



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR IGNACIOCHAVEZ"**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO**

**C.M.F. ISSSTE MORELIA
DELEGACIÓN MICHOACÁN**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE
LA CMF ISSSTE MORELIA**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MARX GARCIA GALVEZ

ASESOR:

Dr. JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ

MORELIA MICHOACÁN, FEBRERO 2024

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

Tesista: **DR. Marx Garcia Galvez.**

Categoría: Médico Residente en Medicina Familiar.

Asesor: **Dr. José Ramón Sarabia Ramírez**

Profesor titular Nivel 1 en Educación Médica

Investigador CIRELCIS IMSS

Médico especialista en Medicina Familiar



GOBIERNO DE
MÉXICO



NUEVO
ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Representación Estatal Michoacán
Clínica de Medicina Familiar Morelia
Subdirección Médica
Comité de Ética e Investigación

Oficio No. CEI-CMFM/02/2024.

Morelia, Michoacán, 19 de enero del 2024.

Asunto: Asignación número de registro.

DR. MARX GARCÍA GALVEZ
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MORELIA
P R E S E N T E

Apreciable Dr. García por medio del presente, me permito informar que su trabajo de investigación "**Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario de la CMF ISSSTE Morelia**", ha sido **AUTORIZADO**, siendo su número de registro final **01/002.2/2023**, ante el Comité de Ética e Investigación con registro CONBIOÉTICA-16-CEI-001-2023026 de esta Unidad Médica, siendo sus asesores:

Asesor de Tesis: Dr. José Ramón Sarabia Ramírez.

Sin otro particular por el momento reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DR. MAXIMINO CÉSAR JIMÉNEZ ZAVALA
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR MORELIA

c.c.p. Minutario



Calle, Trabajadores de la Agricultura Esq. Trabajadores de Curves 601 Col. Fovissste Morelia, CP 59120, Morelia Michoacán
Tel. 3532652 Red 44174 e.e. cristina.gomez@issste.gob.mx



DEDICATORIA

Agradecer a mi familia que siempre me apoyo en este recorrido, especialmente a mi esposa que tanto amo porque siempre estuvo ahí apoyándome en todo momento alentándome para que no me rindiera y lograra esta especialidad.

También agradecer a mis padres por su gran apoyo en toda esta carrera tan larga a pesar de la distancia siempre están presente y que sin ellos no hubiera podido cumplir este gran sueño.

Gracias familia los amo.

INDICE

ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
Definición de síndrome de burnout.....	5
Epidemiología del síndrome de burnout.....	5
EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MUNDO.....	5
SINDROME DE BURNOUT EN MÉXICO.....	7
Tratamiento del síndrome de burnout.....	8
Complicaciones del síndrome de burnout.....	8
Factores de riesgo del síndrome de burnout.....	9
Instrumentos para evaluar el síndrome de burnout.....	10
CÁLCULO DE PUNTUACIONES.....	12
VALORACIÓN DE PUNTUACIONES.....	12
VALORES DE REFERENCIA.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
DISEÑO METODOLOGICO.....	13
LUGAR.....	13
POBLACION Y SITIO DE ESTUDIO.....	13
TIEMPO.....	14
TIPO DE ESTUDIO.....	14
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	14
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	14
TAMAÑO DE MUESTRA.....	14
TIPO DE MUESTREO.....	14
VARIABLES.....	15
DESARROLLO DEL ESTUDIO.....	19
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	19
CÁLCULO DE PUNTUACIONES.....	19
VALORACIÓN DE PUNTUACIONES.....	20
VALORES DE REFERENCIA.....	20
PROCEDIMIENTO.....	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
ASPECTOS ÉTICOS.....	22

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.	24
ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	24
TABLA. FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO BOURNOUT.....	25
RESULTADOS.....	26
GRAFICAS.....	26
DISCUSION DE RESULTADOS.....	91
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES.....	92
SUGERENCIAS.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
ANEXOS.....	96
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	96
ANEXO 2 CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY.....	97
ANEXO 3 CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES.....	98

RESUMEN

Introducción. Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas. Actualmente el porcentaje de médicos afectados por este síndrome se estima que va desde el 7 al 80% de esta población. Por lo que nuestro objetivo es conocer la prevalencia del síndrome de burnout en el personal sanitario de la Clínica de Medicina Familiar, ISSSTE Morelia, Michoacán.

Material y método. Universo y lugar: médicos generales, especialistas, residentes y personal de enfermería todos adscritos a la Clínica de Medicina Familiar, ISSSTE. Ejecución: a partir del siete de septiembre 2023. Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y transversal. Tamaño de muestra: 59 médicos, 25 enfermeras y 14 residentes, un total de 98 participantes. Muestreo: No probabilístico por conveniencia. Mediciones: Se aplicarán cuestionarios validados para identificar el síndrome de burnout en todas sus etapas. Instrumento para evaluar el Síndrome de Burnout: "Maslach Burnout Inventory" (MBI) Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva en Excel versión 15.3.3 y el programa IBM SPSS Statistics versión 23. Recursos e Infraestructura. Se utilizaron las instalaciones de la CMF ISSSTE Morelia. Material autofinanciado por el investigador. **Resultados:** muestran la presencia del síndrome de burnout que de manera general se presentó en el 7,2% y los que no presentaron 92.8% de la muestra estudiada. Siendo el género femenino el más afectado 68.7%, por edad a partir de los de 50 años tuvo la mayor afectación, de las tres dimensiones estudiada el médico es el más afectado, seguido de enfermería y por último los residentes, la dimensión con mayor relevancia es falta de realización personal. **Conclusión:** muestran la presencia del síndrome de burnout que de manera general se presentó en el 7,2% y los que no presentaron 92.8% de la muestra estudiada.

Palabras clave: desgaste laboral; estrés laboral; salud ocupacional; agotamiento emocional; síndrome psicológico.

ABSTRACT

Introduction. Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal fulfillment that can occur among individuals whose work object is other people. Currently, the percentage of doctors affected by this syndrome is estimated to range from 7 to 80% of this population. Therefore, our objective is to know the prevalence of burnout syndrome in health personnel at the Family Medicine Clinic, ISSSTE Morelia, Michoacán. Material and method. Universe and place: general physicians, specialists, residents and nursing staff all assigned to the Family Medicine Clinic, ISSSTE. Execution: starting September 7, 2023. Type of study: Observational, descriptive and transversal. Sample size: 59 doctors, 25 nurses and 14 residents, a total of 98 participants. Sampling: Non-probabilistic for convenience. Measurements: Validated questionnaires will be applied to identify burnout syndrome in all its stages. Instrument to evaluate Burnout Syndrome: "Maslach Burnout Inventory" (MBI) Statistical analysis: Descriptive statistics were used in Excel version 15.3.3 and the IBM SPSS Statistics program version 23. Resources and Infrastructure. The facilities of the CMF ISSSTE Morelia were used. Material self-financed by the researcher. Results: show the presence of burnout syndrome that generally occurred in 7.2% and those that did not present 92.8% of the studied sample. The female gender was the most affected 68.7%, by age over 50 years old it was the most affected, of the three dimensions studied the doctor is the most affected, followed by nursing and finally the residents, the dimension with the greatest relevance. It is lack of personal fulfillment. Conclusion: they show the presence of burnout syndrome that generally occurred in 7.2% and those that did not present 92.8% of the studied sample.

Palabras clave: desgaste laboral; estrés laboral; salud ocupacional; agotamiento emocional; síndrome psicológico.

INTRODUCCIÓN

Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal reducida que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas. Actualmente el porcentaje de médicos afectados por este síndrome se estima que va desde el 7 al 80% de esta población a nivel mundial. Se ha documentado la correlación que existe entre la aparición de síndrome de burnout con niveles altos y la alteración de algunos biomarcadores, además de que las complicaciones no afectan solo al individuo sino a nivel colectivo, institucional u organizacional, el suicidio es la complicación más preocupante. Se optó por un estudio observacional, descriptivo y transversal. El objetivo de este estudio es dar a conocer prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario de la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Morelia en el año 2023. Se realizó encuestando a los médicos familiares, no familiares, personal de enfermería de los turnos matutino y vespertino, además de médicos residentes, todos adscritos a la CMF ISSSTE Morelia. La aplicación de las encuestas se llevó a cabo a partir del siete de septiembre, el análisis estadístico en diciembre. no se tomó muestra, se tomaron en cuenta 59 médicos familiares y no familiares, 25 enfermeras, 14 residentes de los 3 grados de la especialidad en medicina familiar, un total de 98 participantes en el estudio, aceptaron participar un total de 83 trabajadores, se descartó a 15 ya que no cumplían criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia ya que se abarcó a toda la población del personal de salud ya mencionados. Mediciones: se aplicó un cuestionario validado para identificar el síndrome de burnout en todas sus etapas. Instrumento para evaluar el síndrome de burnout: prueba de desgaste profesional de “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva mediante hojas de cálculo en Excel versión 15.3.3 para Mac y el programa IBM SPSS Statistics versión 23. Recursos e infraestructura: se utilizaron las instalaciones de la CMF ISSSTE Morelia. Material autofinanciado por el investigador. Resultados: muestran la presencia del síndrome de burnout que de manera general se presentó en el 7,2% y los que no presentaron 92.8% del universo estudiado. Participaron un total de 98 sujetos.

JUSTIFICACIÓN

Magnitud.

En diversos estudios a nivel mundial se han observado tasas altas de síndrome de burnout entre médicos, residentes en formación, estudiantes de medicina que llegan hasta el 80% de dicha población. (5) Cuando los médicos se agotan, abandonan la profesión antes de tiempo, o peor aún, se desaniman tanto que se suicidan, 400 estudiantes de medicina o médicos se suicidan anualmente en los estados unidos, la tasa de depresión es similar a la de la población general, sin embargo, su tasa de suicidio es desproporcionadamente alta: 1.5 a 3.8 veces más alta entre médicos varones y de 3.7 a 4.5 veces más alta entre mujeres en comparación con la población general. (4)

Trascendencia.

La elaboración de este estudio pretende obtener una cifra para compararla con la prevalencia de estudios realizados previamente en la región. Además de conocer las variables presentes en los participantes que presenten grados altos de severidad del síndrome de desgaste profesional. Para México en estudios previos, realizados en este y otros estados del país, se han obtenido resultados que oscilan entre 33 y 89 % de prevalencia, por lo que es importante conocer las cifras ya que el agotamiento a nivel mundial está en una trayectoria ascendente. (11, 12, 13)

Impacto.

A partir de los resultados de este estudio se pueden implementar diferentes medidas para prevenir el síndrome de burnout. El beneficio para la población estudiada no depende de los resultados del estudio, sino de la realización del mismo ya que a mediano o largo plazo se pueden hacer otras investigaciones a raíz de esta. Además de que los pacientes y la institución en general se verá beneficiada con el aporte de más datos sobre este trastorno.

Factibilidad. En la C.M.F. ISSSTE Morelia se cuenta con los recursos humanos, institucionales, de espacio, infraestructura, los materiales, el tiempo, recursos económicos y las cuestiones éticas para la elaboración de este estudio.

MARCO TEÓRICO

Definición de síndrome de burnout.

Se puede definir como un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce diversos efectos negativos en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales. (1)

La definición de Maslach y Jackson es muy citada: “Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” en 1983. Años más tarde y tras varios estudios empíricos reformulo el concepto y elaboro un modelo más riguroso y operativo de la definición de burnout como un síndrome psicológico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentido de eficacia profesional. (1)(2)

Epidemiología del síndrome de burnout.

EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MUNDO

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día. La presencia de estresores y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores extra laborales (personales, sociales, etc.) afectan su salud se conoce como “factores psicosociales laborales”. Según referencias emitidas por la organización mundial de la salud (OMS) y la organización internacional del trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. (3)

Así, para el año 2002 habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupa un lugar importante. En tal caso, los estudios sobre el síndrome de burnout, también conocido como “de estrés laboral crónico, de desgaste profesional o asistencial”, lo consideran como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral. Así, el estrés y el malestar acaban por instalarse de modo crónico,

provocando trastornos psicosomáticos y de conducta, manifestaciones que nos alertan ante un problema de salud. (3)

Por otro lado, los estudios relacionados con la presencia de factores psicosociales negativos en las áreas laborales giran desde los estudios sobre la búsqueda de varios factores (laborales y extra laborales) que puedan desarrollar la enfermedad, sobre las alteraciones psicosomáticas y sociales en trabajadores a quienes les han solicitado su renuncia, en hogares desorganizados, en personal que labora en servicios de atención en crisis y de servicio social, hasta en aquellos dedicados a los servicios de atención en emergencias y desastres.(3)

Todos los estudiantes de medicina, los médicos en formación y los médicos en ejercicio tienen un riesgo significativo de agotamiento. Su prevalencia ahora supera el 50%, por lo que se considera que este trastorno ha escalado a cifras epidémicas en los últimos años.(4)

Hay cifras actuales, provenientes de revisiones sistemáticas, a nivel mundial en las que se observan tasas relativamente altas de síndrome de burnout entre médicos, residentes en formación, estudiantes de medicina, las cuales oscilan entre el 7 y el 80% de dicha población. (5)

Se ha encontrado prevalencias que varían entre el 25.4%-71.4% en los médicos de base del área de urgencias y entre el 55.6%-77.8% en médicos residentes que rotan en el área de urgencias. (6)

Se han hecho meta-análisis al respecto en Latinoamérica en diversas profesiones, donde los profesionales de la salud refieren menor intensidad del síndrome de burnout que otras ocupaciones (docentes, militares, policías, conductores, vendedores o amas de casa), esta diferencia puede deberse a que, si bien, los profesionales de la salud pueden vivir situaciones muy exigentes que producen EE (agotamiento emocional/emotional exhaustion), sin embargo cuentan con procedimientos más estructurados y definidos para realizar sus tareas que los docentes o profesionales de servicios sociales, lo que produce un alto control en el trabajo. (7)

En nuestro continente, en algunos países como Brasil se han obtenido cifras de hasta 83.3 % de prevalencia de síndrome de burnout. (8) (9)

SINDROME DE BURNOUT EN MEXICO

Nuestro país no es la excepción ya que se ha observado que:

En México, los médicos residentes deben asistir a sus rotaciones ocho horas diarias más guardias, una guardia llega a ser de hasta 30 horas, 1 o 2 días a la semana.

Por lo tanto se han hecho modificaciones:

En México, la Ley Federal del Trabajo en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, esto con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador, y mejorar su desempeño. Burnout en médicos residentes; un Médico residente, es un médico que se encuentra en un curso de especialización que presta sus servicios exclusivamente en una institución de salud o centro hospitalario. (10)

El Médico Residente vive durante un periodo variable de 3 a 5 años, en una situación de estrés constante, pero sobre todo es en los servicios de urgencias donde el residente soporta una importante presión asistencial y responsabilidad, considerándose como verdaderos factores de riesgo para la aparición de síndrome de desgaste profesional, pues son lugares generadores de estrés por excelencia (por ejemplo; alta presión asistencial, exigencias por parte de los pacientes de reducir el tiempo de demora, excesivas horas de trabajo, en ocasiones poco descanso, falta de cooperación por parte de los enfermos y sus familiares, responsabilidad civil y penal ante cualquier acto médico, continuo riesgo y peligrosidad al que se está sometido, prisas y agobios continuos). (10)

En estudios previos, realizados en este y otros estados del país, se han obtenido resultados que oscilan entre 33 y 89 % de prevalencia del síndrome de burnout. (11) (12) (13) (14)

Se ha documentado que el síndrome destaca entre las especialidades clínicas o no quirúrgicas, todos los residentes de todas las especialidades mostraron algún grado de desgaste profesional. Las jornadas de trabajo prolongadas, la carga laboral y el estrés destacan entre los factores a los que se ven sometidos los residentes de especialidad y con los que se puede explicar por qué la dimensión más afectada es el cansancio emocional, destacan que deben hacerse investigaciones para encontrar factores adicionales que pueden percibirse como desencadenantes de este estado emocional. (15)

Tratamiento del síndrome de burnout.

No existe tratamiento como tal para el síndrome, pero se ha visto que el bienestar psicológico se correlacionó negativamente con el agotamiento académico en estudiantes de medicina. La resiliencia puede desempeñar un papel en la mejoría del bienestar psicológico, esta es la capacidad de un individuo para encontrar soluciones a un problema o adoptar conductas adecuadas y flexibles de acuerdo con las demandas de la situación cuando se enfrenta a una situación negativa de cualquier ámbito de su vida. (16)

El apoyo social de los supervisores se ha asociado negativamente a síndrome de burnout, esto en estudios sobre el síndrome apoyándose en bio-marcadores, específicamente la secreción de cortisol. (17)

Complicaciones del síndrome de burnout.

Existe evidencia de que no es exclusivo de los individuos, sino que puede contagiarse y convertirse en un fenómeno colectivo en el sentido que puede aparecer en aquellas personas que trabajan en equipo. (18)

Hay estudios donde se ha relacionado la alteración de ciertos biomarcadores con la presencia de niveles altos de burnout en personal de la salud, dichos marcadores son la secreción anómala de cortisol salival y en suero, ACTH, prolactina, glucosa en ayunas y hemoglobina glucosilada, esto en comparación con el grupo control. Lo que justifica bioquímicamente las alteraciones metabólicas que se presentan en estos pacientes afectados, se ha documentado un aumento en la incidencia de enfermedades similares a la gripe, fatiga física, irritabilidad, dolor de espalda y problemas gastrointestinales. Se ha demostrado que el burnout es un problema global en las áreas de emergencias, cuidados paliativos, servicios de oncología y atención primaria. (19)(20)

Cuando los médicos se agotan, abandonan la profesión antes de tiempo, o peor aún, se desaniman tanto que se suicidan, todos los involucrados comparten parte de la carga y culpa; parejas sentimentales, padres, hermanos e hijos, así como mentores y médicos experimentados, hablan de la culpa que experimentan cuando un aprendiz o colega intenta o comete suicidio. Se estima que 400 estudiantes de medicina o médicos se suicidan anualmente en los estados unidos, la tasa de depresión es similar a la de la población general, sin embargo, su tasa de suicidio es

desproporcionadamente alta: 1.5 a 3.8 veces más alta entre médicos varones y de 3.7 a 4.5 veces más alta entre mujeres en comparación con la población general. (4)

“Es paradójico que el agotamiento de los médicos esté en una trayectoria ascendente ahora, justo cuando la medicina moderna puede prevenir, tratar y curar más enfermedades y afecciones que nunca”. Otra de estas trágicas paradojas del agotamiento es que los individuos que son más susceptibles parecen ser los más dedicados, conscientes, responsables y motivados, las personas que tienen estos rasgos suelen ser idealistas y tienen cualidades perfeccionistas. (4)

Estos son los mismos rasgos que la mayoría de los comités de admisión de las escuelas de medicina, la mayoría de los directores de programas académicos de residencia y becas, la mayoría de los pacientes que buscan un médico y la mayoría de los médicos que buscan al contratar un nuevo asociado. El idealismo, el perfeccionismo y una fuente ética de trabajo llevan a algunos medios a “sumergirse en su trabajo y dedicarse a él hasta no tener nada que dar”. Las tasas más altas se encuentran entre los médicos de emergencias (75%) y las más bajas entre los de medicina preventiva y ocupacional (40%) últimas cifras de 2014. (4)

Factores de riesgo del síndrome de burnout.

Factores que impulsan el agotamiento en el mundo actual: 1) sobrecarga de trabajo, 2) falta de control, 3) recompensa insuficiente, 4) ruptura de la comunidad, 5) falta de equidad y 6) valores en conflicto. (4)

Se han identificado diversos factores de riesgo, de entre los que más se habla se incluyen trabajar muchas horas, cambiar frecuentemente de entornos, tener menos de 50 años, trabajar los fines de semana, manejar intervenciones clínicas altamente exigentes, demandas inherentes y estrés de la atención del paciente, patrones de turnos largos e incompatibles con actividades de socialización, un entorno general muy estresante. Otro factor de riesgo muy importante es la secreción anómala de cortisol, los niveles de este biomarcadores se consideran diferentes entre las personas con agotamiento en comparación con personas sanas. (20)(21)

Además se ha identificado que la empatía hacia los pacientes también juega un papel como factor de riesgo debido a la fatiga por compasión. (22)

Las enfermeras son vulnerables al estrés por la empatía que desarrollan con sus pacientes, según el grado y la duración del contacto con ellos y el compromiso que les inspira cada caso, la

implicación agudiza las vulnerabilidades de las enfermeras, ya que esta fuente de estrés favorece la aparición del síndrome. El personal de salud en general se encuentra entre los sectores profesionales más afectados por el síndrome de burnout, esto debido al estrecho contacto de los beneficiarios de sus servicios. (23)

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE BURNOUT.

Desde que se comenzó a estudiar este fenómeno se han utilizado varios instrumentos de medición, los cuales se detallaran brevemente a continuación:

1. El Staf Burnout Scale de Jones (1980), es una escala compuesta por 30 ítems, a partir de los cuales Maslach y Jackson estaban desarrollando culminaron en la construcción del MBI o Maslach burnout inventory. Presenta una estructura factorial de 4 componentes: Insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad física y distrés, y negativas relaciones profesionales con los pacientes. Permite una gradación según la frecuencia que el sujeto señala en sus respuestas. -Es una escala preparada para medir burnout solamente en profesionales de la salud.
2. Indicadores de burnout, Gillespie (1979 y 1980) inició sus investigaciones acerca del burnout pero se encontró con el problema de la ausencia de un instrumento para medirlo. Por lo que usó 7 indicadores potenciales de burnout en forma de ítems con opción de respuesta tipo Likert: proporcionar servicios que merezcan la pena, evitar dificultades de los clientes, preferir la oficina al campo, bromear continuamente sobre los clientes, encolerizarse con las maneras amables, auto separación de los clientes y estar ausente varios días por razones de salud mental. En los resultados diferencia el burnout activo y el pasivo.
3. Emenes-Luck burnout scale (ELBOS), 1980-82. Elaborada a partir de 100 ítems, logrando reducirlos a 30 y consiguieron aislar seis factores que configuraban la escala: trabajo general-sensaciones relacionadas, sensaciones relacionadas con el trabajo y consigo mismo, trabajo-preparación del ambiente, negativas respuestas de la persona dentro del ambiente, disonancia autoconcepto frente al autoconcepto de otros, y alternativas del trabajo. Presenta una validez aceptable y una fiabilidad de 0.877.
4. Tedium measure (TM) de Pines, Aronson, y Kafry (1981), diseñado originalmente para medir el tedium, un constructo más amplio que el burnout ya que abarca a este y otros síndromes.

Es de 21 ítems, tipo Likert con siete opciones de respuesta. Cada uno de estos ítems evaluaban una de las características del tedium: sentimientos de depresión, burnout, cansancio emocional y físico, vaciamiento existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad.

5. Burnout scale, de Kremer y Hofman (1985), los autores crearon 5 ítems los cuales no se someten a análisis factorial por lo que se desconoce si analizan realmente burnout y si lo hacen unidimensionalmente o por el contrario, si se distribuyen en más de un factor. El único dato que ofrecen los autores es el relacionado con su reducida fiabilidad ($\alpha=0.54$).
6. En la literatura se describen muchos otros instrumentos como: Teacher burnout scale, energy depletion scale, Matthews burnout scale for employees, efectos psíquicos del burnout, escala de variables predictoras del burnout, cuestionario de burnout del profesorado, Holland burnout assessment survey, Rome burnout inventory, escala de burnout de directores de colegios.
7. Pero el instrumento más usado a nivel mundial es el Maslach Burnout Inventory ya que ha demostrado fiabilidad, en México existe la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) que es una variación del MBI en la que se agregaron dos factores para medir trastornos psicosomáticos (derivados del DSM-IV) y variables sociodemográficas. El desgaste ocupacional fue medido con un instrumento de 50 reactivos, los cuales fueron sometidos a un análisis factorial confirmatorio. El instrumento final constó de 30 reactivos teóricos con una consistencia interna general de 89% (alfa de Cronbach). La congruencia teórica y conceptual de los constructos fue confirmada por la adecuada interrelación de los mismos con diferentes variables psicosomáticas y sociodemográficas mostrando validez para esta población.
8. Maslach Burnout Inventory, la prueba de desgaste profesional de "Maslach burnout inventory" (MBI), es un instrumento validado, se realiza de 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal.

CUESTIONARIO BURNOUT Este cuestionario Maslach burnout inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los alumnos y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se presenta el síndrome de Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor obtenido	Índice de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome. Este análisis de aspectos e ítems puede orientar sobre los puntos fuertes y débiles de cada uno en su labor docente. En este estudio se utilizará el maslach burnout inventory, el cual es un instrumento ya validado en su versión adaptada al castellano, en población mexicana, y ya ha sido usado en diferentes estudios previos en este y otros estados del país. Además de ser el estándar de oro para la medición de este síndrome. (24) (25) (26) (27) (28) (21)

También se ha validado la auto aplicación el línea en médicos residentes de la MBI-HSS, el cuál es una versión del instrumento específica para determinar la presencia de síndrome de burnout en trabajadores relacionados con la salud, esto usando un cuestionario generado en la plataforma “google forms” (29)

VALORES DE REFERENCIA

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de la salud de la C.M.F. ISSSTE Morelia en el año 2023?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de la unidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Investigar los diferentes datos sociodemográficos
- Identificar los diferentes grados de severidad del síndrome de burnout
- Determinar en qué dimensiones puntuaron más altos y bajos en el personal sanitario de la unidad

HIPÓTESIS

La prevalencia del síndrome de burnout en la C.M.F. ISSSTE Morelia será mayor del 45%.

DISEÑO METODOLÓGICO

MATERIAL Y MÉTODO

LUGAR

C.M.F. ISSSTE Morelia delegación Michoacán

POBLACION Y SITIO DE ESTUDIO

Personal de salud, específicamente médicos familiares, no familiares, residentes y personal de enfermería de la C.M.F. ISSSTE Morelia que se encuentre dentro de la plantilla de base, que sea personal operativo, de los turnos matutino, vespertino y de fin de semana, además de los médicos residentes de la especialidad en medicina familiar que pertenezcan a la sede de la unidad.

TIEMPO

Se llevó a cabo a partir del siete de septiembre 2023, el análisis estadístico en diciembre mismo año.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Personal de base de la C.M.F. ISSSTE Morelia de los turnos matutino, vespertino y de fin de semana, de las categorías médico familiar, no familiar, residente y enfermería.

Ambos géneros.

Criterios de exclusión

No encontrarse los días programados para la aplicación de la encuesta en su área de trabajo.

Que se encuentren de vacaciones o de licencia.

Que se nieguen a participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Que no entreguen el cuestionario resuelto completamente.

Defunción de alguno de los participantes.

Cambio de adscripción.

Deserción de la residencia.

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra será el universo del personal de las categorías ya mencionadas, con un total de 98 participantes en el estudio.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

VARIABLES

-Variable independiente: síndrome de burnout en el personal sanitario

-Variable dependiente prevalencia del síndrome de burnout

Tabla de variables.

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Categorías o unidades de medición
Edad	Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento hasta un momento determinado.	Años referidos por el paciente.	Cuantitativa Continua.	Razón.	Número de años
Sexo	Son las características físicas que diferencian al hombre y a la mujer.	Sexo referido por el paciente.	Cualitativa nominal.	Nominal	-Hombre -Mujer
Estado civil	Situación legal de las personas determinada por sus relaciones provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil expresado por el paciente	Cualitativa Nominal	Nominal	-Soltero -Unión libre -Casado -Separado -Divorciado -Viudo
Escolaridad	Máximo grado de estudios alcanzados	Último grado de estudio expresado por el participante	Cualitativa	Ordinal	-Técnico - Licenciatura -Postgrado
Categoría contractual	Hace referencia a lo que se dedica; a su trabajo, Empleo, actividad o profesión.	Ocupación manifestada por el participante	Cualitativa Nominal	Nominal	-Médico familiar -Médico no familiar -Enfermero (a) -Médico residente -Médico pasante
Ingreso económico quincenal	Todos aquellos ingresos económicos percibidos por el participante, expresado	En base a lo expresado por el	Cualitativa ordinal	Ordinal	-\$1000 a \$2000 -\$2001 a

	en moneda nacional por quincena. (\$)	participante			\$3000 -\$3001 a \$5000 -\$5001 a \$7000 -\$7000 y más.
Comorbilidades	Se refiere a todas aquellas patologías que coexisten con la enfermedad de base o estudio	Comorbilidades referidas por el paciente	Cualitativa nominal	Nominal	- Dislipidemia - Enfermedad renal crónica -Diabetes mellitus -Obesidad -Cardiopatía -Otras -Ninguna
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras la ingesta de nutrientes.	Categorías en base al Índice de masa de corporal (kg/m ²) registrado en el expediente: a. ≤18.5 = Bajo Peso b. 18.5-24.9= Normal c. 25-29.9= Sobre peso d. 30-34.9= Obesidad grado	Cualitativa Ordinal	Ordinal	-Bajo Peso -Normal -Sobrepeso -Obesidad
Peso corporal	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.	Peso registrado en el	Cuantitativa a Continua.	Razón.	Kilogramos

		expediente clínico electrónico.			
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Estatura registrada en el expediente clínico electrónico.	Cuantitativa Continua.	Razón.	Metros
Cantidad de personas que viven en su domicilio.	Cantidad de individuos con las que cohabita en su casa.	El número de personas que el paciente exprese que viven con el	Cuantitativa discreta	Razón	Número de personas
Tipo de medicamentos que consume.	Se refiere al tipo de medicamentos que utiliza a diario para el tratamiento de su(s) enfermedad(es)	El tipo de medicamentos que el paciente responda.	Cualitativa	Nominal	- Psicotrópicos -Esteroides- -Otro -ninguno
Antecedentes heredo-familiares	Historia positiva de enfermedad en familiares de primera línea.	De acuerdo al antecedente referido por el paciente	Cualitativa nominal	Nominal	-Si -No
Paternidad/maternidad	Condición de ser padre/madre	Que el participante responda si tiene o no hijos.	Cualitativa	Nominal	-Con hijos -Sin hijos
Grado de residencia	Residencia médica: Periodo en que el médico en formación en cualquiera de las especialidades médicas debe dedicar la mayor parte de su tiempo y esto por varios años, de acuerdo con cada programa de residencia.	Año en que se encuentre realizando la especialidad médica	Cualitativa ordinal	Ordinal	-Primer año -Segundo año -Tercer año
Número de actividad clínica complementaria a la semana	Guardia o actividad clínica complementaria : conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente, al término de la jornada normal, en la unidad	Cantidad de guardias que se realizan por semana.	Cuantitativa	Razón	-1 a 2 -Más de 2

	de atención médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo correspondiente.				
Años de antigüedad laboral	Cantidad de años cumplidos desde el inicio de su contrato laboral	Cantidad de años referidos por el participante	Cuantitativa continua	Razón	-De 0 a 5 años -6 o más años
Síndrome de Burnout.	<p>Burnout (CIE11) es un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por 3 dimensiones: Agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas.</p> <p>Para su estudio se divide en las subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cansancio emocional - Despersonalización - Realización personal 	<p>Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y bajas en la de reducida realización personal definen el síndrome de Burnout.</p> <p>Presente: Agotamiento emocional Alto, Despersonalización Alto, Realización personal Bajo</p> <p>Ausente: Agotamiento Emocional Medio-Bajo, Despersonalización Medio-Bajo, Realización personal Medio-Alto.</p>	Cualitativa ordinal	Ordinal	<p>-Cansancio emocional: Bajo: ≤18 Medio: 19-26 Alto: ≥27</p> <p>- Despersonalización: Bajo: ≤5 Medio: 6-9 Alto: ≥10</p> <p>-Realización personal: Bajo: ≤33 Medio: 34-39 Alto: ≥40</p>

DESARROLLO DEL ESTUDIO

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE BURNOUT.

Se aplicó un cuestionario de datos generales, en el cual se preguntaron datos sociodemográficos como sexo, edad, comorbilidades, antecedentes heredofamiliares, peso, talla, paternidad/maternidad, además de su antigüedad laboral y frecuencia de prácticas clínicas complementarias en caso de que las realice.

La prueba de desgaste profesional de “Maslach burnout inventory” (MBI), es un instrumento validado, se realiza de 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal.

CUESTIONARIO - BURNOUT Este cuestionario Maslach burnout inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se presenta el síndrome de Burnout.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48.

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor obtenido	Índice de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

VALORES DE REFERENCIA

Puntuaciones de las subescalas y niveles del inventario de burnout de Maslach.

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

PROCEDIMIENTO

Fase I. Autorizaciones.

Previa autorización por el Comité Local en Investigación, con sede en la C.M.F. ISSSTE Morelia se solicitará la autorización al director de la unidad referida mediante carta de no inconveniente.

La etapa de ejecución comprenderá de la autorización del protocolo de investigación con término en noviembre del año 2023.

Fase II. Método de selección de los sujetos o unidades de estudio.

El médico residente Dr. Marx García Gálvez acudirá al área de trabajo de cada sujeto de estudio el cual es el área de consulta externa de medicina familiar en los turnos matutino, vespertino y de fin de semana. Iniciando en los consultorios se dirigirá a los médicos familiares, no familiares, médicos residentes y enfermeras. Se abordará a los participantes de forma no aleatoria hasta cubrir el total de la plantilla. Se les saludará de forma individual, se les informará que se está realizando una investigación sobre prevalencia de síndrome de desgaste profesional en la C.M.F. ISSSTE Morelia, entonces se le cuestionará si aceptan participar en el estudio. Si su respuesta es positiva se le

interrogará sobre los criterios de selección. En caso de cumplir dichos criterios se le proporcionará la carta de consentimiento informado para su lectura y aclaración de dudas. Después de firmar dicha carta se le otorgará una copia de la misma y se le invitará a llenar un cuestionario de datos generales y un cuestionario de “Maslach Burnout Inventory”.

Fase III. Obtención de datos.

Se les solicitará a los participantes que contesten un cuestionario de datos generales y una copia del “Maslach burnout Inventory”, explicándole que la duración aproximada para contestarlo es de 5 a 10 minutos.

Antes de retirarse el participante se revisará de forma rápida su encuesta para verificar que estén llenos todos los apartados, y de no ser así, se le invitará a llenar dichos apartados.

Fase IV. Manejo de la información.

La información obtenida será vaciada a una base de datos de Excel para su posterior análisis estadístico con el programa IBM SPSS Statistics 23.

La información del estudio permanecerá confidencial con folios, a cargo del investigador responsable.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó análisis descriptivo. Las variables cualitativas; síndrome de burnout, sexo, estado civil, escolaridad, grado de residencia, categoría contractual, comorbilidades, antecedentes heredofamiliares, estado nutricional, paternidad/maternidad, ingreso económico quincenal, número de actividades clínicas complementarias a la semana, años de antigüedad laboral fueron descritos con frecuencias y porcentajes (mediante tablas de distribución de frecuencias). Las variables cuantitativas; edad, peso corporal, talla, fueron analizadas con 31 medidas de tendencia central (media y mediana) y dispersión (desviación estándar y valor mínimo y máximo), presentándose con media y desviación estándar o mediana y valor mínimo y máximo de acuerdo a la distribución de normalidad. Aunque nuestro estudio no es de relación de variables, a fin de enriquecerlo se realizó la asociación entre edad por grupos etarios de jóvenes y mayores, sexo, estado civil, paternidad/maternidad, años de antigüedad laboral, categoría contractual con el síndrome de burnout, con el uso de chi cuadrada.

ASPECTOS ETICOS:

Previa autorización por el Comité de Ética en Investigación, con sede en la C.M.F. ISSSTE Morelia, se solicitó además la autorización al director de la unidad referida, Dra. Cerelia Morales Díaz, exponiéndole los fines de la investigación, así como los detalles del estudio. A. Este estudio consideró los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado. B. Este estudio consideró también los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. C. Así mismo este estudio consideró los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende al investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101). D. En este estudio se considera además el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014): • Título segundo, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos: o Capítulo I (Disposiciones comunes). -Del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos sujetos de estudio (Artículo 13); de las bases conforme a las cuales deberá desarrollarse la investigación realizada en seres humanos, incluyendo entre otros: contar con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal, contar con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación, llevarse a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud (artículo 14); y de la protección de la privacidad del individuo en las investigaciones en seres humanos (artículo 16). -En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría: b) Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y

dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no 33 invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. Esta investigación es de riesgo mínimo, ya que se realizarán pruebas psicológicas a individuos sin manipular la conducta del sujeto. -En cuanto a lo relacionado al consentimiento informado, el presente estudio considera lo descrito en los artículos 20, 21, 22 y 24 Capítulo V. De la investigación en grupos subordinados. Se entiende por grupos subordinados (entre otros) a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de hospitales, empleados, internos en reclusorios, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad (artículo 57). Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, se vigilará: I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos; II. Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes (artículo 58).

• Título sexto. De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud. o Capítulo único 34 La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo él quien seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un Informe técnico (artículo 119), pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120). La información del estudio permanece confidencial a cargo del investigador responsable en la base de datos, en el cual se identificará únicamente con el número de folio.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS DE PERSONAL

Tesista: Marx García Gálvez

Función: Aplicar los cuestionarios Maslach Burnout Inventory.

INFRAESTRUCTURA:

Se utilizarán las instalaciones físicas de la Clínica de Medicina Familiar, ISSSTE Morelia, Michoacán.

RECURSOS MATERIALES:

Recursos	Cantidad
Pluma	12
Corrector	1
Libreta	1
Memoria USB	1
Hojas de papel tamaño carta	500
Copias	398
Computadora	1

FINANCIAMIENTO:

El estudio no requirió de financiamiento para su realización, todo el gasto fue absorbido por el tesista que realizo el protocolo.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:

Este estudio no involucra aspectos de bioseguridad.

TABLA. Fiabilidad del Instrumento BOURNOUT

DIMENSION	REACTIVOS	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Método de mitades</i>
Cansancio Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16 y 20	.869	.922
Despersonalización	5,10,1,15 y 22	.658	.639
Realización Personal	4,7,9,12,17,18,19 y 21	.708	.762
GLOBAL	22	.691	.687

RESULTADOS

La prevalencia de síndrome de burnout en el personal de sanitario de la CMF ISSSTE Morelia fue de 7.2 siendo el género femenino el más afectado 68.7

GRAFICAS

La prevalencia del síndrome de Burnout muestran que de manera general se presentó en el 7,2% y los que no presentaron 92.8% del universo estudiado. Participaron un total de 98 sujetos. La cual se muestra en la tabla numero 1

Tabla cruzada

		CE mayor 26, DP mayor 9, RP menor 34			
		SI TIENE	NO TIENE	Total	
CATEGORIA	MEDICO	Frecuencia	2	47	49
		% del total	2.4%	56.6%	59.0%
	ENFERMERIA	Frecuencia	2	23	25
		% del total	2.4%	27.7%	30.1%
	RESIDENTE	Frecuencia	2	7	9
		% del total	2.4%	8.4%	10.8%
Total		Frecuencia	6	77	83
		% del total	7.2%	92.8%	100.0%

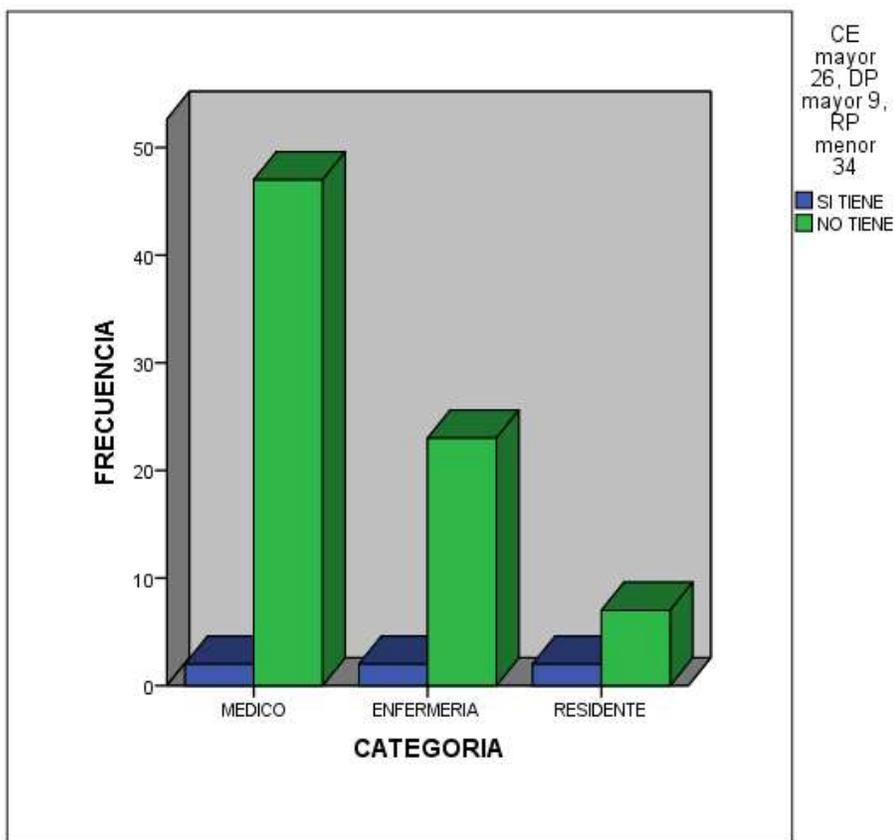
Tabla numero 1 prevalencia total se síndrome de burnout en la CMF Morelia.

Este resultado muestra una magnitud y un impacto muy diferente al estudio elaborado en Guadalajara IMSS en el cual encontraron una prevalencia del 45% que comparándola con nuestra prevalencia de 7.2% existe una diferencia sustancial 37.8%.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.763 ^a	2	.152
Razón de verosimilitud	2.895	2	.235
Asociación lineal por lineal	3.181	1	.075
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .65.



Grafica 1 total por categoría.

Genero TOTAL (CE mayor 26, DP mayor 9, RP menor 34)

Distribución por sexo predomino más el femenino 68.7% y el masculino 31.3%.

Tabla cruzada

		CE mayor 26, DP mayor 9, RP menor 34			
		SI TIENE	NO TIENE	Total	
Sexo	Hombre	Recuento	1	25	26
		% del total	1.2%	30.1%	31.3%
	Mujer	Recuento	5	52	57
		% del total	6.0%	62.7%	68.7%
Total		Recuento	6	77	83
		% del total	7.2%	92.8%	100.0%

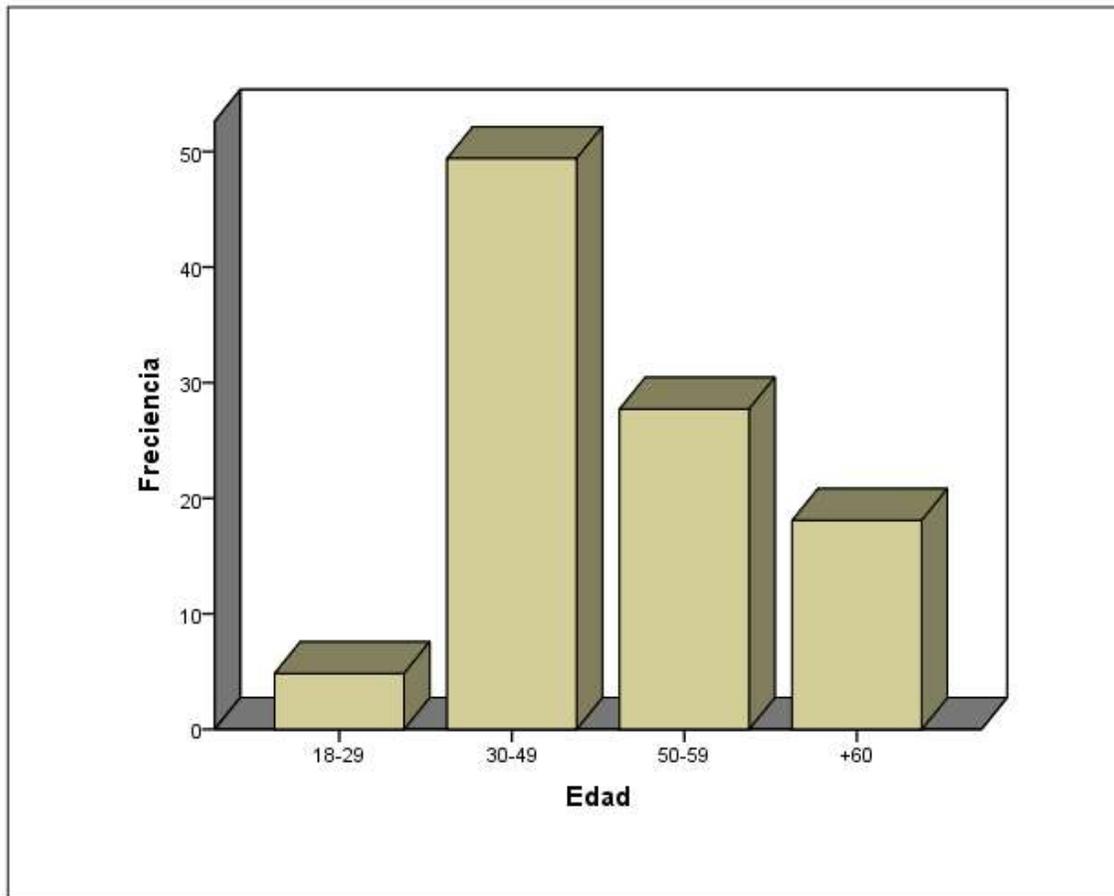
Tabla 2 categoría género.

CATEGORIA Total: Edad

El grupo etario con mayor porcentaje fue el de 30-39 años de edad, con 41 participantes que corresponde al 49.4%, seguido de el de 50-59 años con 23 participantes correspondiente al 27.7%, seguido del de más de 60 años con 15 sujetos que corresponde al 18.1%, el grupo de 18-29 años 4 participantes corresponde al 4.8%.

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-29	4	4.8	4.8	4.8
	30-49	41	49.4	49.4	54.2
	50-59	23	27.7	27.7	81.9
	+60	15	18.1	18.1	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Tabla 3 categoría de edad.



Grafica 3 clasificado por edad.

CATEGORIA. Cansancio emocional

Por categoría podemos observar que en mayor predominio fueron los médicos con 59% segundo del personal de enfermería 30.1% y residentes 10.8%.

Tabla cruzada

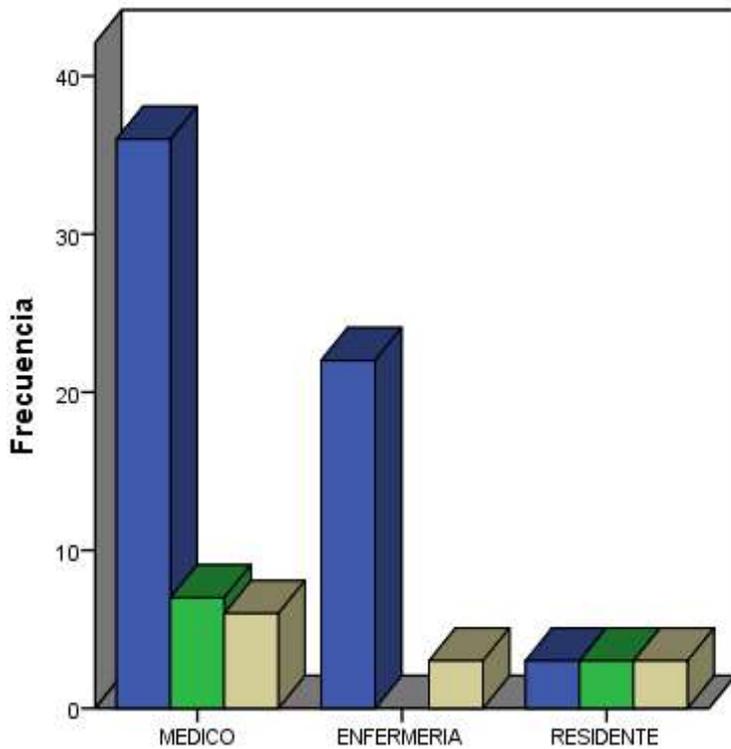
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
CATEGORIA	MEDICO	Frecuencia	36	7	6	49
		% del total	43.4%	8.4%	7.2%	59.0%
	ENFERMERIA	Frecuencia	22	0	3	25
		% del total	26.5%	0.0%	3.6%	30.1%
	RESIDENTE	Frecuencia	3	3	3	9
		% del total	3.6%	3.6%	3.6%	10.8%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 4 cansancio emocional por categoría.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.779 ^a	4	.019
Razón de verosimilitud	13.549	4	.009
Asociación lineal por lineal	1.959	1	.162
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.08.



Grafica 4 clasificado por categoría.

Genero. Cansancio emocional

El sexo que predominó fue el género femenino con 68.7%. Hombres 31.3%.

Tabla cruzada

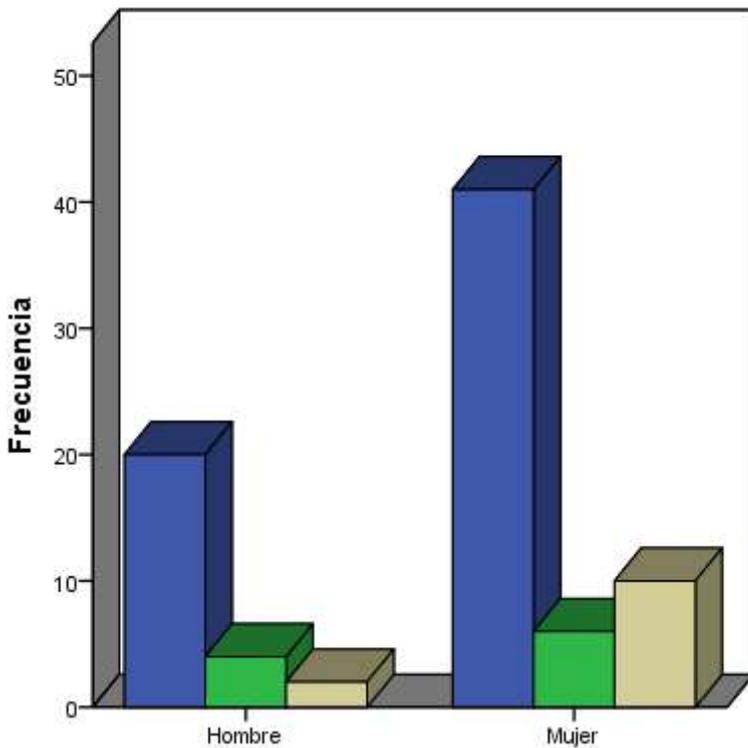
		Cansancio emocional			Total	
		Bajo: ≤ 18	Medio: 19-26	Alto: ≥ 27		
Sexo	Hombre	Frecuencia	20	4	2	26
		% del total	24.1%	4.8%	2.4%	31.3%
	Mujer	Frecuencia	41	6	10	57
		% del total	49.4%	7.2%	12.0%	68.7%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 5 cansancio emocional categorizado por género.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.609 ^a	2	.447
Razón de verosimilitud	1.741	2	.419
Asociación lineal por lineal	.732	1	.392
N de casos válidos	83		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.13.



Grafica 5 cansancio emocional categorizada por género.

Estado civil. Cansancio emocional

El porcentaje del estado civil: casado 56.6%, soltero 18.1%, unión libre 8.4%, divorciado 7.2%, viudo 7.2%, separado 2.4%.

Tabla cruzada

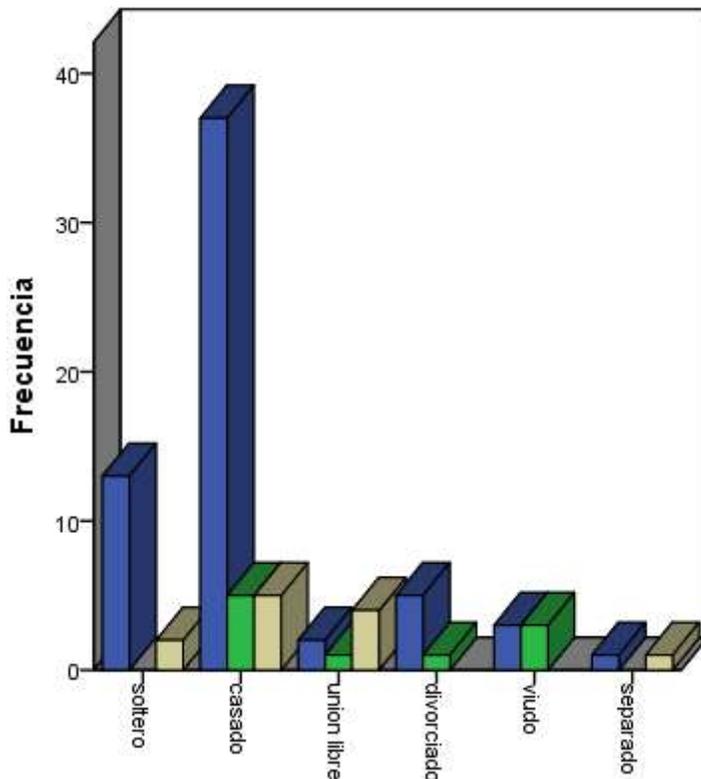
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
Estado civil	soltero	Frecuencia	13	0	2	15
		% del total	15.7%	0.0%	2.4%	18.1%
	casado	Frecuencia	37	5	5	47
		% del total	44.6%	6.0%	6.0%	56.6%
	unión libre	Frecuencia	2	1	4	7
		% del total	2.4%	1.2%	4.8%	8.4%
	divorciado	Frecuencia	5	1	0	6
		% del total	6.0%	1.2%	0.0%	7.2%
	viudo	Frecuencia	3	3	0	6
		% del total	3.6%	3.6%	0.0%	7.2%
	separado	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 6 cansancio emocional estado civil.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25.356 ^a	10	.005
Razón de verosimilitud	22.137	10	.014
Asociación lineal por lineal	2.106	1	.147
N de casos válidos	83		

a. 13 casillas (72.2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 6 cansancio emocional categorizada por estado civil.

Escolaridad. Cansancio emocional

La escolaridad más frecuente entre los participantes del estudio fue licenciatura 95.2%, seguido de postgrado 4.8%.

Tabla cruzada

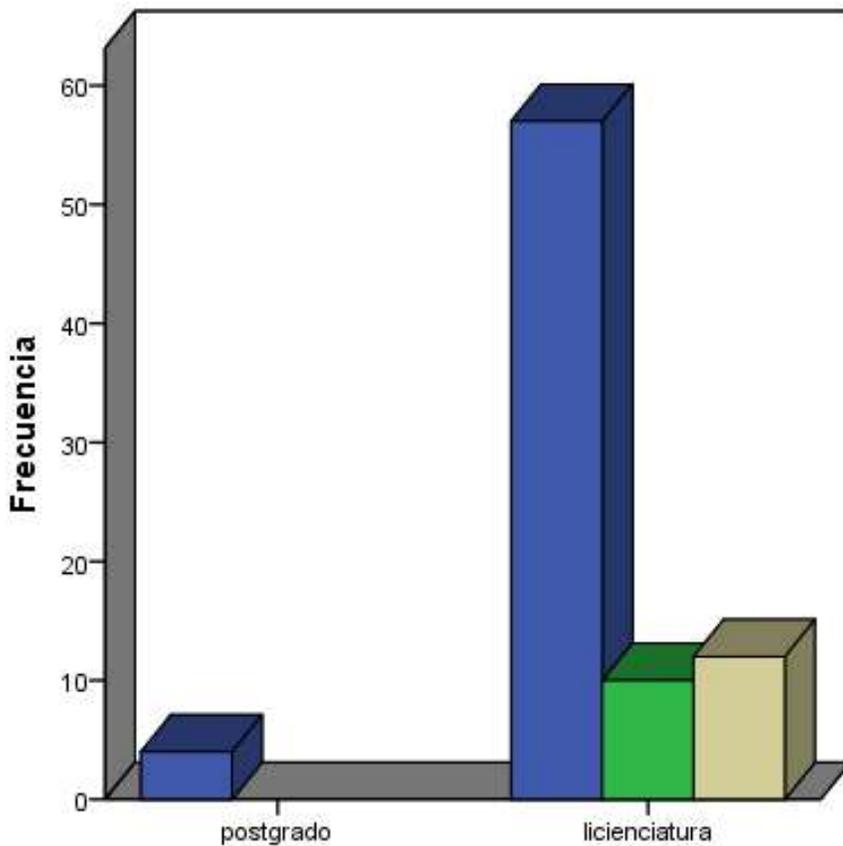
		Cansancio emocional			Total	
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27		
Escolaridad	postgrado	Frecuencia	4	0	0	4
		% del total	4.8%	0.0%	0.0%	4.8%
	licenciatura	Frecuencia	57	10	12	79
		% del total	68.7%	12.0%	14.5%	95.2%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 7 cansancio emocional por escolaridad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.516 ^a	2	.469
Razón de verosimilitud	2.536	2	.281
Asociación lineal por lineal	1.312	1	.252
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .48.



Grafica 7 cansancio emocional por escolaridad.

Ocupación. Cansancio emocional

El porcentaje de empleado 98.8% y desempleado 1,2%.

Tabla cruzada

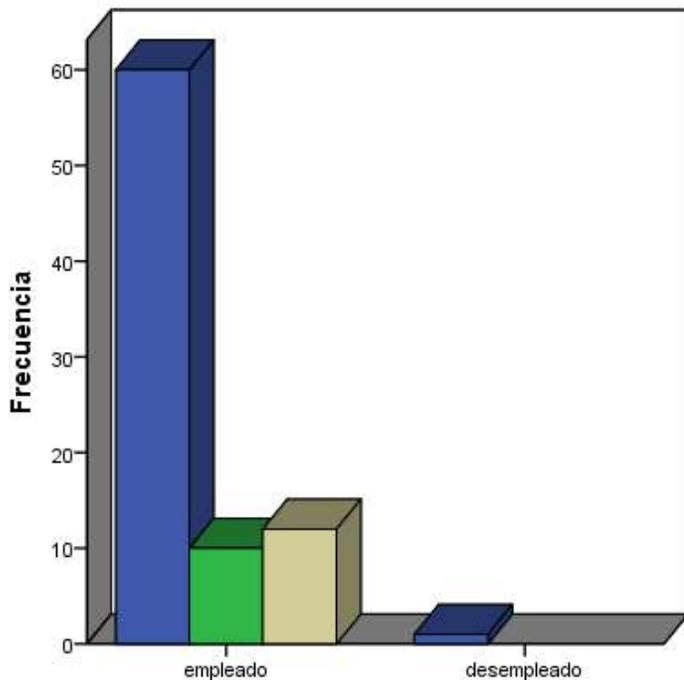
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
ocupación	empleado	Frecuencia	60	10	12	82
		% del total	72.3%	12.0%	14.5%	98.8%
	desempleado	Frecuencia	1	0	0	1
		% del total	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 8 cansancio emocional por ocupación.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.365 ^a	2	.833
Razón de verosimilitud	.620	2	.733
Asociación lineal por lineal	.316	1	.574
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 9 cansancio emocional por ocupación.

Comorbilidad. Cansancio emocional

En cuestión de comorbilidad fue de la siguiente manera Obesidad 14.5%, DM 10.8%, Otras 10.8%, Dislipidemia 6.0%, Cardiopatía 1.2%.

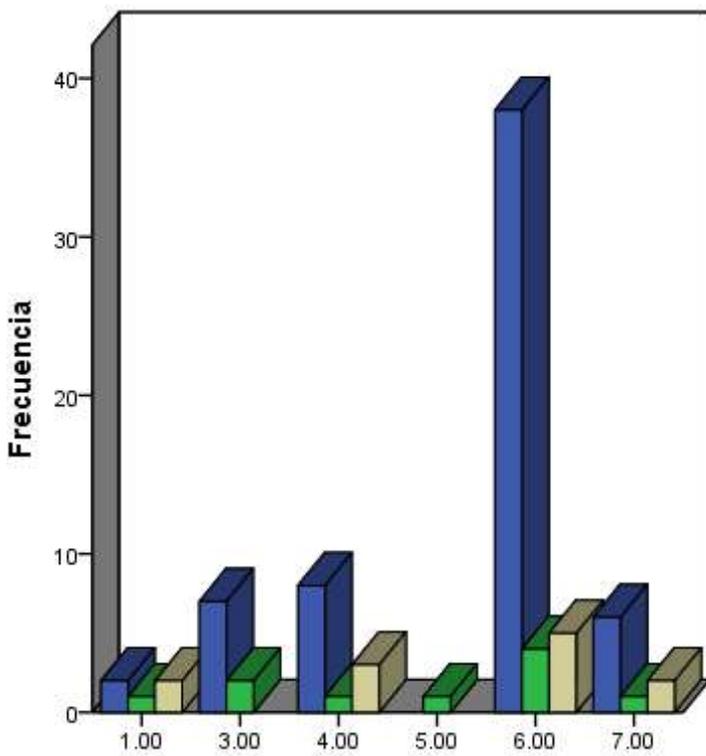
Comorbilidad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dislipidemia	5	6.0	6.0	6.0
	DM	9	10.8	10.8	16.9
	Obesidad	12	14.5	14.5	31.3
	Cardiopatía	1	1.2	1.2	32.5
	Ninguna	47	56.6	56.6	89.2
	Otras	9	10.8	10.8	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Tabla 10 cansancio emocional por comorbilidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.562 ^a	10	.113
Razón de verosimilitud	12.904	10	.229
Asociación lineal por lineal	1.543	1	.214
N de casos válidos	83		

a. 12 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 10 cansancio emocional por comorbilidad.

Ingreso económico quincenal. Cansancio emocional

Ingreso económico 7001 y más es de 81.9%, 5001-7000 es de 12.0%, 3001-5000 es de 3.6%, 1000-3000 es de 2.4%.

Tabla cruzada

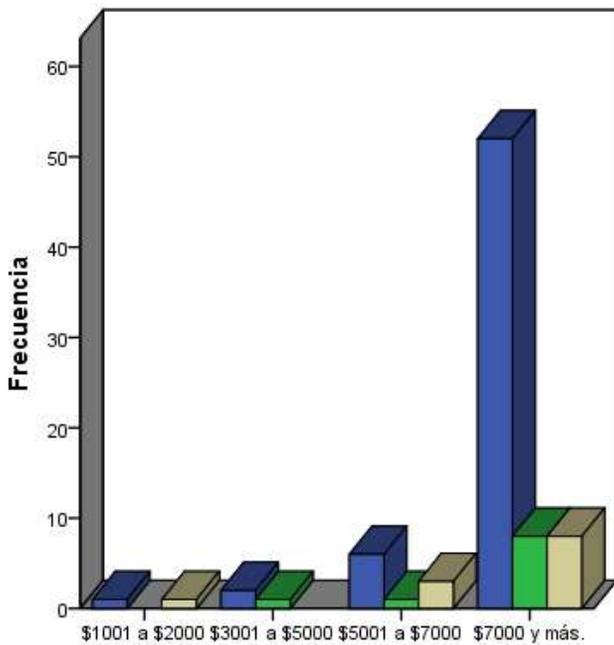
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
Ingreso económico quincenal	\$1000 a \$3000	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
	\$3001 a \$5000	Frecuencia	2	1	0	3
		% del total	2.4%	1.2%	0.0%	3.6%
\$5001 a \$7000	Frecuencia	6	1	3	10	
	% del total	7.2%	1.2%	3.6%	12.0%	
\$7001 y más.	Frecuencia	52	8	8	68	
	% del total	62.7%	9.6%	9.6%	81.9%	
Total	Frecuencia	61	10	12	83	
	% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%	

Tabla 11 cansancio emocional por ingreso económico.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.101 ^a	6	.412
Razón de verosimilitud	5.379	6	.496
Asociación lineal por lineal	2.032	1	.154
N de casos válidos	83		

a. 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 11 cansancio emocional por ingreso económico.

Estado nutricional. Cansancio emocional

Resultados de estado nutricional los rangos son: sobrepeso 45.8%, normal 30.1%, obesidad grado I 19.3%, obesidad grado II 2.4%, obesidad grado III 2.4%.

Tabla cruzada

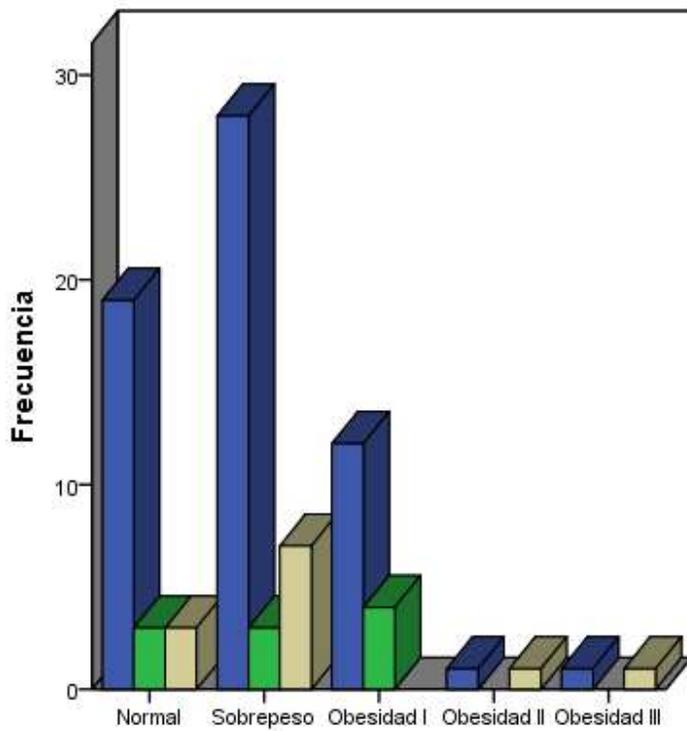
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤ 18	Medio: 19-26	Alto: ≥ 27	Total	
Estado nutricional	Normal	Frecuencia	19	3	3	25
		% del total	22.9%	3.6%	3.6%	30.1%
	Sobrepeso	Frecuencia	28	3	7	38
		% del total	33.7%	3.6%	8.4%	45.8%
	Obesidad I	Frecuencia	12	4	0	16
		% del total	14.5%	4.8%	0.0%	19.3%
	Obesidad II	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
	Obesidad III	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 12 cansancio emocional por ingreso estado nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.906 ^a	8	.272
Razón de verosimilitud	10.881	8	.209
Asociación lineal por lineal	.585	1	.444
N de casos válidos	83		

a. 11 casillas (73.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 12 cansancio emocional por estado nutricional.

Tipo de medicamentos que consume. Cansancio emocional

Tipos de medicamentos que consume fue de la siguiente manera ninguno 59.0%, otros 39.8%, esteroides 1.2%.

Tabla cruzada

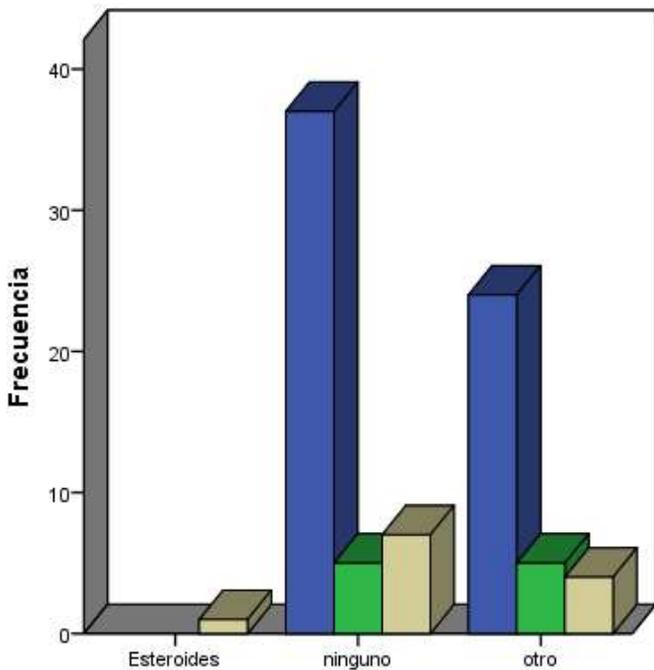
		Cansancio emocional			Total	
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27		
Tipo de medicamentos que consume.	Esteroides	Frecuencia	0	0	1	1
		% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
	ninguno	Frecuencia	37	5	7	49
		% del total	44.6%	6.0%	8.4%	59.0%
	otro	Frecuencia	24	5	4	33
		% del total	28.9%	6.0%	4.8%	39.8%
Total	Frecuencia	61	10	12	83	
	% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%	

Tabla 13 cansancio emocional por tipos de medicamentos.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.474 ^a	4	.166
Razón de verosimilitud	4.420	4	.352
Asociación lineal por lineal	.382	1	.537
N de casos válidos	83		

a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 13 cansancio emocional por tipos de medicamentos.

Antecedentes heredofamiliares. Cansancio emocional

Antecedentes heredofamiliares: fue de la siguiente manera Diabetes Mellitus 44.6%, Hipertensión Arterial 41%, Ninguno 12%, Padecimientos Psiquiátricos 2.4%.

Tabla cruzada

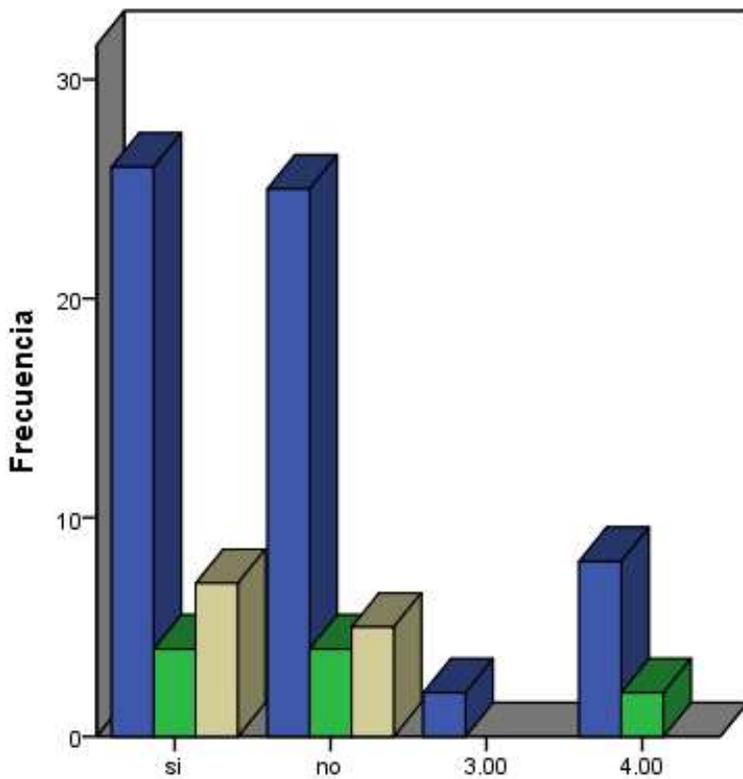
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
Antecedentes heredofamiliares	DM	Frecuencia	26	4	7	37
		% del total	31.3%	4.8%	8.4%	44.6%
	HAS	Frecuencia	25	4	5	34
		% del total	30.1%	4.8%	6.0%	41.0%
	P. Psiq	Frecuencia	2	0	0	2
		% del total	2.4%	0.0%	0.0%	2.4%
	Ningun	Frecuencia	8	2	0	10
		% del total	9.6%	2.4%	0.0%	12.0%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 14 cansancio emocional por antecedentes heredofamiliares.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.362 ^a	6	.762
Razón de verosimilitud	5.186	6	.520
Asociación lineal por lineal	1.505	1	.220
N de casos válidos	83		

a. 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 14 cansancio emocional por antecedentes heredofamiliares

Paternidad/maternidad. Cansancio emocional

De los 77.1% manifestó tener hijos y 21.7% no.

Tabla cruzada

		Cansancio emocional			Total	
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27		
Paternidad/maternidad	si	Frecuencia	48	8	8	64
		% del total	57.8%	9.6%	9.6%	77.1%
	no	Frecuencia	12	2	4	18
		% del total	14.5%	2.4%	4.8%	21.7%

Tabla 15 cansancio emocional por paternidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.439 ^a	4	.837
Razón de verosimilitud	1.599	4	.809
Asociación lineal por lineal	.168	1	.682
N de casos válidos	83		

a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

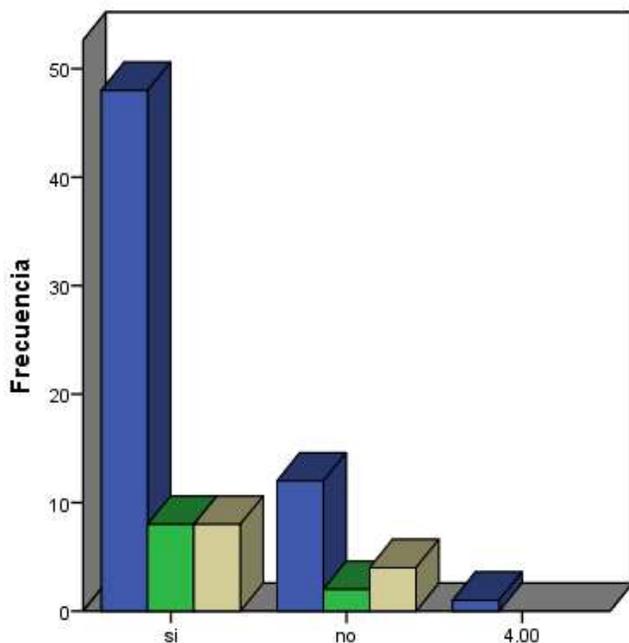


Tabla 15 cansancio emocional por paternidad.

Grado de residencia. Cansancio emocional

La mayoría de los encuestado no son residentes 85.5%, primer año es de 7.2% y tercer año 7.2%.

Tabla cruzada

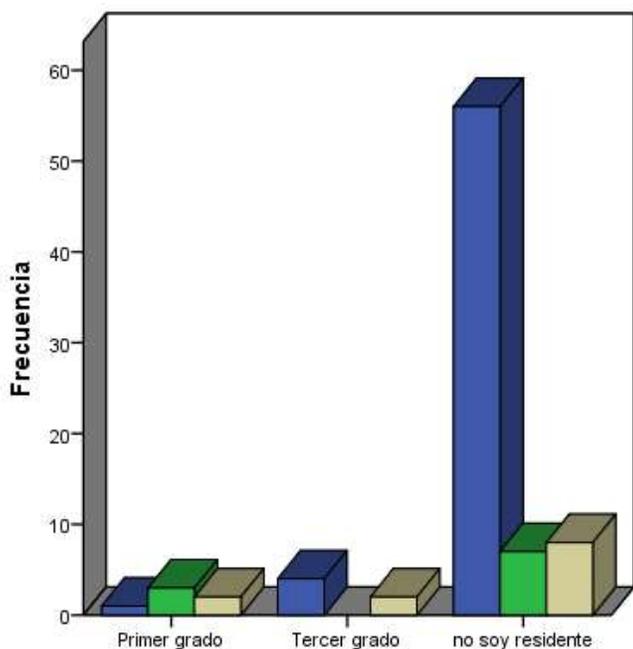
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
Grado de residencia	Primer grado	Frecuencia	1	3	2	6
		% del total	1.2%	3.6%	2.4%	7.2%
	Tercer grado	Frecuencia	4	0	2	6
		% del total	4.8%	0.0%	2.4%	7.2%
	no soy residente	Frecuencia	56	7	8	71
		% del total	67.5%	8.4%	9.6%	85.5%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 16 cansancio emocional grado de residencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.589 ^a	4	.006
Razón de verosimilitud	12.589	4	.013
Asociación lineal por lineal	8.068	1	.005
N de casos válidos	83		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .72.



Grafica 16 cansancio emocional grado de residencia.

Número de actividad clínica complementaria a la semana. Cansancio emocional

Las actividades clínicas complementarias más frecuentes no realizan 92.8%, más de 2 es de 4.8% y 1-2 es de 2.4%.

Tabla cruzada

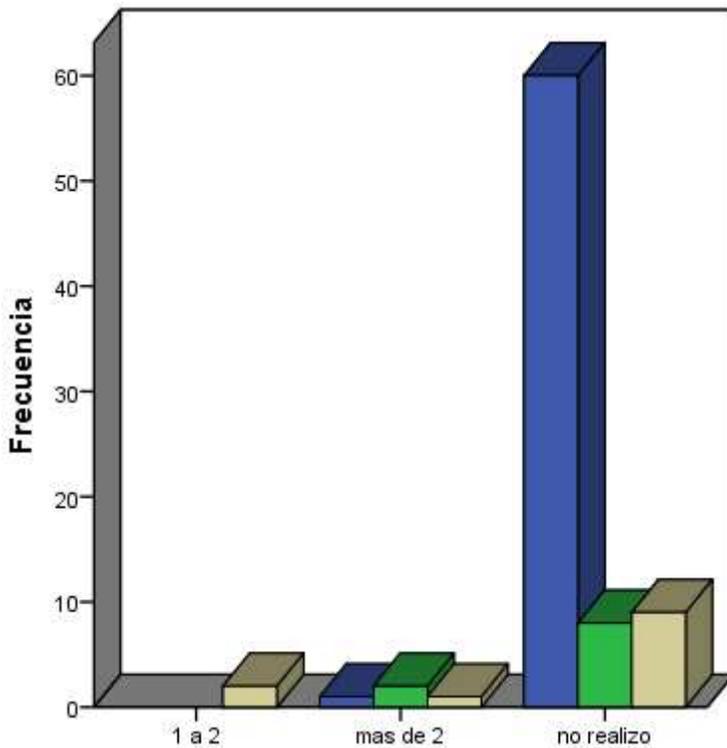
		Cansancio emocional			Total
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	
Número de actividad clínica complementaria a la semana	1 a 2	Frecuencia	0	0	2
		% del total	0.0%	0.0%	2.4%
	más de 2	Frecuencia	1	2	1
		% del total	1.2%	2.4%	1.2%
	no realizo	Frecuencia	60	8	9
		% del total	72.3%	9.6%	10.8%
Total	Frecuencia	61	10	12	
	% del total	73.5%	12.0%	14.5%	

Tabla 17 cansancio emocional número de actividades clínica complementarias.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.992 ^a	4	.001
Razón de verosimilitud	13.190	4	.010
Asociación lineal por lineal	12.608	1	.000
N de casos válidos	83		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Gráfica 17 cansancio emocional número de actividades clínica complementarias.

Años de antigüedad laboral. Cansancio emocional

El rango de antigüedad laboral en el instituto más frecuente fue el de más de 10 años es 71.1%, de 0 a 5 años 15.7% y de menos de 10 años 13.3 % de los participantes.

Tabla cruzada

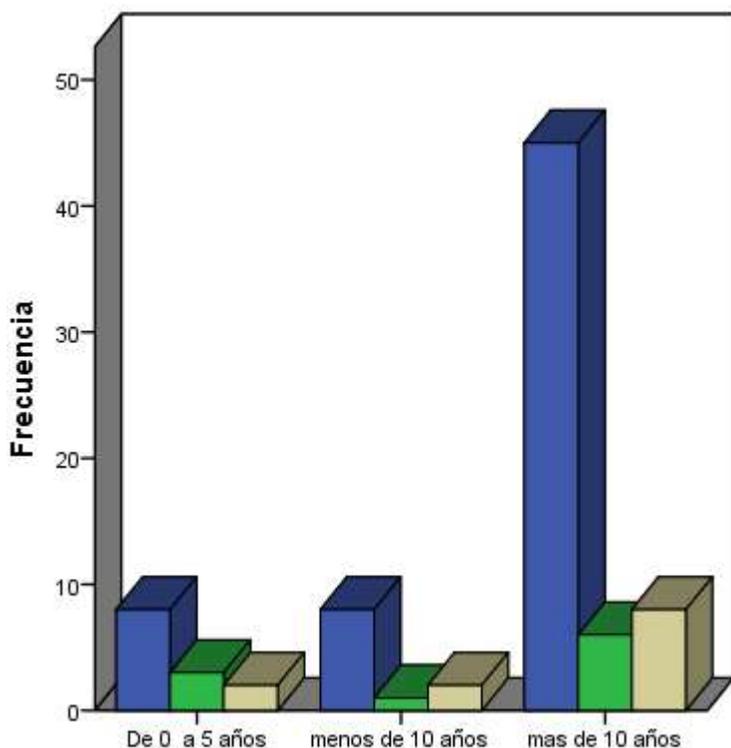
		Cansancio emocional				
		Bajo: ≤18	Medio: 19-26	Alto: ≥27	Total	
Años de antigüedad laboral	De 0 a 5 años	Frecuencia	8	3	2	13
		% del total	9.6%	3.6%	2.4%	15.7%
	menos de 10 años	Frecuencia	8	1	2	11
		% del total	9.6%	1.2%	2.4%	13.3%
	más de 10 años	Frecuencia	45	6	8	59
		% del total	54.2%	7.2%	9.6%	71.1%
Total		Frecuencia	61	10	12	83
		% del total	73.5%	12.0%	14.5%	100.0%

Tabla 18 cansancio emocional años de antigüedad laboral.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.027 ^a	4	.731
Razón de verosimilitud	1.770	4	.778
Asociación lineal por lineal	.591	1	.442
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.33.



Grafica 18 cansancio emocional años de antigüedad laboral.

CATEGORIA. Despersonalización

Por categoría podemos observar que en mayor predominio fueron los médicos con 59% segundo del personal de enfermería 30.1% y residentes 10.8%.

Tabla cruzada

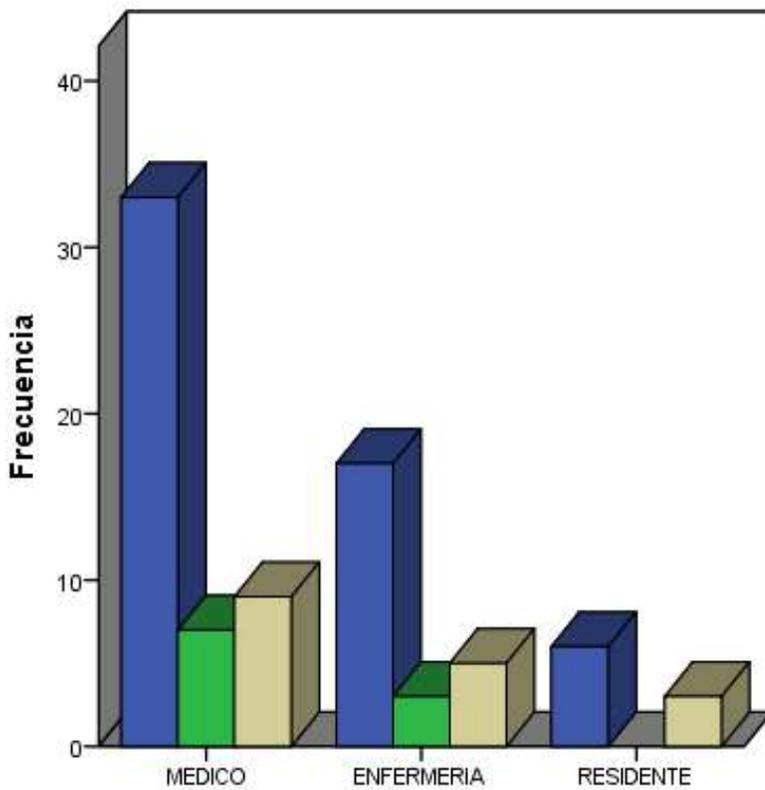
		Despersonalización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
CATEGORIA	MEDICO	Frecuencia	33	7	9	49
		% del total	39.8%	8.4%	10.8%	59.0%
ENFERMERIA		Frecuencia	17	3	5	25
		% del total	20.5%	3.6%	6.0%	30.1%
RESIDENTE		Frecuencia	6	0	3	9
		% del total	7.2%	0.0%	3.6%	10.8%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 19 despersonalización por categoría.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.126 ^a	4	.713
Razón de verosimilitud	3.085	4	.544
Asociación lineal por lineal	.188	1	.664
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.08.



Grafica 19 despersonalización por categoría.

Genero. Despersonalización

El sexo que predominó fue el género femenino con 68.7%. Hombres 31.3%.

Tabla cruzada

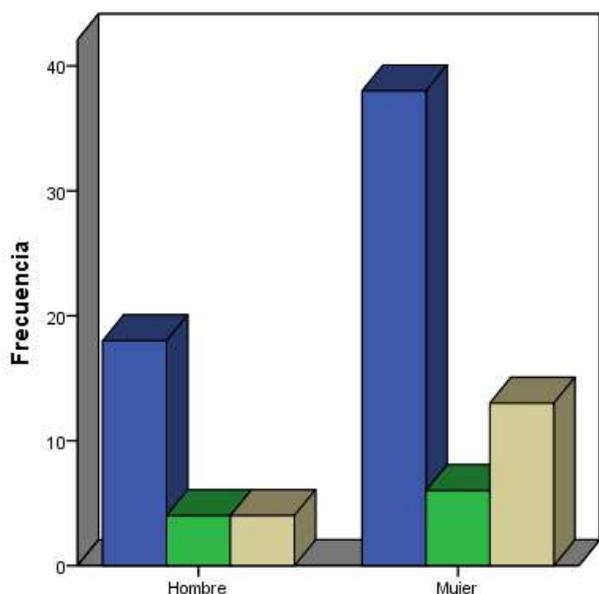
		Despersonalización				
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	Total	
Sexo	Hombre	Frecuencia	18	4	4	26
		% del total	21.7%	4.8%	4.8%	31.3%
	Mujer	Frecuencia	38	6	13	57
		% del total	45.8%	7.2%	15.7%	68.7%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 20 despersonalización por género.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.847 ^a	2	.655
Razón de verosimilitud	.859	2	.651
Asociación lineal por lineal	.267	1	.605
N de casos válidos	83		

a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.13.



Grafica 20 despersonalización por género.

Estado civil. Despersonalización

El porcentaje del estado civil: casado 56.6%, soltero 18.1%, unión libre 8.4%, divorciado 7.2%, viudo 7.2%, separado 2.4%.

Tabla cruzada

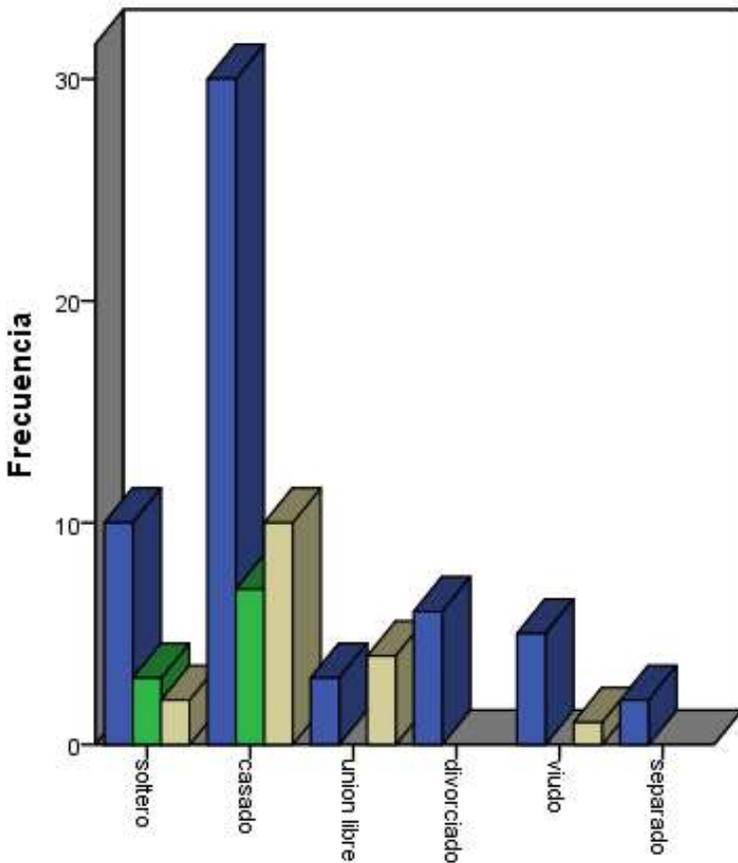
		Despersonalización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
Estado civil	soltero	Frecuencia	10	3	2	15
		% del total	12.0%	3.6%	2.4%	18.1%
	casado	Frecuencia	30	7	10	47
		% del total	36.1%	8.4%	12.0%	56.6%
	unión libre	Frecuencia	3	0	4	7
		% del total	3.6%	0.0%	4.8%	8.4%
	divorciado	Frecuencia	6	0	0	6
		% del total	7.2%	0.0%	0.0%	7.2%
	viudo	Frecuencia	5	0	1	6
		% del total	6.0%	0.0%	1.2%	7.2%
	separado	Frecuencia	2	0	0	2
		% del total	2.4%	0.0%	0.0%	2.4%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 21 despersonalización por estado civil.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.497 ^a	10	.253
Razón de verosimilitud	14.967	10	.133
Asociación lineal por lineal	.981	1	.322
N de casos válidos	83		

a. 14 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 21 despersionación por estado civil.

Escolaridad. Despersonalización

La escolaridad más frecuente entre los participantes del estudio fue licenciatura 95.2%, seguido de postgrado 4.8%.

Tabla cruzada

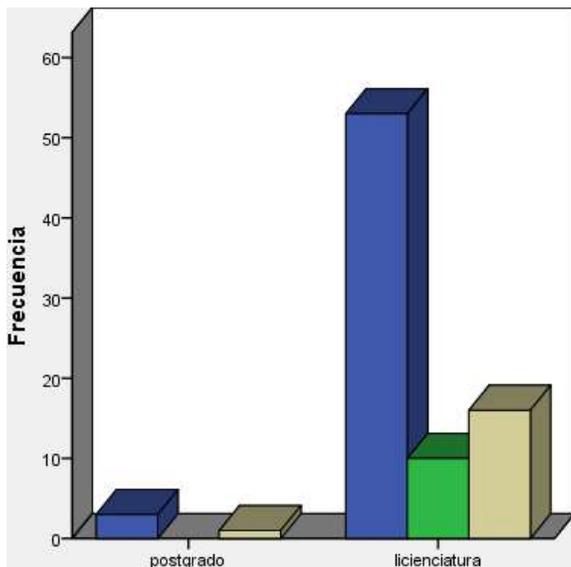
		Despersonalización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
Escolaridad	postgrado	Frecuencia	3	0	1	4
		% del total	3.6%	0.0%	1.2%	4.8%
	licenciatura	Frecuencia	53	10	16	79
		% del total	63.9%	12.0%	19.3%	95.2%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 22 despersonalización por escolaridad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.584 ^a	2	.747
Razón de verosimilitud	1.061	2	.588
Asociación lineal por lineal	.006	1	.940
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .48.



Gráfica 22 despersonalización por escolaridad.

Ocupación. Despersonalización

Ocupación es 98.8% y desempleado 1.2%.

Tabla cruzada

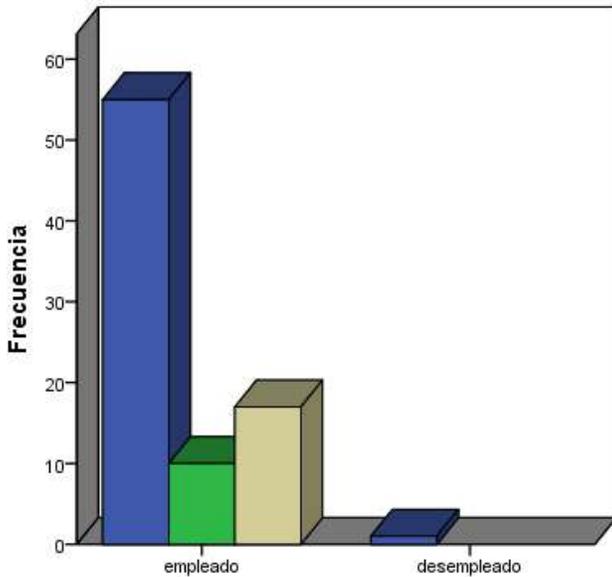
			Despersonalización			Total
			Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	
ocupación	empleado	Frecuencia	55	10	17	82
		% del total	66.3%	12.0%	20.5%	98.8%
	desempleado	Frecuencia	1	0	0	1
		% del total	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 23 despersonalización por ocupación.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.488 ^a	2	.783
Razón de verosimilitud	.793	2	.673
Asociación lineal por lineal	.427	1	.514
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 23 despersionización por ocupación.

Comorbilidad. Despersionización

En cuestión de comorbilidad fue de la siguiente manera Obesidad 14.5%, DM 10.8%, Otras 10.8%, Dislipidemia 6.0%, Cardiopatía 1.2%.

Tabla cruzada

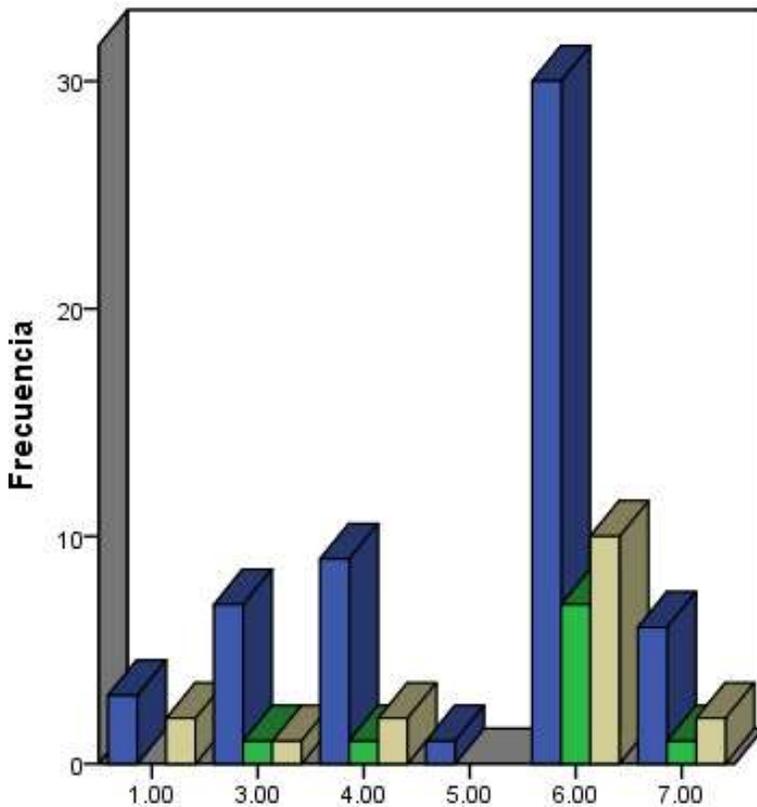
		Despersionización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
Comorbilidad	1.00	Frecuencia	3	0	2	5
		% del total	3.6%	0.0%	2.4%	6.0%
2.00	Frecuencia	7	1	1	9	
	% del total	8.4%	1.2%	1.2%	10.8%	
3.00	Frecuencia	9	1	2	12	
	% del total	10.8%	1.2%	2.4%	14.5%	
4.00	Frecuencia	1	0	0	1	
	% del total	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%	
5.00	Frecuencia	30	7	10	47	
	% del total	36.1%	8.4%	12.0%	56.6%	
6.00	Frecuencia	6	1	2	9	
	% del total	7.2%	1.2%	2.4%	10.8%	
Total	Frecuencia	56	10	17	83	
	% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%	

Tabla 24 despersionización por comorbilidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.357 ^a	10	.972
Razón de verosimilitud	4.131	10	.941
Asociación lineal por lineal	.030	1	.862
N de casos válidos	83		

a. 12 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 24 despersonalización por comorbilidad.

Ingreso económico quincenal. Despersonalización

Ingreso económico 7001 y más es de 81.9%, 5001-7000 es de 12.0%, 3001-5000 es de 3.6%, 1000-3000 es de 2.4%.

Tabla cruzada

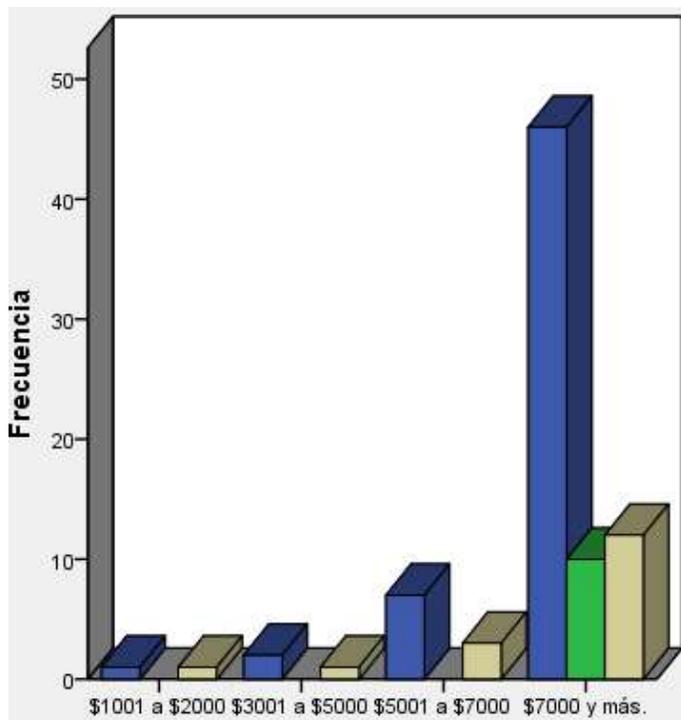
		Despersonalización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
Ingreso económico quincenal	\$1001 a \$2000	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
	\$3001 a \$5000	Frecuencia	2	0	1	3
		% del total	2.4%	0.0%	1.2%	3.6%
	\$5001 a \$7000	Frecuencia	7	0	3	10
		% del total	8.4%	0.0%	3.6%	12.0%
	\$7000 y más.	Frecuencia	46	10	12	68
		% del total	55.4%	12.0%	14.5%	81.9%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 25 despersonalización por ingreso económico.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.108 ^a	6	.662
Razón de verosimilitud	5.570	6	.473
Asociación lineal por lineal	.887	1	.346
N de casos válidos	83		

a. 8 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 25 despersionalización por ingreso económico.

Estado nutricional. Despersionalización

Resultados de estado nutricional los rangos son: sobrepeso 45.8%, normal 30.1%, obesidad grado I 19.3%, obesidad grado II 2.4%, obesidad grado III 2.4%.

Tabla cruzada

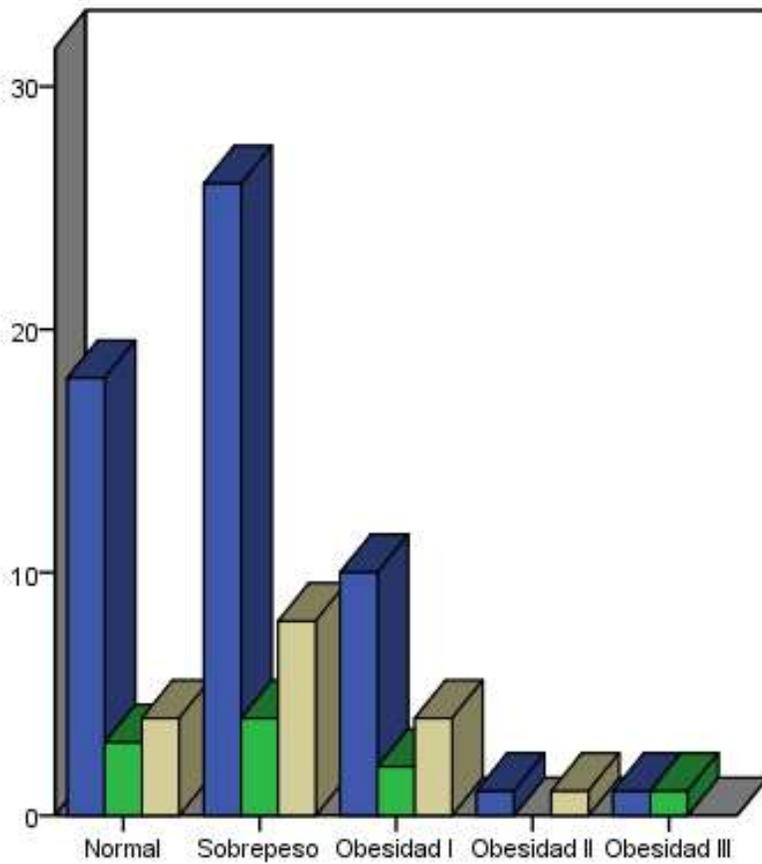
		Despersionalización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
Estado nutricional	Normal	Frecuencia	18	3	4	25
		% del total	21.7%	3.6%	4.8%	30.1%
	Sobrepeso	Frecuencia	26	4	8	38
		% del total	31.3%	4.8%	9.6%	45.8%
	Obesidad I	Frecuencia	10	2	4	16
		% del total	12.0%	2.4%	4.8%	19.3%
	Obesidad II	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
	Obesidad III	Frecuencia	1	1	0	2
		% del total	1.2%	1.2%	0.0%	2.4%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 26 despersionalización por estado nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.700 ^a	8	.789
Razón de verosimilitud	4.071	8	.851
Asociación lineal por lineal	.670	1	.413
N de casos válidos	83		

a. 10 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 26 despersion por estado nutricional.

Tipo de medicamentos que consume. Despersonalización

Tipos de medicamentos que consume fue de la siguiente manera ninguno 59.0%, otros 39.8%, esteroides 1.2%.

Tabla cruzada

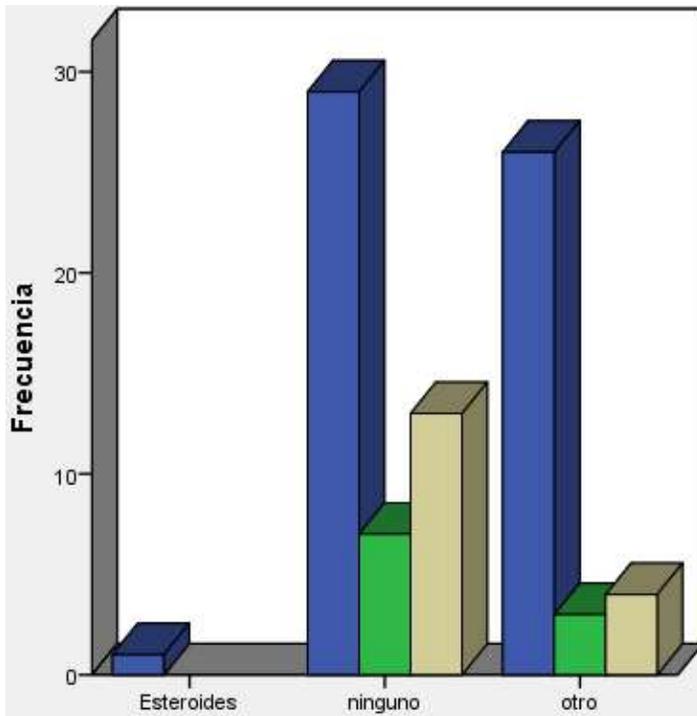
		Despersonalización			Total	
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10		
Tipo de medicamentos que consume.	Esteroides	Frecuencia	1	0	0	1
		% del total	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%
	ninguno	Frecuencia	29	7	13	49
		% del total	34.9%	8.4%	15.7%	59.0%
	otro	Frecuencia	26	3	4	33
		% del total	31.3%	3.6%	4.8%	39.8%
Total	Frecuencia	56	10	17	83	
	% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%	

Tabla 27 despersonalización por medicamento.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.052 ^a	4	.399
Razón de verosimilitud	4.477	4	.345
Asociación lineal por lineal	2.462	1	.117
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 27 depersonalización por medicamento.

Antecedentes heredofamiliares. Depersonalización

Antecedentes heredofamiliares: fue de la siguiente manera Diabetes Mellitus 44.6%, Hipertensión Arterial 41%, Ninguno 12%, Padecimientos Psiquiátricos 2.4%.

Tabla cruzada

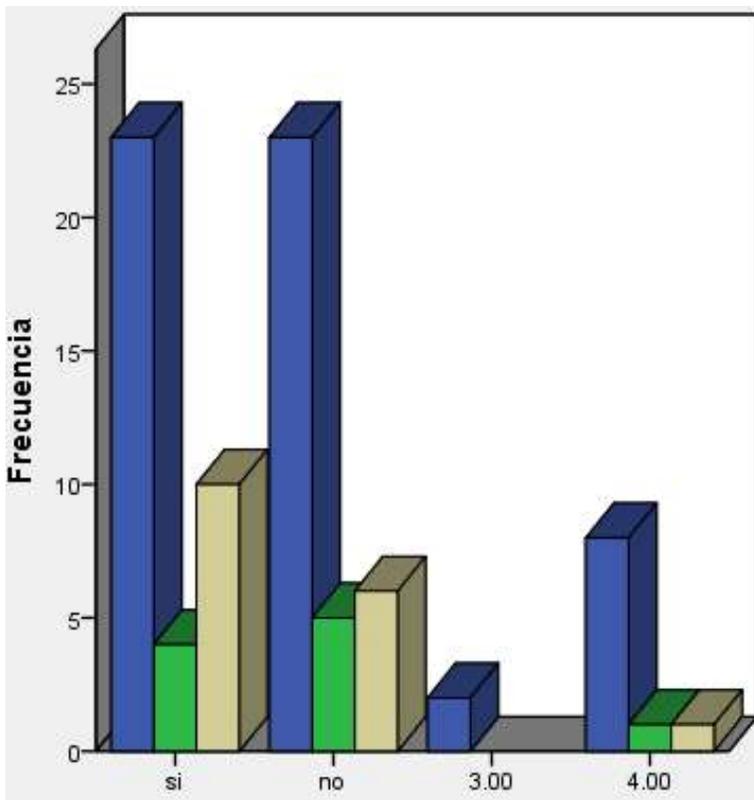
		Depersonalización				
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	Total	
Antecedentes heredofamiliares	si	Frecuencia	23	4	10	37
		% del total	27.7%	4.8%	12.0%	44.6%
	no	Frecuencia	23	5	6	34
		% del total	27.7%	6.0%	7.2%	41.0%
3.00		Frecuencia	2	0	0	2
		% del total	2.4%	0.0%	0.0%	2.4%
4.00		Frecuencia	8	1	1	10
		% del total	9.6%	1.2%	1.2%	12.0%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 28 depersonalización por antecedentes heredofamiliares.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.077 ^a	6	.799
Razón de verosimilitud	3.729	6	.713
Asociación lineal por lineal	1.985	1	.159
N de casos válidos	83		

a. 7 casillas (58.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 28 despersonalización por antecedentes heredofamiliares.

Paternalidad. Despersonalización

De los 77.1% manifestó tener hijos y 21.7% no.

Tabla cruzada

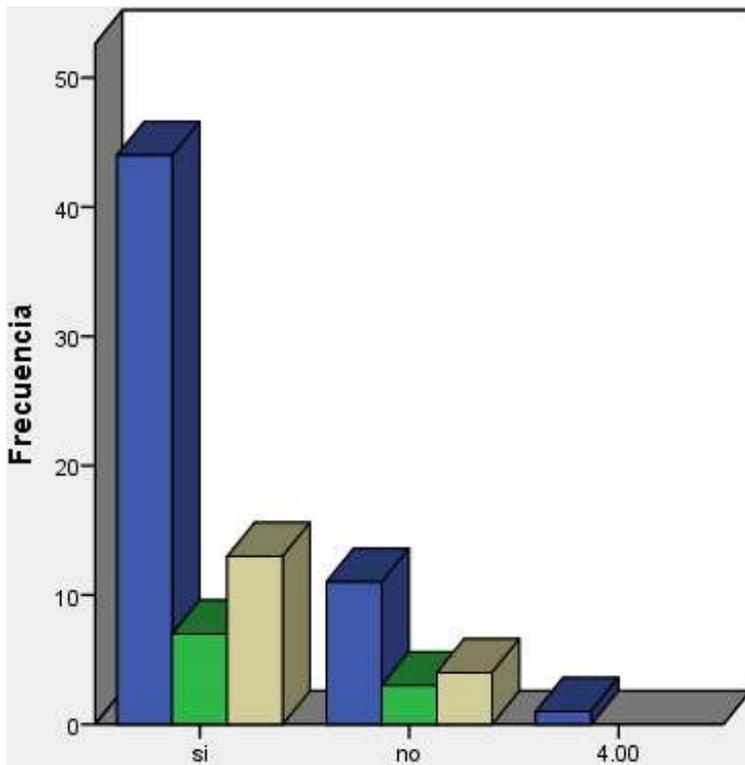
		Despersonalización				
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	Total	
Paternalidad/maternalidad	si	Frecuencia	44	7	13	64
		% del total	53.0%	8.4%	15.7%	77.1%
	no	Frecuencia	11	3	4	18
		% del total	13.3%	3.6%	4.8%	21.7%
4.00		Frecuencia	1	0	0	1
		% del total	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 29 despersonalización por paternidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.017 ^a	4	.907
Razón de verosimilitud	1.293	4	.863
Asociación lineal por lineal	.001	1	.972
N de casos válidos	83		

a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.



Grafica 28 despersionalización por antecedentes heredofamiliares.

Grado de residencia. Despersionalización

La mayoría de los encuestado no son residentes 85.5%, primer año es de 7.2% y tercer año 7.2%.

Tabla cruzada

			Despersionalización			
			Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	Total
Grado de residencia	Primer grado	Frecuencia	4	0	2	6
		% del total	4.8%	0.0%	2.4%	7.2%
	Tercer grado	Frecuencia	5	0	1	6
		% del total	6.0%	0.0%	1.2%	7.2%
	no soy residente	Frecuencia	47	10	14	71
		% del total	56.6%	12.0%	16.9%	85.5%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 29 despersionalización por grado de residencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.478 ^a	4	.649
Razón de verosimilitud	3.821	4	.431
Asociación lineal por lineal	.046	1	.830
N de casos válidos	83		

- a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .72.

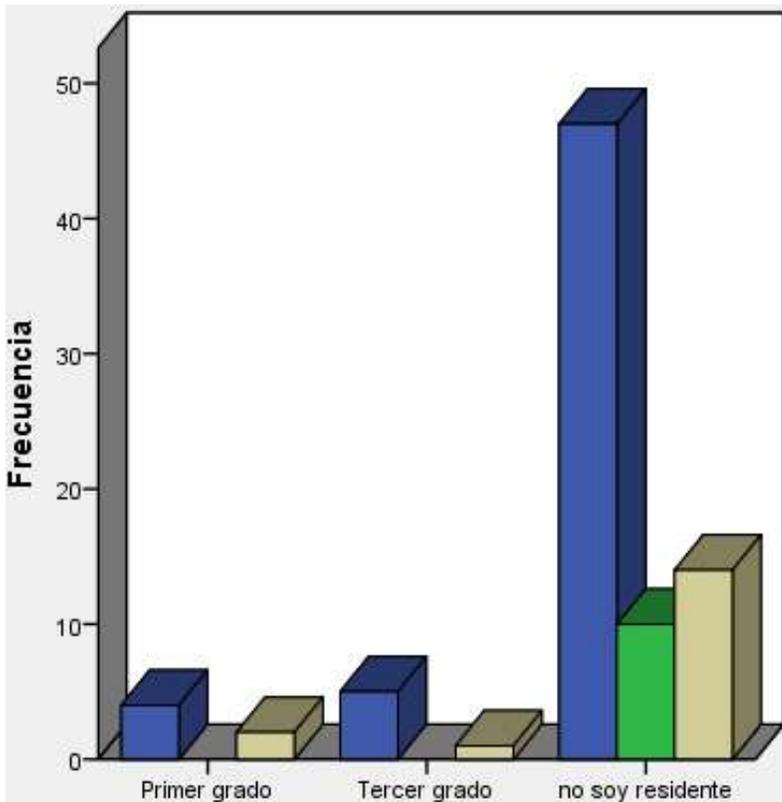


Tabla 29 despersonalización por grado de residencia.

Número de actividad clínica complementaria a la semana. Despersonalización

Las actividades clínicas complementarias más frecuentes no realizan 92.8%, más de 2 es de 4.8% y 1-2 es de 2.4%.

Tabla cruzada

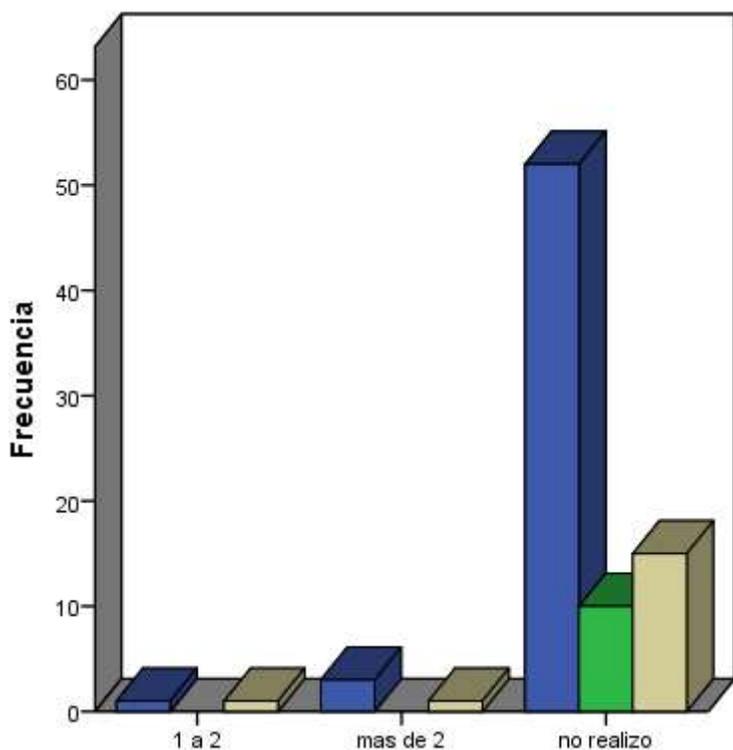
		Despersonalización				
		Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	Total	
Número de actividad clínica complementaria a la semana	1 a 2	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
	más de 2	Frecuencia	3	0	1	4
		% del total	3.6%	0.0%	1.2%	4.8%
	no realizo	Frecuencia	52	10	15	77
		% del total	62.7%	12.0%	18.1%	92.8%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 30 despersonalización número de actividades complementarias.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.832 ^a	4	.767
Razón de verosimilitud	2.312	4	.679
Asociación lineal por lineal	.413	1	.520
N de casos válidos	83		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.



Grafica 30 despersonalización número de actividades complementarias.

Años de antigüedad laboral. Despersonalización

El rango de antigüedad laboral en el instituto más frecuente fue el de más de 10 años es 71.1%, de 0 a 5 años 15.7% y de menos de 10 años 13.3 % de los participantes.

Tabla cruzada

			Despersonalización			Total
			Bajo: ≤5	Medio: 6-9	Alto: ≥10	
Años de antigüedad laboral	De 0 a 5 años	Frecuencia	9	0	4	13
		% del total	10.8%	0.0%	4.8%	15.7%
	menos de 10 años	Frecuencia	6	1	4	11
		% del total	7.2%	1.2%	4.8%	13.3%
	más de 10 años	Frecuencia	41	9	9	59
		% del total	49.4%	10.8%	10.8%	71.1%
Total		Frecuencia	56	10	17	83
		% del total	67.5%	12.0%	20.5%	100.0%

Tabla 31 despersonalización por años de antigüedad laboral.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.277 ^a	4	.260
Razón de verosimilitud	6.560	4	.161
Asociación lineal por lineal	.935	1	.333
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.33.

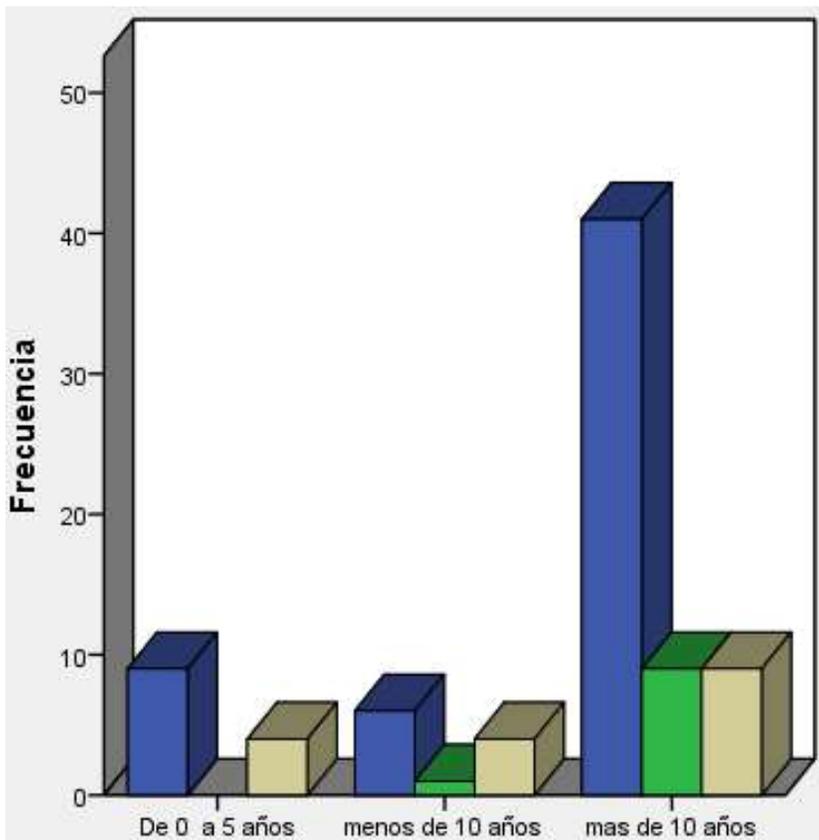


Tabla 31 despersonalización por años de antigüedad laboral.

CATEGORIA. Realización personal

Por categoría podemos observar que en mayor predominio fueron los médicos con 59% segundo del personal de enfermería 30.1% y residentes 10.8%.

Tabla cruzada

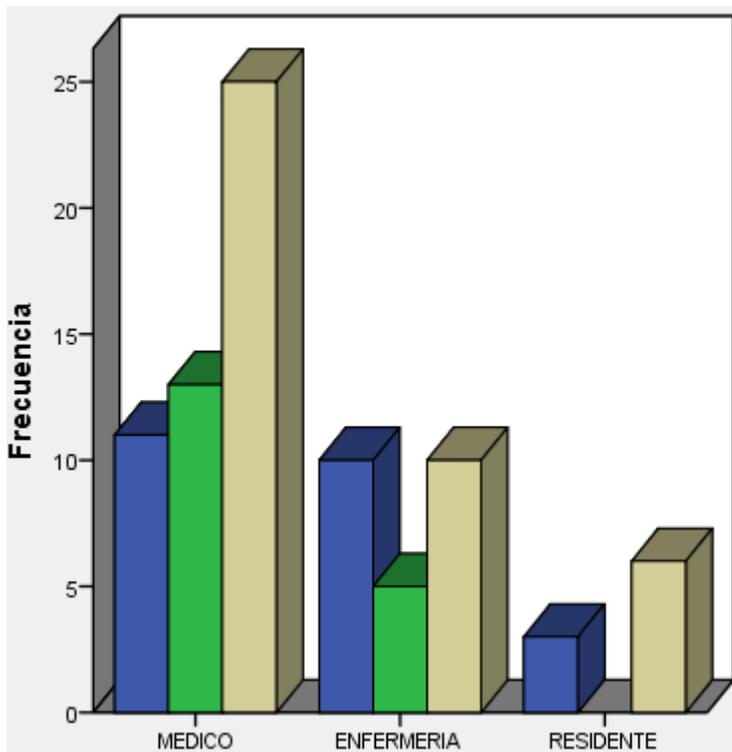
		Realización personal			Total	
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40		
CATEGORIA	MEDICO	Frecuencia	11	13	25	49
		% del total	13.3%	15.7%	30.1%	59.0%
	ENFERMERIA	Frecuencia	10	5	10	25
		% del total	12.0%	6.0%	12.0%	30.1%
	RESIDENTE	Frecuencia	3	0	6	9
		% del total	3.6%	0.0%	7.2%	10.8%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 32 realización personal por categoría.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.363 ^a	4	.252
Razón de verosimilitud	7.199	4	.126
Asociación lineal por lineal	.271	1	.602
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.95.



Grafica 32 realización personal por categoría.

Genero. Realización personal

El sexo que predominó fue el género femenino con 68.7%. Hombres 31.3%.

Tabla cruzada

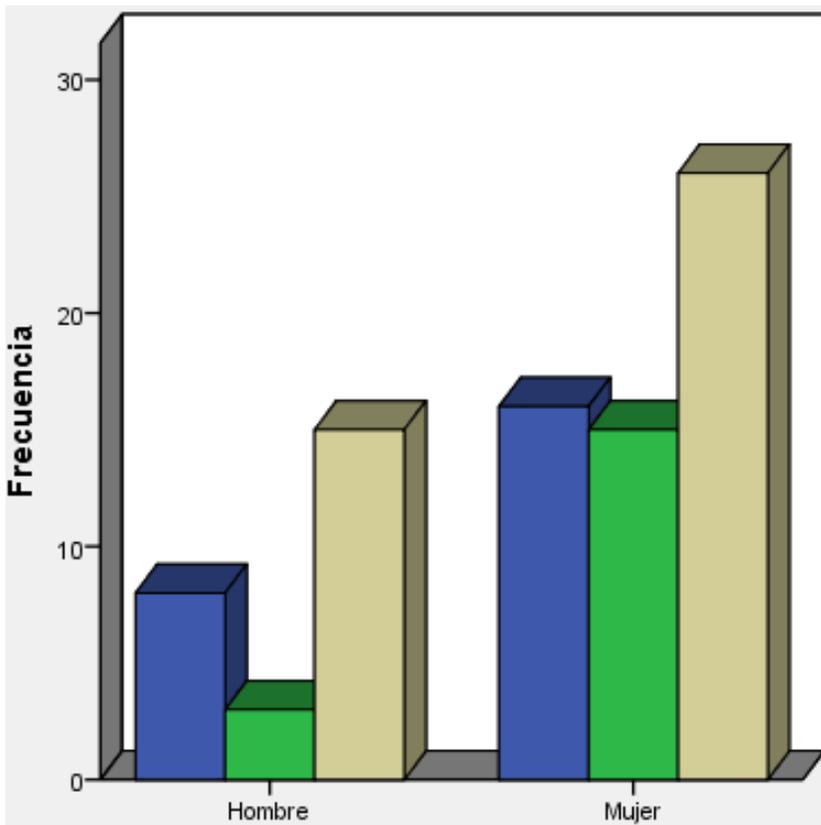
		Realización personal			Total	
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40		
Sexo	Hombre	Frecuencia	8	3	15	26
		% del total	9.6%	3.6%	18.1%	31.3%
	Mujer	Frecuencia	16	15	26	57
		% del total	19.3%	18.1%	31.3%	68.7%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 33 realización personal por género.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.370 ^a	2	.306
Razón de verosimilitud	2.575	2	.276
Asociación lineal por lineal	.209	1	.647
N de casos válidos	83		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.64.



Grafica 33 realización personal por género.

Estado civil. Realización personal

El porcentaje del estado civil: casado 56.6%, soltero 18.1%, unión libre 8.4%, divorciado 7.2%, viudo 7.2%, separado 2.4%.

Tabla cruzada

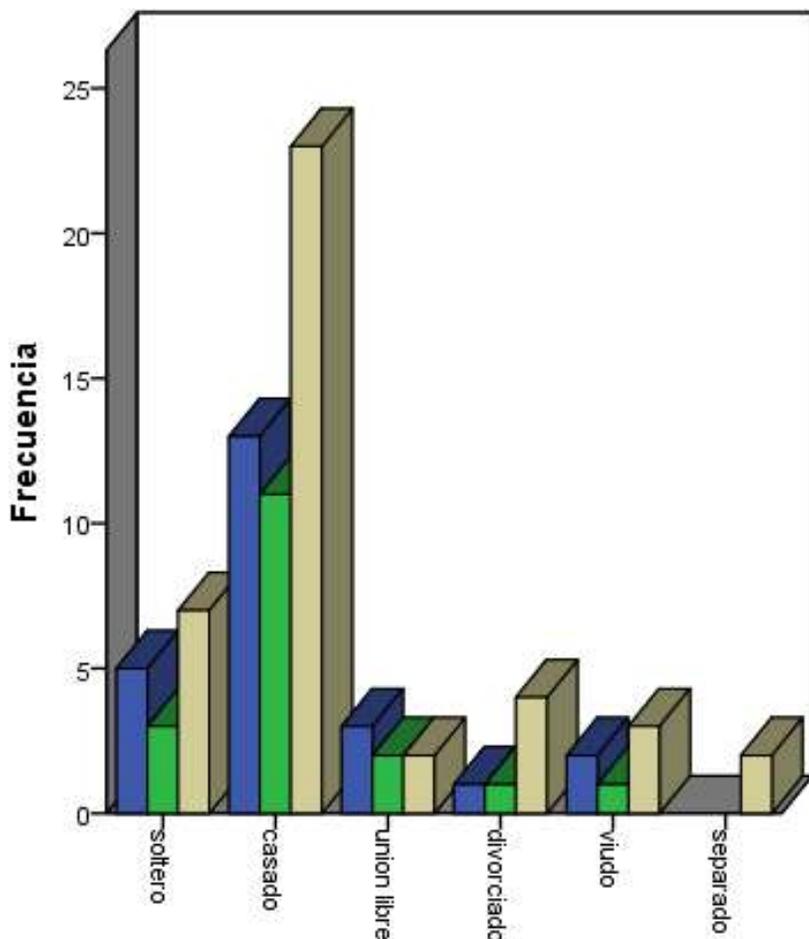
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Estado civil	soltero	Frecuencia	5	3	7	15
		% del total	6.0%	3.6%	8.4%	18.1%
casado		Frecuencia	13	11	23	47
		% del total	15.7%	13.3%	27.7%	56.6%
unión libre		Frecuencia	3	2	2	7
		% del total	3.6%	2.4%	2.4%	8.4%
divorciado		Frecuencia	1	1	4	6
		% del total	1.2%	1.2%	4.8%	7.2%
viudo		Frecuencia	2	1	3	6
		% del total	2.4%	1.2%	3.6%	7.2%
separado		Frecuencia	0	0	2	2
		% del total	0.0%	0.0%	2.4%	2.4%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 34 realización personal por estado civil.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.376 ^a	10	.929
Razón de verosimilitud	5.210	10	.877
Asociación lineal por lineal	.679	1	.410
N de casos válidos	83		

a. 14 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.



Grafica 34 realización personal por estado civil.

Escolaridad. Realización personal

La escolaridad más frecuente entre los participantes del estudio fue licenciatura 95.2%, seguido de postgrado 4.8%.

Tabla cruzada

		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Escolaridad	postgrado	Frecuencia	1	2	1	4
		% del total	1.2%	2.4%	1.2%	4.8%
	licenciatura	Frecuencia	23	16	40	79
		% del total	27.7%	19.3%	48.2%	95.2%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 35 realización personal por escolaridad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.082 ^a	2	.353
Razón de verosimilitud	1.790	2	.409
Asociación lineal por lineal	.235	1	.628
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .87.

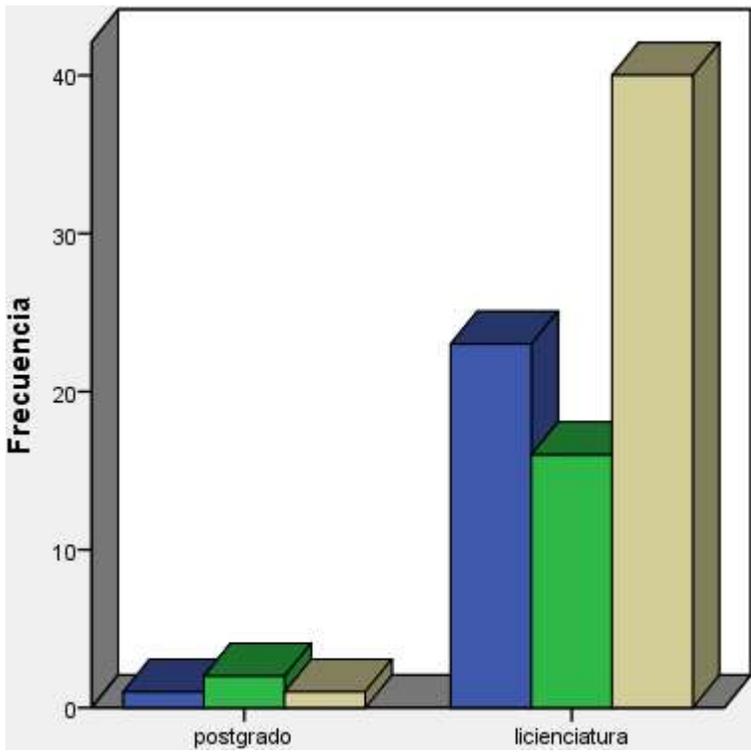


Tabla 35 realización personal por escolaridad.

Ocupación. Realización personal

El porcentaje de empleado 98.8% y desempleado 1,2%.

Tabla cruzada

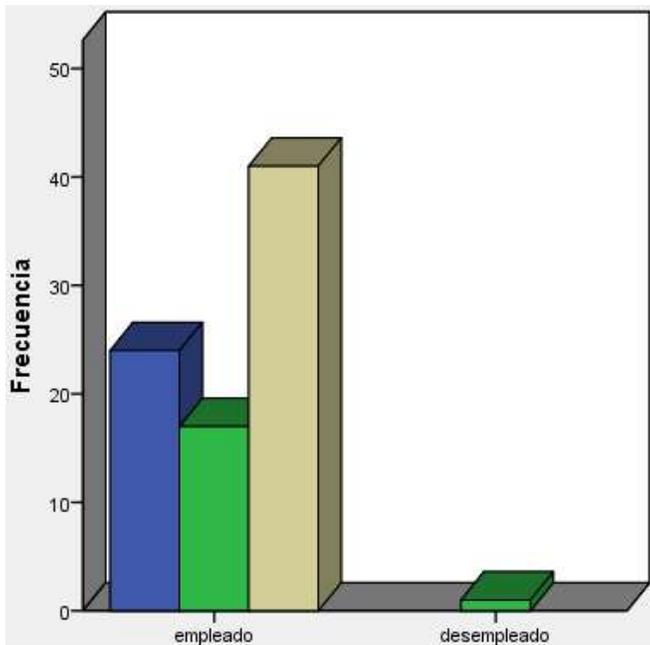
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
ocupación	empleado	Frecuencia	24	17	41	82
		% del total	28.9%	20.5%	49.4%	98.8%
	desempleado	Frecuencia	0	1	0	1
		% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 36 realización personal por ocupación.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.655 ^a	2	.161
Razón de verosimilitud	3.101	2	.212
Asociación lineal por lineal	.057	1	.812
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .22.



Grafica 36 realización personal por ocupación.

Comorbilidad. Realización personal

En cuestión de comorbilidad fue de la siguiente manera Obesidad 14.5%, DM 10.8%, Otras 10.8%, Dislipidemia 6.0%, Cardiopatía 1.2%.

Tabla cruzada

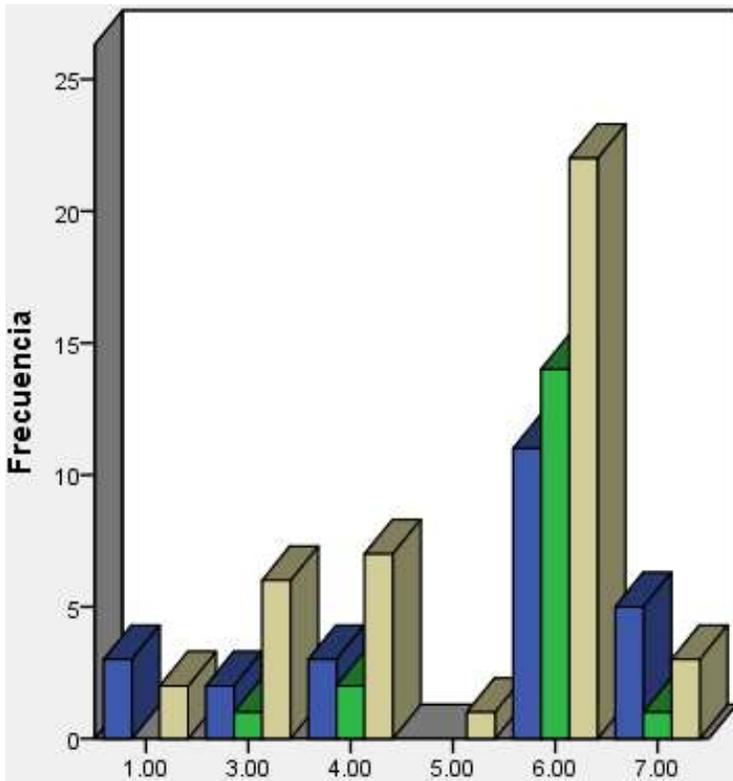
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Comorbilidad	1.00	Frecuencia	3	0	2	5
		% del total	3.6%	0.0%	2.4%	6.0%
	3.00	Frecuencia	2	1	6	9
		% del total	2.4%	1.2%	7.2%	10.8%
	4.00	Frecuencia	3	2	7	12
		% del total	3.6%	2.4%	8.4%	14.5%
	5.00	Frecuencia	0	0	1	1
		% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
	6.00	Frecuencia	11	14	22	47
		% del total	13.3%	16.9%	26.5%	56.6%
	7.00	Frecuencia	5	1	3	9
		% del total	6.0%	1.2%	3.6%	10.8%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 37 realización personal por comorbilidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.536 ^a	10	.395
Razón de verosimilitud	11.253	10	.338
Asociación lineal por lineal	.106	1	.745
N de casos válidos	83		

a. 14 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .22.



Gráfica 37 realización personal por comorbilidad.

Ingreso económico quincenal. Realización personal

Ingreso económico 7001 y más es de 81.9%, 5001-7000 es de 12.0%, 3001-5000 es de 3.6%, 1000-3000 es de 2.4%.

Tabla cruzada

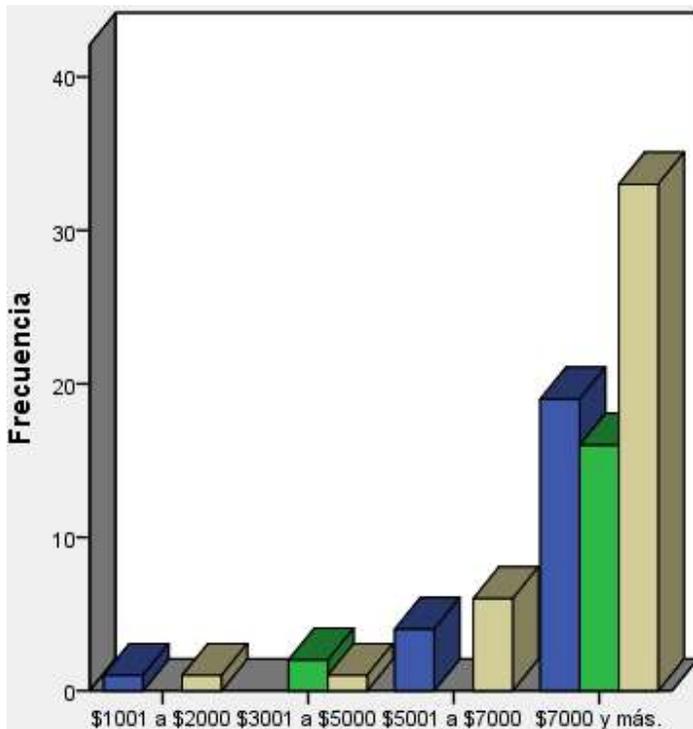
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Ingreso económico quincenal	\$1001 a \$2000	Frecuencia	1	0	1	2
		% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
	\$3001 a \$5000	Frecuencia	0	2	1	3
		% del total	0.0%	2.4%	1.2%	3.6%
	\$5001 a \$7000	Frecuencia	4	0	6	10
		% del total	4.8%	0.0%	7.2%	12.0%
	\$7000 y más.	Frecuencia	19	16	33	68
		% del total	22.9%	19.3%	39.8%	81.9%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 38 realización personal por ingreso económico.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.525 ^a	6	.275
Razón de verosimilitud	9.891	6	.129
Asociación lineal por lineal	.024	1	.878
N de casos válidos	83		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.



Grafica 38 realización personal por ingreso económico.

Estado nutricional. Realización personal

Resultados de estado nutricional los rangos son: sobrepeso 45.8%, normal 30.1%, obesidad grado I 19.3%, obesidad grado II 2.4%, obesidad grado III 2.4%.

Tabla cruzada

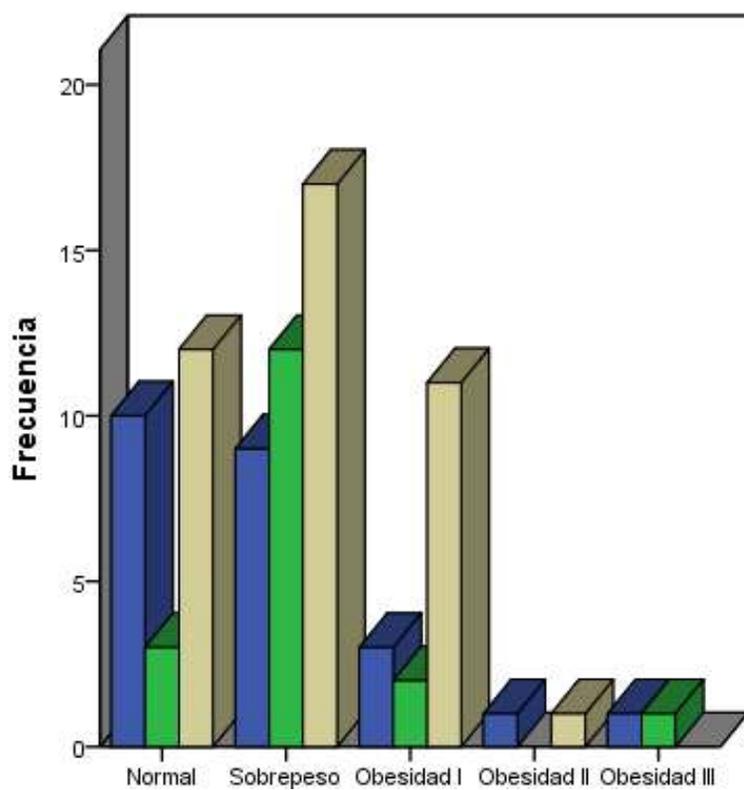
Estado nutricional		Realización personal			Total
		Bajo: ≤ 33	Medio: 34-39	Alto: ≥ 40	
Normal	Frecuencia	10	3	12	25
	% del total	12.0%	3.6%	14.5%	30.1%
Sobrepeso	Frecuencia	9	12	17	38
	% del total	10.8%	14.5%	20.5%	45.8%
Obesidad I	Frecuencia	3	2	11	16
	% del total	3.6%	2.4%	13.3%	19.3%
Obesidad II	Frecuencia	1	0	1	2
	% del total	1.2%	0.0%	1.2%	2.4%
Obesidad III	Frecuencia	1	1	0	2
	% del total	1.2%	1.2%	0.0%	2.4%
Total	Frecuencia	24	18	41	83
	% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 39 realización personal por estado nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.579 ^a	8	.296
Razón de verosimilitud	10.662	8	.222
Asociación lineal por lineal	.155	1	.693
N de casos válidos	83		

- a. 8 casillas (53.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.



Grafica 39 realización personal por estado nutricional.

Tipo de medicamentos que consume. Realización personal

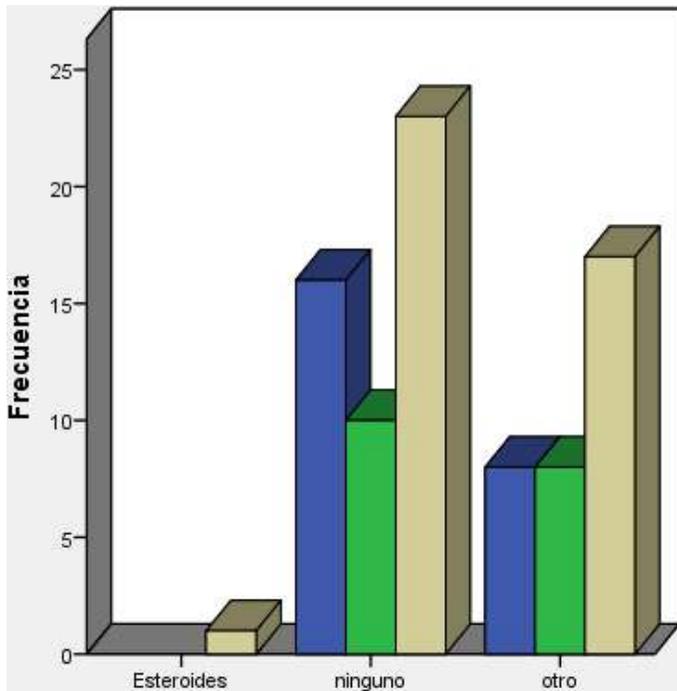
Tipos de medicamentos que consume fue de la siguiente manera ninguno 59.0%, otros 39.8%, esteroides 1.2%.

		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Tipo de medicamentos que consume.	Esteroides	Frecuencia	0	0	1	1
		% del total	0.0%	0.0%	1.2%	1.2%
	ninguno	Frecuencia	16	10	23	49
		% del total	19.3%	12.0%	27.7%	59.0%
	otro	Frecuencia	8	8	17	33
		% del total	9.6%	9.6%	20.5%	39.8%
Total	Frecuencia	24	18	41	83	
	% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%	

Tabla 40 realización personal por tipo de medicamento que consume.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.737 ^a	4	.784
Razón de verosimilitud	2.125	4	.713
Asociación lineal por lineal	.129	1	.720
N de casos válidos	83		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .22.



Grafica 40 realización personal por tipo de medicamento que consume.

Antecedentes heredofamiliares. Realización personal

Antecedentes heredofamiliares: fue de la siguiente manera Diabetes Mellitus 44.6%, Hipertensión Arterial 41%, Ninguno 12%, Padecimientos Psiquiátricos 2.4%.

Tabla cruzada

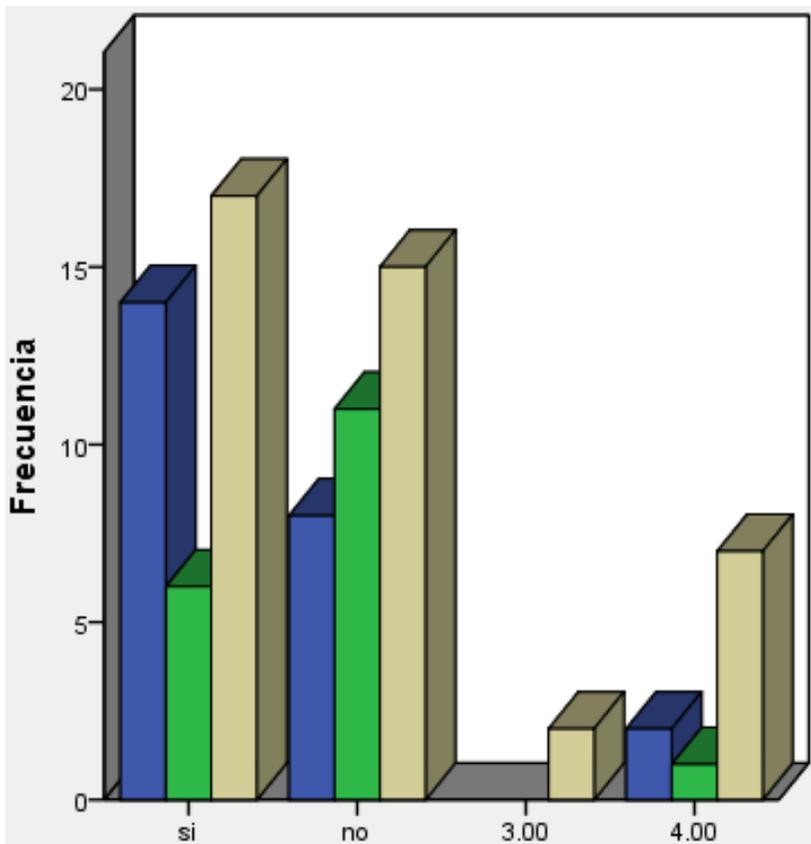
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Antecedentes heredofamiliares	si	Frecuencia	14	6	17	37
		% del total	16.9%	7.2%	20.5%	44.6%
	no	Frecuencia	8	11	15	34
		% del total	9.6%	13.3%	18.1%	41.0%
	3.00	Frecuencia	0	0	2	2
		% del total	0.0%	0.0%	2.4%	2.4%
4.00	Frecuencia	2	1	7	10	
	% del total	2.4%	1.2%	8.4%	12.0%	
Total	Frecuencia	24	18	41	83	
	% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%	

Tabla 41 realización personal por antecedentes heredofamiliares.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.748 ^a	6	.257
Razón de verosimilitud	8.368	6	.212
Asociación lineal por lineal	2.546	1	.111
N de casos válidos	83		

a. 6 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.



Grafica 41 realización personal por antecedentes heredofamiliares.

Paternidad. Realización personal

De los 77.1% manifestó tener hijos y 21.7% no.

Tabla cruzada

		Realización personal			Total	
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40		
Paternidad/maternidad	si	Frecuencia	18	14	32	64
		% del total	21.7%	16.9%	38.6%	77.1%
	no	Frecuencia	6	3	9	18
		% del total	7.2%	3.6%	10.8%	21.7%
4.00		Frecuencia	0	1	0	1
		% del total	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 42 realización personal por paternidad.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.963 ^a	4	.411
Razón de verosimilitud	3.421	4	.490
Asociación lineal por lineal	.104	1	.747
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .22.

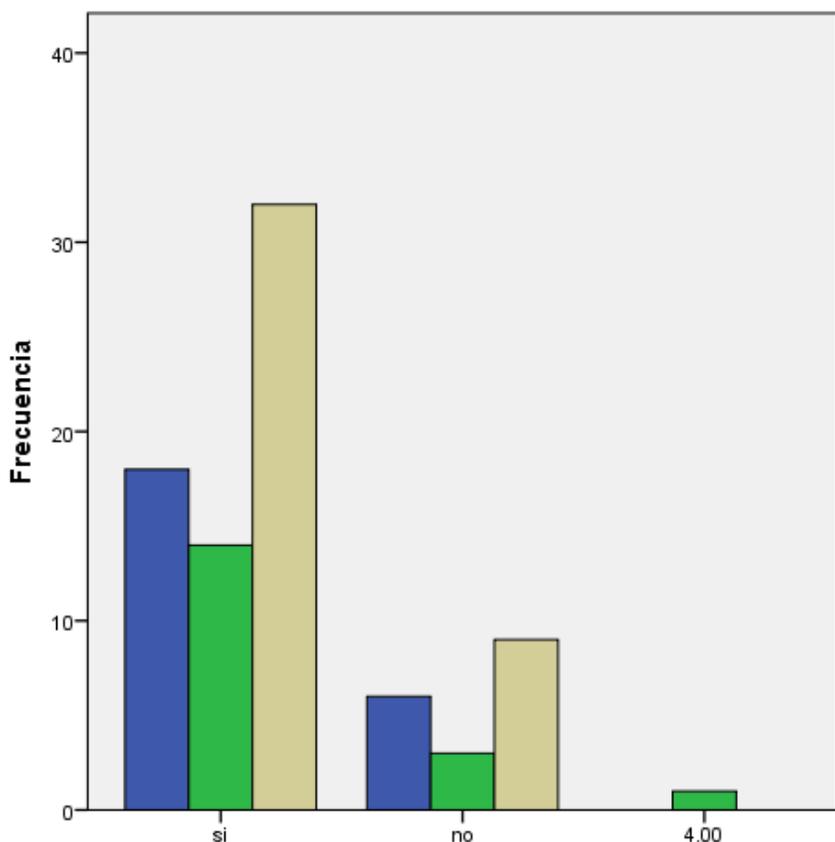


Tabla 42 realización personal por paternidad.

Grado de residencia. Realización personal

La mayoría de los encuestado no son residentes 85.5%, primer año es de 7.2% y tercer año 7.2%.

Tabla cruzada

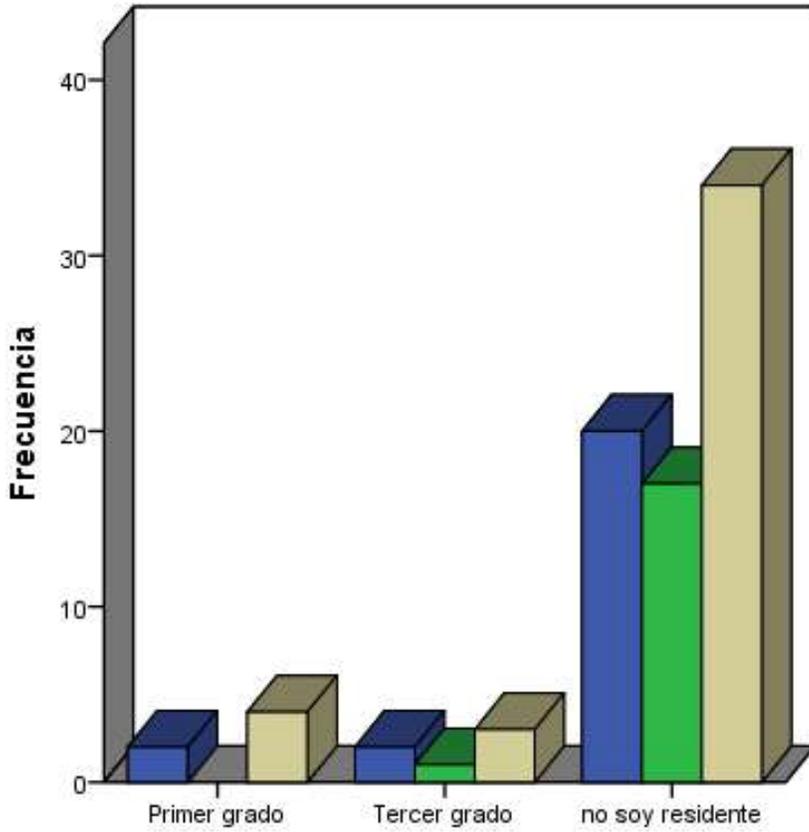
		Realización personal			Total	
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40		
Grado de residencia	Primer grado	Frecuencia	2	0	4	6
		% del total	2.4%	0.0%	4.8%	7.2%
	Tercer grado	Frecuencia	2	1	3	6
		% del total	2.4%	1.2%	3.6%	7.2%
	no soy residente	Frecuencia	20	17	34	71
		% del total	24.1%	20.5%	41.0%	85.5%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 43 realización personal por grado de residencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.028 ^a	4	.731
Razón de verosimilitud	3.290	4	.510
Asociación lineal por lineal	.109	1	.741
N de casos válidos	83		

- a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.30.



Grafica 43 realización personal por grado de residencia.

Número de actividad clínica complementaria a la semana. Realización personal

Las actividades clínicas complementarias más frecuentes no realizan 92.8%, más de 2 es de 4.8% y 1-2 es de 2.4%.

Tabla cruzada

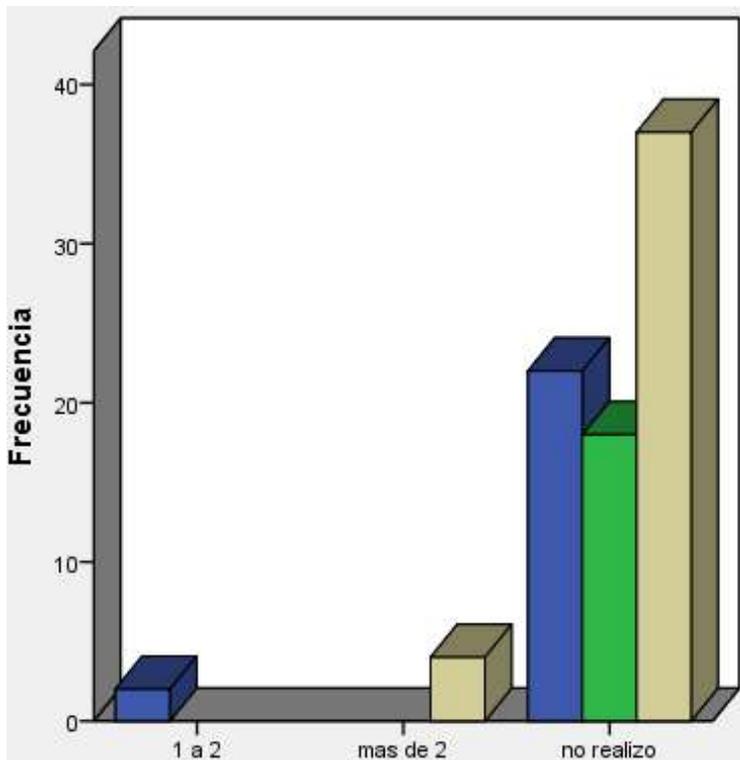
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Número de actividad clínica complementaria a la semana	1 a 2	Frecuencia	2	0	0	2
		% del total	2.4%	0.0%	0.0%	2.4%
	más de 2	Frecuencia	0	0	4	4
		% del total	0.0%	0.0%	4.8%	4.8%
	no realizo	Frecuencia	22	18	37	77
		% del total	26.5%	21.7%	44.6%	92.8%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 44 realización personal por número de actividades clínica complementaria la semana.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.147 ^a	4	.058
Razón de verosimilitud	10.736	4	.030
Asociación lineal por lineal	.319	1	.572
N de casos válidos	83		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.



Gráfica 44 realización personal por número de actividades clínicas complementarias la semana.

Años de antigüedad laboral. Realización personal

El rango de antigüedad laboral en el instituto más frecuente fue el de más de 10 años es 71.1%, de 0 a 5 años 15.7% y de menos de 10 años 13.3 % de los participantes.

Tabla cruzada

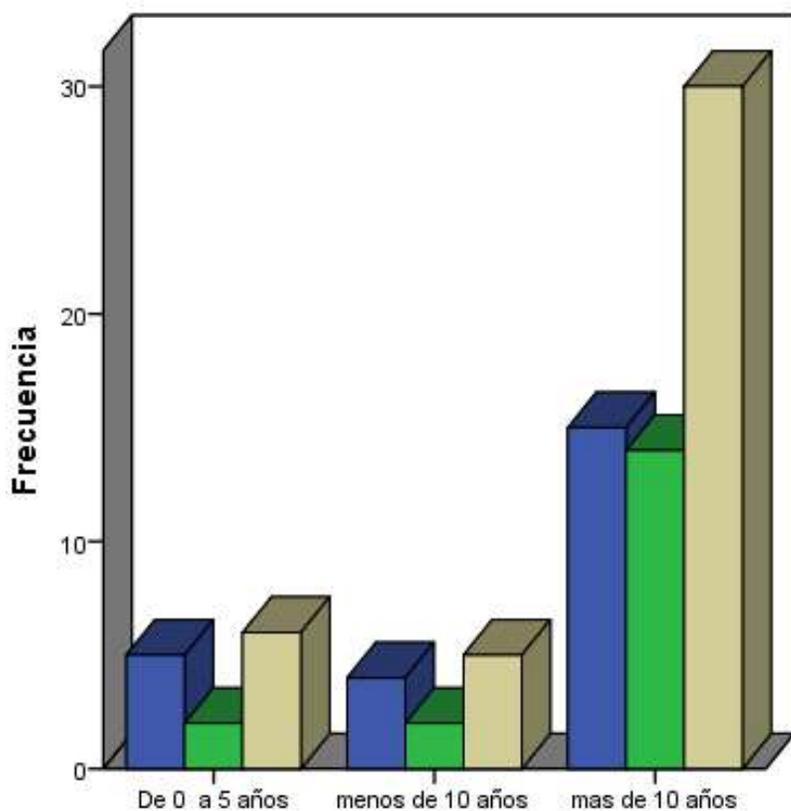
		Realización personal				
		Bajo: ≤33	Medio: 34-39	Alto: ≥40	Total	
Años de antigüedad laboral	De 0 a 5 años	Frecuencia	5	2	6	13
		% del total	6.0%	2.4%	7.2%	15.7%
menos de 10 años		Frecuencia	4	2	5	11
		% del total	4.8%	2.4%	6.0%	13.3%
más de 10 años		Frecuencia	15	14	30	59
		% del total	18.1%	16.9%	36.1%	71.1%
Total		Frecuencia	24	18	41	83
		% del total	28.9%	21.7%	49.4%	100.0%

Tabla 45 realización personal por años de antigüedad laboral.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.371 ^a	4	.849
Razón de verosimilitud	1.355	4	.852
Asociación lineal por lineal	.601	1	.438
N de casos válidos	83		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.39.



Grafica 45 realización personal por años de antigüedad laboral.

DISCUSION DE RESULTADOS

Comparándonos con un estudio elaborado en la ciudad de Guadalajara IMSS los cuales encontraron una prevalencia del 42.3%, encontrándose en la misma zona geográfica centro occidente del país la clínica de medicina familiar ISSSTE Morelia reporta una prevalencia del síndrome de burnout de 7.2% con una diferencia en magnitud e impacto Síndrome de Burnout de 35.1% mayor en personal sanitario de la ciudad de Guadalajara IMSS.

El instrumento Maslach Burnout Inventory resulto de utilidad para identificar el Síndrome de Burnout con una prevalencia de 7.2% de casos en el personal sanitario de la unidad que cumplieron con los criterios diagnósticos y los que no presentaron 92.8% del universo estudiado. Participaron un total de 98 sujetos. En las dimensiones que implica esta encuesta. Existe afectación en el personal en todos los dominios del inventario, siendo en orden de frecuencia con mayor puntaje en primer lugar realización personal 28.9%, segundo en despersonalización con 20.5% y en tercer sitio en agotamiento emocional con 14.5%.

Al hacerlo comparativo con el estudio de Guadalajara las dimensiones más prevalentes con dicho estudio fueron las siguientes: 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. Es de llamar la atención que las dimensiones del estudio de Guadalajara las puntuaciones fueron mucho más altas en la dimensión de falta de realización personal que existe una diferencia de puntuación de 55.8%, en comparación los estudios sujetos de nuestra muestra.

Además un hallazgo evidente es que existe una diferencia del 28.2% de afectación entre médicos y enfermeras de base y hasta un 49% entre residentes y médicos basificados de la unidad. Los residentes tuvieron mayor afectación en la dimensión despersonalización con un 7.3%.

Importante recalcar que es el género femenino el más afectado en mayor frecuencia con todos los criterios de diagnóstico para el síndrome de burnout.

CONCLUSIONES

La prevalencia de síndrome de burnout en el personal de sanitario de la CMF ISSSTE Morelia fue de 7.2 siendo el género femenino el más afectado 68.7%, por edad a partir de los de 50 años tuvo la mayor afectación, en cuanto antigüedad a partir de los 5 años se empezó a incrementar la frecuencia, de las tres dimensiones el medico es el más afectado, seguido de enfermería y por último los residentes, la dimensión con mayor relevancia falta de realización personal.

Los datos obtenidos se observó que los médicos presentan mayor afección a este síndrome con 59%, el personal de enfermería presenta 30.1% y los residentes se asoció con significativamente con 10.8%.

RECOMENDACIONES

Respecto al estudio:

- a. Dar continuidad a este tipo de estudios, mediante la posterior realización de trabajos que evalúen la frecuencia del síndrome y su asociación con la funcionalidad familiar de los participantes, así como su asociación con síntomas depresivos, de ansiedad y de insomnio.
- b. En posteriores estudios favorecer el uso de otros instrumentos para valorar el síndrome que amplíen el conocimiento de los hallazgos obtenidos.
- c. Realizar estudios de intervención con fines de disminuir la frecuencia del síndrome de burnout. Mediante programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral, como el crear programas de socialización, de apoyo, de trabajo en equipo, de planificación y de participación.

SUGERENCIAS

- a. Difundir los resultados del presente estudio a médicos y todo el personal de salud para que conozcan la frecuencia en que se presentó el síndrome, así mismo sensibilizar al personal sobre la importancia de este tema de salud mental.
- b. Realizar acciones en la unidad que contribuyan a la utilización sistemática de instrumentos de detección del síndrome de burnout.
- c. Favorecer en la unidad acciones permanentes para disminuir la frecuencia de presentación.
- d. Por otro lado, los factores estresantes extra laborales también deben ser considerados con la misma importancia que las estrategias de prevención. Interrogar directamente al personal de salud sobre las situaciones o actividades que les generan estrés o ansiedad y tomarlos como áreas de oportunidad para reforzar ya sea conocimientos o habilidades.

Dado que en la literatura mundial la dimensión de agotamiento emocional es la más afectada reportada, en contraste con nuestra la dimensión más afectada es la de realización personal proponemos que se establezca una clara y preciso sistema escalafonario para que el trabajador tenga igualdad de oportunidad para acceder a puestos de mayor jerarquía donde tengan mayor posibilidad de desarrollar a plenitud sus habilidades, destrezas y acceder a una mejora salarial.

Se sugiere a los directivos medir en forma periódica el estado emocional de los trabajadores para un mejor entendimiento y comprensión del clima organizacional elaborando estrategias de mejora continua y contribuyendo así mismo a elevar la calidad de vida de todos y cada uno de los trabajadores integrantes del personal sanitario de la unidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Aceves GA, Celis López M Ángel, Moreno Jiménez S, Farias Serratos F, Suárez Campos J de J. Síndrome de burnout. Archivos de neurociencias. 2006;11(4):305–309.
2. Juárez García A, Idrovo Álvaro J, Camacho Ávila A, Placencia Reyes O. Síndrome de burnout en la población mexicana: Una revisión sistemática. Salud mental. 2014;37(2).
3. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Torres López T, Salazar Estrada J, Franco Chávez S. Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. Anales de la facultad de medicina. UNMSM. 2005;66(3):225–231.
4. Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. Diseases of the Colon & Rectum. 2017;60(6):567–576.
5. Min Kai Chan, Qian Hui Chew, Kang Sim, Burnout and associated factors in psychiatry residents: a systematic review, International Journal of Medical Education. 2019;10:149-160
6. Verougstraete D, Hachimi Idrissi S. The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. Acta Clin Belg. 2020 Feb;75(1):57-79. doi: 10.1080/17843286.2019.1699690. Epub 2019 Dec 13. PMID: 31835964.
7. García-Arroyo, Jose, and Amparo Osca Segovia. "Effect sizes and cut-off points: a meta-analytical review of burnout in latin American countries." Psychology, health & medicine 23.9 (2018): 1079-1093.
8. Carneiro Monteiro, Gabriela M., et al. "Burnout in psychiatry residents: the role of relations with peers, preceptors, and the institution." Brazilian Journal of Psychiatry 42.2 (2020): 227-228. (8)
9. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. Acad Psychiatry. 2008 Jan-Feb;32(1):13-9. doi: 10.1176/appi.ap.32.1.13. PMID: 18270276.
10. López Morales Arturo, González Velázquez Felipe; Morales Guzmán Margarita Isabel; Espinoza-Martínez Carlos Ernesto. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 45, núm. 3, 2007, pp. 233- 242 recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745527005>
11. Aranda Beltran Carolina. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista costarricense de salud pública. Año 15 N° 29. Diciembre 2006.
12. Coria-Muñoz, Hector, et al. "Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar." Archivos en Medicina Familiar 20.3 (2018): 103-110.
13. Terrones-Rodríguez JF, Cisneros-Pérez V, Arreola-Rocha JJ. Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(2):242-8.
14. Morales-Cadena, Gabriel Mauricio, Nadya Fabiola Fonseca-Salazar, and Mariana Gabriela Fonseca-Chávez. "Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en residentes de posgrado de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas." Anales de Otorrinolaringología Mexicana. Vol. 65. No. 2. 2020.
15. Morales-Cadena, Gabriel Mauricio, Nadya Fabiola Fonseca-Salazar, and Mariana Gabriela Fonseca-Chávez. "Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en residentes de posgrado de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas." Anales de Otorrinolaringología Mexicana. Vol. 65. No. 2. 2020.

16. Parent-Lamarche A, Marchand A. Work stress, personality traits, and cortisol secretion: Testing a model for job burnout. *Work*. 2018;60(3):485-497. doi: 10.3233/WOR-182755. PMID: 30040786.
17. Hernández Vargas, Clara Ivette; Llorens Gumbau, Susana; Rodríguez Sánchez, Alma María. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fòrum de recerca*, 2011, núm. 16, p.837-846
18. Fernández-Sánchez JC, Pérez-Mármol JM, Blásquez A, Santos-Ruiz AM, Peralta-Ramírez MI. Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliat Support Care*. 2018 Jun;16(3):286-297.
19. Deneva, Tanya, Youri Ianakiev, and Donka Keskinova. "Burnout syndrome in physicians—psychological assessment and biomarker research." *Medicina* 55.5 (2019): 209.
20. Porciuncula Alice Mariz, Venâncio Sandra Aparecida, Silva Cosme Marcelo Furtado Passos da. Síndrome de Burnout en gestores de estrategias de salud de la familia. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. Abril 2020; 25 (4): 1555-1566. Publicación electrónica 6 de abril de 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.22072018>.
21. R Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1 de enero de 2002 [citado 29 de enero de 2021];44(1):33-40. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6365>
22. Picard, Jeanne, et al. "Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine." *Psychology, health & medicine* 21.3 (2016): 354-361.
23. Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Gómez-Urquiza JL, Ramírez-Baena L, De La Fuente El, Cañadas-De La Fuente GA. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Jpn J Nurs Sci*. 2020 Jan;17(1):e12269. doi: 10.1111/jjns.12269. Epub 2019 Oct 15. PMID: 31617309.
24. Hernández Vargas, Clara Ivette; Llorens Gumbau, Susana; Rodríguez Sánchez, Alma María. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fòrum de recerca*, 2011, núm. 16, p.837-846
25. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, Bruera E, Yang X, Wei S, Qian Y, A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China, *Journal of Pain and Symptom Management* (2020).
26. Gil-Monte PR. La Validez Factorial del Inventario de Burnout de Maslach-Encuesta General (MBI-GS) Versión en español. *Salud pública mex*. 2002; 44 (1): 33-40.
27. Hernández Vargas, Clara Ivette; Llorens Gumbau, Susana; Rodríguez Sánchez, Alma María. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fòrum de recerca*, 2011, núm. 16, p.837-846
28. Aranda Beltrán Carolina, Pando Moreno Manuel, Salazar Estrada José Guadalupe. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2016 May [cited 2021 Jan 29] ; 32(2): 218-227. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005&lng=en.
29. Aranda Beltrán Carolina, Pando Moreno Manuel, Salazar Estrada José Guadalupe. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2016 May [cited 2021 Jan 29] ; 32(2): 218-227. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005&lng=en.



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE LA CMF ISSSTE MORELIA

Debido a que no se cuenta con datos referentes a el síndrome de Burnout en el personal de salud de esta unidad, a continuación se presenta este consentimiento con fines estadísticos para recabar datos que nos permitan conocer la prevalencia de síndrome de Burnout en nuestro personal de salud adscrito a la clínica ISSSTE Morelia y con ello proponer estrategias de intervención para un manejo integral e impactar en la calidad de vida del personal de salud y como consecuencia dar una mejor atención al derechohabiente, el periodo comprendido de recolección de datos se inicia del día 7 de septiembre al 22 de octubre del 2023.

Se le solicitara respetuosamente que conteste la encuesta Maslach Burnout Inventory la cual consta de 22 preguntas con duración de 10 minutos de una sola ocasión para conocer el nivel de estrés crónico, la falta de motivación y la realización personal de los trabajadores en su área laboral agregándose a otros reactivos con la finalidad de complementar la base de datos según su escolaridad, edad, peso, talla etc. todo ello con la finalidad de mejorar el clima organizacional de esta CMF Morelia. De acuerdo con el anterior procedimiento.

Debe hacerse constar que la participación del usted como sujeto de investigación es voluntario, puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de expresar las razones de su decisión o sin pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Todo lo anterior no le ocasionara las molestias y es un estudio de riesgo mínimo.

Como investigador principal me comprometo a darle la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Asimismo queda garantizada la seguridad de que no se identificará su identidad y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Además de establecer con usted el compromiso de proporcionarle información actualizada sobre sus dudas que se le generen durante el estudio.

Nombres y datos de contacto del investigador principal Dr. Marx García Gálvez residente de 3er año en la especialidad de medicina familiar,

Acepto
Nombre y firma del participante
en la investigación

Nombre y firma del
investigador principal

Nombre y firma del testigo 2

Nombre y firma del testigo 1

Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Categoría: _____

De acuerdo a la numeración que se presenta a continuación, complete la tabla:

0= Nunca. 1= Pocas veces al año o menos. 2= Una vez al mes o menos. 3= Unas pocas veces al mes. 4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana. 6= Todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con los pacientes me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con los pacientes me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	
	TOTAL	

