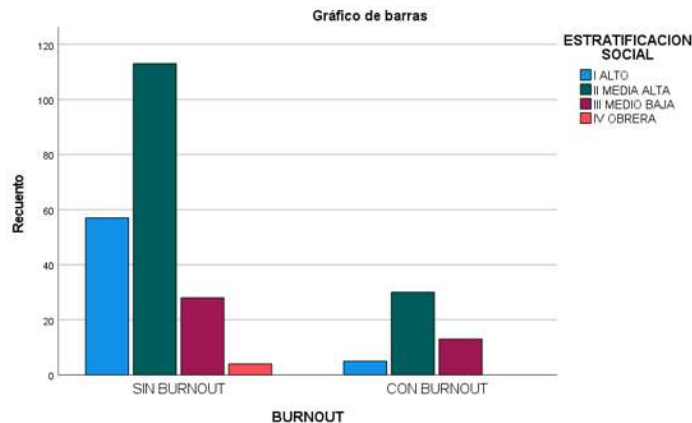


Figura 3 relación entre burnout y estratificación social

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.332 ^a	3	.016
Razón de verosimilitudes	11.660	3	.009
Asociación lineal por lineal	5.978	1	.014
N de casos válidos	250		

Tabla XVIII pruebas de chi- cuadrado a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .77

		CANSANCIO EMOCIONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
ESTRATIFICACION SOCIAL	I ALTO	16	9	37	62
	II MEDIA ALTA	45	29	69	143
	III MEDIO BAJA	14	6	21	41
	IV OBRERA	1	0	3	4
	Total	76	44	130	250

Tabla XIX de contingencia **ESTRATIFICACION SOCIAL * CANSANCIO EMOCIONAL**

Estrato I (Alta): Tuvo mayor prevalencia en el nivel alto (57.14%), reflejando altos niveles de exigencia o expectativas sociales.

Estrato II (Media Alta): Fue un grupo más equilibrado, con mayor porcentaje en el nivel bajo (48.25%), pero aún con una proporción significativa en el nivel alto (31.47%).

Estrato III (Media Baja): Similar al estrato II, pero con un porcentaje ligeramente mayor en el nivel alto (34.15%).

Estrato IV (Obrera): Con predominio en el nivel bajo (75%), aunque la muestra es pequeña, lo que limita conclusiones generalizables

	DESPERSONALIZACION	Total
--	--------------------	-------

		ALTO	MEDIO	BAJO	
ESTRATIFICACION SOCIAL	I ALTO	9	16	37	62
	II MEDIA ALTA	36	30	77	143
	III MEDIO BAJA	11	7	23	41
	IV OBRERA	0	2	2	4
	Total	56	55	139	250

Tabla XX de contingencia **ESTRATIFICACION SOCIAL * DESPERSONALIZACION**

Estrato Alta: Tuvo predominio el nivel bajo de despersonalización (59.68%), lo que indica una buena capacidad para establecer relaciones laborales positivas.

Estrato Media Alta y Media Baja: Aunque la mayoría de los casos estuvieron en el nivel bajo (53.85% y 56.10%, respectivamente), estos estratos presentaron los mayores porcentajes en el nivel alto de despersonalización (25.17% y 26.83%).

Estrato Baja: La mayoría estuvo en los niveles medio y bajo de despersonalización, pero la muestra limitada dificulta conclusiones definitivas

		REALIZACION PERSONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
ESTRATIFICACION SOCIAL	I ALTO	36	13	13	62
	II MEDIA ALTA	84	31	28	143
	III MEDIO BAJA	17	10	14	41
	IV OBRERA	2	2	0	4
	Total	139	56	55	250

Tabla XXI de contingencia **ESTRATIFICACION SOCIAL * REALIZACION PERSONAL**

Estratos Alta y Media Alta: La mayoría de los casos estuvieron en el nivel alto de realización personal (58.06% y 58.74%, respectivamente), reflejando una percepción positiva de satisfacción laboral.

Estrato Media Baja: Menos de la mitad de los individuos estuvieron en el nivel alto (41.46%), y una proporción considerable se encontró en el nivel bajo (34.15%), lo que sugiere mayores desafíos para este grupo.

Estrato Baja: La muestra limitada reflejó una distribución equilibrada entre niveles alto y medio, sin casos en el nivel bajo.

Tiempo de antigüedad en la institución: hubo 6 casos con un tiempo de antigüedad de 3 años, 4 casos con un tiempo de antigüedad de 2 años, y 4 casos con una antigüedad de 4 años, 4 casos positivos con un tiempo de antigüedad institucional de 8 años, 4 casos positivos con un tiempo de antigüedad de 12 años.

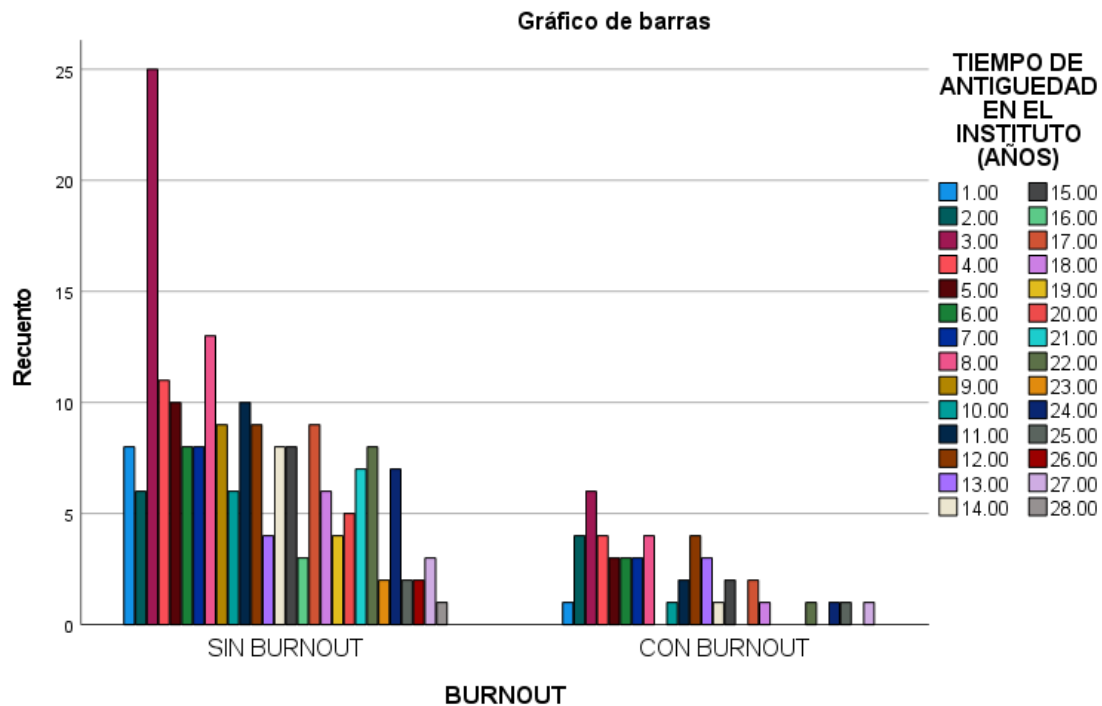


Figura 4 relación entre burnout y tiempo de antigüedad en el instituto

	CANSANCIO EMOCIONAL			Total
	ALTO	MEDIO	BAJO	

	1-5	20	15	43	78
TIEMPO DE	6 – 10	16	7	32	55
ANTIGÜEDAD EN EL	11 – 15	20	14	17	51
INSTITUTO (AÑOS)	16 – 20	7	4	19	30
	21 – 25	10	3	16	29
	26 – 30	3	1	3	7
Total		76	44	130	250

Tabla XXII de contingencia **TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL INSTITUTO (AÑOS) * CANSANCIO EMOCIONAL**

De los 250 empleados en total, 76 tuvieron un nivel alto de cansancio emocional, 44 un nivel medio, y 130 un nivel bajo.

En el grupo de menor antigüedad (1-5 años), hubo una alta cantidad de empleados con cansancio emocional alto (20 personas), lo que indica que quienes llevaban poco tiempo laboral pueden experimentar mayor agotamiento emocional.

En contraste con los empleados con más de 25 años en la institución, la cantidad de personas con cansancio alto fue baja (solo 3 personas), lo que sugiere que quienes han permanecido más tiempo pudieron haber desarrollado estrategias para manejar mejor la carga emocional.

Tabla de contingencia

		REALIZACION PERSONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
	1-5	41	16	21	78
TIEMPO DE	6 – 10	31	13	11	55
ANTIGÜEDAD EN EL	11 – 15	25	14	12	51
INSTITUTO (AÑOS)	16 – 20	16	8	6	30
	21 – 25	23	3	3	29
	26 – 30	3	2	2	7
Total		139	56	55	250

Tabla XXIII de contingencia **TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL INSTITUTO (AÑOS) * REALIZACION PERSONAL**

De los 250 empleados 139 tuvieron alta realización personal. 56 tuvieron realización media. 55 tuvieron realización baja.

La realización personal fue alta en la mayoría de los empleados. Más de la mitad de los empleados se sintieron altamente realizados,

Aunque hubo un alto nivel de realización en el grupo de 1-5 años, también hubo una cantidad importante con baja realización. A medida que los empleados adquieren más experiencia y permanecen en la institución, parece haber un equilibrio en la realización personal.

NIVEL DE ESTUDIOS: Se encontró una prevalencia de 34 casos positivos de burnout en personal con estudios superiores como licenciatura, 5 casos con nivel de estudio medio superior y 5 en personal con especialización.

Recuento

		BURNOUT		Total
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	
NIVEL DE ESTUDIOS	SECUNDARIA	1	0	1
	PREPARATORIA	32	5	37
	LICENCIATURA	110	34	144
	MAESTRIA	7	4	11
	DOCTORADO	1	0	1
	ESPECIALIDAD	51	5	56
Total		202	48	250

TABLA XXIV RELACION ENTRE BURNOUT Y NIVEL DE ESTUDIO

				CANSANCIO EMOCIONAL	Total
				ALTO MEDIO BAJO	

NIVEL DE ESTUDIOS	SECUNDARIA	0	0	1	1
	PREPARATORIA	11	8	18	37
	LICENCIATURA	49	24	71	144
	MAESTRIA	6	4	1	11
	DOCTORADO	0	0	1	1
	ESPECIALIDAD	10	8	38	56
Total		76	44	130	250

Tabla XXV de contingencia **NIVEL DE ESTUDIOS * CANSANCIO EMOCIONAL**

Mayores niveles de cansancio emocional: Los individuos con maestría presentaron el mayor porcentaje en el nivel alto (54.55%), seguido por los niveles de licenciatura (34.03%) y preparatoria (29.73%).

Menores niveles de cansancio emocional: Los niveles bajos predominaron en las personas con especialidad (67.86%) y licenciatura (49.31%), lo que podría estar relacionado con mayores recursos personales o profesionales para enfrentar el estrés.

Muestras limitadas: Los niveles secundaria y doctorado presentaron muestras demasiado pequeñas como para extraer conclusiones generales.

			DESPERSONALIZACION	Total
			ALTO MEDIO BAJO	

NIVEL DE ESTUDIOS	SECUNDARIA	0	0	1	1
	PREPARATORIA	6	9	22	37
	LICENCIATURA	36	30	78	144
	MAESTRIA	4	4	3	11
	DOCTORADO	0	1	0	1
	ESPECIALIDAD	10	11	35	56
Total		56	55	139	250

Tabla XXVI de contingencia **NIVEL DE ESTUDIOS * DESPERSONALIZACION**

Las personas con nivel de estudio en maestría tuvieron las proporciones más altas en niveles alto (36.36%) y medio (36.36%), indicando que los individuos con mayor formación académica podrían estar más expuestos a este tipo de desgaste emocional.

Las personas con nivel de estudio en especialidad y preparatoria presentaron los mayores porcentajes en el nivel bajo (62.50% y 59.46%, respectivamente).

Distribución en licenciatura: Aunque la mayoría estuvo en el nivel bajo (54.17%), la proporción de casos en el nivel alto (25%) refleja una notable vulnerabilidad

	REALIZACION PERSONAL			Total
	ALTO	MEDIO	BAJO	

NIVEL DE ESTUDIOS	SECUNDARIA	0	0	1	1
	PREPARATORIA	19	10	8	37
	LICENCIATURA	78	37	29	144
	MAESTRIA	4	2	5	11
	DOCTORADO	1	0	0	1
	ESPECIALIDAD	37	7	12	56
Total		139	56	55	250

Tabla XXVII de contingencia **NIVEL DE ESTUDIOS * REALIZACION PERSONAL**

Mayor realización personal: Los niveles especialidad (66.07%) y licenciatura (54.17%) tuvieron la mayor proporción de casos en el nivel alto de realización personal, reflejando satisfacción y logros significativos.

Menor realización personal: El nivel de maestría tuvo la mayor proporción en el nivel bajo (45.45%), lo que podría indicar frustración o insatisfacción derivada de expectativas más altas.

Los niveles secundaria y doctorado tuvieron muestras limitadas, por lo que se requiere ampliar el tamaño para obtener datos representativos.

Edad se encontró una prevalencia de casos positivos para Burnout en 5 casos en personal de 35 años, 4 casos en participantes de 40 años, 3 casos en personal de 26 años, 3 casos de personas de 28 años, 3 casos de participantes de 31 años, 3 casos de participantes de 36 años y 3 casos pacientes de 37 años.

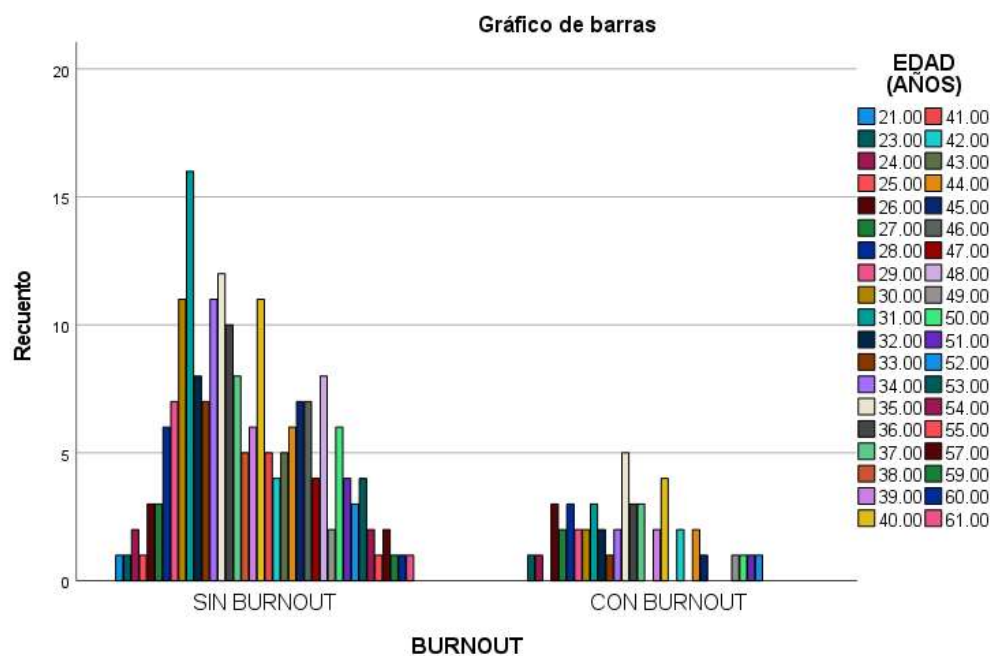


Figura 5 relación entre burnout y edad (años)

Tabla XXVIII de contingencia **EDAD (AÑOS) * CANSANCIO EMOCIONAL**

		CANSANCIO EMOCIONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
EDAD (AÑOS)	21-25	0	4	3	7
	26-30	13	13	16	42
	31-35	21	8	38	67
	36-40	19	7	26	52
	41-45	9	8	15	32
	46-50	10	2	17	29
	51-55	3	1	12	16
	56-61	1	1	3	5
Total		76	44	130	250

El cansancio emocional fue más alto entre los 26 y 35 años; Especialmente en el grupo de 31-35 años, donde hubo más casos de cansancio alto (21 personas). Esto podría deberse a una mayor carga de trabajo, presión por el crecimiento profesional o adaptación a mayores responsabilidades.

A partir de los 40 años, encontramos que el cansancio emocional disminuyó. Posiblemente porque los empleados han aprendido a manejar mejor la presión o porque los más afectados ya han dejado la institución.

Tabla XXIX de contingencia **EDAD (AÑOS) * DESPERSONALIZACION**

		DESPERSONALIZACION			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
EDAD (AÑOS)	21-25	3	1	3	7
	26-30	14	9	19	42
	31-35	16	20	31	67
	36-40	12	11	29	52
	41-45	8	5	19	32
	46-50	3	7	19	29
	51-55	0	0	16	16
	56-61	0	2	3	5
Total		56	55	139	250

La despersonalización fue más común en los empleados jóvenes y de mediana edad (21-40 años). Los empleados mayores (más de 40 años) parecen haber desarrollado una mayor estabilidad emocional y tuvieron niveles más bajos de despersonalización.

EDAD (AÑOS) * REALIZACION PERSONAL

		REALIZACION PERSONAL			Total
		ALTO	MEDIO	BAJO	
EDAD (AÑOS)	21-25	1	2	4	7
	26-30	19	8	15	42
	31-35	37	18	12	67
	36-40	26	13	13	52
	41-45	19	9	4	32
	46-50	25	4	0	29
	51-55	9	1	6	16
	56-61	3	1	1	5
Total		139	56	55	250

Tabla XXX de contingencia **EDAD (AÑOS) * REALIZACION PERSONAL**

El grupo de 31-35 años fue el que tuvo el mayor porcentaje de empleados con realización personal alta. Esto sugiere que los empleados en este rango de edad pueden estar en una fase de estabilidad profesional.

El grupo de 46-50 años mostró una satisfacción laboral significativa. Este grupo también tuvo un porcentaje alto de empleados con realización personal alta, lo que podría reflejar una etapa de satisfacción después de haber adquirido experiencia y conocimientos.

Los empleados más jóvenes (21-25 años) presentaron más variabilidad. Aunque algunos tuvieron alta realización, una porción considerable tuvo baja realización, lo que podría reflejar la incertidumbre y adaptación típicas de los primeros años de carrera profesional.

Los empleados mayores (51-61 años) también mostraron niveles razonablemente altos de realización personal, aunque con menos número de empleados.

La tendencia a la alta realización se mantiene, aunque con un menor número de empleados, lo que sugiere que la edad avanzada no necesariamente implica insatisfacción con el trabajo.

ALFA DE CRONBACH GENERAL

Alfa de Cronbach	N de elementos
.906	26

Tabla XXXI Estadísticos de fiabilidad

XVII. **Discusión**

A nivel internacional, la OMS (2019) reconoció al Burnout como un fenómeno ocupacional global, destacando su impacto en el sistema de salud. Vera (2022) resalta que la pandemia incremento la prevalencia de Burnout en trabajadores de la salud. En comparación con otros países, como Chile y España, donde estudios como los de Olivares (2017) y Asepeyo (2019) reportan prevalencias similares, se evidencia que el Burnout es un problema transversal, aunque los factores socioeconómicos y culturales modulan su impacto.

En este estudio se evaluó la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud, encontrando que el 19.2% de los participantes presentaron Burnout. Este porcentaje es consistente con lo reportado por Castañeda y García (2020), quienes encontraron una prevalencia similar en médicos especialistas en México. Sin embargo, esta cifra podría estar subestimada debido a las limitaciones propias de los instrumentos de medición y la posible omisión o minimización de datos otorgados por los participantes, como también lo sugiere Malagón et al. (2021) en su revisión sistemática.

Dimensiones del Burnout

1. Cansancio emocional y despersonalización

Los resultados indicaron niveles moderados a altos de cansancio emocional (media: 2.2160) y despersonalización (media: 2.3320), dimensiones que son comúnmente reconocidas como las más prevalentes en estudios de Burnout, según lo descrito por Martínez (2010). La elevada carga emocional en profesiones de la salud, combinada

con la falta de recursos organizacionales, incrementa la susceptibilidad al cansancio emocional, tal como se documenta en trabajos de Coria et al. (2018) y Hernández (2018).

2. Realización personal como factor protector
La percepción de realización personal tuvo una media de 1.6640, lo que nos demuestra que la mayoría del personal de salud mantiene una visión positiva frente a su impacto en el área laboral. Este hallazgo es esperanzador, ya que investigaciones como la de Osorio et al. (2021) destacan que una buena percepción de la realización personal puede actuar como un factor protector frente al desarrollo del Burnout.

Factores de riesgo asociados

El análisis por subgrupos mostró que los enfermeros (26 casos) y el personal administrativo (8 casos) fueron los más afectados, lo que coincide con los hallazgos de Aranda et al. (2005) sobre la mayor vulnerabilidad de estos roles debido a las altas demandas laborales y emocionales.

- En cuanto al género, las mujeres (32 casos) presentaron mayores tasas de Burnout que los hombres (16 casos). Esto es consistente con estudios como el de Romero et al. (2021), que relacionan la mayor prevalencia en mujeres a la doble carga laboral y social.
- Respecto al estado civil, los solteros (26 casos) y los casados (16 casos) fueron los más afectados. Este resultado coincide con el estudio de Saborío e Hidalgo (2015), que mencionan cómo la falta de redes de apoyo emocional o los problemas familiares pueden agravar el estrés laboral.

Impacto del nivel socioeconómico

El Burnout tuvo más prevalencia en los niveles socioeconómicos medio-alto (30 casos) y medio-bajo (13 casos), lo que podría explicarse por la relación entre carga laboral y acceso a recursos de manejo de estrés. Este patrón también fue identificado por Vera y Vera (2012),

quienes señalan que la percepción del estrés es mediada por el acceso a recursos financieros y sociales.

Implicaciones en la calidad de vida

Los niveles de Burnout observados en este estudio están relacionados con un deterioro en la calidad de vida, como también lo destaca Guzmán (s.f.). Este deterioro puede manifestarse en problemas de salud tanto física como mental, afectando no solo a los profesionales, sino también a la calidad de la atención proporcionada a los pacientes, como señala Palacios y Paz (2021).

Limitaciones del estudio

1. Uso de instrumentos de medición, que pueden estar sujetos a sesgos.
2. Participación reducida de diferentes categorías como médicos especialistas

XIII. CONCLUSIONES

El Burnout afecta al 19.2% del personal de salud evaluado, siendo más prevalente en mujeres, solteros, y personal de enfermería y administrativo. Los factores de riesgo principales incluyen roles laborales con alta carga emocional, menor redes de apoyo emocional y pertenecer a un estrato socioeconómico medio-alto, donde las exigencias laborales y personales parecen ser mayores.

El análisis de las dimensiones del Burnout muestra que el personal de salud experimenta mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, lo que podría ser un reflejo de las altas demandas laborales y estrés. Por otro lado, la falta de realización personal, es menos prevalente, también representa un reto, especialmente en quienes tienen menos recursos emocionales o reconocimiento laboral.

El agotamiento emocional y la despersonalización son las dimensiones más afectadas, reflejando el impacto del estrés laboral continuo y la presión asociada a roles asistenciales.

La percepción de realización personal es menos afectada, lo que podría mitigar parcialmente las consecuencias negativas del Burnout en esta población.

Esto sugiere la necesidad de estrategias específicas para abordar el cansancio emocional y la despersonalización, como apoyo psicológico, manejo del estrés y mejoras en el entorno laboral, mientras se refuerzan las percepciones positivas relacionadas con la realización personal.

XVIII. RECOMENDACIONES

Para reducir la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud y mejorar su bienestar, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Implementación de Programas de Apoyo Psicológico:

Brindar acceso a terapia psicológica individual o grupal para el personal de salud, a través de SPPTIMSS

Establecer espacios de escucha y contención emocional dentro del hospital.

2. Capacitación en Manejo del Estrés y Resiliencia:

Realizar talleres sobre estrategias de afrontamiento y técnicas de relajación.

Fomentar la inteligencia emocional y habilidades de resolución de conflictos.

3. Mejoras en las Condiciones Laborales:

Optimizar la distribución de turnos para evitar sobrecarga de trabajo y permitir tiempos de descanso cuando sea oportuno.

Evaluar la necesidad de aumentar el personal para reducir la presión laboral.

4. Fomento del Trabajo en Equipo y Apoyo entre Colegas:

Desarrollar dinámicas de integración y fortalecimiento del ambiente laboral.

Promover espacios de comunicación y retroalimentación positiva.

5. Reconocimiento y Motivación Laboral:

Implementar incentivos y reconocimiento para el personal de salud que contribuya al bienestar institucional.

Crear programas de desarrollo profesional y crecimiento dentro del hospital.

6. Promoción de un Estilo de Vida Saludable:

Fomentar pausas activas durante la jornada laboral.

Incentivar hábitos saludables como alimentación balanceada, actividad física y sueño reparador.

7. Evaluación Periódica del Burnout en el Personal de Salud:

Aplicar encuestas y cuestionarios de forma regular para detectar niveles de agotamiento y estrés.

Tomar medidas preventivas basadas en los resultados obtenidos.

XX BIBLIOGRAFIA

1. Malagón JN, Rosero LE, Peralta A, Téllez EM. La "moda del Burnout" en el sector salud: una revisión sistemática de la literatura. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2021 [citado 2023 mayo 8];38(1):29-46. Barranquilla (Colombia). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2021000100029
2. Hernández TJ. Burnout en médicos de un hospital del sector público en el estado de Hidalgo. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo* [Internet]. 2018 [citado 2023 mayo 8];15(2):161-72. Ciudad de México (México). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6509058.pdf>
3. Osorio M, Prado C, Bazán G. Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud* [Internet]. 2021 [citado 2023 mayo 8];31(2):267-74. Xalapa (México). Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2695/4570>
4. Castañeda E, García JE. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos especialistas y factores de riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2020 [citado 2023 mayo 8];58(2):161-73. Ciudad de México (México). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457767703014/457767703014.pdf>
5. Coria H, Garcia FJ, Gómez C, Chacón P. Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* [Internet]. 2018 [citado 2023 mayo 8];20(3):103-10. Ciudad de México (México). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2018/amf183b.pdf>
6. Aranda C, Pando M, Salazar JG, Torres TM, Aldrete MG, Pérez MB. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2005 [citado 2023 mayo 8];31(2). La Habana (Cuba). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420137006>
7. Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* [Internet]. 2010 [citado 2023 mayo 8];(112):42-80. Madrid (España). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752962004>
8. Saborío L, Hidalgo LF. Revisión bibliográfica síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2015 [citado 2023 mayo 8];32(1):40-80. San José (Costa Rica). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1>

9. Vera O. El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud por la pandemia del COVID-19. Rev Med La Paz [Internet]. 2022 [citado 2023 mayo 8];28(2):66-72. La Paz (Bolivia). Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v28n2/1726-8958-rmcmlp-28-02-66.pdf>
10. Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social, Gobierno del Estado de México. Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (síndrome de Burnout). Toluca (México): Secretaría de Desarrollo Social; s.f. [citado 2023 mayo 8]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf
11. Guzmán A. Síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos [Internet]. s.f. [citado 2023 mayo 8]. Disponible en: http://sedena.gob.mx/pdf/sanidad/sindrome_burnout.pdf
12. Juárez A. Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS [Internet]. 2020 [citado 2023 mayo 8];52(4):432-9. Bucaramanga (Colombia). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000400432
13. Romero A, Alderete J, Pedraza J, Reyes C, Treviño F, Barrel AE, et al. Síndrome de desgaste en profesionales de la salud mexicanos. Med Int Mex [Internet]. 2021 [citado 2023 mayo 8];37(3):343-58. Ciudad de México (México). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2021/mim213e.pdf>
14. Olivares V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Cienc Trab [Internet]. 2017 [citado 2023 mayo 8];19(58):262-80. Santiago (Chile). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059
15. Palacios ME, Paz MP. El síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 2023 mayo 8];2(21):9-14. Ciudad de México (México). Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.21-04-El-Sindrome-de-Burnout.pdf>
16. El Burnout es oficialmente una enfermedad de trabajo reconocida por la OMS [Internet]. Ciudad de México (México): El Economista; 2022 [citado 2023 mayo 15]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/capitalhumano/El-burnout-es-oficialmente-una-enfermedad-de-trabajo-reconocida-por-la-OMS-20220104-0056.html>
17. Organización Mundial de la Salud. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 2023 abril 6]. Disponible en:

<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

18. Burnout: enfermedad laboral masiva todavía no reconocida por México [Internet]. Ciudad de México (México): El Economista; 2021 [citado 2023 abril 6]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/capitalhumano/Burnout-enfermedad-laboral-masiva-todavia-no-reconocida-por-Mexico-20210709-0058.html>
19. Aguilar MJ, Luna JE, Tovar AR, Blancarte E. Síndrome de Burnout. Biodesarrollo y reversión de impactos en el sector de la salud del estado de Guanajuato. Región y Sociedad [Internet]. 2020 [citado 2023 abril 6];32:1-24. Guanajuato (México). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-39252020000100127&script=sci_arttext
20. Burnout laboral o síndrome de desgaste profesional [Internet]. Barcelona (España): Asepeyo Salud; 2019 [citado 2023 junio 11]. Disponible en: <https://salud.asepeyo.es/pacientes/recomendaciones/burnout-laboral-o-sindrome-de-desgaste-profesional/>
21. Organización Mundial de la Salud. Salud ocupacional, los trabajadores de la salud [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 2023 junio 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers#:~:text=Los%20trabajadores%20de%20la%20salud%20son%20todas%20aquellas,comunitarios%2C%20curanderos%20y%20practicantes%20de%20la%20medicina%20tradicional>
22. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2012 [citado 2023 junio 11];6(1):41-45. Lambayeque (Perú). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052303/rcm-v6-n1-ene-mar-2012_pag41-45.pdf

XXII. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603.
H. GRAL. ZONA NUM 5

Registro COFEPRIS 17 CI 16 103 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

FECHA: Jueves, 26 de octubre de 2023

Doctor (a) JOSE JORGE TORRIJOS ZAVALA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia del síndrome Burnout en personal de salud del HGZ 4, Zamora, Michoacán**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-1603-020

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.

Moreno

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Zamora Michoacán a 07 agosto 2023

Dr. José Jorge Torrijos Zavala

Dr. Juan Carlos Castañeda Ceja

Investigadores Clínicos

Presente

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que pueda realizar su protocolo de investigación titulado **"Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de salud del HGZ 4, Zamora, Michoacán."**, realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

ATENTAMENTE

DR. MANUEL MONTAÑEZ

DIRECTOR MEDICO

ZAMORA MICHOACÁN.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Instituto Mexicano Del Seguro Social
OOAD Michoacán
Unidad de Medicina Familiar N. 82
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Zamora, Michoacán, a ____ de _____ del 2024

Usted ha sido invitado a participar de manera voluntaria, en el estudio de investigación titulado: Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de salud del HGZ.4. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16038 el Hospital General de Zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El documento adjunto contiene información detallada que le será proporcionada. Le solicitamos que dedique un tiempo para leerlo atentamente

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Conocer la frecuencia (prevalencia) del síndrome de Burnout en el personal de salud, se basa en la necesidad de comprender y abordar este problema que afecta a los trabajadores de salud, mejorar la salud y el bienestar del personal, la calidad de la atención médica y reducir los costos económicos asociados al Burnout.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará cuestionarios o preguntas relacionadas con sus niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Estos cuestionarios serán administrados en formato impreso, y las respuestas se utilizarán para evaluar la frecuencia del síndrome de Burnout.

Cuestionario de datos generales, consta de 8 variables con un tiempo aproximado para contestarlas de 5 minutos.

Maslach Burnout Inventory (MBI), consta de 22 preguntas de tipo Likert, con un tiempo aproximado para contestarlas de 10-15 minutos.

Estratificación social método Graffar-Méndez-Castellano el cual consta de 5 variables con 5 niveles cada uno, con un tiempo aproximado para contestarlo de 10 minutos.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Algunos de los posibles riesgos y molestias al participar en el estudio, son:

Malestar emocional: Participar en un estudio sobre el síndrome de Burnout puede implicar responder a preguntas y cuestionarios que abordan temas relacionados con el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Estas preguntas pueden generar malestar emocional y recordar experiencias negativas relacionadas con el Burnout. Es importante considerar si está preparado emocionalmente para enfrentar estos temas antes de participar.

BENEFICIOS

Su participación en el estudio, puede tener como beneficios el autoconocimiento, la identificación de factores de riesgo y protección, la mejora de la calidad de vida laboral, la contribución al conocimiento científico y la identificación de necesidades de apoyo y recursos. Estos beneficios tienen el potencial de promover la salud mental y el bienestar del personal de salud, lo que a su vez puede tener un impacto positivo en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. una vez identificados los trabajadores con este problema, se buscará la atención medica de inmediato para derivación oportuna al departamento de Psiquiatría y psicología, así mismo mediante la dirección médica se realizarán convenios con SSPTIMSS

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

El doctor José Jorge Torrijos Zavala (investigador responsable) está disponible para brindar respuestas y aclaraciones ante cualquier cuestionamiento que pueda surgir con respecto a los procedimientos del estudio. Además, se compromete a proporcionar información sobre los resultados obtenidos y a discutir los métodos de afrontamiento para el padecimiento.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y su decisión de no participar no afectará su relación con el IMSS. Además, si inicialmente decide participar, pero luego cambia de opinión, puede abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello modifique los beneficios que le corresponden como trabajador. Para los propósitos de esta investigación, solo utilizaremos la información que usted nos proporcionó desde el momento en que aceptó participar hasta que nos informe que ya no desea continuar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Con el fin de garantizar su privacidad, toda la información que usted proporcione, será tratada de manera confidencial.

Ninguna persona ajena al estudio tendrá acceso a la información que usted proporcione. Para garantizar la protección de su identidad, se tomarán las medidas necesarias: se asignará un número único para identificar sus datos y se utilizará ese número en nuestra base de datos. De esta manera, su identidad será protegida y ocultada en todo momento.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio dirigirse a:

Investigador responsable:

Dr. José Jorge Torrijos, Médico Familiar en UMF 82, Profesor titular de Especialidad Sede Zamora, Teléfono Celular. 3511358321, email: mftorrijos39@gmail.com

Dra. Liliana Ivette Hernández Juárez, investigador responsable adscrito a la UMF N.82 Zamora, al teléfono 712 114 02 90 o al correo lilianahj04@gmail.com;

Secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud

Dr. Eduardo Alberto Ung Medina, secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud 16038, con sede en la UMF 81, Domicilio en calle Tacámbaro 501, Colonia Valle Dorado, cp. 60130 Uruapan, Michoacán.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He recibido una explicación detallada sobre los aspectos fundamentales de este estudio, y he tenido la oportunidad de revisar personalmente o escuchar la lectura del contenido de este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria y se me ha proporcionado una copia de este documento. Al firmar este formulario, expreso mi voluntad de participar en la investigación descrita en él.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma Testigo 1

Nombre y firma Testigo 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES	
INICIALES DEL NOMBRE	
CATEGORIA DE TRABAJO DENTRO DEL INSTITUTO	-MEDICO FAMILIAR AREA: MEDICO NO FAMILIAR. AREA: ESTOMATOLOGO. PERSONAL DE ENFERMERIA AREA: ASISTENTE MEDICO ADMINISTRATIVO AREA: PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES PERSONAL DE CALIDAD E HIGIENE OTRO
GENERO	FEMENINO _____ MASCULINO _____ LGBTTTIQ+ _____
ESTADO CIVIL	CASADO _____ SOLTERO _____ SEPARADO _____ VIUDO _____ CONCUBINATO _____
EDAD	
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL INSTITUTO	
ESCOLARIDAD	Primaria Licenciatura Secundaria Maestría Preparatoria Doctorado Especialidad
Estrado socio económico	Alto Medio alto Medio Bajo Bajo

Cuestionario MBI

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que sienten los enunciados:

0= nunca

1= pocas veces al año

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

1.-	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2.-	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3.-	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4.-	Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes	
5.-	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6.-	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa	
7.-	Creo que trato con mucha eficacia en los problemas de mis pacientes	
8.-	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo	
9.-	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes	
10.-	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerce la profesión	
11.-	Siento que este trabajo me está enfureciendo emocionalmente	
12.-	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13.-	Me siento frustrado en mi trabajo	
14.-	Creo que trabajo demasiado	
15.-	No me preocupa realmente lo que les ocurra alguno de mis pacientes	
16.-	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés	
17.-	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18.-	Me encuentro animado (a) después de trabajar junto con los pacientes	
19.-	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20.-	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	
21.-	En mi trabajo trato de los problemas emocionales con mucha calma	
22.-	Creo que los pacientes me culpan de sus problemas	

MÉTODO DE GRAFFAR –MENDEZ CASTELLANO

ESTRATIFICACION SOCIAL

METODO GRAFFAR-MENDEZ CASTELLANO

1° PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, empresarios, comerciantes, ganaderos y hacendados todos de alta productividad, oficiales de las F.A.N (si tienen rango de educación superior)
2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
4	Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (primaria completa)
5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

2° NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1	Enseñanza universitaria o su equivalente
2	Enseñanza secundaria completa. Técnica superior completa
3	Enseñanza secundaria incompleta. Técnica inferior
4	Enseñanza primaria o alfabetas con algún grado de educación primaria
5	Analfabetas

3° FUENTE DE INGRESO EN LA FAMILIA

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias, beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día o entrada a destajo
5	Donaciones de origen público o privado

4° TIPO DE VIVIENDA

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientales de gran lujo y grandes espacios
2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin excesos y suficientes espacios
3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, sin lujo
4	Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

V1		V2		V3		V4		TOTAL	
----	--	----	--	----	--	----	--	-------	--

TOTAL VALOR OBTENIDO	ESTRATO	
4, 5, 6	I	
7, 8, 9	II	
10, 11, 12	III	
13, 14, 15, 16	IV	
17, 18, 19, 20	V	

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a esta con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
--	--	------	---------	-----------	----------	------------

10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5

23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	frecuentemente	siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Liliana Ivette Hernández Juárez

PREVALENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DEL HGZ 4, ZAMORA, MICHOACÁN.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:529615988

Fecha de entrega

18 nov 2025, 1:02 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

18 nov 2025, 1:09 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

PREVALENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DEL HGZ 4, ZAMORA, MICHOAC....pdf

Tamaño del archivo

1.5 MB

88 páginas

16.496 palabras

89.129 caracteres

23% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 23%  Fuentes de Internet
- 12%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Curso de especialización en medicina familiar	
Título del trabajo	Prevalencia del síndrome Burnout en personal de salud de H62 4, Zamora, Michoacán	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Liliana Ivette Hernández Juárez	
Director	José Jorge Torrijos Zavala	
Codirector	Juan Carlos Castañeda Coya	Juan.castaneda@mss.gob.mx
Coordinador del programa	Dr. Cleto Álvarez Aguilar	cleto.alvarez@umich.mx

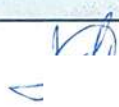
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	apoyo lingüístico para mejorar redacción y claridad del texto

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	
Lugar y fecha	Zamora, Michoacan a 14 de noviembre 2025