



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No.1 DE SAN LUIS POTOSÍ”**

N° DE REGISTRO:

R-2024-2402-046

Presenta:

Dra. Fatima Cordero Martínez

Residente de tercer año en medicina de urgencias

Investigador responsable/ director clínico:

Dra. Jeimy Ibeth Galván Orellán

Especialista en Medicina Familiar

ASESOR ESTADÍSTICO EXTERNO:

Mtro. Alan Ytzeen Martínez Castellanos

Químico Farmacobiólogo

Maestro en Biología Molecular

San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Mayo 2025



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS**

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE
SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA No.1 DE SAN LUIS POTOSÍ”**

Presenta:

Dra. Fátima Cordero Martínez
Residente de tercer año en medicina de urgencias
N° CVC:1323671/ ORCID 0009-0007-6247-426X

Investigador responsable/ director clínico:

Dra. Jeimy Ibeth Galván Orellán

ASESOR ESTADÍSTICO EXTERNO:

Mtro. Alan Ytzeen Martínez Castellanos

SINODALES:

Dra. Karla Fuentes De Gyves
Presidente del Jurado.

Dr. Sinney Ovet Loredó Donato
Secretario del Jurado.

Dra. Valeria Andrea Del Ciprés Moreno
Vocal del Jurado.

Dr. Gonzalo Armando Pérez Becerril
Vocal del Jurado.



Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del servicio de urgencias en el Hospital General de Zona No. 1 de San Luis Potosí © 2025 Por Fatima Cordero Martinez. Se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Resumen y palabras clave.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Burnout es una condición psicológica caracterizada por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Su prevalencia es particularmente alta en contextos hospitalarios de alta demanda, como los servicios de urgencias, donde el personal sanitario se enfrenta a elevados niveles de estrés, sobrecarga laboral y exposición constante al sufrimiento humano.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 1 de San Luis Potosí. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y proyectivo en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 1 de San Luis Potosí. Se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSMP) a una muestra de 56 trabajadores de la salud, incluyendo médicos adscritos, médicos residentes y personal de enfermería. Se recolectaron variables sociodemográficas y se evaluaron las tres dimensiones del síndrome. **RESULTADOS:** La prevalencia general de síndrome de Burnout fue de 60.7%. Las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización mostraron puntajes elevados, mientras que la realización personal se presentó en niveles bajos en más del 50% de los participantes. El personal de enfermería presentó las puntuaciones más altas. Se observó una correlación inversa entre edad y Burnout, pero no hubo asociación significativa con sexo o estado civil. **CONCLUSIONES:** El síndrome de Burnout es altamente prevalente en el personal de urgencias estudiado. Se requieren intervenciones institucionales para su prevención y abordaje.

Palabras clave: Burnout, Prevalencia, Personal de salud.

Índice.

Resumen y palabras clave.....	1
Índice.....	2
Lista de cuadros y tablas.....	4
Lista de figuras.....	5
Listas de símbolos, nomenclaturas, abreviaturas	6
Lista de Definiciones	7
Reconocimientos y dedicatorias.....	9
1. Antecedentes.....	11
2. Justificación.....	18
3. Pregunta de Investigación.....	19
4. Hipótesis.....	19
5. Objetivos.....	20
5.1 Objetivo General.....	20
5.2 Objetivos Específicos	20
6. Sujetos y métodos.....	21
6.1 Diseño de la investigación:	21
6.2 definición de la población:.....	21
<i>Lugar de la investigación</i>	21
<i>Tiempo de estudio</i>	21
<i>Población de estudio:</i>	21
6.3 criterios de selección	22
<i>Criterios de inclusión</i>	22
<i>Criterios de exclusión</i>	22
<i>Criterios de eliminación</i>	22
6.4 tamaño de la muestra:.....	22
6.5 técnica muestral	24
6.6 variables sociodemográficas	25
6.7 método o procedimiento para captar la información	29
7. Análisis estadístico.....	31
a) Análisis descriptivo.....	31
b) Análisis inferencial.....	31

c) Software estadístico.....	31
8. Ética.....	32
9. Resultados.....	34
9.1. Descripción de la población estudiada	34
9.2. Puntajes de Burnout por componente	38
9.3. Prevalencia del síndrome de Burnout.....	44
9.4. Análisis de correlación	48
10. Discusión.....	51
11. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación.	56
12. Conclusiones.	57
13. Bibliografía.	60
14. Anexos.....	65
Anexo 1. Cronograma de actividades.....	65
Anexo 2: Instrumento de registro de información sociodemográfica.....	66
Anexo 3: Cuestionario MAASTRICHT para la enseñanza clínica.....	67
Anexo 4: Consentimiento informado.....	69
Anexo 5: Carta de no inconveniente del director de la unidad donde se llevará a cabo el estudio	71
Anexo 6: Carta confidencialidad para investigadores.....	72
Anexo 7: Carta de aprobación del protocolo de investigación	73

Lista de cuadros y tablas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.....	25
Tabla 2. Criterios para evaluación del instrumento MBI-HSS(MP).....	30
Tabla 3. Clasificación de resultados del instrumento MBI-HSS(MP).....	30
Tabla 4. Edad y Sexo de los participantes	34
Tabla 5. Categoría laboral y sexo de los participantes.....	35
Tabla 6. Estado civil y sexo de los participantes	35
Tabla 7. Puntaje del instrumento MBI-HSS(MP) por dimensión.....	38
Tabla 8. Puntaje categorizado de las dimensiones medidas por el MBI-HS	40
Tabla 9. Comparación de las medianas de los puntajes de las dimensiones del MBI-HSS(MP) en función del sexo de los participantes.	42
Tabla 10. Comparación de las medianas de los puntajes del MBI-HSS(MP) en función del estado civil de los participantes.....	42
Tabla 11. Prueba de Kruskal-Wallis para la mediana de las puntuaciones de cada dimensión del MBI-HSS(MP) en función del servicio de adscripción	42
Tabla 12. Comparación entre parejas, dimensión "Cansancio emocional"	43
Tabla 13. Comparación entre parejas, dimensión "Despersonalización"	44
Tabla 14. Comparación entre parejas, dimensión "Realización personal"	44
Tabla 15. Frecuencia y Proporción de participantes con y sin Burnout en función del sexo	45
Tabla 16. Prevalencia de burnout por sexo y servicio de adscripción de los participantes	47
Tabla 17. Matriz de correlación entre la edad de los participantes y el puntaje obtenido en las 3 dimensiones medidas por el instrumento MBI-HSS(MP)	49
Tabla 18. Modelo de regresión logística binomial para el desarrollo de síndrome de burnout	50

Lista de figuras.

Figura 1. Composición de la muestra en función del sexo de los participantes	34
Figura 2. Comparación del estado civil por sexo de los participantes	36
Figura 3 Distribución de la edad en función del sexo de los participantes	37
Figura 4. Edad media de los participantes en función del sexo	37
Figura 5. Distribución de los puntajes de la dimensión "Cansancio emocional"	39
Figura 6. Distribución de frecuencias de los puntajes de la dimensión "Despersonalización" del MBI-HSS(MP)	40
Figura 7. Distribución de frecuencias de los puntajes de la dimensión "Realización personal" del MBI-HSS(MP)	41
Figura 8. Comparación de la proporción de participantes con y sin Burnout segun el sexo de los participantes	46
Figura 9. Comparación de la prevalencia de burnout por sexo y servicio de adscripción	47

Listas de símbolos, nomenclaturas, abreviaturas

- **HSS:** Escala Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **HGZ1:** Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí
- **COVID-19:** Enfermedad por Coronavirus de 2019
- **MBI-HSS-MP:** Maslach Burnout Inventory – Human Services for Medical Personnel
- **SB:** Síndrome de “Burnout”
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo
- **PIB:** Producto Interno Bruto
- **SPPSTIMSS:** Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para los Trabajadores IMSS.

Lista de Definiciones

Agotamiento laboral o Síndrome de Burnout: Es una respuesta individual al estrés laboral crónico que se desarrolla progresiva y eventualmente puede volverse crónico, causando alteraciones de la salud. La psicología establece que este síndrome causa daños a nivel cognitivo, emocional y actitudinal, lo que se traduce en comportamientos negativos hacia el trabajo, los pares, los usuarios y el propio rol profesional.

Servicio médico de urgencias: Son el principal acceso de la comunidad al hospital en caso de emergencia. Consta de las siguientes áreas: el triage es el área donde se realiza la priorización de la atención del paciente en función de la gravedad de la lesión/enfermedad, el pronóstico y la disponibilidad de recursos. El área de reanimación el cual está dedicada a la atención inmediata de pacientes y víctimas de paro cardíaco, compromiso de las vías respiratorias, respiración y circulación. Salas de consulta o primer contacto son las áreas donde se brinda servicio de urgencias no tienen un problema emergente, son evaluados y tratados de forma ambulatoria en las salas de consulta.

Médico(a) de urgencias: Personal de salud que desempeña funciones que incluyen atención clínica, administración, supervisión, liderazgo, educación, investigación, calidad y seguridad del paciente. Sin embargo, el papel fundamental y la definición de un médico de urgencias dependen de la capacidad de un individuo para brindar atención clínica activamente, desplegando potencialmente una gama completa de habilidades físicas y cognitivas para brindar atención médica de emergencia.

Enfermera (o) de urgencias: Es un profesional que adquiere conocimiento de principios científicos básicos para el mantenimiento de la salud, dinámica de las relaciones interpersonales y comportamiento humano. Abarca la atención autónoma y colaborativa de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. Realizará actividades de promoción de

la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, discapacitadas.

Cansancio emocional: Es un conjunto de síntomas o signos asociados con una causa específica relacionada con la salud. Se caracteriza por perder la capacidad y la energía para satisfacer eficazmente las demandas de su trabajo, lo que podría tener efectos en cadena en otras áreas de su vida.

Despersonalización: Es un estado mental en el que los individuos se sienten distanciados de sí mismos y, por lo general, del mundo exterior. Se caracteriza por pensamientos y experiencias de carácter distante y onírico.

Realización personal: Es el logro de objetivos de vida que son importantes para un individuo, en contraste con los objetivos de la sociedad, la familia y otras obligaciones colectivas. Está ligada al avance a largo plazo de metas personales, en lugar de un momento situacional. Se centra en el logro de objetivos.

Escala Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (HSS): Es un cuestionario creado por Christina Maslach y Susan Jackson para adquirir una visión multidimensional del burnout; se integra de 22 ítems divididos en 3 secciones: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal (8 ítems). Niveles altos de burnout se caracterizan por puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas puntuaciones en realización personal.

Dedicatoria.

Dedico este trabajo a las diversas personas que a lo largo de mi vida me han acompañado, agradezco su cariño, apoyo, compañía, ánimo y estímulo en mi vida. Gracias por sus enseñanzas que han hecho de mí una mejor persona, lo cual me ha permitido seguir adelante alcanzando metas y objetivos.

Primeramente, le agradezco a dios por haberme cuidado y protegido durante toda mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de esperanza, aprendizaje, experiencia y felicidad.

A mis padres por su incondicional y constante apoyo, les doy gracias por haberme dado la familia que tengo, por alentarme a no ver hacia atrás, sino seguir adelante, por ayudarme a crecer y a madurar como profesionista y persona, por enseñarme que el mundo me brinda todo para lograr lo que anhelo, que solo necesito tenacidad para hacerlo, por sus sacrificios para conmigo que me impulsan a ser una mujer triunfadora.

A mis hermanos que al igual que a mis padres me sirven de apoyo y aliento con su cariño y comprensión por ser unas grandes personas, este triunfo lo comparto con ustedes.

A mi hijo por ser el mejor aliciente que la vida y dios me ha proporcionado para luchar y seguir adelante y conseguir mis objetivos. Y que a pesar de ser pequeño cada día ha demostrado que se debe luchar para vivir y sobrevivir en esta vida.

A mi pareja por apoyarme en los momentos buenos y malos que hemos atravesado durante mi especialidad.

A mi asesora de tesis la Dra. Jeimy Ibeth Galván Orellán por ser una mujer inteligente, admirable, tenaz y ejemplo a seguir, por su apoyo incondicional porque con sus consejos y conocimientos he logrado culminar este trabajo de tesis.

A mis profesores de la especialidad de medicina de urgencias por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación, así como su paciencia y rectitud como docentes.

A mis compañeros y amigos que a lo largo de mi especialidad me acompañaron y brindaron su amistad, compartiendo con ellos momentos inolvidables, les doy las gracias por sus palabras de aliento y compañía.

1. Antecedentes.

El Síndrome de “Burnout” (SB) o de agotamiento laboral es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado o exhausto por el trabajo. Es un tipo de respuesta al estrés laboral crónico generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, principalmente médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, etc., como resultado de la interacción entre factores psicosociales y características individuales (1).

El término Burnout se describe por primera vez en 1974 por Freudenberger, en donde lo detalla como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el refuerzo esperado” (2).

Sin embargo, Maslach define al Burnout como un Síndrome Psicológico, de agotamiento emocional, despersonalización y disminuida realización personal, que puede ocurrir en individuos normales, considerando que el individuo se encuentra rebasado y con agotamiento crónico de su respuesta de adaptación (3).

La Organización Mundial de la salud (OMS) en el 2000 definió al SB como una enfermedad de riesgo laboral que causa perjuicio al bienestar mental (4) y lo posiciona dentro de los cinco problemas sanitarios más graves que afectan a los profesionales de la salud; este síndrome en los últimos años ha presentado una mayor frecuencia y un mayor riesgo de poner en peligro la salud mental y física del personal de salud afectado.

El aumento en la prevalencia se ha reflejado en múltiples estudios a nivel mundial; en un metaanálisis realizado en España y América Latina se encontró que la prevalencia en países como España era del 14.9%, mientras que el país latinoamericano con mayor prevalencia era Argentina con 14.4% y Uruguay con un 7.9%. La situación en México es muy fluctuante y con diferencias en las profesiones ejercidas, sin embargo, la prevalencia nacional se encuentra alrededor del 4.2% (5). En los profesionales de la salud se ha estudiado ampliamente por su alta afectación

física, social y ambiental, donde se ha descrito en múltiples estudios una diversidad de prevalencias que van desde un 21.5% a 51.3% (6).

Sin embargo, en el ámbito médico existe diferencia en las áreas de trabajo, debido a que las funciones realizadas por los médicos son distintas; en un metaanálisis se reporta que el área de urgencias es uno de los servicios en los que los médicos se ven con mayor afectación, pues reportan una prevalencia de entre el 25 al 40% (7).

No obstante, se han descrito algunos factores asociados al agotamiento laboral, por lo que esto complica aún más la patología y presentaran consecuencias significativas tanto físicas, como psicológicas. A continuación, se enumeran aquellos factores que se han asociado a la presencia de agotamiento en el personal de salud.

El desarrollo del síndrome va a depender por un lado de la personalidad del trabajador y por otro de la organización o institución donde labora. Además, se ha descrito algunos factores de riesgo que están asociados a la presentación de agotamiento laboral:

1. Sexo femenino: A pesar de que la presentación del SB no respeta el género, se ha encontrado que las mujeres son más vulnerables a presentar la enfermedad (8).
2. Edad: Se ha reportado que entre los 25-35 años existe un mayor riesgo de presentación del SB, esto relacionado al estrés o sobrecarga laboral generado a la exigencia laboral y la falta de madurez profesional (9).
3. Comorbilidades: El antecedente de ansiedad y depresión en el personal de salud acelera la presentación del SB, provocando que los efectos dañinos en los apartados físicos y mentales sean más evidentes (10).
4. Estado civil: El ser soltero se ha correlacionado con la presencia de agotamiento (11), mientras que aquellos que están casados y mantienen una relación más estrecha se ha relacionado a menos agotamiento (12).

5. Lugar de trabajo: La presentación de SB es más frecuente en las instituciones públicas, esto debido a que existe una mayor afluencia y contacto con personas que demandan atención y cuidados (13).
6. Carga laboral: Aquellos trabajadores que duermen menos de 42 horas semanales (12) y que laboran en los turnos nocturnos o a domicilio presentan mayor riesgo de SB, además que el trabajar durante 50 a 60 horas estaba asociado a un mayor agotamiento (14)(15).
7. Categoría laboral: Se ha encontrado que los médicos en específicos aquellos que con perioperatorios presentan un mayor riesgo de estrés laboral, dado a que son más susceptibles a tener consecuencias negativas personales como menor satisfacción del paciente, deterioro de la calidad de la atención y por negligencia con costos, además se estima que 1 de cada 3 médicos presentaran agotamiento y cansancio en su entorno laboral (16).

La presencia del SB se ve acelerada por diversas causas como lo son la presencia del cansancio emocional, el desequilibrio entre demandas y recursos, así como la presencia de despersonalización y la falta de estrategias de afrontamiento, por tanto, es indispensable la identificación de las personas que presentan manifestaciones clínicas, para realizar una detección oportuna y dar seguimiento (17).

El SB se caracteriza por la presencia de tres componentes (dimensiones):

- 1) Cansancio emocional: sentimientos de agotamiento debido a las relaciones interpersonales, con presentación de pérdida de energía, desgaste y fatiga.
- 2) Despersonalización o deshumanización: respuesta insensible del profesional hacia los usuarios del servicio que presta, caracterizado por el cinismo, actitudes negativas e insensibilidad.
- 3) Realización personal: sentimientos de competencia y logro de éxitos en el trabajo, en la que presentaran baja realización personal (3).

Existen algunos síntomas que pueden dar orientación de sospecha de la enfermedad, sin embargo, no se cuenta con un síntoma patognomónico, sin embargo, algunas de las presentaciones clínicas son: cansancio, dificultad para levantarse y quejas vagas, suspicacia, aislamiento y negativismo; además de la presencia de ausentismo, aversión, abuso de estupefacientes y respuesta enlentecida (18).

Sin embargo, estos síntomas se presentan de manera insidiosa, no súbita, con presentación crónica y cíclica, además estos síntomas pueden aparecer en diferentes ocasiones y en el mismo centro de trabajo o en periodos distintos y verse potenciado por problemas agudos, tanto físicos como emocionales (19).

Por tanto, se han descrito etapas en relación con los niveles de presentación de acuerdo con los síntomas del personal afectado, clasificándolo en: leve: caracterizado por quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse por la mañana; moderado: en el cual presentan cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo; grave: donde presentarían enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas y extremo o muy grave: calificado como aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos hasta la presencia de suicidios(20).

Para confirmar el diagnóstico y el componente que se encuentra afectado se cuenta con un cuestionario creado por Cristina Maslach en 1986: Maslach burnout inventory (MBI); este instrumento ha sido validado en español y es el que más aceptación ha tenido en la medición del SB (8).

El cuestionario consta de 22 ítems que valoran mediante una escala de frecuencia tipo Likert de siete grados: de 0 (nunca) a 6 (siempre); los ítems se agrupan en tres dimensiones o esferas del síndrome de agotamiento profesional. Cada esfera tiene tres niveles: bajo, medio, alto. Estas esferas son:

- 1) Cansancio emocional: nueve ítems, bajo con < 18 puntos, moderado 19 a 26 y alto ≥ 27 .

- 2) Despersonalización: cinco ítems, bajo < 5 puntos, moderado 6 a 9 y alto ≥ 10 .
- 3) Realización personal: ocho ítems, bajo con < 33 puntos, medio 34 a 39 y alto ≥ 40 (21)(22).

Con el creciente interés que despierta el SB, se han desarrollado otras versiones de este instrumento. Actualmente, hay tres versiones de Maslach Burnout Inventory: la Human Services Survey (MBI-HSS), utilizada para servicios de salud; la Educators Survey (MBI-ES) utilizada en el campo educativo y la General Survey (MBI-GS) utilizada para los trabajadores en general.

Existen otros instrumentos de evaluación, sin embargo, el MBI es el más utilizado por la comunidad científica nacional e internacional, lo que demuestra que tiene una alta fiabilidad, independientemente de la muestra (21).

El MBI-HSS ha demostrado una buena consistencia interna en estudios realizados en varios países como España, México, Chile, Portugal, Colombia y Brasil, que oscila entre 0,79 y 0,91 para la dimensión de agotamiento emocional ($\alpha=0,90$ en la versión original); entre 0,69 y 0,87 para la realización personal ($\alpha=0,71$ en la versión original) y entre 0,42 y 0,66 para la dimensión de despersonalización ($\alpha=0,79$ en la versión original). Esta puntuación más baja para la dimensión de despersonalización se ha producido, con frecuencia, en estudios realizados fuera de los Estados Unidos (23).

En el año 2016 se realizó un estudio de confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (HSS) en trabajadores del occidente de México en el que concluyeron que esta escala se encuentra en rango aceptable para su utilización, lo que permite establecer y ser aplicada para la población mexicana y para los trabajadores de la salud. Además, en un estudio realizado en profesionales de la salud, se encontró que el componente más afectado en el personal médico es el componente emocional, mientras que el componente de la despersonalización fue el que menos se presentó (24)(25).

Una intervención adecuada permite la detección oportuna para la realización de medidas que puedan disminuir el impacto en todos los ámbitos al personal afectado. A continuación, se detallan algunas estrategias de tratamiento para personas con presencia de SB.

Como tal no existe un tratamiento farmacológico que actúe directamente sobre la enfermedad, así mismo, se cuenta con estrategias que permiten la modificación de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los individuos que tienen este padecimiento.

Sin embargo, la negatividad del personal que sufre esta patología causa que las intervenciones no sean efectivas, además que el personal de salud no admite que se encuentra cansado y que presenta problemas emocionales; por estas limitaciones es que el diagnóstico temprano es difícil y por tanto las intervenciones suelen ser tardías o ineficaces (26).

Dentro de las estrategias que se han descrito se encuentra el proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana, el equilibrio de las áreas vitales tales como la familia, amigos, aficiones, descanso y el trabajo; otro método es el fomento de un buen ambiente de equipo, espacios, además de los objetivos en común. Por último, la formación continua dentro de la jornada laboral se ha destacado como estrategias de intervención en personas con SB (27)(28).

Las salas de urgencias y todo el personal que labora en estas unidades están expuestos a diversas situaciones de estrés constante, que además de múltiples enfermedades complejas también se ven afectados por factores psicosociales de estrés laboral.

En un estudio realizado en el 2021, se publicó que, aunque el “burnout” ha sido un problema constante, su prevalencia se incrementó durante la pandemia, intensificándose en áreas como cuidados intensivos (51%), reumatología, enfermedades infecciosas, urología (49%) y neumología (48%). Por su parte, el 20% de los médicos refirió sufrir depresión “ligera”. No obstante, muchos consideraron

que estaba relacionada con el “burnout”. Por último, se reportó que el 13% de los médicos que participaron tuvo ideas suicidas, algo de interés significativo por las consecuencias atribuibles a esta complicación (29).

En un metaanálisis se describe que los trabajadores asignados a las salas de urgencias presentan con mayor frecuencia el agotamiento como el síntoma afectivo relacionado al SB, sin embargo, tenían resultados positivos de bienestar, como la satisfacción laboral. Dentro de los factores de riesgo más asociados al SB fueron los factores laborales, sociales y organizacionales (30).

Los últimos estudios realizados en el personal de urgencias fue con la reciente pandemia COVID-19, los cuales reportan prevalencias de agotamiento general que oscilan entre el 49,3 % y el 58 % (31). Además, en un metaanálisis realizado en el personal asignado a las salas de urgencias en Irak, detallan que la despersonalización y la falta de realización personal tuvieron un nivel moderado y alto, respectivamente (32).

En el contexto regional se realizó un estudio en San Luis potosí en residentes adscritos a la especialidad en medicina familiar encontrando que prevalencia del Síndrome Burnout en su componente cansancio emocional es el que afecta más frecuentemente a los médicos residentes de medicina familiar con una prevalencia del 30%, mientras que los componentes de despersonalización y realización personal presentan frecuencia baja. La presencia de Burnout en su componente de despersonalización afecta los resultados académicos ($p > 0.05$) en los médicos residentes de tercer año de medicina familiar (33).

Además de la realización de un estudio en el personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en el Hospital General de Zona número 1 de San Luis Potosí, de quienes presentaron Burnout, encontrando que se encontraron diferencias significativas en los niveles de burnout entre el personal que atendía a pacientes con diagnóstico de COVID -19 y los que no ($p = 0.028$) así como en el puntaje medio obtenido en el instrumento por área de servicio, urgencias y medicina interna ($p = 0.007$) (34).

Con lo mencionado anteriormente y ante la presencia del aumento en la prevalencia de esta enfermedad, es que surgen la incertidumbre de conocer la estimación de esta enfermedad en nuestra población y que además brindará un panorama actual del comportamiento del síndrome de Burnout en el personal de salud.

2. Justificación.

El Síndrome de agotamiento, también conocido como Síndrome del trabajador quemado, es un problema de salud ocupacional ampliamente reconocido que afecta a los trabajadores en una variedad de campos, incluidos los trabajadores de la atención médica. El personal que trabaja en el Servicio de Urgencias de los hospitales enfrenta desafíos únicos y demandas laborales intensas, lo que aumenta su riesgo de desarrollar este síndrome.

El Síndrome de Burnout es un problema silencioso que no se presenta de manera aguda en el personal de salud que se ve afectado. Ante esta característica se considera una enfermedad crónica que afecta múltiples aspectos. La presencia de conflictos personales y laborales son detonantes que aceleran su aparición.

La sobrecarga de trabajo y distintas circunstancias generan un ambiente hostil, el cual amenaza el equilibrio psíquico y fisiológico del individuo, atentando contra el desempeño esperado del profesional. Además, el contacto directo con personas de manera frecuente y turnos de horario laboral excesivo aumentan el riesgo de aparición de la enfermedad (35).

Todo el personal de salud es considerado vulnerable, pues a lo largo del tiempo siempre han existido emergencias sanitarias y múltiples situaciones laborales cómo lidiar con falta de insumos, medicación y camas, los cuales han sido componentes que dicho personal ha experimentado alguna vez en su vida, generando impotencia y frustración.

La exposición crónica del personal en el área de urgencias y los estresores laborales son situaciones de la vida cotidiana del personal adscrito a esa área, además que existe una alta demanda del servicio y que las medidas para el afrontamiento de las adversidades no son ejecutables por la falta de tiempo del personal que cubre sus horas ocupadas durante toda la jornada.

En México los servicios de urgencias presentan un nivel de concurrencia alto, por lo que la realización de estudios al personal de salud es difícil y posterior a la pandemia se desconoce el nivel de desgaste profesional a la que se enfrentan en la actualidad, por tanto, el conocer la prevalencia de esta enfermedad nos brinda alternativas para la implementación de estrategias para su prevención.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), otorgar el mejor servicio para los derechohabientes es fundamental, por lo que la preparación del personal a cargo de los hospitales es indispensable, por lo tanto, también debe vigilar y mantener la salud de sus asociados, por lo que este estudio brindara información importante para la implementación de estrategias de prevención, contención, limitar los daños y rehabilitar aquel personal que se encuentre afectado.

3. Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud adscrito al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí?

4. Hipótesis.

- **Ho:** La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud adscrito al servicio de urgencias es menor o igual al 49.3%.
- **Ha:** La prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud adscrito al servicio de urgencias es mayor al 49.3%.

5. Objetivos.

5.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud adscrito al servicio de urgencias en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí.

5.2 Objetivos Específicos

1. Aplicar el instrumento Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSM) al personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.
2. Recolectar la información sociodemográfica de los participantes, incluyendo edad, sexo, estado civil, nivel educativo y años de experiencia laboral.
3. Identificar la prevalencia del síndrome de agotamiento emocional (dimensión 1) en el personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.
4. Evaluar la prevalencia del síndrome de despersonalización (dimensión 2) en el personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.
5. Determinar la prevalencia de la realización personal (dimensión 3) en el personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.
6. Evaluar la asociación entre el síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas del personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.
7. Evaluar la asociación entre el síndrome de Burnout y las variables laborales del personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.

6. Sujetos y métodos.

6.1 Diseño de la investigación:

Se trata de un estudio observacional de acuerdo con el nivel de intervención, es un estudio descriptivo por el número de grupos en el estudio. De acuerdo con la temporalidad del fenómeno en estudio, es un trabajo retrospectivo, transversal por el número de mediciones y, de acuerdo con la manera de recolección de la información, prolectivo.

Para evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí, se aplicará el instrumento Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSM).

6.2 definición de la población:

Lugar de la investigación

Área de urgencias en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí

Tiempo de estudio

01 septiembre del 2024 al 31 de octubre del 2024

Población de estudio:

Médicos con categorías de Médico familiar, No Familiar y Residentes de la especialidad en urgencias; así como personal de enfermería adscritos al servicio de urgencias.

6.3 criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personal de salud adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí.
- Personal médico, de enfermería, residentes de la especialidad de urgencias que estén relacionados con la atención de pacientes en el servicio de urgencias.
- Estar asignados al servicio de urgencias por más de 1 año de antigüedad.
- Laborar en los turnos matutino, vespertino, nocturno y en la jornada acumulada.
- Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal que esté de licencia prolongada, permiso por maternidad o incapacidad temporal durante el período de estudio.
- Personal de contrato temporal que se encuentre supliendo.
- Personal con diagnóstico previo de ansiedad o depresión.
- Personal que esté en tratamiento farmacológico para trastornos psiquiátricos.

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas en el cuestionario de evaluación del Síndrome de Burnout.
- Participantes que decidan retirarse del estudio.
- Personal que retire su consentimiento informado durante el estudio.
- Personal que experimente cambios significativos en su situación laboral durante el período de estudio, como traslado a otro departamento o renuncia al empleo.

6.4 tamaño de la muestra:

- 42 médicos en urgencias adultos,

- 14 de personal de enfermería
- 11 residentes de urgencias

Total, del personal de urgencias: 67

Fórmula de porcentaje para población **FINITA**

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

N= Aproximado del personal adscrito al servicio de urgencias, dato obtenido por personal del hospital

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

N= 67

Z= 1.64

q= 0.507

p= 0.493

d= 0.05

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.64^2) \times (0.493) \times (0.507) \times (67)}{(67-1) (0.05^2) + (1.64^2) \times (0.493) \times (0.507)}$$

$$n = \frac{(2.68) (0.493) (0.507) (67)}{(66) (0.0025) + (2.68) (0.493) (0.507)}$$

$$n = \frac{44.8812}{0.165 + 0.6698}$$

$$n = \frac{44.8812}{0.7747}$$

n= 53.76

El tamaño de muestra de este estudio será de **54 encuestas**.

6.5 técnica muestral

Se calculó la muestra con base a la fórmula para población finita, se trabajará con un tamaño de muestra de 37 trabajadores de la salud, cifra que se acerca al tamaño total del universo de población y que permite margen de pérdidas en el proceso de muestreo.

Se realizará un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, por conveniencia, seleccionando al trabajador que cumpla con los criterios de inclusión, en el área de Urgencias del Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí.

6.6 Variables sociodemográficas

Tabla 1. Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento del individuo al momento del estudio	Número de años cumplidos	Cuantitativa Discreta	Años	Reportada en el apartado del cuestionario de características demográficas que el participante proporcione
Sexo	Condición orgánica que distingue entre hombres y mujeres	Sexo al que el participante pertenece	Cualitativa nominal	1. Hombre 2. Mujer	Reportada en el apartado del cuestionario de características demográficas que el participante proporcione
Escolaridad	Se consideran los grados de estudios aprobados, en cualquiera de los sistemas de enseñanza	Máximo nivel escolar alcanzado por el participante	Cualitativa ordinal	1. Técnicos 2. Licenciatura 3. Especialidad 4. Maestría 5. Doctorado 6. Subespecialidad	Reportada en el apartado del cuestionario de características demográficas que el participante proporcione

Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas al momento en que se realiza la recogida de información	El estado civil reportado por el personal de salud mediante la encuesta.	Cualitativa nominal	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Divorciado (a) 5. Viudo (a)	Reportada en el apartado del cuestionario de características demográficas que el participante proporcione
Categoría laboral	Categoría profesional al que corresponde un empleado de acuerdo con la actividad o puesto de trabajo que desempeña	Actividad desempeñada por el personal de salud para obtener remuneraciones en el momento del estudio.	Cualitativa nominal	1. Médico adscrito 2. Médico residente de urgencias 3. Enfermera (o)	Reportada en el apartado del cuestionario de características demográficas que el participante proporcione
Síndrome de Burnout	Es la cronificación del estrés laboral. Síndrome psicológico, de agotamiento emocional, despersonalización y disminuida realización personal	Aplicación del instrumento <i>Maslach Burnout Inventory – Human Services survey for Medical Personnel ((MBI-HSS(MP))</i> en el que se incluyen 3 componentes: 1) Cansancio emocional, 2) Despersonalización, 3)	Cualitativa nominal	1. Cansancio 2. Despersonalización 3. Realización personal	Puntaje obtenido a partir de la aplicación del instrumento ((MBI-HSS(MP))

		Realización personal			
Componente cansancio emocional	Sentimientos de agotamiento debidos a las relaciones interpersonales, con presentación de perdida de energía, desgaste y fatiga	Aplicación del instrumento Maslach Burnout Inventory en el que se incluyen 3 componentes: 1) Cansancio emocional, 2) Despersonalización, 3) Realización personal	Cuantitativa ordinal	Nueve ítems: Bajo con < 18 puntos, Moderado 19 a 26 y Alto ≥ 27	Puntaje obtenido a partir de la aplicación del instrumento ((MBI-HSS(MP)))
Componente despersonalización	Respuesta insensible del profesional hacia los usuarios del servicio que presta, caracterizado por el cinismo, actitudes negativas e insensibilidad	Aplicación del instrumento Maslach Burnout Inventory en el que se incluyen 3 componentes: 1)Cansancio emocional, 2) Despersonalización, 3) Realización personal	Cuantitativa ordinal	Cinco ítems: Bajo < 5 puntos, Moderado 6 a 9 y Alto ≥ 10 .	Puntaje obtenido a partir de la aplicación del instrumento ((MBI-HSS(MP)))
Componente realización personal	Sentimientos de competencia y logro de éxitos en el trabajo, en la que	Aplicación del instrumento Maslach Burnout Inventory en el	Cuantitativa ordinal	Ocho ítems: Bajo con < 33 puntos, Medio 34 a 39 y Alto ≥ 40 .	Puntaje obtenido a partir de la aplicación del

	presentaran baja realización personal	que se incluyen 3 componentes: 1)Cansancio emocional, 2) Despersonalizac ión, 3) Realización personal			instrumento ((MBI- HSS(MP))
--	--	---	--	--	--------------------------------

6.7 Método o procedimiento para captar la información

Una vez obtenida la autorización por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética en la Investigación y del director del Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí; para realizar la investigación en el servicio de Urgencia; el investigador principal acudirá de lunes a viernes en horario matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada al servicio de urgencias.

El investigador principal acudirá al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí, en donde se presentará con los participantes y posterior a ello explicará detalladamente a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión en el área de urgencias, sobre la investigación, sus beneficios y sus posibles riesgos. De forma clara explicará en qué consiste el estudio además de hacer de su conocimiento de la carta de consentimiento informado para su participación. Aquellos trabajadores que acepten participar en un espacio con el trabajador en privacidad se realizará el cuestionario de características demográficas y la aplicación del instrumento *Maslach Burnout Inventory – Human Services for Medical Personnel (MBI-HSS(MP))*; al término de la aplicación de la encuesta, se informará de los resultado de manera particular y de acuerdo al puntaje obtenido se realizará la sugerencia de acudir con su médico familiar para ser valorado por el servicio de trabajo social, SPPSTIMSS y si es necesario envío a psicología o psiquiatría.

El Maslach Burnout Inventory – Human Services for Medical Personnel ((MBI-HSS(MP))) es el instrumento por utilizar el cual está constituido de 22 ítems que se valoran mediante una escala de frecuencia tipo Likert de siete grados, de 0 (nunca) a 6 (siempre); los ítems se agrupan en tres factores ortogonales considerados dimensiones o esferas del síndrome de agotamiento profesional(19).

El instrumento se evaluará de la siguiente manera:

Tabla 2. Criterios para evaluación del instrumento MBI-HSS(MP)

Subescala	Código	Ítems	Número de Ítems	Puntaje de Ítems	Puntaje por escala	Indicios 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

Tabla 3. Clasificación de resultados del instrumento MBI-HSS(MP)

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

(*) Síntomas del síndrome de Burnout

Con los datos obtenidos se construirá una base de datos empleando el programa EpiInfo7, donde se registrará la información de las variables necesarias para su análisis y se verificará nuevamente que los cuestionarios cumplan con los criterios de selección.

7. Análisis estadístico.

a) Análisis descriptivo

Se realizará un análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas, laborales y de las puntuaciones del MBI-HSM para caracterizar a la muestra de estudio. Se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (rango, desviación estándar) para variables cuantitativas. Se utilizarán frecuencias y porcentajes para variables categóricas

Para determinar la prevalencia del síndrome de burnout (resultado primario) se realizará el siguiente cálculo:

$$\text{Prevalencia Total} = \frac{a}{b} \times 100$$

a= Sujetos con el estado (condición estudiada)

b=Total de la población estudiada

b) Análisis inferencial

Para comparar las puntuaciones del MBI-HSM entre los diferentes subgrupos de profesionales de la salud Se utilizarán pruebas de ANOVA o Kruskal-Wallis para variables cuantitativas, y pruebas de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables categóricas.

Para evaluar la asociación entre las puntuaciones del MBI-HSM y variables sociodemográficas y laborales se utilizarán pruebas de correlación (Pearson o Spearman)

En todos los casos, se establecerá un nivel de significación estadística de $\alpha = 0.05$

c) Software estadístico

Para la descripción de los datos y elaboración de gráficos y el análisis inferencial de la información, se empleará el conjunto de herramientas de software incluido en EpiInfo 7.

8. Ética.

En cumplimiento a la normatividad vigente al someterse al Comité de Ética de Investigación en salud, ante el cual se presentará para su revisión, evaluación y aceptación. Los investigadores se comprometen a asegurar el cumplimiento de los más altos estándares de investigación y velar siempre por el correcto cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, respeto y autonomía de todos y cada uno de los involucrados en el proceso de esta investigación.

De acuerdo con la Declaración de Helsinki 2013, se respetará el artículo 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes en la investigación. Así como el artículo 24 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

De acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud (título segundo, capítulo I, artículo 17, sección 1) se considera que esta investigación corresponde a una investigación de riesgo menor al mínimo ya que ninguno de los procedimientos que se realizarán durante la investigación exceden el riesgo de los procedimientos que se realizan cotidianamente en la investigación clínica.

Se respetará y resguardarán los datos por el investigador principal con los más altos índices de confidencialidad, y en estricto apego a las leyes y normatividad legal y ética de investigación en seres humanos. Se cambiará el Número de Seguro Social por un folio a fin de resguardar la confidencialidad. Se respetarán los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, respeto y autonomía. Los datos serán resguardados por el investigador principal. Ante la presencia de un síndrome de burnout grave o con ideas suicidas se enviará de inmediato al personal al servicio

de SPPSTIMSS, psicología y psiquiatría para iniciar contención y tratamiento además de avisar a autoridades correspondientes.

Toda la información generada para este estudio será de carácter estrictamente confidencial; para la identificación del participante se utilizará un número de folio en vez de su nombre. La información estará bajo resguardo y cifrado por los investigadores principales. La información generada por escrito se resguardará bajo llave en el área de enseñanza del Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí, el único acceso lo tendrá el investigador responsable por un tiempo no mayor a 5 años, posterior a eso será destruido por medio de un triturador de hojas.

La información guardada de manera digital de la misma manera se guardará por el mismo tiempo, estando codificado y con contraseña. Cabe mencionar que el equipo de cómputo a utilizar es un equipo institucional al cual no se puede tener acceso remoto por los candados digitales que tiene la institución, cuya clave cambia cada treinta días para mantener la confidencialidad y protección de los datos de los individuos participantes.

9. Resultados.

9.1. Descripción de la población estudiada

Nuestro trabajo incluyó un total de 56 participantes. De los participantes incluidos, la mayoría (55.4%, n= 31) fueron de sexo femenino. En lo que respecta a la categoría laboral, el personal de enfermería fue el de mayor predominio, cuyo personal representó el 42.9% (n= 24) del total de participantes, seguido por los médicos adscritos, con el 37.5% (n= 21) y los médicos residentes con el 19.6% (n= 11). Tabla 4

Tabla 4. Edad y Sexo de los participantes

Sexo	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk		Percentiles	
						W	p	25th	75th
Femenino	32.2	31	6.18	24	52	0.921	0.026	28	35
Masculino	36.1	34	8.37	24	62	0.877	0.006	31	38

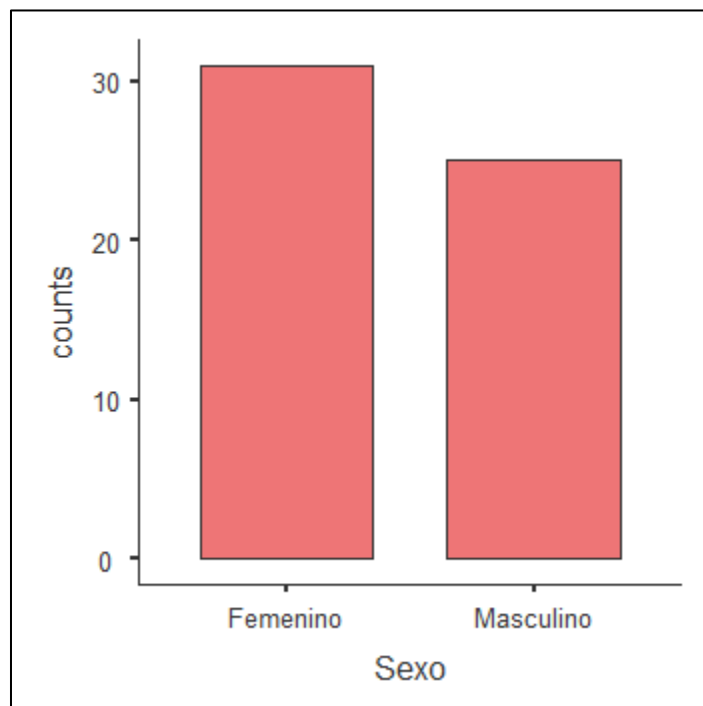


Figura 1. Composición de la muestra en función del sexo de los participantes

Los participantes de sexo femenino representaron la categoría dominante entre el personal de enfermería (n= 15) y médicos residentes (n= 7). El estado civil de mayor prevalencia fue el de solteros, quienes representaron el 71.4% (n= 40) del total de participantes. En la categoría de solteros, hubo predominio de sexo Femenino (n= 24), sin embargo, entre los casados, se encontró predominio de participantes de sexo masculino. Tablas 5 y 6 y Figura 2

Tabla 5. Categoría laboral y sexo de los participantes

Categoría laboral	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Enfermería	Femenino	15	26.8 %	26.8 %
	Masculino	9	16.1 %	42.9 %
Médico Adscrito	Femenino	9	16.1 %	58.9 %
	Masculino	12	21.4 %	80.4 %
Médico Residente	Femenino	7	12.5 %	92.9 %
	Masculino	4	7.1 %	100.0 %

Tabla 6. Estado civil y sexo de los participantes

Estado Civil	Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Casado	Femenino	7	12.5 %	12.5 %
	Masculino	9	16.1 %	28.6 %
Soltero	Femenino	24	42.9 %	71.4 %
	Masculino	16	28.6 %	100.0 %

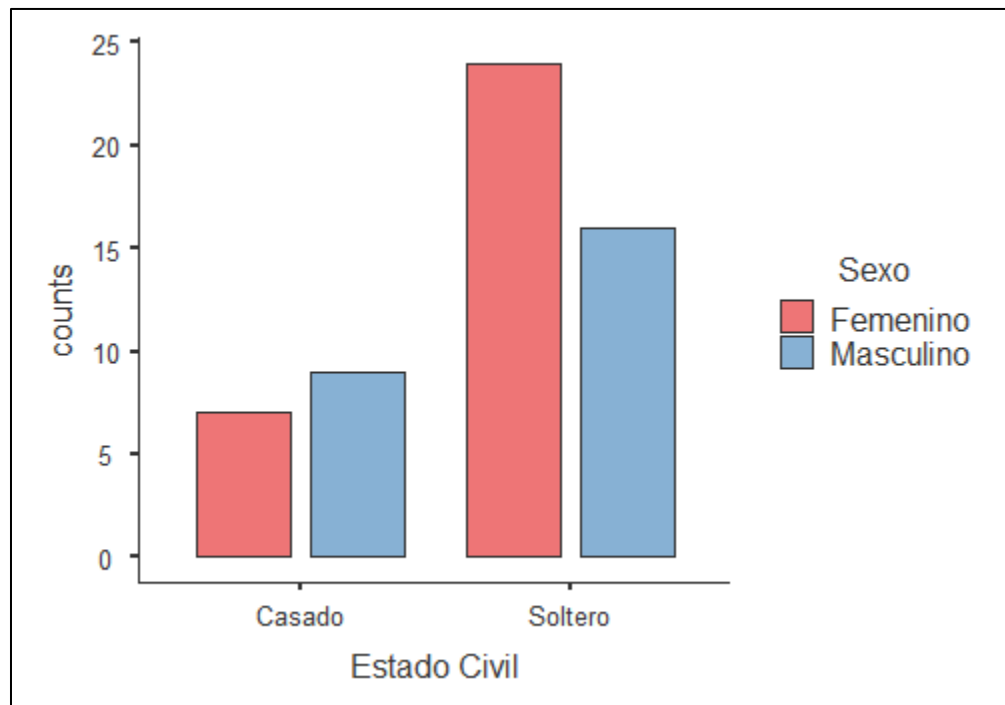


Figura 2. Comparación del estado civil por sexo de los participantes

La edad media de los participantes fue de 33.9 años (± 7.43 años). El rango de edades osciló entre los 24 años y los 62 años. La edad media de los participantes de sexo femenino fue de 32.2 años (± 6.18 años) y la de aquellos de sexo masculino fue de 36.1 años (± 8.37 años). Tanto en términos generales, como en función del sexo, la prueba de normalidad mostró desviaciones estadísticamente significativas con respecto del comportamiento normal. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las edades en función del sexo ($p = 0.065$), ni del estado civil ($p = 0.200$) de los participantes. Tabla 4 y Figuras 3 y 4

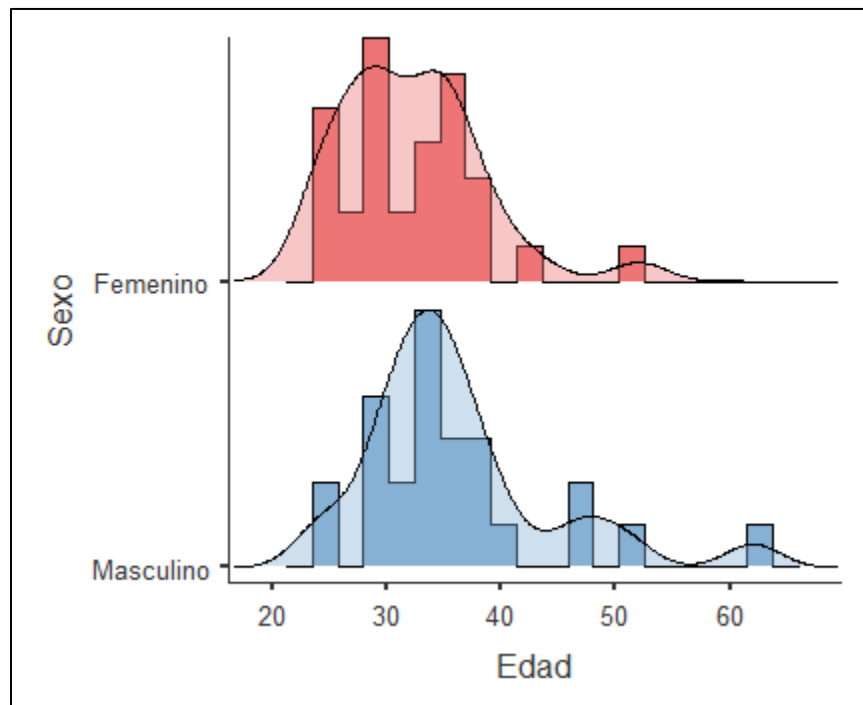


Figura 3 Distribución de la edad en función del sexo de los participantes

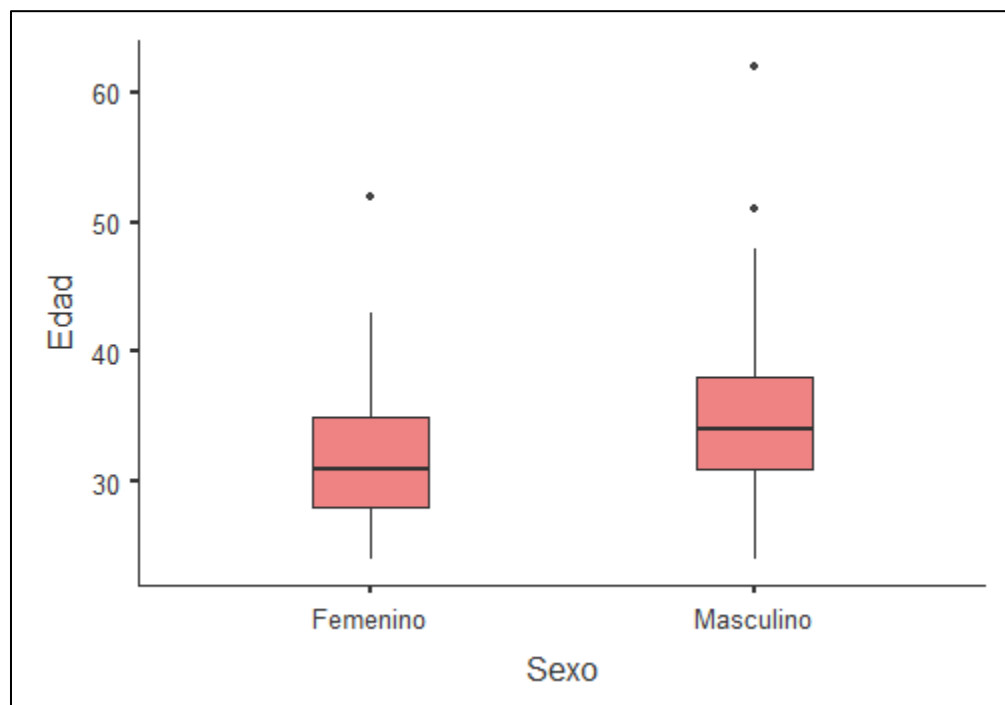


Figura 4. Edad media de los participantes en función del sexo

9.2. Puntajes de Burnout por componente

Al analizar los resultados en función de la dimensión componente del síndrome de burnout, encontramos un puntaje medio general de 29.4 puntos (± 8.98 pts). La prueba de normalidad no mostró desviaciones estadísticamente significativas del comportamiento normal esperado para esta variable ($p= 0.247$). El grado de dispersión de los puntajes de la dimensión “cansancio emocional”, fue reducido y la diferencia entre los puntajes del 50% central de la distribución, fue de 11.3 unidades. Notablemente, este valor medio, al ser interpretado junto con la mediana observada de 31 puntos, indica que, al menos, 50% de los encuestados muestra niveles de cansancio emocional alto. Tablas 7 y 8 y figura 5

Tabla 7. Puntaje del instrumento MBI-HSS(MP) por dimensión

	N	Media	Mediana	DE	Shapiro-Wilk		Percentiles	
					W	p	25th	75th
Cansancio emocional	56	29.4	31	8.98	0.973	0.247	24	35.3
Despersonalización	56	13.9	15	6.6	0.936	0.005	7.75	19.3
Realización personal	56	30.9	31.5	6.47	0.981	0.516	26.75	34.3

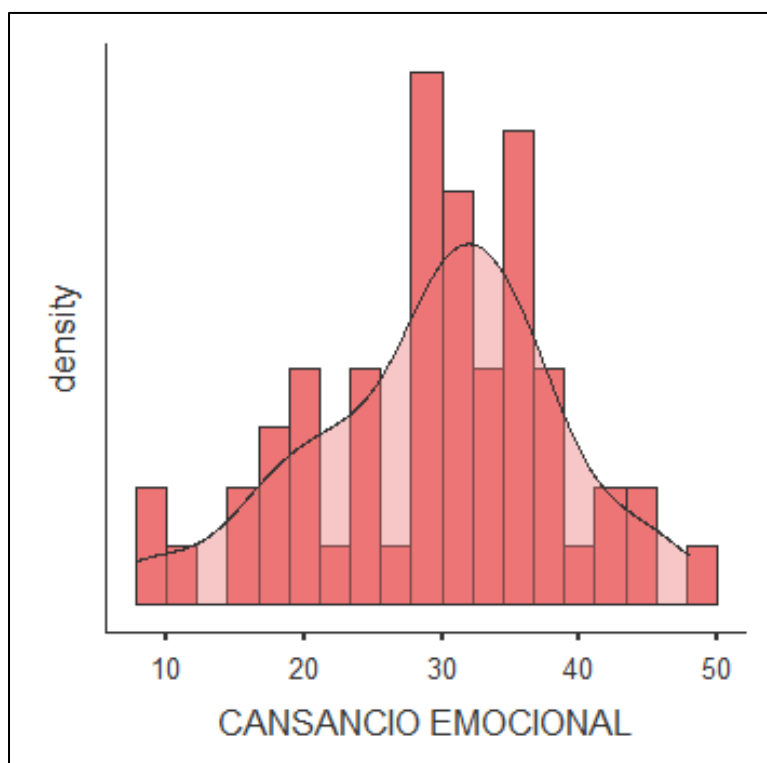


Figura 5. Distribución de los puntajes de la dimensión "Cansancio emocional"

En lo referente a la dimensión “Despersonalización”, el puntaje medio general observado fue de 13.9 puntos (± 6.6 pts). A diferencia de la dimensión “Cansancio emocional”, esta dimensión si mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto de la distribución normal teórica ($p = 0.005$). Al analizar la distribución de los puntajes de esta variable, observamos un arreglo bimodal con un primer grupo de valores distribuidos entre los 5 y 7 puntos y, un segundo y grupo de valores, alrededor de los 15 a 20 puntos. Dados estos valores, es posible suponer que el primer punto modal de la distribución de valores, corresponde a las personas que no manifiestan experimentar despersonalización y, el segundo, corresponde a aquellos que manifiestan valores elevados de esta característica. Tablas 7 y 8 y Figura 6

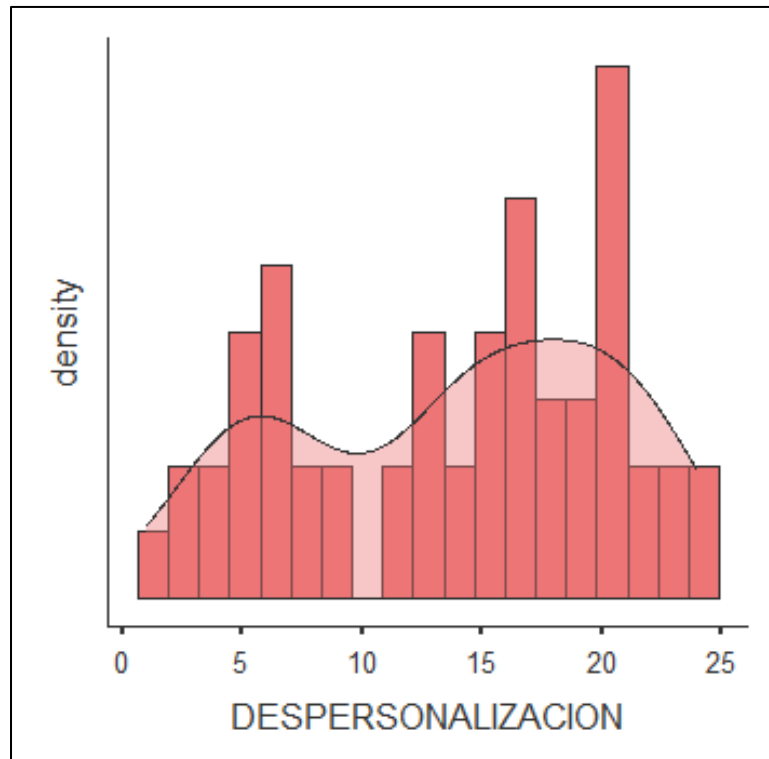


Figura 6. Distribución de frecuencias de los puntajes de la dimensión "Despersonalización" del MBI-HSS(MP)

Tabla 8. Puntaje categorizado de las dimensiones medidas por el MBI-HS

Dimensión	Categoría	Frecuencia	% del Total
Cansancio	Alto	39	69.6 %
	Bajo	8	14.3 %
	Medio	9	16.1 %
Despersonalización	Alto	38	67.9 %
	Bajo	9	16.1 %
	Medio	9	16.1 %
Realización Personal	Alto	5	8.9 %
	Bajo	35	62.5 %
	Medio	16	28.6 %

En la dimensión “Realización personal” observamos una distribución con una cola hacia la izquierda, indicando una frecuencia relativamente elevada de valores bajos. El puntaje medio para esta dimensión fue de 30.9 puntos (± 6.47 pts). La mediana observada para esta dimensión fue de 31.5 puntos, lo que indica que más del 50% de los encuestados experimenta niveles bajos de realización personal en su práctica profesional. Tablas 7 y 8 y Figura 7

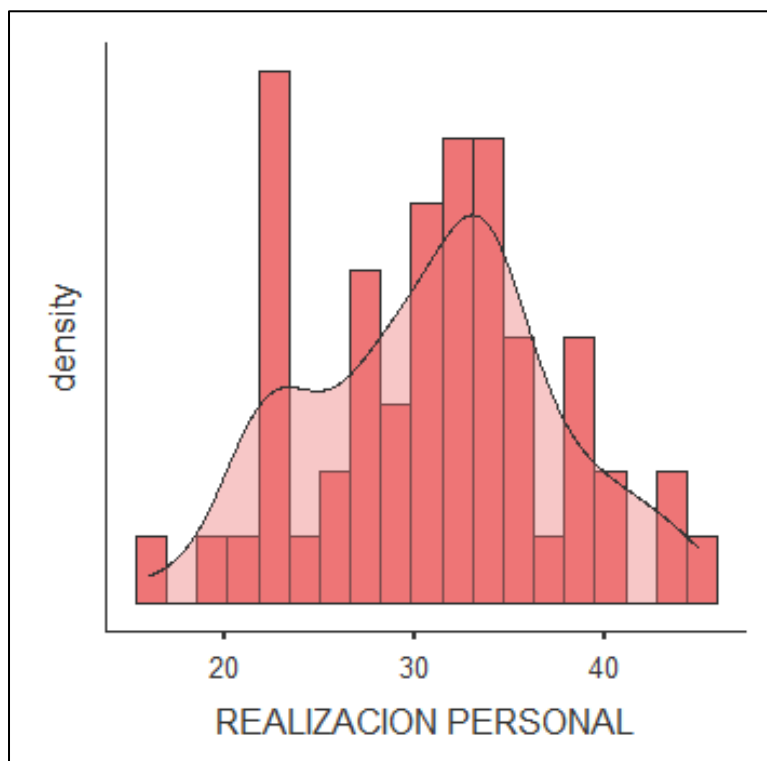


Figura 7. Distribución de frecuencias de los puntajes de la dimensión "Realización personal" del MBI-HSS(MP)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las dimensiones evaluadas por el MBI-HS en función del sexo o el estado civil de los participantes. Tablas 9 y 10

Tabla 9. Comparación de las medianas de los puntajes de las dimensiones del MBI-HSS(MP) en función del sexo de los participantes.

Dimensión	Estadístico	p
Cansancio emocional	325	0.302
Despersonalización	321	0.272
Realización personal	350	0.536

Nota. $H_a \mu_{\text{Femenino}} \neq \mu_{\text{Masculino}}$

Tabla 10. Comparación de las medianas de los puntajes del MBI-HSS(MP) en función del estado civil de los participantes.

Dimensión	Estadístico	p
Cansancio emocional	248	0.191
Despersonalización	264	0.313
Realización personal	247	0.185

Nota. $H_a \mu_{\text{Casado}} \neq \mu_{\text{Soltero}}$

Al analizar las medianas de los puntajes de cada dimensión en función de los servicios de adscripción, encontramos diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Cansancio emocional y Despersonalización ($p= 0.004$ y $p< 0.001$, respectivamente). Tabla 11

Tabla 11. Prueba de Kruskal-Wallis para la mediana de las puntuaciones de cada dimensión del MBI-HSS(MP) en función del servicio de adscripción

	χ^2	gl	p
Cansancio emocional	11.13	2	0.004
Despersonalización	21.56	2	< .001
Realización personal	5.36	2	0.068

Con la finalidad de identificar los grupos para los cuales existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de cada dimensión, realizamos comparaciones pareadas mediante el método de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

Para la dimensión “Cansancio emocional”, encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.003$) entre las medianas de los puntajes de los participantes adscritos al servicio de enfermería, en comparación con los médicos adscritos. La mediana de las puntuaciones fue mayor para el personal de enfermería (32.5 pts vs 23 pts). La comparación de pares Enfermería-Médicos residentes y Médico adscrito-Médico residente, no mostró diferencias estadísticamente significativas. Tabla 12

Tabla 12. Comparación entre parejas, dimensión "Cansancio emocional"

Comparación	W	p
Enfermería - Médico Adscrito	-4.61	0.003
Enfermería - Médico Residente	-1.64	0.478
Médico Adscrito - Médico Residente	2.45	0.194

En el caso de la dimensión “Despersonalización”, encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes del personal de enfermería con los médicos adscritos y los médicos residentes ($p< 0.001$ en ambos casos). En ambas comparaciones, el personal de enfermería mostro valores más elevados. No encontramos diferencia estadísticamente significativa al comparar a los médicos residentes con los médicos adscritos. Tabla 13

Tabla 13. Comparación entre parejas, dimensión "Despersonalización"

Comparación	W	p
Enfermería - Médico Adscrito	-5.721	< .001
Enfermería - Médico Residente	-5.144	< .001
Médico Adscrito - Médico Residente	-0.31	0.974

Por último, no encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar los puntajes de los participantes en la dimensión "Realización personal" en función de su categoría laboral. Tabla 14

Tabla 14. Comparación entre parejas, dimensión "Realización personal"

Comparación	W	p
Enfermería - Médico Adscrito	0.759	0.853
Enfermería - Médico Residente	-3.098	0.073
Medico Adscrito - Médico Residente	-2.754	0.126

9.3. Prevalencia del síndrome de Burnout

Para establecer el diagnóstico de síndrome de burnout, empleamos los puntos de corte y criterios del instrumento, los indican que, para que una persona padezca burnout debe mostrar puntuaciones altas en las dimensiones "Agotamiento emocional" y "Despersonalización", así como puntuaciones bajas en la dimensión "Realización personal".

Bajo estos criterios, la prevalencia general de síndrome de burnout fue de 60.7% (n= 34), indicando que, aproximadamente, 2 de cada 3 trabajadores de la salud encuestados, experimenta síndrome de burnout.

Al analizar el diagnóstico de burnout en función del sexo de los participantes, encontramos 38% (n= 12) de las 31 mujeres incluidas en el estudio y 40% (n= 10) de los 25 hombres presentaron este síndrome. No encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.92$) entre la proporción de hombres y mujeres con síndrome de burnout. Tabla 15 y Figura 8

Tabla 15. Frecuencia y Proporción de participantes con y sin Burnout en función del sexo

Burnout	Sexo	Frecuencia	% del
			Total
Ausente	Femenino	19	33.9 %
	Masculino	15	26.8 %
Presente	Femenino	12	21.4 %
	Masculino	10	17.9 %

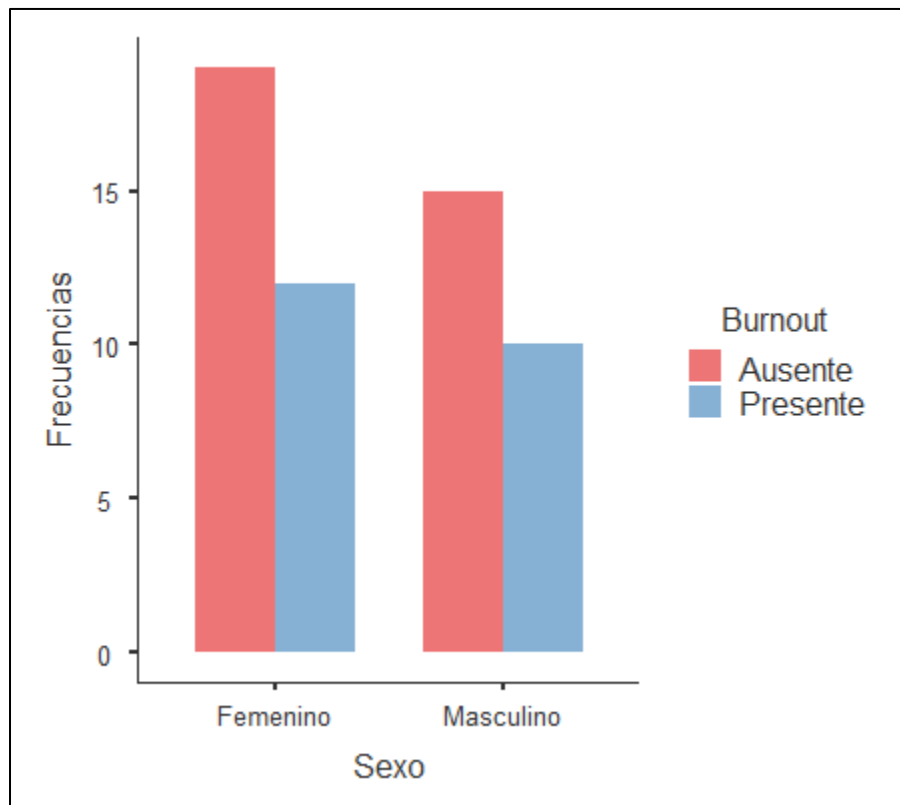


Figura 8. Comparación de la proporción de participantes con y sin Burnout según el sexo de los participantes

En lo relativo al servicio de adscripción, el personal de enfermería representó la categoría laboral con mayor prevalencia de burnout. Los participantes de esta categoría representaron un 68.18% (n= 15) del total de participantes con burnout. Con respecto al sexo el 53.33% (n= 8) presentaron diagnóstico de burnout. La categoría laboral con menor prevalencia de burnout fueron los médicos adscritos de sexo masculino (20%, n=2). Tabla 16 y Grafico 9

Tabla 16. Prevalencia de burnout por sexo y servicio de adscripción de los participantes

Categoría Laboral	Sexo	Ausente		Presente	
		Frecuencia	% del Total	Frecuencia	% del Total
Enfermería	Femenino	7	12.5 %	8	14.3 %
	Masculino	2	3.6 %	7	12.5 %
Médico	Femenino	7	12.5 %	2	3.6 %
Adscrito	Masculino	10	17.9 %	2	3.6 %
Médico	Femenino	5	8.9 %	2	3.6 %
Residente	Masculino	3	5.4 %	1	1.8 %

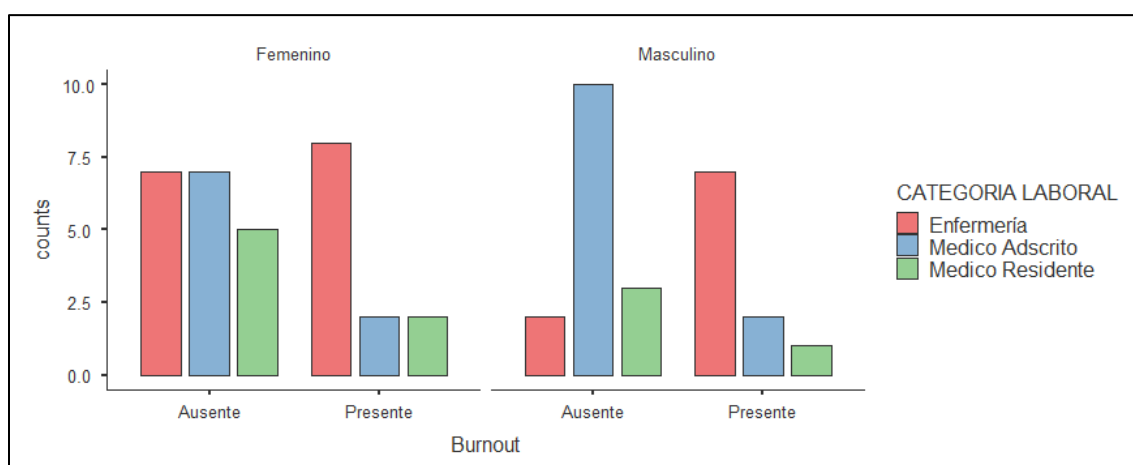


Figura 9. Comparación de la prevalencia de burnout por sexo y servicio de adscripción

9.4. Análisis de correlación

Para evaluar la correlación entre los puntajes de cada dimensión y la edad de los participantes, calculamos el valor del coeficiente Rho de Spearman y evaluamos su significación estadística. Tabla 17

Encontramos una correlación estadísticamente significativa entre la edad y los puntajes de las 3 dimensiones medidas por el MBI-HS. Para el cansancio emocional, encontramos una relación inversamente proporcional, con un coeficiente $Rho = -0.388$ ($p = 0.003$).

Para la dimensión despersonalización, encontramos una correlación negativa con un coeficiente $Rho = -0.501$ ($p < 0.001$) y para la realización personal, la correlación encontrada fue directamente proporcional, con un coeficiente $Rho = 0.311$ ($p = 0.02$).

Notablemente, encontramos una correlación directamente proporcional entre los puntajes de las dimensiones “Cansancio emocional” y “Despersonalización”, para la cual, el valor de coeficiente Rho fue de 0.634 ($p < 0.01$).

Por último, construimos un modelo de regresión logística binaria para predecir el desarrollo de síndrome de burnout, empleando como predictores las variables Edad, sexo, estado civil y categoría laboral. Tabla 18

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre los predictores registrados por nuestro instrumento y el desarrollo de síndrome de burnout entre los participantes incluidos.

Tabla 17. Matriz de correlación entre la edad de los participantes y el puntaje obtenido en las 3 dimensiones medidas por el instrumento MBI-HSS(MP)

		Edad	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Edad	Rho de Spearman	—			
	valor p	—			
Cansancio emocional	Rho de Spearman	-0.388**	—		
	valor p	0.003	—		
Despersonalización	Rho de Spearman	-0.501***	0.634***	—	
	valor p	< .001	< .001	—	
Realización personal	Rho de Spearman	0.311*	-0.149	0.022	—
	valor p	0.02	0.273	0.872	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabla 18. Modelo de regresión logística binomial para el desarrollo de síndrome de burnout

Predictor	Estimador	p	Razón de odds	Intervalo de Confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Constante	3.5258	0.171	33.979	0.2182	5292.62
Edad	-0.1096	0.172	0.896	0.7656	1.05
Sexo:					
Masculino – Femenino	0.5903	0.366	1.804	0.5022	6.48
Estado Civil:					
Soltero – Casado	0.0127	0.986	1.013	0.237	4.33
CATEGORIA LABORAL:					
Médico Adscrito – Enfermería	-1.0935	0.261	0.335	0.0499	2.25
Médico Residente – Enfermería	-1.2866	0.126	0.276	0.0531	1.44

Nota. Los estimadores representan el log odds de "Burnout = Presente" vs. "Burnout = Ausente"

10. Discusión.

En nuestro estudio, la mayoría de los participantes son mujeres (55.4%), especialmente en la categoría de enfermería, donde se concentra el 42.9% de la muestra. Este hallazgo es consistente con la literatura (37,38)., ya que diversos estudios han reportado que el personal de enfermería presenta una alta prevalencia de burnout debido a la elevada demanda emocional y la carga de trabajo en entornos críticos.

La distribución por categorías laborales, con un 37.5% de médicos adscritos y un 19.6% de médicos residentes, también refleja la realidad de los servicios de urgencias, en donde tanto la experiencia clínica como la presión inherente al manejo de situaciones de alta complejidad influyen en el desgaste profesional. Estudios comparativos (39) han señalado que, aunque el burnout afecta a múltiples grupos dentro del sector salud, las diferencias pueden ser más notorias entre enfermeros y médicos residentes, siendo estos últimos particularmente vulnerables por su etapa formativa y la presión inherente a su doble rol de aprendiz y profesional en formación.

En cuanto a los datos sociodemográficos, la edad media de 33.9 años y la preponderancia de solteros (71.4%) concuerdan con hallazgos de investigaciones previas (40) que sugieren que el personal joven y con menor estabilidad familiar o de apoyo social podría estar expuesto a mayores niveles de estrés, lo que se traduce en un riesgo aumentado de desarrollar burnout. El hecho de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mediana de edad en función del sexo o del estado civil es también coherente con estudios que indican que, si bien estas variables pueden incidir en el desarrollo del burnout, los factores relacionados con la dinámica laboral y la intensidad del entorno de urgencias juegan un rol determinante (41).

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian niveles preocupantemente altos de agotamiento emocional y despersonalización, así como bajos niveles de realización

personal entre los trabajadores del servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí.

El puntaje medio general en la dimensión de cansancio emocional fue de 29.4 puntos, con una mediana de 31 puntos, lo cual indica que al menos la mitad de los participantes presenta niveles altos de agotamiento emocional. Este resultado es coherente con lo reportado por Pereda-Torales et al. (2023), quienes encontraron que el 19.6% del personal de salud en urgencias de un hospital público en México presentaba niveles altos de agotamiento emocional, siendo esta la dimensión más afectada del síndrome de Burnout (42). Estos niveles elevados reflejan la exposición continua a situaciones estresantes, turnos prolongados y una alta carga asistencial, especialmente entre el personal de enfermería, grupo que en nuestro estudio presentó los puntajes más altos en esta dimensión (mediana de 32.5 vs 23 en médicos adscritos; $p=0.003$).

En la dimensión de despersonalización, se identificó un promedio de 13.9 puntos, con una distribución claramente bimodal. Este patrón sugiere la existencia de dos subgrupos diferenciados: uno que no muestra evidencia de despersonalización y otro que presenta niveles marcadamente altos. Este fenómeno también fue descrito por Rivas y Barraza-Macías, quienes observaron en personal de enfermería de hospitales de tercer nivel que aproximadamente el 46% mostraba despersonalización moderada a alta, particularmente en entornos de urgencias (43). La diferencia significativa observada entre el personal de enfermería y los médicos adscritos o residentes ($p<0.001$ en ambos casos) podría deberse al contacto más prolongado y emocionalmente demandante que los enfermeros mantienen con los pacientes y sus familias.

La dimensión de realización personal mostró una media de 30.9 puntos y una distribución sesgada hacia valores bajos, lo que indica una percepción disminuida de eficacia y satisfacción profesional. Estos hallazgos se asemejan a lo encontrado por Hernández-García (44), quien documentó que el 48% de los médicos de un hospital público reportaba sentirse poco realizado profesionalmente, lo cual se relacionaba con la falta de reconocimiento institucional y las limitaciones estructurales del sistema de salud.

Un aspecto importante de los resultados es que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ninguna dimensión en función del sexo o el estado civil, lo cual es congruente con estudios previos que han sugerido que, si bien estas variables pueden tener algún peso, el factor determinante suele ser el contexto laboral (45). No obstante, la influencia del tipo de ocupación resultó significativa, especialmente en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, lo cual refuerza la necesidad de estrategias diferenciadas de intervención para cada grupo profesional.

Los resultados obtenidos indican que el 60.7% del personal de salud adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No.1 de San Luis Potosí presenta criterios diagnósticos compatibles con el síndrome de Burnout, conforme a los umbrales establecidos por el Maslach Burnout Inventory (MBI), que requieren puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y puntuaciones bajas en realización personal

En el estudio de Rodríguez-Castillo (46), llevado a cabo en un hospital público de Colombia, se documentó una prevalencia general de Burnout del 47% entre el personal de salud del servicio de urgencias, empleando también el MBI como herramienta diagnóstica. Este valor es comparable con el encontrado en nuestro estudio, lo que sugiere que la elevada prevalencia del síndrome podría estar asociada a las condiciones estructurales y organizacionales que caracterizan a los servicios de urgencias en el país: jornadas laborales prolongadas, sobrecarga asistencial, y escasos recursos humanos y materiales.

Al desagregar los datos por sexo, nuestro estudio encontró una proporción prácticamente equivalente de Burnout en mujeres (38%) y hombres (40%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.92$). Esta distribución es coherente con la literatura reciente, que ha señalado que, si bien pueden existir diferencias sutiles en la forma en que hombres y mujeres experimentan el Burnout, la prevalencia global tiende a ser similar entre ambos sexos (45). Por ejemplo, un estudio realizado por Abarca-Mato et al. en personal sanitario mexicano halló una prevalencia comparable

entre hombres (30.8%) y mujeres (24.1%), sugiriendo que la carga emocional y las demandas laborales afectan a ambos géneros de manera similar (47).

En cuanto a las categorías laborales, el personal de enfermería mostró la prevalencia más alta de Burnout, con un 68.2% de los casos. Esta observación refuerza lo ya señalado en estudios como el de Albendín y cols., quienes afirman que el personal de enfermería, particularmente en servicios de urgencias, se encuentra en mayor riesgo de desarrollar Burnout debido al contacto continuo con el sufrimiento humano, la escasa autonomía laboral, y la exposición constante a situaciones de urgencia médica (45). De hecho, en nuestra muestra, los médicos adscritos del sexo masculino fueron el grupo con menor prevalencia (20%), lo cual podría relacionarse con una mayor experiencia, autonomía profesional o menor sobrecarga operativa directa.

Los resultados del análisis de correlación de este estudio revelaron asociaciones estadísticamente significativas entre la edad de los participantes y las tres dimensiones del síndrome de Burnout evaluadas por el MBI-HS. Específicamente, se encontró que, a mayor edad, los puntajes de “cansancio emocional” ($Rho = -0.388$, $p = 0.003$) y “despersonalización” ($Rho = -0.501$, $p < 0.001$) disminuyen, mientras que la dimensión “realización personal” mostró un aumento proporcional ($Rho = 0.311$, $p = 0.02$). Estos hallazgos sugieren que los profesionales de la salud más jóvenes están más expuestos a experimentar niveles elevados de Burnout.

Sobrequés et al. (2021), en su investigación con personal de salud en Barcelona, reportaron una correlación inversa significativa entre la edad y las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, sugiriendo que el personal con menor edad o menor experiencia profesional tiende a mostrar mayor vulnerabilidad al desgaste emocional y al distanciamiento afectivo en el ejercicio clínico (48). Esto podría atribuirse a la falta de estrategias de afrontamiento consolidadas, menor estabilidad laboral o expectativas profesionales aún en formación, factores que suelen evolucionar positivamente con la experiencia.

Por otra parte, el hallazgo de una correlación positiva entre los puntajes de “cansancio emocional” y “despersonalización” ($Rho = 0.634$, $p < 0.01$), coincide con lo planteado

por Maslach et al., quienes describen una relación funcional entre estas dos dimensiones, donde el agotamiento emocional actúa como un precursor de la despersonalización como estrategia de defensa psicológica frente al estrés prolongado (49). Esta interrelación también ha sido confirmada en estudios nacionales recientes, como el de Castillo-Ramírez, donde se reportó que el agotamiento actúa como el eje central del síndrome y suele anteceder a la despersonalización y a la disminución en la percepción de logro profesional (50).

Finalmente, aunque se construyó un modelo de regresión logística para predecir el desarrollo de Burnout con base en variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y categoría laboral), no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas. Este resultado podría explicarse por el tamaño muestral limitado o por la posibilidad de que el Burnout esté más estrechamente relacionado con factores organizacionales y psicosociales no incluidos en este modelo, como la carga laboral, los turnos nocturnos, la exposición a eventos críticos o la percepción de apoyo institucional. En este sentido, diversos estudios han señalado que las variables estructurales del ambiente laboral poseen un mayor peso predictivo en el desarrollo del síndrome, en comparación con las características personales o demográficas (45).

11. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación.

Entre las principales limitaciones del presente estudio, destaca el tamaño relativamente reducido de la muestra ($n=56$), lo cual puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos hospitalarios o regiones del país. Asimismo, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas y el desarrollo del síndrome, por lo que futuros estudios longitudinales serían necesarios para evaluar la evolución del Burnout a lo largo del tiempo y sus posibles consecuencias clínicas y laborales.

Otra limitación importante fue la exclusión de variables contextuales y organizacionales que, según la literatura, tienen un impacto determinante en la aparición del Burnout, tales como la carga de trabajo, la exposición a eventos críticos, el número de guardias nocturnas, la percepción de apoyo institucional, y la calidad de las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo. La incorporación de estas variables en estudios futuros permitiría obtener un panorama más completo y preciso de los factores de riesgo asociados al síndrome.

Por otro lado, si bien el instrumento empleado (MBI-HSMP) es el estándar más ampliamente validado para evaluar el Burnout en personal de salud, su carácter autoaplicado puede introducir sesgos de deseabilidad social o subregistro, especialmente en contextos donde existen estigmas asociados a la expresión de malestar emocional.

Como perspectiva de investigación futura, se propone el desarrollo de estudios multicéntricos que incluyan distintos niveles de atención médica (primaria, secundaria y terciaria), así como diferentes especialidades clínicas, con el fin de identificar patrones diferenciales de riesgo y diseñar intervenciones específicas adaptadas a cada contexto. También sería relevante explorar el impacto del Burnout sobre indicadores de desempeño clínico, calidad de la atención y satisfacción del paciente, así como evaluar la efectividad de programas de prevención e intervención institucional.

12. Conclusiones.

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud adscrito al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 1 en San Luis Potosí, así como explorar la distribución de sus dimensiones y su relación con variables sociodemográficas y laborales. A través de la aplicación del instrumento Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSMP), se obtuvieron resultados que permiten concluir que el síndrome de Burnout constituye un problema de salud laboral relevante en este entorno clínico.

La prevalencia general de Burnout encontrada fue de 60.7%, lo que implica que aproximadamente 2 de cada 3 trabajadores evaluados presentan un cuadro clínico compatible con este síndrome. Este valor es superior al umbral del 49.3% propuesto, y supera también las prevalencias reportadas en otros estudios realizados en México en contextos similares, en donde las prevalencias oscilaron entre el 35% y el 50%. Este hallazgo refuerza la idea de que los servicios de urgencias, por sus características de alta demanda, exposición a situaciones críticas y sobrecarga emocional, representan un entorno especialmente propenso para el desarrollo del síndrome.

Al analizar las dimensiones individuales del Burnout, se encontró que más del 50% de los participantes presentan niveles altos de “cansancio emocional” y de “despersonalización”, mientras que un porcentaje similar muestra niveles bajos de “realización personal”. Estos resultados refuerzan el diagnóstico del síndrome y evidencian un patrón preocupante de desgaste psicoemocional que podría afectar tanto la salud del personal como la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Los análisis estadísticos revelaron que el personal de enfermería mostró los niveles más altos de agotamiento emocional y despersonalización, así como la mayor prevalencia de Burnout, en comparación con médicos residentes y médicos adscritos. Esta diferencia podría estar relacionada con factores estructurales y organizacionales, como la sobrecarga de trabajo, los turnos rotativos, la menor autonomía en la toma de decisiones clínicas y la falta de reconocimiento institucional. El personal de enfermería

es uno de los grupos más vulnerables al Burnout debido a su contacto continuo con el sufrimiento humano y a la escasa disponibilidad de recursos emocionales y organizacionales para enfrentar estas demandas.

En cuanto a la edad, se observó una correlación inversa con los puntajes de agotamiento emocional y despersonalización, y una correlación positiva con la realización personal. Este hallazgo sugiere que el personal más joven presenta mayor vulnerabilidad al desarrollo del síndrome, probablemente por su menor experiencia, menor estabilidad laboral o una adaptación aún en proceso al entorno clínico. Este patrón ha sido identificado también en estudios realizados a nivel nacional e internacional, los cuales advierten sobre la necesidad de brindar apoyo emocional y capacitación específica al personal de nuevo ingreso o en las primeras etapas de su carrera profesional

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los puntajes de las dimensiones del MBI-HSMP ni en la prevalencia general del síndrome, lo cual indica que el Burnout afecta de manera transversal a todo el personal, independientemente del sexo. Asimismo, el análisis de regresión logística no identificó asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas estudiadas (sexo, edad, estado civil, categoría laboral) y la presencia del síndrome, lo que podría indicar que las causas del Burnout se encuentran más arraigadas en las condiciones organizacionales y psicosociales del trabajo que en las características individuales.

Dentro de las técnicas que se podrían implementar para mejorar el entorno laboral en el servicio de urgencias es contar con el personal necesario para que las actividades sean repartidas de manera adecuada sin que se llegue a sobrepasar la carga laboral de un grupo de personas, así como también es crucial que las personas que ya cuentan con datos de síndrome de burnout reciban tratamiento adecuado para evitar agudizar y profundizar mas el cuadro clínico.

Finalmente, este estudio pone de manifiesto la urgente necesidad de implementar estrategias institucionales dirigidas a la prevención, detección y tratamiento del

Burnout en el personal de salud, especialmente en áreas de alta demanda como el servicio de urgencias. Estas estrategias deben incluir intervenciones a nivel organizacional, como la redistribución de cargas laborales, la mejora de los turnos, el fomento del trabajo en equipo, y la creación de espacios de contención emocional y promoción del autocuidado.

13. Bibliografía.

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2018;320(11):1131–50.
2. Cabello Velez N, Santiago Hernández G. Elementos históricos y conceptuales del Síndrome de Burnout. *Arch Med Familiar* [Internet]. 2016 [citado 14 Jun 2019]; 18(3): 51-53. 2016;18(3):51–3. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2016/amf163a.pdf>
3. Lovo J. Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Revista entorno* [revista en Internet] 2021 [acceso 4 de Abril de 2022] 70;110-120. *Entorno* [Internet]. 2021;110–20. Available from: <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/10371>
4. Linares Parra G del V, Guedez Salas YS. Burnout syndrome invisible pathology among health professionals. *Aten Primaria* [Internet]. 2021;53(5):1–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
5. Robelsy Arayago¹, Álvaro González¹, María Limongi² HG. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Salus.* 2016; 20:13–21.
6. Castañeda Aguilera E, García JEG de A. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) y variables asociadas en médicos especialistas. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2022;51(1):41–50.
7. Boutou A, Pitsiou G, Sourla E, Kioumis I. Burnout syndrome among emergency medicine physicians: An update on its prevalence and risk factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2019;23(20):9058–65.
8. Terrones-Rodríguez JF, Cisneros-Pérez V, Arreola-Rocha JJ. Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(2):242–8.
9. Cañadas-De La Fuente GA, Luis CS, Lozano LM, Vargas C, García I, De La Fuente EI. Evidence for factorial validity of maslach burnout inventory and burnout levels among health workers. *Rev Latinoam Psicol.* 2014;46(1):44–52.

10. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):240–9.
11. Faivre G, Kielwasser H, Bourgeois M, Panouilleres M, Loisel F, Obert L. Burnout syndrome in orthopaedic and trauma surgery residents in France: A nationwide survey. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018;104(8):1291–5.
12. Polacov S, Barrionuevo I, Barroso G, Cravero B, D'Alessandro T, Allende E. Riesgo de Síndrome de Burnout en profesionales médicos de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba [revista en Internet]* 2021
13. Gorgulu O, Akilli A. The determination of the levels of burnout syndrome, organizational commitment, and job satisfaction of the health workers. *Niger J Clin Pract*. 2017;20(1):48–56.
14. Qureshi HA, Rawlani R, Mioton LM, Dumanian GA, Kim JYS, Rawlani V. Burnout phenomenon in u.s. plastic surgeons: Risk factors and impact on quality of life. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(2):619–26.
15. Galaiya R, Kinross J, Arulampalam T. Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *Ann R Coll Surg Engl*. 2020;102(6):401–7.
16. Hert S De. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Dovepress/Local Reg Anesth*. 2020;13(1):171–83.
17. Cruz DM, Puentes Suárez A. Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja. *Psicogente*. 2017;20(38):268–81.
18. Lachiner S M HL. SÍNDROME DE BURNOUT. *Med Leg Costa Rica - Edición Virtua*. 2015;32–1:15–22.
19. Rivera Guerrero Á, Ortiz Zambrano R, Miranda Torres M, Navarrete Freire P. Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Rev Digit Postgrado [Internet]*. 2019;8(2): e163
20. Mumoli N. Burnout syndrome. *J Emerg Med*. 2012;43(2):349–50.

21. Juruena MF. Análisis factorial confirmatorio del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey en profesionales de la salud de los servicios Introducción. 2021;
22. Pérez G, Jorge a. factores psicosociales y estrés en personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención. 2016;15(3):8–15.
23. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician' s Health and Burnout in Coronavirus (COVID-. 2020;12(4):10–2.
24. Beltrán CA, Moreno MP. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (H ss) en trabajadores del occidente de México Reliability and validation of the scale Maslach Burnout Inventory (H ss) in workers in western México. 2016;32(2):218–27.
25. Yadira S, Tesillo F, Ru AO. Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. Psicol y Salud. 2018;28(591):63–72.
26. Santiago L, Cajilima U, Hollminn F, Contreras S, Campoverde LO. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios en el área de oncología: revisión sistemática de las prevalencias y factores de riesgo. 2022;5(3):107–25.
27. Zhang X, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi T. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses. 2020;0(March).
28. Brand SL, Coon JT, Fleming LE, Carroll L, Bethel A, Wyatt K. Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. 2017;1–26.
29. Edilia M, Nava P. El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales. 2021; 2:9–14.
30. Schneider A, Weigl M. Associations between psychosocial work factors and provider mental well-being in emergency departments: A systematic review. 2018;1–22.
31. Gualano MR, Sinigaglia T, Moro G Lo, Rousset S, Cremona A, Bert F, et al. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. 2021;

32. Article R. Occupational Burnout in Pre-Hospital Emergency Personnel in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021;11–7.
33. Relación de síndrome de Burnout y resultado académico en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar no. 47, del Instituto Mexicano Seguro Social, San Luis Potosí S.L.P. 2018.
34. Reyes-laris P, Cruz OM, Rosas-cortez N, Aceves-pulido MP. Burnout en personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en un hospital público Burnout in nursing personnel during the COVID-19 pandemic in a public hospital Introducción El Síndrome de Burnout (SB) es un proceso de respuesta hacia los aconte. Rev Med UAS. 2023;13(2):164–74.
35. Monsalve-reyes CS, Luis-costas CS, Gómez-urquiza JL, Albendín-garcía L, Aguayo R, Fuente GAC. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. 2018;1–7.
36. Rodriguez R. JA, Guevara AA VA. Burnout syndrome in professors. Rev Investig Educ la rediech [Internet]. 2017;8(14):45–67. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/5216/521653267015/html/>
37. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99-113.
38. Embriaco N, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(7):686-692.
39. Dyrbye LN, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. Acad Med. 2014;89(3):443-451.
40. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, et al. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. JAMA. 2010;304(11):1173–1180. doi:10.1001/jama.2010.1318.
41. West CP, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016;388(10057):2272-2281.
42. Pereda-Torales Luis, Márquez Celedonio Félix Guillermo, Hoyos Vásquez María Teresa, Yáñez Zamora Marco Ismael. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Salud Ment [revista en la Internet]. 2009 oct [citado 2025 Abr 05]; 32(5): 399-404.

43. Rivas E., Barraza-Macías A., Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2018 jun [citado 2025 Abr 05]; 15(2): 136-146.
44. Hernández-García, Tirso J. (2018). Burnout en médicos de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 15(2), 161-172. Recuperado en 05 de abril de 2025
45. Albendín L, Gómez JL, Cañadas-de la Fuente GA, Cañadas GR, San Luis C, Aguayo R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2016;48(2):137-45.
46. Rodríguez Castillo FJ, Barros Liñan CM, Giraldo Builes DE, Vallejo-Bocanumen CE. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en personal de salud de urgencias de un hospital de alta complejidad de Medellín en el segundo trimestre del año 2023, estudio cross-sectional. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2002;17(4).
47. Abarca Mato Rosa Isela, Vargas Abel Emigdio, Dávalos Martínez Alfonso, Barrera Rodríguez Elia, Morales López Faustina, Blanco García Nubia Oliday. Síndrome de burnout en profesionales sanitarios en formación de un hospital público en Acapulco, México. *Rev. cuban. salud trabajo* [Internet]. 2023 abr [cited 2025 Apr 05]
48. Sobrequés, J., et al. «La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria». *Atención Primaria*, vol. 31, n° 4, enero de 2003, pp. 227-33. ScienceDirect, [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79164-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79164-1).
49. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 4th ed. Menlo Park: Mind Garden Inc; 2016.
50. Castillo Ramírez Sisyl. El Síndrome de "Burn Out" o Síndrome de Agotamiento Profesional. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2001 Mar [cited 2025 Apr 05]; 17(2): 11-14.

14. Anexos.

Anexo 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2023			2024						2025		
	Julio-Sep	Oct-Dic	Ene-Feb	Mar-Abril	Mayo-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA	X	X										
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO		X	X	X								
PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO AL C.L.I.E					X							
APROBACIÓN DEL PROTOCOLO					X	X						
MODIFICACIONES AL PROTOCOLO						X						
RECOLECCION DE DATOS							X					
PROCESAMIENTO DE DATOS								X				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS								X	X	X		
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES											X	X

ELABORADO POR: Fátima Cordero Martínez

FECHA DE ELABORACIÓN: Junio 2024

Anexo 2: Instrumento de registro de información sociodemográfica

Síndrome de Burnout en el personal adscrito al área de urgencias en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí

[illegible]

Anexo 3: Cuestionario MAASTRICHT para la enseñanza clínica

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI – HSS (MP)) 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 ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente a través de mi trabajo, en la vida de otras personas							
10. Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16. Siento que trabajar directamente con personas me produce estrés							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas con mi profesión							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales de forma adecuada							
22. Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

MASLACH BURNOUT INVENTORY - HUMAN SERVICES SURVEY FOR MEDICAL PERSONNEL (MBI-HSS (MP))

Cuestionario para personal médico: médicos, enfermeras, psicólogos, etc.

Subescalas para la forma MBI-HSS(MP):

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

Valoración:

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

(*) Síntomas del Síndrome de Burnout

Anexo 4: Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Síndrome de Burnout en el personal adscrito al servicio de urgencias
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí
Número de registro institucional:	R-2024-2402-046
Justificación y objetivo del estudio:	El síndrome de Burnout afecta principalmente a profesionales de servicios de salud que tratan directamente con personas y resulta de diversos factores tanto mentales como individuales. La sobrecarga de trabajo y distintas circunstancias le generan un ambiente hostil, el cual amenaza su equilibrio mental y social, atentando contra el desempeño esperado en su trabajo. Además, que el contacto directo con personas de manera frecuente y turnos de horario laboral excesivo aumentan el riesgo de aparición de esta enfermedad. Ante esta problemática, el objetivo de este estudio es conocer cuál es la frecuencia de aparición de esta enfermedad en nuestro personal de salud.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en este estudio se le realizarán preguntas que sirven para obtener información sobre algunos aspectos laborales relacionados a su ambiente de trabajo, durante su participación uno de los investigadores responsables estará siempre pendiente de todas sus dudas e inquietudes. Se le explicará en que consiste el estudio a detalle. Se le llevará a una de las aulas de educación en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí, donde se le aplicará un breve cuestionario "cuestionario de Maslach Burnout Inventory Human Services Survey MBIHSS".
Posibles riesgos y molestias:	Si usted participa en nuestro estudio necesitará destinar aproximadamente 10-15 minutos de su tiempo para su participación, lo que algunas personas podrían considerar una molestia. Además de sentir inseguridad, pena, culpa o disgusto al responder las preguntas sobre su salud mental y su desarrollo laboral, si presenta en cualquier momento de su participación alguna molestia, el encuestador estará pendiente y podrá pausar o suspender su participación sin tener ninguna repercusión en su ámbito laboral.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Su participación ayudará a conocer con más detalle la existencia o no del síndrome de Burnout en su área laboral. Con esta información podrán identificarse áreas de oportunidad que permitan generar propuestas a las autoridades encargadas que mejoren a mediano y largo plazo su ambiente laboral. Además, se le brindará el seguimiento si usted así lo desea, derivándole a citas con psicología, psiquiatría o SPPSTIMSS (Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para los Trabajadores IMSS) de ser necesario y si usted así lo desea.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de esta investigación serán publicados en una revista científica y además dados a conocer en forma de resumen ejecutivo entre el personal de la unidad médica y tomadores de decisiones en el área de la salud. De forma particular si usted así lo desea se le informará como participante el resultado de su cuestionario, además del resultado total de la investigación, los cuales le serán explicados. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decide no participar, no afectará su derecho a recibir atención psicológica en el instituto. Todos los candidatos, independientemente de su participación en este estudio, tienen acceso a los servicios de atención psicológica como parte de sus prestaciones de atención médica.
Participación o retiro:	Usted tiene derecho a retirar su participación en cualquier momento que lo desee, aun después de haber firmado este documento, sin que esto signifique la generación de consecuencias o cambios en la atención médica que se le brinda a usted o sus actividades diarias.
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial; para su identificación se usará un número de folio en vez de su nombre. La información estará bajo resguardo y cifrado por los investigadores principales. El único acceso a su información lo tendrá el investigador responsable por un tiempo no mayor a 5 años, posterior a eso será destruido por medio de un triturador de hojas. La información guardada de manera digital de la misma manera se guardará por el mismo tiempo, estando codificado y con contraseña. Cabe mencionar que el equipo de cómputo a utilizar es un equipo institucional al cual no se puede tener

acceso remoto por los candados digitales que tiene la institución, cuya clave cambia de manera frecuente para mantener la confidencialidad y protección de sus datos. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. El participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá su confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se garantiza por medio de este escrito al participante que sus datos no podrán ser visualizados o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Jeimy Ibeth Galván Orellán, Médico Familiar
Adscrito al Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí; S.L.P.

Colaboradores:

Dra. Fátima Cordero Martínez
Médico Residente de la especialidad de urgencias médicas quirúrgicas en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐
☐
☐

No acepto Participar

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Dra. Fátima Cordero Martínez
Médico Residente de la especialidad de urgencias médicas quirúrgicas en el Hospital General de Zona Número 1 en San Luis Potosí

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 5: Carta de no inconveniente del director de la unidad donde se llevará a cabo el estudio

 **GOBIERNO DE MÉXICO** |  | 

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada En San Luis Potosí
Jefatura de Servicios de Presentaciones Médicas
Hospital General de Zona 1 C/MF
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

San Luis Potosí, S.L.P a 02 de julio de 2024

"Carta de no inconveniente del Director de la Unidad donde se efectuará el Protocolo de Investigación"

Dra. Jeimy Ibeth Orellan
Especialista en Medicina Familiar
Investigador Responsable

En mi carácter de Director (a) General del Hospital General de Zona No. 1 declaro que no tengo inconveniente en que se efectué en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título "Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud del servicio de urgencias en el hospital general de zona No. 1 de San Luis Potosí". El protocolo será realizado por la Dra. Fatima Cordero Martinez con matrícula 97250972 bajo la dirección de la Dra. Jeimy Ibeth Galván Orellán como Investigador (a) Responsable, en caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud y el Comité Local de Investigación en Salud.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.


DIRECTOR
HGZ C/MF N° 1
Dr. Francisco Israel Pineda Pineda
Director Del Hospital General de Zona No 1 c/MF

Anexo 6: Carta confidencialidad para investigadores



GOBIERNO DE
MÉXICO



COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
OAO SAN LUIS POTOSÍ
HGZ C/MF 1 SAN LUIS POTOSÍ

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS, y/o CO-INVESTIGADORES/AS

San Luis Potosí, S.L.P., a 02 de julio del 2024.

Yo **Galván Orellán Jeimy Ibeth** investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, en relación con el protocolo titulado:

“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DE SAN LUIS POTOSÍ”, que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución de este.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Atentamente

Dra. Jeimy Ibeth Galván Orellán
Investigadora Responsable

Dra. Fátima Cordero Martínez
Investigadora Asociada

Anexo 7: Carta de aprobación del protocolo de investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2402.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 24 028 082

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 24 CEI 003 2018072

FECHA Lunes, 11 de noviembre de 2024

Doctor (a) Jeimy Ibeth Galván Orellán

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DE SAN LUIS POTOSÍ** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2024-2402-046

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) Francisco Israel Pineda Pineda
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2402

C.M.N Siglo XXI, Avda. Cuauhtémoc No. 330, Piso 4 Edificio Bloque B, Anexo a la Unidad de Congresos, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06720,
Ciudad de México, Tel. [55] 5627 6000, Ext. 21963 y 21968, www.imss.gob.mx





GOBIERNO DE
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **24028**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 24 028 082**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 24 CEI 003 2018072**

FECHA **Martes, 08 de octubre de 2024**

Doctor (a) Jeimy Ibeth Galván Orellán

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 DE SAN LUIS POTOSÍ** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

A

Maestró (a) Pedro Reyes Laris

Presidente de Comité de Ética en Investigación No. 24028

[Imprimir](#)

