

**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN  
PERSONAL DE SALUD ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA  
NO. VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO**



**ITSZ**  
INGENIEROS  
INSTITUTO TECNOLÓGICO  
SUPERIOR DE ZONGOLICA

**AUTORES**

**FRANCISCO JAVIER MEJÍA OCHOA**

**SERGIO RODRÍGUEZ GARCÍA**

**ISAAC SÁNCHEZ ANASTACIO**

**MARCO ANTONIO ROSAS LEYVA**

**JUAN CARLOS ROJAS MARTÍNEZ**



ISBN: 978-607-99603-6-0



9 786079 960360

# EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE LA SALUD ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO

## AUTORES

FRANCISCO JAVIER MEJÍA OCHOA  
SERGIO RODRÍGUEZ GARCÍA  
ISAAC SÁNCHEZ ANASTACIO  
MARCO ANTONIO ROSAS LEYVA  
JUAN CARLOS ROJAS MARTÍNEZ

## EDITORIAL

©RED IBEROAMERICANA DE ACADEMIAS DE INVESTIGACIÓN A. C.2021



RED IBEROAMERICANA DE ACADEMIAS DE INVESTIGACIÓN A.C.  
DUBLÍN 34, FRACCIONAMIENTO MONTE MAGNO  
C.P. 91190. XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO.  
CEL 2282386072  
www.redibai.org  
redibai@hotmail.com

Sello editorial: Red Iberoamericana de Academias de Investigación, A.C. (978-607-99621)  
Primera Edición, Xalapa, Veracruz, México.  
Presentación en medio electrónico digital: Descargable  
La imagen de portada cuenta con licencia autorizada.  
Formato: PDF 3 MB  
Fecha de aparición 17/12/2021  
ISBN 978-607-99603-6-0

Derechos Reservados © Prohibida la reproducción total o parcial de este libro en cualquier forma o medio sin permiso escrito de la editorial o los autores.



EDITA: RED IBEROAMERICANA DE ACADEMIAS DE INVESTIGACIÓN A.C. (REDIBAI)

Sello editorial: Red Iberoamericana de Academias de Investigación, A.C. (978-607-99621)

Primera Edición, Xalapa, Veracruz, México.

Presentación en medio electrónico digital: Descargable

La imagen de portada cuenta con licencia autorizada.

Formato PDF 3 MB

Fecha de aparición 17/12/2021

ISBN 978-607-99603-6-0



Xalapa, Veracruz. México a 13 de octubre de 2021

## DICTAMEN EDITORIAL

La presente obra fue arbitrada y dictaminada en dos procesos; en el primero, se sometió a los capítulos incluidos en la obra a un proceso de dictaminación a doble ciego para constatar de forma exhaustiva la temática, pertinencia y calidad de los textos en relación a los fines y criterios académicos de la RED IBEROAMERICANA DE ACADEMIAS DE INVESTIGACIÓN A.C., cumpliendo así con la primera etapa del proceso editorial. En el segundo proceso de dictaminación se seleccionaron expertos en el tema para la evaluación de los capítulos de la obra y se procedió con el sistema de dictaminación a doble ciego. Cabe señalar que previo al envío a los dictaminadores, todo trabajo fue sometido a una prueba de detección de plagio. Una vez concluido el arbitraje de forma ética y responsable del Comité Editorial y Científico de la Red Iberoamericana de Academias de Investigación A.C. (REDIBAI), **se dictamina que la obra "Evaluación de riesgo del síndrome de burnout en personal de la salud adscrito a la jurisdicción sanitaria no. VII, Orizaba, Veracruz, México"** cumple con la relevancia y originalidad temática, la contribución teórica y aportación científica, rigurosidad y calidad metodológica, rigurosidad y actualidad de las fuentes que emplea, redacción, ortografía y calidad expositiva.

Dr. Daniel Armando Olivera Gómez

Director Editorial

Sello Editorial: Red Iberoamericana de Academias de Investigación, A.C. (978-607-99621)

Dublín 34, Residencial Monte Magno

C.P. 91190. Xalapa, Veracruz, México.

Cel 2282386072



Xalapa, Veracruz. México a 17 de diciembre de 2021

## CERTIFICACIÓN EDITORIAL

**RED IBEROAMERICANA DE ACADEMIAS DE INVESTIGACIÓN A.C. (REDIBAI) con sello editorial N° 978-607-99621 otorgado por la Agencia Mexicana de ISBN, hace constar que el libro "EVALUACIÓN DE RIESGO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE LA SALUD ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VII, ORIZABA , VERACRUZ, MÉXICO" registrado con el ISBN 978-607-99603-6-0 fue publicado por nuestro sello editorial con fecha de aparición del 17 de diciembre de 2021 cumpliendo con todos los requisitos de calidad científica y normalización que exige nuestra política editorial.**

Fue evaluado por pares académicos externos y aprobado por nuestro Comité Editorial y Científico y pre-dictaminado por el Comité Editorial de la Red Iberoamericana de Académias de Investigación A.C. (REDIBAI)

Todos los soportes concernientes a los procesos editoriales y de evaluación se encuentran bajo el poder y disponibles en Editorial RED IBEROAMERICANA DE ACADEMIAS DE INVESTIGACIÓN A.C. (REDIBAI), los cuales están a disposición de la comunidad académica interna y externa en el momento que se requieran. La normativa editorial y repositorio se encuentran disponibles en la página <http://www.redibai-myd.org>

Doy fe.

Dr. Daniel Armando Olivera Gómez

Director Editorial

Sello Editorial: Red Iberoamericana de Académias de Investigación, A.C. (978-607-99621)

Dublín 34, Residencial Monte Magno

C.P. 91190. Xalapa, Veracruz, México.

Cel 2282386072



# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>3</b>
PERSONAL MEDICO GENERAL .....	3
PERSONAL DE ENFERMERÍA .....	10
PERSONAL ODONTOLÓGICO .....	15
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>22</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
GENERAL.....	23
ESPECÍFICOS.....	23
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>24</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>26</b>
DEFINICIÓN DE RIESGOS LABORALES.....	26
Tipos y características de los riesgos laborales.....	26
Factores de riesgo laboral.....	27
ORÍGENES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	28
Conceptualización del Síndrome de Burnout.....	29
Características del Síndrome de Burnout.....	31
Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	32
Consecuencias del Síndrome de Burnout.....	33
Herramientas para medir el Síndrome de Burnout.....	34
Escala de medición Maslach Burnout Inventory.....	35
CONTEXTO DEL PERSONAL LABORAL EN CENTROS DE SALUD PÚBLICA.....	36
Orígenes de los centros de salud en el mundo.....	36
Conceptualización de centros de salud de atención pública por diversos autores.....	39
Caracterización laboral de médico general.....	39
Caracterización laboral del personal de enfermería.....	40
LA SALUD Y PRODUCTIVIDAD LABORAL .....	42
Conceptualización de la salud.....	42
Conceptualización de productividad laboral.....	43
Relación entre la salud y la productividad laboral.....	44

<b>DESCRIPCIÓN DEL ÁREA O LUGAR DE ESTUDIO.....</b>	<b>45</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>47</b>
TIPO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA.....	47
CENSO.....	47
CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	47
CRITERIO DE EXCLUSIÓN.....	47
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
PROCEDIMIENTO.....	48
Validación de cuestionario.....	48
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	50
Modelo Alfa de Cronbach.....	50
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
PERSONAL MÉDICO GENERAL.....	51
PERSONAL ENFERMERÍA.....	57
PERSONAL DE ODONTOLOGÍA.....	62
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>68</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>73</b>
<b>LITERATURA CITADA .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general evaluar el riesgo de Síndrome de *Burnout* en personal de la salud, entiéndase: médicos generales, enfermeros(as) y odontólogos(as) adscritos a la Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México. En este sentido, la Secretaría de Salud (SS) de México, institución encargada de salvaguardar la salud de los ciudadanos con base en sus diferentes programas, donde a nivel estatal y específicamente en Veracruz, la SS se divide el trabajo en 11 jurisdicciones sanitarias, mismas que tienen a su cargo un gran número de centros de salud, así pues, entre el personal que labora se encuentra el área de médicos generales, enfermería y odontólogos. Ahora bien, dentro del área de médicos generales, estos especialistas trabajan en el seno de la comunidad asumiendo la tarea de promover y proteger la salud y su derecho a la misma, prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a los individuos, en forma continua e integral, a la familia y a la comunidad. Por otra parte, en el área de enfermería se realizan distintas actividades como son: asistenciales, administrativas, docentes e investigativas mediante una firme actitud humanística, ética, de responsabilidad legal y con conocimientos en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno. Asimismo, los odontólogos son los encargados de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos dentales y bucales, realizando procedimientos de rutina y de emergencia a los fines de mejorar la salud de sus pacientes en este particular. Por lo general, estos profesionales se dedican a la práctica privada, la cual suele ser conocida como “práctica de odontología general”. El Síndrome de *Burnout* o Síndrome del quemado es un Síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo. Según Freudenberger las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el *Burnout*.

La definición más aceptada es la de C. Maslach y Jackson, definen que el Burnout es un síndrome que se caracteriza por un alto grado de agotamiento, despersonalización y una reducida sensación de logro que se debe a la acumulación progresiva de estrés. La investigación se realizó mediante la aplicación del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario Sociodemográfico, mediante un estudio descriptivo y mixto.

## ANTECEDENTES

### PERSONAL MÉDICO GENERAL

El Síndrome de *Burnout* (SB) es un desgaste laboral donde el personal sufre distintos factores que disminuyen su capacidad de trabajo, este padecimiento tiene que tomarse en cuenta en las organizaciones.

De acuerdo con Álvarez (2011), el Síndrome de *Burnout*, también conocido como Síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo.

Debido a distintos estudios y técnicas que se han aplicado, se identificó la existencia de este síndrome, a continuación se presentan algunos de estos proyectos de investigación donde se da a conocer la existencia del SB.

Ahora bien, con base en Cebriá, Segura, Corbella, Sos, Comas, García y Pérez (2001) estudiaron los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de *Burnout* (Maslach *Burnout* Inventory) en médicos de atención primaria en la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia. Aplicaron una encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el Maslach *Burnout* Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. Se obtuvo que un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de *Burnout* sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de “quemazón” profesional. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de *Burnout*.

Por otra parte, Sos, Sobreques, Segura, Manzano, Rodríguez, García y Cebriá (2002) describieron el nivel del desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona en donde a su vez describió el nivel de desgaste profesional y estudió su asociación con las características de los profesionales, se realizó una encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de Atención Primaria. Se administraron dos cuestionarios:

uno de datos demográficos generales y el de desgaste profesional (Maslach *Burnout* Inventory- MBI), con esta herramienta se identificó que, 40% de los encuestados presentaban algún síntoma de desgaste profesional sin diferencia entre sexos. De estos un 12,4% manifestaban niveles muy altos de quemazón profesional.

Además, de acuerdo con Sigüero, Pérez, González y Cermeño (2003), analizaron el desgaste profesional y la prevalencia de enfermedad mental entre facultativos de atención primaria (AP) y determinaron su relación con aspectos sociodemográficos y laborales en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid, el estudio fue transversal y descriptivo se contó con 244 médicos y pediatras con labor asistencial en dicha área, se aplicó un cuestionario anónimo auto administrado que incluye: el Maslach *Burnout* Inventory (mide el desgaste profesional); el GHQ-28 (detección de una posible enfermedad mental, se obtuvo que la tasa de respuesta fue del 80,3%. Resultó afectado por *Burnout* el 69,2% (IC del 95%, 62,1–75,4%) de los facultativos, un 12,3% de ellos, de forma aguda. La prevalencia de posible psicomorbilidad fue del 36,7%, existió una elevada prevalencia de desgaste profesional y de posible enfermedad mental.

Por otro lado, con base en Guevara, Henao y Herrera (2004), determinaron la prevalencia e intensidad de Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia. Se realizó un estudio descriptivo transversal; mediante encuesta anónima auto diligenciada, se evaluaron aspectos sociodemográficos, de funcionalidad familiar y la presencia e intensidad del SDP. Con esto se tuvo que 150 médicos (63 internos y 87 residentes) sin diferencias sociodemográficas entre internos, residentes clínicos y quirúrgicos; 128 que equivale al (85.3%) presentaban SDP entre moderado y severo, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos médicos.

También, Aranda, Pando, Torres, Salazar, y Franco (2005) determinaron la presencia de los factores psicosociales laborales (sociodemográficos y laborales) y su relación con el Síndrome de *Burnout* en los médicos de familia que laboran en instituciones de salud para población derechohabiente en la zona metropolitana de Guadalajara, México. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, para evaluar el Síndrome de *Burnout*, se utilizó la escala de valoración de Maslach *Burnout* Inventory (MBI). La prevalencia de *Burnout* en los médicos

de familia de ambas instituciones fue 41,8%. Para cada una de las dimensiones, las prevalencias se presentaron de la siguiente manera: 31,2% de la población se encontraba agotada emocionalmente, 8,6% manifestaba síntomas de despersonalización, mientras que 14,3% estaba desmotivada para realizar su trabajo.

Asimismo, Aranda (2006) identificó las diferencias entre el ser hombre o ser mujer con Síndrome de *Burnout* y sus repercusiones en la salud en los médicos familiares de dos instituciones de salud en Guadalajara, México, el estudio fue de tipo transversal retrospectivo. Del total de la población encuestada en ambas instituciones 154 (78.2%), las mujeres conforman el 37.1% (73) y los hombres el 62.9% (78 sujetos). La prevalencia del Síndrome de *Burnout* fue del 41.8%, 28 mujeres y 54 hombres. La dimensión "agotamiento emocional" fue la más vulnerable en ambos sexos. De los 92 médicos familiares con Síndrome de *Burnout*, 17 mujeres de 28 (77.3%) y 23 hombres de 54 (57.5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses.

Se debe agregar que Borbolla y Domínguez (2007), determinaron la presencia del Síndrome de *Burnout* en personal médico familiar y especialistas del Instituto Mexicano del Seguro Social del municipio de Centro, Tabasco. Se realizó un estudio observacional, selectivo por conveniencia, transversal y descriptivo a través de encuestar a 184 médicos familiares y especialistas. Se utilizó la versión española de Maslach *Burnout* Inventory-General Survey. Además, se estudiaron las variables sociodemográficas, categoría profesional, antigüedad profesional, etc; con la prueba de hipótesis de diferencia de medias poblacionales, de esto se obtuvo que: de 184 médicos encuestados, se incluyó el (98%). Así, la muestra consistió de una n =180 encuestas, de acuerdo con lo anterior se tuvo que el Cansancio emocional fue de 54%, despersonalización, del 30% y falta de realización personal o profesional fue de 48%. Todavía cabe señalar que, Del Consuelo, García y Yépez, (2008), determinaron la prevalencia del Síndrome de *Burnout* en los médicos tratantes de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito Madrid. Por lo tanto, participaron 108 médicos tratantes, de los hospitales Enrique Garcés (n=30), Pablo Arturo Suárez (n=32) y Eugenio Espejo (n=46). Además, se realizó una valoración del Síndrome de *Burnout* mediante la aplicación del Test de Maslach, se tuvo que la prevalencia del Síndrome de *Burnout* fue de 7.4% en las categorías de agotamiento emocional y despersonalización, siendo más frecuente en el género masculino y en los tratantes de las especialidades anestesiología, traumatología, cirugía vascular,

endocrinología, emergencia y reumatología. El 14.7% de los médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, un 16.7% mostraron niveles altos de despersonalización y apenas un 2.7% evidenciaron una baja realización personal.

Ahora bien, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), compararon la prevalencia de *Burnout* entre profesionales sanitarios de países de habla hispana (hispanoamericano y español) y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones. Estudiaron el Síndrome de *Burnout* en 11,530 profesionales de la salud de habla hispana (51% varones, edad media de 41.7 años). Se utilizó el Maslach *Burnout* Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed. Entre los médicos el *Burnout* predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15.5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5.3% respectivamente) los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de *Burnout*.

Por otra parte, Aguilera y Alba (2010) determinaron la prevalencia y los factores de riesgo en los médicos familiares mexicanos. Utilizaron el estudio observacional, descriptivo-transversal, mediante muestra aleatoria con asignación proporcional de 240 profesionales, 24 unidades de medicina familiar (UMF) del IMSS, ubicadas en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), México, aplicándoles el Maslach *Burnout* Inventory-Human Services Survey en forma auto administrada. Se obtuvo que la frecuencia del Síndrome de agotamiento profesional fue de 41.6% de los profesionales. Con base en lo anterior, se detectó que el agotamiento profesional es frecuente (41.6%) en los médicos familiares, y sus principales factores de riesgo: el ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, con 10 años o más de antigüedad institucional y contratación de base.

Además, Ferrel, Sierra y Rodríguez (2010), establecieron y describieron la existencia del Síndrome de *Burnout* en médicos especialistas que laboran en un Hospital Universitario de tercer nivel de la Ciudad de Santa Marta, Colombia. La población estuvo conformada por 56 médicos especialistas vinculados a dicha Institución, a los cuales se les aplicó el Maslach *Burnout* Inventory (MBI), teniendo en cuenta la edad, especialización y tiempo de vinculación. Se encontró un alto nivel de agotamiento emocional (94,6%) en comparación

con las otras dos variables, estando la despersonalización (53,6%) y la falta de realización personal (55.4%) en un nivel medio, estableciéndose la presencia del Síndrome de *Burnout* en un nivel medio en los médicos especialistas del Hospital Universitario.

Por otro lado, Mariños, Otero, Málaga y Tomateo (2011), determinaron la frecuencia de coexistencia de Síndrome de *Burnout* (SBO) y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general de Lima Perú. Donde se realizó un estudio descriptivo transversal en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), utilizando la versión en español del inventario de Maslach para SBO (MBI) y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de  $31 \pm 4.4$  años. La frecuencia de SBO fue 54.9% y de sintomatología depresiva 38.6%. El 32.9% presentó síntomas depresivos y SBO, se tuvo que la coexistencia entre SBO y síntomas depresivos fue 32.9%.

Así también, Beltrán, Montero, Moreno y Flores (2011), analizaron la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de *Burnout* en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de Maslach *Burnout* Inventory (MBI-HS), con base al instrumento se obtuvo que: de los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia para el Síndrome de *Burnout* fue del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%.

Por otra parte, Cardona, Castrillón, Arango, Rodríguez, Gallego, González, y Merchán (2011), estudiaron la prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de *Burnout* en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia). Se diseñó un estudio de corte transversal para evaluar la prevalencia y los factores psicosociales asociados al Síndrome de desgaste profesional en médicos generales y especialistas, mediante cuestionario auto administrado que evalúa factores sociodemográficos, la prevalencia del Síndrome de desgaste profesional (mediante el empleo del cuestionario Maslach HSS). Se obtuvo una participación de 227 médicos. Se encontró una frecuencia de *Burnout* de 17.6%, 26.4% agotamiento alto, 26.1% despersonalización, y 7.2% de realización personal baja. Se encontró relación significativa de *Burnout* con actividad

extra laboral ( $p=0.039$ ); se presenta en un 25.8% en los médicos que no realizan ningún tipo de actividad extra laboral en la semana, 14.3% entre los que la realizan. También con la funcionalidad familiar ( $p=0.009$ ); los médicos que presentan disfunción moderada tienen mayor tendencia a presentar el Síndrome de *Burnout* en un 37.5%.

Asimismo, Del Carmen, Ávalos, Álvarez, Morales, y Hernández (2013), determinaron la presencia del Síndrome de *Burnout* y su relación con la funcionalidad familiar en el personal médico y de enfermería de un Centro de Especialidades Médicas del hospital de Villa Hermosa, Tabasco, México. El estudio fue de tipo observacional, transversal y analítico, se utilizó el cuestionario Maslach *Burnout* Inventory, estadística descriptiva e inferencial. Se obtuvo que el 74.6% de la población estudiada presentó Síndrome de *Burnout*, predominando las mujeres en un 61%, la media de edad fue de 43 años, la antigüedad de 11 años, unidos a una pareja el 70%, con plaza de base el 68%, ha presentado incapacidad el 20%, incapacidad por lumbalgias el 85%, con Síndrome de *Burnout* en el nivel leve 55%, moderado 17%, grave 2%. La disfuncionalidad familiar se presentó en el grupo de los médicos. Las enfermeras fueron el grupo más afectado con el Síndrome y los médicos con mayores niveles de disfuncionalidad familiar.

Cabe agregar que Frutos, Jiménez y Blanco (2014), analizaron el nivel de desgaste profesional o *Burnout* que presentaban los médicos de atención primaria de Ávila y la influencia de factores sociales, laborales y de salud en la aparición del mismo. Se realizó un estudio epidemiológico transversal y descriptivo dirigido a todo el personal médico de atención primaria de Ávila mediante 2 cuestionarios: el Maslach *Burnout* Inventory y otro de variables sociodemográficas, laborales y de salud. Se obtuvo una tasa de respuesta del 51.8%. La edad media fue de  $48.55 \pm 8.16$ . El 52% eran varones, casados el 77%, con plaza en propiedad el 45%, trabajando en centros rurales el 78% y realizando guardias más consulta el 82%. La prevalencia en su estudio resultó ser baja, 16% en su grado grave. Constatamos una alta prevalencia de la enfermedad, 68%, en su grado grave o moderado/grave se encontró un nivel moderado de *Burnout*.

Además, de acuerdo con Roldán y Barriga (2015), investigaron acerca del Síndrome por quemarse en el trabajo “*Burnout*” y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. En el cual consistió en medir la frecuencia del SQT entre los médicos generales de tres instituciones privadas de Bogotá y determinar los factores asociados según las

variables consideradas. Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo, para el que se utilizó el cuestionario para la evaluación del Síndrome de quemarse por el trabajo (CESQT). Constituyeron la población 106 médicos generales, se obtuvo como resultado que el 6.6% de la población presenta un nivel crítico.

Por otra parte, Aranda, Barraza, Romero, Quiñonez, Ceniceros, González y Esparza (2015), analizaron los factores psicosociales que se asocian al Síndrome de *Burnout* en los médicos generales que laboran para una institución pública de salud en Tepic, Nayarit, México. El estudio fue transversal analítico. Se emplearon dos instrumentos: la guía de identificación de factores psicosociales del Instituto Mexicano del Seguro Social y la escala de “Maslach *Burnout* Inventory (MBI)”, se obtuvo que, la prevalencia global para los factores psicosociales fue del 23.7% y del 32% para el Síndrome de *Burnout*. Los médicos probablemente manifiestan el Síndrome de *Burnout* debido a la exigencia que implica velar por la salud y el bienestar de las personas, adecuar las áreas laborales y organización del trabajo y las tareas podrían ser una estrategia importante.

Ahora bien, el estudio de Silva (2016), determinó la prevalencia y factores asociados al Síndrome de *Burnout* en el personal médico del área crítica del hospital San José del Callao. Para ello se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico de corte transversal. En fuente de información prospectiva, se tomaron en cuenta: asistentes, residentes e internos, de los cuales se estudiaron en total a 64 personas. Se halló una prevalencia del Síndrome de *Burnout* en el 7.8% del personal estudiado, también existe un 29.7% de personal con niveles altos de “cansancio emocional”, 39.1% con niveles altos de “despersonalización” y un 37.5% con niveles altos de “realización personal” las variables sociodemográficas sobre el Síndrome de *Burnout*, se encontró que el personal estudiado del servicio de medicina de “cansancio emocional” con 36.8%, “despersonalización” con 36.0% y “realización personal” con 50.0%, los niveles más bajos de “cansancio emocional” con 39.3% y “despersonalización” con 42.9%.

Con respecto a Terrones, Cisneros y Arreola (2016), identificaron la prevalencia del Síndrome de *Burnout* en los médicos residentes del Hospital General de Durango, México SSD (Secretaría de Salud de Durango), mediante un estudio descriptivo, transversal, prolectivo y se aplicó el cuestionario Maslach *Burnout* Inventory, se encuestó a 116 residentes, el 43.1 % (50) mujeres y el 56.89 % (66) hombres. La prevalencia general fue de

89.66 %, afectados en una esfera el 48.28 %, en dos esferas el 35.34 % y en las tres esferas el 6.03 %. En las tres esferas, el agotamiento emocional alto fue del 41.38 %, alta despersonalización en el 54.31 % y baja realización personal en el 41.38 %. La prevalencia se encuentra por arriba de la reportada. En las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y ortopedia los residentes se encuentran afectados en el 100 % de su población.

### **PERSONAL DE ENFERMERÍA**

Inicialmente, de acuerdo con Vidal y Ferrer (2002), investigaron las condiciones laborales y características del tipo de trabajo desarrollado por el personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos (UCI). El objetivo principal de este estudio fue de estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de diferentes hospitales de la provincia de Alicante. Para ello utilizaron el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados indicaron, para el personal de enfermería de los cuidados críticos, valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal.

Por otra parte, Del Río, García y Gómez (2003), estudiaron el Síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, en el que se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) que mide tres atributos (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) donde se analizaron trescientos veinte datos, en el cual se detectó un alto porcentaje con problemas de burnout en enfermeros/as de dicho hospital.

En el estudio realizado por Martínez, Puigdesens y Roig (2004), determinaron la prevalencia del SB, así como su relación con los factores sociodemográficos y el estado de salud general de las diplomadas universitarias de enfermería (DUE), adscritas al área de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona. Su investigación fue a través de una muestra de 70 DUE, con una edad media de 31,5 años. Los instrumentos que utilizaron fueron una encuesta sociodemográfica, el Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ). Las conclusiones obtenidas fueron: de entre la población estudiada, el perfil epidemiológico de riesgo de padecer Burnout sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo.

Por otro lado, Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, y Domínguez, (2004) determinaron la prevalencia del Síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales. El estudio que llevaron a cabo fue de tipo transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recopilaron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al Síndrome de Burnout lo midieron mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español. Con respecto a los resultados el personal de enfermería está más despersonalizado ( $p=0,004$ ) y menos realizado ( $p=0,036$ ) que el grupo de auxiliares/técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios comprobamos que el agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias ( $p=0,001$ ), la despersonalización en urgencias ( $p=0,007$ ), y el Burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias ( $p=0,000$ ). Los profesionales que respondieron que su labor asistencial era poco reconocida obtuvieron las peores puntuaciones en el Burnout y sus tres dimensiones ( $p=0,000$ ). A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas ( $p=0,000$ ). Concluyeron que el perfil del sujeto afecto de Burnout si corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo (parr 1-3).

Ahora bien, con respecto a Martínez y López (2005), estudiaron las características del Síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas, durante marzo del 2003 a septiembre del 2004, donde se llevaron a cabo eventos científicos en las cuales se les pidió contestar el inventario de Maslach Burnout con el fin de estudiar las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, relación de pareja y turno laboral, con respecto al estudio que realizaron se muestran resultados en el cual los enfermeros son más propensos a presentar el Síndrome de Burnout que las enfermeras.

En el estudio de Gomero, Palomino, Ruiz, y Llap (2005), identificaron a los trabajadores sanitarios con Síndrome de Burnout en el centro de labor de una empresa minera del sur de Perú y aportaron las características epidemiológicas que permitieron una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario. Por lo que se entregó el Maslach Burnout Inventory

al personal sanitario de los hospitales, previa explicación del estudio. Se recibieron 82 (63%) los cuestionarios debidamente llenados de los 130 entregados, de los cuales 26 fueron médico(a) s, 35 enfermero(a)s y 21 auxiliares de enfermería (parr 2-4).

Además, con base en Sánchez, Claro, Lorenzo, Vicente, Morales y Fernández (2006), investigaron la prevalencia del Síndrome de Burnout en los fisioterapeutas, para lo cual se llevó a cabo un estudio observacional transversal sobre una muestra de 46 fisioterapeutas, a los que se les aplicó el Maslach Burnout Inventory para medir el grado de Síndrome de Burnout que prevalece en ese centro de salud, con respecto a los estudios realizados la prevalencia del Síndrome de Burnout es relativamente baja, con base al siguiente criterio: elevado agotamiento emocional, baja realización personal y alta despersonalización.

Así también, Tuesca, Iguarán, Suárez, Vargas y Vergara (2006), analizaron el grado de desgaste profesional de las/os enfermeras/os que laboran en el área metropolitana de Barranquilla (Colombia). Mediante un estudio descriptivo exploratorio con participación voluntaria de 103 enfermeras/os, administraron el Maslach Burnout Inventory (MBI), en el que valoraron el cansancio emocional, la despersonalización, los logros personales, variables sociodemográficas y laborales. Los resultados mostraron que la presencia del Síndrome de quemado en enfermeras/os en el área metropolitana de Barranquilla es relativamente baja en las tres categorías.

Cabe mencionar que, Durán y Rodríguez (2006), estudiaron la prevalencia del Síndrome de Burnout o quemado mediante el Maslach Burnout Inventario (MBI) en las enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo que está integrado por cinco hospitales y se relaciona con distintas variables sociodemográficas. Fue un estudio comparativo entre los distintos hospitales, observacional y de carácter transversal. De acuerdo a los resultados que obtuvieron se pudo identificar la presencia del Síndrome de quemado en enfermeras/os en el área metropolitana de Barranquilla fue relativamente bajo en las tres categorías.

Por otro lado, Gil y García (2008) estudiaron la influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT). La muestra se llevó a cabo mediante 714 profesionales de enfermería que trabajan en diferentes hospitales. El SQT se evaluó mediante el cuestionario MBI-HSS, la sobrecarga laboral se midió mediante una escala de 7 ítems de Karasek y la autoeficacia mediante la escala de Baessler y Schwarzer.

Los resultados obtenidos mostraron que la sobrecarga laboral y la autoeficacia fueron predictores significativos de las dimensiones agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización. En la comprobación de los efectos moduladores de la autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral sobre las tres dimensiones del MBI sólo resultó significativo el efecto modulador de la autoeficacia en la relación entre sobrecarga laboral y agotamiento emocional. Esta investigación permitió afirmar que es necesario evitar la sobrecarga laboral para prevenir la aparición del SQT, y que la autoeficacia observada de los profesionales va a prevenir la aparición del SQT y disminuir la incidencia de la sobrecarga laboral sobre esta patología (p. 1).

Además, Magaña y Sánchez (2008) determinaron el grado de Síndrome de Desgaste Emocional (Burnout) en investigadores del estado de Yucatán, México; así como explorar la percepción sobre las condiciones institucionales que pudieran asociarse al mismo. Implementaron un cuestionario, que constaba de una escala likert para evaluar las 3 dimensiones del Síndrome y una sección de preguntas abiertas al respecto de la institución y su situación laboral, a 109 investigadores. Los resultados muestran ausencia relativa del Síndrome, pero tendencia a presentarlo en el periodo de 10 y 20 años de antigüedad. La información cualitativa mostro como factores de estrés laboral la multiplicidad de roles que tienen que asumir, la falta de grupos de trabajo consolidados, de infraestructura administrativa y operativa y los sistemas de evaluación

Por otra parte, Mera y Gaspar (2009), determinaron la prevalencia del Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en el personal sanitario de distintas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Con la idea principal de conocer la asociación entre el Burnout, sus dimensiones y variables sociodemográficas-laborales. Realizaron un estudio analítico comparativo transversal, en UCI de un hospital terciario, en noviembre de 2006. La prevalencia del Síndrome de Burnout en la muestra fue del 14%, siendo los profesionales de enfermería los más afectados. Se detectaron los niveles elevados de despersonalización y niveles medios de cansancio emocional y de realización profesional. Las variables relacionadas con el Síndrome de desgaste profesional fueron satisfacción profesional baja, relación con compañeros regular, reconocimiento laboral bajo y un cansancio emocional elevado en el personal más experto.

Acorde con Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga, (2009), estudiaron a 11,530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica, en diciembre de 2006 a septiembre de 2007. La muestra fue hecha El muestreo fue aprovechado permitiendo la participación de todos los profesionistas sanitarios de los países antes mencionados que se encuentran registrados en el portal de Internet “Intramed”. Finalmente obtuvieron que la prevalencia del Burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos, la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado y la satisfacción laboral son variables protectoras de Burnout.

Así pues, con base en Carrillo (2010) “La salud mental implica más que la mera ausencia de enfermedad, las personas psicológicamente sanas pueden presentar síntomas emocionales en ciertas circunstancias, e involucra una amplia escala de conductas, emociones, cogniciones y aptitudes, a través de los estudios realizados se sabe que los trabajadores de enfermería son vulnerables al Síndrome de desgaste profesional (SDP) o Burnout y se relaciona con características propias del trabajo, consideradas desagradables como son el manejo de excretas, de elementos sanguíneos o el cuidado de pacientes poco dóciles a las intervenciones de enfermería”.

Además, Barrios, Arechabala, y Valenzuela (2012), identificaron la relación entre la sobrecarga laboral y los factores que desencadenan la aparición del Síndrome Burnout en el personal de enfermería de las unidades de hemodiálisis. La metodología utilizada fue una búsqueda en bases de datos a través de la colección electrónica del Sistema de Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Cuarenta y tres artículos fueron revisados para analizar los predictores descritos en trabajadores de salud, entre los que destacan: sobrecarga laboral, frecuencia y tiempo dedicado a la atención de pacientes, participación en la toma de decisiones, riesgos laborales y riesgo de afectación psíquica y la incorporación constante de nuevas tecnologías y conocimientos. La evidencia apoya que altos niveles de satisfacción con el puesto de trabajo, relaciones interprofesionales colaborativas, trabajo en equipo, respeto al conocimiento y a la experiencia clínica por parte de los directivos, junto a la posibilidad de participar en la toma de decisiones son factores percibidos por las enfermeras/os como protectores de Síndrome de Burnout.

Cabe señalar que, Sánchez (2015), determinó la prevalencia del Síndrome de Burnout entre los profesionales de enfermería en las unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén, así como identificar los factores asociados a él, es tipo de estudio implementado fue observacional descriptivo transversal mediante un muestreo por conveniencia a través de un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales de elaboración propia y el cuestionario Maslach Burnout Inventory en su versión validada al español. La Muestra del estudio fue implementada por 86 profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén. Para el análisis se utilizó un estudio descriptivo y bivariante mediante IBM SPSS 19.0. Se obtuvo la prevalencia del Síndrome de Burnout del 50%, identificaron como factores de riesgo asociados a él, una antigüedad en el puesto actual de trabajo menor o igual a 8 años y la edad menor o igual a 45 años para la presencia de cansancio emocional.

Finalmente, de acuerdo Arias y Muñoz del Carpio (2016), estudiaron en Latinoamérica en profesionales de enfermería el Síndrome de Burnout surge debido a la sobrecarga laboral, la organización del trabajo por turnos, y las demandas familiares. En este caso el sexo es uno de los factores principales a contraer dicho Síndrome debido a la desigualdad de género que surge en el sexo femenino al otorgarle un pago menor al que se les da a los varones.

### **PERSONAL ODONTOLÓGICO**

En primer lugar, de acuerdo con Atance (1997), se describe un estudio que realizó cuyo objetivo fue caracterizar las variables epidemiológicas universales que permitan una aproximación al perfil de riesgo de los profesionales sanitarios del sistema público del Área de Guadalajara, actualmente, para ello el método que se utilizó, estudió una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada aleatoriamente, a los que se les aplicó el instrumento de medida del Síndrome de *Burnout* (Maslach *Burnout* Inventory) de forma auto administrada, realizando una selección al azar en ambos niveles asistenciales, el cuestionario valora Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Falta de Realización Personal (FRP). Y como resultado obtuvo que el perfil epidemiológico de riesgo sería: mujer de más de 44 años sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el centro, profesional de atención especializada, con más de 21

pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y a ésta entre 36 y 40 horas semanales.

Por otra parte, en la investigación realizada por Hernández (2003), describe un estudio desarrollado en un municipio de la Habana Cuba a 287 profesionales de la salud acerca de estrés y Síndrome de *Burnout*. Estableció dos hipótesis, H<sub>1</sub>: el género, profesión y nivel de atención diferencian las respuestas de estrés y *Burnout*; H<sub>2</sub> el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y *Burnout*; ambas hipótesis fueron confirmadas. El *Burnout* afecto principalmente a las mujeres médicas y el estrés a las enfermeras.

Además, en cuanto a la investigación realizada por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), estudiaron a 11,530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica, en diciembre de 2006 a septiembre de 2007. La muestra fue hecha permitiendo la participación de todos los profesionistas sanitarios de los países antes mencionados que se encuentran registrados en el portal de Internet “Intramed”. Obtuvieron que la prevalencia del *Burnout* es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. Finalmente, identificaron como variables protectoras de *Burnout* a: la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica.

Con respecto a Preciado y Vázquez (2010), realizaron una encuesta a estudiantes mexicanos de odontología que cursan el quinto grado de su carrera equivalente a la mitad en una universidad pública que están realizando prácticas profesionales en alguna institución. Los instrumentos se contestaron de manera individual en solo una sesión. Se utilizó un cuestionario generado por Nowak que está integrado por siete dimensiones: situaciones estresantes, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento y bienestar psicológico. Como conclusión la valoración del Síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en los participantes, reportó niveles altos en las tres dimensiones: (16) de los estudiantes, en cansancio emocional; el (22), en despersonalización, y (30) con baja realización personal.

Asimismo, Visoso, Reyna, Ariselda y Montiel (2012), estudiaron a 108 alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México: 36 docentes, 36 trabajadores administrativos y 36 estudiantes de licenciatura y posgrado, en donde se aplicó el Maslach *Burnout* Inventory (MBI). Obtuvieron que en el grupo de docentes en la

escala de Agotamiento Emocional (AE) presentaban un nivel de afectación bajo, en la escala de Despersonalización (DP) un nivel medio y en la escala de Realización Personal (RP) un nivel bajo. No hay estudios sobre el SB, que incluyan todos los grupos que conforman el personal de una Facultad de Odontología. Sin embargo, es importante conocer las diferencias en la afectación por este Síndrome en cada uno de los grupos, lo que permitirá la elaboración de estrategias específicas para cada uno, y evitar en lo posible sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

En cuanto a Ibáñez (2012), realizó un estudio de corte transversal, en una población de docentes de la fundación universitaria San Martín en Bogotá Colombia, el tamaño de muestra fue de 90 docentes, los cuales cumplieron con los criterios de selección. Y como resultado obtuvo que el agotamiento emocional fue alto en un 30.8%, moderado en un 43.6% y bajo en un 25.6%. En despersonalización fue alto en un 17.1%, moderado en un 48.8% y bajo en un 34.1%. En baja realización personal fue moderado en un 1.4% y bajo en un 98.6%. En el análisis multivariado se encontró asociación con agotamiento emocional y el APGAR familiar leve, siendo 16.84 veces mayor frente al funcional, y en el estado civil soltero 10.54 veces mayor frente al casado. En despersonalización, el estado civil separado tuvo un riesgo 2.94 veces mayor de presentar agotamiento emocional frente al estado civil casado o unión libre.

A su vez Castañeda y García (2012), realizaron un estudio mediante el censo del personal odontológico de la Universidad de Guadalajara México y los que ejercen la práctica privada, donde participaron 135 de ellos aplicándoles una ficha de identificación y el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey en forma auto administrada. Y como resultado obtuvo que el 90.0 % de respuesta se detectó una frecuencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en el 5.3 % de ellos se obtuvieron diferencias significativas en función a ser menor de 40 años de edad. Y como conclusión el síndrome de desgaste profesional (burnout) es frecuente 50.3 % en los odontólogos, sus principales factores de riesgo: laborar en la práctica privada, el ser mujer, menor de 40 años de edad, sin pareja estable y con más de 15 años con pareja, el no trabajar la pareja, sin hijos, ser especialista, con menos de 10 años de antigüedad laboral y en el puesto actual de trabajo más de 10 años, laborar en el turno matutino, contratación definitiva y el tener otro trabajo Se encontró una correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y positiva entre la falta de

realización personal en el trabajo con la presencia del síndrome. Es necesario establecer medidas preventivas o de intervención en los niveles individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada.

Ahora bien, con base en Castañeda y García (2013), realizaron una encuesta a 203 empleados de odontología de la zona metropolitana de Guadalajara, México, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), utilizaron un formulario de identificación auto informado y la encuesta de servicios humanos de Inventario de Burnout de Maslach para recopilar datos. Como resultado obtuvieron que hubo una respuesta del 88.3%. El síndrome de agotamiento profesional se detectó en el 52.2% de ellos. En conclusión, el síndrome de agotamiento profesional es común 52.2% para los dentistas, Se encontró una correlación negativa entre las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, Y positivo entre la falta de realización personal en el trabajo con la presencia del síndrome.

Por otra parte, Aguilera y Alba (2013), realizaron un estudio mediante el censo del personal odontológico del área metropolitana de Guadalajara México, del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad de Guadalajara, donde participaron 138 de ellos, aplicándoles una ficha de identificación y el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey en forma auto administrada. Se logró el 92% de respuesta, como conclusión el síndrome de agotamiento profesional es frecuente 52% en los odontólogos. Los niveles medios de las subescalas se encuentran en general cerca de la normalidad, se encontró una correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y positiva entre la falta de realización personal en el trabajo con la presencia del síndrome.

Asimismo, Picasso (2015), estudió a 140 alumnos de la universidad de San Martín de Porres ubicada en Perú. El Síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) fue medido mediante el Maslach *Burnout* Inventory, el instrumento presentó 15 ítems que evaluaron 3 dimensiones, Agotamiento emocional, cinismo y eficacia académica. Cada ítem describe una característica del Síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*). Conclusiones: El 30,7% de la muestra presentó SB en grado severo, y el 23,6% en grado moderado. Se encontró que la prevalencia del SB era significativamente mayor en hombres, y menor en el grupo que vive solo. No se encontró relación entre el SB y el estado civil, trabajar además de estudiar, practicar alguna religión o deporte, o presentar molestias fisiológicas durante la época de estudios.

De forma semejante, Bedoya (2015), investigó a 60 cirujanos dentistas, del centro Médico Naval, 30 fueron del departamento de Estomatología. Se utilizó la ficha técnica de Inventario *Burnout* de Maslach (Síndrome del quemado). Se obtuvieron resultados similares en ambos grupos de encuestados y que el 25% presentaron baja realización personal en el trabajo.

Por otro lado, Leal, Díaz, Tirado, Rodríguez y Vander (2015), realizaron en la región de Murcia España un estudio observacional, a una muestra de 927 profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería). Usaron la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesional de la Salud (EHC-PS) y el Maslach *Burnout* Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). Y encontraron evidencia de que las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud protegen y amortiguan el Síndrome de *Burnout*.

En cuanto a Maticorena, Beas, Anduaga y Mayta (2016), estudiaron en Perú la prevalencia del Síndrome de *Burnout* (SB) en médicos y enfermeras. Se basó en la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de salud del año 2014. El SB fue identificado mediante el Inventario de *Burnout* de Maslach encuesta de servicios humanos, y obtuvo que la prevalencia es mayor en médicos que en enfermeras.

Por otra parte, Terrones, Cisneros y Arreola (2016), realizaron un estudio en el hospital de Durango a 116 médicos residentes de las especialidades de: anestesiología 16, cirugía 16, ginecología 23, medicina interna 9, medicina familiar 5, ortopedia 11, patología 9, radiología 7, pediatría 12 y 8 en urgencias. De la muestra recolectada, 50 fueron mujeres y 66 hombres; del total, 32 refirieron estar casados, 78 solteros, 5 en unión libre y 1 separado. Se aplicó el cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory a los médicos residentes de las diferentes especialidades que están laborando de manera activa en el hospital, el cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory constó de 22 ítems. Y como conclusión encontraron que la prevalencia se encuentra por arriba de la reportada. La mayor frecuencia de afectados fue la de despersonalización, seguida por agotamiento emocional y al final la de realización personal. En las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y ortopedia los residentes se encuentran afectados en el 100 % de su población.

En cuanto a Muñoz, Medina, Carrasco, Pérez y Ortiz (2016), realizaron un estudio en una universidad de la concepción en Chile a 276 estudiantes de los distintos niveles formativos de la carrera de odontología, Previo al análisis estadístico se eliminó a quienes presentaban más de un 10 % de omisiones en la escala MBI, obteniéndose una muestra válida de 273 alumnos, de los cuales 175 correspondían a mujeres y 98 a hombres, con edades entre 18 y 30 años. La mayoría (49.45 %) provenía de establecimientos particulares subvencionados, un (30.04 %) provenía de establecimientos particulares pagados y un (20.16 %) de establecimientos municipalizados. Los resultados muestran que, en general, los alumnos presentan un mayor nivel de agotamiento emocional y una menor despersonalización al comparar los niveles de burnout por sexo y en relación al nivel formativo, se observó que existían diferencias significativas sólo en el nivel de agotamiento emocional, con las mujeres, presentándose puntuaciones mayores a las de los hombres, también se observó que las mujeres presentaron puntajes menores en las dimensiones despersonalización y falta de realización personal, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticas significativas.

Acorde con Lebrón y Díaz (2017), realizaron un estudio a 83 odontólogos que correspondían al 64.34% del total de odontólogos que prestaban servicios en la XVIII región sanitaria del ministerio de salud pública y bienestar social (MSP y BS), en Asunción Paraguay, en el año 2015. Utilizo dos cuestionarios estructurados y auto administrada para el registro de las variables demográficas y laborales, valoración por parte de individuo de sus esferas personal y laboral se utilizó un cuestionario de elaboración propia basado en una recopilación de otros trabajos de investigación. Para la evaluación de la presencia del SB se empleó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) en su versión en español. Y como resultado obtuvo que el 67.47% de los odontólogos presentaron valores bajos de cansancio emocional. El 3.61% y el 66.27% obtuvieron niveles altos de despersonalización y realización personal, respectivamente. El 36.15% se hallaba en riesgo de padecer SB y el 1.20% presentó SB. En conclusión, hayo que la frecuencia de SB podría atribuirse a la sensación de optimismo, así como a las valoraciones laboral y económica favorables observadas, que servirían a los odontólogos de estímulo positivo para el desempeño de sus labores profesionales.

Además, Ayala y Silva (2017), realizaron una investigación en la facultad de odontología de la universidad Central de Ecuador a 211 estudiantes de los cuales corresponden a 123 estudiantes de octavo semestre y 88 estudiantes de noveno semestre, y se encontraron resultados significativos con la variable de estudio género, se demostró un nivel alto en la variable edades con intervalo de 20 a 25 años 15.7%, se encontraron niveles altos de cansancio emocional por el estado civil en la unión libre 50%, se tiene una mayor proporción que si tienen cargas familiares 21.9% y nivel bajo se tiene en la variable que no tienen trabajo 18.8%. En conclusión, identifiqué que existen muy pocos estudios del Burnout aplicado a los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador y no se define diferencias el síndrome en este tipo de estudiantes con respecto a los grupos estudiados.

Por último, acorde con Arteaga, Junes y Navarrete (2018), estudiaron en el hospital de salud de Santa María del Socorro de Ica ubicado en Perú en el año 2013, una muestra de 238 trabajadores para determinar la prevalencia y los factores asociados al Síndrome de *Burnout*, se usó la escala de Maslach *Burnout Inventory* (MBI) y concluyeron que existe baja prevalencia de Síndrome de *Burnout* en el personal; sin embargo, la mayoría está en riesgo de padecerlo. La ingesta de medicamentos se asocia a la presencia de este Síndrome.

## JUSTIFICACIÓN

En México, la Secretaría de Salud institución encargada de salvaguardar la salud de los mexicanos con base en diferentes programas enfocados en realizar diversas actividades, a nivel estatal se dividen el trabajo en las diferentes jurisdicciones sanitarias mismas que tienen a su cargo un gran número de centros de salud, entre el personal que labora se encuentra el área de médicos generales, enfermeras y odontólogos, quienes se encargan de realizar distintas actividades tales como promover y proteger la salud y el derecho a la misma, prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a los individuos de distintas comunidades cuando se enferman.

Ahora bien, en términos de salud y con base en la Agenda 2030 (2017), uno de sus 17 objetivos sostenibles es la salud con la que se pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas de todas las edades, así pues, tanto personal médico general, como enfermería y odontólogos también pueden y deben gozar de una vida sana para ejercer con eficiencia su trabajo profesional.

En ese orden de ideas, el personal antes mencionado podría en cierto grado presentar cuadros de agotamiento emocional, fatiga y depresión (síntomas del SB) derivados de sus funciones laborales.

Por tanto, se investigó con el personal directivo de la jurisdicción sanitaria No. VII, y se determinó que los profesionales mencionados con anterioridad, aún no habían sido evaluados mediante el cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory (MBI).

Así pues, de acuerdo con Gracia, Varela, Zorrilla, y Olvera (1986), describen al modelo MBI, que se ha utilizado con mayor frecuencia para medir el Síndrome de *Burnout* debido a que es una herramienta validada independientemente de las características ocupacionales con base en las cuales se quiere emplear, en este caso para determinar la existencia o ausencia (parcial o total) del Síndrome de *Burnout*, con esto se buscó generar los siguientes beneficios: disminuir riesgos de trabajo, reducir las condiciones inseguras, accidentes de trabajo y costos y mejorar el rendimiento laboral.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Evaluar el riesgo de Síndrome de *Burnout* en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.

### ESPECÍFICOS

- Realizar investigación documental acerca del Síndrome de *Burnout* en personal de la salud.
- Aplicar el instrumento de Maslach a personal de la salud adscrito a la Jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.
- Presentar la información con base en los niveles de Síndrome de *Burnout* en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.

## HIPÓTESIS

### PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿El personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, Veracruz, México, presenta riesgos de SB?

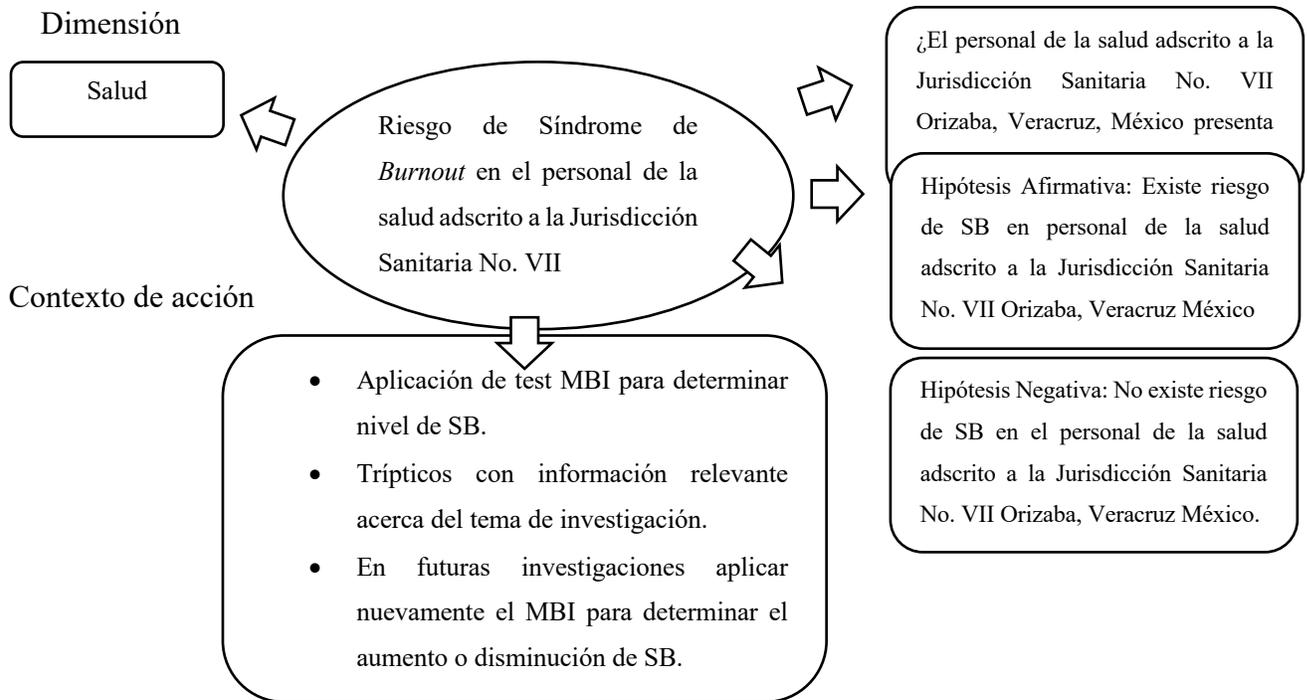
¿El personal médico general adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México presenta síntomas de SB?

**Hipótesis Afirmativa:** Existe riesgo de SB en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México

**Hipótesis Negativa:** No existe riesgo de SB en el personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México.

**Hipótesis Alternativa:** Existen otros factores diferentes al riesgo por SB que afectan al personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México.

**Figura 1.** Modelo hipotético del personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, Veracruz, México, presenta riesgos de SB.



**Fuente:** elaboración propia (2021).

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE LA SALUD  
ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO

**Tabla 1.** Matriz de congruencia del personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, Veracruz, México, presenta riesgos de SB.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MÉTODO	INSTRUMENTO
¿El personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México presenta síntomas de SB?	Evaluar el riesgo de Síndrome de <i>Burnout</i> en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.	Realizar investigación documental acerca del Síndrome de <i>Burnout</i> en personal de la salud.	Teorías de la salud	H <sub>1</sub> : Existe riesgo de SB en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México	Cansancio emocional (CE).	Afirmaciones: 1-2-3-6-8-13-14-16-20 del inventario de Síndrome de <i>Burnout</i> de Maslach.	Mixto	Cuestionario
		Aplicar el instrumento de Maslach a personal de la salud adscrito a la Jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.	Teoría del clima organizacional	H <sub>0</sub> : No existe riesgo de SB en el personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México.	Despersonalización (D).	Afirmaciones: 5-10-11-15-22 del inventario de síndrome de burnout de Maslach.		
		Presentar la información con base en los niveles de Síndrome de <i>Burnout</i> en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.	Teoría del desempeño laboral	H <sub>a</sub> : Existen otros factores diferentes al riesgo por SB que afectan al personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Orizaba, Veracruz, México.	Falta de realización personal (FRP).	Afirmaciones: 4-7-9-12-17-18-19-21 del inventario de Síndrome de <i>Burnout</i> de Maslach.		

Fuente: elaboración propia (2021).

## MARCO TEÓRICO

### DEFINICIÓN DE RIESGOS LABORALES

Se comprende por riesgos laborales a los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales que representan un problema humano y económico, el cual constituye una preocupación en todo tipo de organización, debido a que disminuye la capacidad del trabajador y de la empresa.

Ahora bien, de acuerdo con Zazo (2015a), define los riesgos laborales como la probabilidad de sufrir algún daño físico proveniente del trabajo o medio donde se encuentra el trabajador. Por otra parte, los riesgos laborales son todos los hechos o situaciones que pueden provocar un trastorno en la salud del trabajador con motivo de alguna actividad laboral (Segura, 2015). Con base en lo anterior los riesgos laborales son un problema que se debe de tomar en cuenta en todas las organizaciones, donde los trabajadores corren el riesgo de sufrir algún accidente o hasta alguna afección psicológica, para efectos de esta investigación en las unidades médicas.

### Tipos y características de los riesgos laborales

En la siguiente tabla, se presentan los tipos de riesgo y sus características de acuerdo con información proporcionada de Zazo (2015b), que describe los siguientes:

**Tabla 1.** Tipos y características de riesgos laborales.

<b>Tipo de riesgo</b>	<b>Características</b>
Riesgos derivados de las condiciones de seguridad de la estructura del centro de trabajo o del proceso productivo maquinaria y equipos.	Estas podrían ocasionar incendios, electrocución entre otros.
Riesgos originados por agentes físicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de tipo mecánico</li> <li>• Riesgo de tipo luminoso o calorífico</li> <li>• Riesgos derivados de los distintos tipos de energía.</li> </ul>
Riesgos originados por agentes químicos	Es la exposición de contaminantes y agentes que se encuentran en el ambiente de trabajo.
Riesgos originados por agentes biológicos	Exposición o contacto con seres vivos como son bacterias, parásitos, virus, entre otros.
Riesgos derivados de la organización y adaptación al puesto de trabajo.	Estas se dan por la propia naturaleza del proceso productivo como es la deficiente organización del trabajo o incorrecta adaptación al puesto de trabajo.

Riesgo de tipo psicológico	La carga de trabajo y la insatisfacción laboral podrían producir estrés, agotamiento o fatiga de manera que provocarían daños psíquicos.
Riesgos derivados del factor humano	Actuaciones peligrosas por intervención del hombre en las prácticas inseguras que podrían dar lugar a un accidente.

Fuente: elaboración propia con base en Zazo (2015c).

En el cuadro anterior se mencionan algunos de los riesgos laborales que se enfrenta un individuo en su área de trabajo por lo tanto puede afectar su salud e incluso causar la muerte por sustancias químicas, ruidos ocasionados por maquinarias en el campo laboral, entre otros.

### Factores de riesgo laboral

Los factores de riesgo son agentes desencadenantes de los accidentes, enfermedades y otras patologías derivadas del trabajo (Segura 2015a).

Así pues, los factores de riesgo aparecen cuando las condiciones laborales influyen negativamente en la seguridad de los trabajadores. Existen distintos factores (véase tabla 2), se puede afirmar que los factores de riesgo están inevitablemente presentes en las condiciones de trabajo, disminuyendo la seguridad de los trabajadores, actuando por si solos o en combinación con otros elementos (Segura, 2015b).

Ahora bien, en la siguiente tabla se presentan la clasificación de los distintos factores existentes de los riesgos laborales de acuerdo con Segura (2015c).

**Tabla 2.** Clasificación de factores de los riesgos laborales.

Factor	Característica
Condiciones de seguridad	Referentes a máquinas, vehículos, superficie de trabajo, pasillos, entre otras
Condiciones del medio ambiente	Factores físicos (ruido, vibraciones), agentes químicos (aerosoles, gases) y contaminantes biológicos (virus, microbios).
Carga de trabajo	Problemas derivados de las exigencias físicas y mentales (esfuerzo, posturas, responsabilidad).
Factores organizativos	Problemas que puede generar la propia institución (jornada laboral, horarios, turnos).

Fuente: elaboración propia con base en Segura (2015d).

En el cuadro anterior se muestran los factores que se encuentran en las distintas organizaciones por lo cual el trabajador disminuye su calidad de vida en este caso el personal médico general en varias ocasiones se ve afectado por la misma organización.

### **ORÍGENES DEL SÍNDROME DE *BURNOUT***

El Síndrome de *Burnout* durante años se ha convertido en un caso muy importante de estudiar en cualquier organización debido a que esta podría afectar gravemente al trabajador y el medio que lo rodea, para poder obtener el conocimiento de un concepto preciso se realizaron distintas investigaciones que ayudaron a aportar el nombre de los padecimientos que se generaban en el campo laboral y en varias ocasiones afectaban de una u otra manera una organización.

Por otra parte, de acuerdo con Saborío e Hidalgo (2015a), el primer caso reportado de Síndrome de desgaste profesional en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo “a *Burnout* case” caso de agotamiento, es una novela que narra la historia de un arquitecto que se encontraba atormentado espiritualmente y decide abandonar su profesión para retirarse a la selva africana para su continua recuperación. El concepto se utilizó en la literatura especializada sobre el estrés laboral a partir de la década de 1970. (párr. 9)

Además, en el año de 1974, el psiquiatra germano estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, en las observaciones que realizó en una clínica para toxicómanos en New York, donde muchos de sus compañeros de equipo de trabajo que tenían más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación (Saborío e Hidalgo 2015b).

En ese sentido, pasado el tiempo en los Estados Unidos la psicóloga social Christina Maslach y Susan Jackson empezaron a enfocar su interés en la carga emocional y estudiaron el desgaste de los trabajadores, durante el periodo de 1976-1981 creando una herramienta de medición llamada MBI “Maslach *Burnout* Inventory” (González, 2015a).

Acorde con Saborío e Hidalgo (2015c), mencionan que, en 1988, Pines y Aronson de acuerdo con las ideas establecidas por Maslach plantearon que cualquier tipo de profesional puede padecer esta patología, aunque no brinde ayuda a otras personas como los profesionales de la salud. En 1996 Schaufeli, Maslach y Merck definieron el *Burnout* como un Síndrome que

se vinculaba con el compromiso laboral en donde la herramienta de medición “MBI” podría ser aplicada a la mayor parte de las actividades laborales (González, 2015b).

### **Conceptualización del Síndrome de *Burnout***

Existen diferentes conceptos acerca del Síndrome de quemarse por el trabajo por su traducción en inglés “*Burnout*” uno de estos conceptos es de Picasso (2015a), considera que el Síndrome de *Burnout* es un estrés laboral que se podría identificar por los problemas psicológicos que presenta el trabajador como es el agotamiento emocional, la despersonalización o pocos logros en el trabajo (p. 51)

Por otro lado, el Síndrome de desgaste (*Burnout*) es un problema que está presente en profesionales que trabajan con personas, en especial en los médicos, por ser una profesión en la que influyen factores externos e internos que pueden desencadenar dicho padecimiento; por externos entendemos cuestiones institucionales e internos como la personalidad del trabajador (Hernández, Dickinson & Fernández, 2008, p.11a).

Así pues, estos padecimientos los podría padecer cualquier tipo de empleado debido a que a las distintas responsabilidades que se tienen son causantes de estrés, el cual es el inicio del Síndrome de *Burnout*, por lo tanto, los médicos generales que al estar en contacto con diferentes tipos de personas podrían padecerlo.

Sin embargo, de acuerdo con González, Carrasquilla, Latorre, Torres y Villamil (2015), el Síndrome de *Burnout* es un padecimiento a causa del estrés crónico que se ocasiona en el campo laboral, debido a las exigencias y responsabilidades y se caracteriza por el cansancio emocional y la baja relación personal. El SB es un estrés de tipo laboral caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de baja realización personal o profesional (Picasso, 2015b).

Por otra parte, los médicos generales en su campo laboral corren el riesgo de padecer estrés, debido a los tipos de pacientes, las exigencias y la saturación de trabajo, que podrían ser causantes de este padecimiento y posiblemente tener consecuencias por causa del estrés que padece el médico. El estrés a todo aquél estado de tensión que es provocado por el exceso de trabajo o las responsabilidades que se otorgan y como consecuencia podrían ocurrir trastornos físicos o psicológicos en las personas que viven estrazadas (Picasso, 2015c).

Además, en centros de salud se podrían padecer estos trastornos físicos o psicológicos, en donde afecta no solo al personal sino a toda la organización debido a que la calidad de vida y desempeño laboral es muy baja, la existencia de enfermedades provenientes de este Síndrome que no permite al empleado realizar su labor de una forma eficaz y surge la disminución de logros y la rentabilidad de la organización por el padecimiento existente del Síndrome de *Burnout*. Según Almeida, Oliveira, Guimarães, Evangelista, Gomes y Vieira (2015), el Síndrome de *Burnout* es un proceso ocasionado por el estrés en el trabajo, que prevalece principalmente entre profesionales de las áreas de salud, educación o en cualquier otro tipo de área laboral (parr.7).

Con todo lo anterior, el Síndrome de *Burnout* (SB) se define como la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral con repercusiones de índole individual, organizacional y social, no solo afecta en el área laboral sino también en áreas académicas, deportistas, entre otras (Lucy, López, Jhony, & Pérez, 2017).

Finalmente, con base en Portabales (2018), la definición más aceptada es la de C. Maslach y Jackson, definen el *Burnout* como un Síndrome que se caracteriza por un alto grado de agotamiento, despersonalización y una reducida sensación de logro que se debe a la acumulación progresiva de estrés (p. 6).

A continuación, se presenta una tabla con información teórica referente al síndrome de *Burnout*.

**Tabla 3.** Modelos teóricos que contribuyen a la explicación del *Burnout*

<b>Teoría Ecológica</b>	La interrelación entre los distintos ambientes en los que participa el sujeto directa o indirectamente, puede hacer que se produzcan “desajustes ecológicos”, esto es, cuando las distintas normas y exigencias entran en conflicto
<b>Teoría Cognitiva</b>	No es tanto la situación, como la percepción de la misma por el sujeto. El que resulte estresante depende de sus esquemas mentales.
<b>Teoría Social y de organizaciones</b>	Son las variables del contexto laboral las que van a determinar las experiencias negativas del sujeto

Fuente: elaboración propia con base en Álvarez y Fernández (1991).

### **Características del Síndrome de *Burnout***

Inicialmente, de acuerdo con García (2018), el Síndrome de *Burnout* se caracteriza por un proceso paulatino, por lo cual las personas pierden el interés en sus tareas, la responsabilidad y hasta llegar a profundas depresiones.

Por otra parte, con base en Sánchez (2015a), los síntomas del Síndrome de *Burnout* se pueden distinguir en:

- **Sintomatología cognitiva:** la persona que lo padece parece haber perdido la capacidad de flexibilidad en el pensamiento, mostrando actitudes negativas que no le facilitan la capacidad de afrontamiento.
- **Sintomatología afectiva:** las personas muestran habitualmente sentimientos contradictorios entre su malestar personal y el no poder cumplir su deber como profesionales.
- **Sintomatología física:** la persona va perdiendo progresivamente parte de la energía y vitalidad que demuestra en situaciones normales.
- **Sintomatología conductual:** la persona afectada muestra diferentes actitudes que reflejan su estado ansioso llegando a adoptar determinados comportamientos de riesgo.

Además, existen otras características que se identifican en el Síndrome de *Burnout* es la falta de implicación, desgaste emocional, el daño emocional es el fundamento principal, el agotamiento afecta a la motivación y a la energía física, la depresión se da por la pérdida de los ideales y solo tiene efectos negativos (Sánchez, 2015b).

De acuerdo con Sánchez (2015c), las fases que componen el desarrollo del SB son:

- **Fase inicial o de entusiasmo:** Los profesionales muestran actitud positiva y mucha energía en su nuevo puesto de trabajo, con grandes esperanzas en la labor que van a realizar.
- **Fase de estancamiento:** Los profesionales hacen una valoración entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos o los beneficios percibidos y no encuentran una distribución equitativa. No se sienten capacitados o no cuentan con la disposición de recursos necesarios para poder realizar su actividad laboral.

- **Fase de frustración:** Los profesionales pierden su motivación para poder realizar su trabajo eficazmente. Se da el comienzo de problemas entre compañeros de equipos multidisciplinares, y se dan las primeras muestras de problemas de salud que se relacionan con esta situación.
- **Fase de hiperactividad y apatía:** En ella, los profesionales deciden hacer frente a demasiadas tareas a la vez, lo que los lleva a una sobrecarga emocional. Para contrarrestar estas circunstancias suelen evitar la interrelación con las personas a las que prestan servicio.
- **Fase de quemado:** En esta fase los profesionales sufren importantes consecuencias en nivel físico como profesional, que puedan acarrearle problemas en su ámbito familiar, laboral y social.

Ahora bien, de acuerdo con Hernández, Dickinson y Fernández (2008b), los grados que podrían padecer los médicos son:

- **Primer grado.** Signos y síntomas de agotamiento ocasionales y de corta duración que desaparecen a través de distracciones.
- **Segundo grado.** Los síntomas son más constantes, duran más y cuesta más trabajo sobreponerse a ellos. La preocupación por la efectividad se vuelve central, al mismo tiempo la persona se vuelve negativa y fría con sus compañeros y pacientes.
- **Tercer grado.** Los síntomas son continuos, con problemas psicológicos y físicos llegando incluso a la depresión, sin explicación a lo que pasa. La persona se aísla con nulas o pocas relaciones interpersonales. Se intensifican los problemas familiares.

### **Dimensiones del Síndrome de *Burnout***

Primeramente, de acuerdo con Cristina Maslach y Jackson que explican el modelo tridimensional del *Burnout* de Maslach, indican que es una respuesta al estrés laboral crónico, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y hacia el propio rol profesional. Siendo un Síndrome caracterizado por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, la doctora Maslach concluye que el *Burnout* se configura como “un Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (Olivares, 2017a).

Así pues, conforme a Maslach (2009), las tres dimensiones claves de esta respuesta son un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros. Esta definición es una afirmación más amplia del modelo multidimensional que ha sido predominante en el campo del *Burnout* Maslach.

A continuación, se presenta una tabla con las 3 dimensiones antes mencionadas por Maslach.

**Tabla 4.** Modelo tridimensional SB.

<b>Síntoma</b>	<b>Característica</b>
<b>Agotamiento</b>	Se refiere a sentimientos de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos. Los trabajadores se sienten debilitados y agotados. Carecen de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema. Las fuentes principales de este agotamiento son la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo
<b>Cinismo</b>	Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Los trabajadores con cinismo reducen la cantidad de tiempo que pasan en la oficina o lugar de trabajo y la cantidad de energía que dedican a su trabajo, por lo tanto, la calidad de ese desempeño disminuye.
<b>Ineficacia</b>	Se refiere a los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo, así como por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

**Fuente:** elaboración propia con base en Maslach (2009).

En el cuadro anterior se muestra el modelo tridimensional de las distintas características que sufren los trabajadores al estar ejerciendo su profesión y así mismo desarrollando el Síndrome de *Burnout*.

Por tanto, de acuerdo con Sánchez (2015d), el SB no es una enfermedad que aparece repentinamente si no que sigue un proceso conforme la persona que lo padece, sufre diversas alteraciones físicas, psíquicas y sociales.

### **Consecuencias del Síndrome de *Burnout***

Ahora bien, con fundamento en Sánchez (2015e), al padecer Síndrome de *Burnout* podrían presentarse distintas consecuencias en el campo laboral, en la tabla siguiente se presentan características de algunos efectos al padecer (SB).

**Tabla 5.** Consecuencias del Síndrome de *Burnout*.

<b>Grupo</b>	<b>Consecuencias</b>
Psicológicas	Actitudes negativas hacia sí mismo Depresión Sentimiento de culpabilidad Cólera Aburrimiento Abuso de las drogas
En el contexto organizacional	Disminución de rendimiento Falta de motivación hacia el trabajo Incapacidad de realizar el trabajo con rigor Intención de abandonar trabajo Ausentismo, Disminución del compromiso
Contexto ambiental	Actitudes negativas hacia la vida en general Disminución de la calidad de vida personal

Fuente: elaboración propia con base en Sánchez (2015).

En el cuadro anterior se muestran las distintas consecuencias suscitadas al padecer Síndrome de *Burnout* dividido por grupos, desde psicológicas hasta ambientales, dependiendo del lugar donde el trabajador desempeña su profesión, también dependerá de que padezca algunas de las consecuencias antes mencionadas.

### **Herramientas para medir el Síndrome de *Burnout***

Existen distintas herramientas para medir el Síndrome de *Burnout*, a continuación, se presentarán algunas de ellas:

Una de las herramientas más utilizadas es el de Maslach *Burnout* Inventory (MBI), conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen el *Burnout* que, según definen éstas autoras, son: Agotamiento Emocional (en adelante AE), Despersonalización (en adelante DP) y baja Realización Personal en el Trabajo (en adelante RPT)” (Olivares, 2017b).

Otro instrumento utilizado para medir el SB es el MBI-Educators (MBI-ES), que es la versión para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS y mantiene el nombre de las escalas.

Por otra parte, El MBI-General Survey (MBI-GS), una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems), agotamiento (5 ítems) y cinismo (5 ítems).

De igual manera Ruiz y Ríos (2004), mencionan algunas otras herramientas para poder medir el (SB) a continuación se muestran las siguientes:

Además, The Staff *Burnout* Scale for Health Professional (SBS) de Jones que está compuesto de 20 ítems con respuesta tipo Lickert que evalúa el *Burnout* tal y como lo describen Maslach y Jackson; se puede dividir la escala en cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes.

También se encuentra el Tedium Scales (TS) de Pines, Aranson y Kafry (1981) que consta de 21 ítems con medidas de cansancio emocional, físico y cogniciones que se valoran con respuesta de tipo Lickert de siete puntos. Uno de los problemas de este cuestionario es que no tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo.

Por otra parte, se presenta The Gillespie-Numerof *Burnout* Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof (1984) que es un cuestionario de 10 ítems que hacen referencia a sentimientos del trabajo; no se han establecido correlaciones con otras medidas de *Burnout* ni con el MBI.

Finalmente, se presenta el instrumento de Efectos psíquicos del *Burnout* (EPB) de García (1995) que fue diseñado para la medida del *Burnout* en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítems con respuesta valorada según una escala tipo Lickert de siete puntos variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre).

### **Escala de medición Maslach *Burnout* Inventory**

El cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory cuenta con 22 ítems que se dividen en tres dimensiones como son, cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, las preguntas cuentan con distintas respuestas que el encuestado tiene que elegir, las cuales son las siguientes: 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.

Acorde con Olivares (2017c), este instrumento se distribuye en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben una baja realización personal en el trabajo (tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden) (8 ítems), agotamiento emocional (no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y

afectivo) (9 ítems) y despersonalización (desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo) (5 ítems).

## CONTEXTO DEL PERSONAL LABORAL EN CENTROS DE SALUD PÚBLICA

### Orígenes de los centros de salud en el mundo

Inicialmente, con base en Gómez y Khoshnood (1991a), la actividad de salud se remonta desde hace más de un milenio. El intercambio de conocimientos y prácticas médicas entre China, Japón y Corea era ya común en el siglo II A.C., la medicina musulmana disminuyó en Europa durante la edad media y el renacimiento. En Italia se establecieron los consejos de salud pública para enfrentar la amenaza de la muerte negra en los años de 1347 a 1351.

Por otra parte Hernández (2014a), menciona que la mala alimentación también era un grave problema para padecer una enfermedad, la tuberculosis y el raquitismo aparecida en 1720, que siguió siendo endémica en el Mediterráneo occidental, Además, el crecimiento de las ciudades fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos, desechos fecales, vísceras de animales, sangre y demás perecederos, que generaban basura, mal aspecto y malos olores, lo cual acrecentó el interés de diversas personas en el tema (p.196). Además existieron grandes proyectos de los monarcas que se enfocaban tanto a la vida pública como la privada, uno de estos fueron los hospitales que tenían que ver con la idea de bienestar y progreso, fue el Allgemeine Krank-enhaus, hospital general de Viena que fue construido en 1784 por el emperador José II. En la Revolución francesa, que tenía como uno de sus ideales el bienestar común; algunos de los ideales de ésta y de la Ilustración vendrían a componer las bases del Estado moderno. Durante la Revolución, e incluso el Consulado, se gestionaron varios proyectos de reforma una de estos es la salubridad pública (p.96).

Ahora bien, en otros países, como Inglaterra, los hospitales se instalaron por iniciativa privada, especialmente gracias a las donaciones de personas con recursos económicos bastante considerables, debido a tres factores: la caridad, que estaba ligada a la idea de la redención; el afán de derrochar para demostrar cierto poder, y la idea ilustrada del mejoramiento de la calidad de vida de las personas. En la recién formada Alemania, Otto von Bismark, el astuto canciller austriaco, puso en práctica un seguro médico gestionado por el Estado en 1883.

Esto da cuenta de las preocupaciones del aparato estatal por crear conciencia sobre el cuidado de la salud de los individuos y, como repercusión indirecta, del resto de las personas (p. 97). La United Fruit construyó su primer hospital en Panamá en 1900. Le siguieron varios más, conforme el territorio se abría a la actividad económica: Hacia 1940, su Departamento Médico contaba con una línea de 15 hospitales de base y centros médicos, la cadena corporativa más extensa del trópico americano.

En Cuba y el canal de Panamá la creación de servicios de atención a la salud y de salud pública, resultaron básicos. Para confrontar estas necesidades, la familia Rockefeller creó la Comisión Sanitaria Rockefeller en 1909, la cual fue reconstituida en 1913 bajo el nombre de Comisión Internacional de Salud, cuyo objetivo expreso era la promoción de la sanidad pública y la expansión del conocimiento de la medicina científica (Gómez y Khoshnood, 1991b).

De acuerdo a Gómez y Khoshnood (1991c), los orígenes de la salud internacional fueron en los años de 1500 a 1800 donde los profesionales o instituciones de los países ricos en las regiones pobres de África, Asia y América Latina, se establecieron las primeras clínicas en las colonias conquistadas, éstas proporcionaban atención médica a los colonizadores y miembros de la tripulación de los barcos.

Ahora bien, el servicio médico Indú creado inicialmente como un servicio militar privado, que más tarde se convirtió en una agencia británica, se considera que fue el primer organismo de la salud internacional. Sin embargo, los conquistadores abrieron el primer hospital del nuevo mundo en el año de 1501 en Santo Domingo, en 1580 un grupo de médicos españoles crearon la cátedra de medicina en la universidad de México.6.3.2. Secretaría de salud y sus centros de atención médica en México.

Asimismo, en 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros y perteneciente al ramo de la beneficencia pública, la consolidación de este organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana comenzó en 1880. El 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico, en el cual se abordaron temáticas relacionadas con la salud y la higiene en las escuelas. Este modelo ideal buscaba enseñar a los mexicanos, desde corta edad, a mantenerse limpios y sanos, y lo que era más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades (Hernández, 2014b).

Por otra parte, el papel que desempeñaron los médicos fue fundamental para la conciliación de las reglamentaciones sanitarias dentro del país. Las acciones de salud pública del gobierno a cargo de Porfirio Díaz se extendieron por todo el territorio mexicano. De igual forma a principios de 1885 se creó un reglamento para la aplicación de la vacuna contra la viruela en los territorios de Baja California, Tepic y el Distrito Federal (p. 97).

Por otro lado, en 1895 el médico Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol comenzaron el proyecto de construcción del Hospital General, que abrió sus puertas en 1905, esto se debía principalmente a la falta de hospitales higiénicos y ventilados. En 1876, poco después del Plan de Tuxtepec, se fundó el Instituto Oftalmológico Valdivieso (p. 97).

En otro orden de ideas, de acuerdo con Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011a), en el año de 1917 se creó el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública, durante el transcurso de los años, específicamente en 1937 se crea la secretaria de asistencia pública, en 1943 la función del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la secretaria de salubridad y asistencia, hoy Secretaría de Salud y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

De acuerdo con Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011b), el sistema mexicano de salud comprende dos sectores; el público y el privado.

Además, dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social Secretaría de Salud (SESA), Servicios Estatales de Salud (SSA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS) (párr. 13). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola & Frenk, 2011c).

### **Conceptualización de centros de salud de atención pública por diversos autores**

Según Frenk (2016), los centros de salud de atención pública son una serie de servicios personales de naturaleza preventiva que están dirigidos a distintos grupos vulnerables, por ejemplo, los programas de atención materno-infantil.

De acuerdo con Cabeza, March, Cabezas y Segura (2016), los centros de salud son el proceso que permite que las personas ejerzan un control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su bienestar.

Ahora bien, con base en Franco (2015), los centros de salud garantizan el derecho a la salud y organizan, prestan y financian los diferentes servicios de salud que requerimos todos.

De igual manera, de acuerdo con Zurro y Solá (2011), mencionan que un centro de salud es una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la Atención Primaria en Salud (APS), es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones: desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas de promoción y prevención. Así pues, en el centro de salud integral se pueden asumir los siguientes grandes grupos de actividades:

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continua y urgente (no en todos los centros).
- Vigilancia epidemiológica.
- Docencia e investigación.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte)

### **Caracterización laboral de médico general**

Los médicos generales son los profesionales fundamentales en atención primaria, como los médicos especialistas lo son en los hospitales, ofrecen el seguimiento de problemas concretos de salud (continuidad) y el seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida, en muchos casos la labor del médico general es la de “dar seguridad”, aconsejar y resolver problemas (Gérvas & Ortún, 1995).

En ese sentido, el médico general puede decidir iniciar un tratamiento que lleve al alivio de los síntomas, si se ha formado una opinión suficiente a través de la entrevista clínica y la exploración física, y con el conocimiento previo del paciente y de su entorno (Gérvas & Pérez, 2005a).

Acorde con Gérvas y Pérez (2005b), el médico debería resolver la mayoría de los problemas de salud de los pacientes por sí mismo, el médico general ofrece un diagnóstico más corto y con mayor variedad de alternativas diagnósticas y terapéuticas que el especialista. En algunos casos, respecto a que se trata de un problema de enfermedad normal, o algún problema de salud más delicado, si no puede resolver el problema, el médico general debería derivar con acierto, respecto al momento y destino adecuado.

Ahora bien, el médico general, al reducir su mirada a la enfermedad "en sí", excluye la red de relaciones sociales y culturales que intervienen en el proceso salud/enfermedad del trabajador y de su familia, tipo de relaciones intra y en parte extralaborales, así como de los niveles posibles de consumo; si asumimos que dichos tiempos suponen marcar las posibilidades de contacto cotidiano con la familia en términos de relaciones de pareja y en función de las relaciones con los hijos, la finalidad de los médicos generales es dar solución de algún problema de salud teniendo la responsabilidad del paciente en la pronta mejora de su salud (Menéndez, 2005).

### **Caracterización laboral del personal de enfermería**

Inicialmente, con base en Següel, Valenzuela, y Sanhueza (2015), el personal de enfermería se encuentra todo el tiempo en constante presión de trabajo, debido a que se enfrenta al dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia por parte de los pacientes con los que está en contacto directo; además, la falta de trabajadores que puedan abarcar a cabalidad los requerimientos de la población y de las instituciones empleadoras hace que doblen su jornada laboral esto provoca deterioro en la calidad del cuidado.

Con respecto Sarella, y Paravic, (2002a), el trabajo de enfermería se refleja en el ámbito profesional y personal, en el plano profesional se requiere gran cantidad de conocimientos del manejo avanzado del trauma y de situaciones de alto riesgo en salud, que pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente y, desde el punto de vista personal, implica un compromiso constante de superación y entrega.

Estas características hacen que este trabajo pueda ser una fuente constante de crecimiento personal y profesional brindándole a la enfermera satisfacción laboral, como también una gran fuente de riesgos y de estrés, que pueden traducirse en accidentes, enfermedades e insatisfacción en el trabajo. Existe la percepción de que las enfermeras que trabajan en servicios altamente estresantes en donde a cada minuto se decide entre la vida y la muerte, están más satisfechas laboralmente que las demás enfermeras Sarella y Paravic (2002b).

Asimismo, de acuerdo con Infante, Moret y Curbelo (2007), “Enfermería es una profesión que la mayoría de la actividad que realiza es bajo estrés, es sumamente importante entonces que todo el trabajo que desempeña lo realice con placer y satisfacción. En la medida en que la enfermera esté satisfecha con su trabajo, los pacientes serán mejor atendidos. Existen aspectos tales como: el interés por el trabajo, el reconocimiento, el grado de responsabilidad, el desarrollo profesional con el trabajo, la política de promoción, que constituyen aspectos motivacionales intrínsecos, y si no son bien atendidos, pueden traer como consecuencia un mal trabajo en la profesión. Los aspectos motivacionales extrínsecos están relacionados con el ambiente del trabajo, la política organizacional, las supervisiones frecuentes, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y el apoyo de compañeras y jefes”.

De acuerdo a Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011), indican que en México hay 23,858 unidades de salud, sin considerar a los consultorios del sector privado; 4,354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1,182 son públicos y 3,172 privados. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social, alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, hospitales de especialidad.

Ahora bien, a partir de 1917, al efectuarse el Congreso Constituyente de Querétaro, a iniciativa del señor Presidente de la República, Don Venustiano Carranza, y por intermedio del Dr. José María Rodríguez, presidente del Consejo de Salubridad en aquel entonces, quedó incluido en la nueva constitución general del país la existencia del antiguo departamento de salubridad pública, y a continuación, con toda la autonomía de que estaba investido, se promulgaron las primeras leyes y disposiciones para la nueva organización de los servicios de salubridad en México. Zozaya (1957)

## LA SALUD Y PRODUCTIVIDAD LABORAL

### Conceptualización de la salud

La teoría de la salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que la salud es la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida (Moreno 2008, p.97).

Conforme a Casas y Klijn (2006a), la salud puede considerarse en términos de capacidad y posibilidad de satisfacer necesidades vitales, entre las cuales incluimos la autonomía, la alegría y la solidaridad. La salud también implica lucha y negociación con el medio ambiente, tanto a nivel individual como colectivo, y guarda relación con las condiciones de trabajo.

De igual manera Rojas (2004), menciona que el enfoque de salud de la población se diferencia del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales:

- Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los patrones determinantes de la salud. La atención tradicional se concreta en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas.
- Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo.

La salud es el bien-estar y bien-vivir de las personas, tanto en su individualidad como en sus relaciones con los demás y con la naturaleza Franco (2015a).

De acuerdo con la organización mundial de la salud, la salud es un estado de bienestar completo, físico, social y psicológico, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez (Obando, Salcedo & Correa, 2017).

En consonancia con González (2018a), distingue tres conceptos de salud y menciona los siguientes:

- Clásica: salud equivale a poder desarrollar las actividades cotidianas (trabajo, relaciones familiares y sociales, alimentarse, etc.).
- Fisiologista: equipara salud a ausencia de enfermedad. Es negativa y reductiva (prescindible de aspectos psicológicos o aspiraciones vitales).
- Noción oficial de la salud pública antes mencionada es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

Por otro lado, acorde con Gonzales (2018b), de acuerdo al modelo de Dever y Laframboise existen determinantes en la salud como son: la biología humana, estilo de vida, medio ambiente y asistencia sanitaria, de acuerdo con el modelo mencionado, Tarlov distingue cinco grandes grupos que mantienen interacciones entre sí en el cual se presentan las siguientes:

1. La biología humana (la asistencia sanitaria).
2. El estilo de vida (técnicas de prevención).
3. El ambiente comunitario (promoción de la salud).
4. El ambiente físico (protección de la salud).
5. La estructura macro social (política, que influye en todos).

### **Conceptualización de productividad laboral**

La productividad laboral es un indicador que refleja qué tan bien se están usando los recursos de una economía en la producción de bienes y servicios o bien, la productividad del trabajo, es una relación entre la producción y el personal ocupado y refleja que tan apropiado se está utilizando el personal ocupado en el proceso productivo (De Ita & Eugenia, 1994)

Conforme a Santos (2008), la productividad laboral se caracteriza por el grado de eficiencia del trabajo vivo. Mucho se refirió Marx a la correlación que la misma expresaba entre los volúmenes de producción (VP) y los gastos de trabajo, considerando la calidad requerida y los niveles medios de habilidad e intensidad de trabajo existentes en la sociedad.

Con respecto a Salazar, Guerrer, Machado, y Cañedo (2009), expresan que un trabajador es un ser biosicosocial. Por tanto, su salud, bienestar y felicidad son partes integrantes no sólo de la vida sino también del trabajo. Pero el bienestar y la felicidad no se pueden administrar, porque son reflejo de la armonía física y psicológica con el medio.

### **Relación entre la salud y la productividad laboral**

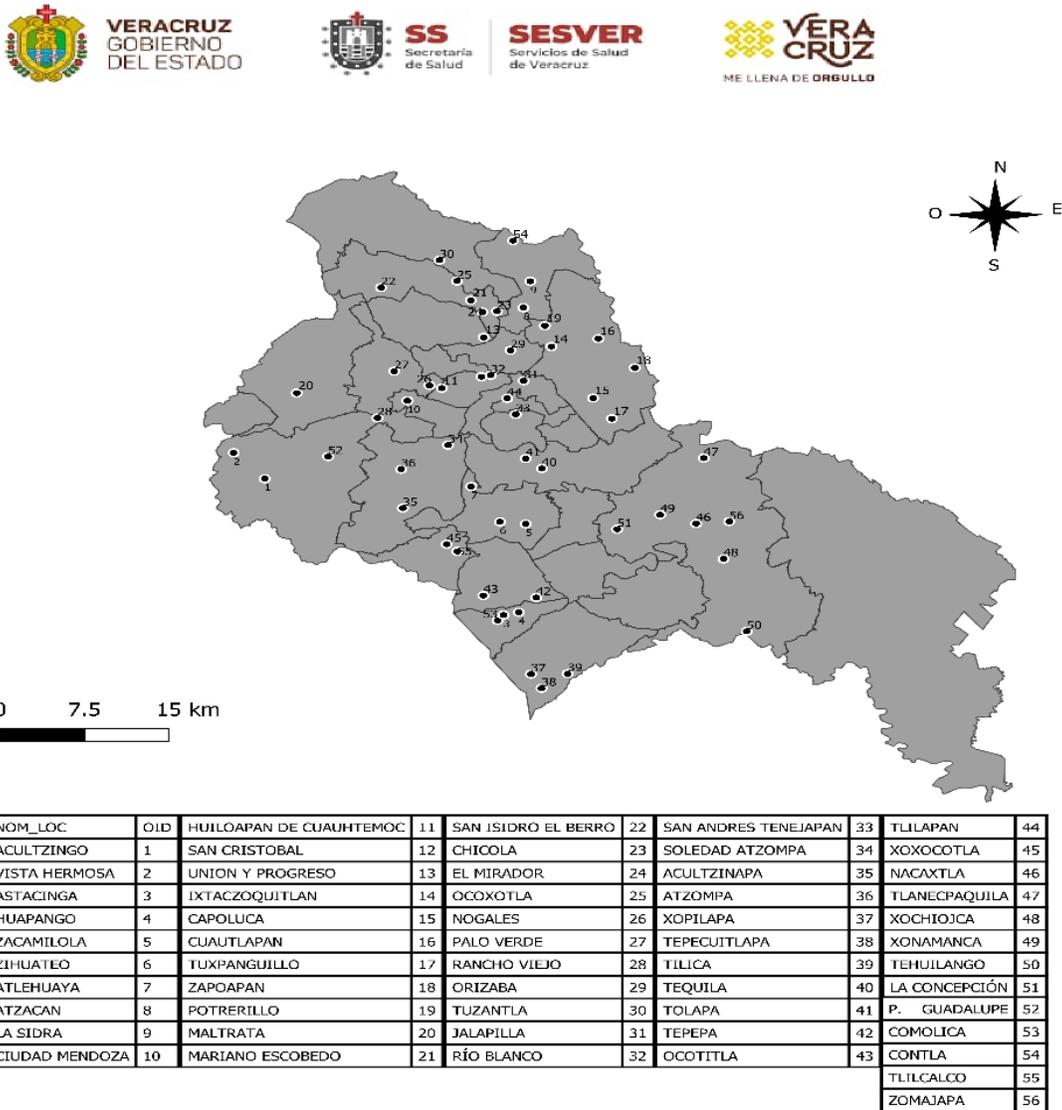
La organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. La salud en el trabajo y los entornos laborales saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un entorno laboral saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida que genera (Casas & Klijn, 2006b).

En ese sentido, de acuerdo con Victoria (2013), la calidad, la economía y la continuidad de la producción reposan sobre: la salud, que asegura el poder de producir, la educación general y profesional, que desarrolla el talento de producir, el contenido que determina la voluntad de producir.

Por otra parte, con base en Gómez (2007), menciona que a través del trabajo se puede acceder a una serie de condiciones laborales que satisfacen no sólo las necesidades económicas básicas, sino también las relacionadas con el bienestar individual y grupal. Puede causar daño a la salud, cuando afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) y puede agravar problemas de salud, previamente existentes, cuando interactúa con otro tipo de factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de colesterol, sedentarismo, entre otros, es por ello que los distintos profesionales de la salud deben tener una vida saludable y poder prevenir distintos riesgos laborales en este caso el riesgo al Síndrome de *Burnout*.

## DESCRIPCIÓN DEL ÁREA O LUGAR DE ESTUDIO

La Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México está integrada por 19 municipios y 43 localidades. A continuación, se presenta la Figura 2 . Mapa de ubicación de los centros de salud adscritos a la Jurisdicción Sanitaria No. VII.



Fuente: elaboración propia mediante el programa informático Quantum GIS (2021).

Con base en la figura 2, es posible apreciar la ubicación de cada uno de los centros de salud en donde se encuentra laborando el personal médico general, personal de enfermería y odontólogos. Cabe mencionar que no solo son 56 centros de salud y caravanas, conforme al recorrido realizado se lograron identificar 7 centros de salud más, por lo tanto, el total de centros de salud es de 63 y 8 caravanas móviles.

## MÉTODO

### TIPO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

La presente investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de análisis multivariado

### CENSO

En esta investigación se realizó un censo por lo tanto se contempló toda la población de personal de la salud, que laboran en los distintos centros de salud adscritos a la Jurisdicción Sanitaria No. VII.

De acuerdo con Valencia y Araújo (2008), define que un censo es la recolección total de datos importantes de una población total. En el caso presente un censo sería la evaluación total del Síndrome de *Burnout* en todo el personal médico general adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII.

### CRITERIO DE INCLUSIÓN

Todo el personal de la salud, es decir, médicos generales, enfermeras y odontólogos que aceptaron participar en el estudio y firmaron un consentimiento informado.

### CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Médicos(as), enfermeros(as) y odontólogos(as) que no desearon participar en el estudio.
- Personal administrativo y de confianza.
- Personal de la salud que se encontraba en incapacidad, permiso temporal o vacaciones.

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Test de Maslach *Burnout* Inventory (MBI) (ANEXO A), es el instrumento más utilizado para la evaluación del Síndrome con independencia de las características ocupacionales (García, Herrero & León, 2007), está constituido por 22 ítems, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, por lo cual la función del instrumento es medir el desgaste profesional.

## **PROCEDIMIENTO**

Para esta investigación se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Para iniciar con el proceso de investigación, se realizó el convenio por medio de una solicitud dirigida al jefe de la Jurisdicción Sanitaria No VII, Orizaba Ver. Y posteriormente obtener el permiso para la realización del estudio.
- Se realizó una prueba piloto para identificar fallas en el instrumento y así realizar mejoras para que fuera más entendible por la población objeto de estudio.
- Se validó el cuestionario con profesionales en la materia.

### **Validación de cuestionario**

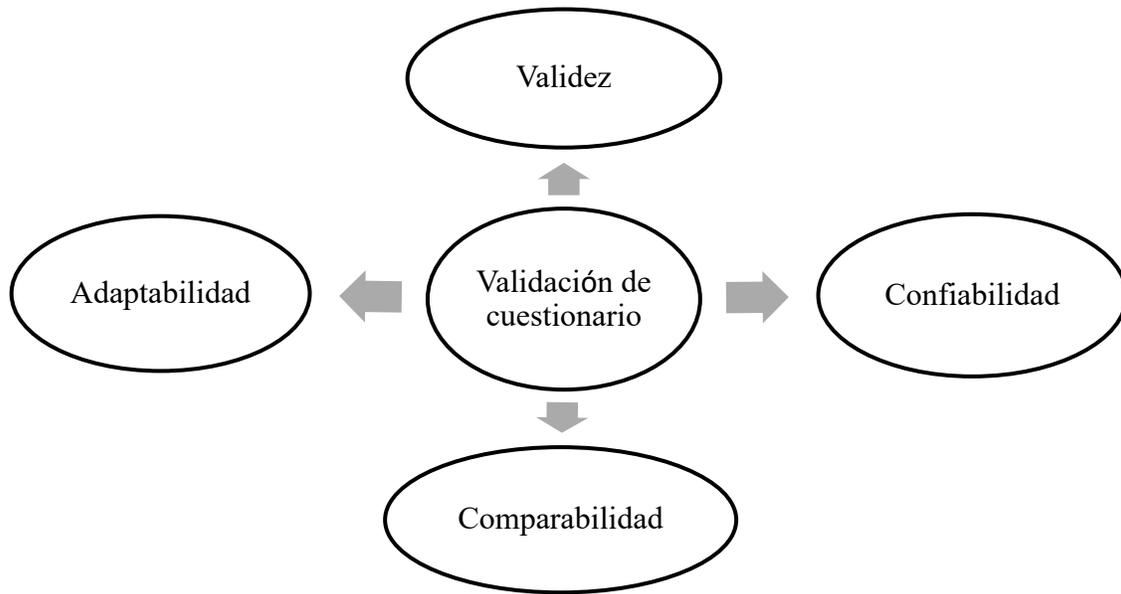
De acuerdo con Granado de la Orden, Rodríguez, Lucerón, del Carmen, Chacón, Vigil y Rodríguez (2007), el cuestionario debe de ser sensible al cambio, es decir, capaz de detectar diferencias en la magnitud del constructo, además de ser aceptado por todos los agentes implicados (entrevistador, entrevistado, investigador, etc.). Validar un cuestionario consiste en comprobar, ratificar o verificar que cumple éstas propiedades de validez y fiabilidad, mediante la realización de aplicaciones repetidas y mediciones contrastadas.

Ahora bien, con base en Alcaraz, Espín, Martínez, y Alarcón (2006), mencionan que, para la validación de un instrumento se requieren medir aspectos complejos, por ejemplo, actitudes, calidad de vida, estado funcional, etc., requiere una validación previa mediante el estudio de la fiabilidad y validez, a continuación, se presentan los siguientes conceptos:

- Validez: es la capacidad que tiene un instrumento de medir el concepto que se quiere evaluar.
- Fiabilidad: cuando mide de modo reproducible lo que se quiere, relacionado con la estabilidad en mediciones sucesivas.
- Sensibilidad a los cambios: capacidad de detectar cambios reales positivos o negativos en la salud.

De igual manera Córdoba (2002), menciona; para que un cuestionario sea validado y éste sea útil a la investigación debe cubrir mínimo con los requisitos que se presentan en la siguiente figura.

**Figura 3.** Requisitos para la validación de un cuestionario.



Fuente: Elaboración propia con base en Córdoba (2002).

La validez está determinada en la medida en que los resultados concuerden con la realidad que se estudia, así como la explicación y predicción de los resultados que posiblemente se obtendrán de forma clara y precisa.

Conforme a lo anterior el cuestionario sociodemográfico se validó por los siguientes profesionales:

1. Dr. Julio Díaz José, investigador del ITSZ, con número de cédula profesional: 9892267.
  2. Dra. Maribel Coronado Morales, médico familiar con número de cédula profesional: 8164168.
- Se realizó un conversatorio con los profesionales que fueron encuestados de cada centro de salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No VII, para dar una breve explicación acerca de la investigación para que de esta manera respondieran el cuestionario MBI que se llena en 10 o 15 minutos con previa firma del consentimiento informado.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La población estuvo conformada por 165 médicos generales de los cuales se contó con la participación de 148 profesionales, así también, de los 52 odontólogos a quienes se les entregó el cuestionario, lo contestaron 51 y del personal de enfermería constituido por 230 individuos, 211 respondieron, los anteriores conforman la jurisdicción sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.

Finalmente, después de obtener la información mediante la realización de los test a cada participante, se clasificaron los datos recolectados, basándose en los objetos planteados, el análisis de datos se realizó mediante el programa Microsoft Excel 2016 y Software libre PSPP (Perfect Statistics Professionally Presented), que podemos traducir como "estadísticas perfectas presentadas profesionalmente para su posterior análisis, obteniendo la fiabilidad de nuestro estudio por medio del modelo alfa de Cronbach y presentación del análisis mediante tablas, cumpliendo con los objetivos propuestos de la investigación.

### **Modelo Alfa de Cronbach**

El modelo alfa de Cronbach de acuerdo con Oviedo y Arias (2005), es un índice para medir la confiabilidad o evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados, del mismo modo es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento.

Acorde con Oviden y Zumbo (2008), el coeficiente alfa de Cronbach es un estadístico estimado habitualmente sobre una matriz de correlaciones que asume el carácter continuo de las variables, la utilización de datos ordinales con un modelo para la estimación de la fiabilidad tiene efectos negativos sobre el coeficiente, de consistencia interna, el sesgo negativo aumenta a medida que lo hace la asimetría de la escala y disminuye el número de categorías de respuesta.

De igual modo Soler Cárdenas y Soler Pons (2012), mencionan que “el alfa de Cronbach es un coeficiente que toma valores entre 0 y 1. Cuanto más se aproxime al número 1, mayor será la fiabilidad del instrumento subyacente” (párr. 16).

Oviedo y Arias (2005), mencionan que el modelo alfa de Cronbach es un índice que sirve para medir la correlación de fiabilidad en las variables, donde el valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la

escala utilizada es baja, el valor máximo esperado es 0.90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación, usualmente se prefieren valores de alfa entre 0.80 y 0.90 y determinar qué tanto de sesgo existió en el estudio.

Distintos especialistas han desarrollado herramientas que permiten realizar el análisis de forma automatizada, existe una gran variedad de programas informáticos que incluyen el cálculo de alfa de Cronbach entre sus opciones de análisis, estos son denominados paquetes estadísticos de propósitos múltiples, la ventaja de estos programas es que se pueden utilizar para desarrollar procesos completos de gestión y tratamiento de datos, proporcionando al investigador una amplia gama de métodos, modelos y herramientas de análisis. (Ledezma, Ibáñez & Mora 2002)

Uno de los programas estadísticos es el Software libre PSPP, este programa ofrece: procedimientos estadísticos, permite consultar datos y formula hipótesis de pruebas adicionales de forma rápida, ejecuta procedimientos y aclara relaciones entre variables, identifica tendencias y realiza predicciones. (Valencia, 2014)

El PSPP cuenta con niveles de medición en donde se ubican las distintas variables según corresponda, en la siguiente tabla se muestran 4 niveles de medición y algunos ejemplos de variables para cada uno.

**Tabla 6.** Niveles de medición y ejemplos de variables.

<b>Nivel de medición</b>	<b>Ejemplos de variables</b>
Nominal	Género (masculino, femenino)
Ordinal	Opinión (Muy buena, Buena, Regular, Mala, Muy mala).
Intervalos	Número de puntos obtenidos en un examen para acreditación.
De razón	Número de años que un profesionista tiene en su empleo actual.

Fuente: elaboración propia con base en Valencia (2014).

Por lo anterior mencionado se muestra el nivel de medición que varía dependiendo del tipo de ítems que se planteó en las encuestas aplicadas en el área del personal médico general.

## RESULTADOS

### PERSONAL MÉDICO GENERAL

El total del personal médico general adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba Ver. Está constituido por 165 profesionales, de los cuales, se contó con la participación de 148 médicos generales, el 52.03% de ellos son hombres (77) y el 47.97% son mujeres (71), en la Tabla 8 se determina las edades por genero al igual que los porcentajes del lugar de residencia y el lugar donde laboran.

Género	Promedio de Edad	Mín. De Edad	Máx.de Edad	Desvest de Edad	Lugar de residencia		Centro de salud	
					Rural	Urbano	Rural	Urbana
Femenino	46	24	71	11	46%	48%	47%	51%
Masculino	46	24	67	10	54%	52%	53%	49%
Total					100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia (2021).

Por lo tanto, para poder determinar las categorías en puntuaciones de las 3 dimensiones del Síndrome de *Burnout* se utilizó el siguiente cuadro realizado por: Beltrán, Moreno, Estrada, López, Rodríguez, y Reyes (2004).

Los resultados obtenidos de la frecuencia del Síndrome de *Burnout* en las 3 dimensiones conforme a la categoría alta, media y baja se basaron en la tabla 9 que se presenta a continuación.

Puntuación por dimensiones del Síndrome de Burnout			
NI	AE	D	BRT
Alto	≥27	≥14	<30
Medio	17-26	9-13	36-31
Bajo	0-16	0-8	48-37
NI= Nivel de identificación	AE= Agotamiento emocional	D= Despersonalización	BRT= Baja realización en el trabajo

Fuente: Beltrán, Moreno, Estrada, López, Rodríguez, y Reyes (2004).

**Tabla 7.** Niveles de *Burnout* por dimensiones y variables del personal médico general.

Variable		Porcentaje	Dimensión Burnout	Bajo		Medio		Alto	
Genero	Masculino	52.03%	CE	69	90%	4	5%	4	5%
			D	68	88%	5	6%	4	5%
			FRP	69	90%	4	5%	4	5%
	Femenino	47.97%	CE	58	82%	9	13%	4	6%
			D	61	86%	4	6%	6	8%
			FRP	64	90%	4	6%	3	4%
Edad	24-40	29.73%	CE	6	14%	32	73%	6	14%
			D	32	73%	5	11%	7	16%
			FRP	35	80%	6	14%	3	7%
	41-57	53.38%	CE	71	90%	7	9%	1	1%
			D	73	92%	3	4%	3	4%
			FRP	74	94%	2	3%	3	4%
	58-74	16.89%	CE	24	96%			1	4%
			D	24	96%			1	4%
			FRP	24	96%			1	4%
Estado Civil	Soltero	26.35%	CE	35	90%	2	5%	2	5%
			D	33	85%	4	10%	2	5%
			FRP	34	87%	3	8%	2	5%
	Casado	48.65%	CE	62	86%	7	10%	3	4%
			D	65	90%	4	6%	3	4%
			FRP	66	92%	3	4%	3	4%
	Unión Libre	14.86%	CE	15	68%	4	18%	3	14%
			D	17	77%			5	23%
			FRP	18	82%	2	9%	2	9%
	Viudo	2.70%	CE	4	100%				
			D	4	100%				
			FRP	4	100%				
	Divorciado	7.43%	CE			11	100%		
			D	10	91%	1	9%		
			FRP			11	100%		
Problemas financieros	Sí	15.54%	CE	14	61%	6	26%	3	13%
			D	17	74%	2	9%	4	17%
			FRP	21	91%			2	9%
	No	84.46%	CE	113	90%	7	6%	5	4%
			D	112	90%	7	6%	6	5%
			FRP	112	90%	8	6%	5	4%

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE LA SALUD  
ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO

Antigüedad Laboral (años)	0-10	31.08%	CE	36	78%	5	11%	5	11%
			D	35	76%	5	11%	6	13%
			FRP	40	87%	4	9%	2	4%
	11-20	54.05%	CE	70	88%	7	9%	3	4%
			D	73	91%	3	4%	4	5%
			FRP	72	90%	3	4%	5	6%
	21-30	13.51%	CE	19	95%	1	5%		
			D	19	95%	1	5%		
			FRP	19	95%	1	5%		
> 30 años	1.35%	CE	2	100%					
		D	2	100%					
		FRP	2	100%					
Turno	Matutino	70.95%	CE	86	82%	12	11%	7	7%
			D	90	86%	7	7%	8	8%
			FRP	94	90%	6	6%	5	5%
	Vespertino	7.43%	CE	10	91%			1	9%
			D	10	91%			1	9%
			FRP	10	91%			1	9%
	Jornada Acumulada	21.62%	CE	31	97%	1	3%		
			D	29	91%	2	6%	1	3%
			FRP	29	91%	2	6%	1	3%
Promedio de pacientes atendidos (día)	5-15	62.84%	CE	81	87%	7	8%	5	5%
			D	82	88%	5	5%	6	6%
			FRP	85	91%	4	4%	4	4%
	16-30	37.16%	CE	46	84%	6	11%	3	5%
			D	47	85%	4	7%	4	7%
			FRP	48	87%	4	7%	3	5%
Realiza otra actividad laboral	Sí	38.51%	CE	48	84%	4	7%	5	9%
			D	46	81%	6	11%	5	9%
			FRP	52	91%	2	4%	3	5%
	No	61.49%	CE	79	87%	9	10%	3	3%
			D	83	91%	3	3%	5	5%
			FRP	81	89%	6	7%	4	4%
Situación Laboral	Base	36.49%	CE	49	91%	3	6%	2	4%
			D	48	89%	3	6%	3	6%
			FRP	49	91%	2	4%	3	6%
	Homologado / Formalizado	45.27%	CE	57	85%	7	10%	3	4%
			D	59	88%	4	6%	4	6%
			FRP	61	91%	3	4%	3	4%
	Contrato	18.24%	CE	21	78%	3	11%	3	11%
			D	22	81%	2	7%	3	11%
			FRP	23	85%	3	11%	1	4%

CE. Cansancio emocional. D. Despersonalización. FRP. Falta de realización personal.

Con base en la tabla anterior se describen los resultados de las tres dimensiones en que se basó esta investigación con respecto al síndrome de *Burnout*.

### **Cansancio emocional (CE)**

Con base en los resultados obtenidos, se observa que un 73% de médicos generales (32 de ellos) se encuentran en un nivel medio de impacto con respecto a la dimensión del cansancio emocional, además los médicos que tienen una edad promedio de entre 24 y 40 años, es decir un 14% (6 médicos), se encuentran en un nivel alto de impacto con respecto a esta misma dimensión, también el 100% de los médicos divorciados (11 de ellos que representan el 7.43% del total del personal encuestado) presentan un nivel medio de impacto con respecto a la dimensión en cuestión y en segundo lugar está el 10% de los médicos casados (7 médicos que representan el 4.7% del total del personal encuestado).

Con respecto a los médicos que tienen problemas financieros se observa en la tabla que un 26% de ellos (6 del total) se encuentran en un nivel de impacto medio con respecto a la dimensión analizada y el 6% de los médicos (7 del total) que no tienen problemas financieros se encuentran en el mismo nivel medio que los anteriores, con base a la antigüedad laboral los médicos que tienen una antigüedad promedio menor a 10 años laborando, el 11% (5 médicos) se encuentran en un nivel medio, un 9% (7 de ellos que representan el 4.7% del total) que tienen una antigüedad laboral promedio de 11 a 20 años se encuentran en el mismo nivel.

De igual forma un 11% (5 profesionales que representan un 3.4% del total encuestado) se encuentran en un nivel alto en la dimensión analizada, con respecto a los médicos que laboran en el turno matutino que son un 11% (12 médicos que representan el 8.1% del total del personal encuestado) están en un nivel medio, con base en el promedio de pacientes atendidos como se puede analizar en la tabla, el 62.84% de los médicos que atienden de 5 a 15 pacientes al día, existe un 8% (7 médicos del total) que se encuentra en un nivel medio de impacto y de un 37.16% de médicos que atienden de 16 a 30 pacientes al día hay un 11% de ellos (6 médicos del total) que están en el mismo nivel.

Por otra parte, el 61.49% del personal que no realiza alguna otra actividad laboral fuera de la que tiene actualmente, un 10% (9 médicos que son el 6.1% del personal encuestado) se encuentran en un nivel medio de la dimensión analizada, de acuerdo con la situación laboral de los médicos homologados que representan un 45.27% del total (el 10% de este rubro que son 7 médicos del total) están en un nivel medio y un 11% del 18.24% de médicos que están

por contrato (3 del total) también se encuentran en este mismo nivel, y otro 11% (3 del total) se encuentra en un nivel alto en esta dimensión analizada.

### **Despersonalización (D)**

En esta dimensión conforme a los resultados obtenidos con base al género se observa que el 6% (5 del total de hombres) de un 52.03% se encuentran en un nivel medio de impacto mientras tanto que un 8% (6 del total de mujeres) de un 47.97% se encuentra en un nivel alto, con respecto a la edad de los médicos que se encuentran en un promedio de 24 a 40 años que representan el 29.73% del total, un 11% (5 médicos) se encuentra en un nivel medio de impacto de la dimensión analizada.

Por otra parte el 16% (7 del total) se encuentra en un nivel alto de impacto de esa misma dimensión, el 10% del 26.35% de los médicos solteros (4 del total) se encuentran en un nivel medio, de los médicos que se encuentran en unión libre que son el 14.86% del total (5 de ellos que representan el 23% de ese rubro) presentó un nivel alto en la dimensión analizada, del 15.54% de los médicos que tienen algún problema financiero un 17% de ellos (4 del total) está en el nivel alto de esta dimensión, con respecto a los médicos que tienen una antigüedad laboral menor a 10 años que representan un 31.08% del total (5 médicos que representan el 11% de este rubro) se encuentran en un nivel de impacto medio y en el mismo rango de antigüedad laboral un 13% de ese rubro (6 del total encuestado) presentan un nivel de impacto alto en esta dimensión analizada.

Los médicos que tienen el turno matutino, que representan el 70.95% del total el 8% de ese rubro (8 médicos del total) tienen un nivel de impacto en esta dimensión, por otra parte el 38.51% de los médicos que realizan alguna otra actividad laboral, el 11% de ese rubro (6 médicos del total) se encuentran en el nivel medio con respecto a la dimensión analizada y de acuerdo con el 18.24% de los médicos que se encuentran laborando por contrato como se analiza en la tabla, un 11% de ese rubro (3 médicos) se encuentran en un nivel de impacto alto en la dimensión analizada.

### Falta de realización personal (FRP)

Con base en los resultados obtenidos se observa que el 7.43% de los médicos divorciados, el 100% de ese rubro (11 médicos que representa el total de las encuestas aplicadas) se encuentra en un nivel medio respecto a la dimensión denominada falta de realización personal, ahora bien, en cuestión de edad el 29.73% de los médicos que están en un rango de entre 24 y 40 años el 14% de ese rubro (6 médicos del total encuestado) tiene un nivel medio en esta dimensión, con respecto a la situación laboral el 18.24% del personal médico que se encuentra laborando por contrato, un 11% de ese rubro (3 médicos que representan 2% del total de médicos encuestados) se encuentra en un nivel medio de impacto en esta dimensión analizada.

Con respecto a lo anterior se observó que la dimensión que más predomina es el “cansancio emocional”, posteriormente “la falta de realización personal” y por último la despersonalización.

### PERSONAL ENFERMERÍA

La población objeto de estudio está constituida por 230 individuos del personal de enfermería, del total de encuestas que se aplicaron, 211 se lograron responder que corresponden al 92% y 19 encuestas no fueron respondidas por el personal que es el 8% del total.

### Características de datos sociodemográficos de la población estudiada.

Del personal de enfermería encuestado, el sexo femenino fue el de mayor porcentaje con un 89% (188 mujeres) en comparación con el sexo masculino que fue del 11% (23 hombres), quienes cuentan con una edad promedio de 40 años.

Tabla 10.

Género	Promedio de Edad	Mín. de Edad	Máx. de Edad	Desviación estándar de Edad	Lugar de residencia		Centro de salud	
					Rural	Urbano	Rural	Urbana
Femenino	40	19	62	8.027	88%	89%	89%	87%
Masculino	39	20	51	8.77	12%	11%	11%	13%
<b>Total</b>					<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia (2021).

Por otra parte, el 28% de las personas encuestadas, es decir, 59 de ellas residen en una zona rural y 152 (72%), de ellas la mayoría viven en una zona urbana, lo que corresponde al 100% del personal que labora en los centros de salud que pertenecen a la Jurisdicción. Ahora bien, con respecto al estado civil del personal, hay 40% de solteros (84 personas), 38%, de casados (80 personas), 16% en unión libre (34 personas), 1% de viudos (2 personas), y 5% de divorciados (11 personas).

Asimismo, el personal con hijos corresponde al 72% (152 personas), y solo el 28% (58 personas) no tiene hijos. Además, el personal de enfermería con respecto al hogar, si es propio corresponde al 81%, rentado 14% y prestado 5%.

Por otra parte, la mayoría del personal en el cual se realizó dicha investigación son del turno matutino con un 79% (167 personas), el turno vespertino con un 7% (14 personas) y por último los de jornada acumulada con un 14% (30 personas), la distribución por turnos de trabajo se evidencia en el siguiente gráfico. Así pues, el porcentaje de personal de enfermería con problemas financieros que corresponde al 21% (45 personas) y el 79% (166 personas) no tiene problemas financieros. Además, el 55% (116 personas) del personal que labora en los centros de salud, dada su situación laboral se considera como Homologado/Formalizado, de contrato corresponden el 16% (33 personas) y; el 29% (61 personas) corresponde al personal de base.

Por tanto, para determinar las puntuaciones del *Síndrome de Burnout*, la investigación se basó en un documento elaborado por Beltran, Moreno, Estrada, López, Rodríguez, y Reyes (2004), que determinan las categorías de bajo, medio y nivel alto para cada una de las dimensiones.

**Tabla 11.** Puntuaciones por dimensiones del Síndrome de Burnout

NI	CE	D	RP
ALTO	$\geq 27$	$\geq 14$	$< 30$
MEDIO	17-26	9-13	36-31
BAJO	0-16	0-8	48-37
NI=Nivel de identificación		CE=Cansancio emocional	
D= Despersonalización		RP=Realización personal	

Fuente: elaboración propia (2021).

Los datos obtenidos en las encuestas se midieron de acuerdo a la tabla anterior para identificar el nivel de Burnout que presenta el personal de enfermería que pertenece a la jurisdicción sanitaria No. VII, del cual el 11.37% son de sexo masculino y el 88.63% son de sexo femenino.

**Tabla 12.** Niveles de Burnout por dimensión

Niveles de Burnout por dimensiones y variables (enfermería)

Variable		Porcentaje	Dimensión Burnout	Bajo	Medio	Alto
Sexo	Masculino	11.37%	CE	20 83%	4 17%	
			D	18 75%	3 13%	3 13%
			RP	19 79%	2 8%	3 13%
	Femenino	88.63%	CE	164 88%	11 6%	12 6%
			D	173 93%	8 4%	6 3%
			RP	147 79%	19 10%	21 11%
Edad	20-35	26.54%	CE	46 82%	6 11%	4 7%
			D	51 91%	3 5%	2 4%
			RP	42 75%	6 11%	8 14%
	36-50	65.40%	CE	123 89%	7 5%	8 6%
			D	125 91%	6 4%	7 5%
			RP	113 82%	10 7%	15 11%
	51-65	8.06%	CE	15 88%	2 12%	
			D	15 88%	2 12%	
			RP	11 65%	5 29%	1 6%
Estado Civil	Soltero	40.28%	CE	72 85%	8 9%	5 6%
			D	75 88%	4 5%	6 7%
			RP	64 75%	10 12%	11 13%
	Casado	37.91%	CE	74 93%	2 3%	4 5%
			D	76 95%	3 4%	1 1%
			RP	66 83%	6 8%	8 10%
	Unión Libre	15.64%	CE	26 79%	4 12%	3 9%
			D	28 85%	3 9%	2 6%
			RP	24 73%	5 15%	4 12%
	Viudo	1.42%	CE	2 67%	1 33%	
			D	3 100%		
			RP	3 100%		
	Divorciado	4.74%	CE	10 100%		
			D	9 90%	1 10%	
			RP	9 90%		1 10%
Problemas financieros	Sí	21.33%	CE	37 82%	5 11%	3 7%
			D	42 93%	1 2%	2 4%
			RP	34 76%	6 13%	5 11%
	No	78.67%	CE	147 89%	10 6%	9 5%
			D	149 90%	10 6%	7 4%
			RP	132 80%	15 9%	19 11%
Antigüedad Laboral (años)	0-10	36.97%	CE	63 81%	6 8%	9 12%
			D	68 87%	4 5%	6 8%
			RP	58 74%	10 13%	10 13%
	11-20	54.03%	CE	104 91%	7 6%	3 3%
			D	105 92%	7 6%	2 2%
			RP	96 84%	7 6%	11 10%
	21-30	6.64%	CE	14 100%		
			D	14 100%		
			RP	9 64%	4 29%	1 7%
	> 30 años	2.37%	CE	3 60%	2 40%	
			D	1 20%	4 80%	
			RP	3 60%		2 40%
Turno	Matutino	79.15%	CE	145 87%	12 7%	10 6%
			D	151 90%	8 5%	8 5%
			RP	131 78%	15 9%	21 13%
	Vespertino	6.64%	CE	11 79%	1 7%	2 14%
			D	11 79%	2 14%	1 7%
			RP	11 79%	1 7%	2 14%
	Jornada Acumulada	14.22%	CE	28 93%	2 7%	
			D	29 97%	1 3%	
			RP	24 80%	5 17%	1 3%

Promedio de pacientes atendidos	0-20	77.73%	CE	143	87%	11	7%	10	6%
			D	148	90%	9	5%	7	4%
			RP	129	79%	17	10%	18	11%
	21-40	17.54%	CE	32	86%	3	8%	2	5%
			D	35	95%	1	3%	1	3%
			RP	30	81%	3	8%	4	11%
	41 o más	4.74%	CE	9	90%	1	10%		
			D	8	80%	1	10%	1	10%
			RP	7	70%	1	10%	2	20%
Realiza otra actividad laboral	Sí	31.28%	CE	57	86%	7	11%	2	3%
			D	60	91%	5	8%	1	2%
			RP	55	83%	5	8%	6	9%
	No	68.72%	CE	127	88%	8	6%	10	7%
			D	131	90%	6	4%	8	6%
			RP	111	77%	16	11%	18	12%
Situación Laboral	Base	28.91%	CE	52	85%	7	11%	2	3%
			D	56	92%	4	7%	1	2%
			RP	45	74%	9	15%	7	11%
	Homologado / Formalizado	54.98%	CE	104	90%	6	5%	6	5%
			D	107	92%	3	3%	6	5%
			RP	93	80%	9	8%	14	12%
	Contrato	16.11%	CE	28	82%	2	6%	4	12%
			D	28	82%	4	12%	2	6%
			RP	28	82%	3	9%	3	9%

### Cansancio emocional

Con respecto a los resultados obtenidos, la frecuencia del personal de enfermería afectado con porcentajes elevados en el nivel medio en el sexo masculino con un 17% (4 personas), el personal de enfermería en el rango de (51-65) años, 12% (2 personas) es decir dicho porcentaje se encuentra en el nivel medio más relevante, en la misma dimensión se encuentra el personal en unión libre en el nivel medio con un 12% (4 personas) también 11% (5 personas) dio a conocer que si tiene problemas financieros, con respecto al personal con antigüedad laboral mayor de 30 años es el 40%(2 personas), 7% (12 personas) se encuentra en el turno matutino en el nivel medio, y del personal encuestado respondió que el promedio de pacientes atendidos por día es de 41 o más en el nivel medio con un porcentaje de 10% (1 persona) y con respecto a los que realizan otras actividades laborales fuera de la institución es el 11% (7 personas), el total de personal con contrato es de 16.11% y con nivel de *Burnout* más alto es de 12% (4 personas), estos son los niveles medio más relevantes de cansancio emocional manifestados mediante el desgaste físico y psicológico en los profesionales de enfermería debido a las actividades laborales que realizan.

### **Despersonalización**

En los resultados obtenidos de esta dimensión se observa que el 13% (3 personas) del sexo masculino se encuentra un porcentaje alto en el nivel medio de despersonalización de la misma manera se encuentran porcentajes relevantes de 12% (2 personas) en el mismo nivel en la variable de edad de entre 51-65 años que corresponde al 8.06%, en la siguiente variable de estado civil se encuentra un porcentaje alto en el nivel medio que corresponden a divorciados de 10% (1 persona), a continuación el porcentaje alto de problema financiero es de 6% (10 personas) y en antigüedad laboral el porcentaje alto es del 80% (4 personas), el porcentaje que más sobresale en el turno laboral es el vespertino en el nivel medio con un 14% (2 personas) y el promedio de pacientes atendidos es de 41 o más, en el nivel medio corresponde al 10% (1 persona), el personal de enfermería que realiza otra actividad laboral de dicha dimensión en el nivel medio de 8% (5 personas que corresponde al porcentaje alto, por último el 12% (4 personas) que son de situación laboral de contrato, todas estas variables representan los porcentajes más altos de *Burnout* en el nivel medio de la dimensión de despersonalización.

### **Falta de realización personal**

Esta dimensión se caracteriza por el sentimiento que tiene la persona cuando se siente menos competente en la resolución de su trabajo y los resultados más altos que arrojaron en el nivel medio por cada variable fueron de sexo femenino de 10% (19 personas), edad de 51-65 que pertenece al 8.06%, estado civil unión libre 15% (5 personas), los que sí cuentan con problemas financieros un 13% (6 personas), antigüedad laboral que corresponde al 21-30 que es el 6.64%, en turno laboral que es jornada acumulada un 17% (5 personas), a continuación la variable de promedio de pacientes atendidos es de 0-20 que es el 77.73% del personal que corresponde al 10% (17 personas), y el personal que no realiza otra actividad laboral es el 68.72% de ellos el 11% (16 personas) se encuentran en el nivel medio, la situación laboral de dicho personal es base con un 28.91% de personal que corresponde al 15% (9 personas), estos porcentajes más altos de *Burnout* en la dimensión de falta de realización personal se encuentran en el nivel medio.

## PERSONAL DE ODONTOLOGÍA

De los 52 odontólogos a quienes se les entregó el cuestionario, lo contestaron 51 de ellos (98%), quienes forman la población de estudio de la presente investigación.

### 10.1 Características generales de la población:

En primer lugar, la edad media de la población es de 46 años. El 47% (n=24) son del sexo masculino y 53% (n=27) del sexo femenino, así pues, se observa, un mayor porcentaje de mujeres en el campo laboral de la odontología en comparación con los hombres.

De acuerdo a las investigaciones, en la jurisdicción se identificó un mayor número de personal de odontología femenino en comparación con las otras investigaciones que explican que en México la discriminación ocupacional se presenta por la mano de obra femenina

En segundo lugar, el tipo de zona en la que radican los odontólogos el 80% son de zona urbana y 20% zona rural. Los odontólogos de la jurisdicción mayormente residen en la zona urbana, de acuerdo a ello los odontólogos mencionaron que en ocasiones esto afecta en su desempeño laboral debido a que tienen que trasladarse a su centro de salud que se encuentra en lugares rurales que en algunos casos tienen que viajar de dos a tres horas.

Ahora bien, en la Tabla 13 se presenta la distribución de acuerdo al estado civil de todos los encuestados.

**Tabla 13** Distribución de acuerdo al estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	24	47%
Soltero	14	27%
Unión libre	10	20%
Divorciado	3	6%
Viudo	0	0%

Fuente: elaboración propia (2021).

De acuerdo con Vesga (2019), expone que la relación entre el área del trabajo y la familia puede ser abordada desde diversas perspectivas y modelos teóricos. Puede ser entendida como conflicto, equilibrio, balance, o como interacción. Como conflicto, la relación entre la familia y el trabajo implica que estas dos áreas son incompatibles, opuestas, de naturaleza diferente y que sus efectos mutuos siempre son negativos en cualquier dirección que se mire la relación. Como equilibrio o balance, las áreas de la vida personal o familiar y laboral

pueden llegar a tener un adecuado manejo mediante el desarrollo de estrategias o prácticas que permitan equilibrar o conciliar las demandas de cada una de ellas. Como interacción, se concibe que las áreas familiar y laboral se afectan de manera bidireccional y pueden tener tanto efectos positivos como negativos en ambos sentidos, lo cual dependerá de la manera como cada una realice aportes al enriquecimiento de la otra, o efectos contraproducentes.

De acuerdo con la presente investigación el estado civil que predomina es el de estar casado y eso implica vivir en una familia, acorde a Vesga (2019), expone que la relación entre trabajo y familia se abordan desde diversas perspectivas. En ese orden de ideas, el 78% de los odontólogos tienen hijos y el 22% no los tienen. Acorde a la investigación las mujeres son las que se dedican más a la familia y de acuerdo a la presente investigación comentaron las mujeres que en algunas ocasiones se les complica el rol que cumplen en la familia ya que cuando llegan a sus casas deben atender a sus hijos.

De acuerdo con Amaris (2011), explica que el trabajo en la familia demanda mucho tiempo y compromiso. Existen diferencias entre hombres y mujeres en la manera de cómo manejar la interacción entre los roles del ámbito laboral y los del familiar. Los hombres, al parecer, establecen límites entre el trabajo fuera del hogar y su actividad en la familia.

Por otra parte, la investigación identificó que el 86% de los odontólogos reside en casa propia, mientras que el 10% en casa prestada y el 4% en casa rentada; acorde a la investigación explica que es mejor tener casa propia para así saber cómo realizarla y como mantenerla, y de esta manera implica no estar presionado porque mes con mes se debe pagar una cantidad obligatoria.

Por otro lado, se identificó que el 74% de los odontólogos no tienen algún problema financiero y mientras que el otro 26% restante, sí. En este orden de ideas, con base en Vosloo, (2014), explica que el estrés financiero es una condición que se está volviendo más prevalente en la sociedad actual debido a factores como altos niveles de endeudamiento, bajos ahorros y recesiones económicas. De acuerdo con una investigación se ha encontrado que el estrés financiero afecta negativamente el desempeño de los empleados en el trabajo.

Además, los turnos de trabajo del personal odontológico tienen son 84% matutino, 12% vespertino y 4% en jornada acumulada. En ese sentido, Deschamps, Olivares, Rosa y Asunsolo (2011), indican que hay sectores como por ejemplo el sector salud, donde estos turnos de trabajo son muy prolongados o irregulares, llegando a afectar tanto la salud como la vida del trabajador.

En la tabla 14. Se expresa la frecuencia de médicos que realizan otra actividad laboral.

**Tabla 14** Realiza otra actividad laboral

Actividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	41%
No	30	59%

Fuente: elaboración propia (2021).

Acorde a la investigación explica que las mujeres cumplen funciones extraordinarias al trabajo y de acuerdo a ello los odontólogos de la jurisdicción del sexo femenino exponían que ellas tenían doble trabajo, uno era donde las remuneraban y el otro cuando llegaban a casa y tenían que cumplir sus funciones domésticas. Luego, con base en Márquez y Reyes (2015), explican que en la actualidad es urgente reconocer como un asunto de interés público, y objeto de política pública, la sobrecarga de trabajo de las mujeres que se desempeñan en ocupaciones remuneradas, sin dejar de realizar tareas domésticas y de cuidado de personas. Además, la situación laboral de los odontólogos se presenta en 3 niveles base, homologado y de contrato el mayor porcentaje corresponde a los trabajadores homologados.

Hay 29 odontólogos que trabajan como homologados, 16 de base y 6 de contrato.

Otros datos importantes fueron:

- El promedio de tiempo de antigüedad laboral es de 14 años.
- El promedio de la cantidad de pacientes atendidos por día fue de 8.
- El promedio del tiempo de traslado de su casa al trabajo es de 53 minutos.
- Finalmente, el promedio de tiempo que se ocupa para consumir alimentos es de 18 minutos.

### **Niveles de Burnout por dimensiones y variables**

En la siguiente tabla se presentan las puntuaciones de síndrome de burnout por dimensiones, (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

**Tabla 15** Puntuación de síndrome de burnout por dimensiones

NI	CE	D	RP
Alto	≥27	≥14	<30
Medio	17-26	9-13	36-31
Bajo	0-16	0-8	48-37
I: Nivel de identificación		CE: Cansancio emocional	
D: Despersonalización		RP: Realización personal	

Fuente: Beltrán, Moreno, Estrada, López, Rodríguez, y Reyes. (2004)

Las puntuaciones que se obtuvieron de las encuestas se midieron con relación a las puntuaciones de la tabla anterior, que permitió dar a conocer el nivel de síndrome de burnout que padecen los odontólogos que pertenecen a la jurisdicción sanitaria No. VII.

En la siguiente tabla se muestran los niveles de Burnout por dimensiones y variables

**Tabla 16.** Niveles de Burnout por dimensiones y variables

	Variable	Porcentaje	Dimensión Burnout	Bajo	Medio	Alto	
Sexo	Masculino	47,06%	CE	19 79%	2 8%	3 13%	
			D	22 92%	1 4%	1 4%	
			RP	1 4%	3 13%	20 83%	
	Femenino	52,94	CE	25 93%	2 7%		
			D	26 96%	1 4%		
			RP	1 4%	1 4%	25 93%	
Edad	20-35	13,73%	CE	6 86%		1 14%	
			D	6 86%	1 14%		
			RP		1 14%	6 86%	
	36-50	64,71%	CE	27 82%	4 12%	2 6%	
			D	31 94%	1 3%	1 3%	
			RP		3 9%	30 91%	
	51-65	21,57%	CE	11 100%			
			D	11 100%			
			RP	2 18%		9 82%	
	Estado Civil	Soltero	27,45%	CE	10 71%	3 21%	1 7%
				D	13 93%	1 7%	
				RP		1 7%	13 93%
Casado		47,06%	CE	22 92%		2 8%	
			D	23 96%		1 4%	
			RP	1 4%	1 4%	22 92%	
Unión Libre		19,61%	CE	9 90%	1 10%		
			D	10 100%			
			RP	1 10%	1 10%	8 80%	
Divorciado		5,88%	CE	3 100%			
			D	2 67%	1 33%		
			RP		1 33%	2 67%	
Problemas Financieros	Si	25,49%	CE	11 85%	1 8%	1 8%	
			D	13 100%			
			RP	2 15%	1 8%	10 77%	
	No	74,51%	CE	33 87%	3 8%	2 5%	
			D	35 92%	2 5%	1 3%	
			RP		3 8%	35 92%	
Antigüedad Laboral (años)	0-10	31,37%	CE	13 81%	3 19%		
			D	16 100%			
			RP			16 100%	

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE LA SALUD  
ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO

11-20	54,90%	CE	24	86%	1	4%	3	11%	
		D	25	89%	2	7%	1	4%	
		RP	2	7%	4	14%	22	79%	
21-30	11,76%	CE	6	100%					
		D	6	100%					
		RP					6	100%	
>30 años	1,96%	CE	1	100%					
		D	1	100%					
		RP					1	100%	
Turno	Matutino	84,31%	CE	38	88%	3	7%	2	5%
			D	40	93%	2	5%	1	2%
			RP	1	2%	3	7%	39	91%
	Vespertino	11,76%	CE	4	67%	1	17%	1	17%
			D	6	100%				
			RP	1	17%			5	83%
	Jornada Acumulada	3,92%	CE	2	100%				
			D	2	100%				
			RP	1	50%			1	50%
Promedio de pacientes atendidos	5-8	74,51%	CE	33	87%	3	8%	2	5%
			D	36	95%	2	5%		
			RP	2	5%	4	11%	32	84%
	9-12	25,49%	CE	11	85%	1	8%	1	8%
			D	12	92%			1	8%
			RP					13	100%
Realiza otra actividad laboral	Si	41,18%	CE	15	71%	4	19%	2	10%
			D	20	95%	1	5%		
			RP	1	5%	2	10%	18	86%
	No	58,82%	CE	29	97%			1	3%
			D	28	93%	1	3%	1	3%
			RP	1	3%	2	7%	27	90%
Situación Laboral	Base	31,37%	CE	15	94%	1	6%		
			D	16	100%				
			RP	2	13%	1	6%	13	81
	Homologado/ Formalizado	56,86%	CE	25	86%	2	7%	2	7
			D	27	93%	1	3%	1	3%
			RP			2	7%	27	93%
	Contrato	11,76%	CE	5	83%	1	17%		
			D	4	67%	1	17%	1	17%
			RP			1	17%	5	83%

Fuente: elaboración propia (2021).

### Resultados de la dimensión cansancio emocional

El síndrome de burnout presentó nivel bajo en cansancio emocional en el sexo femenino, con un total de 25 profesionales (93%); con respecto a edades el grupo 2 (36-50 años) resultó ser el que presentó un nivel bajo, con un total de 27 profesionales (82%) también en la variable cansancio emocional. Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que están casados, con un total de 22 (92%); en antigüedad laboral en el grupo dos (de 11 a 20 años de antigüedad), en el turno matutino 38 odontólogos (88%), en el promedio de pacientes atendidos los que presentaron un nivel bajo son los que atienden entre 5 y 8 pacientes con 33

profesionistas (87%) en la variable de realizar otra actividad laboral la que predomina es con 29 profesionistas (97%) y en situación homologado/formalizado 25 profesionistas (86%).

### **Resultados de la dimensión despersonalización**

El síndrome de burnout presentó nivel bajo en la dimensión de despersonalización en el sexo femenino, con un total de 26 profesionales (96%); con respecto a edades el grupo dos (36-50 años) resultó ser el que presentó un nivel bajo, con un total de 31 profesionales (94%) Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que están casados, con un total de 23 (96%); en antigüedad laboral en el grupo dos (de 11 a 20 años de antigüedad), 25 profesionistas(89%) en el turno matutino 40 odontólogos (93%), en el promedio de pacientes atendidos los que presentaron un nivel bajo son los que atienden entre 5 y 8 pacientes con 36 profesionistas (95%), en la variable de realizar otra actividad laboral, la que predomina es con 28 profesionistas (93%) y en situación homologado/formalizado 27 profesionistas (93%).

### **Resultados de la dimensión realización personal**

El síndrome de burnout presentó nivel alto en la dimensión realización personal en el sexo femenino, con un total de 25 profesionales (93%); con respecto a edades el grupo dos (36-50 años) resultó ser el que presentó un nivel alto, con un total de 30 profesionales (91%) Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que están casados, con un total de 22 (92%); en antigüedad laboral en el grupo dos (de 11 a 20 años de antigüedad), 25 profesionistas (79%) en el turno matutino 39 odontólogos (91%), en el promedio de pacientes atendidos los que presentaron un nivel bajo son los que atienden entre 5 y 8 pacientes con 32 profesionistas (84%) en la variable de realizar otra actividad laboral, la que predomina es con 27 profesionistas (90%) y en situación homologado/formalizado 27 profesionistas (93%). Se observó que existen niveles bajos en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, en cambio en realización personal se encontró un nivel alto lo que indica que no existe una alteración debido a que se encuentran satisfechos con sus metas planteadas.

## DISCUSIÓN

Como primer punto el instrumento de medición que se utilizó fue el de Maslach *Burnout* Inventory (MBI), que significa inventario de agotamiento de Maslach por medio de este instrumento se pudo determinar a qué nivel se encontraba el Síndrome de *Burnout* y también se comprobó la fiabilidad mediante los coeficientes alfa de Cronbach, obteniendo el valor de 0.757 por lo cual se encuentra dentro del rango comparado con otros estudios que tienen un  $\alpha$  superior a 0.70. (Jiménez, Herrera, Hernández & Adán, 2006)

A partir de los hallazgos encontrados, se acepta la hipótesis afirmativa que establece la existencia del riesgo de SB en personal de la salud adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.

### **a) Cansancio emocional.**

Conforme a los resultados en esta dimensión se obtuvieron porcentajes del 73% y 100% lo cual indica que los médicos generales participantes tienden a padecer fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad en ocasiones tienden a tener un sentimiento de indefensión debido a que han intentado activamente modificar algunas situaciones o relaciones sin obtener resultados positivos.

En cuestión de las variables con base a los resultados en los porcentajes altos en el nivel medio en la dimensión de cansancio emocional se asocia a las variables fueron significativas como es la edad y el estado civil por ejemplo el promedio de 24 a 40 es donde hay más probabilidad de padecer Síndrome de *Burnout* por otra parte los médicos que son divorciados también tienen la probabilidad de padecer Síndrome de *Burnout* debido a que padecen síntomas de la dimensión cansancio emocional, algunos estudios más cercanos a nuestra investigación es el de Sos, Sobreques, Segura, Manzano, Rodríguez, García y Cebriá (2002), donde se tuvo una mayor prevalencia de padecer cansancio emocional en las edades comprendidas entre 37 a 45 años y con más de 10 años laborando en el mismo centro, en lo que respecta al estado civil.

Por otra parte, Ávila, Orozco y Alvis (2015), este estudio los médicos de menor antigüedad laboral reportan mayores puntajes en agotamiento emocional en el cual en nuestros resultados obtenidos no tuvo relación esta variable al padecer alto nivel de cansancio emocional.

Respecto al estado civil existe una relación en los resultados obtenidos de Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga (2009), en donde los individuos separados (incluyendo los divorciados) son los que mantenían una mayor probabilidad de ubicarse en un mayor porcentaje en la dimensión de cansancio emocional.

#### **b) Despersonalización.**

Los porcentajes obtenidos más altos en esta dimensión fue de 23% y el 17% en distintas variables, si existe un aumento en los porcentajes en esta dimensión los médicos generales tenderán a padecer sentimientos negativos, depresión y hostilidad, desinterés por las personas que tiene que atender y la distancia personal, quizá algunos médicos que presentaron algunos porcentajes menores en esta dimensión padezcan algunas manifestaciones de lo antes mencionado.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las variables en el presente estudio el nivel de despersonalización fue moderado debido a que en algunas variables no se obtuvo resultados significativos, esta investigación con respecto a la presente dimensión se relaciona con el estudio de Borbolla y Domínguez (2007), que en cuanto a los resultados obtenidos en la despersonalización obtuvieron un nivel moderado.

Dentro de las distintas variables sociodemográficas analizadas tenemos el género, donde las mujeres obtuvieron un 8 % en un nivel alto en esta dimensión, mientras tanto el 6 % se encuentran los hombres en un nivel medio, en algunos estudios como es el de Pérez (2020), donde menciona que los más expuestos a padecer Síndrome de *Burnout* son los adultos jóvenes de sexo masculino.

Por otro lado, otra relación de nuestro estudio es el de Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez (2005), en la variable despersonalización, predominaron los que no se encontraban en pareja en relación con nuestro estudio los profesionales que se encuentran en unión libre son los que tuvieron un nivel alto del 23% y solteros obtuvieron un mayor porcentaje en un nivel medio del 10% en esta dimensión, en cuanto a la antigüedad laboral se obtuvo un porcentaje del 13% en un nivel alto de despersonalización de igual manera uno de los estudios analizados

de Pérez (2020), que durante los primeros 10 a 15 años obtuvieron porcentajes altos y es cuando se tiende a sufrir síntomas de despersonalización y padecer Síndrome de *Burnout*.

### **c) Falta de realización personal.**

Es la tercera fase del proceso del Síndrome de *Burnout* en donde se obtuvo un porcentaje alto en el nivel medio en el cual existe la tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional, pérdida de ilusión por el trabajo que se ejerce. Con respecto a esta dimensión la variable que más predominó en un porcentaje alto en un nivel medio fue la variable del estado civil en donde se muestra que los divorciados son los que más predominan a padecer síntomas de falta de realización personal, el estudio de Beltrán, Moreno, Estrada, López, Rodríguez y Reyes (2004) menciona que los sujetos separados (divorciados) y viudos son los de mayor riesgo hacia la dimensión de falta de realización personal

Por otro lado, algunos estudios mencionan que los que más predomina en esta dimensión es la variable de género femenino como es en el estudio de Ávila, Orozco, y Alvis, (2015), donde La falta de realización personal y el Síndrome de *Burnout* se encuentran asociados al sexo el que más predomina es el sexo femenino caso que en nuestro estudio no tuvo resultados significativos ante esta variable.

En cuanto a la edad en algunos estudios como es Aranda (2006), no se obtuvieron resultados significativos en esta índole en caso de nuestro solo el 14% a un nivel medio de un rango de edad de 24 a 40 años que podría padecer síntomas de falta de realización personal

Conforme a Naranjo (2016), cabe mencionar que la realización personal es inversamente proporcional al grado de *Burnout*, esto implica que, una baja realización personal representa un nivel alto o presencia del Síndrome de *Burnout*.

Como sabemos, presentar niveles altos del Síndrome de *Burnout* podría afectar a los médicos generales, causando estrés laboral crónico y presentando actitudes y sentimientos negativos por la relación del profesional con el paciente y con la institución, los padecimientos que pueden tener son psicológicos y físicos (Álvarez, 2011).

Por lo tanto, Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia (2014), mencionan que el agotamiento emocional y la despersonalización son los principales factores que hacen padecer el Síndrome de *Burnout* y producir diversas consecuencias laborales caso que en nuestro estudio lo que predominó fue el cansancio emocional y la falta de realización personal.

Como se observó en los resultados de las dimensiones sobre el Síndrome de *Burnout* en los tres niveles en las distintas variables, no existe una elevada prevalencia de SB, la mayoría de los porcentajes altos se encuentran en el nivel medio.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable que se refiere a realizar otra actividad laboral en la dimensión de cansancio emocional, presentaban un porcentaje mayor las personas que no realizan otra actividad laboral fuera de la institución, por lo tanto, no repercute demasiado en que les esté afectando dicha variable a los médicos generales, lo mismo sucede en el total de pacientes atendidos por día con respecto a la dimensión de despersonalización, con respecto a la dimensión de falta de realización personal en relación con los hombres y mujeres que son médicos generales, presentan similitud, es decir, existe un bajo porcentaje en este aspecto, por otra parte, los médicos generales que no tienen algún problema financiero son un porcentaje mayor con respecto a los que sí tienen ese problema.

Cabe mencionar que algunas de las limitaciones que se tuvieron con respecto a la realización de esta investigación, fue que algunos médicos se negaron a responder la encuesta, también una limitación fue la lejanía del lugar donde se encuentran ubicados los centros de salud, el tiempo limitado para llenar las encuestas por parte del personal médico, la desconfianza del personal de que la información fuera utilizada para otros fines, la falta de transporte y la inseguridad que existe en los distintos lugares donde se ubican los distintos centros de salud.

## RECOMENDACIONES

Para evitar algunos de los síntomas del *Burnout* y disminuir los porcentajes detectados, es recomendable la orientación y concienciación de los nuevos profesionales desde antes de incorporarse al trabajo, es decir, recomendar la utilización de técnicas de afrontamiento de estrés, psicoterapia conductual, algunas técnicas de resolución de conflictos, de relaciones interpersonales, tomar cursos para afrontar y disminuir el estrés, realizar actividades de forma programada y rutinaria, planificación y diseño de las relaciones interpersonales en el trabajo y la mejora del soporte social entre los trabajadores y sus superiores, intensificar y revalorizar las relaciones personales, familiares y sociales con el objetivo de acercar a los nuevos médicos profesionales a la realidad laboral.

Para finalizar se recomienda que en una futura investigación, se aplique nuevamente la herramienta para medir el Síndrome de *Burnout* y determinar si aumentó o disminuyó una vez aplicadas las estrategias y recomendaciones, además de utilizar otras herramientas de análisis para complementar y obtener óptimos resultados sobre la investigación

## CONCLUSIONES

Se evaluó el riesgo de Síndrome de *Burnout* en personal de la salud (médico general, enfermería y odontológico) adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México, en las tres dimensiones que conforman el *Burnout*.

### PERSONAL MÉDICO GENERAL

- a) Cansancio emocional: Esta dimensión no se obtuvieron porcentajes elevados en el nivel alto, pero sin embargo se encontraron porcentajes significativos en un nivel medio en esta índole, los porcentajes obtenidos fueron de 73% en la variable edad en un rango de 24 a 40 años, en la variable de estado civil en donde los más afectados con tendencia a padecer *Burnout* son los divorciados con un 100% en esta dimensión.
- b) Despersonalización: Siendo la segunda fase del proceso del *Burnout* no se obtuvieron porcentajes significativos con respecto al nivel medio y alto, los porcentajes más altos en un nivel alto fueron de 23% en la variable de estado civil en los médicos que se encuentran en unión libre y un 16% en un nivel alto en la variable de edad en un rango de 24 a 40 años, siendo los únicos porcentajes que se podría mencionar altos en esta dimensión.
- c) Falta de realización personal: Con respecto a esta dimensión se obtuvo un 100% en la variable de estado civil en donde los divorciados son los que son afectados con respecto a esta dimensión y un 14% en un nivel medio en la variable de edad en un rango de 24 a 40 años. Lo que se esperaba obtener de este estudio era un nivel alto de Síndrome de *Burnout*, pero sin embargo no se obtuvieron niveles altos si no que se logró encontrar un nivel medio en nuestro estudio conforme a los objetivos propuestos se lograron cumplir debido a que se logró aplicar la encuesta y el instrumento MBI de Maslach y Susan Jackson en el cual fue de gran ayuda para evaluar el riesgo de Síndrome de *Burnout* en el personal médico general adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México.

### **PERSONAL DE ENFERMERÍA**

- a) En la dimensión de cansancio emocional no se obtuvieron porcentajes elevados la clasificación del nivel alto, en donde se observaron porcentajes representativos fue en el nivel bajo, en este caso los porcentajes fueron de 88% en la variable de sexo femenino y en la variable de edad en el rango de 36-50 años con un 89%, del personal de enfermería más propensos a padecer Síndrome de *Burnout* son los divorciados con un 100% que se encuentran en un nivel bajo de *Burnout*.
- b) En la dimensión de despersonalización no se obtuvieron porcentajes significativos en la clasificación de nivel medio y alto, en esta dimensión los porcentajes sobresalientes también se encuentran en el nivel bajo en la variable de estado civil que son viudos, con un 100% esto es debido a la falta de motivación, falta de personal o material de trabajo.
- c) Con respecto a la dimensión de falta de realización personal tuvo porcentajes bajos en la clasificación del nivel alto, lo cual indica que no es significativa para concluir con un diagnóstico de *Síndrome de Burnout*, sin embargo, los resultados demostraron que el personal de enfermería manifiesta porcentajes altos en el nivel bajo en la variable de estado civil de viudos con un 100%.

Durante el proceso de investigación se encontró que existen algunos indicadores fundamentales que pueden provocar que el personal de enfermería sea propenso a Síndrome de *Burnout*, algunos de ellos son falta de personal de trabajo, falta de motivación, altas jornadas de trabajo, tiempo de traslado al trabajo y la inseguridad.

### **PERSONAL ODONTOLÓGICO**

El personal de odontología encuestado en su gran mayoría presentó un nivel bajo de síndrome de *Burnout*. Esto quiere decir que no existen implicaciones en la salud física como mental. Con respecto a la dimensión de cansancio emocional se encontró que se presenta un nivel bajo en los odontólogos, por lo que no hay riesgo de padecer el síndrome de *Burnout*. Asimismo, se observó que en la dimensión despersonalización los odontólogos presentan un nivel bajo, lo cual no perjudica en el desempeño laboral. En la dimensión realización personal, se observó que el personal de odontología presenta un nivel alto, el cual nos indica que no existe una alteración ya que se encuentran satisfechos con sus metas planteadas.

## LITERATURA CITADA

- Abascal, E., & Esteban, I. G. (2005). *Análisis de encuestas*. Esic Editorial.
- Abero, L., Berardi, L., Capocasale, A., García Montejó, S., & Rojas Soriano, R. (2015). *Investigación Educativa: Abriendo puertas al conocimiento*. CLACSO.
- Agenda 2030. (11 de septiembre de 2017). *gob.mx*. Obtenido de *gob.mx*: <https://www.gob.mx/agenda2030/articulos/3-salud-y-bienestar>.
- Aguilera, E. C., & de Alba García, J. E. G. (2010). Prevalencia del Síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(1), 67-84.
- Aguilera, E. C., & de Alba, J. E. G. (2013). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en odontólogos de una institución educativa y de salud, en la ciudad de Guadalajara, México, en 2012. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 24(2).
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78, 505-516.
- Alcaraz, F. G., Espín, A. A., Martínez, A. H., & Alarcón, M. M. (2006). Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones. *Revista clínica de medicina de familia*, 1(5), 232-236.
- Almeida Freire, M., Oliveira, E. N., Guimarães Ximenes Neto, F. R., Evangelista Lopes, R., Gomes Nogueira Ferreira, A., & Vieira Gomes, B. (2015). Síndrome de Burnout: un estudio con profesores. *Salud de los Trabajadores*, 23(1), 19-28.
- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(39), 257-265.
- Álvarez, A., Arce, M., Barrios, A., & Sánchez, A. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Rev Postgrado Cat Med*, 141, 27-30.
- Álvarez, R. F. (2011). El Síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *CEGESTI*, 1.
- Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.

- Ander-Egg, E. (1980). *Técnicas de investigación social* (Vol. 14). Buenos Aires: El Cid Editor.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social* (Vol. 24). Buenos Aires: Lumen.
- Ander-Egg, E. (2003). *Repensando la investigación-acción-participativa* (pp. 171-182). Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Aranda Beltrán, C. (2006). 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*, 15(29), 1-7.
- Aranda Beltrán, C., Barraza Salas, J. H., Romero Paredes, J. J., QUIÑONEZ ZARATE, L. A., Ceniceros Cabrales, A. P., González Ortega, G., & Esparza Piña, J. A. (2015). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos generales de Tepic, Nayarit (México). CONACYT.
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., & Franco-Chávez, S. (2005, September). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 66, No. 3, pp. 225-231). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Arias Gallegos, W. L., & Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). Síndrome de Burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42, 559-575.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. 6ta. Fidas G. Arias Odón.
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5(17), 23-29.
- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W., & Navarrete-Saravia, A. (2018). La prevalencia del síndrome de burnout en personal de salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71, 293-303
- Ávila, I. Y. C., Orozco, J., & Alvis, L. R. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la universidad Industrial de Santander. Salud*, 47(2), 187-192.
- Ayala, C. R. P., & Silva, T. J. M. (2017). Síndrome de Burnout en estudiantes de Odontología. *Dominio de las Ciencias*, 3(1), 432-442.
- Barrios Araya, S., Arechabala Mantuliz, M., & Valenzuela Parada, V. (2012). Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 46-55.

- Básico, B., & Guerrero, A. M. G. F. (2006). Metodología de la Investigación.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica*, 122(1), 21-27.
- Bedoya, A. (2015). Síndrome de Burnout en cirujanos dentistas. *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres*, 5(2)
- Beltrán, C. A., Montero, B. Z., Moreno, M. P., & Flores, J. E. S. (2011). Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Revista colombiana de salud ocupacional*, 1(1), 13-17.
- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., Estrada, J. G. S., López, T. M. T., Rodríguez, M. G. A., & Reyes, M. B. P. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investigación en salud*, 6(1), 28-34.
- Borbolla-Sala, M. E., & Domínguez-Sánchez, M. (2007). Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco*, 13(1), 577-583.
- Cabeza, E., March, S., Cabezas, C., & Segura, A. (2016). Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza.... *Gaceta Sanitaria*, 30, 81-86.
- Cardona, C. A. A., Castrillón, J. J. C., Arango, C. A., Rodríguez, L. A. A. D., Gallego, V. M., González, A. O., ... & Merchán, J. T. (2011). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia) 2011. *Archivos de medicina*, 11(2), 91-100.
- Carrillo, E. (2010). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras que trabajan en el hospital regional de psiquiatría Morelos. México. DF
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, A. (2011, April). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 1, pp. 63-72). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Casas, S. B., & Klijn, T. P. (2006). Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(1), 136-41
- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (2012). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en odontólogos mexicanos del sector educativo y privado. *Medicina y seguridad del trabajo*, 58(228), 246-260.

- Castañeda Aguilera, E., & García de Alba García, J. E. (2013). Análisis de los posibles factores de riesgos sociodemográficos y laborales y prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en odontólogos mexicanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2).
- Castro, W. F., & Godino, J. D. (2011). Métodos mixtos de investigación en las contribuciones a los simposios de la SEIEM (1997-2010).
- Cebriá, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., ... & Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Atención primaria*, 27(7), 459-468
- Córdoba, F. G. (2002). El cuestionario: recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionarios. Editorial Limusa.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, s220-s232.
- De Ita, M. M., & Eugenia, M. (1994). El concepto de productividad en el análisis económico. *Red de Estudios de la Economía Mundial*. México.
- De Micheli, A. (2005). En torno a la evolución de los hospitales. *Gaceta médica de México*, 141(1), 57-62.
- Del Carmen Contreras-Palacios, S., Ávalos-García, M. I., Álvarez, H. R. P., Morales-García, M. H., & Hernández, J. A. C. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*, 12(2), 45-57.
- Del Consuelo Zumárraga, R., García, J. M., & Yépez, L. B. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas (Quito)*, 33(2), 29-33.
- Del Río Moro, O., García, M. P., & Gómez, B. V. (2003). El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (29), 24-29.
- Durán, M. P., Rodríguez, R. A., & Fernández, L. M. (2006). PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL QUEMAD@ Y ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS EN L@ S ENFERMER@ S DEL CHUVI (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo). *Enfermería Global*, 5(1).
- Ferrel, R., Sierra, E., & Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 7(1), 29-40.

- Franco, S. (2015). Salud para la paz y paz para la salud. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 14(29), 5-8.
- Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414-424.
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Frías-Navarro, D. (2014). *Apuntes de SPSS*. Universidad de Valencia, 1-10.
- Frutos-Llanes, R., Jiménez-Blanco, S., & Blanco-Montagut, L. E. (2014). Síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Ávila. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 40(7), 357-365.
- García, J. M., Herrero Remuzgo, S., & León Fuentes, J. L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de psicología*, 25 (2), 157-174.
- García-Allen, J. (2018). Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas. Recuperado el, 1.
- Gérvas, J., & Ortún, V. (1995). Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Atención primaria*, 16, 501-507.
- Gérvas, J., & Pérez Fernández, M. (2005). El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 205-218.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37.
- Gil-Monte, P. R., García-Juesas, J. A., & Hernández, M. C. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 113-118.
- Gomero Cuadra, R., Palomino Baldeon, J., Ruiz Gutierrez, F., & Llap Yesán, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Revista médica herediana*, 16(4), 233-238.
- Gómez, I. C. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas psychologica*, 6(1), 105-113.
- Gómez, O., & Khoshnood, B. (1991). La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud pública de México*, 33(4), 314-329.

- Gómez-Dantés, O., & Frenk, J. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud. *salud pública de méxico*, 61(2), 202-211.
- González Ruiz, G., Carrasquilla Baza, D., Latorre de la Rosa, G., Torres Rodríguez, V., & Villamil Vivic, K. (2015). Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *Revista Cubana De Enfermería*, 31(4), 0-0.
- González, L. F. A. E. S. (2015). *Burnout: consecuencias y soluciones*. Editorial El Manual Moderno.
- González, M. Á. M. (2018). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud*. Elsevier Health Sciences.
- Gracia, T. H., Varela, O. T., Zorrilla, D. N., & Olvera, A. L. (1986). El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Revista Electrónica de ICEA*, 5, 50-68.
- Granado de la Orden, S., Rodríguez Rieiro, C., Lucerón, O., del Carmen, M., Chacón García, A., Vigil Escribano, D., & Rodríguez Pérez, P. (2007). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 81(6), 637-645.
- Grasso, L. (2006). *Encuestas. Elementos para su diseño y análisis*. Editorial Brujas.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Guevara, C. A., Henao, D. P., & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colombia médica*, 35(4), 173-178.
- Hall, B. L. (1983). Investigación participativa, conocimiento popular y poder: una reflexión personal. *La investigación participativa en América Latina. Antología*, 15-34.
- Hernández, A. F. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta médica de México*, 150(2), 195-199.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista cubana de salud pública*, 29(2), 103-110.
- Hernández-Vargas, C. I., Dickinson, M. E., & Fernández Ortega, M. Á. (2008). El Síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51(1), 11-14.

- Herón, R. (2005). Análisis del empleo y del trabajo: directrices para identificar empleos para personas con discapacidades
- Ibáñez, E. (2012). Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de odontología Fundación Universitaria San Martín, año 2011. *Revista Colombiana de enfermería*, 7, 105-111.
- Infante Ochoa, I., Moret Montano, A., & Curbelo Heredia, I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3), 0-0.
- Jiménez, B. M., Herrero, M. G., Hernández, E. G., & Adán, J. C. M. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del Burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención primaria*, 38(10), 544-549.
- Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, A., & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176.
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Van-der Hofstadt, C. J. (2015, August). Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 2, pp. 213-223).
- Lebrón, O., & Díaz-Reissner, C. V. (2017). Síndrome de Burnout en odontólogos de la XVIII Región Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. *Revista Salud Pública del Paraguay*, 7(1), 21-27.
- Ledesma, R., Ibáñez, G. M., & Mora, P. V. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *PsicoUSF*, 7(2), 143-152.
- León Barua, R., & Berenson Seminario, R. (1996). Medicina teórica.: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 105-107
- Lucy, E., López, C., Jhony, A., & Pérez, M. (2017). Factores asociados al Síndrome de Burnout en estudiantes de la Universidad Ricardo Palma en el periodo 2017.
- Magaña Medina, D. E., & Sánchez Escobedo, P. A. (2008). Síndrome de desgaste emocional en investigadores mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 353-362.
- Marente, A. Y. U. S. O., & Antonio, J. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653): <http://www. Rieoei. org/deloslectores/1341Ayuso. pdf>.

- Mariños, A., Otero, M., Málaga, G., & Tomateo, J. (2011). Coexistencia de Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-160.
- Martín, F. A. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica* (Vol. 35). CIS.
- Martínez, Á. M. (2018). Análisis de los factores de riesgo y protección del Burnout en profesionales de la salud (Doctoral dissertation, Universidad de Almería).
- Martínez, N. I., Puigdesens, A. V., & Roig, A. A. (2004). Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería clínica*, 14(3), 142-151.
- Martínez-López, C., & López-Solache, G. (2005). Características del Síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en medicina familiar*, 7(1), 6-9.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43
- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., & Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, ENSUSALUD 2014. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 241-247.
- Méndez Venegas, J. (2019). Estrés laboral o síndrome de burnout'.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.
- Mera, M. F., Gaspar, R. V., García, I. Z., Sánchez, S. V., Melero, E. A., González, S. Á., & Martín, P. M. (2009). Síndrome de Burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 20(4), 131-140.
- Mercado, A. G. (2009). *Manual de Técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales y Humanidades*. El Colegio de México AC.
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Muñoz Campos, F., Medina Moreno, A., Carrasco Mardones, D., Pérez Villalobos, C., & Ortiz Moreira, L. (2016). Burnout en estudiantes de Odontología y su relación con sus características sociodemográficas y antecedentes académicos. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 30(2).
- Naranjo Rodríguez, M. E. (2016). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital Federico Bolaños Moreira. Estudio a realizarse en el Hospital IESS de Milagro; periodo desde agosto 2015 a enero del 2016 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).

- Obando Cabezas, L., Salcedo Serna, M. A., & Correa, L. F. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente*, 20(38), 382-397.
- Oliden, P. E., & Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo*, 19(58), 59-63.
- Orieta, P. (2006). Metodología de la investigación social y educativa. Santiago del Estero.
- Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Pérez Ortiz, J. A. (2020). Síndrome de Burnout en médicos postgradistas de la Universidad Central y su capacidad de resiliencia durante sus años de formación, período noviembre 2018-abril 2019 (Master's thesis, Quito: UCE).
- Pérez, R., Caso, C., Río, M. J., & López, A. J. (2011). Introducción a la estadística económica. Rigoberto Perez.
- Pérez, Z. P. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista electrónica educare*, 15(1), 15-29
- Picasso-Pozo, M. (2015). Síndrome de Burnout en estudiantes de Odontología de una universidad peruana. *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres*, 9(1).
- Picasso-Pozo, M. (2015). Síndrome de burnout en estudiantes de Odontología de una universidad peruana. *KIRU Revista de la Facultad de Odontología-Universidad de San Martín de Porres*, 9(1).
- Poblete, C. M. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(3), 218-223.
- Portabales Pardo, M. (2018). Síndrome de Burnout en deportistas.
- Preciado-Serrano, M.D.L., & Vázquez-Goñi, J. M. (2010). Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(1), 11-19.
- Rengifo Cuéllar, H. (2008). Conceptualización de la salud ambiental: teoría y práctica (parte 1). *Revista Peruana de Medicina Experimental y salud pública*, 25(4), 403-409.

- Rivero, D. (2013). Metodología de la investigación
- Rodríguez de Romo, A. C., & Rodríguez Pérez, M. E. (1998). History of public health in Mexico: 19th and 20th centuries. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(2), 293-310.
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3), 0-0.
- Roldán, A. M. A., & Barriga, A. M. Q. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198-205.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas<sup>1</sup>. *International journal of clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124
- Salazar Estrada, J. G., Guerrero Pupo, J. C., Machado Rodríguez, Y. B., & Cañedo Andalia, R. (2009). Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *Acimed*, 20(4), 67-75.
- Salkind, N. J. (1999). Métodos de investigación. Pearson Educación.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., & Pérez, M. D. L. L. C. (1998). Metodología de la investigación (Vol. 6). México: Mcgraw-hill
- Sánchez, A. C., Claro, M. R., Lorenzo, C. M., VicenteMartín, C., Morales, M. A., & Fernández, M. F. (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en fisioterapia. *Fisioterapia*, 28(1), 17-22.
- Sánchez, D. (2015). Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales. Universidad de la Rioja.
- Sánchez, S. (2015). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de las unidades de cuidados críticos y urgencias del hospital médico-quirúrgico de Jáen. *Enfermería del Trabajo*, 4(4), 115-125.
- Santos, A. C. (2008). La productividad del trabajo del trabajador del conocimiento. *Ingeniería Industrial*, 29(3), 1-5.
- Sarella Parra, L. H., & Paravic, T. (2002). Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). *Ciencia y enfermería*, 8(2), 37-48.

- Següel Palma, F., Valenzuela Süazo, S., & Sanhueza Alvarado, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. *Ciencia y enfermería*, 21(2), 11-20
- Segura, V. G. (2015). *Gestión de la prevención de riesgos laborales en pequeños negocios*. COMT0112. IC Editorial.
- Siguero, A. M., Pérez, M. G., González, M. A., & Cermeño, P. C. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid.
- Silva Álvarez, O. (2016). Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre-diciembre 2015.
- Soler Cárdenas, S. F., & Soler Pons, L. (2012). Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. *Revista Médica Electrónica*, 34(1), 01-06.
- Sos Tena, P., Sobreques Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodríguez Muñoz, C., García, M., & Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10), 17-25.
- Tamayo, M. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa
- Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. D. J. (2016). Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 242-248.
- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de posgrado de la via cátedra de medicina*, 153(1), 41-43.
- Tres, S. E. S. I. O. N. (2008). *Metodología de la Investigación*.
- Tuesca Molina, R., Iguarán Urdaneta, M., Suárez Lafaurie, M., Vargas Torres, G., & Vergara Serpa, D. (2006). Síndrome de desgaste Profesional en enfermeras (os) del área metropolitana de Barranquilla.
- Valencia, J. A. A., & Araújo, J. J. O. (2008). *Fundamentos de inferencia estadística*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Valencia, S. M. *Manual introductorio al SPSS Statistics Standard Edition 22* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico Nacional).
- Valencia, S. M. *Manual introductorio al SPSS Statistics Standard Edition 22* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico Nacional).

- Victoria, H. (2013). ¿Salud y productividad?: sobre la información de una analítica "economía" de la relación salud-trabajo (Argentina, 1900-1955). *Salud Colectiva*, 207-209.
- Vidal, P. H., & Ferrer, A. R. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13(1), 9-16.
- Visoso Salgado, A., Reyna, S., Ariselda, P., & Montiel Bastida, N. M. (2012). Síndrome de burnout en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México: un estudio comparativo. *International journal of odontostomatology*, 6(2), 129-138.
- Zazo, M. P. D. (2015). *Prevención de riesgos laborales. Seguridad y salud laboral*. Ediciones Paraninfo, SA.
- Zozaya, J. (1957). *La atención medica en el medio rural mexicano*.
- Zurro, A. M., & Solá, G. J. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. SL España: Elsevier.

## ANEXOS

### Anexo A. Instrumento de recolección de datos



### 3. CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

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 interpersonales		
6	Siento que trabajar todo el día con la gente 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 la gente 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		

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE LA SALUD  
ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO



Folio |\_\_|\_\_|\_\_| Fecha: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|

El presente cuestionario tiene como propósito evaluar el riesgo de síndrome de Burnout en profesionales del área de la salud que trabajan para la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, Veracruz, México. Este instrumento forma parte del proyecto "Evaluación del riesgo de síndrome de burnout en el personal médico general adscrito a la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, Veracruz" implementado por el Instituto Tecnológico Superior de Zongolica en colaboración con la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba. La información proporcionada será tratada de manera confidencial y utilizada con fines estrictamente de investigación para análisis estadístico. Si tiene alguna pregunta o duda con relación al presente cuestionario favor de dirigirse con el M.S.P. Sergio Rodríguez García, al correo serixoye@hotmail.com, o al número telefónico 272-127-4366.

**1. DATOS PERSONALES**

Edad: |\_\_|\_\_| Género: 1. Hombre |\_\_| 2. Mujer |\_\_| Estado civil: 1. Soltero |\_\_|  
2. Casado |\_\_|  
Lugar de residencia: 1. Rural |\_\_| 3. Unión libre |\_\_|  
2. Urbana |\_\_| 4. Viudo |\_\_|  
5. Divorciado |\_\_|

Hijos 1. Si |\_\_| La casa en la que habita es: 1. Propia |\_\_|  
2. No |\_\_| 2. Rentada |\_\_|  
Cuántos: |\_\_| 3. Prestada |\_\_|

Número de familiares a su cargo o que dependan económicamente de usted: |\_\_|  
Tiene algún problema financiero: 1. Si |\_\_|  
2. No |\_\_|

**2. DATOS LABORALES**

Turno: 1. Matutino |\_\_| Nombre de clínica: \_\_\_\_\_  
2. Vespertino |\_\_| Nombre de Caravana: \_\_\_\_\_  
3. Jornada acumulada |\_\_| Centro de salud: 1. Rural |\_\_|  
2. Urbano |\_\_|

Profesión: 1. Medicina |\_\_| Antigüedad |\_\_|\_\_| (Años)  
2. Enfermería |\_\_| laboral: |\_\_|\_\_| (Meses)  
3. Odontología |\_\_|

Tiempo de traslado de su casa al trabajo |\_\_| : |\_\_|\_\_| hrs  
hrs: min:

Promedio de pacientes atendidos por día: |\_\_|\_\_|

¿Cuántos días pernocta en su área laboral? |\_\_|\_\_|

Tiempo asignado para consumir alimentos durante su horario de trabajo: |\_\_| : |\_\_|\_\_| hrs  
hrs min

¿Realiza usted otras actividades laborales fuera de la institución? 1. Si |\_\_|  
2. No |\_\_|  
Cuántos: |\_\_|

Situación labora 1. Base |\_\_|  
2. Homologado/ formalizado |\_\_|  
3. Contrato: |\_\_|

## Anexo B. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Dirigido al área Médica, Enfermería y Odontología pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. VII Veracruz, México el cual se les invita a participar en la investigación sobre Síndrome Burnout (quemarse por el trabajo)

Somos tesistas del Instituto Tecnológico Superior de Zongólica, nuestra investigación consiste sobre el síndrome de Burnout, este desgaste profesional es muy común en las distintas organizaciones, por lo cual le invitamos a ser participe de este proyecto,

El Síndrome Burnout es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.

Esta investigación incluirá en la aplicación de dos cuestionarios de acuerdo a Maslach (instrumento de evaluación para detectar riesgo del síndrome de Burnout), un general y un específico en el cual se aplicaran distintas preguntas conforme a las áreas antes mencionadas el tiempo que se tomará para responder el cuestionario requerirá aproximadamente de 15 minutos, la información proporcionada será confidencial, este cuestionario se aplicara en las distintas unidades médicas pertenecientes a la jurisdicción sanitaria número 7 de Orizaba, Veracruz, México.

La investigación que se realizará servirá para identificar los distintos riesgos de padecimientos de este síndrome en el cual se encuentra expuestos el personal de cada área, con esto podremos identificar si varía los riesgos con respecto a su zona geográfica.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. La participación de cada personal en esta investigación será totalmente voluntaria, donde pueden elegir participar o no hacerlo, si lo requiere puede retirarse del proyecto en el momento que usted lo requiera.

**He leído la información proporcionada de igual forma he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.**

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante.

\_\_\_\_\_  
Fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante.

# EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD ADSCRITO A LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VII, ORIZABA, VERACRUZ, MÉXICO

La presente investigación tuvo como objetivo general evaluar el riesgo de Síndrome de Burnout en personal de la salud, entiéndase: médicos generales, enfermeros(as) y odontólogos(as) adscritos a la Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz, México. En este sentido, la Secretaría de Salud (SS) de México, institución encargada de salvaguardar la salud de los ciudadanos con base en sus diferentes programas, donde a nivel estatal y específicamente en Veracruz, la SS se divide el trabajo en 11 jurisdicciones sanitarias, mismas que tienen a su cargo un gran número de centros de salud, así pues, entre el personal que labora se encuentra el área de médicos generales, enfermería y odontólogos. Ahora bien, dentro del área de médicos generales, estos especialistas trabajan en el seno de la comunidad asumiendo la tarea de promover y proteger la salud y su derecho a la misma, prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a los individuos, en forma continua e integral, a la familia y a la comunidad. Por otra parte, en el área de enfermería se realizan distintas actividades como son: asistenciales, administrativas, docentes e investigativas mediante una firme actitud humanística, ética, de responsabilidad legal y con conocimientos en las áreas biológicas, psicosociales y del entorno. Asimismo, los odontólogos son los encargados de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos dentales y bucales, realizando procedimientos de rutina y de emergencia a los fines de mejorar la salud de sus pacientes en este particular. Por lo general, estos profesionales se dedican a la práctica privada, la cual suele ser conocida como "práctica de odontología general". El Síndrome de Burnout o Síndrome del quemado es un Síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo. Según Freudenberger las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el Burnout.

La definición más aceptada es la de C. Maslach y Jackson, definen que el Burnout es un síndrome que se caracteriza por un alto grado de agotamiento, despersonalización y una reducida sensación de logro que se debe a la acumulación progresiva de estrés. La investigación se realizó mediante la aplicación del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario Sociodemográfico, mediante un estudio descriptivo y mixto.



ISBN: 978-607-99603-6-0



9 786079 960360