



# BUAP

Facultad de Medicina

Hospital General de Puebla.  
"Dr. Eduardo Vázquez Navarro"

**"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES"**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en  
anestesiología

Presenta:

Dra. Denise Hernández Santiago  
Residente de tercer año.

Directores

Dra. PATRICIA Durán Rubio  
Especialista en anestesiología.

H. Puebla de Z. Enero, 2021





Secretaría de Salud  
Gobierno de Puebla

HOSPITAL GENERAL "DR. EDUARDO VAZQUEZ NAVARRO"

HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA  
DR. EDUARDO VAZQUEZ NAVARRO  
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.

INSTRUCTIVO: Este formato será elaborado en original y copia, permitiendo el original a la Jefatura de Enseñanza y la copia en poder del autor. De faltar algunas firmas no podrá inscribirse la investigación.

Por medio de la presente manifiesto al cuerpo de investigación del Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez N." para informar que autorizo la impresión de tesis del protocolo de investigación:

Prevalencia del Síndrome de Tumor en médicos residentes.

Con número de registro 19/EU/16/VR/BI/2020

Del Dr. Demian Hernandez Santiago

Para la obtención del título de la especialidad de Anestesiología

Fecha: 28/10/2021

Directores de tesis.

Dra. Patricia Dacón Rubio

Nombre y firma

Nombre y firma

Jorge Manuel Romoza Castro

Nombre y firma

Nombre y firma

Se autoriza impresión de tesis.

Fecha: 28/10/2021

DRA. SANDRA MALDONADO CASTAÑO  
JEFA DE ENSEÑANZA



*Los médicos residentes deben buscar, al igual que los estudiantes de medicina de pregrado, una enseñanza de la medicina sin abuso de poder. La medicina es un arte y en su ejercicio no debe existir temor, miedo, ni mucho menos angustia en su aprendizaje, puesto que su fin último es el beneficio de la humanidad.*

DONOVAN CASAS PATIÑO

## DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a la memoria de mi entrañable amigo y colega Omar Rodríguez Espinoza, al cual extraño y recuerdo con todo mi cariño.

A Francisco Morales Vázquez, por haber inspirado en gran parte la elaboración de este estudio, pues durante su primer año de residencia pude atestiguar el desgaste físico y emocional que experimentó en aquella época; además, por su invaluable apoyo, por vivir de la mano día a día y juntos este camino; por haberme contagiado su espíritu de lucha y perseverancia a lo largo de la residencia, y quien hoy es mi compañero de vida.

A todas y todos mis colegas médicos, que aun estando atrapados por la fatiga física y emocional que genera la pandemia de Covid 19 trabajan diariamente en medio de este escenario de incertidumbre e inseguridad salvando la vida de muchas personas.

A todos aquellos que al ejercer con ejemplar entrega sus labores cotidianas en el área de la salud sucumbieron, víctimas de la pandemia del virus Covid 19.

A mis padres, por su amor, su confianza y apoyo incondicional para alcanzar mis sueños profesionales.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, en especial al Hospital General “Eduardo Vázquez Navarro”, que me dio la oportunidad de realizar mi especialidad en sus instalaciones.

Al personal médico de este hospital, por sus valiosas y enriquecedoras enseñanzas, su sapiencia y experiencia profesional.

Mi gratitud especial a la Dra. Patricia Durán Rubio, mi asesora de tesis, por compartir generosamente sus conocimientos.

A la Dra. Sandra Maldonado Castañeda, que siempre mantuvo sus puertas abiertas para escuchar a quien lo necesitara, por su empatía y calidez.

Al Dr. Jorge Manuel Ramírez Sánchez, por regalarme su tiempo y su paciencia constante, y alentarme a continuar la meta trazada.

A mis médicos adscritos de anestesiología, por contagiarme su amor y respeto a esta grandiosa especialidad; por su inteligencia e ímpetu que nos han hecho mejores especialistas cada día.

A mis compañeros de generación, por su invaluable e inmutable apoyo y por tenderme su mano tanto en los buenos como en los malos momentos.

## ÍNDICE

RESUMEN	11
<b>ANTECEDENTES</b>	13
<i>GENERALES</i>	13
<i>ESPECÍFICOS</i>	18
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	26
<b>DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</b>	27
<i>PÁRRAFO DE PRESENTACIÓN</i>	27
<i>PREGUNTA</i>	27
<b>HIPÓTESIS</b>	27
<i>DESCRIPTIVA</i>	27
<i>COMPARATIVA</i>	27
<i>ANALÍTICA</i>	27
<b>OBJETIVOS</b>	27
<i>GENERAL</i>	27
<i>PARTICULARES</i>	27
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	27
<i>A. DISEÑO DEL PROYECTO</i>	28
1. Tipo y características del estudio	29
2. Definición del universo de trabajo	28
Población fuente	28
Población elegible	28
Definición de unidades de observación y del grupo control	28
a. Criterios de inclusión	28
b. Criterios de exclusión	28

c.	Criterios de eliminación	28
	Estrategias de muestreo	28
a.	Tamaño de la muestra	28
b.	Tipo de muestreo	28
	Definición de variables y unidades de medición	28
	Nombre de las variables	28
	Definición conceptual	30
	Definición operacional	30
	Recolección de la información	31
a.	Fuentes de información	31
b.	Instrumentos de medición	31
c.	Validez y consistencia	31
a.	Objetivo de la prueba	31
b.	Estrategia de trabajo	31
c.	Tipo, escala, medición	31
	Procesamiento y presentación de la información	32
	Cuadros y gráficas	32 - 65
	Conclusiones	65
	Bioética	66
	<i>REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRÁFICAS</i>	67
	<b>Anexos</b>	
	Instrumento de recolección de información	74
	Hoja de consentimiento informado	76

## LISTA DE TABLAS

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDAD DE MEDICIÓN	28
ME SIENTO AGOTADA(O) POR MI TRABAJO	32
ME SIENTO CANSADA(O) A FINAL DE LA JORNADA	33
ME SIENTO FATIGADA(O) CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y TENGO QUE ENFRENTARME A OTRO DÍA DE TRABAJO	35
FÁCILMENTE COMPRENDO CÓMO SE SIENTEN LAS PERSONAS QUE TENGO QUE ATENDER	36
CREO QUE TRATO A ALGUNAS PERSONAS COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES	38
TRABAJAR TODO EL DÍA CON PERSONAS ES REALMENTE ESTRESANTE PARA MÍ	39
TRATO CON MUCHA EFECTIVIDAD LOS PROBLEMAS DE LAS PERSONAS	40
SIENTO QUE MI TRABAJO ME ESTÁ DESGASTANDO	42
SIENTO QUE ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE EN LA VIDA DE LOS DEMÁS CON MI TRABAJO	43
ME HE VUELTO INSENSIBLE CON LA GENTE DESDE QUE EJERZO ESTA OCUPACIÓN	45
ME PREOCUPA EL HECHO DE QUE ESTE TRABAJO ME ESTÉ ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE	46
ME SIENTO MUY ENERGÉTICA(O)	47
ME SIENTO FRUSTRADA(O) POR MI TRABAJO	48
SIENTO QUE ESTOY TRABAJANDO DEMASIADO	49
NO ME PREOCUPA REALMENTE LO QUE OCURRE A ALGUNAS PERSONAS A LAS QUE DOY SERVICIO	50
TRABAJAR DIRECTAMENTE CON PERSONAS ME PRODUCE ESTRÉS	51
FÁCILMENTE PUEDO CREAR UN CLIMA AGRADABLE EN MI TRABAJO	52
ME SIENTO ESTIMULADO DESPUÉS DE TRABAJAR EN CONTACTO CON PERSONAS	63
HE CONSEGUIDO MUCHAS COSAS VALIOSAS EN ESTE TRABAJO	55
ME SIENTO COMO SI ESTUVIERA AL LÍMITE DE MIS POSIBILIDADES	56
EN MI TRABAJO TRATO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES CON MUCHA CALMA	57
CREO QUE LAS PERSONAS A QUIENES ATIENDO ME CULPAN DE SUS PROBLEMAS	58

COMPARATIVO SEGÚN GÉNERO DE RESPUESTAS CON MAYOR PORCENTAJE	59
SUBESCALAS DEL FORMATO MBI-HSS	60
SUBESCALAS AGRUPADAS POR NIVEL Y PORCENTAJE	61
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	61
DESPERSONALIZACIÓN	62
REALIZACIÓN PERSONAL	63
ESTADÍSTICAS DE GRUPO	64
PRUEBA DE MUESTRAS INDEPENDIENTES	64

### LISTA DE GRAFICAS

DISTRIBUCIÓN POR SEXO	32
ME SIENTO AGOTADA(O) POR MI TRABAJO (DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO)	33
ME SIENTO CANSADA(O) A FINAL DE LA JORNADA	34
ME SIENTO FATIGADA(O) CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y TENGO QUE ENFRENTARME A OTRO DÍA DE TRABAJO	35
FÁCILMENTE COMPRENDO CÓMO SE SIENTEN LAS PERSONAS QUE TENGO QUE ATENDER	37
CREO QUE TRATO A ALGUNAS PERSONAS COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES	38
TRABAJAR TODO EL DÍA CON PERSONAS ES REALMENTE ESTRESANTE PARA MÍ	39
TRATO CON MUCHA EFECTIVIDAD LOS PROBLEMAS DE LAS PERSONAS	41
SIENTO QUE MI TRABAJO ME ESTÁ DESGASTANDO	43
SIENTO QUE ESTOY INFLUYENDO POSITIVAMENTE EN LA VIDA DE LOS DEMÁS CON MI TRABAJO	44
ME HE VUELTO INSENSIBLE CON LA GENTE DESDE QUE EJERZO ESTA OCUPACIÓN	45

ME PREOCUPA EL HECHO DE QUE ESTE TRABAJO ME ESTÉ ENDURECIENDO EMOCIONALMENTE	46
ME SIENTO MUY ENERGÉTICA(O)	47
ME SIENTO FRUSTRADA(O) POR MI TRABAJO	48
SIENTO QUE ESTOY TRABAJANDO DEMASIADO	49
NO ME PREOCUPA REALMENTE LO QUE OCURRE A ALGUNAS PERSONAS A LAS QUE DOY SERVICIO	50
TRABAJAR DIRECTAMENTE CON PERSONAS ME PRODUCE ESTRÉS	51
FÁCILMENTE PUEDO CREAR UN CLIMA AGRADABLE EN MI TRABAJO	53
ME SIENTO ESTIMULADO DESPUÉS DE TRABAJAR EN CONTACTO CON PERSONAS	54
HE CONSEGUIDO MUCHAS COSAS VALIOSAS EN ESTE TRABAJO	55
ME SIENTO COMO SI ESTUVIERA AL LÍMITE DE MIS POSIBILIDADES	57
EN MI TRABAJO TRATO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES CON MUCHA CALMA	58
CREO QUE LAS PERSONAS A QUIENES ATIENDO ME CULPAN DE SUS PROBLEMAS	59
SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	61
DESPERSONALIZACIÓN	62
REALIZACIÓN PERSONAL	63

### GLOSARIO

<b>BDI</b>	Inventario de depresión de Beck
<b>CE</b>	Cansancio emocional
<b>CEI</b>	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
<b>CIOMS</b>	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
<b>DP</b>	Despersonalización
<b>DSM - IV</b>	Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de Salud
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>RP</b>	Relación Personal

## RESUMEN

**Introducción:** Es la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral, tiene repercusiones de índole individual y suele presentarse en individuos que trabajan en diversos sectores de servicios humano, cómo el personal sanitario.

Los residentes suelen ser los más afectados debido a múltiples causas, por ejemplo, el agotamiento físico y emocional, debido a la falta de descanso y largas jornadas de trabajo.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de burnout en los médicos residentes del Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”, en el periodo de febrero 2019 a febrero de 2020.

**Métodos:** Es un estudio transversal, descriptivo y prolectivo, mediante un muestreo de conveniencia aplicado a residentes de ambos sexos, de todas las especialidades que ofrece el hospital, los cuales otorgaron su firma de consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario impreso *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HS)

**Resultados:** Se encuestó a un total de 72 médicos residentes. De estos 32 (44.4%) de son mujeres y 40 (55.5%) son hombres. El estudio arrojó que el 30% de la muestra cursa con cansancio alto, mientras que el 25% muestra valores altos de despersonalización, en tanto el 90% presenta realización personal. Los resultados sugieren efectuar algunas modificaciones para mejorar el ambiente laboral de los médicos residentes. Es importante destacar que durante el lapso que comprende este trabajo los residentes fuimos las primeras líneas de apoyo para combatir la pandemia del Covid 19.

**Conclusiones:** La prevalencia fue el cansancio alto, observada tanto en mujeres como hombres, en un 30%, seguida de despersonalización, que alcanzó un 25%; no obstante, el 90% de los residentes presenta realización personal. El sexo femenino es el que cursa con mayor afectación. Las residentes que participaron en el estudio obtuvieron puntuaciones más altas que sus colegas hombres en cada uno de los componentes del SB.

**Palabras clave:** síndrome de burnout, residentes, despersonalización, baja realización personal

## Summary

**Introduction:** It is the extreme response to chronic stress originating in the work context, it has repercussions of an individual nature and usually occurs in individuals working in various human service sectors, such as healthcare personnel.

Residents are usually the most affected due to multiple causes, for example, physical and emotional exhaustion, due to lack of rest and long working hours.

**Objective:** To determine the prevalence of burnout in resident physicians of the General Hospital of Puebla "Dr. Eduardo Vázquez Navarro", in the period from February 2019 to February 2020.

**Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and prolective study, by means of convenience sampling applied to residents of both sexes, of all specialties offered by the hospital, who gave their signature of informed consent. The Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HS) printed questionnaire was applied.

**Results:** A total of 72 resident physicians were surveyed. Of these 32 (44.4%) were women and 40 (55.5%) were men. The study showed that 30% of the sample suffered from high fatigue, while 25% showed high values of depersonalization, and 90% showed personal fulfillment. The results suggest making some modifications to improve the work environment of resident physicians. It is important to highlight that during the period covered by this work, the residents were the first lines of support to combat the Covid 19 pandemic.

**Conclusions:** The prevalence was high fatigue, observed in both women and men, at 30%, followed by depersonalization, which reached 25%; however, 90% of the residents present personal fulfillment. The female sex is the most affected. Female residents who participated in the study scored higher than their male colleagues in each of the components of the BS.

Key words: burnout syndrome, residents, depersonalization, low self-fulfillment.

## I. ANTECEDENTES

### A. GENERALES

En la era de la globalización a las personas se les impone una larga carrera de obstáculos para su desarrollo individual que les ocasiona sentimientos de inferioridad e insuficiencia, a la vez de extraordinarios estados de insatisfacción y desaliento. El hombre del siglo XXI es un ser agotado;<sup>1-2</sup> de ahí que las grandes enfermedades contemporáneas sean el síndrome de desgaste ocupacional y la depresión.

Al ser el estrés una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha reconocido desde hace una década los riesgos emergentes y los nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación constante en el que la competencia es su principal característica. De acuerdo con datos de ese mismo organismo internacional, en México se registran aproximadamente 19,000 infartos al año a causa del estrés laboral; y este padecimiento representa pérdidas de entre un 0.5% y un 3.5% del producto interno bruto (PIB) de las naciones.<sup>3</sup> Una encuesta efectuada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) divulgó que nuestro país ocupa mundialmente el primer lugar con más porcentaje de estrés relacionado con el trabajo. Este fenómeno es tan impactante que ocasiona pérdidas que van desde 5,000 a 40,000 millones de dólares al año.<sup>4-5</sup>

En la actualidad, el síndrome de burnout (en adelante SB) es un concepto ampliamente citado en la literatura científica relacionada con el estrés laboral en variados contextos, al que este estudio se suma. Incluso, el término Burn Out está codificado entre las afecciones causadas por factores psicosociales en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud,<sup>4</sup> donde se le asigna el código 070-03 como una enfermedad ocupacional causada por factores psicosociales.

Por otra parte, se destaca que en la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) no se hace mención al SB. A pesar de ello, en las últimas décadas el interés por este padecimiento ha sido de tal magnitud que recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el burnout, asociado al agotamiento mental, emocional y físico causado por el trabajo, como una enfermedad, luego de décadas de estudio y evidencias mostradas por especialistas de varios países; aunque el término fue incluido en la CIE, su diagnóstico no entrará en vigor sino a partir del año 2022.<sup>6</sup>

A continuación, se hará una breve síntesis sobre el origen y evolución del vocablo en cuestión, así como de los aspectos con los que guarda vínculos, las investigaciones sobresalientes y los instrumentos de recolección de información más importantes, así como los principales contextos de análisis, enfoques y perspectivas de estudio.

El término *burnout* empezó a divulgarse rápidamente cuando Graham Greene<sup>7</sup> escribe su novela *A Burn-Out Case*, cuyo protagonista, abatido por una profunda crisis existencial decide dejar todo de lado

para trasladarse a vivir a un sitio de la selva africana, en el que espera que el contacto con la naturaleza le devuelva la paz para dejar atrás sus preocupaciones. Desde entonces, el concepto se ha utilizado en la literatura especializada en torno al estrés laboral.<sup>8</sup>

Posteriormente, diversos autores también empezaron a hacer aproximaciones a lo que hoy se conoce como SB, entre ellos, Lief y Fox<sup>9</sup> quienes aportaron la noción de *preocupación distanciada*, en relación a que los profesionales de la salud deben involucrarse en la cura sin caer en sobreimplicaciones emocionales que los afecten e impidan hacer su trabajo con objetividad y ecuanimidad; el término también se refiere a “la unión de la compasión con una distancia emocional salvaguardadora”.<sup>10</sup>

Las nociones *deshumanización defensiva* y *desindividualización* fueron elaboradas por el psicólogo social Philip Zimbardo,<sup>11</sup> como resultado de su difundido experimento de la prisión de Standford, en el que se puso de manifiesto el potente efecto del grupo sobre los individuos, lo cual supone formas de deshumanización e infrahumanización capaces de legitimar por sí mismas la agresión hacia los otros. El citado experimento da cuenta sobre la conformación de los individuos respecto de la opinión y valoración del grupo, la tendencia al cumplimiento de las órdenes que se consideran provenientes de una autoridad legítima, y los factores exógenos o situacionales que condicionan el comportamiento de las personas sometidas a una determinada estructura de poder.<sup>12</sup> Por *deshumanización defensiva*, este autor alude a “la necesidad de defenderse de estados emocionales continuos y desequilibrados, actuando con las personas como si se trataran exclusivamente de objetos o problemas a solucionar”.<sup>13</sup>

Vale precisar que la formulación del concepto *burnout* se debe inicialmente al psiquiatra neoyorquino Herbert Freudenberger,<sup>14</sup> quien observó en un sanatorio para toxicómanos que una vez transcurrido el lapso de uno a tres años de intenso trabajo, los colaboradores empezaban a presentar patrones de comportamiento similares, caracterizados por una paulatina pérdida de energía, desmotivación y falta de interés, hasta quedar extenuados, ansiosos y deprimidos. Describió clínicamente estas características como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no compensa el esfuerzo invertido al no conseguir los resultados esperados.<sup>15</sup>

Además, detalló que estos individuos se volvían gradualmente indolentes, insensibles, e incluso menos comprensivos y empáticos, y en situaciones extremas podían llegar a ser agresivos con sus pacientes. Para describir ese patrón conductual, Freunderberger acuñó el vocablo *burnout* (*estar quemado*), que en la jerga de los atletas, artistas, guardianes del orden, y consumidores de drogas suele utilizarse en referencia a los sujetos que por más que perseveran no consiguen sus metas.<sup>16</sup>

Hacia la década de 1970, los esfuerzos por proveer modelos explicativos generales del burnout, así como de estrategias y técnicas de intervención, estuvieron acompañados de diversos estudios emergentes que en un primer desarrollo carecían de solidez conceptual y metodológica no obstante su relevancia como investigaciones precursoras,<sup>17-18-19-20-21</sup> hasta que el panorama comenzó a esclarecerse cuando la psicóloga clínica Christina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California, durante el Congreso Anual de la Asociación de Psicología efectuado en 1976 abordó en su ponencia el fenómeno que “insidiosa y progresivamente afecta de manera determinante la calidad de vida de los seres humanos: el burnout”.<sup>22</sup>

En esa ponencia, la especialista conceptualizó el SB como el *desgaste profesional* de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con usuarios, en especial personal sanitario y docentes, por lo que “el síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales”.<sup>21</sup>

Luego, en 1981, la propia Maslach junto con su colega Susan Jackson,<sup>23</sup> emprendió las primeras investigaciones empíricas con el fin de determinar los aspectos emocionales del burnout; y a lo largo de tres décadas ha seguido liderando un fructífero trabajo en torno a este tema.

Aunque el burnout ha sido conceptualizado de múltiples maneras, la definición que ha logrado aceptación unánime es precisamente la planteada por ambas especialistas, que lo describen como “un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia”.<sup>23-</sup>

<sup>24</sup>

Continuando con su línea de investigación, estas autoras diseñaron en 1982 el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (*Inventario de Burnout de Maslach*),<sup>25</sup> instrumento que ha sido reformulado en varias ocasiones y que todavía se sigue aplicando en numerosos estudios, como el presente.

El MBI tiene tres versiones oficiales: el MBI *Human Services Survey* (HSS), para profesionales de servicios humanos, el cual contiene 22 reactivos (Anexo 1); el MBI *Educators Survey* (ES), que sólo sustituye la palabra *pacientes* por el de *estudiantes*; y el MBI *General Survey* (GS), que es la última versión y se usa para cualquier tipo de ocupación; este instrumento posee 16 reactivos.

En el transcurso del tiempo y a medida que fueron hallando nuevas evidencias desde una perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson<sup>23-25</sup> han afinado y precisado algunos conceptos, que les permitieron definir el burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral que contiene tres dimensiones: *agotamiento emocional* (pérdida progresiva de energía), *despersonalización* (actitud negativa frente a los demás y los problemas), y *falta de realización personal* (evaluación de su habilidad y productividad). Dichos componentes son los que el MBI mide, y cuyo uso se ha extendido como una escala estandarizada del SB, de tal manera que su constructo tridimensional continúa vigente y se emplea como una referencia universalizada y de bastante aplicación, con algunas versiones en castellano y varias pruebas de validez psicométrica.<sup>26-27</sup>

En el contexto particular de México sólo hay dos estudios que tienen el propósito expreso de validar psicométricamente el MBI-HSS, los cuales indican “al menos parcialmente, cierta eficacia de la escala en población mexicana”,<sup>28-29-30</sup> por lo que hacen falta más investigaciones de este tipo. A pesar de las incongruencias y deficiencias de este test, no debe perderse de vista el enfoque psicosocial que provee el SB en los estudios sobre desgaste profesional, pues tal perspectiva implica entender el fenómeno, más que como una enfermedad, como una alteración en la salud mental para la cual es forzoso establecer medidas de prevención.

A continuación, se ofrece una definición de los componentes esenciales del MBI:

- *Agotamiento emocional*: Se refiere a la disminución y pérdida de la energía y recursos emocionales, es decir, que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el nivel afectivo, debido a las continuas interacciones y trato sostenido con personas a las que deben atender; también se entiende como una sobrecarga de esfuerzo, de cargar con la responsabilidad de asumir conflictos, responsabilidades, y estímulos de tipo emocional o cognitivo.<sup>31-32</sup>

- *Despersonalización*: Se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. El profesional despersonalizado trata de distanciarse también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando etiquetas despectivas, al mismo tiempo que les atribuye la culpabilidad de sus frustraciones y de su descenso del rendimiento laboral.<sup>33</sup>

- *Falta de realización personal*: Se entiende como la tendencia de los *profesionales* a evaluarse negativamente. Aparecen sentimientos de incompetencia profesional, desilusión, sentimientos de fracaso personal y baja autoestima. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus logros y resultados, al tiempo que experimentan carencias de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción y, consecuentemente, se vuelven impuntuales, se ausentan sin causa justificada e incluso pueden llegar a abandonar su profesión.<sup>34</sup>

Las tres dimensiones que conforman los componentes básicos del burnout expresan a su vez fases graduales del SB:

El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa, las personas se vuelven más irritables, aparecen las quejas constantes por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se las empieza a percibir como personas insatisfechas, quejosas o irritables.

La despersonalización es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio.

El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean vinculadas con las que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente alejamiento de las actividades familiares, sociales, y recreativas, que originan una especie de autorreclusión.<sup>35-23-36</sup>

Aunque el MBI es el instrumento más usual en las investigaciones que relacionan el agotamiento emocional con distintas actividades, a su perspectiva tridimensional se le objeta la falta de respaldo teórico a la hora de comprobar la interacción entre las tres dimensiones y la irregularidad de los reactivos que conforman los factores de las escalas, así como también la dificultad al relacionar el síndrome con las actividades laborales.<sup>37</sup> En ese tenor se pronuncian Kulanova *et al.*, al afirmar que “El uso universal del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), y sus versiones, ha creado un marco de inferencias polémicas sobre el cimiento anglosajón del MBI”.<sup>34</sup> Una de las mayores críticas que se le hacen al MBI es quizá el hecho de que asumir sin más la universalidad de los constructos entre culturas, pasando por alto los marcos

conceptuales y culturales produciría inevitables sesgos diagnósticos, aunque las puntuaciones de las medidas demuestren la equivalencia métrica.<sup>38</sup>

Hay que señalar que si bien inicialmente el *Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey* (MBI-HSS) tenía por objeto su aplicación sólo en trabajos asistenciales, presentaba problemas cuando se aplicaba a otras esferas laborales, sobre todo, en lo que atañe a la subescala *despersonalización*, así que para subsanar este problema, Maslach, Schaufeli y Leiter<sup>39</sup> modificaron el componente *despersonalización* por el de *cinismo*, para que el instrumento pudiera aplicarse de forma generalizada en trabajos no asistenciales, de tal manera que redefinieron la noción de SB como

una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia de un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo y un sentido de ineficacia y carencia de realización personal.<sup>22</sup>

En la tercera parte de la versión de 1996 del MBI *General Survey*, el burnout es caracterizado como “una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las relaciones con las personas en el trabajo”.<sup>13</sup>

Es necesario precisar aquí, para los fines de este trabajo, que aunque el estrés y el burnout están vinculados, muestran matices que los distinguen entre sí, y no deben confundirse pues no son sinónimos, ya que el primero alude a procesos breves, mientras que el segundo es el resultado de una prolongada situación de desgaste.<sup>40</sup>

El concepto central de *estrés*, según la literatura revisada, ha ido cambiando a través del tiempo y se ha estudiado mediante diversas perspectivas; una de ellas es el enfoque anglosajón,<sup>41</sup> el cual define el estrés como una condición dinámica en la que el individuo es confrontado con una oportunidad, una limitación o una demanda sobre ser/tener/hacer lo que uno desea, por lo que la resolución es percibida como incierta, y al mismo tiempo importante para los resultados. Así pues, Fernández-García, Zárate-Grajales y Lartigue-Becerra,<sup>42</sup> consideran que el burnout es un aspecto distintivo del estrés, que básicamente consiste en un patrón de respuestas a estresores del trabajo.

En coincidencia con los autores citados, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa-Hernández y Morante-Benadero definen el estrés laboral, como

[...] un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.<sup>27</sup>

Y agregan que “cuando el estrés laboral se cronifica, da como resultado un tipo de estrés crónico denominado desgaste profesional, burnout o síndrome de “estar quemado” en el trabajo.<sup>27</sup> De lo anterior

se desprende que el burnout contiene una carga emocional, psicológica y física más destructiva y permanente que el estrés.

Especialistas como Roth y Pinto<sup>43</sup> afirman que las revisiones clínicas del SB lo exhiben como una categoría clínica determinada por una variedad de síntomas vinculados con la depresión, el estrés agudo, la ansiedad y los trastornos de personalidad, por lo que sus efectos son altamente lesivos para las personas que lo padecen.

En el siguiente sub-apartado se abordarán los antecedentes específicos que dotan de respaldo teórico y conceptual a esta investigación.

## B. ESPECÍFICOS

El síndrome de burnout, también conocido como *síndrome de desgaste profesional*, *síndrome de sobrecarga emocional*, *síndrome del quemado*, o *síndrome de fatiga en el trabajo*,<sup>\*</sup> es un trastorno emocional estrechamente relacionado con el ámbito laboral, debido al estrés propiciado por causas diversas, tales como las tareas habituales del puesto, las funciones que los empleados o los directivos desempeñan dentro de las instituciones, las características estructurales del lugar de trabajo, el material escaso, la falta de seguridad, la insatisfacción por el desempeño propio, la ambigüedad de rol, la mala comunicación con los colegas y la remuneración insuficiente; todo esto, aunado a la falta de reconocimiento público de los superiores y entre pares, así como a las cargas físicas y mentales excesivas, las políticas institucionales y, por último, las demandas de alcanzar la excelencia profesional.

Cuando en el transcurso del tiempo condiciones como las enunciadas en el párrafo anterior se vuelven permanentes, se va generando un conflicto con los valores personales que paulatinamente conducen a la desilusión, la frustración y el estrés crónico,<sup>44</sup> que pueden llegar a tener graves desenlaces, dado que “un individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas.”<sup>45</sup>

Todos estos factores, en conjunto, afectan a los individuos y también al grupo de trabajo en el que se desenvuelven; además, suscitan un malestar que puede manifestarse en emociones negativas, estrés e insatisfacción, lo que repercute en estados de gran angustia e incluso depresión clínica, y una deficiente calidad de la atención al enfermo, pues como refiere

El empleado que está expuesto de manera continua a, entre otros, altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de

---

\* En México, el síndrome de *quemarse por el trabajo* es llamado *desgaste ocupacional*, puesto que “quemarse” se vincula semántica y culturalmente con el hecho de perder prestigio social.

formación para desempeñar las tareas, etc., puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout.<sup>46</sup>

A partir de que los pioneros del concepto *burnout* difundieran su explicación sobre el proceso de deterioro en los cuidados y la atención a los usuarios de las organizaciones de servicios, el SB se comprende como una falta de afrontamiento adecuado al estrés laboral crónico que con bastante frecuencia aqueja a aquellos profesionales cuyas tareas implican intensas relaciones interpersonales y que realizan actividades demasiado exigentes,<sup>47</sup> como los trabajadores del sector de la aviación<sup>48-49</sup> o los deportistas de élite.<sup>50-51</sup>

El SB está presente en una gran variedad de ocupaciones o empleos relacionados con servicios humanos, pues según Cabello Vélez y Santiago Hernández, “los síntomas se han descrito en alrededor de sesenta profesiones”<sup>15</sup> y, en general, como indica Barría Muñoz:

[...] en aquellos empleos en que se establece una relación de ayuda, como los relacionados con la provisión de servicios y caridad y en los trabajos relacionados con educación, medicina, sistema de justicia criminal, salud mental, religión, asistencia social y diversas ocupaciones orientadas hacia las personas.<sup>52</sup>

Las investigaciones publicadas en español son, sobre todo, en comunidades educativas,<sup>53-54-55</sup> asistentes sociales,<sup>56-57</sup> y poblaciones de médicos, personal de enfermería, paramédicos, laboratoristas clínicos, y odontólogos.<sup>58-59-60-61-62-63-64</sup>

Es así que algunos estudios concluyen que “el síndrome de burnout tiene una presencia preocupante entre el personal de salud, sobre todo en la dimensión de despersonalización”.<sup>65</sup>

Sin duda, en la época contemporánea los trabajadores en general, pero especialmente los profesionales de la salud, se encuentran sometidos a múltiples presiones, tales como jornadas laborales extenuantes, altos niveles de responsabilidad, atención a individuos enfermos que enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las demandas de las personas insatisfechas con los servicios recibidos, un sentido de vulnerabilidad ante la exigencia de resultados, más el riesgo de contagio ante la pandemia de Covid-19.

Las conductas observables de los trabajadores de la salud que padecen SB pueden ser algunas de las siguientes:

- Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional que se manifiesta en un trato distante, mal manejo de información y falta de respuesta a las emociones del otro.
- Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de recursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico, e intervenciones innecesarias.

- Embotamiento y negación; la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hiper-críticas y carencia de registro de auto-crítica.
- Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal médico.
- Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.<sup>66-15</sup>

Varias investigaciones efectuadas en Iberoamérica desde hace una década han constatado la presencia del SB en médicos, personal de enfermería y paramédicos con niveles de estudio de licenciatura o de posgrado.<sup>67-68-69-70-71-72</sup>

En el contexto de México hay varias investigaciones, tesis y artículos que se vinculan estrechamente con el tema que aborda la presente investigación, de los cuales se ofrece una síntesis, que comienza con la descripción del estudio titulado “Síndrome de burnout en médicos internos de pregrado”,<sup>73</sup> en el que participaron 108 médicos internos de pregrado (MIP) del Hospital General Regional (HGR) núm. 1 del IMSS, en Acapulco, Guerrero. Los resultados arrojaron lo siguiente: La prevalencia global de burnout fue de 17.5%; no se encontró ningún caso entre los internos de nuevo ingreso; en 42 MIP con antigüedad de seis meses el hallazgo fue de 17%; y en 28 MIP con doce meses de servicio el SB se diagnosticó en 43%. El principal factor de riesgo asociado fue rotar por el servicio de urgencias. Las conclusiones fueron que conforme avanza el tiempo en la prestación del servicio aumenta la prevalencia del SB en MIP y que se requiere establecer estrategias que atenúen la problemática señalada.

De igual forma, se destaca el estudio de Flores Tesillo y Ruiz Martínez.<sup>61</sup> En su investigación titulada “Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel”, las autoras comparan el SB en dos grupos de trabajadores que voluntariamente participaron; uno, constituido por 29 profesionales de la salud, entre enfermeras y médicos; y otro, por 29 administrativos. Los instrumentos de evaluación que usaron fueron un cuestionario de datos sociodemográficos y el MBI-HSS. El análisis de resultados arrojó el predominio de un bajo nivel de SB en el grupo de los profesionales de la salud, seguido de los niveles medio y alto. Pero si se toma en cuenta que según lo indicado por el instrumento, alcanzar un nivel moderado en cualquiera de los componentes ya implica sufrir afecciones psicológicas, entonces una quinta parte del personal de salud cumple con esta condición, enfáticamente en la dimensión de despersonalización; asimismo, se halló que el grupo de personal de salud adujo que su lugar de trabajo lo distraía de los problemas familiares y que disfrutaban su labor. También, el grado de escolaridad fue predictivo de una menor despersonalización, lo que indica que a mayor escolaridad menor despersonalización. Dado estos resultados, las autoras proponen que se siga trabajando con muestras representativas del sector salud y abordar los estilos de afrontamiento, así como profundizar en la variable escolaridad y hacer análisis cualitativos sobre el significado, representaciones y carga afectivo-emocional

sobre las tareas que realiza cada tipo de empleado, y el trato que tienen con sus colegas y con sus pacientes.

Asimismo, la investigación “Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga”,<sup>74</sup> se propuso determinar la prevalencia del SB en 141 MIP de dicho hospital. El tipo de estudio fue transversal, observacional y descriptivo; el instrumento de recolección de información empleado fue el MBI para conocer la prevalencia de burnout y se analizó su correlación con factores asociados a través de la prueba estadística Rho de Spearman. Los resultados de esta indagación fueron muy interesantes: El total de la población presentó algún grado de desgaste laboral y el 16% cumplió con criterios de burnout. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el burnout y el tiempo de traslado, así como la universidad de procedencia. Por último, los autores sugieren en sus conclusiones la conveniencia de realizar una valoración al inicio del internado para identificar la población en riesgo, modificar el rol de la rotación, otorgar la posguardia en servicios de alta demanda y dar apoyo psicológico en caso de ser necesario.

Asimismo, la investigación “Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México”<sup>75</sup> determinó que el SB y la depresión están asociados en el grupo estudiado. Además, en cuanto a los tres componentes del SB, estos se presentaron con puntajes altos con mayor frecuencia en las enfermeras, con un promedio de edad de 36 años, con aproximadamente seis años de casadas y con nivel de licenciatura.

Otros estudios más determinaron en los contextos analizados una prevalencia del síndrome de burnout inferior a la reportada en la literatura nacional e internacional consultada.<sup>76</sup>

Sus efectos sobre la salud se dan en los niveles físicos, emocionales, de comportamiento, y sociales. El deterioro se caracteriza por la irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, susceptibilidad aumentada y déficit en la memoria. En el plano psicosomático, además de las perturbaciones del sueño, se dan cefaleas, dolores musculares y disfunciones sexuales y menstruales.

Por otra parte, la depresión clínica es la forma más grave de depresión y también se la denomina depresión mayor o trastorno depresivo mayor. No es igual a la depresión provocada por una pérdida, como la muerte de un ser querido, o por una enfermedad, como un trastorno tiroideo. Para diagnosticar depresión clínica, los médicos suelen utilizar los criterios sintomáticos del trastorno depresivo mayor del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5)*, publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).

Los signos y síntomas de la depresión pueden comprender los siguientes:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.

- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas cortas requieren un esfuerzo mayor.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, nerviosismo o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Problemas para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.
- Problemas físicos sin causa aparente, como dolor de espalda o de cabeza.

Los síntomas pueden afectar a personas de cualquier edad, incluso a niños. Sin embargo, los síntomas de la depresión clínica, si son graves, en general mejoran con el asesoramiento psicológico, medicamentos antidepresivos o una combinación de ambas opciones.

Respecto a las cifras encontradas de SB en profesionales de la salud, en Latinoamérica se han reportado prevalencias que oscilan entre el 2% al 76%.<sup>77</sup> En estudiantes de medicina de Brasil se encontraron cifras del 13.1% para el padecimiento de SB,<sup>78</sup> mientras que en personal asistencial de una institución de salud en la ciudad de Bogotá, se reportó que el 38% sufrían de SB de forma severa o moderada;<sup>79</sup> además, este síndrome puede aparecer en etapas tempranas de formación; por ejemplo, se encontró que más del 90% de los aspirantes a la carrera de medicina en una universidad de México presentaban un nivel leve de este síndrome, situación relacionada con las extenuantes jornadas de preparación, la incapacidad para afrontar los retos académicos y la competencia para ser seleccionado.<sup>80</sup>

Diversos estudios demuestran que existe una mayor prevalencia en profesionales que laboran en el área de servicios asistenciales, lo que puede ocasionar un deterioro de los recursos emocionales y cognitivos del sujeto, produciendo un estado de agotamiento físico y mental, en donde la capacidad para realizar las labores ocupacionales se ve afectada; esto puede generar desapego por los pacientes, despersonalización y reducción o falta de realización personal. Lo anterior se ilustra muy bien con la cita siguiente:

Las propias autoras del MBI en sus datos normativos obtenidos en una población norteamericana identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome, y de hecho constituye uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto. Sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y aun el suicidio.<sup>81</sup>

La vulnerabilidad para padecer SB aumenta en los profesionales de la salud debido a las características laborales con una alta exigencia cognitiva y emocional, con una demanda alta de atención de pacientes, factores psicosociales asociados al entorno hospitalario relacionados con el estrés y afrontamiento de situaciones de dolor y sufrimiento humano.

Ahora bien, desde la perspectiva de la psicopatología, la depresión corresponde a los trastornos de los estados de ánimo; éstos a su vez tienen como característica principal una alteración del humor. Según el *Manual Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*, la depresión se acompaña de un malestar clínico significativo, en ocasiones crónico, de deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona. En algunas de estas la depresión es leve y la actividad de los individuos que la padecen puede parecer normal, pero a costa de un gran esfuerzo. La psicología Gestalt concibe la depresión como una retroflexión; esto es, volver la hostilidad contra sí mismo. Es una forma de automutilación psicológica en la cual la persona dirige su energía hacia sí misma, en lugar de clarificar su inconformidad y resolver sus asuntos de una manera más fisiológica.

La identificación del SB puede realizarse mediante instrumentos que miden el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal; el más utilizado es el cuestionario Maslach Burnt Out Inventory, que ya ha sido referido en páginas anteriores.

Las instituciones de salud, por la relevancia de los servicios que otorgan, requieren trabajadores eficientes y comprometidos con su vocación y con la calidad del servicio, por lo que la propia institución debe impulsar ambientes de trabajo y condiciones laborales satisfactorias, mas no como excepción sino como norma.

En México, existen leyes que determinan cuáles son las condiciones laborales idóneas para el desempeño, beneficio y seguridad de los médicos especialistas en formación.

De acuerdo con la Ley General de Salud:

**Artículo 94.-** Cada institución de salud, con base en las normas oficiales mexicanas que emita la Secretaría de Salud establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud.

**Artículo 95.-** Los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes.

La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes.<sup>82</sup>

Así también, el Capítulo XVI de la Ley Federal del Trabajo señala expresamente lo siguiente:

## **CAPÍTULO XVI**

### **Trabajos de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad**

**Artículo 352-A.-** Para los efectos de este Capítulo, se entiende por:

I. Médico Residente: El profesional con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.

III. Unidad Médica Receptora de Residentes: El establecimiento hospitalario en el cual pueden cumplir las residencias, que para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina; y

IV. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en periodo de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de posgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

[...]

**Artículo 353-C.-** Son obligaciones especiales del Médico Residente, las siguientes:

- I. Disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la Residencia;
- II. Ejercer su Residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos que establece este Capítulo.

**Artículo 353-D.-** Son obligaciones especiales del Médico Residente, las siguientes:

- I. Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el programa docente académico que esté vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes;
- II. Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquél y a éste;
- III. Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta Ley;
- IV. Asistir a las conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clinicorradiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización;
- V. Permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, en los términos del artículo siguiente; y
- VI. Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo a las disposiciones académicas y normas administrativas de la Unidad correspondiente.<sup>83</sup>

Ahora bien, respecto de las obligaciones adyacentes que debe cumplir el Médico Residente, se encuentran las siguientes que la ley señala de manera genérica:

**Artículo 353-E.-** Dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los periodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos.<sup>83</sup>

Además, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, el médico residente cuenta con título universitario y cédula profesional que le permite ejercer legalmente la medicina en cualquier institución de salud, ya sea pública o privada, lo cual lo faculta para tener pacientes a su cargo, extender recetas médicas y responsabilizarse de estos legal, moral y profesionalmente. Está adscrito a una unidad receptora de residentes durante el tiempo que dure su entrenamiento en la especialidad, de tal manera que ocupa una plaza provisional dentro de la unidad hospitalaria en la que, además de atender a los usuarios de los servicios de salud, cumpliendo con los lineamientos institucionales de su unidad de adscripción, también debe estar inscrito en una universidad y cumplir con los seminarios clínicos y actividades de docencia e investigación que le confiera su profesor titular y que se detallan en el plan de estudio de la especialidad que cursa.<sup>84</sup>

Adicionalmente, la Norma Oficial Mexicana da cabida a las actividades clínicas complementarias (*guardias*) que son parte de su entrenamiento:

## **11. Guardias.**

**11.1.** Los residentes deben cumplir las guardias dispuestas en el programa operativo. Su frecuencia y duración estará determinada por la unidad administrativa de enseñanza, sin exceder un máximo de tres veces por semana, con intervalos de por lo menos dos días y en forma alternativa los sábados, domingos y días no hábiles. En urgencias, terapia intensiva y otros servicios especiales la frecuencia de las guardias, su duración y los descansos serán definidos por la unidad médica receptora.

**11.2.** Las guardias en días hábiles inician a la hora en que termina la jornada normal y concluyen a la hora establecida para iniciar la siguiente, de acuerdo con el reglamento de la unidad médica receptora.

**11.3.** Los sábados, domingos y días festivos las guardias serán de 24 horas en el horario establecido por el reglamento de la unidad médica receptora.

**11.4.** Las permutas o cambios de programación de guardias deberán ser autorizados por el jefe del servicio, el profesor del curso y el jefe de la unidad administrativa de enseñanza [...]<sup>84</sup>

Por lo explicado, se entiende que el médico residente es un trabajador de la salud y a la vez un estudiante de posgrado. No obstante, como refiere Zamudio Villarreal:

Llega a desempeñar tareas propias de un químico, enfermero, trabajador social, camillero, mensajero y secretario; algunas veces realizando dichas actividades cuando falta el personal indicado en la unidad de adscripción del residente. Claramente estas tareas no están descritas en las leyes, normas y planes de estudio, y el que se sigan asignando pone en juego el cumplimiento del objetivo académico de la residencia médica tanto por el personal de la unidad hospitalaria como por el residente mismo.<sup>85</sup>

En este contexto, los estudiantes que realizan su residencia médica a menudo se enfrentan a situaciones de estrés por las largas jornadas de turnos hospitalarios, sobrecarga laboral, quejas de

familiares y pacientes, dificultad en las tareas académicas, percepción de tener habilidades y conocimientos insuficientes, a los que se agregan sueldos muy por debajo de sus destrezas y preparación académica.

Por otra parte, si bien es cierto que abundan las investigaciones, artículos académicos y estudios que analizan el síndrome de burnout en muestras representativas de personal que labora en el sector de la salud, hacen falta más estudios que se dediquen a examinar las causas y efectos del burnout en los médicos en formación, los cuales se consideran un grupo vulnerable debido a que trabajan en condiciones particulares que incluyen factores de riesgos que los condicionan y los hacen proclives a padecer dicho síndrome.

## II. JUSTIFICACIÓN

Las instituciones de salud, por la relevancia de los servicios que otorgan, requieren trabajadores eficientes y comprometidos con su vocación y con la calidad del servicio, por lo que la propia institución debe impulsar ambientes de trabajo y condiciones laborales satisfactorias, mas no como excepción sino como norma.

El médico residente cuenta con título universitario y cédula profesional que le permite ejercer legalmente la medicina en cualquier institución de salud, ya sea pública o privada en la que, además de atender a los usuarios de los servicios de salud, cumpliendo con los lineamientos institucionales de su unidad de adscripción, también debe estar inscrito en una universidad y cumplir con los seminarios clínicos y actividades de docencia e investigación que le confiera su profesor titular y que se detallan en el plan de estudio de la especialidad que cursa. Adicionalmente, la Norma Oficial Mexicana da cabida a las actividades clínicas complementarias (*guardias*) que son parte de su entrenamiento.

En este contexto, los estudiantes que realizan su residencia médica a menudo se enfrentan a situaciones de estrés por las largas jornadas de turnos hospitalarios, sobrecarga laboral, quejas de familiares y pacientes, dificultad en las tareas académicas, percepción de tener habilidades y conocimientos insuficientes, a lo que se agregan sueldos muy por debajo de sus destrezas y preparación académica.

Hay pocas investigaciones que abordan esta problemática en médicos internos, por lo que es necesario realizar más estudios para estimar su prevalencia e identificar los factores asociados al síndrome de burnout en esta población por lo que este trabajo intenta contribuir a la situación descrita.

Debido a los diferentes factores psicosociales a los cuales se puede enfrentar el estudiante de especialidad médica y entendiendo las consecuencias que esto puede acarrear en detrimento de la salud, el deterioro de la calidad de atención a los pacientes y la deserción estudiantil, se hace necesario comprender las condiciones en que se encuentra un grupo de médicos residentes en los que aún no se ha documentado sobre este riesgo, como es el caso de la unidad de observación de este estudio.

### III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

#### A. PÁRRAFO DE PRESENTACIÓN

En el contexto actual los trabajadores en general, pero especialmente los profesionales de la salud, se encuentran sometidos a múltiples presiones, tales como jornadas laborales extenuantes, altos niveles de responsabilidad, atención a individuos enfermos que enfrentan crisis, el sentimiento provocado por la muerte, las demandas de las personas insatisfechas con los servicios recibidos, un sentido de vulnerabilidad ante la exigencia de resultados, más el riesgo de contagio ante la pandemia de Covid-19. Lo que nos lleva a establecer la siguiente pregunta:

#### B. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez N”, en el periodo de febrero 2019 a 2020?

### IV. HIPÓTESIS

No se propone por el tipo de estudio.

### V. OBJETIVOS

#### A. GENERAL

Determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos residentes del Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez N.” en el periodo de febrero 2019 a febrero de 2020.

#### B. ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas
- Evaluar el agotamiento emocional
- Especificar la despersonalización
- Identificar la realización personal.

### VII. MATERIAL Y MÉTODOS

#### I. DISEÑO DEL PROYECTO

- a. Tipo y características del estudio
- b. Según la intervención del investigador: *Observacional*
- c. Objetivo del estudio: descriptivo
- d. Asignación de la maniobra: observacional
- e. Número de veces en que en el sujeto mide la misma maniobra: transversal
- f. Fuente de la que se obtuvieron los datos: prolectivo
- g. Por los componentes del grupo: homodémico.

## 1. Definición del universo de trabajo

## a. Población fuente

Todos los médicos becarios del Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez N.” en el lapso de febrero de 2019 a febrero de 2020.

## b. Población elegible

Médicos residentes que cursan desde el R1 hasta su grado mayor de especialidad, ya sea R3 o R4, en el Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez N.”, durante el periodo 2019-2020.

## 2. Criterios de inclusión

Médicos residentes activos en la matrícula académica del ciclo 2019-2020 de alguna de las especialidades médicas que ofrece la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla que aceptaron voluntariamente participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado.

## 3. Criterios de exclusión:

- a. Residentes realizando su servicio social
- b. Residentes en confinamiento por pandemia Covid -19
- c. Residentes en vacaciones

## 4. Criterios de eliminación

## 5. Encuestas incompletas

## Estrategias de muestreo

- a. Tamaño de la muestra: 72 individuos
- b. Tipo de muestreo: de 102 residentes, sólo se incluyeron 72 becarios que cumplieron con los criterios de inclusión al aceptar el consentimiento informado y que completaron el cuestionario.

## 6. Definición de variables y unidades de medición

- a. Nombre de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala</b>	<b>Medición y escalas</b>
<b>Sexo</b>	Conjunto de características biológicas, dadas a hombres y mujeres.	Identificación que hace el sujeto de su sexo, escribiendo la letra F si pertenece al sexo	Cualitativa	Dicotómica	Femenino Masculino

		femenino, o letra M si responde al sexo masculino			
<b>Cansancio emocional</b>	Vivencia de fatiga emocional por las demandas de trabajo	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del test de Maslach	Cualitativa	Ordinal	0 = nunca 1 = casi nunca 2 = algunas veces 3 = regularmente 4 = bastante 5 = casi siempre 6 = siempre
<b>Despersonali- zación</b>	Respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los pacientes, de frialdad y distanciamiento.	Ítems 5, 10, 11, 15, 22 del test de Maslach	Cualitativa	Ordinal	0 = nunca 1 = casi nunca 2 = algunas veces 3 = regularmente 4 = bastante 5 = casi siempre 6 = siempre
<b>Realización personal</b>	La satisfacción personal y los sentimientos de autoeficacia y competencia en la práctica del trabajo cotidiano.	Ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Cualitativa	Ordinal	0 = nunca 1 = casi nunca 2 = algunas veces 3 = regularmente 4 = bastante 5 = casi siempre 6 = siempre.

<b>Burnout</b>	Burnout o síndrome del trabajador quemado es el término dado al estado de agotamiento físico, mental o emocional grave, en el que resulta que la persona se derrumba a causa del agotamiento psíquico o del estrés originado por la interacción social y ante una rutina laboral.	Puntaje obtenido de las respuestas a los reactivos del MBI-HSS, el cual incluye los dominios <i>agotamiento emocional</i> , <i>despersonalización</i> y <i>realización personal</i> .	Cuantitativa	Razón	Frecuencia y porcentajes
----------------	---	---	--------------	-------	--------------------------

*Cansancio emocional*: vivencia de fatiga emocional por las demandas de trabajo.

*Despersonalización*: respuestas de tipo impersonal y actitudes negativas hacia los pacientes, de frialdad y distanciamiento.

*Realización personal*: la satisfacción personal y los sentimientos de autoeficacia y competencia en la práctica del trabajo cotidiano.

*Médico residente*: Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, estos deben ser avalados y supervisados por una institución universitaria (Casas Patiño; Rodríguez Torres, Casas Patiño; y Galeana Castillo, 2013, párr. 3).

#### Definición operacional

*Burnout*: Puntaje obtenido de las respuestas a los reactivos del MBI-HSS, el cual incluye los dominios *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *realización personal*.

#### 7. Recolección de información

A cada participante se le explicó el objetivo de la investigación y la metodología del estudio, y también se resolvieron sus dudas. Se recolectaron los datos sociodemográficos de edad y género. Para la medición del SB se utilizó el test *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS).

#### Fuentes de información

- Cuestionario
- Bibliografía y hemerografía especializada

#### Instrumentos de medición

- El MBI consta de veintidós ítems con siete opciones de respuesta (escala de Likert de 0 a 6). Su interpretación se basa en que si un participante obtiene puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y puntajes bajos en realización personal, entonces sufre el síndrome de burnout.

#### a. Validez y consistencia

La versión al español del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) posee una escala que ha demostrado tener una buena validez de constructo, ya que tiene los valores de Coeficiente Alfa de Cronbach superiores a 0.70 para las tres subescalas, lo que indica que su consistencia interna es buena.

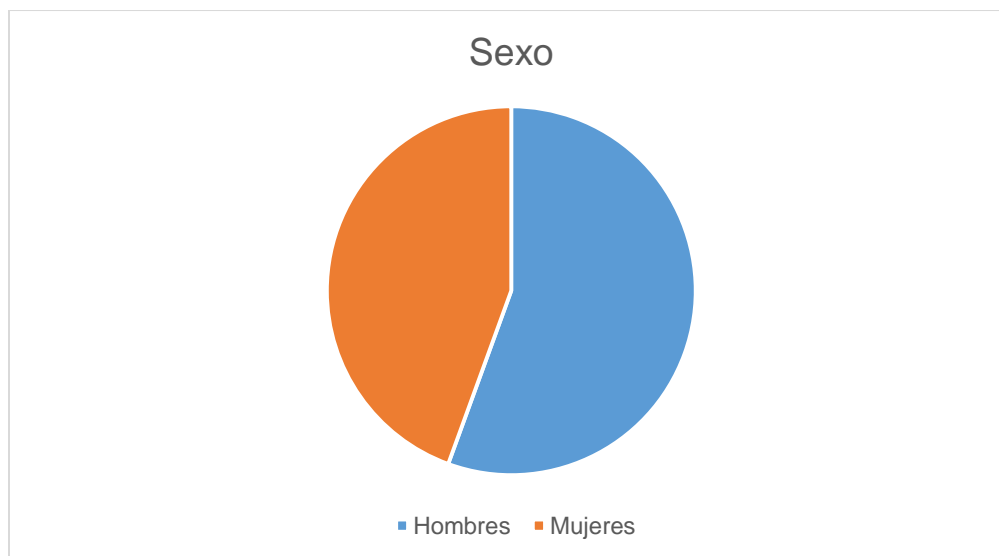
#### 8. Tipo de escala de medición

El instrumento *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS) tiene 22 ítems que se distribuyen en las siguientes tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, con una confiabilidad de 0.82, 0.80 y 0.85 respectivamente; cuenta con respuestas tipo Likert en una escala de siete grados que van de cero (nunca) a seis (siempre), en donde el encuestado indica la respuesta de acuerdo a la recurrencia de sus experiencias, contestando de forma anónima para garantizar la confiabilidad. El diagnóstico de *burnout* se hace cuando se obtienen puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal.

## RESULTADOS

**Gráfica 1**

***Distribución según sexo***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

El cuestionario *Maslach Burnout Inventory* se aplicó a un total de 72 residentes del Hospital General de Puebla: 32 mujeres (44.4%) y 40 hombres (55.5%) (Gráfica 1). Posteriormente se calculó las frecuencias de cada una de las respuestas obtenidas por cada pregunta o ítem y luego se realizó una comparación según género, mediante la cual se obtuvo los siguientes datos (Tabla 2).

**Tabla 2**

***Me siento agotada(o) por mi trabajo***

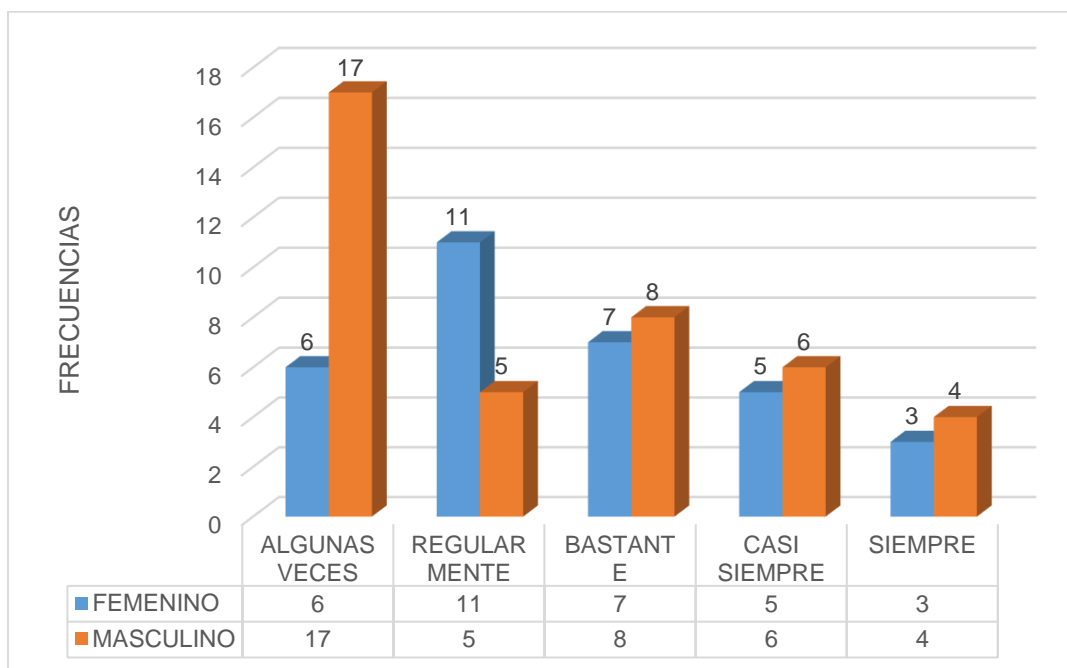
Género			Frecuencia	Porcentaje
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Algunas veces	6	18.8
		Regularmente	11	34.4
		Bastante	7	21.9
		Casi siempre	5	15.6
		Siempre	3	9.4
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Algunas veces
Regularmente	5			12.5
Bastante	8			20.0

	Casi siempre	6	15.0
	Siempre	4	10.0
	Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

## Gráfica 2

### *Me siento agotada(o) por mi trabajo (Distribución según sexo)*



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 34.4% (11) de las mujeres regularmente se siente agotada por el trabajo, mientras que el 42.5% (17) de los hombres se siente agotado algunas veces (Gráfica 2).

## Tabla 3

### *Me siento cansada(o) a final de la jornada*

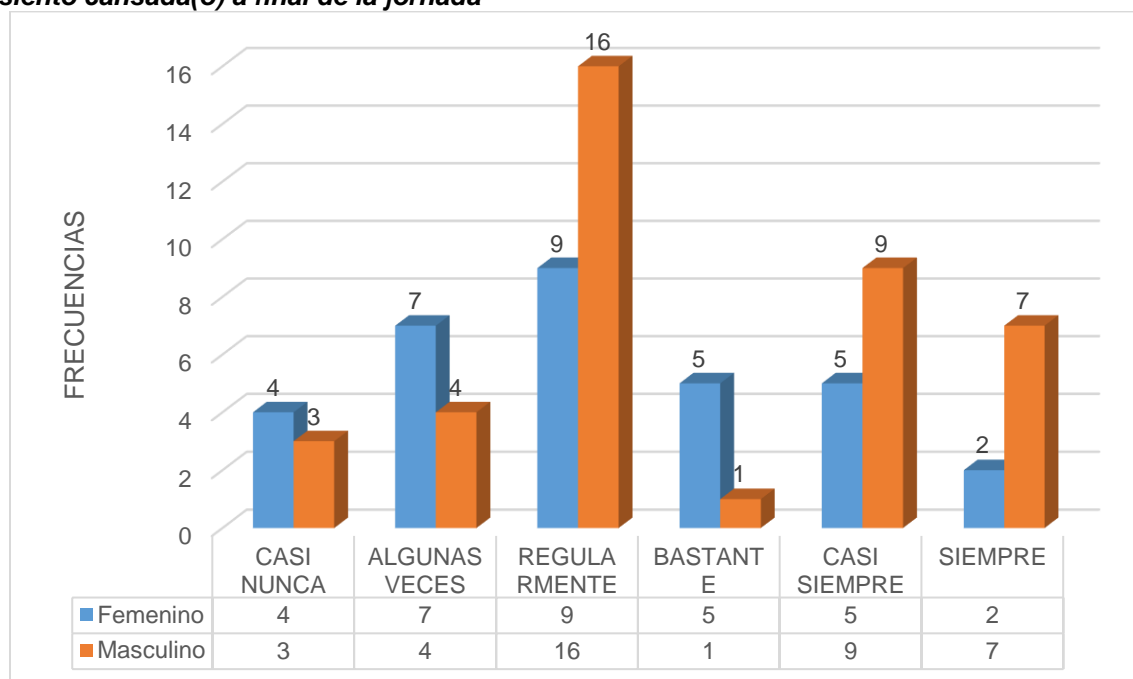
Género			Frecuencia	Porcentaje
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Casi nunca	4	12.5
		Algunas veces	7	21.9
		Regularmente	9	28.1
		Bastante	5	15.6

		Casi siempre	5	15.6
		Siempre	2	6.3
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Casi nunca	3	7.5
		Algunas veces	4	10.0
		Regularmente	16	40.0
		Bastante	1	2.5
		Casi siempre	9	22.5
		Siempre	7	17.5
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

### Gráfica 3

#### *Me siento cansada(o) a final de la jornada*



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 28.1% (9) de las mujeres reportó que regularmente se sienten cansadas al final de la jornada, mientras que el 40% (16) de los hombres afirmó que regularmente se sienten cansados al final de la jornada (Tabla 3).

Tabla 4

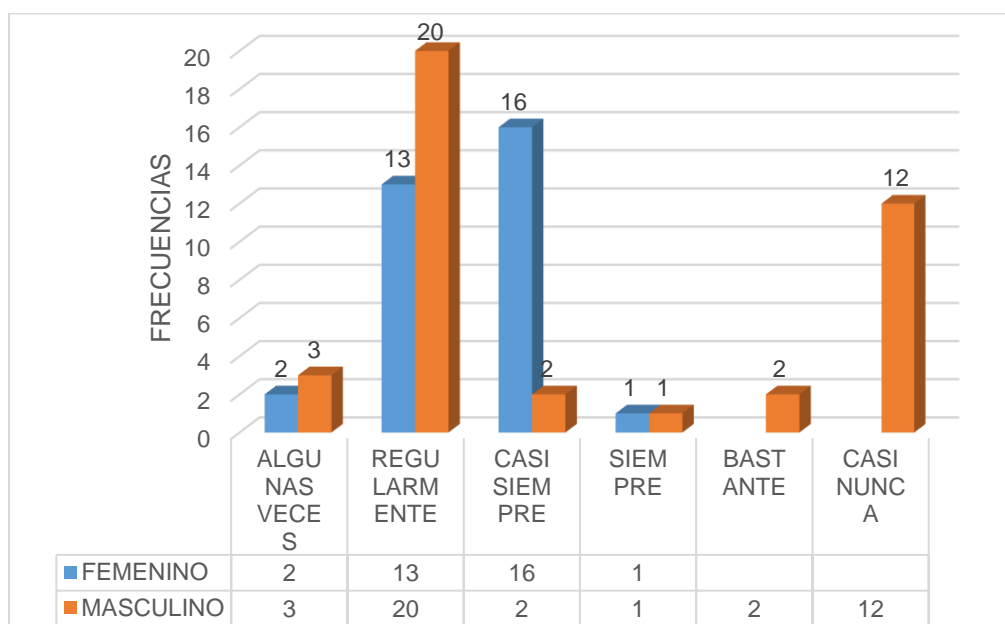
**Me siento fatigada(o) cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo**

Género		Frecuencia	Porcentaje
.	Perdidos	Sistema	1 100.0
Femenino	Válido	Algunas veces	2 6.3
		Regularmente	13 40.6
		Casi siempre	16 50.0
		Siempre	1 3.1
		Total	32 100.0
Masculino	Válido	Casi nunca	12 30.0
		Algunas veces	3 7.5
		Regularmente	20 50.0
		Bastante	2 5.0
		Casi siempre	2 5.0
		Siempre	1 2.5
		Total	40 100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Gráfica 4

**Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo**



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 50% (16) de las mujeres casi siempre se sienten fatigadas por la mañana y tienen que enfrentarse a otro día de trabajo, mientras que el 50% (20) de los hombres se sienten regularmente fatigados. Ninguna mujer contestó que casi nunca se siente fatigada, pero en contraste, el 30% (12) de los hombres casi nunca se sienten fatigados (Tabla 4).

**Tabla 5**

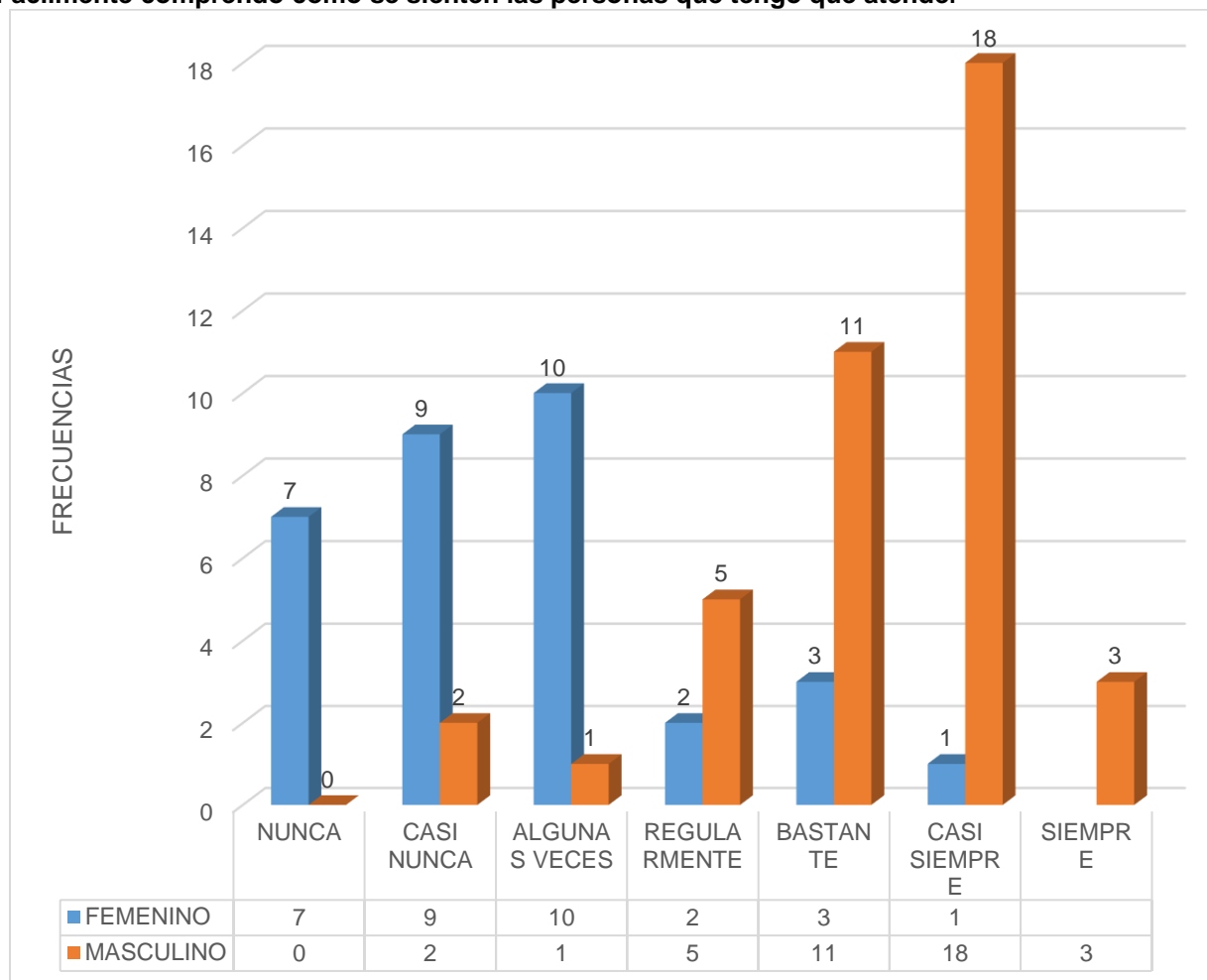
***Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	7	21.9
		Casi nunca	9	28.1
		Algunas veces	10	31.3
		Regularmente	2	6.3
		Bastante	3	9.4
		Casi siempre	1	3.1
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Casi nunca
Algunas veces	1			2.5
Regularmente	5			12.5
Bastante	11			27.5
Casi siempre	18			45.0
Siempre	3			7.5
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

### Gráfica 5

#### Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 31.3% (10) de las mujeres respondió que algunas veces le resulta fácil comprender cómo se sienten las personas que tienen que atender, mientras que el 45% (18) de los hombres aseveró que casi siempre comprenden fácilmente cómo se sienten las personas que tienen que atender. Además, el 21.9% (7) de las mujeres adujo que casi nunca comprenden fácilmente cómo se sienten las personas que deben atender, en tanto que el 45% (18) de los hombres aseguró que casi siempre comprenden con facilidad cómo se sienten las personas que deben atender (Tabla 5).

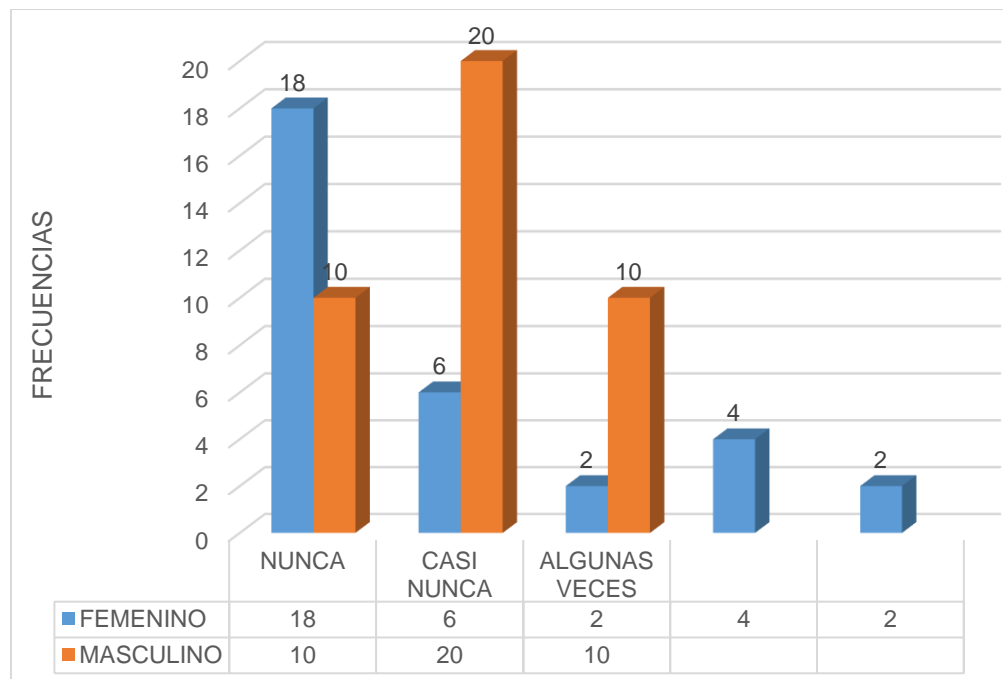
Tabla 6

**Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales**

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	18	56.3
		Casi nunca	6	18.8
		Algunas veces	2	6.3
		Regularmente	4	12.5
		Bastante	2	6.3
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Nunca	10	25.0
		Casi nunca	20	50.0
		Algunas veces	10	25.0
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Gráfica 6

**Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales**

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultado: El 56.3% (18) de las mujeres cree que nunca tratan a las personas como objetos impersonales, mientras que el 50% (20) de los hombres cree que casi nunca trata a las personas como objetos impersonales (Tabla 6).

**Tabla 7**

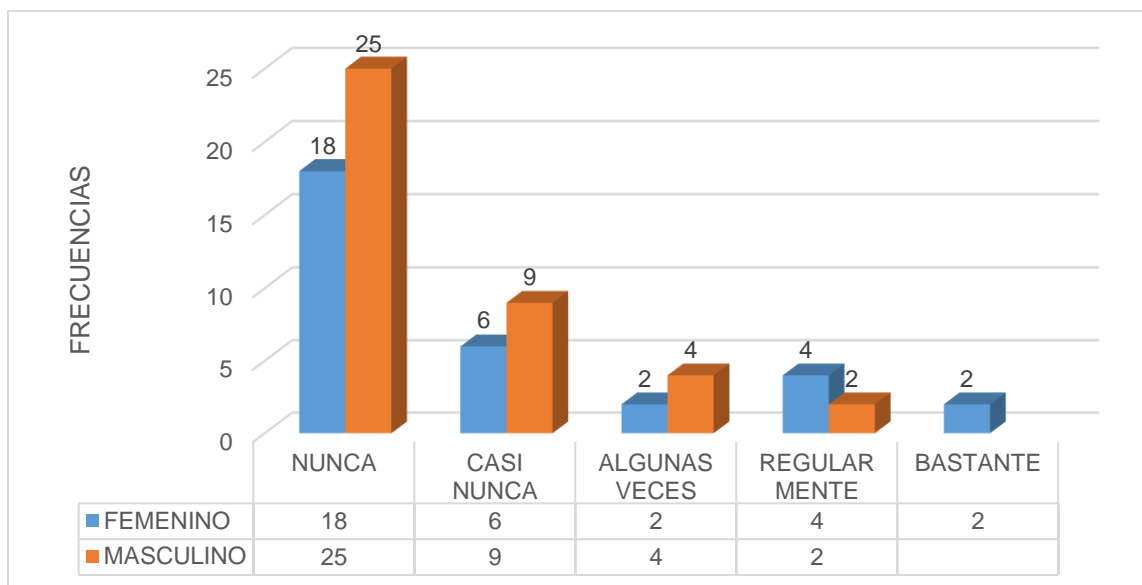
***Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	18	56.3
		Casi nunca	6	18.8
		Algunas veces	2	6.3
		Regularmente	4	12.5
		Bastante	2	6.3
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Nunca	25	62.5
		Casi nunca	9	22.5
		Algunas veces	4	10.0
		Regularmente	2	5.0
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 7**

***Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mí***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultado: El 56.3% (18) de las mujeres reporta que nunca es realmente estresante trabajar todo el día con personas, mientras que el 62.5% (25) de los hombres respondió de la misma forma (Tabla 7).

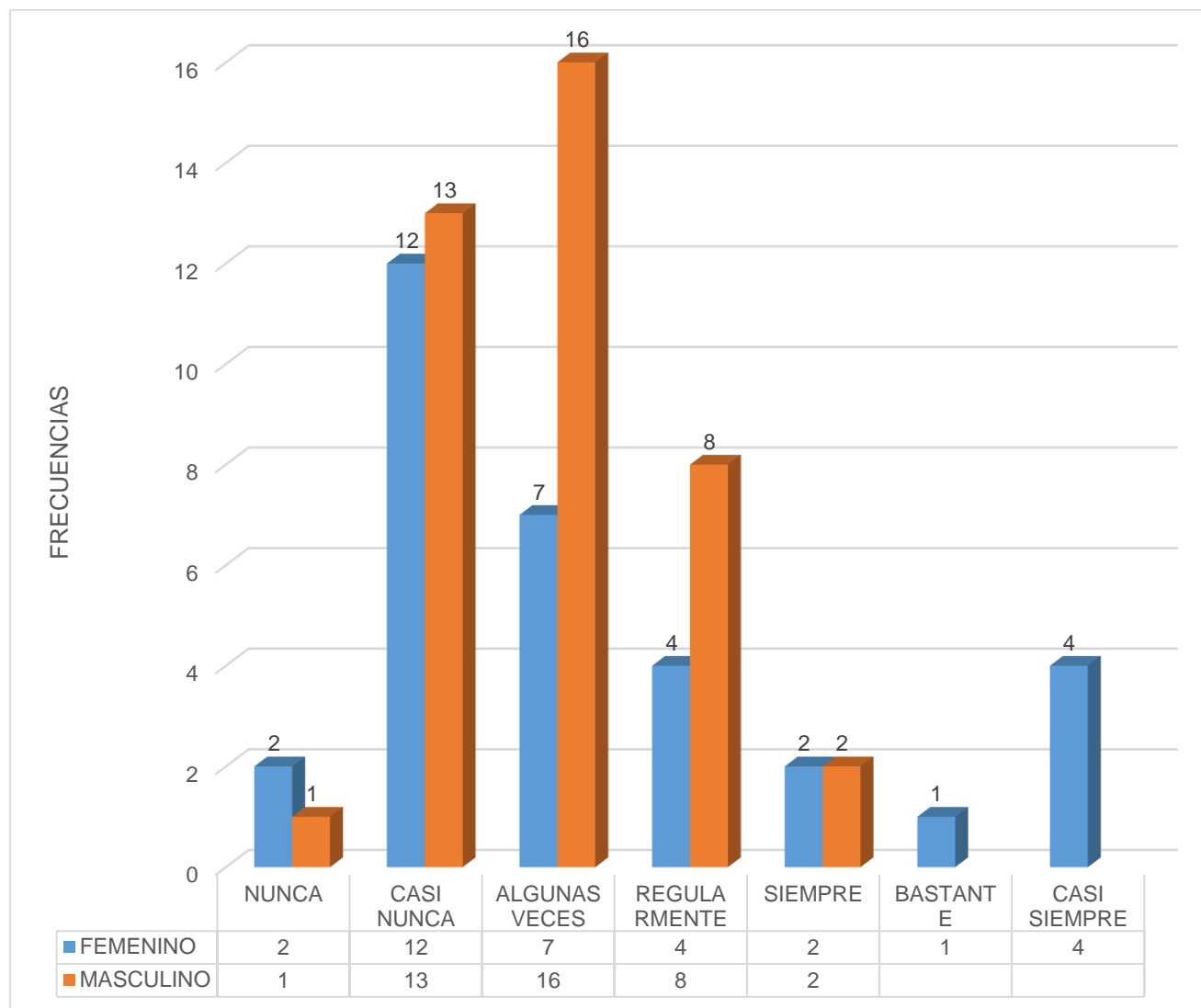
**Tabla 8**

***Trato con mucha efectividad los problemas de las personas***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	2	6.3
		Casi nunca	12	37.5
		Algunas veces	7	21.9
		Regularmente	4	12.5
		Bastante	1	3.1
		Casi siempre	4	12.5
		Siempre	2	6.3
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Nunca
Casi nunca	13			32.5
Algunas veces	16			40.0
Regularmente	8			20.0
Siempre	2			5.0
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

## Gráfica 8

*Trato con mucha efectividad los problemas de las personas*

Fuente: datos obtenidos por el investigador.

Resultados: El 37.5% (12) de las mujeres respondió que casi nunca trata con mucha efectividad los problemas de las personas. En este mismo ítem el 40% (16) de los hombres respondió que algunas veces trata con mucha efectividad los problemas de las personas (Tabla 8).

Tabla 9

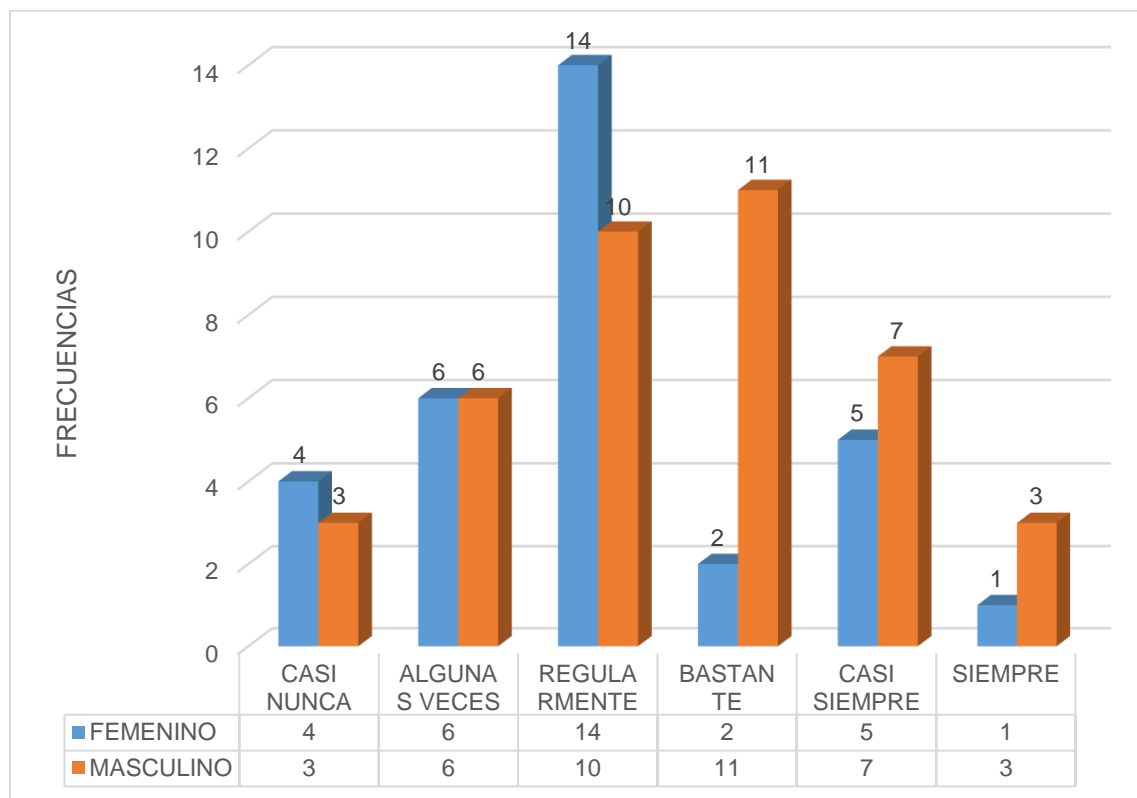
***Siento que mi trabajo me está desgastando***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Casi nunca	4	12.5
		Algunas veces	6	18.8
		Regularmente	14	43.8
		Bastante	2	6.3
		Casi siempre	5	15.6
		Siempre	1	3.1
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Casi nunca
Algunas veces	6			15.0
Regularmente	10			25.0
Bastante	11			27.5
Casi siempre	7			17.5
Siempre	3			7.5
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Gráfica 9

## Siento que mi trabajo me está desgastando



Fuentes. Datos obtenidos por le investigador.

Resultados: El 43.8% (14) de las mujeres regularmente siente que su trabajo la está desgastando. En contraste, el 27.5% (11) de los hombres siente con bastante frecuencia que su trabajo lo está desgastando (Tabla 9).

Tabla 10

## Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo

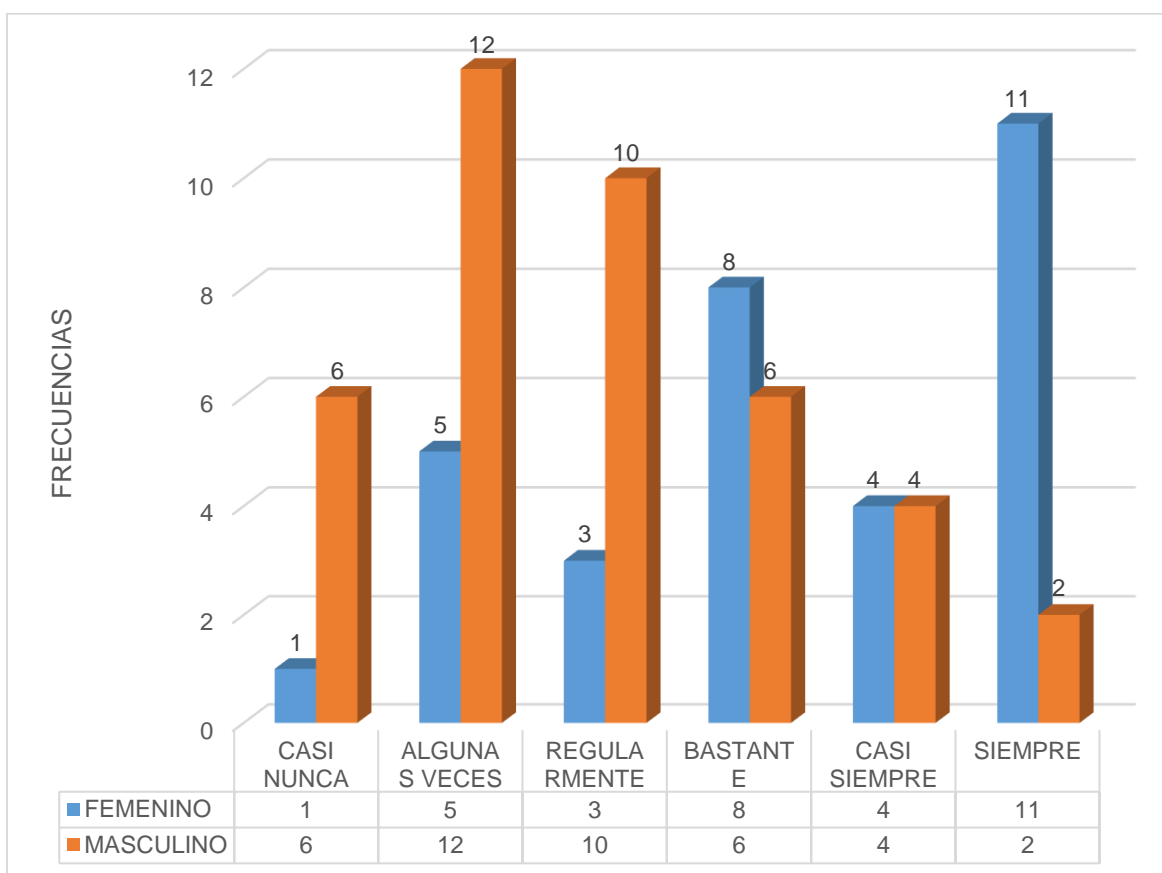
Género		Frecuencia	Porcentaje	
Femenino	Perdidos	Sistema	1	100.0
	Válido	Casi nunca	1	3.1
		Algunas veces	5	15.6
		Regularmente	3	9.4
		Bastante	8	25.0
		Casi siempre	4	12.5
		Siempre	11	34.4

		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Casi nunca	6	15.0
		Algunas veces	12	30.0
		Regularmente	10	25.0
		Bastante	6	15.0
		Casi siempre	4	10.0
		Siempre	2	5.0
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

### Gráfica 10

*Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo*



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 34.4% (11) de las mujeres reporta que siempre siente que está influyendo positivamente en la vida de los demás con su trabajo, mientras que el 30% de los hombres considera que siente que influye

algunas veces positivamente en la vida de los demás con su trabajo. Y solamente el 5% (2) hizo referencia a que siempre siente que está influyendo positivamente en la vida de los demás con su trabajo (Tabla 10).

**Tabla 11**

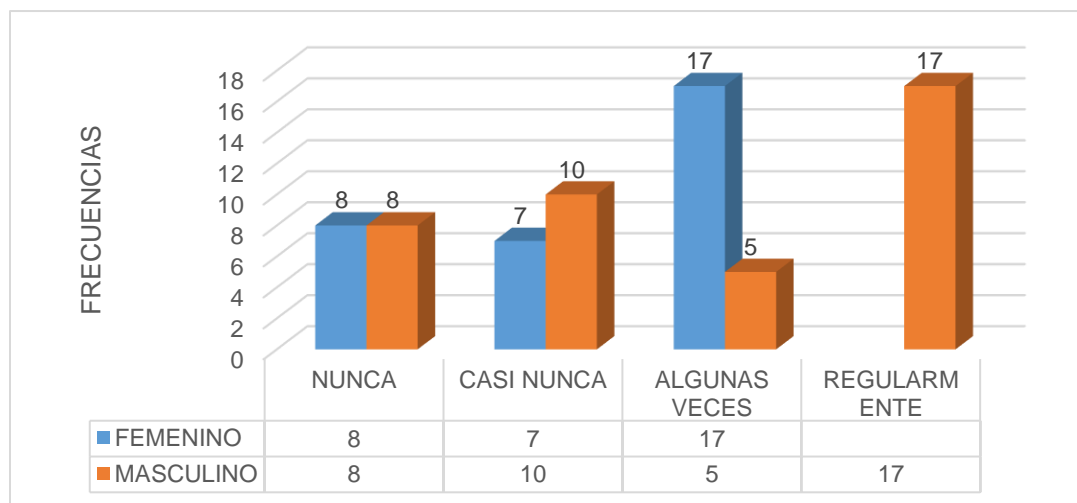
***Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	8	25.0
		Casi nunca	7	21.9
		Algunas veces	17	53.1
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Nunca	8	20.0
		Casi nunca	10	25.0
		Algunas veces	5	12.5
		Regularmente	17	42.5
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Grafica 11**

***Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 53.1% (17) de las mujeres afirma haberse vuelto insensible con la gente desde que ejerce esta ocupación, y el 42.5% (17) de los hombres considera regularmente haberse vuelto insensible con la gente desde que ejerce esta ocupación (Tabla 11).

**Tabla 12**

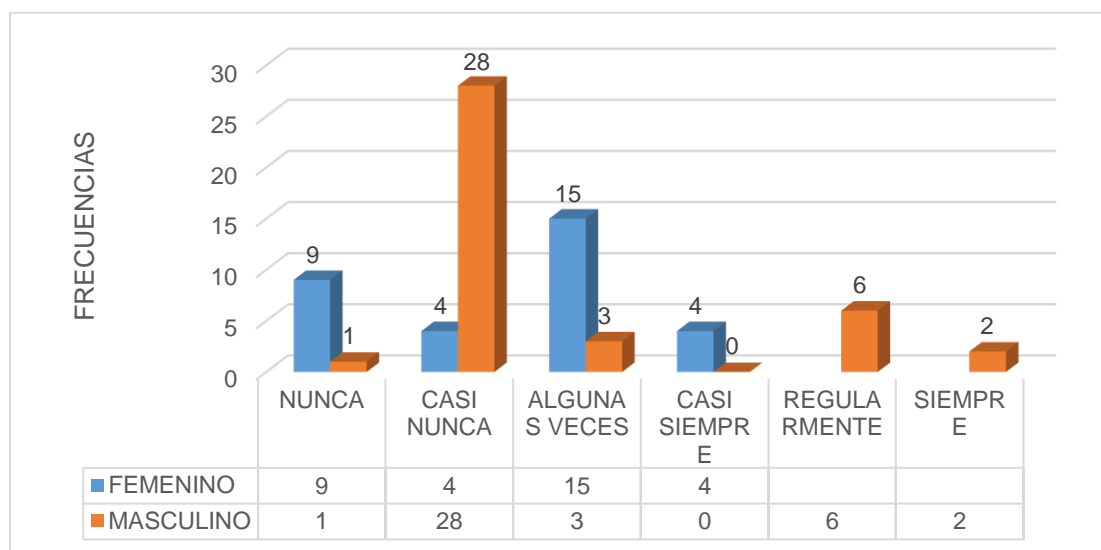
***Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente***

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Perdidos	Sistema	1	100.0
	Válido	Nunca	9	28.1
		Casi nunca	4	12.5
		Algunas veces	15	46.9
		Casi siempre	4	12.5
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Nunca	1	2.5
		Casi nunca	28	70.0
		Algunas veces	3	7.5
		Regularmente	6	15.0
		Siempre	2	5.0
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 12**

***Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 46.9% (15) de las mujeres afirma que algunas veces le preocupa el hecho de que este trabajo la esté endureciendo emocionalmente; en cambio, el 70% (28) de los hombres afirma que casi nunca le preocupa el hecho de que este trabajo los esté endureciendo emocionalmente (Tabla 12).

**Tabla 13**

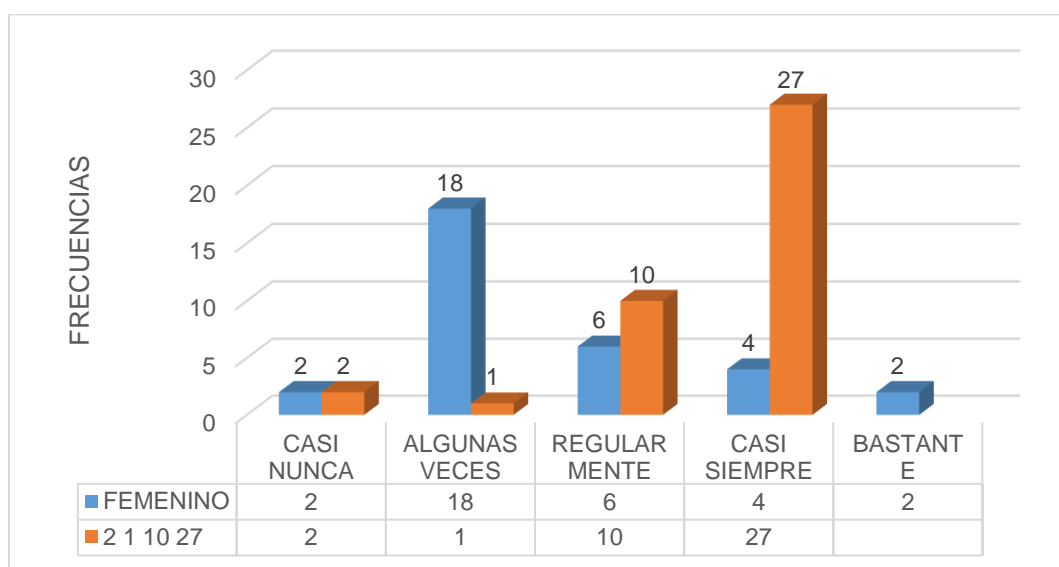
***Me siento muy energética(o)***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Casi nunca	2	6.3
		Algunas veces	18	56.3
		Regularmente	6	18.8
		Bastante	2	6.3
		Casi siempre	4	12.5
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Casi nunca
Algunas veces	1			2.5
Regularmente	10			25.0
Casi siempre	27			67.5
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 13**

***Me siento muy energética(o)***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 56.3% (18) de las mujeres algunas veces se siente muy energética; en cambio, el 67.5% (27) de los hombres afirma que casi siempre se siente energético. (Tabla 13).

**Tabla 14**

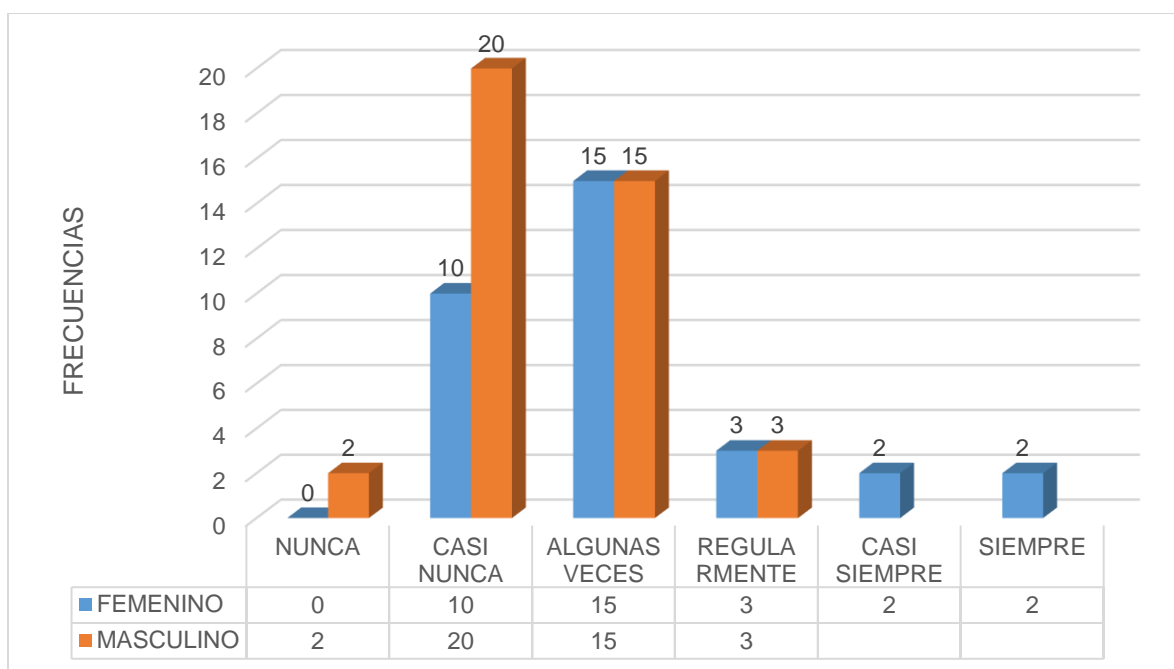
***Me siento frustrada(o) por mi trabajo***

Sexo			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Perdidos	Sistema	1	100.0
	Válido	Casi nunca	10	31.3
		Algunas veces	15	46.9
		Regularmente	3	9.4
		Casi siempre	2	6.3
		Siempre	2	6.3
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Nunca
Casi nunca	20			50.0
Algunas veces	15			37.5
Regularmente	3			7.5
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 14**

***Me siento frustrada(o) por mi trabajo***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 46.9% (15) de las mujeres algunas veces se siente frustrada por su trabajo; en comparación, el 50% (20) de los hombres afirma que casi nunca se siente frustrado por su trabajo (Tabla 14).

**Tabla 15**

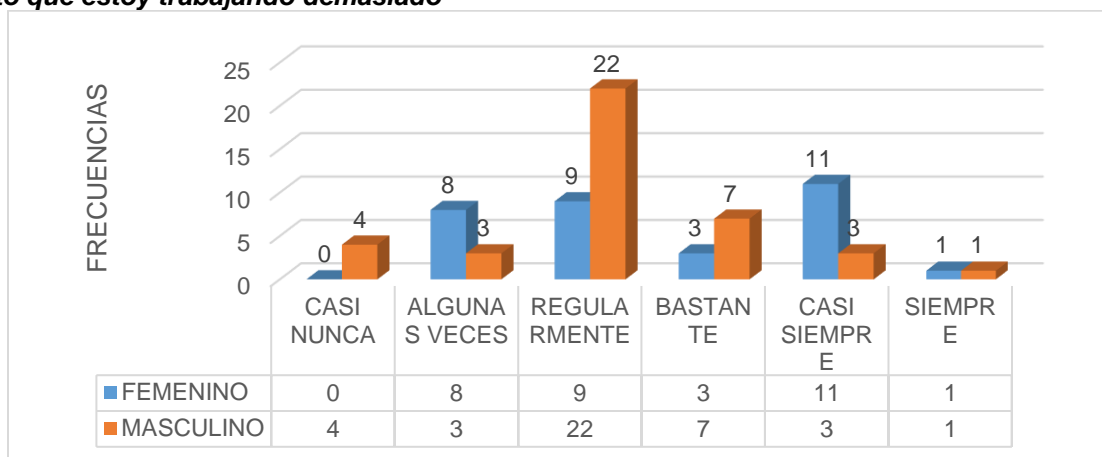
***Siento que estoy trabajando demasiado***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
Femenino	Perdidos	Sistema	1	100.0
	Válido	Algunas veces	8	25.0
		Regularmente	9	28.1
		Bastante	3	9.4
		Casi siempre	11	34.4
		Siempre	1	3.1
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Casi nunca	4	10.0
		Algunas veces	3	7.5
		Regularmente	22	55.0
		Bastante	7	17.5
		Casi siempre	3	7.5
		Siempre	1	2.5
	Total	40	100.0	

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 15**

***Siento que estoy trabajando demasiado***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 34.4% (11) de las mujeres casi siempre siente que está trabajando demasiado; en tanto, el 55% (22) de los hombres afirma que regularmente siente que está trabajando demasiado (Tabla 15).

**Tabla 16**

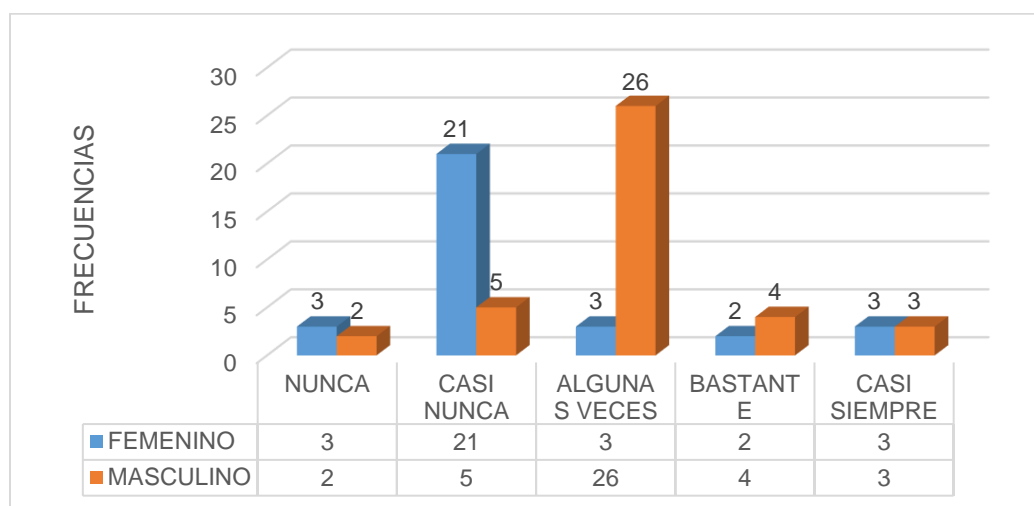
***No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio***

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	3	9.4
		Casi nunca	21	65.6
		Algunas veces	3	9.4
		Bastante	2	6.3
		Casi siempre	3	9.4
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Nunca
Casi nunca	5			12.5
Algunas veces	26			65.0
Bastante	4			10.0
Casi siempre	3			7.5
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 16**

***No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 65.6% (21) de las mujeres afirma que casi nunca se preocupa realmente por lo que les ocurre a algunas personas a la que da servicio; en contraste, el 65% (26) de los hombres afirma que algunas veces no les preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que le da servicio (Tabla 16).

**Tabla 17**

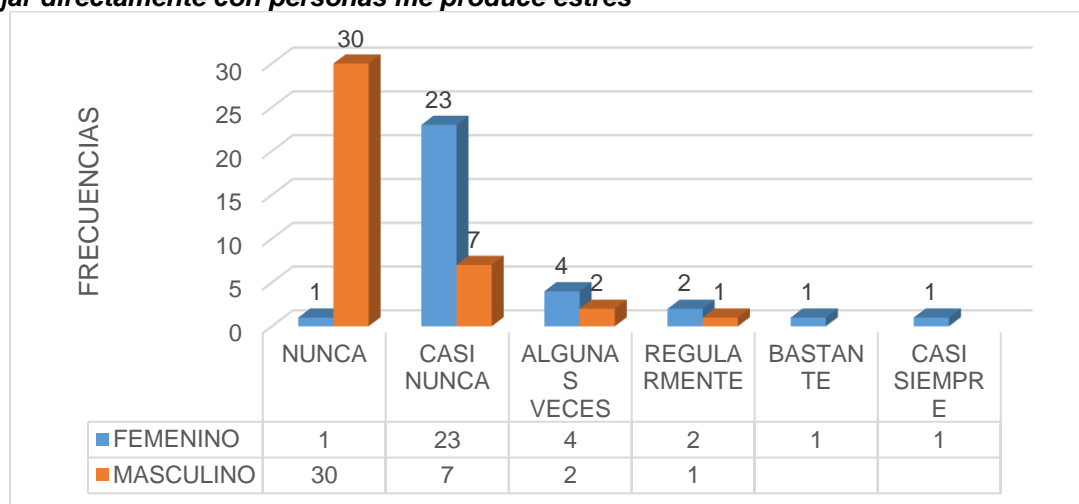
***Trabajar directamente con personas me produce estrés***

Género			Frecuencia	Porcentaje
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	1	3.1
		Casi nunca	23	71.9
		Algunas veces	4	12.5
		Regularmente	2	6.3
		Bastante	1	3.1
		Casi siempre	1	3.1
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Nunca
Casi nunca	7			17.5
Algunas veces	2			5.0
Casi siempre	1			2.5
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 17**

***Trabajar directamente con personas me produce estrés***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: Al 71.9% (23) de las mujeres casi nunca les produce estrés trabajar directamente con personas; en cambio, el 75% (30) de los hombres refiere que trabajar con personas directamente nunca les produce estrés. Y solamente al 3.1% (1) de las mujeres nunca le produce estrés trabajar directamente con las personas, en cambio al 75% (30) de los hombres nunca les produce estrés trabajar con las personas (Tabla 17).

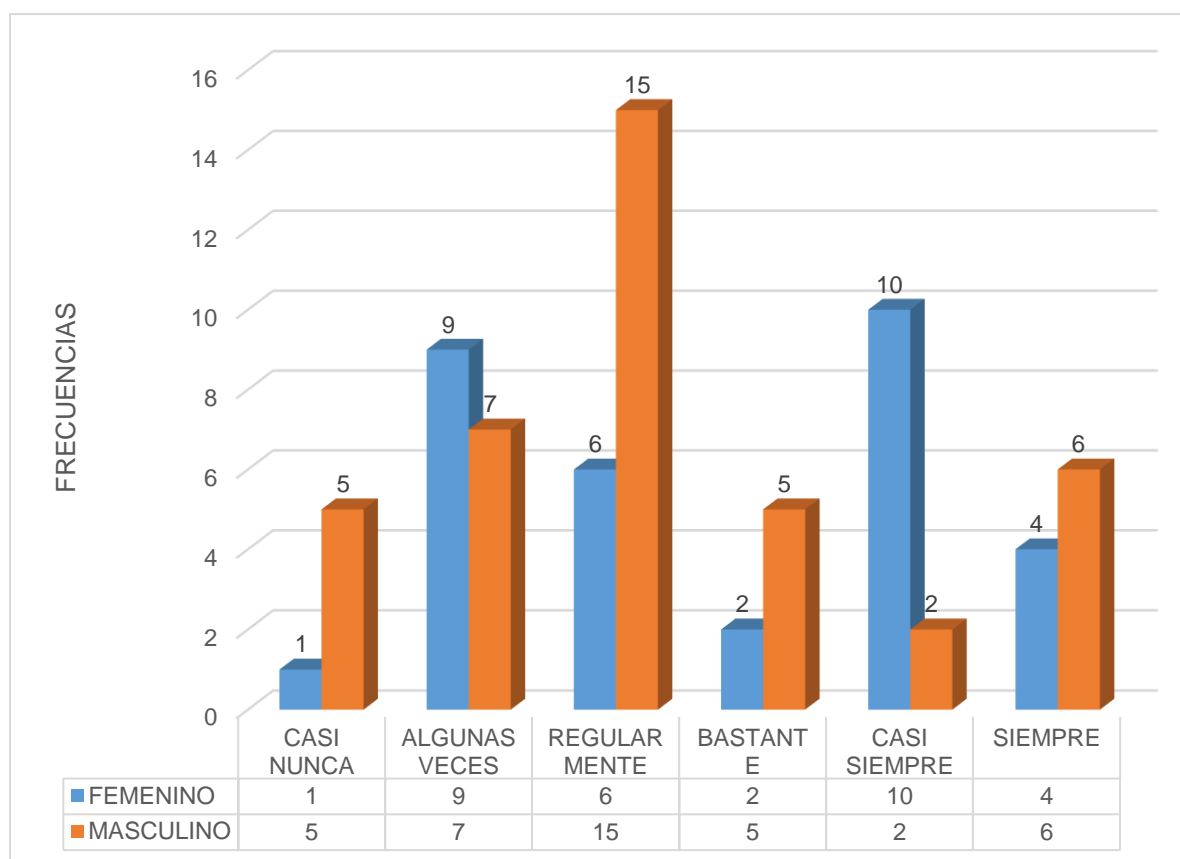
**Tabla 18**

***Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Casi nunca	1	3.1
		Algunas veces	9	28.1
		Regularmente	6	18.8
		Bastante	2	6.3
		Casi siempre	10	31.3
		Siempre	4	12.5
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Casi nunca
Algunas veces	7			17.5
Regularmente	15			37.5
Bastante	5			12.5
Casi siempre	2			5.0
Siempre	6			15.0
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 18**  
**Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo**



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 31.3% (10) de las mujeres dice que casi siempre puede crear fácilmente un clima agradable en su trabajo, mientras el 37.5% (15) de los hombres dice que regularmente se le encuentra fácil crear un clima agradable en su trabajo (Tabla 18).

**Tabla 19**

**Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas**

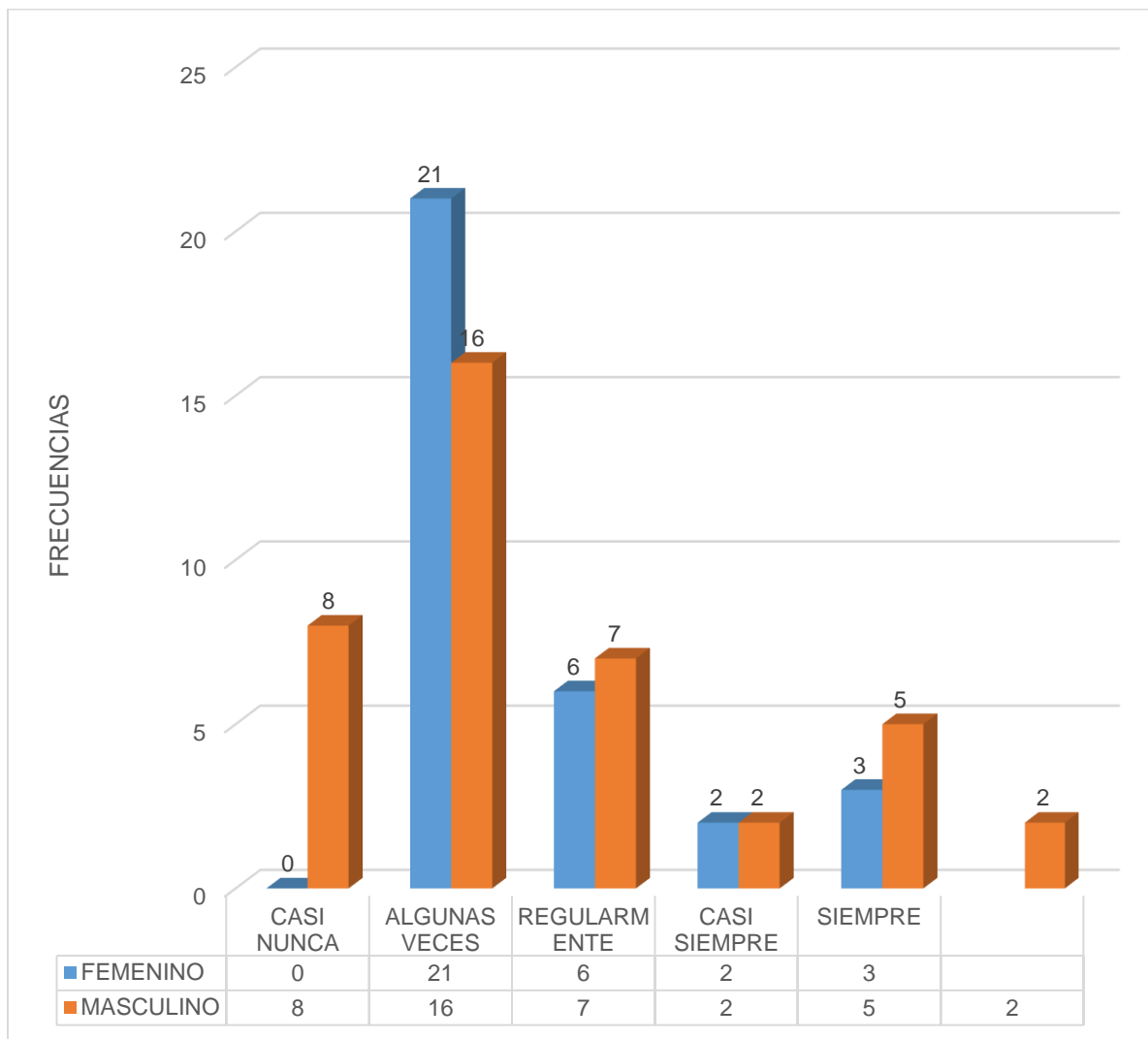
		Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Perdidos	Sistema	1	100.0
		Válido		
	Válido	Algunas veces	21	65.6
		Regularmente	6	18.8
		Casi siempre	2	6.3
		Siempre	3	9.4
Total	32	100.0		

Masculino	Válido	Casi nunca	8	20.0
		Algunas veces	16	40.0
		Regularmente	7	17.5
		Bastante	2	5.0
		Casi siempre	5	12.5
		Siempre	2	5.0
		Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

### Gráfica 19

#### Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 65.6% (21) de las mujeres algunas veces se siente estimulada después de trabajar en contacto con personas, en tanto el 40% (16) de los hombres algunas veces se siente estimulado después de trabajar en contacto con personas (Tabla 19).

**Tabla 20**

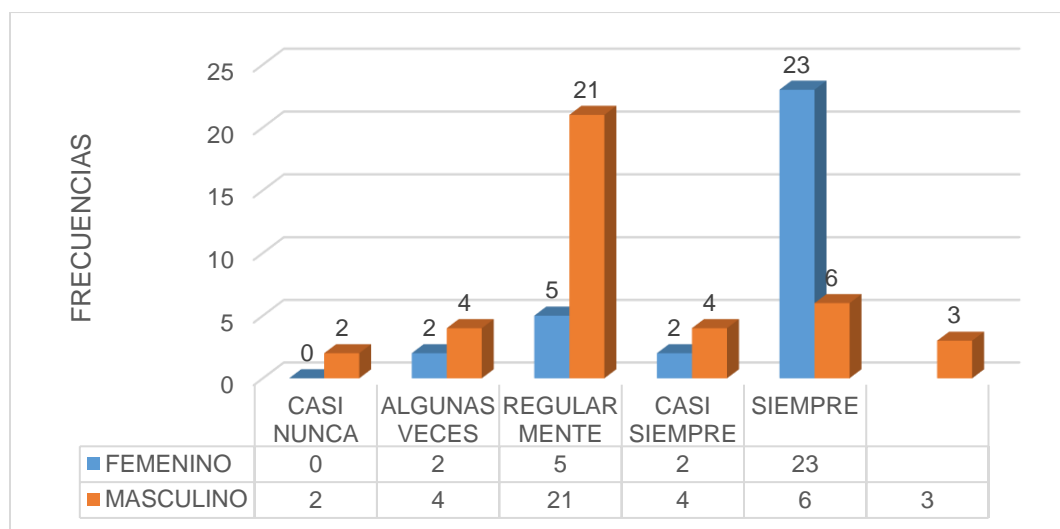
***He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo***

Género		Frecuencia	Porcentaje
.	Perdidos	Sistema	1 100.0
Femenino	Válido	Algunas veces	2 6.3
		Regularmente	5 15.6
		Casi siempre	2 6.3
		Siempre	23 71.9
		Total	32 100.0
Masculino	Válido	Casi nunca	2 5.0
		Algunas veces	4 10.0
		Regularmente	21 52.5
		Bastante	4 10.0
		Casi siempre	6 15.0
		Siempre	3 7.5
		Total	40 100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 20**

***He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo***



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 71.9% (23) de las mujeres siempre ha conseguido muchas cosas valiosas en su trabajo, mientras que el 52.5% (21) de los hombres regularmente consigue muchas cosas valiosas en su trabajo (Tabla 20).

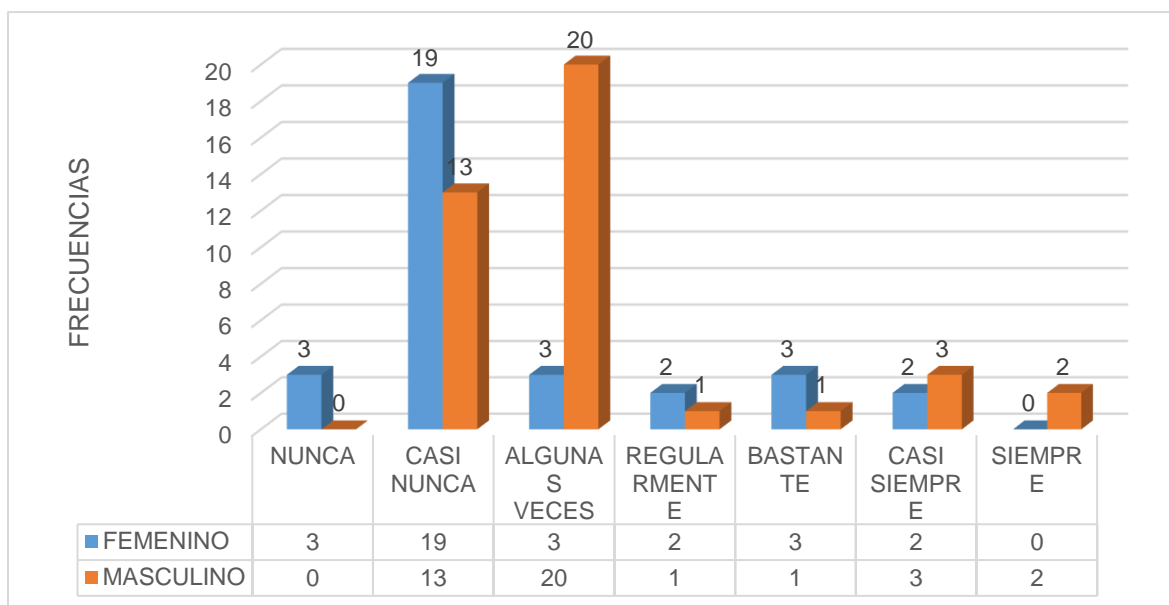
**Tabla 21**

***Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades***

Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	3	9.4
		Casi nunca	19	59.4
		Algunas veces	3	9.4
		Regularmente	2	6.3
		Bastante	3	9.4
		Casi siempre	2	6.3
		Total	32	100.0
		Masculino	Válido	Casi nunca
Algunas veces	20			50.0
Regularmente	1			2.5
Bastante	1			2.5
Casi siempre	3			7.5
Siempre	2			5.0
Total	40			100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 21**  
**Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades**



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 59.4% (19) de las mujeres casi nunca se siente como si estuviera al límite de sus posibilidades. En este mismo ítem el 50% (20) de los hombres dijo que algunas veces se siente como si estuviera al límite de sus posibilidades (Tabla 21).

**Tabla 22**

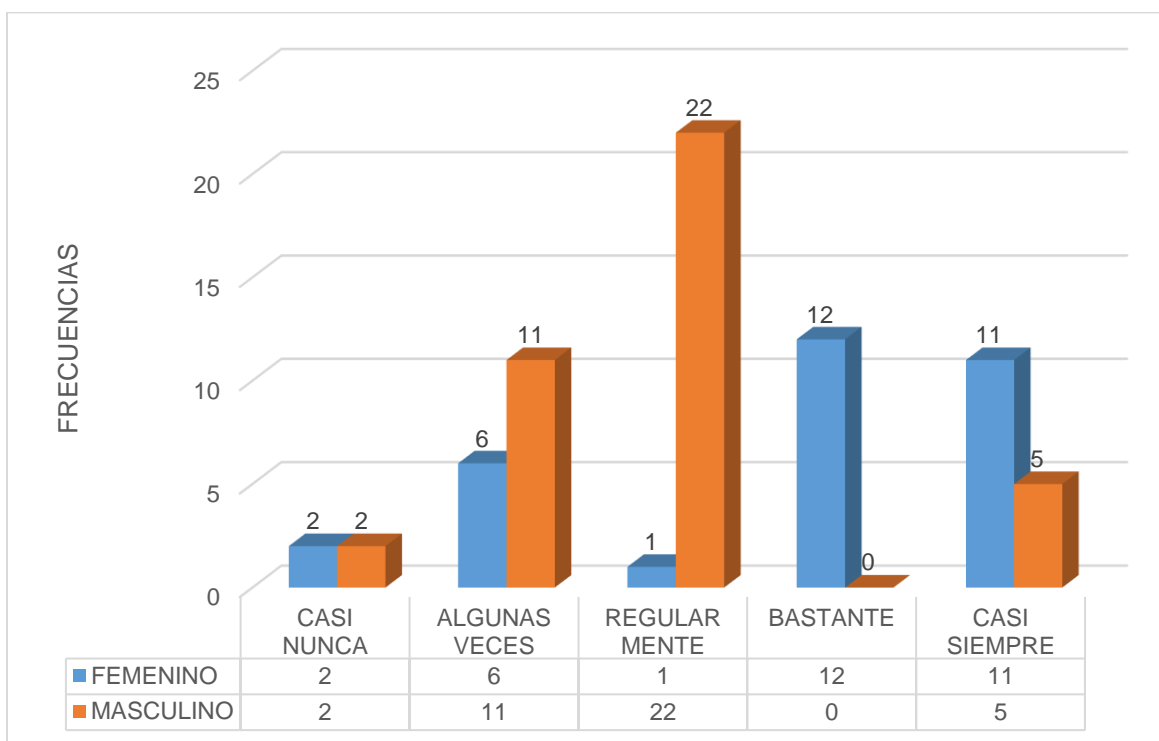
**En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma**

		Género		Frecuencia	Porcentaje
.	Perdidos	Sistema		1	100.0
Femenino	Válido	Casi nunca		2	6.3
		Algunas veces		6	18.8
		Regularmente		1	3.1
		Bastante		12	37.5
		Casi siempre		11	34.4
		Total		32	100.0
		Masculino	Válido	Casi nunca	
Algunas veces				11	27.5
Regularmente				22	55.0
Casi siempre				5	12.5
Total				40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Gráfica 22

**En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma**



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 37.5% (12) de las mujeres dice que con bastante frecuencia en su trabajo trata los problemas emocionales con mucha calma; en comparación, el 55% (22) de los hombres señala que regularmente en su trabajo trata los problemas emocionales con mucha calma (Tabla 22).

Tabla 23

**Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas**

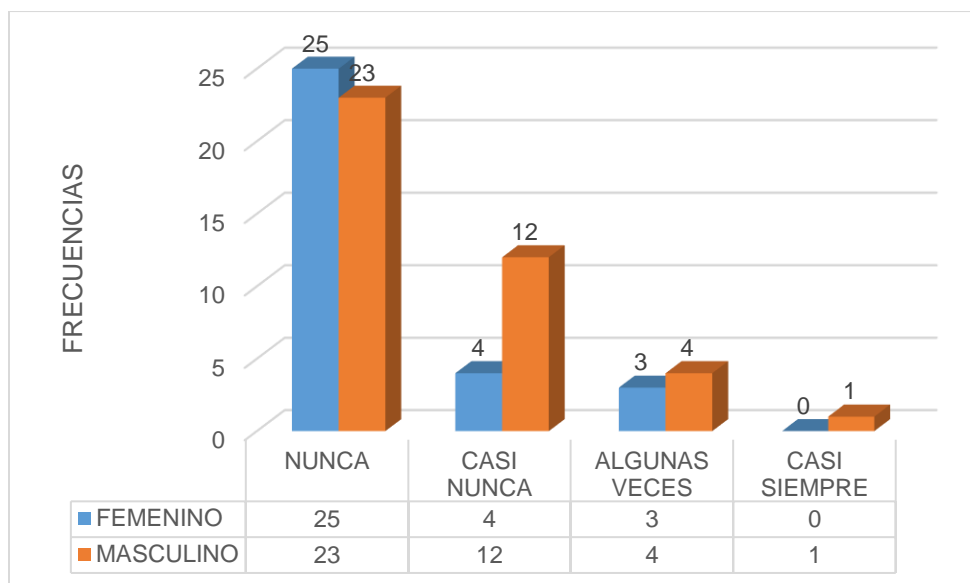
Género		Frecuencia	Porcentaje	
.	Perdidos	Sistema	1	100.0
Femenino	Válido	Nunca	25	78.1
		Casi nunca	4	12.5
		Algunas veces	3	9.4
		Total	32	100.0
Masculino	Válido	Nunca	23	57.5

	Casi nunca	12	30.0
	Algunas veces	4	10.0
	Casi siempre	1	2.5
	Total	40	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

**Gráfica 23**

**Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas**



Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 78.1% (25) de las mujeres nunca ha creído que las personas a quienes atiende la culpan de sus problemas, en tanto el 57.5% (23) de los hombres nunca ha creído que las personas a quienes atiende lo culpan de sus problemas (Tabla 23).

Adicionalmente se hizo una comparación según género de las respuestas que obtuvieron un mayor porcentaje (Tabla 24):

**Tabla 24**

**Comparativo según género de respuestas con mayor porcentaje**

Ítem	Femenino	Masculino		
	Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
1	Regularmente	34.4	Algunas veces	42.5

2	Regularmente	28.1	Regularmente	28.1
3	Casi siempre	50	Regularmente	50
4	Algunas veces	31.3	Casi siempre	45.0
5	Nunca	56.3	Casi nunca	50
6	Nunca	56.4	Nunca	62.5
7	Casi nunca	37.5	Algunas veces	40
8	Regularmente	43.8	Bastante	27.5
9	Siempre	34.4	Algunas veces	30
10	Algunas veces	53.1	Regularmente	42.5
11	Algunas veces	46.9	Casi nunca	70
12	Algunas veces	56.3	Casi siempre	67.5
13	Algunas veces	46.9	Casi nunca	50
14	Casi siempre	34.4	Regularmente	55
15	Casi nunca	65.6	Algunas veces	65
16	Casi nunca	71.9	Nunca	75
17	Casi siempre	31.3	Regularmente	37.5
18	Algunas veces	63.6	Algunas veces	40
19	Siempre	71.9	Regularmente	52.5
20	Casi nunca	59.4	Algunas veces	50
21	Bastante	37.5	Regularmente	55
22	Nunca	78.1	Nunca	57.5

Tabla 25

**Subescalas del formato MBI-HSS**

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntajes por ítem	Puntaje por subescala	Índice de Burnout
Agotamiento Emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización Personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Fuente: datos obtenidos por la investigadora

En relación a la subescala Agotamiento Emocional (EE), el 30% de la muestra obtuvo un puntaje mayor a 26 puntos; 16.6% corresponde a mujeres y 13.8% a hombres.

En relación a la subescala Despersonalización, el 25% de la muestra obtuvo un puntaje mayor a 9, distribuidos de la siguiente forma: 9.7% corresponde a mujeres y 15.27% a hombres.

Tabla 26

**Subescalas agrupadas por nivel y porcentaje**

Subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	De 0 a 18	De 19 a 26	De 27 a 54 (*)
Despersonalización	De 0 a 5	De 6 a 9	De 10 a 30 (*)
Realización personal	De 0 a 33 (*)	De 34 a 39	De 40 a 56

Fuente: datos obtenidos por la investigadora

Gráfica 24 Síntomas del Burn Out

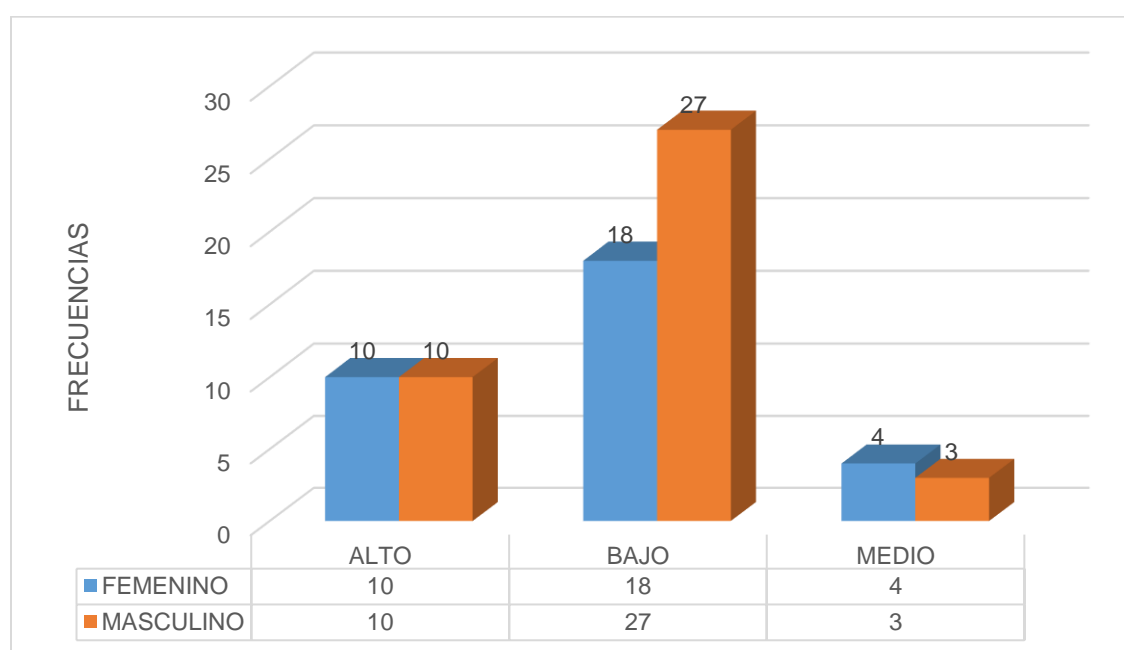


Tabla 27

**Agotamiento Emocional**

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Femenino Válido</b>				
Alto	10	31.3	31.3	31.3
Bajo	18	56.3	56.3	87.5
Medio	4	12.5	12.5	100.00
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Masculino Válido</b>				
Alto	10	25.0	25.0	25.0

\* Síntomas del Síndrome de Burnout

<b>Bajo</b>	27	67.5	67.5	92.5
<b>Medio</b>	3	7.5	7.5	100.0
<b>Total</b>	40	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El mayor porcentaje de mujeres (56.3%) presentó un Agotamiento Emocional bajo, en tanto el mayor porcentaje de hombres (67.5%) se concentró en un nivel bajo de Agotamiento Emocional (Tabla 25).

## Gráfica 25

### Despersonalización

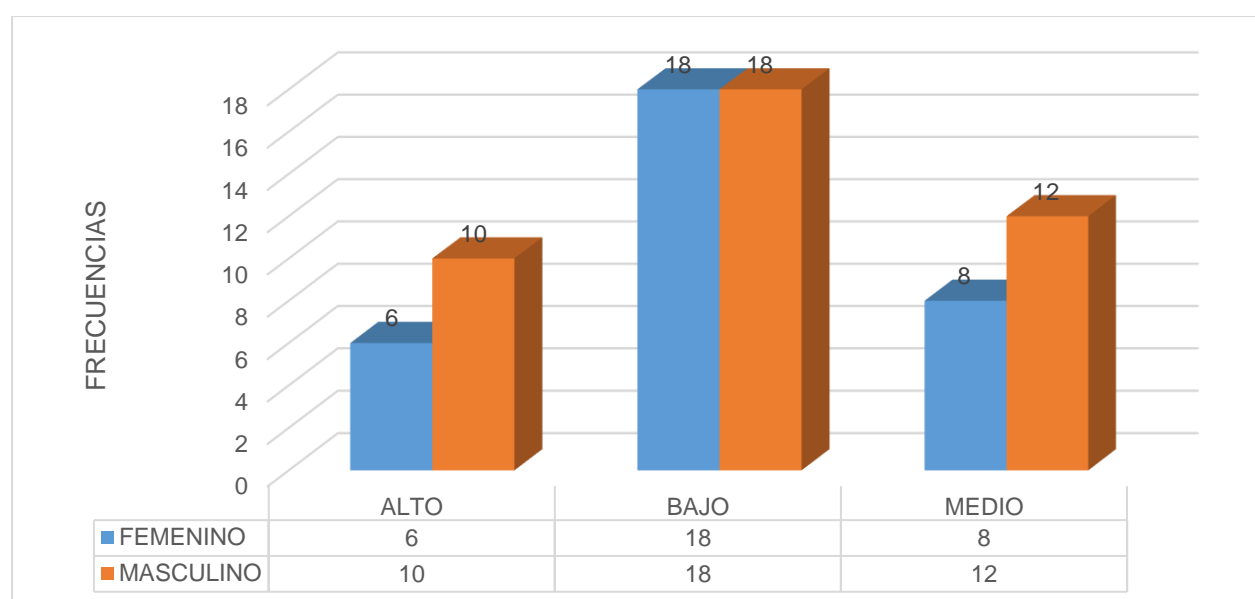


Tabla 28

### Despersonalización

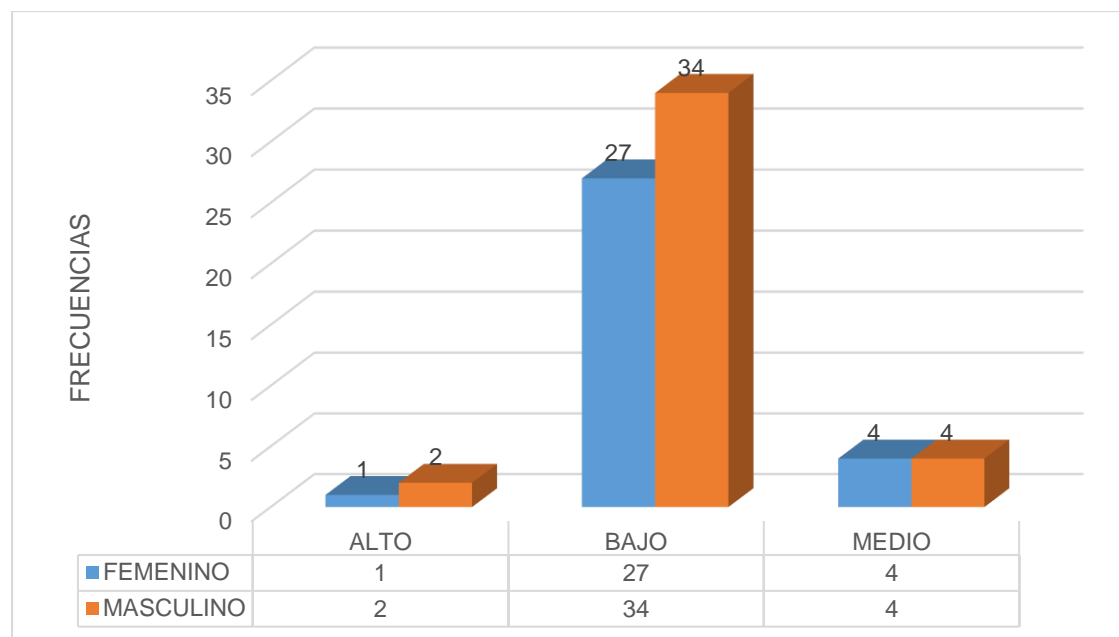
Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Femenino Válido</b>				
<b>Alto</b>	6	18.8	18.8	18.8
<b>Bajo</b>	18	56.3	56.3	75.0
<b>Medio</b>	8	25.0	25.0	100.0
<b>Total</b>	32	100.0	100.0	
<b>Masculino Válido</b>				
<b>Alto</b>	10	25.0	25.0	25.0
<b>Bajo</b>	18	45.0	45.0	70.0
<b>Medio</b>	12	30.0	30.0	100.0
<b>Total</b>	40	100.0	100.0	

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 56.3% de las mujeres presenta despersonalización baja, mientras que el 45% de los hombres presenta despersonalización baja (Tabla 28).

**Gráfica 26**

**Realización personal**



**Tabla 29**

**Realización personal**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Femenino válido</b>				
Alto	1	3.1	3.1	3.1
Bajo	27	84.4	84.4	87.5
Medio	4	12.5	12.5	100.0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Masculino válido</b>				
Alto	2	5.0	5.0	5.0
Bajo	34	85.0	85.0	90.0
Medio	4	10.0	10.0	100.0

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: El 84.4% de las mujeres y el 85% de los hombres presentan una realización personal baja (Tabla 29).

Adicionalmente, se realizó una comparación de promedios de puntajes (medias) con T de student y se obtuvieron los siguientes resultados.

**Tabla 30**  
**Estadísticas de grupo**

Subescala	Género	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Agotamiento personal	Femenino	32	23.75	10.731	1.897
	Masculino	40	20.98	9.62	1.521
Despersonalización	Femenino	32	5.78	5.235	.925
	Masculino	40	7.20	4.735	.749
Realización personal	Femenino	32	22.56	9.062	1.602
	Masculino	40	22.75	8.503	1.344

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ) (Tabla 30).

**Tabla 31**  
**Prueba de muestras independientes**

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	Prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Agotamiento emocional	Se asumen varianzas iguales	.367	.546	1.155	70	.252	2.775	2.402	-2.016	7.566
	No se asumen varianzas iguales			1.141	62.989	.258	2.775	2.432	-2.085	7.635
Despersonalización	Se asumen varianzas iguales	.070	.792	-	70	.232	-1.419	1.177	-3.766	.929
	No se asumen varianzas iguales			-	63.305	.238	-1.419	1.190	-3.797	.960
Realización personal	Se asumen varianzas iguales	.525	.471	-.090	70	.928	-.188	2.076	-4.329	3.954

No se asumen varianzas iguales			-0.090	64.57 9	.929	-.188	2.091	-4.365	3.990
---	--	--	--------	------------	------	-------	-------	--------	-------

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora.

## DISCUSIÓN:

Se aplicó el test “MASLACH BURNOUT INVENTORY” a 72 residentes del Hospital General de Puebla, 40 hombres y 32 mujeres, 55.5 y 44.4 % respectivamente.

Se calcularon las frecuencias de cada una de las respuestas obtenidas por cada pregunta o ítem, posteriormente se realizó una comparación respecto al género; obteniendo los siguientes resultados:

El 30% del total de residentes e internos obtuvo un puntaje mayor a 26 puntos, 16.6% corresponde a mujeres, y 13.8% a hombres; en relación al agotamiento emocional.

En relación a despersonalización el 25 % del total 9.7% mujeres y 15.27% hombres. Del total 90% presentó realización personal, 37.5% mujeres, 51.3 % hombres. En comparación, el estudio realizado en el 2019 por Janico Morales, Salgado Jiménez, etc. La prevalencia de burnout fue de 17.5%, sobre todo en médicos internos con antigüedad de 6 meses.

En nuestro estudio se observó que al menos 56.3% de las mujeres presentan agotamiento emocional bajo, y 67.5% de los hombres agotamiento bajo, en relación a la despersonalización se presentó en un nivel bajo en el 56.3% de las mujeres, y en 45% de los hombres. En tanto en el ítem realización personal se encontraron porcentajes muy similares entre hombres y mujeres (84.4 y 85% respectivamente) que presentaron una realización personal baja.

En la investigación realizada por Athié Gutierrez, en el 2016, en el Hospital General de México, se encontró que al menos 16% presentó desgaste laboral, relacionado con el tiempo de traslado y la universidad de procedencia, un puntaje menor a nuestro estudio el cual arrojó 30% de los estudiantes con agotamiento.

## CONCLUSIÓN.

En el estudio realizado, utilizando el cuestionario Maslach Inventory (MBI), en el Hospital General “Dr Eduardo Vázquez N.” se observó un moderado índice de Burnout, en el personal de médicos residentes, en la subescala Agotamiento Emocional (EE), el 30% de la muestra obtuvo un puntaje mayor a 26 puntos; 16.6% corresponde a mujeres y 13.8% a hombres.

Con relación a la subescala Despersonalización, el 25% de la muestra obtuvo un puntaje mayor a 9, distribuidos de la siguiente forma: 9.7% corresponde a mujeres y 15.27% a hombres. El nivel de despersonalización en la muestra de los residentes del Hospital General “Dr. Eduardo Vázquez N”, tuvo un valor bajo, lo que sugiere, que este indicador no es significativo para establecer un diagnóstico del Síndrome de Burnout. Estos resultados, se pueden comparar con la investigación de Parrilla Domínguez,

Moino, Mariscal (2013), elaborado en una muestra de enfermeras del Hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde, obteniendo resultados similares; en comparación con los resultados obtenidos en el indicador de realización personal, donde en el Hospital General “Dr. Eduardo Vázquez N.” los residentes presentaron un alto nivel de realización baja, con relación a la investigación antes mencionada, en la cual, su población de estudio obtuvo un alto porcentaje de realización personal satisfactoria.

La mayor frecuencia de afecación fue cansancio alto en ambos grupos, seguida de la despersonalización, aunque la mayoría de los residentes presenta realización personal baja. El sexo femenino es el que cursa con mayor grado de incidencia en la mayoría de las variables estudiadas, así como rasgos de Burn Out.

Es importante destacar que existen variables sociodemográficas las cuales no se evaluaron, siendo éstas, estado civil, número de hijos, edad, entre otros; por lo que se sugiere investigar, si algún médico residente ha tenido valoración psiquiátrica o psicológica, a partir de cuando se ha realizado esta valoración, si se encuentra en algún tratamiento farmacológico o de terapia y si la razón de ésta atención extra es causada por motivo del ambiente laboral dentro de la residencia en curso. El estudio de investigación podría ser más concluyente si se incluyen las variables arriba señaladas.

Por último se recomienda que en futuros estudios se involucre a más personal del sector salud y se encueste a diferentes tipos de médicos. En el mismo sentido, sería conveniente indagar los antecedentes específicos de los médicos residentes para evitar la recurrencia del Síndrome de Burnout, asimismo es recomendable el análisis de situaciones relacionadas con la carga afectivo-emocional sobre el trabajo que realiza cada tipo de médico residente y las diferentes formas de relacionarse entre ellos (médicos adscritos y personal intra hospitalario) y con los pacientes.

## **BIOÉTICA**

Para la realización de la investigación, cada uno de los participantes firmó una carta de consentimiento informado y se tuvo en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como también las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Además, esta investigación no implicó riesgo alguno para los participantes, ya que en el estudio no se efectuó ninguna intervención o modificación intencionada en alguna de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de éstos.

El protocolo de investigación fue evaluado y avalado por el Comité Local de Investigación y Bioética del Hospital.

## B. REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRÁFICAS

1. Byung-Chul Han. La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder; 2000.
2. Gil-Mont PR. El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide; 2005.
3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación [Internet]; 2010. <http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS.12341/lang-es/index.htm>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades (CEI); 2002.
5. Rodríguez-Ramírez JA, Guevara-Araiza A., Viramontes-Anaya, E. Síndrome de burnout en docentes. *REDIECH*, 2016;8(14).
6. Forbes Staff. OMS clasifica el “burnout” como una enfermedad [En línea]; Mayo 2019. <https://www.forbes.com.mx/oms-clasifica-desgaste-y-estres-laboral-como-una-enfermedad/>
7. Greene G. A Burn-Out Case. Londres: William Heineman; 1960.
8. Senior J. Can't Get No Satisfaction: in a Culture Where Work can be a Religion, Burnout is its Crisis of Faith. *New York Magazine* [En línea]. November 22, 2006. <https://nymag.com/news/features/24757/>
9. Lief H.I, Fox RC. Training for “detached concern” in medical students. En HI. Lief & NR. Lief (Eds.). *The Psychological Basis of Medical Practice*. New York: Harper y Row; 1963.
10. Buéla-Casal G., Caballo-Manrique VE. El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. En B. Moreno, C. Oliver., A. Aragonés. *Manual de Psicología Clínica Aplicada*; 1991.
11. Zimbardo P. The human choice: individuation, reason and order versus deindividuation, impulse and chaos. En WJ. Arnold & D. Levine (Eds.). *Nebraska Symposium on Motivacion*. Lincoln, EE.UU.: University of Nebraska Press; 1970.
12. Stanley M. Obedience to Authority. An Experimental View. London: Printer & Martin; 2010.

13. Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Carvajal R., Escobar-Redonda E. La evaluación del burnout profesional. Factorización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*. 2005;7(1):69-78.
14. Freunderbergh HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-165.
15. Cabello Vélez NS., Santiago Hernández GY. Elementos históricos y conceptuales del Síndrome de Burnout. *Archivos en Medicina Familiar*. 2016; 18(3):51-53. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2016/amf163a.pdf>
16. Carlín M., Garcés de los Fayos-Ruiz EJ. El síndrome de burnout: evolución histórica desde el contexto laboral en el ámbito deportivo. *Annales de Psicología*. Enero 2010;26(1):169-180.
17. Gil-Monte PR. El síndrome de Burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuencias en profesionales de enfermería. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Tenerife: Universidad de la Laguna; 1997.
18. Manassero MA., Vázquez A., Ferrer VA., Fornés J., Fernández MC. Estrés y burnout en la enseñanza. Palma de Mallorca: Ediciones UIB; 2003.
19. Ramos F. El síndrome de burnout. Madrid: Klinik, S.L.; 1999.
20. Matteson ME., Ivancevich J. Controlling work stress. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
21. Martínez-Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivant Academia*. Septiembre 2010;(12). Madrid: Universidad Complutense. <https://www.redalyc.org/pdf/525752962004.pdf>
22. Olivares-Faúndez VE. Laudatio: Dra. Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Revista Ciencia y Trabajo*; Abril 2017; 19(58). <https://scielo.conacyt.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf>
23. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual: Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press; 1981.
24. Quinceno-Japcy M., Vinaccia-Alpi S. Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*. 2007;10(2):117-125.
25. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual: Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press; 1982.
26. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública*. 2002;(44):33-40.
27. Moreno-Jiménez B., Rodrigo-Muñoz A., Garrosa-Hernández E., Morante-Benadero ME. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En M. Martínez. *Quemarse en el trabajo. 11 perspectivas del burnout*. Zaragoza: Egido Editorial. 2005:161-183.
28. Grajales Guerra T. Estudio de validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos; 2001. <http://www.tgrajales.net/mbivalidez.pdf>

29. Meda-Lara RM., Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante-Benadero E., Ortiz-Viveros GR. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*. Enero-Junio 2008; 18(1):107-116.
30. Juárez-García A., Idrovo A. J., Camacho-Ávila A., Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud Mental*. 2014; 14(37):159-176.
31. Badía Comprubí I. El agotamiento emocional. Una consecuencia de la sobrecarga de esfuerzo y responsabilidad. *Salud Laboral*. 2019;(643). <http://www.feuso.es/images/docs/feusosaludlaboral643.pdf>
32. Rivera-Guerrero A., Ortiz-Zambrano R., Miranda-Torres M., Navarrete-Freire P. Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (burnout). *Revista Digital de Posgrado*. 2019;8(2).
33. Chávez Orozco CA. Síndrome de Burnout en docentes universitarios. *INNOVA Research Journal*. Septiembre 2016; 1(9):77-95. <https://revistas.uide.edu.ec/index.php/innova/article/view/55/56>
34. Kulakova O., Moreno-Jiménez B., Garroa E., Sánchez-Hernández M., Aragón, A. Universalidad del constructo del Maslach Burnout Inventory en un contexto latinoamericano. *Acta de Investigación Psicológica*. 2017;(7):2679-2690.
35. Carranza-Lira S., Toribio-Cortés N. Frecuencia de depresión y síndrome de burnout en residentes de ginecología. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Enero-Febrero 2020; 58(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457763216006>
36. Swami MK., Mathur DM., Pushp BK. Emotional Intelligence, perceived stress and burnout among resident doctors: an Assessment of the relationship. *Natural Medicine Individual*. 2013;26(4):210-213.
37. Preciado-Serrano ML., Pando-Moreno M., Vázquez JM. (Agosto, 2004). Agotamiento emocional: escala burnout adaptada para mujeres trabajadoras en la costura industrial. *Investigación en Salud*. Agosto 2004; 7(2). <https://www.redalyc.org/pdf/142/14260206.pdf>
38. Muñiz J., Elosua P., Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests. 2ª. ed. *Psicothema*. 2013;25(2):51-157.
39. Maslach C., Jackson S., Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory*: Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press; 1997.
40. Arias WL., Zegarra J. Clima organizacional, síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de un hospital oncológico en Arequipa. *Revista de Psicología*. 2013; 15(1):37-54.
41. Cordes CL., Dougherty TW. A Review and a integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*. 1993; 18(4):621-656.
42. Fernández-García V., Zárate-Grajales RA., Lartique-Becerra T. ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Revista Enfermería Universitaria*. 2010;7(1). <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n1/v7n1a4.pdf>

43. Roth E., Pinto B. Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboran en enfermeras de la ciudad de La Paz. *Ajayu*. 2010;8(2):62-100. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545466004.pdf>
44. Loaiza E. Las organizaciones tóxicas: consecuencia fatal de una organización exitosa que pierde su camino. *UNACINCA, Revista de Estudios e Investigaciones*. 2010;3(4):1-12. <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/570/Las%20organizaciones>
45. Lachiner-Saborío LF. Síndrome de burnout. Revisión bibliográfica. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*. Enero-Marzo 2015;32(1). [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-0015000100014](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-0015000100014)
46. Sevilla-Martínez M., Sánchez-Monge M. Síndrome de burnout. 2015. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/sindrome-de-burnout.html>
47. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Interacción Psicológica*. Agosto 2003;1(1):19-33.
48. Estrella Silva MG., Portalanza A. El burnout y su aplicación en el sector de la aviación: una aproximación conceptual. *Suma de Negocios*. 2015;(6):204-211. <https://www.redalyc.org/journal/6099/609964239010/html/>
49. Aguirre-Mas C., Gallo A., Ibarra A., Sánchez-García JC. Relación entre estrés laboral y burnout en una muestra de controladores de tráfico aéreo en Chile. *Ciencias Psicológicas*. 2018;12(2):239-248. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-42212018](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212018)
50. Cresswell SL., Eklund RC. Athlete burnout: A longitudinal qualitative study. *The Sport Psychologist*. 2007;(14):31-39.
51. Garcés de los Fayos EJ., Cantón E. Un modelo teórico-descriptivo del burnout en deportistas: una propuesta tentativa. *Información Psicológica*. 2007;(91-92):12-22.
52. Barría-Muñoz J. Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. Tesis de Maestría en Psicología. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2003. [https://www.researchgate.net/publication/35482345\\_Sindrome\\_de\\_Burnout\\_en\\_asistentes\\_sociales\\_del\\_Servicio\\_Nacional\\_de\\_Menores\\_de\\_la\\_Region\\_Metropolitana](https://www.researchgate.net/publication/35482345_Sindrome_de_Burnout_en_asistentes_sociales_del_Servicio_Nacional_de_Menores_de_la_Region_Metropolitana)
53. Alvarado-Calderón K. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (versión castellana) en educadores costarricenses. *Actualidades Investigativas en Educación*. 2009;9:1-22. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44713054004>
54. Caballero CC., Breso E., González-Gutiérrez O. Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Septiembre-Diciembre 2015;32(3):424-441. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v32n3/v32n3a07.pdf>
55. Rodríguez-Ramírez JA., Guevara-Araiza A., Viramontes AE. Síndrome de burnout en docentes. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH* [En línea]. 2017; 8(14):45-67. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2448-85502017000100045&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-85502017000100045&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

56. Facal-Fondo T. Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*. 2012;12(1):59-69. <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161024645007.pdf>
57. Navarro-Soria I., López-Monsalve B., Heliz-Llopis J., Real-Fernández M. Estrés laboral, burnout y estrategias de afrontamiento en trabajadores que intervienen con menores en riesgo de exclusión social. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. Agosto-Septiembre 2018;(78).
58. Bernal-Albarrán LD., Chávez Tiscareño MD. El clima organizacional y su relación con el burnout en el laboratorio clínico. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. Enero-Junio 2018;7(13).
59. Carrilo R., Gómez K., Espinoza I. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*. 2012; 2(28):578-584.
60. Domínguez-Fernández JM., Herrera-Clavero F., Villaverde-Gutiérrez MC., Padilla-Segura I., Martínez-Bagur ML., Domínguez-Fernández J. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*. 2012;44(1):30-35.
61. Flores-Tesillo S., Ruiz-Martínez AO. Burnout en profesionales de la salud y personal en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*. Enero-Junio 2018;28(1): 63-72.
62. Navarro-Guitart MS., Morelato RA. Síndrome de burnout en odontólogos de la ciudad de Córdoba. *Revista Salud Pública*. 2020;24(1). <https://www.revistas.unc.edu.ar/indez.php/RSF/article/view/26081>
63. Pereda-Torales L., Márquez-Celedonio FG., Hoyos-Vásquez MT., Yáñez-Zamora MI. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*. Septiembre-Octubre 2009;32(5):399-404. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000500006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500006)
64. Vauro M. El estado del contrato psicológico y su relación con la calidad de vida laboral en profesionales de salud pública en Chile. Tesis de Doctorado. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014.
65. Arias-Gallegos W., Muñoz del Carpio-Toia A., Delgado-Montesino Y., Ortiz-Puma M., Quispe-Villanueva M. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2017;63(249):331-344.
66. Carrillo-Gómez R., Gómez-Hernández K., Espinoza de los Monteros-Estrada IE. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna Mexicana*. 2012;28(6): 579-584. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
67. Borda-Pérez M., Navarro-Lechuga E., Aun-Aun E., Berdejo-Pacheco H., Racedo-Rolón K., Ruiz-Sará J. Síndrome de burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 2009;23(1):43-51.
68. Paredes OL., Sanabria-Ferrand P. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Facultad de Medicina*. 2008;16(1):25-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>
69. Popp MS. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Interdisciplinaria*. 2008;25(1):5-27.

70. Melita-Rodríguez A., Cruz-Pedrerros M., Merino JM. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Ciencia y Enfermería*. Diciembre 2008;14(2):75-85. <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441797010.pdf>
71. Corredor-Pulido ME., Monroy-Fonseca JP. Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2009;14(1):109-123.
72. Millán-González R., Mesén-Fainardi A. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*. 2009;51(2):91-97.
73. Joanico MB., Ojeda JG., Salgado JMÁ., Ríos OLA, Villalobos AP. Síndrome de burnout en médicos internos de pregrado. *Atención Familiar*. 2019;26(4):145-149. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af194f.pdf>
74. Athié-Gutiérrez C., Cardiel-Marmolejo LE., Camacho-Aguilera J., Mucientes-Avellaneda V., Terronez-Girón AM., Cabrera-Mora NA., Cueto-Romero HD., García-Nava GS., Jiménez-García AD., Sánchez-Durán D., Valdés-Peñaloza AL., Sainos-Ramírez CA. Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". *Investigación en Educación Médica*. 2016;5(18): 102-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349745408006>
75. Trejo-Lucero H., Torres-Pérez J., Valdivia-Chávez M., Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Archivos de Investigación Materno-Infantil*. Enero-Abril 2011;3(1):44-47.
76. Zavala-González MA., Posada-Arévalo SE., Jiménez-Mayo O., López-Méndez RL., Pedrero-Ramírez LG., Pérez-Arias MB. Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. *Revista Médica de la UV*. Julio-Diciembre 2011;18-23. [http://www.soporte.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol11\\_num2/articulos/sindrome.pdf](http://www.soporte.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol11_num2/articulos/sindrome.pdf)
77. Loya-Murguía KM., Valdez-Ramírez J., Bacardí-Gascón M., Jiménez-Cruz A. El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *JONNPR*. 2018;3(1):40-48. <http://dx-doi.org/10.1923/jonnpr.20160>
78. Pacheco J., Giacomini H., Tam W., Ribeiro T., Arab C., Bezerra I. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic Review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017;39:369-378.
79. Vega E., Gómez J., Caballero I., Contreras F. Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*. 2017;39:369-378.
80. Domínguez-González AD., Velasco-Jiménez MT., Meneses-Ruis DM., Guzmán-Valdivia-Gómez G., Castro-Martínez MG. Síndrome de burnout en aspirantes a la carrera de medicina. *Revista Investigación en Educación Médica*. 2017;6(24):242-247. [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A6Num24/05\\_AO\\_Sindrome.pdf](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/A6Num24/05_AO_Sindrome.pdf)
81. Román-Hernández, J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*. Abril-Junio 2003;29(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864)

82. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley General de Salud. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 01-06-2021. Artículos 94 y 94. México. 13 de agosto 2021:139. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
83. Cámara de Diputados del H. Congresos de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley Federal del Trabajo. Texto Vigente. Última Reforma publicada DOF 23-04-2021. Capítulo XVI. México. 14 de agosto 2021: 92-93. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125\\_230421.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_230421.pdf)
84. Secretaría de Salud. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Enseñanza en Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas. México. 14-08-2021. <http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/normatecainterna/MJnormasmexicanas/NOM-090-SSA1-1994.pdf>
85. Zamudio-Villarreal JF. La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas. *Revista Evidencia de Investigación Clínica*. 2011;4(1):5-6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2011/eo1111c.pdf>

## VIII. ANEXOS

**SIGUIENTE PÁGINA**

## MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS) INVENTARIO BURNOUT DE MASLACH (MBI - HSS)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo/género: \_\_\_\_\_

Área de trabajo: \_\_\_\_\_ Tiempo de trabajo: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada enunciado y marque los casilleros correspondientes a la frecuencia de sus sentimientos acerca del trabajo donde labora. Las opciones que puede marcar son:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca/ Pocas veces al año
- 2 = Algunas Veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes Veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

	Nunca / Ninguna vez	Casi nunca/ Pocas veces al año	Algunas Veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes Veces / Una vez por semana	Casi siempre / Pocas veces por semana	Siempre / Todos los días
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas que tengo que atender							
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con personas es realmente estresante para mi							
7. Trato con mucha efectividad los problemas de las personas							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de los demás con mi trabajo							
10. Me he vuelto insensible con la gente desde que ejerzo esta ocupación							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy energético							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy trabajando demasiado							
15. No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Fácilmente puedo crear un clima agradable en mi trabajo							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
19. He conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Creo que las personas a quienes atiendo me culpan de sus problemas							

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento	EE	1, 2, 3, 4, 6	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 14
Cinismo	CY	8, 9, 13, 14	4	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Eficacia profesional	PE	5, 7, 10, 11, 12, 15	6	De 0 a 6	De 0 a 36	Menos de 23

Nivel	Porcentaje	Agotamiento		Cinismo		Eficacia profesional	
Muy bajo	>5%	<0,4	De 0 a 1	<0,2	0	<2,83	<b>De 1 a 15 (*)</b>
Bajo	5-25%	0,5 - 1,2	De 2 a 6	0,3 - 0,5	De 1 a 2	2,83 - 3,83	<b>De 16 a 22(*)</b>
Medio bajo	25-50%	1,3 - 2	De 7 a 10	0,6 - 1,24	De 3 a 4	3,84 - 4,5	De 23 a 27
Medio alto	50-75%	2,1 - 2,8	De 11 a 14	1,25 - 2,25	De 5 a 9	4,51 - 5,16	de 28 a 30
Alto	75-95%	2,9 - 4,5	<b>De 15 a 22 (*)</b>	2,26 - 4	<b>De 10 a 16 (*)</b>	5,17 - 5,83	De 31 a 34
Muy alto	>95%	> 4,5	<b>De 23 a 30 (*)</b>	> 4	<b>De 17 a 24 (*)</b>	> 5,83	De 35 a 36

(\*) Indicios del Síndrome de Burnout

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34

Subescala	Código	Ítems	Número de ítems	Puntaje por ítem	Puntaje por subescala	Indicios Burnout
Agotamiento emocional	EE	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9	De 0 a 6	De 0 a 54	Más de 26
Despersonalización	DP	5, 10, 11, 15, 22	5	De 0 a 6	De 0 a 30	Más de 9
Realización personal	PA	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8	De 0 a 6	De 0 a 48	Menos de 34



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de la investigación)

Puebla, Pue. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Por medio de la presente el que suscribe \_\_\_\_\_, en claro uso de mis facultades mentales, en calidad de médico residente.

Autorizo sean utilizados los resultados recabados del cuestionario impreso *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HS) adaptado al español por Gil-Monte (1994), con el fin de realizar un análisis descriptivo, para la realización de la tesis **“Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes”**, haciendo una comparación con bibliografía previamente ya publicada.

La participación para este estudio es voluntaria, tiene derecho a negarse al mismo, es confidencial, destacando que no se plasmará en ningún momento su nombre, los datos obtenidos se mantendrán en el total anonimato, sin ningún fin de lucro.

No obtendrá ningún beneficio directo la participación en este estudio, sin embargo, una vez concluido, se sugerirán propuestas para prevenir, detectar y tratar el síndrome de Burout en médicos residentes

Si aún existen dudas sobre el tipo de estudio, cómo se utilizarán los resultados o algún otro dato, es obligación del investigador **Denise Hernández Santiago, residente de tercer año de anestesióloga**, aclarar las dudas verbalmente con un lenguaje claro y simple, hasta obtener respuestas satisfactorias y convincentes para su persona.

He leído con detenimiento y claramente toda la información escrita en este consentimiento informado, se me han aclarado dudas existentes, conozco los riesgos y beneficios, así como las complicaciones que conlleva mi participación en este estudio.



Secretaría  
de Salud  
Gobierno de Puebla

Hospital General “ Dr. Eduardo Vázquez N”

Comité de ética

Departamento de Enseñanza e Investigación



---

**NOMBRE Y FIRMA DEL  
MÉDICO RESIDENTE**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL INVE-  
STIGADOR**