

Artículo original
SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS EN FORMACIÓN DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN ACAPULCO, MÉXICO
BURNOUT SYNDROME IN HEALTH PROFESSIONALS IN TRAINING AT A PUBLIC HOSPITAL IN ACAPULCO, MEXICO

Rosa Isela Abarca Mato¹  <https://orcid.org/0000-0001-6980-4371>
 Abel Emigdio Vargas^{2*}  <https://orcid.org/0000-0001-6018-1489>
 Alfonso Dávalos Martínez³  <https://orcid.org/0000-0002-0456-3631>
 Elia Barrera Rodríguez⁴  <https://orcid.org/0000-0003-2008-1250>
 Faustina Morales López²  <https://orcid.org/0000-0001-6853-8059>
 Nubia Oliday Blanco García⁵  <https://orcid.org/0000-0002-5599-9187>

¹Secretaría de la Defensa Nacional. La Paz, México.

²Jurisdicción Sanitaria 07, Secretaría de Salud Guerrero, Acapulco, México.

³Unidad de Innovación Clínica y Epidemiológica del Estado de Guerrero. Acapulco, México

⁴Hospital General Renacimiento, Secretaría de Salud Guerrero, Acapulco, México.

⁵Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas. Chilpancingo, México.

*Autor para la correspondencia: a.emigdio.v@gmail.com

Resumen

Introducción: El estrés ocupacional es uno de los problemas de salud asociados al trabajo con mayor prevalencia a nivel mundial el cual acarrea importantes costos económicos y sociales.

Objetivos: Identificar los factores asociados al síndrome de *burnout* y la severidad de afectación de sus consecuencias en el personal de salud en formación.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en 42 pasantes de enfermería e internos de medicina durante el mes de marzo de 2019. Previo consentimiento informado se recabó información sociodemográfica y laboral. Se aplicaron los instrumentos: *Maslach Burnout Inventory* y APGAR familiar.

Resultados: Entre los factores asociados positivamente a este síndrome destacan: ser médico interno, condición de no residente, haber padecido algún evento vital, realizar labores domésticas después del trabajo, tiempo de traslado al hospital ≥ 30 minutos, ≥ 100 horas de trabajo por semana, ≥ 26 pacientes por día. Vivir en el hogar familiar se asoció inversamente con síndrome de *burnout*.

Conclusiones: Atender la salud mental del personal en formación es esencial para su desarrollo profesional y el bienestar de la población usuaria.

Palabras clave: *burnout*; personal de salud en formación; factores asociados; salud mental

Abstract

Introduction: Occupational stress is one of the most prevalent occupational health problems worldwide, which entails significant economic and social costs.

Objectives: To identify the factors associated with burnout syndrome and the severity of its consequences in health personnel in training.

Methods: A cross-sectional study was conducted in 42 nursing interns and medical interns during the month of March 2019. Prior informed consent, sociodemographic and labor information was collected. The following instruments were applied: *Maslach Burnout Inventory* and familiar APGAR.

Results: Among the factors positively associated with this syndrome are: being an internal physician, non-resident condition, having suffered a vital event, performing domestic work after work, travel time to the hospital ≥ 30 minutes, ≥ 100 hours of work per week, ≥ 26 patients per day. Living in the family home was inversely associated with burnout syndrome.

Conclusions: Taking care the mental health of personnel in training is essential for their professional development and the well-being of the user population.

Keywords: burnout; health personnel in training; associated factors; mental health

Introducción

El síndrome de *burnout* (SBO) es consecuencia de un estado prolongado de estrés en el trabajo, el cual se caracteriza por sentimientos de agotamiento físico y emocional, de despersonalización, que involucra actitudes negativas y pérdida de la motivación, además de una valoración negativa de la

situación laboral y baja realización personal. Es considerado uno de los problemas de salud ocupacional más extendidos a nivel mundial.^(1,2,3,4) El término fue acuñado por el psiquiatra *Herbert Freudenberger* tras identificar la aparición de estados de ánimo depresivos, pérdida de energía y desmotivación en el trabajo en empleados de una clínica de adicciones. Se describe como un proceso continuo de desequilibrio



entre los recursos y las demandas del empleo, caracterizado por el desarrollo de tensión y fatiga; agotamiento emocional y cambio en las actitudes hacia otros individuos.^(5,6) Las actividades en continuo contacto interpersonal presentan mayor riesgo de desarrollar SBO. Así, una de las mayores prevalencias entre gremios profesionales se observa en los trabajadores del sector salud y de forma particular en el personal de salud de pregrado. De esta forma, se estima que la prevalencia de SBO en personal clínico en formación se encuentra alrededor del 40 % a nivel mundial; de ellos aproximadamente 40,8 % presenta agotamiento emocional, 35,1 % despersonalización y 27,4 % baja realización personal.^(7,8,9,10) Un ambiente laboral hostil o donde exista tensión constante puede provocar deshumanización en la práctica clínica y deterioro de la calidad de los sistemas de salud. Existen otros factores asociados, entre los que destacan: el sexo, la edad, el ambiente laboral, horas de trabajo, horas de sueño y funcionalidad familiar.^(2,11,12,13,14,15,16) El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados a síndrome de *burnout* y la severidad de afectación de sus consecuencias en personal de salud en formación de un hospital público de Acapulco, México.

Métodos

Previa conformidad de las autoridades universitarias e institucionales, se realizó un estudio transversal en marzo de 2019 en estudiantes de medicina en formación hospitalaria, denominados formalmente en México como médicos internos de pregrado (MIP), y pasantes de enfermería en servicio social (PESS) del Hospital General Renacimiento (HGR), localizado en la Jurisdicción Sanitaria 07, Acapulco. La autoridad hospitalaria designó un ambiente aislado para la recolección de los datos y se contó con la presencia de la totalidad del grupo de sujetos presentes el día de la recolección de los datos.

Con el fin de confirmar que la información cumplía los objetivos del estudio, así como asegurar que el tiempo de aplicación de la encuesta y el plan de análisis de datos fuese óptimo, se efectuó una prueba piloto en un grupo de estudiantes de psicología con condiciones académicas similares. Se diseñó un instrumento de recolección de datos conformado por cinco secciones:

- 1) Consentimiento informado.
- 2) Información sociodemográfica.
- 3) Información académica y laboral.
- 4) Funcionalidad familiar.
- 5) Presencia y severidad del síndrome de *burnout*.

Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó la herramienta APGAR familiar desarrollada por *Smilkstein*, que permite explorar la funcionalidad del núcleo filial próximo del sujeto. Esta herramienta consta de cinco proposiciones que sitúan la percepción de funcionalidad de acuerdo con la adaptabilidad, la asociación, el crecimiento, el afecto y la

resolución de problemas de la familia inmediata del sujeto. Cada proposición tiene tres opciones de respuesta con un valor entre 0 y 2. Los puntos de corte para la disfuncionalidad familiar severa son ≤ 3 puntos; disfuncionalidad familiar moderada de 4 a 6 y funcionalidad familiar de ≥ 7 , de acuerdo a la propuesta de *Clavelina-Gómez*. Para este estudio se consideraron las categorías severa y moderada como indicador de disfuncionalidad familiar.⁽¹⁷⁾

La presencia y severidad de síndrome de *burnout* en la muestra fue identificada mediante el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), elaborado por *Maslach* y *Jackson* el cual consta de 22 ítems con una escala tipo *likert* de 0 a 6 puntos que clasifica la severidad del síndrome en alto, medio y bajo. Cuenta con tres dominios: agotamiento emocional (AE) con 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) y una puntuación máxima de 54 puntos; despersonalización (DE) que cuenta con 5 ítems (5,10, 11, 15, 22) y una puntuación máxima de 30; y realización personal (RP) con solo 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) y una puntuación máxima de 48. Se considera agotamiento emocional bajo de 0-18 puntos, medio de 19-26 y alto de 27-54. Despersonalización baja de 0-5, media de 6-9 y alta 10-30. Baja Realización personal en un rango de 0-33, media de 34-39 y alta ≥ 40 . La presencia de SBO en este estudio fue identificada cuando existían dos o más áreas afectadas con niveles medio o alto (bajo en el caso de realización personal).⁽¹⁸⁾

Antes del inicio de la encuesta se informó a los asistentes sobre los objetivos del estudio además de un panorama general de la información a recabar. Se recordó a los asistentes sus derechos como participantes, principalmente su derecho a abandonar el estudio o no contestar las preguntas que consideraran sensibles sin que esto afectara su dinámica académica ni su relación con la institución y sus garantías de privacidad. Se entregó una copia en blanco del instrumento de recolección de datos y se solicitó que aquellos que desearan participar lo expresaran a través de su consentimiento informado.

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23. Se estimó la magnitud del efecto a través de *Odds Ratio* (OR) representado mediante tablas de contingencia y la prueba de χ^2 de *Mantel-Haenszel* ($\chi^2 mh$) para valorar la significancia estadística de esta estimación. También se calcularon los intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %) y significancia estadística ($p < 0,05$). No se realizó análisis multivariado debido a la cantidad de sujetos estudiados. Se obtuvieron las respuestas de los 42 profesionales en formación presentes, la media de edad de la población estudiada fue de $24,9 \pm 3,7$ años. La mayoría de participantes fueron mujeres (29/42) y pasantes de enfermería en servicio social (29/42).

Resultados

Se encontró una frecuencia global de SBO de 26,2 % (11/42); la proporción de MIP afectados era mayor (7/13) que la de PESS (4/29). Con respecto a las dimensiones del

MBI, se aprecia diferencia significativa entre estos grupos únicamente en los niveles de agotamiento emocional ($p < 0,001$) como se muestra en la tabla 1. Ser MIP, ser foráneo, haber sufrido un evento vital en los últimos doce meses, vivir en el hogar familiar, realizar labores domésticas des-

pués de la jornada laboral, tiempo de traslado al centro de trabajo ≥ 30 minutos, trabajar más de 100 horas por semana y atender ≥ 26 pacientes por día fueron las variables asociadas a SBO en este estudio (tabla 2). La tabla 3 muestra el análisis bivariado para cada dominio afectado.

Tabla 1
Niveles de agotamiento emocional, despensalización y realización personal por área de formación

Agotamiento Emocional				
Área de formación	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	valor-p
MIP	2 (15,4)	2 (15,4)	9 (69,2)	< 0,001*
PESS	19 (65,5)	8 (27,6)	2 (06,9)	
General	21 (50,0)	10 (23,8)	11 (26,2)	
Despersonalización				
Área de formación	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	valor-p
MIP	5 (38,5)	5 (38,5)	3 (23,1)	0,29
PESS	18 (62,1)	6 (20,7)	5 (17,2)	
General	23 (54,8)	11 (26,2)	8 (19,0)	
Realización personal				
Área de formación	Alto n (%)	Medio n (%)	Bajo n (%)	valor-p
MIP	1 (07,7)	4 (30,8)	8 (61,5)	0,34
PESS	6 (20,7)	4 (13,8)	19 (65,5)	
General	7 (16,7)	8 (19,0)	27 (64,3)	

MIP = Médicos internos de pregrado, PESS = Pasantes de Enfermería en Servicio Social.

^a = Dominio con categorías invertidas, el nivel bajo es la peor condición,

* = Diferencia significativa ($p < 0,05$).

Fuente: Base de datos de la investigación.



Tabla 2
Análisis bivariado de factores asociados con síndrome de burnout

Variable	Con SBO n (%)	Sin SBO n (%)	N	OR (IC 95 %)
Formación clínica				
MIP	7 (53,8)	6 (46,2)	13	7,29* (1,59 - 33,25)
PESS	4 (13,8)	25 (86,2)	29	
Sexo				
Mujeres	7 (24,1)	22 (75,9)	29	0,71 (0,16 - 3,06)
Hombres	4 (30,8)	9 (69,2)	13	
Edad (Rango)				
20 - 25	8 (26,7)	22 (73,3)	30	1,09 (0,23 - 5,07)
26 - 39	3 (25,0)	9 (75,0)	12	
Pareja				
Sí	2 (20,0)	8 (80,0)	10	0,63 (0,11 - 3,60)
No	9 (28,1)	23 (71,9)	32	
Hijos				
Sí	2 (28,6)	5 (71,4)	7	1,15 (0,19 - 7,03)
No	9 (25,7)	26 (74,3)	35	
Foráneo				
Sí	9 (40,9)	13 (59,1)	22	6,23* (1,15 - 3,77)
No	2 (10,0)	18 (90,0)	20	
Evento vital en los últimos doce meses				
Sí	6 (50,0)	6 (50,0)	12	5,00* (1,13 - 22,05)
No	5 (16,7)	25 (83,3)	30	
Situación de convivencia				
Vive en el hogar familiar	2 (10,5)	17 (89,5)	19	0,18* (0,34 - 0,98)
No vive en el hogar familiar	9 (39,1)	14 (60,9)	23	
Labores domésticas después de la jornada				
Sí	9 (42,9)	12 (57,1)	21	7,12* (1,30 - 38,7)
No	2 (9,5)	19 (90,5)	21	
Funcionalidad familiar				
Disfuncionalidad	5 (35,7)	9 (64,3)	14	2,03 (0,49 - 8,40)
Funcionalidad	6 (21,4)	22 (78,6)	28	
Ambiente laboral				
Malo	2 (66,7)	1 (33,3)	3	6,66 (0,54 - 82,31)
Bueno	9 (23,1)	30 (76,8)	39	
Tiempo de traslado al centro de trabajo				
≥ 30 min	8 (44,4)	10 (55,6)	18	5,60* (1,21 - 25,75)
≤ 29 min	3 (12,5)	21 (87,5)	24	
Horas de trabajo por semana				
≥ 100 horas	8 (53,3)	7 (46,7)	15	9,14* (1,89 - 44,01)
≤ 99 horas	3 (11,1)	24 (88,9)	27	

Número de pacientes atendidos por día				
≥ 26 pacientes	8 (44,4)	10 (55,6)	18	5,60*
≤ 25 pacientes	3 (12,5)	21 (87,5)	24	(1,21 - 25,75)

MIP = Médicos internos de pregrado, PESS = Pasantes de Enfermería en Servicio Social.
OR = Odds Ratio, IC 95 % = Intervalo de Confianza de 95 %, * = Significativo ($p < 0.05$).

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla 3
Análisis bivariado de factores asociados con agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal

Variable	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Baja realización personal	
	n (%)	OR (IC 95%)	n (%)	OR (IC 95%)	n (%)	OR (IC 95%)
Formación clínica						
MIP (n=13)	9 (69,2)	19,50*	3 (23,1)	1,44	8 (61,5)	0,84
PESS (n=29)	3 (10,3)	(3,64 - 104,41)	5 (17,2)	(0,28 - 7,20)	19 (65,5)	(0,21 - 3,26)
Sexo						
Mujeres (n=29)	7 (24,1)	0,50	4 (13,8)	0,36	19 (65,5)	1,18
Hombres (n=13)	5 (38,5)	(0,12 - 2,07)	4 (30,8)	(0,07 - 1,75)	8 (61,5)	(0,30 - 4,60)
Edad						
≤ 25 años (n=30)	9 (30,0)	1,28	6 (20,0)	1,25	20 (66,7)	1,42
≥ 26 años (n=12)	3 (25,0)	(0,28 - 5,89)	2 (16,7)	(0,21 - 7,28)	7 (58,3)	(0,36 - 5,65)
Pareja						
Sí (n=10)	1 (10,0)	0,12	2 (20,0)	1,08	7 (70,0)	1,40
No (n=32)	11 (34,4)	(0,02 - 1,89)	6 (18,8)	(0,18 - 6,46)	3 (30,0)	(0,30 - 6,46)
Hijos						
Sí (n=7)	1 (28,6)	1,00	1 (14,3)	0,66	4 (57,1)	0,69
No (n=35)	10 (28,6)	(0,16 - 6,02)	7 (20,0)	(0,06 - 6,47)	12 (34,3)	(0,13 - 3,62)
Foráneo						
Sí (n=22)	7 (31,8)	1,40	6 (27,3)	3,37	16 (72,7)	2,18
No (n=20)	5 (25,0)	(0,36 - 5,41)	2 (10,0)	(0,59 - 19,15)	11 (55,0)	(0,60 - 7,90)
Evento vital en los últimos doce meses						
Sí (n=12)	4 (33,3)	1,37	5 (41,7)	6,42*	9 (75,0)	2,00
No (n=30)	8 (26,7)	(0,32 - 5,84)	3 (10,0)	(1,22 - 33,54)	18 (60,0)	(0,44 - 8,93)
Situación de convivencia						
Vive en el hogar familiar (n=19)	5 (26,3)	0,81	2 (10,5)	0,33	10 (52,6)	0,39
No vive en el hogar familiar (n=23)	7 (30,4)	(0,21 - 3,15)	6 (26,1)	(0,59 - 1,89)	17 (73,9)	(0,10 - 1,43)
Labores domésticas después de la jornada						
Sí (n=21)	7 (33,3)	1,60	6 (28,6)	3,80	15 (71,4)	1,87
No (n=21)	5 (23,8)	(0,41 - 6,19)	2 (9,5)	(0,66 - 21,59)	12 (57,1)	(0,52 - 6,75)



Funcionalidad familiar						
Disfuncionalidad (n=14)	4 (28,6)	1,00	3 (21,4)	1,25	10 (71,4)	1,61
Funcionalidad (n=28)	8 (28,6)	(0,24 - 4,13)	5 (17,9)	(0,25 - 6,22)	17 (60,7)	(0,40 - 6,46)
Ambiente laboral						
Malo (n=3)	2 (66,7)	5,80	1 (33,3)	2,28	2 (66,7)	1,12
Bueno (n=39)	10 (25,6)	(0,47 - 71,06)	7 (17,9)	(0,18 - 28,86)	25 (64,1)	(0,09 - 13,48)
Tiempo de traslado al centro de trabajo						
≥ 30 min (n=18)	6 (33,3)	1,50	7 (38,9)	14,63*	13 (72,2)	1,85
≤ 29 min (n=24)	6 (25,0)	(0,39 - 5,76)	1 (4,2)	(1,59 - 134,09)	14 (58,3)	(0,50 - 6,89)
Horas de trabajo por semana						
≥ 100 (n=15)	10 (66,7)	25,00*	4 (26,7)	2,09	9 (60,0)	0,75
≤ 99 (n=27)	2 (07,4)	(4,14 - 150,68)	4 (14,8)	(0,43 - 9,96)	18 (66,7)	(0,20 - 2,77)
Número de pacientes atendidos por día						
≥ 26 pacientes (n=18)	10 (55,6)	13,75*	6 (33,3)	5,50	10 (55,6)	0,51
≤ 25 pacientes (n=24)	2 (8,3)	(2,46 - 76,81)	2 (08,3)	(0,95 - 31,58)	17 (70,8)	(0,14 - 1,85)

MIP = Médicos internos de pregrado, PESS = Pasantes de Enfermería en Servicio Social, OR = Odds Ratio, IC 95 % = Intervalo de Confianza de 95 %, * $p < 0,05$.

Fuente: Base de datos de la investigación.

Discusión

El síndrome de *burnout* en este estudio fue más frecuente entre internos de pregrado. Los factores asociados fueron: ser foráneo; es decir, no residir permanentemente en la ciudad de Acapulco; haber padecido un evento vital en los doce meses previos al estudio, vivir en el hogar familiar junto a su núcleo filial inmediato, realizar labores domésticas después de la jornada de trabajo, referir un tiempo de traslado igual o mayor treinta minutos al centro de trabajo, laborar más de cien horas a la semana y atender veintiséis o más pacientes por día.

El síndrome de *burnout* en el estudio fue de 26,2 %, más bajo que lo reportado por otros autores que van de 33,4 a 55 %.^(8,9) En el estudio se observó que ser interno de pregrado se asocia a padecer síndrome de *burnout* y a su dominio agotamiento emocional. Esta asociación puede ser resultado de la percepción cultural de una mayor presión académica hacia las profesiones sanitarias; la práctica clínica durante el pregrado se asocia a una sobreexigencia del rendimiento profesional, aunado a la carga psicosocial del entorno.^(9,19,20,21)

A diferencia del estudio de *Guillen-Graf* y otros, en este estudio se observó que el hecho de no ser residente del lugar en donde se labora, se asoció positivamente a síndrome de *burnout* (OR 6,23; IC 95 % 1,15-3,77) mientras que aquellos participantes que vivían en el hogar familiar reducían el riesgo de presentar el síndrome (OR 0,18; IC 95 % 0,34-0,98).

Esto puede tener diversas explicaciones, por ejemplo, puede que aquellos participantes foráneos tengan una mayor presión para satisfacer sus necesidades de personales y de vivienda; mientras que aquellos que viven con su familia tienen una mayor libertad y pueden permitirse delegar el control de ciertas necesidades básicas y afectivas en su núcleo cercano.⁽²²⁾

El hallazgo de que los participantes que sufrieron algún evento vital durante el año anterior al estudio eran más propensos a presentar *burnout* (OR 5,00; IC 95 % 1,13-22,05), coincide con lo reportado por *Talih* y otros, y *Hansell* y otros; sin embargo, a diferencia de nuestro estudio, en estos se usó un período de ventana de seis meses. Esta asociación podría tener su origen en una mayor carga emocional así como un efecto del estrés postraumático.^(23,24)

Los participantes que realizaban labores domésticas después de la jornada laboral presentaban un mayor riesgo de presentar síndrome de *burnout* (OR 7,12; IC 95 % 1,30-38,7) comparados con aquellos que no las realizaban. Este resultado respalda las conclusiones de *Uhlig-Reche* y otros, y puede deberse al cansancio físico de llevar a cabo una doble jornada, la falta de descanso y relajación adecuados. Si bien, otros estudios estiman que esta asociación es más frecuente entre mujeres que entre hombres, este estudio no encontró evidencia suficiente para demostrar dicha hipótesis debido, probablemente, al reducido tamaño de la muestra.^(19,25,26)

La sobredemanda de las exigencias laborales caracterizada en este estudio por una jornada de más de 100

horas por semana (*OR* 9,14; *IC* 95 % 1,89-44,01), un número de pacientes igual o mayor a 26 personas (*OR* 5,60; *IC* 95 % 1,21-25,75) y tiempos de traslado superiores a media hora (*OR* 5,60; *IC* 95 % 1,21-25,75) se asocian a la presencia de síndrome de *burnout*. Respecto a las dimensiones, se observó que la formación clínica 19,50 (3,64-104,41); trabajar más de cien horas semanalmente (*OR* 25,00; *IC* 95 % 4,14-150,68) y atender 26 o más pacientes por jornada (*OR* 13,75; *IC* 95 % 2,46-76,81) se asoció a agotamiento emocional. Estos resultados pueden ser producto de una mayor exigencia emocional para enfrentar el trato interpersonal prolongado con pacientes, familiares, compañeros de trabajo, debido a que el personal sanitario en entrenamiento suele conformar la mayor fuerza operativa de los hospitales públicos en México. Por otro lado, haber padecido un evento vital recientemente (*OR* 6,42; *IC* 95 % 1,22-33,54) y referir tiempos de traslado al centro de trabajo de media hora o mayores (*OR* 14,63; *IC* 95 % 1,59-134,09) se asoció a despersonalización, la cual se define como el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia otros individuos. Los eventos vitales negativos tales como la muerte de un miembro de la familia o la ruptura de la cotidianidad, impactan en la experiencia de vida del sujeto y, en el contexto del personal clínico en formación, pueden modificar su conducta como una respuesta de autopreservación. Estudios previos han mostrado resultados similares a nivel general y por dimensión.^(27,28)

El estudio tiene importantes limitaciones que afectan la interpretación. En primer lugar, el pequeño tamaño de la muestra. En segundo lugar, utilizamos un diseño transversal, lo que limita cualquier inferencia causal. Tercero, existe la posibilidad de que se produzca un sesgo de deseabilidad social debido al estigma que supone informar sobre el agotamiento laboral entre personal en formación.

Finalmente, aunque las propiedades psicométricas del *Maslach Burnout Inventory* han sido analizadas previamente en personal de salud, actualmente no existe un punto de corte definido y en este estudio se adoptó el criterio más empleado en la literatura contemporánea: Todos los participantes que tenían niveles de medio a alto (bajo en el caso de RP) fueron clasificados como casos de *burnout*; mientras que fueron considerados positivos la afectación de las dimensiones si presentaban un nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización o bajo en el caso de la realización personal; sin embargo, las respuestas

psicológicas pueden divergir en función de la severidad de la afectación.

Conclusiones

El síndrome de *burnout* es una problemática a nivel mundial, los diversos factores asociados provocan en el individuo un desgaste emocional, personal y laboral, convirtiéndose en un padecimiento de alto impacto que no solo afecta a la persona que lo padece sino también a todo su sistema de trabajo y a la calidad del servicio prestado.

Los resultados de este estudio pueden emplearse como información de referencia para el desarrollo de políticas internas de atención a la salud psicosocial del novel personal sanitario, además de priorizar la creación de intervenciones para mejorar su bienestar dada la naturaleza de su trabajo. Se recomienda continuar investigando el síndrome de *burnout* en personal de salud en formación.

Referencias bibliográficas

1. Harolds J. Quality and Safety in Healthcare, Part LIV. *Clinical Nuclear Medicine*. 2019;45(1):46-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/RLU.0000000000002651>
2. Tawfik D, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair K, *et al*. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care. *Annals of Internal Medicine*. 2019;171(8):555. DOI: <https://doi.org/10.7326/M19-1152>
3. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019 [acceso 21/06/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
4. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: QD85 Burnout. 2022 [acceso 21/06/2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
5. Samra R. Brief history of burnout. *BMJ*. 2018;363:k5268. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k5268>
6. Ozturk Y. A theoretical review of burnout syndrome and perspectives on burnout models. *Bussecon*



- Review of Social Sciences. 2020;2(4):26-35. DOI: <https://doi.org/10.36096/brss.v2i4.235>
7. Rothenberger DA. Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(6):567-76. DOI: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000844>
8. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019;55:36-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
9. Shadid A, Shadid AM, Shadid A, Almutairi FE, Almutairi KE, Aldarwish T, *et al*. Stress, Burnout, and Associated Risk Factors in Medical Students. *Cureus*. 2020;12(1):e6633. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.6633>
10. Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, Vargas-Román K, Ramirez-Baena L, Ortega-Campos E, *et al*. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(2):641. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17020641>
11. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikravesh R, Seligman L, Vasa M, *et al*. Burnout During Residency Training: A Literature Review. *J Grad Med Educ*. 2009;1(2):236-42. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>
12. Jácome S, Villaquiran-Hurtado A, García C, Duque I. Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicas. *Revista Cuidarte*. 2019;10(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.543>
13. Lopes AR, Nihei OK. Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180280. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0280>
14. Smith T, Hughes K, DeJoy D, Dyal M. Assessment of relationships between work stress, work-family conflict, burnout and firefighter safety behavior outcomes. *Safety Science*. 2018;103:287-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.12.005>
15. Bagherzadeh R, Taghizadeh Z, Mohammadi E, Kazemnejad A, Pourreza A, Ebadi A. Relationship of work-family conflict with burnout and marital satisfaction: cross-domain or source attribution relations?. *Health Promotion Perspectives*. 2016;6(1):31-6. DOI: <https://doi.org/10.15171/hpp.2016.05>
16. Acosta-Ramos S, Ramirez-Martinez F, Reveles Manriquez I, Galindo-Odilon M, Estrada-Esparza S, Trejo-Franco J *et al*. Burnout syndrome and association with work stress in nursing staff in public hospital of the northern border of Mexico. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2021;35(6):571-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.002>
17. Clavelina-Gómez FJ, Ponce-Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar (versión en español). *Aten Fam*. 2010 [acceso 15/04/2022];17(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2010/af104f.pdf>
18. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. Scarecrow Education; 1997.
19. Hariharan T, Griffin B. A review of the factors related to burnout at the early-career stage of medicine. *Medical Teacher*. 2019;41(12):1380-91. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1641189>
20. González R, Bestard J, Blanco E, Elías R, Berenguer M, Aroche A. Las relaciones con el paciente en el marco institucional. *Revista Cubana de Medicina*. 2020 [acceso 17/06/2022];15(4):e1024. Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1024>
21. Hashem Z, Zeinoun P. Self-Compassion Explains Less Burnout Among Healthcare Professionals. *Mindfulness*. 2020;11(11):2542-51. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01469-5>
22. Guillén-Graf A, Flores-Villalba E, Díaz-Elizondo J, Garza-Serna U, López-Murga R, Aguilar-Abisad D, *et al*. Incremento de síndrome de burnout en estudiantes de Medicina tras su primer mes de rotación clínica. *Educación Médica*. 2019;20(6):376-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.09.003>
23. Talih F, Daher M, Daou D, Ajaltouni J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical School. *Academic Psychiatry*. 2018;42(2):288-96. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0879-x>
24. Hansell M, Ungerleider R, Brooks C, Knudson M, Kirk J, Ungerleider J. Temporal Trends in Medical Student Burnout. *Family Medicine*. 2019;51(5):399-404. DOI: <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.270753>
25. Uhlig-Reche H, Larson A, Silver J, Tenforde A, McQueen A, Verduzco-Gutierrez M. Investigation of work-life integration on burnout symptoms in women physician runners: a cross-sectional survey study. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*. 2021;7(1):e001028. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-001028>
26. Templeton K, Bernstein C, Sukhera J, Nora L, Newman C, Burstin H *et al*. Gender-Based Differences in Burnout: Issues Faced by Women Physicians. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. 2019 [acceso 21/06/2022]. Disponible en: <https://nam.edu/gender-based-differences-in-burnout-issues-faced-by-women-physicians/>

27. García-Flores R, Zárata-Camargo N, Castillo-Cruz J, Acosta-Quiroz CO, Landa-Ramírez E. Estrés percibidos asociados a la presencia de burnout en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022 [acceso 23/07/2022];60(1):12-8. Disponible en:
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4175/4322

28. Palacios-Nava ME, Paz-Román MP. Diferencia en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de burnout en médicos residentes y adjuntos. Med. segur. trab. 2019 [acceso 17/06/2022];65(255):76-86. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v65n255/0465-546X-mesetra-65-255-76.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Rosa Isela Abarca Mato, Abel Emigdio Vargas.

Curación de datos: Alfonso Dávalos Martínez, Elia Barrera Rodríguez.

Análisis formal: Alfonso Dávalos Martínez, Elia Barrera Rodríguez, Nubia Oliday Blanco García.

Investigación: Rosa Isela Abarca Mato.

Metodología: Abel Emigdio Vargas, Elia Barrera Rodríguez.

Administración del proyecto: Rosa Isela Abarca Mato.

Recursos: Faustina Morales López, Nubia Oliday Blanco García.

Supervisión: Abel Emigdio Vargas, Nubia Oliday Blanco García.


Validación: Faustina Morales López.

Redacción del borrador original: Rosa Isela Abarca Mato.

Redacción, revisión y edición: Abel Emigdio Vargas.

Copyright © 2023: Rosa Isela Abarca Mato, Abel Emigdio Vargas, Alfonso Dávalos Martínez, Elia Barrera Rodríguez, Faustina Morales López, Nubia Oliday Blanco García.

Licencia Creative Commons

	<p>Este artículo de la Revista Cubana de Salud y Trabajo está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Esta licencia permite a otros compartir el trabajo con un reconocimiento de la autoría del trabajo y la publicación inicial en esta revista (componente BY o atribución). Coincidente con la política de Acceso Abierto, no se podrán hacer usos comerciales de los contenidos publicados por esta revista (componente NC). Se permitirán las obras derivadas (remezcla, transformación o creación a partir de la obra original), siempre y cuando sean distribuidas bajo la misma licencia de la obra original (componente SA).</p>
---	--



Este artículo de la [Revista Cubana de Salud y Trabajo](#) está bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional \(CC BY-NC-SA 4.0\)](#).