



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE CENTRO NACIONAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI “DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA”**

TÍTULO

“Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos asociados en el personal de enfermería del Hospital Regional de Psiquiatría Hector H Tovar Acosta”

PRESENTA:

Dr. Antonio de Jesús Medina Alejo

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

TUTOR

Dra. Nancy Jiménez Miranda

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3601**
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MÉDICO NACIONAL, SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 00 015 034**
Registro CONDÉTICA COMBOETECA **09 CEI 033 3017982**

FECHA **Marzo, 05 de Junio de 2021**

M.E. Nancy Jimenez Miranda

PRESENTE

Tenga el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos asociados en el personal de enfermería del Hospital Regional de Psiquiatría "Hector H Tovar Acosta"** 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

R-2021-3601-076

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

Dr. Carlos Freddy Cuevas García
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

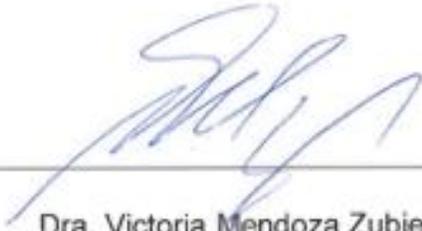
Imprimé

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

HOJA DE FIRMAS

Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos asociados en el personal de enfermería del Hospital Regional de Psiquiatría Hector H Tovar Acosta"




Dra. Victoria Mendoza Zubieta

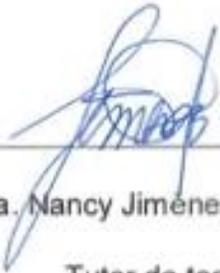
Jefe de la División de Educación en Salud

UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI


Dr. José Jesús Favila Bojórquez

Profesor titular del curso de especialización en Psiquiatría

UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI


Dra. Nancy Jiménez Miranda

Tutor de tesis

Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Psiquiatría Héctor H. Tovar Acosta"

Dedicatoria:

A Kira, la flor mas bella del Edén, que descendió del alto paraíso para iluminar mi jardín...

ÍNDICE

1. RESUMEN	8
2. MARCO TEORICO	9
2.1 Introducción	9
2.2 Antecedentes Históricos	11
2.3 Etiología y Factores Desencadenantes	12
2.4 Factores de Riesgo en Enfermería	14
2.5 Niveles clínicos de Burnout	15
2.6 Consecuencias del Burnout	16
2.7 Pruebas para medir el Burnout	17
2.8 Tratamiento	18
2.9 Prevención	19
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
5. JUSTIFICACIÓN	24
6. OBJETIVOS	25
6.1 Objetivo general	25
6.2 Objetivos específicos	25
7. HIPOTESIS DE TRABAJO	25
8. MATERIAL Y MÉTODOS	26
8.1 Tipo de estudio	26
8.2 Universo	26
8.3 Tamaño de la muestra	26
8.4 Obtención de la muestra	28
8.5 Tipo de instrumento	28
8.6 Recolección de datos	28
8.7 Procedimiento	28
8.8 Análisis estadístico	29
<i>8.8.1 estadística descriptiva</i>	29
<i>8.8.2 estadística inferencial</i>	29
8.9 criterios de inclusión	29
8.10 Criterios de exclusión	30
8.11 Criterios de eliminación	30
8.12 Variables	30

9.RECURSOS UTILIZADOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.	32
9.1 Recursos humanos	32
9.2 Recursos materiales	32
9.3 Recursos financieros	32
9.4 Factibilidad	32
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	35
12. RESULTADOS	36
13. DISCUSIÓN	57
14.CONCLUSIONES	60
15. REFERENCIAS	61
16. ANEXOS	67
16.1 ANEXO 1.Inventario de Burnout de Maslach	67
16.2 ANEXO 2. Cuestionario variables sociodemográficas	68
16.3 ANEXO 3.Consentimiento informado	69

1.- RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Burnout es un estado de agotamiento mental provocado por la vida profesional, considerado actualmente como uno de los riesgos psicosociales propios de todas las profesiones, específicamente la enseñanza, asistencia médica y sanitaria. El presente estudio pretende conocer la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría “ Dr. Héctor h. Tovar Acosta”

Objetivo: Determinar la prevalencia de síndrome de burnout en personal de enfermería en hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor H Tovar Acosta.

Material y métodos: Se realizó un estudio Descriptivo, observacional, transversal y de correlación, se incluyeron de manera no probabilística a una población de 88 enfermeras que aceptaron participar. Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) estudiando asimismo variables sociodemográficas. El análisis descriptivo fue por medio del cálculo de media y desviación estándar para variables cuantitativas y de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para el análisis inferencial primeramente se determinó las diferencias entre quienes tenían Burnout y quienes no por medio de la prueba chi cuadrada para variables cualitativas y con T de Student para variables cuantitativas; posteriormente a las variables que mostraron significancia se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Únicamente la escolaridad técnica ($r=0.340$, $p=0.001$), el ser casado ($r=0.340$, $p=0.001$), tener hijos ($r=0.333$, $p=0.002$), un mayor número de hijos ($r=-0.226$, $p=0.034$), tener un puesto de técnico en enfermería ($r=0.440$, $p<0.001$), un mayor número de años de antigüedad laboral ($r=-0.751$, $p<0.001$) se correlacionaron significativamente con el Burnout.

Conclusiones: La prevalencia de Burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría “ Dr. Héctor h. Tovar Acosta” fue del 69.3%.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCION

El Síndrome de Burnout, también conocido como desgaste profesional, o síndrome de quemarse en el trabajo, se define como un estado de agotamiento mental provocado por la vida profesional. ⁽¹⁾ Es considerado actualmente como uno de los riesgos psicosociales propios de todas las profesiones, pero especialmente suponen un alto grado de motivación y de forma más específica, las vinculadas a los servicios como la enseñanza, la asistencia médica y sanitaria, la ayuda psicológica y otras formas de servicios a las personas con necesidades físicas, emocionales o formativas.⁽²⁾ El agotamiento profesional con frecuencia es la consecuencia de un alto estrés combinado con altos ideales ⁽³⁾

Se ha comprobado la relación entre el síndrome de burnout y diversos problemas de la salud, y se ha observado que las personas con síndrome de burnout pueden presentar enfermedades y padecimientos relacionados con el estrés, tales como trastornos cardiovasculares, enfermedades psicosomáticas entre otros. Igualmente, se sabe que el desgaste profesional se encuentra asociado a una baja productividad, un mayor ausentismo y mayores intenciones de abandonar la organización. De manera similar, el agotamiento se asocia con tasas más altas de síndrome de fatiga crónica, trastornos del sueño, síntomas emocionales como agotamiento emocional, sensación de desesperanza, autoestima baja, ansiedad, depresión, irritabilidad, cinismo, abuso de sustancias (nicotina, alcohol, otras sustancias), trastornos de la conducta alimentaria, depresión y suicidio ^{(1),(4)} Al producirse todo ello en profesionales muy vinculados al bienestar y a los servicios, el resultado es más grave en cuanto que puede propiciar el deterioro de las prestaciones sociales y de la misma calidad de vida. ⁽²⁾

El síndrome de burnout, es un trastorno psicológico que surge como consecuencia del estrés crónico percibido⁽²⁴⁾ cuando los mecanismos de adaptación ante situaciones de estrés sostenido fracasan. Los recursos del trabajador son insuficientes ante las demandas de la actividad física o mental, de modo que

aparece una especie de cansancio crónico que deteriora la vida laboral del trabajador. ⁽⁵⁾

El término desgaste profesional o síndrome de burnout se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo como es el caso del personal médico, enfermero y demás trabajadores del área de la salud. ⁽⁶⁾

El síndrome de burnout se conceptualiza como un constructo tridimensional que se caracteriza por un desgaste emocional (sensación de falta de energía y desgaste crónico), despersonalización (actitud de deshumanización o desinterés hacia la persona a la que se le brinda el servicio) y falta de realización personal (tendencia a devaluarse negativamente y a sentirse descontento e insatisfecho con los resultados laborales).^{(1) (5)}

El agotamiento emocional se describe como el sentirse sobrecargado de trabajo, y se puede describir una sensación de no tener nada más para dar. La incapacidad de mostrar compasión como resultado del agotamiento emocional conduce a una angustia mental significativa ⁽¹⁾

El segundo constructo implica un estado de despersonalización. Es decir, el volverse insensible en respuesta a los demás. El aspecto de la despersonalización puede predisponer fuertemente a efectos negativos sobre la profesionalidad. ⁽¹⁾

El tercer constructo implica una disminución del sentido de realización personal, como el sentirse incompetente, ineficiente e incapaz de completar las tareas durante el trabajo. Las emociones que acompañan con frecuencia al agotamiento pueden incluir sentir una falta de control o una falta de satisfacción en su trabajo ⁽¹⁾

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Este concepto surge en Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta con Herbert Freudenberger en el año 1974 durante su trabajo con drogadictos, observando que muchos de sus pacientes miraban fijamente sus cigarrillos hasta que se quemaban,⁽¹⁾ y explica el deterioro en la atención de las organizaciones de los servicios de voluntariado, sanitaristas, de servicios sociales y educativos que habían proliferado en Estados Unidos a partir de los años 60. Más tarde lo define como el resultado de desgastarse por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables. El síndrome de quemarse es una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como el encontrarse emocionalmente agotado.⁽⁶⁾

El diario *La Nación* informó el 30 de Abril del 2001 que, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los problemas psicológicos causados por el trabajo se han incrementado; que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés y cansancio, que algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización. En Argentina, se calcula que el número de personas afectadas sería similar. En el Reino Unido, casi tres de cada diez trabajadores sufren problemas de salud mental, según reporta el informe *Investigaciones sobre el estrés en el trabajo*, hecho por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SNC) en Septiembre de 2000, el estrés laboral afectaba a un tercio de los trabajadores.⁽⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el “Burnout”, es un síndrome que se ha transformado en un grave problema de salud pública,⁽⁶⁾ declarando al síndrome de burnout el 28 de Mayo del 2019 como “un fenómeno ocupacional”⁽²⁹⁾. Sin embargo en instituciones de salud, ciertos estudios relacionados con este tema han revelado cómo sus consecuencias de quien padece este síndrome pueden ser graves y además pueden afectar a sus familiares y a la empresa, y que se revierten en un desempeño profesional inadecuado.⁽⁶⁾

Actualmente se reconoce en los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, (código Z73.0) en el apartado de problemas relacionados con dificultades con el modo de vida ⁽¹⁾

Las sociedades médicas y de enfermería de EE.UU. publicaron un llamado a la acción en 2016. ⁽⁸⁾

2.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES DESENCADENANTES.

El agotamiento afecta no solo al individuo, sino también a su entorno familiar, el entorno laboral inmediato y el sistema de atención médica en su conjunto ⁽¹⁾

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multifactorial y muy variable, se proponen diversas causas, entre ellos factores personales, laborales, sociales y ambientales.

La edad: aunque parece no tener gran influencia en la aparición del síndrome, es probable que en los primeros años del ejercicio profesional, durante el proceso de adaptación sea más vulnerable por el pensamiento idealista ante un contexto real de recompensas personales y económicas ^{(9) (10)}

El sexo: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo; en otros estudios se a relacionado a la mujer como el grupo más vulnerable, debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. ^{(9) (10)}

Horas trabajadas: Existe una fuerte correlación entre el síndrome de burnout y el número de horas trabajadas por semana. A mayor cantidad de tiempo laborando, mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout. ⁽¹⁾

Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas; El síndrome de burnout se ha asociado más con las personas que no tienen pareja estable, sin embargo también

se ha encontrado en personas solteras mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización. ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

Personalidad: Existen algunas características psicológicas y cualidades personales que se han sido consideradas tradicionalmente como importantes: dedicación, responsabilidad, altruismo, independencia y perfeccionismo, algunas de estas características idealmente también las deben de poseer las enfermeras. ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

Cierto tipo de personalidades son más susceptibles; Por ejemplo aquellas personas extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional. ⁽¹⁾

Inadecuada formación profesional: Por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va desarrollar el trabajo. ⁽⁹⁾

Factores laborales o profesionales: Los problemas de tiempo por sobrecarga de trabajo con disminución e incluso pérdida de posibilidad de participación en vida social y familiar, con desequilibrio entre carrera, familiar y crecimiento personal; Condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación cuasi díada médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud, asimismo, la dedicación extrema para brindar una atención excepcional al paciente puede restar valor a las actividades personales y profesionales esenciales que promueven y mantienen el bienestar. ⁽¹⁾⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾

Profesionales de la salud: Los profesionales de la salud no solo tienen un alto riesgo de desarrollar agotamiento, sino que también tienen un riesgo desproporcionadamente mayor que otros trabajos estresantes que se centran en el servicio público ⁽¹⁾

Factores sociales: El desarrollo de una sociedad y de medios de comunicación que genera que el desempeñar el trabajo sea visto bajo la mirada crítica de todo el mundo, facilitando -por ejemplo- que el médico sea visto fluctuando entre la virtud y la ignominia, competencia de su reputación profesional, creando una necesidad de ser un profesionalista de prestigio para tener una alta consideración social, familiar y un alto estatus económico, todo esto genera estrés y una sensación de falta de reconocimiento y en ocasiones falta de retribución adecuada de su trabajo. ^{(9) (10)}

Factores ambientales: Cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos etc. ⁽⁹⁾

2.4 FACTORES DE RIESGO EN ENFERMERIA

En el sector de la salud, las actividades de las enfermeras se caracterizan por tener uno de los niveles más altos de estrés, desde las características físicas de la actividad de enfermería hasta los efectos del estrés psicosocial y los conflictos de roles. ⁽⁴⁾ De manera alarmante, la organización mundial de la salud en el 2016 estimó un déficit global de aproximadamente 7.6 millones de enfermeras para el 2030. ⁽²⁹⁾

El estrés puede encontrarse a diferentes niveles, por ejemplo: a nivel individuo, el entrelazamiento del trabajo en la vida privada y los conflictos de roles.

Ejemplos de fuentes de estrés a nivel ocupacional son la sobrecarga de trabajo, incertidumbre en diagnóstico y tratamiento, afrontar las crisis de pacientes y familiares, la muerte, los moribundos, la dolencia de la enfermedad, el contacto con pacientes agresivos o psiquiátricos; la expectativa de un desempeño impecable.

Ejemplos de estrés en el lugar de trabajo: carga desigual, falta de materiales o equipo, autonomía limitada y la planificación del trabajo, falta de libertad, exclusión en la toma de decisiones, tareas que parecen inalcanzables, cargas administrativas, manifestaciones agresivas de los pacientes y sus familiares y mala comunicación dentro del grupo.

La duración del trabajo y la naturaleza del horario también suelen ser determinantes para la organización; especialmente debido a la alteración del ritmo circadiano. Entre las fuentes de estrés social se suele considerar la falta de respeto y reconocimiento. Hasta el 93% de las enfermeras sienten que su trabajo no se valora adecuadamente. ⁽⁴⁾

Una revisión sistemática cuantitativa de la literatura sobre violencia de enfermería que incluye un total de 136 artículos que proporcionan datos sobre 151,347 enfermeras de 160 muestras, reveló que alrededor de un tercio de las enfermeras en todo el mundo indicaron estar expuestas a violencia física y acoso, alrededor de un tercio reportaron lesiones, mientras que un cuarto experimentó acoso sexual y alrededor de dos tercios indicaron violencia no física. ⁽¹¹⁾

2.5 NIVELES CLÍNICOS DE BURNOUT

Leve: En sus formas leves puede existir solamente dificultad al levantarse en la mañana, fatiga y quejas somáticas inespecíficas. ^{(12) (13)}

Moderado: Se agregan manifestaciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, problemas gastrointestinales, insomnio, alteraciones dermatológicas, aislamiento, suspicacia, cinismo, así como perspectivas negativas del trabajo y de los compañeros ^{(12) (13)}

Severo: Al presentarse de forma severa puede facilitar el consumo de alcohol, drogas psicotrópicas o narcóticos y aparecer alteraciones de alimentación, mal humor, cinismo, irritabilidad, ansiedad, actitudes agresivas y defensivas y generar ausentismo, retardos y falta de rendimiento laboral. ^{(12) (13)}

Extremo: En situaciones extremas o al coexistir con depresión puede manifestarse por aislamiento, agorafobia, ataques de pánico, angustia extrema, incluso con riesgo suicida. ^{(12) (13)}

2.6 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El agotamiento del médico es costoso, y no solo en términos de la posibilidad de un mayor error médico. El síndrome de agotamiento se asocia con un mayor riesgo de suicidio, así como con el abuso de sustancias, y puede contribuir a la inestabilidad de la infraestructura de atención médica al fomentar una mayor rotación, una jubilación anticipada y una disminución en el porcentaje del esfuerzo profesional. ⁽³⁾

El agotamiento tiene efectos negativos no solo en la salud de los empleados, sino también en la salud de los pacientes ⁽⁸⁾

El agotamiento aumenta la rotación de empleados, lo que a su vez aumenta el estrés de los demás empleados en el sentido de un círculo vicioso. Los costos de personal aumenta y la productividad disminuye porque faltan empleados experimentados y deben ser reemplazados. El clima laboral y la calidad de la atención que perciben los empleados y los pacientes se deterioran. ⁽⁸⁾

Para los afectados, el agotamiento aumenta el riesgo de síntomas de estrés postraumático, abuso de alcohol e incluso fantasías suicidas. ⁽⁸⁾

Las consecuencias adicionales del agotamiento incluyen atención clínica deficiente, aumento de errores, insatisfacción del paciente, interacciones disfuncionales entre colegas, contagio del agotamiento, abuso de sustancias / automedicación, depresión y suicidio.

Si bien el suicidio es su último resultado trágico, el agotamiento es una condición compleja que tiene muchas consecuencias. ⁽¹⁴⁾

2.7 PRUEBAS PARA MEDIR EL SÍNDROME DE BURNOUT.

Las quejas de agotamiento se miden mediante escalas de autoevaluación. Esto registra el alcance subjetivo de las quejas ⁽⁸⁾

En la década de 1980, Maslach y Jackson desarrollaron un cuestionario para medir el agotamiento, llamado Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de 22 ítems, divididos en 3 secciones, cada una de las cuales se enfoca en 1 de los 3 constructos críticos del agotamiento ⁽¹⁾, y emplea un sistema de respuesta que puntúa la frecuencia con que el sujeto experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Utilizando un sistema de puntuación con 7 opciones de respuesta (escala de likert de 0 a 6), desde nunca a diariamente. ^{(15) (16) (17)}

Existe una versión de esta escala destinada para el personal de salud, el cual es el Inventario de Burnout de Maslach para profesionales de servicios humanos (Human Service Survey) ⁽³²⁾

El agotamiento Emocional (AE): se evalúa con las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; su puntuación es directamente proporcional al grado de burnout. ⁽¹⁷⁾

La Despersonalización (DP): con las preguntas de 5, 10, 11, 15 y 22, de igual manera es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. ⁽¹⁷⁾

La Realización Personal (RP): se conforma con las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout; a menor puntuación mayor grado de burnout. ⁽¹⁷⁾

Las puntuaciones de cada escala se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems, la relación entre puntuación y grado de burnout es dimensional, es decir como punto de corte no hay un acuerdo general entre los autores, sin embargo en la mayoría se ha utilizado el punto corte dividiendo el puntaje total en tres ramos que definen un nivel de burnout experimentado como: ⁽¹⁷⁾

Bajo Burnout: Implica bajo cansancio emocional, baja despersonalización y alto logro personal. ⁽³⁰⁾(AE = ó < 18; DP = ó < 5; RP = ó > 40). ⁽¹⁷⁾

Medio Burnout: Implica medio cansancio emocional y/ o media despersonalización y/ o medio logro personal. ⁽³⁰⁾(AE 19-26, DP 6-9, RP 34-39) ⁽¹⁷⁾

Alto Burnout: Implica alto cansancio emocional y/ o alta despersonalización y / o bajo logro personal. ⁽³⁰⁾(AE = ó > 27, DP = ó > 10, RP = ó < 33). ⁽¹⁷⁾

Para un diagnóstico preciso del síndrome de burnout, se requieren puntuaciones altas en subescalas de cansancio personal y despersonalización, y puntuación baja en realización personal. ⁽³¹⁾

Existen también otras escalas, como el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) entre otros. Las diferentes escalas y “límites” hacen que sea difícil evaluar un grado “normal” de burnout y hacer una comparación entre diferentes grupos ocupacionales o países. ⁽⁸⁾

2.8 TRATAMIENTO

Abordar el síndrome de burnout requiere intervenciones no solo a nivel sistémico/ organizacional, sino también a nivel individual; se ha demostrado que ambos logran reducciones clínicamente significativas en el burnout. ⁽¹⁾

La primera vía crítica de tratamiento debe tener lugar a nivel organizacional: las organizaciones deben reconocer y reconocer que el burnout es una crisis potencial que amenaza el sistema de atención médica.

Las organizaciones deben desarrollar y publicitar programas de asistencia a los empleados que sean anónimos y estén administrados por proveedores de atención médica con experiencia en el trato con personal agotado.

Los programas de manejo del estrés deben estar fácilmente disponibles y accesibles, no solo durante las horas libres, sino también durante la jornada laboral. El personal debe utilizar el tiempo de descanso programado para descomprimir, en lugar de apretujar a más pacientes y realizar tareas

administrativas abrumadoras. Los supervisores de todos los niveles deben ser asesorados e informados sobre los síntomas y signos del agotamiento y, una vez reconocidos, deben abordarlos de inmediato de manera positiva y no punitiva.

Se deben fomentar las reuniones periódicas con el personal y el liderazgo para discutir los objetivos, los horarios, las tareas administrativas y la equidad del trabajador.

Un ambiente de trabajo y una cultura organizacional positivos pueden reducir el estrés, aumentar la satisfacción laboral y, por lo tanto, reducir la prevalencia del agotamiento.

2.9 PREVENCIÓN

La prevención del agotamiento es fundamental porque la prevención es más barata, más segura y es menos probable que tenga consecuencias posteriores que lidiar con el agotamiento una vez que se desarrolla ⁽¹⁾

En relación con la prevención y el tratamiento del burnout, el primer paso es explorar que factores son los principales responsables del desarrollo del grupo de síntomas del grupo ocupacional dado. Por tanto, la investigación tiene un papel importante que desempeñar para facilitar el desarrollo de métodos, soluciones y estrategias adecuados. Durante los últimos 40 años, la investigación ha acumulado una gran cantidad de conocimientos sobre los factores predisponentes de la personalidad y los factores relacionados con el agotamiento que se puedan capturar en los niveles organizacional e institucional. Al mismo tiempo, esta evidencia ayuda, pero junto con su diversidad, hace que sea algo más difícil desarrollar una estrategia integral para prevenir y tratar el agotamiento. ⁽¹⁾

La prevención de los problemas del burnout es posible en todos los niveles en los que ocurren; es decir, a nivel individual, profesional, laboral, social y de política sanitaria. Cabe destacar que el proceso de desarrollo del síndrome de burnout puede detenerse y revertirse en cualquier momento. Afortunadamente, también se pueden encontrar sugerencias específicas para la prevención. ⁽⁴⁾

La prevención centrada en el individuo tiene la tradición y la literatura más amplia ⁽⁴⁾, estos son; el ser consciente de sí mismo y estar atento al potencial de agotamiento, El desarrollo de seminarios psicoeducativos sobre los síntomas del síndrome de burnout con orientación hacia los recursos adecuados puede ser un primer paso esencial para aquellos que se ven afectados pero que no reconocen la enfermedad o los síntomas en sí mismos. ⁽³⁾ Asimismo, el cuidado del estado de salud física y mental, ya que la salud es esencial para brindar una atención excepcional a los pacientes. ⁽⁴⁾

Los hábitos higienicos como el ejercicio deben ser parte de la rutina. Esto puede ser tan simple como dar un largo paseo durante el almuerzo o después de cenar con familiares o amigos. El cuidado personal significa mantenerse conectado con familiares y amigos. Socializar, reír y relajarse de forma rutinaria ayudará a mejorar la vida personal diaria y también la vida profesional. Tomar tiempo de vacaciones es fundamental. Múltiples estudios han demostrado que las vacaciones dan como resultado un individuo recargado que es más productivo en el trabajo al regresar. Durante las vacaciones, es importante desconectarse del trabajo.⁽¹⁾

La prevención centrada en el individuo toma vital importancia, pero debe tenerse en cuenta que puede enviar un mensaje a las enfermeras que el burnout es el resultado de sus responsabilidades, mal funcionamiento, deficiencias y manejo inadecuado del estrés. ⁽⁴⁾ No obstante, esto dista de la realidad.

Un alto nivel de autoconocimiento protege contra el desarrollo del síndrome de burnout. La capacidad de reconocer fuentes de estrés, el propio estado emocional, los posibles prejuicios y los “puntos ciegos espirituales” son especialmente importantes. El autoconocimiento se puede desarrollar de varias formas, tanto individualmente como en grupos, tanto verbal como no verbalmente, asimismo, la reestructuración cognitiva suele ser un adecuado recurso utilizado de manera individual. ⁽⁴⁾

A nivel organizacional o laboral, a menudo es impensable sin la ayuda del lugar del trabajo. La responsabilidad del empleador es proteger al empleado de un mayor estrés. Un paso esencial en esto es evaluar el riesgo de estrés, identificar a los involucrados, mapear los factores que desencadenan el estrés, desarrollar

soluciones para prevenir daños y tomar las medidas necesarias. El seguimiento del estado mental de las enfermeras y la evaluación de los riesgos psicosociales presentes en el lugar de trabajo puede ser realizado por el psicólogo o el especialista en higiene mental. ⁽⁴⁾

El lugar de trabajo puede actuar como factor solidario y protector frente al síndrome de burnout, si se promueve el sentimiento de la importancia de su trabajo y profesión en los empleados, crea las condiciones para la autonomía de los empleados, así como la posibilidad de desarrollo profesional. Además, darle importancia al papel de la gerencia de enfermería en el aumento de la satisfacción laboral y la prevención del burnout, enfatizando la participación en la toma de decisiones. ⁽⁴⁾

El bajo nivel de estima social y el bajo nivel de vida resultante, así como la tensión física y emocional que amenaza a los profesionales de la salud con el agotamiento, es decir; el completo agotamiento físico y mental, influyen en el desarrollo de la escasez de enfermeras. El agotamiento puede provocar depresión y enfermedades psicosomáticas, y cuando se agota, una persona puede volverse incapacitada y autodestructiva. Por lo anterior, la prevención y el tratamiento del desgaste profesional de los profesionales de la salud y la prestación de una atención de calidad son de interés para nuestra sociedad en su conjunto. ⁽⁴⁾

El síndrome de burnout se desarrolla durante años y décadas. Su proceso puede intervenir con éxito en cualquier momento y a cualquier nivel. En esto, el autoconocimiento de los profesionales, la adecuada valoración de su propia condición y el coraje para buscar ayuda son de suma importancia. Los psicólogos pueden contribuir a la prevención y el tratamiento del burnout en una variedad de entornos y formas, y además del trabajo práctico, la capacitación adicional y la publicación de materiales profesionales también pueden desempeñar una papel importante.

3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de Síndrome de Burnout y su asociación con factores sociodemográficos en el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H Tovar Acosta”?

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de burnout, o también conocido con síndrome de quemarse en el trabajo, o de desgaste emocional, se define como una respuesta al estrés laboral crónico. ⁽⁶⁾ Es un síndrome tridimensional con signos y síntomas característicos agrupados en 3 dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización del trabajo es una respuesta crónica al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, al propio personal y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Está enmarcado dentro de las enfermedades de riesgo profesional. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾ Ha sido ampliamente estudiado en los campos académico y profesional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el síndrome de burnout es una enfermedad ocupacional que puede afectar a los trabajadores en muchos sectores ocupacionales ⁽²⁰⁾

Actualmente está considerado como un grave problema social y de salud pública que afecta a miles de trabajadores. Es considerado actualmente como uno de los riesgos psicosociales propios de todas las profesiones ⁽⁶⁾ Se asocia a un inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que afecta la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye así la eficiencia en sus labores. Esta entidad se descubrió hace varios años en distintas profesiones, como policías, profesores, trabajadores sociales, etc.⁽⁷⁾ Practicamente todas las personas de cualquier profesión pueden padecerla. ⁽²³⁾ Sin embargo, se ha observado que tal respuesta ocurra con mayor frecuencia en los profesionales de salud y en las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de

los servicios ⁽⁶⁾ teniendo mayores repercusiones en las distintas especialidades del área médica. ⁽¹¹⁾

La prevalencia de síndrome de burnout es de 13-27% en la población activa. La bibliografía revisada muestra que los empleados del sector sanitario tienen un mayor riesgo de padecer este síndrome.

Entre médicos generales y especialistas (entre 43-35%) a nivel mundial en médicos generales, y hasta de un 22 a 60% en especialistas. Ciertos grupos como médicos residentes la prevalencia va del 47 al 76%. Al 69%, asimismo, en el sector enfermería la prevalencia va del 26 al 50%. Todos estos últimos se consideran especialmente grupos vulnerables. ⁽²⁰⁾ además refieren que la probabilidad del elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa en la vida familiar, además de la sobrecarga laboral, el riesgo de tener logros personales bajos se relaciona en las personas con baja satisfacción de recompensa profesionales. ⁽⁹⁾

El síndrome de burnout tiene costos; a nivel individual como atención subóptima al paciente, demandas, trastornos del sueño, sedentarismo, obesidad, enfermedades médicas, trastornos psiquiátricos, y riesgo duplicado de ideación suicida. Además, costos para las instituciones, tales como disminución de la productividad, ausentismo, pensión por incapacidad, sustitución de personal agotado, con costos económicos. ^{(25) (26) (27)}

En un intento de asociar el impacto económico del burnout, Sasha Han et. Al. (2019) realizan un análisis de costes-consecuencias mediante modelo matemático, En una población hipotética de médicos en Estados Unidos, estimando un coste de 4,6 mil millones de dólares en un año, con un coste individual (por médico con síndrome de burnout) de 7,600 dólares por año. ⁽²⁸⁾

Una de las dificultades para el diagnóstico apropiado del síndrome de burnout es que no existe una definición aceptada universalmente para el mismo, pero en la gran mayoría de los investigadores coinciden en que se trata de un estado de estrés laboral crónico. ⁽¹¹⁾

Con este estudio, se pretende conocer el estado actual del síndrome de burnout en el personal de enfermería del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta, con la finalidad de resaltar la importancia de la prevención e intervención temprana en dicha unidad, de esta manera se tendrá una idea generalizada de cómo se comporta este fenómeno y que tan frecuente es.

5.- JUSTIFICACION

En una revisión sistemática realizada en el 2019, con una población de n = 868 enfermeras de salud mental son 25% para alto agotamiento emocional, 15% para despersonalización y 22% para baja realización personal. ⁽²¹⁾ Asimismo, en un metaanálisis realizado con 113 estudios en el año 2020 , en una población de 45,539 enfermeras, encuentra una prevalencia global de agotamiento de 11.23%, y una prevalencia en América latina y el caribe del 10.51%. ⁽²⁹⁾

En el 2009, Avila Romero determina el nivel de burnout en personal de enfermería psiquiátrica en el Hospital psiquiatrico la salud Tlazolteotl, encontrando niveles III y II de burnot en dicho personal. ⁽²²⁾

Dadas las características y demandas específicas que los pacientes presentan en unidades psiquiátricas, asimismo el nivel de interacción que presenta el personal de enfermería con dichos pacientes, denota la importancia de determinar el síndrome de burnout, en búsqueda de factores que modificables para el desarrollo de síndrome de burnout, tanto para intervenciones tempranas así como la prevención.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de síndrome de burnout en personal de enfermería en Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H Tovar Acosta.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de acuerdo al Cuestionario de Burnout de Maslach en personal de enfermería que labora en el hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor H Tovar Acosta.
- Identificar qué características sociodemográficas se presentan con más frecuencia en el personal de enfermería con síndrome de burnout
- Asociar que características sociodemográficas se presenten como posibles factores de riesgo que predisponen a síndrome de burnout en personal de enfermería en hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor H Tovar Acosta.

7. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

7.1 HIPOTESIS H1

La prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Hector H. Tovar Acosta” es similar a lo referido en la literatura., de aproximadamente 25%.

7.2 HIPOTESIS NULA H0

La prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” es menor a la literatura reportada. (menor al 25%.)

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, observacional, transversal y de correlación.

Observacional: Ya que el investigador no realizó intervenciones.

Descriptivo: Debido a que no se asignó grupo de control, asimismo ya que se estimó la frecuencia del síndrome de burnout y se buscaron asociaciones entre los datos que se obtuvieron

Transversal: Debido a que se realizó una sola observación con toma de datos en un unico momento del tiempo.

Correlacional: Ninguna de las variables estudiadas fué manipulada.

8.2 UNIVERSO

Personal de enfermería que labora en hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor H Tovar Acosta, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

8.3 TAMAÑO DE MUESTRA

El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que no se tuvo la misma probabilidad que todos los individuos del universo fuesen seleccionados, y no se contó con un marco de muestreo (listado de todos los elementos que conforman el personal de enfermería) a conveniencia, debido a la accesibilidad de los participantes, asimismo el periodo de tiempo para la recolección de datos e interpretación de estos. La estimación del tamaño para una población de 92 personas que laboran como personal de enfermería, con una seguridad del 95%, y una precisión del 5% tomando en cuenta que en estudios previos se ha reportado una prevalencia, del 25%.

La fórmula utilizada para determinar la proporción de la muestra corresponde a la de población finita; ya que se conoce el total de la población que trabaja en enfermería dentro del Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Hector H. Tovar Acosta.

$$\frac{(N)(Z^2_{\alpha})(p)(q)}{(d^2)(N - 1) + (Z^2_{\alpha})(p)(q)}$$

- ❖ N (población de estudio) = 92
- ❖ z^2_{α} (seguridad deseada del 95 %) = 1.96
- ❖ p (proporción esperada) del 50%= 0.5
- ❖ q (igual a 1 – p) = 0.50
- ❖ d (precisión esperada) = 0.05

$$n = \frac{(92) (1.96^2) (0.50) (0.50)}{(0.05^2) (92-1) + (1.96^2) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{(92) (3.8416) (0.50) (0.50)}{(0.0025) (91) + (3.8416) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{88.3568}{0.2275 + 0.9604}$$

$$n = \frac{88.3568}{1.1879}$$

$$n = 74.3568$$

$$N = 75$$

Proporción esperada a pérdidas: 15%

Muestra ajustada a pérdidas: 88

8.4 OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Personal de de enfermería que se encuentre laborando en el Hospital Regional Psiquiatrico Dr. Héctor H. Tovar Acosta en el periodo del mes de Julio del año 2021.

8.5 TIPO DE INSTRUMENTO

Aplicación al personal de enfermería la encuesta de datos sociodemográficos y el cuestionario de burnout de Maslach y Jackson, (MBI por sus siglas en inglés) validado en su versión al español, que consta de 22 ítems que evalúan tres variables del síndrome de burnout; cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

8.6 PROCEDIMIENTO

Se envió protocolo por el comité de educación, una vez aprobado, y obtenido registro de protocolo, con número de folio R-2019-3601-238, se encuestó al personal de enfermería, aplicando el cuestionario de burnout de Maslach, una vez obtenidas las muestras se procedió a la revisión de las mismas para llevar a cabo el análisis del estudio con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20.2 para realizar la estadística básica.

8.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se entregó de manera personal el cuestionario de burnout de Maslach, encuesta de datos sociodemográficos y consentimiento informado en el periodo de Julio del 2021. Una vez corroborado el llenado adecuado de el cuestionario de Maslach, datos sociodemograficos y consentimiento se procedió a la recopilación de información.

8.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

una vez obtenida la información en el cuestionario de burnout de Maslach, instrumento utilizado en esta investigación, se tabularon y graficaron los datos en el programa computarizado IBM SPSS Statistics versión 20.0 para su análisis estadístico, asimismo para la recolección de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel para Mac versión 16.47.

8.8.1 Estadística descriptiva

Se realizó estadística descriptiva obteniendo frecuencia y demás medidas de tendencia central, tales como media, mediana, modo, varianza y desviación estandar de algunas variables sociodemograficas, asi como la incidencia de cada una de las fases del síndrome de Burnout a partir del modelo de Leiter y Maslach.

8.8.2 Estadística inferencial

Se determinó primero las diferencias entre quienes tenían síndrome de Burnout y quienes no lo padecen por medio de la prueba chi cuadrada para variables cualitativas y con T de Student para variables cuantitativas.

Se realizaron correlaciones de Pearson entre las siguientes variables: Síndrome de Burnout (desgaste emocional, despersonalización, insatisfacción) y algunas variables sociodemograficas con el objetivo de determinar la existencia de relación entre ellas.

8.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

*Personal de enfermería que laboren en el hospital regional de psiquiatría Dr. Héctor h. Tovar Acosta.

*Personal de enfermería que se encuentre trabajando en un tiempo de 6 meses o más.

*Personal de enfermería que acepte participar en el estudio.

8.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- *Personal ajeno al cuerpo de enfermería.
- *Personal de enfermería que se encuentre trabajando en un periodo menor de 6 meses
- *Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones durante el periodo de Julio del 2021
- *Personal de enfermería que se encuentre de permiso durante el periodo de Julio del 2021
- *Personal de enfermería que se encuentre de incapacidad durante el periodo de Julio del 2021
- *Personal de enfermería que no conteste consentimiento bajo información
- *Personal de enfermería que no acepte participar

8.11 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- *Personal de enfermería que presente cuestionarios incompletos de más del 20% sin contestar.

8.12 VARIABLES

Variable dependiente (efecto): Síndrome de Burnout.

Variables independientes (causa): Edad, género, estado civil, numero de hijos, Puesto, turno laboral, horas trabajadas por semana, antigüedad laboral.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Síndrome de de Burnout	Estado psicológico tras periodos crónicos de exposición a estrés, se caracteriza por 3 dimensiones: a) cansancio emocional b) Despersonalización c) Baja realización personal	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) con puntuaciones en las escalas de:cansancio emocional >26, despersonalización >9, realización personal <34	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Cansancio emocional	Pérdida progresiva de las energías vitales y desproporción entre el cansancio experimentado y el trabajo realizado	Subescala que consta de 9 ítems. Bajo: 1-18 Medio: 19-26 Alto 27 o más	Cualitativa nominal	1.- Bajo 2.- Medio 3.- Alto

Despersonalización	Pérdida de preocupación por el paciente y respuestas distantes y cínicas hacia las personas a las que se les presta el servicio	Subescala que consta de 5 ítems. Bajo: 1-5 Medio 6-9 Alto 10 o más	Cualitativa nominal	1.- Bajo 2.- Medio 3.- Alto
Realización personal	Autoevaluación del propio trabajo y sensación de logro personal.	Subescala que consta de 8 ítems. Bajo 1 a 33 Medio 34 a 39 Alto:40 o más	Cualitativa nominal	1.- Bajo 2.- Medio 3.- Alto
Edad	Periodo comprendido desde el nacimiento de un individuo. Se mide en tiempo	Años de existencia que posee una persona.	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Sexo	Condición de índole orgánica que permite diferenciar a un ser humano entre hombre y mujer.	Género del encuestado.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Nivel máximo de estudios	Máximo nivel de estudios realizados, concretados, sin contar estudios provisionales o informales.	Grado académico máximo logrado	Cualitativa ordinal politómica	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Especialidad 7. Maestría 8. doctorado
Estado Civil	Situación jurídica de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que le imputan ciertos derechos y deberes.	Situación civil del encuestado.	Cualitativa nominal	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Divorciado/a 6. Separado/a
Numero de hijos	Numero de descendientes de un hombre y/o una mujer.	Numero de hijos	Cuantitativa continua	Numero de hijos
Puesto	Tareas que componen un trabajo y de las habilidades, conocimientos, capacidades y responsabilidades requeridas del trabajador para su adecuado ejercicio y que diferencian el trabajo de todos los demás	Cargo que ocupa el encuestado	Cualitativa nominal	1.- Técnico en enfermería 2.- Licenciatura en enfermería 3.- Enfermero/a especialista en Psiquiatría 4.- Otro (enfermero/a especialista en otra disciplina)
Turno laboral	Se define como turno a toda forma organización del trabajo en equipo en la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo	Horario en que labora el encuestado	Cualitativa nominal	1.- matutino 2.- vespertino 3.- Nocturno 4.- Jornada acumulada 5.- Mixto

	determinado de días o de semanas.			
Horas trabajadas por semana	Se define como el cómputo de horas que un trabajador destina al desempeño de su trabajo en una semana.	Horas trabajadas por semana del encuestado	Cuantitativa continua	- Numero de horas
Antigüedad laboral	Es el tiempo que una persona ha permanecido laborando para una organización pública o privada	Años trabajando	Cuantitativa continua	- Número de años

9. RECURSOS UTILIZADOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

9.1 Recursos humanos:

- Un investigador quien es médico residente del cuarto año en el curso de especialidad médica en psiquiatría
- Un asesor teórico y metodológico

9.2 Recursos materiales

- Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta
- 2 paquetes de 500 hojas blancas
- Paquete de 10 bolígrafos
- Computadora personal

9.3 Recursos financieros

- No se requieren recursos financieros adicionales

9.4 Factibilidad

- El estudio fue factible, ya que el procedimiento se realizó en dicha instalación, se aplicaron y calificaron encuestas por personal calificado, y no se requirieron recursos financieros adicionales.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo: “ de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” Capítulo I:

Durante este estudio se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Durante la investigación, se proporcionó una explicación clara y completa del contenido informado, de tal forma que se asegure que el trabajador lo comprendiera en los aspectos estipulados; la justificación y los objetivos de esta investigación, los procedimientos que se usaron y su propósito, las molestias y los riesgos esperados, los beneficios que pudieran observarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ellos se creen prejuicios para continuar desarrollando su actividad laboral. La seguridad de confidencialidad de datos personales, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando y que si existen gastos adicionales estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Se solicitó la aprobación por parte del comité de educación. A los participantes se les explicó el procedimiento, se le invitó a participar en el estudio explicando que consta de la aplicación de 2 encuestas solicitando firmar autorización en consentimiento informado. Asimismo, se le otorgó un número de folio el cual será el único en ser registrado en el cuestionario.

Posterior al llenado del cuestionario el sujeto participante si lo desea podrá solicitar la puntuación de acuerdo al Inventario de Burnout de Maslach, y si la puntuación resulta con Síndrome de Burnout se le sugerirá acompañamiento psicoterapéutico.

El estudio se considera una investigación sin riesgo con base al artículo 17. Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Declaración de Helsinki

Respetando los principios de proteger la vida, salud, dignidad, integridad, derecho a autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información personal de los sujetos que participan en el estudio, asimismo, en el consentimiento informado se solicitó al sujeto que en el momento que así lo desee podrá retirarse del estudio sin tener repercusión de ningún tipo, respetando el principio de autonomía.

Código de Nuremberg.

Se toma en cuenta el consentimiento voluntario del participante.

El estudio es de beneficio para la sociedad ya que genera un nuevo conocimiento, evitándose todo sufrimiento físico y mental innecesario. La investigación se considera sin riesgo ya que sólo se aplicaron cuestionarios y no se realizó modificación de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes. Durante el curso de la investigación el sujeto humano estuvo en libertad de interrumpir su participación en caso de que así lo deseara, respetando el principio de autonomía.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

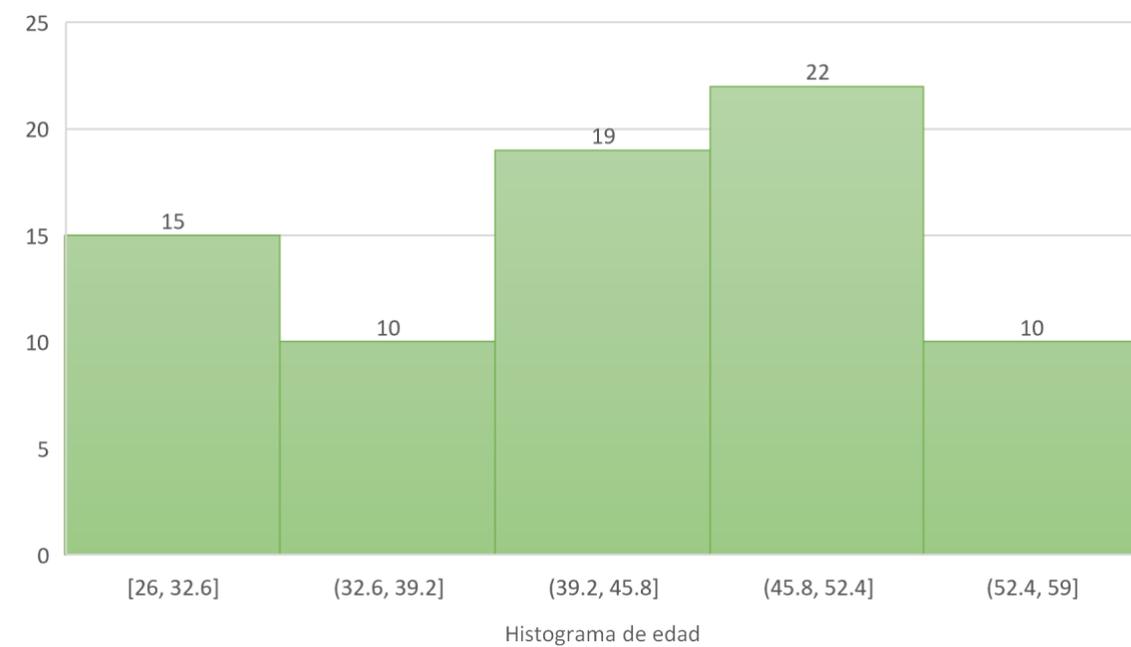
	Año 2021								
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Elaboración de protocolo MARCO TEORICO									
Trabajo de campo (aplicación de encuestas									
Proceso de los datos									
Analisis de los datos									
Información final									

12. RESULTADOS

Cuadro 1: Estadísticos descriptivos de la edad en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	88	26	59	42.73	8.998

Gráfica 1: Estadísticos descriptivos de la edad en los pacientes estudiados

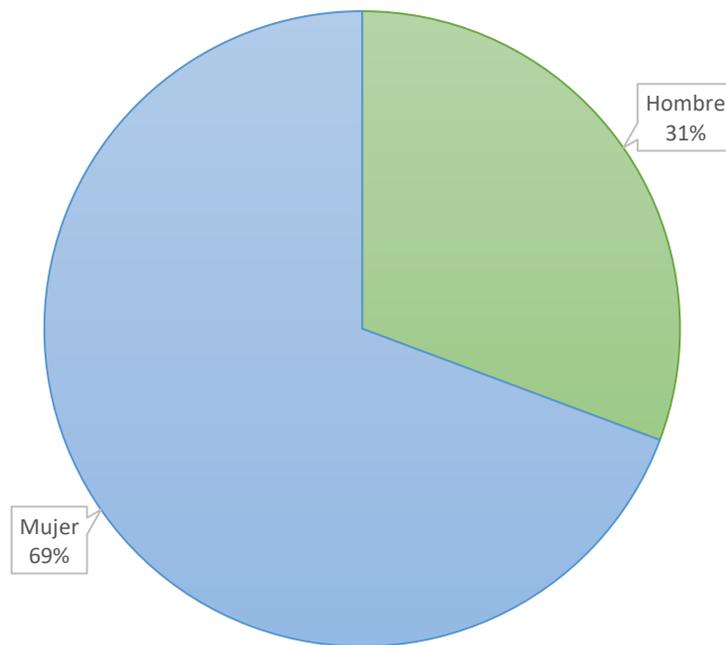


La edad tuvo una media de 42.73 ± 8.99 con un mínimo de 26 años y un máximo de 59 años.

Cuadro 2: Distribución por sexo de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	27	30.7%
Mujer	61	69.3%
Total	88	100.0%

Gráfica 2: Distribución por sexo de los pacientes estudiados

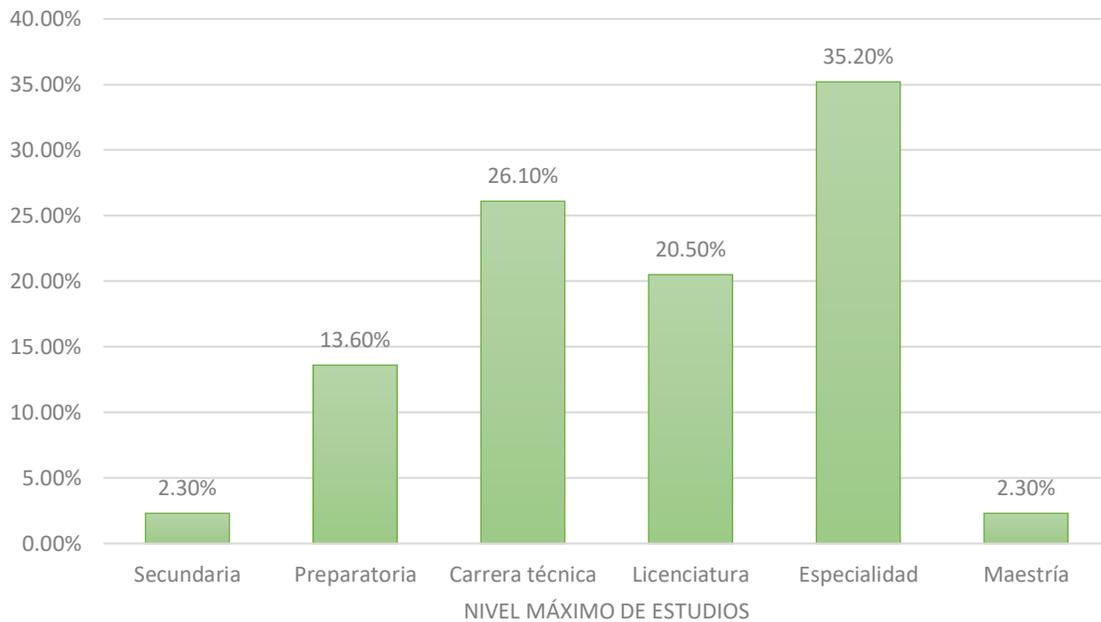


Predominó el sexo de mujer con el 69.3%, mientras que los hombres representaron el 30.7%.

Cuadro 3: Distribución por nivel máximo de estudios de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	2	2.3%
Preparatoria	12	13.6%
Carrera técnica	23	26.1%
Licenciatura	18	20.5%
Especialidad	31	35.2%
Maestría	2	2.3%
Total	88	100.0%

Gráfica 3: Distribución por nivel máximo de estudios de los pacientes estudiados

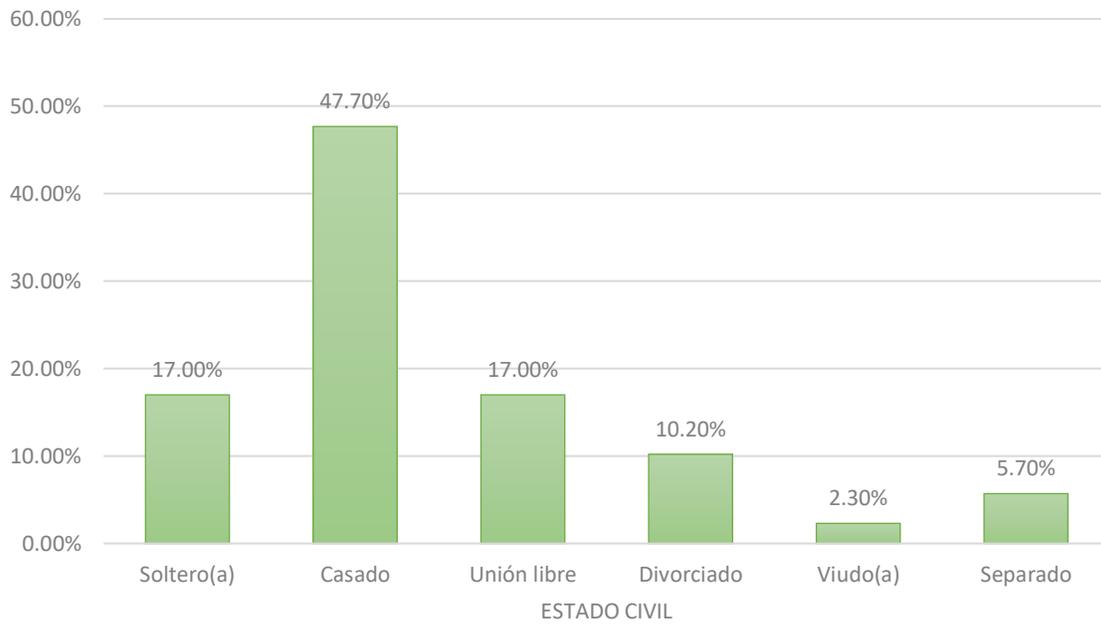


El nivel máximo de estudios que predominó fue especialidad con el 35.2%, seguido de carrera técnica (26.1%), licenciatura con el 20.5%, preparatoria con el 13.6%, y por último secundaria y maestría con el 2.3% respectivamente.

Cuadro 4: Distribución por estado civil de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	15	17.0%
Casado	42	47.7%
Unión libre	15	17.0%
Divorciado	9	10.2%
Viudo(a)	2	2.3%
Separado	5	5.7%
Total	88	100.0%

Gráfica 4: Distribución por estado civil de los pacientes estudiados

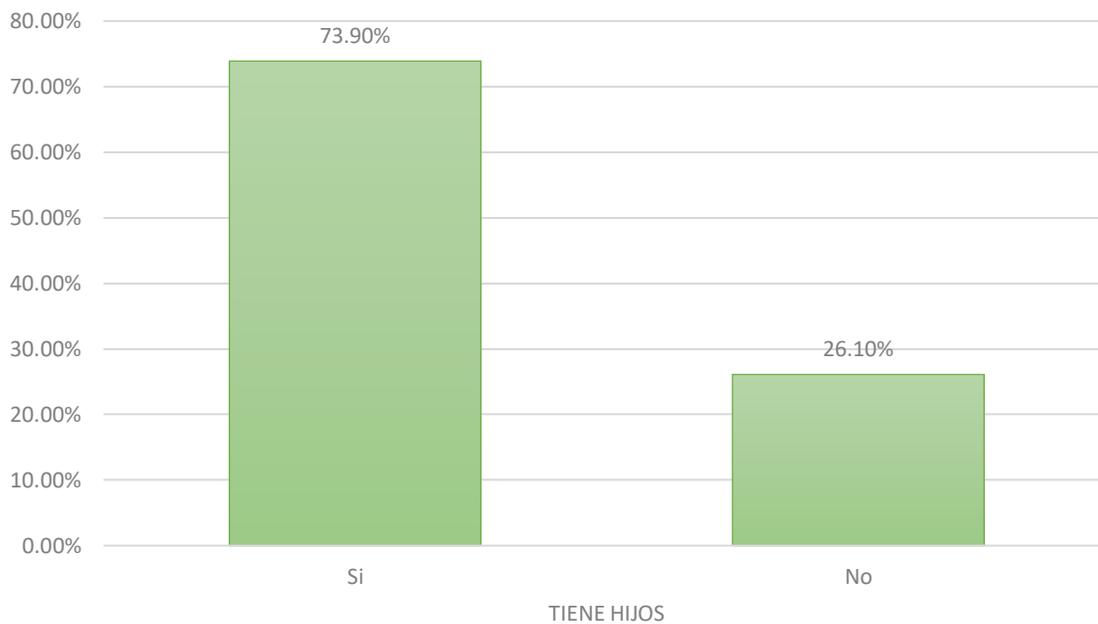


El estado civil predominante fue casado con el 47.7%, seguido de soltero(a) y unión libre con el 17.0%, divorciado con el 10.2%, separado con el 5.7%, y por último viudo(a) con el 2.3%.

Cuadro 5: Distribución por tener hijos en los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	73.9%
No	23	26.1%
Total	88	100.0%

Gráfica 5: Distribución por tener hijos en los pacientes estudiados

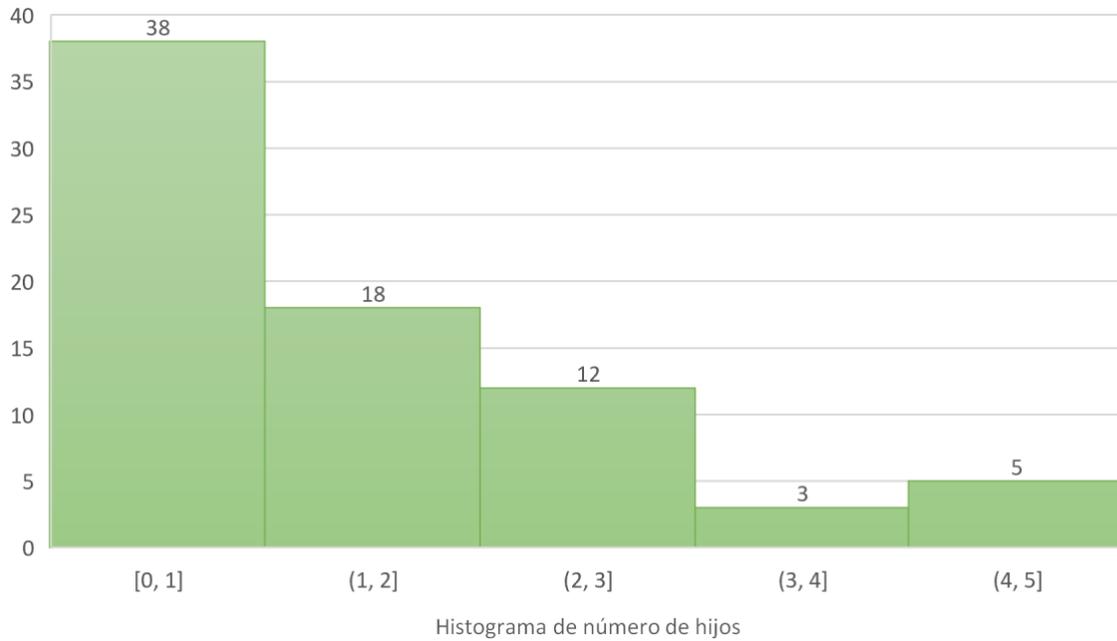


El 73.9% de personal de enfermería estudiado tuvo hijos.

Cuadro 6: Estadísticos descriptivos del número de hijos en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Número de hijos	88	0	5	1.55	1.397

Gráfica 6: Estadísticos descriptivos del número de hijos en los pacientes estudiados

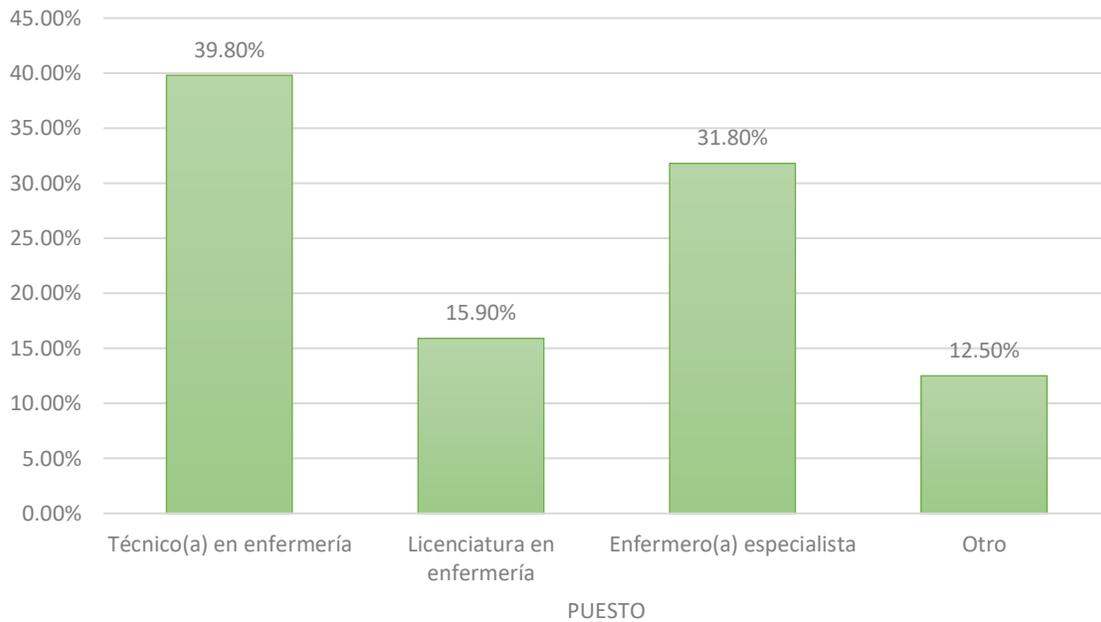


El número de hijos tuvo una media de 1.55 ± 1.39 con un mínimo de 0 hijos y un máximo de 5 hijos.

Cuadro 7: Distribución por puesto de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Técnico(a) en enfermería	35	39.8%
Licenciatura en enfermería	14	15.9%
Enfermero(a) especialista	28	31.8%
Otro	11	12.5%
Total	88	100.0%

Gráfica 7: Distribución por puesto de los pacientes estudiados

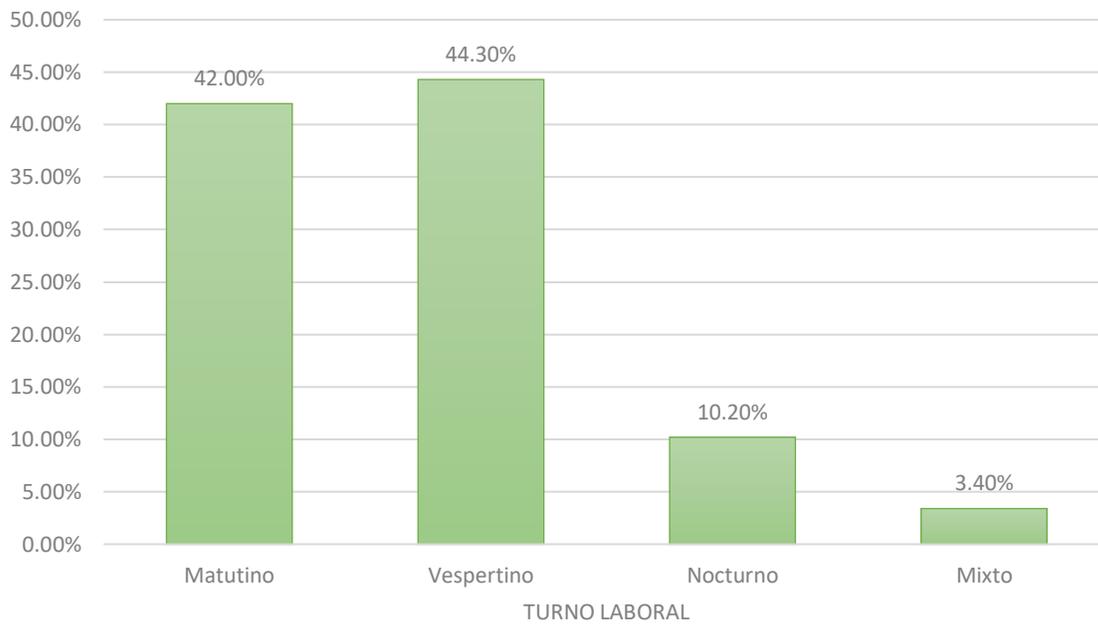


El puesto más frecuente fue técnico(a) en enfermería con el 39.8%, seguido de enfermero(a) especialista con el 31.8%, licenciatura en enfermería con el 15.9%, y por último otro con el 12.5%.

Cuadro 8: Distribución por turno laboral de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	37	42.0%
Vespertino	39	44.3%
Nocturno	9	10.2%
Mixto	3	3.4%
Total	88	100.0%

Gráfica 8: Distribución por turno laboral de los pacientes estudiados

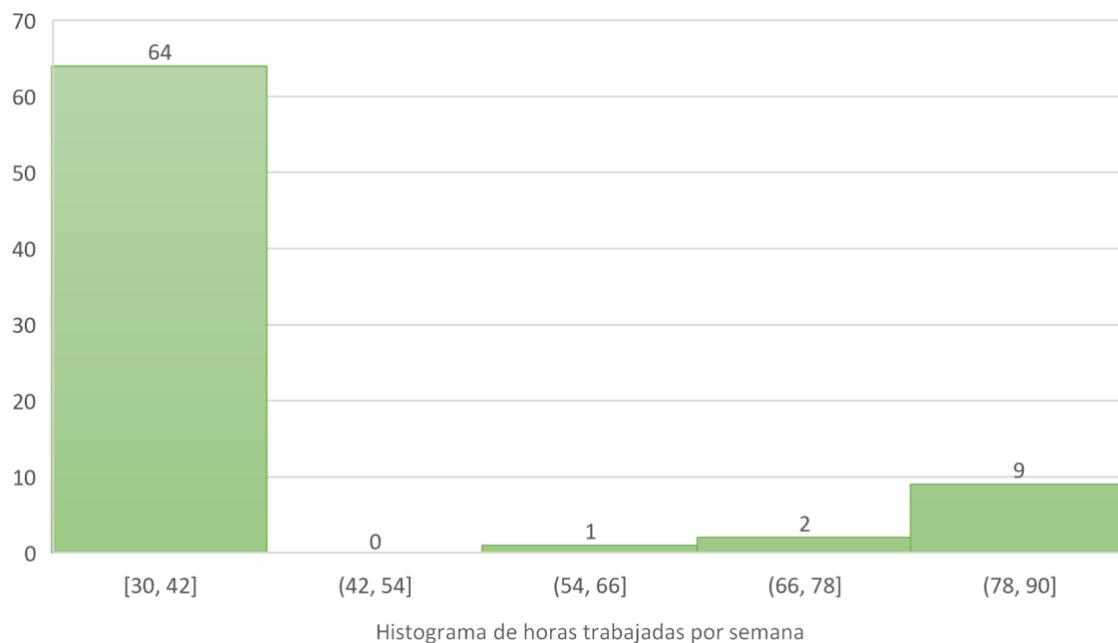


El turno laboral más prevalente fue vespertino con el 44.3%, seguido de matutino con el 42.0%, nocturno con el 10.2%, y por último mixto con el 3.4%.

Cuadro 9: Estadísticos descriptivos de las horas trabajadas por semana en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Horas trabajadas por semana	88	30	90	44.56	16.042

Gráfica 9: Estadísticos descriptivos de las horas trabajadas por semana en los pacientes estudiados

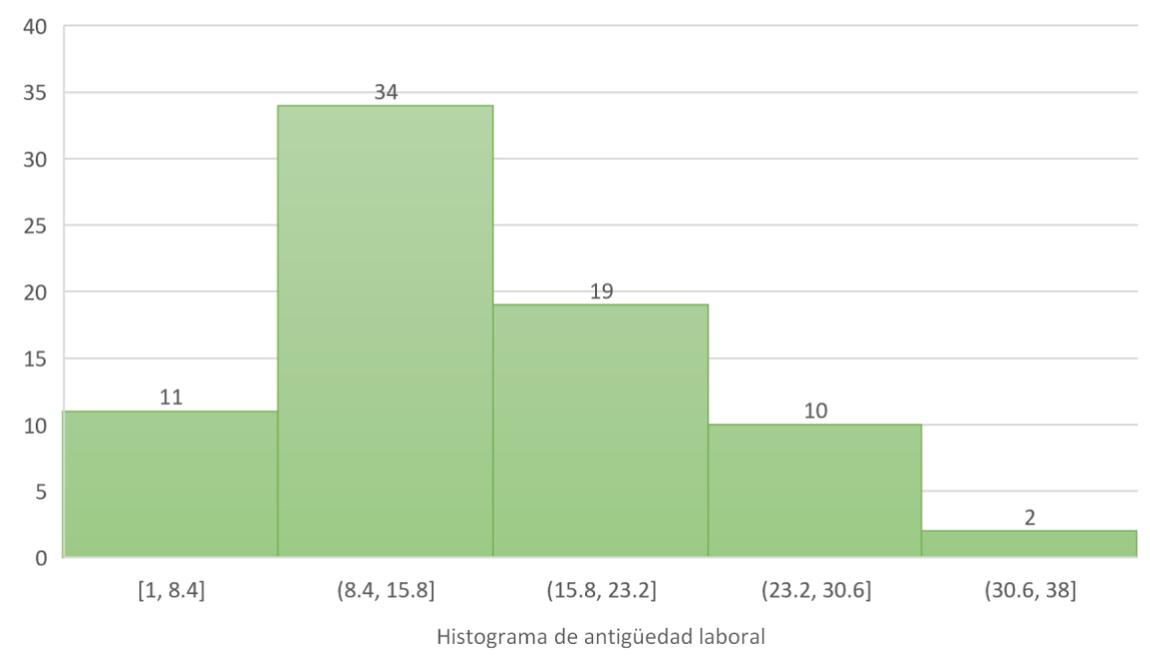


Las horas trabajadas por semana tuvieron una media de 44.56 ± 16.04 con un mínimo de 30 y un máximo de 90.

Cuadro 10: Estadísticos descriptivos de la antigüedad laboral en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Antigüedad laboral	88	1	38	13.94	7.300

Gráfica 10: Estadísticos descriptivos de la antigüedad laboral en los pacientes estudiados

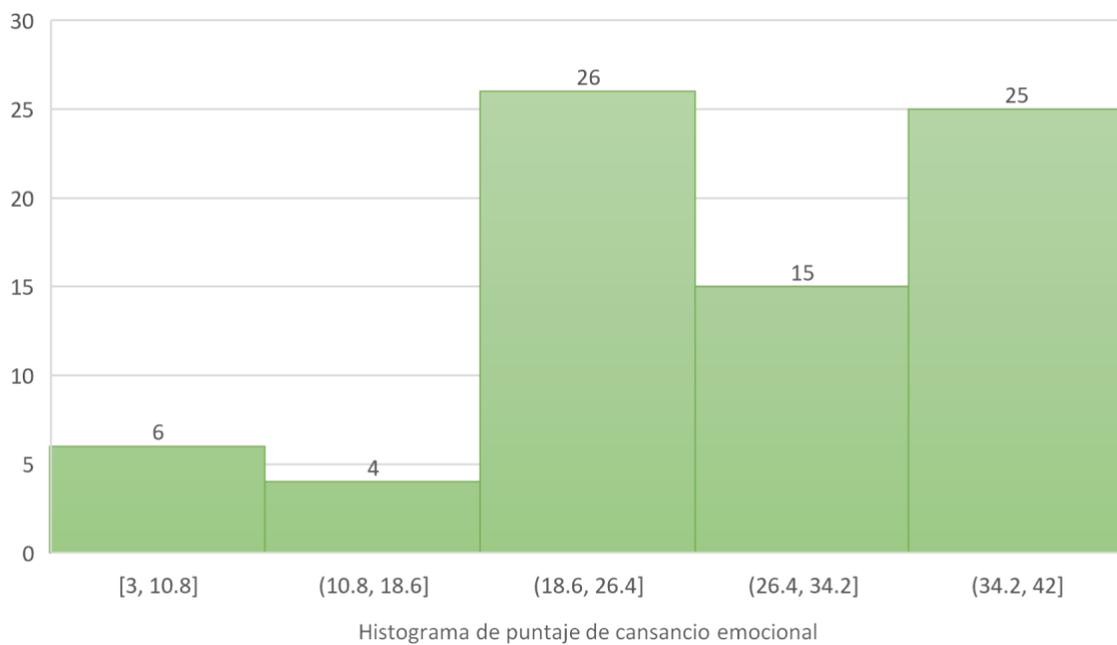


La antigüedad laboral tuvo una media de 13.94 ± 7.30 años con un mínimo de 1 año y un máximo de 38 años.

Cuadro 11: Estadísticos descriptivos del puntaje de cansancio emocional en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje de cansancio emocional	88	1	42	26.17	10.294

Gráfica 11: Estadísticos descriptivos del puntaje de cansancio emocional en los pacientes estudiados

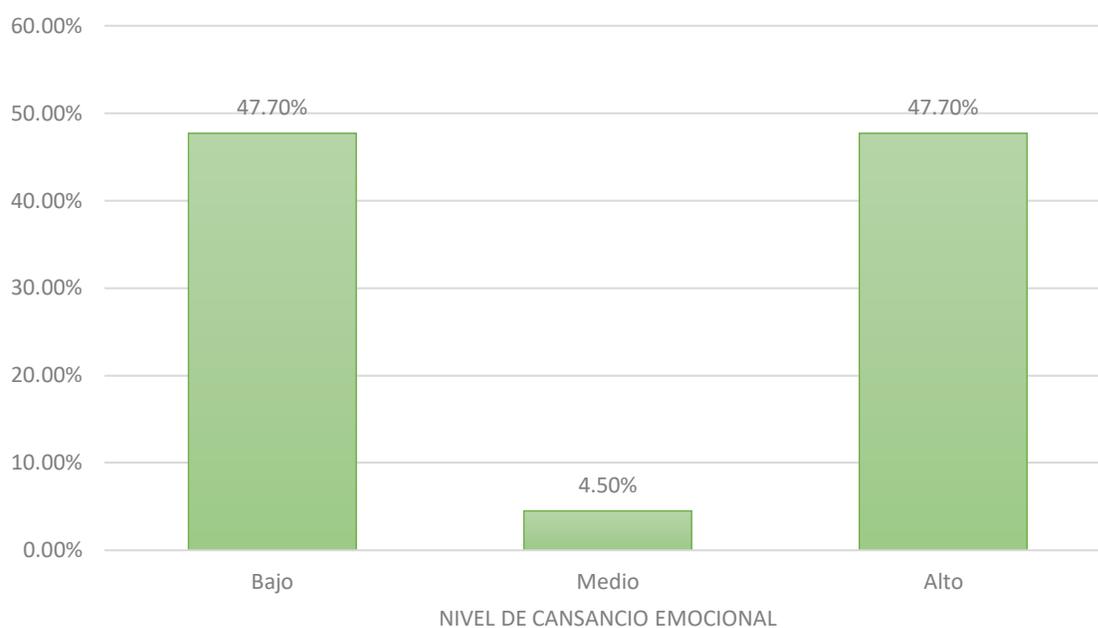


El puntaje de cansancio emocional tuvo una media de 26.17 ± 10.29 con un mínimo de 1 y un máximo de 42.

Cuadro 12: Distribución por nivel de cansancio emocional de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	42	47.7%
Medio	4	4.5%
Alto	42	47.7%
Total	88	100.0%

Gráfica 12: Distribución por nivel de cansancio emocional de los pacientes estudiados

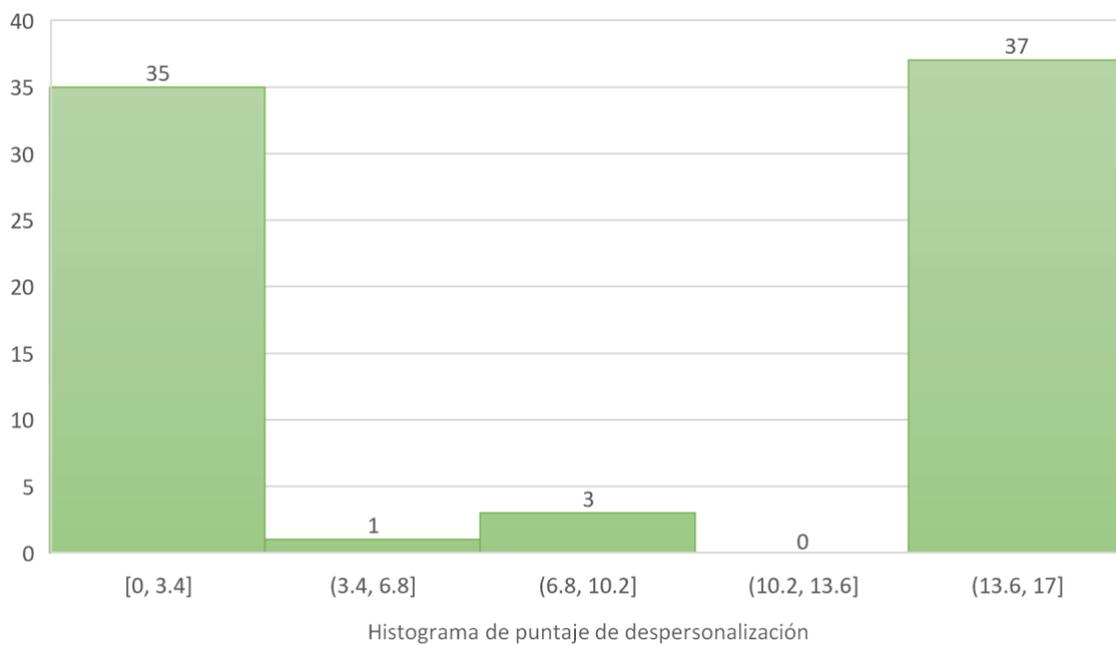


El nivel de cansancio emocional más frecuente fue bajo y alto con el 47.7% respectivamente, seguido de medio con el 4.5%.

Cuadro 13: Estadísticos descriptivos del puntaje de despersonalización en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje de despersonalización	88	0	17	7.89	7.217

Gráfica 13: Estadísticos descriptivos del puntaje de despersonalización en los pacientes estudiados

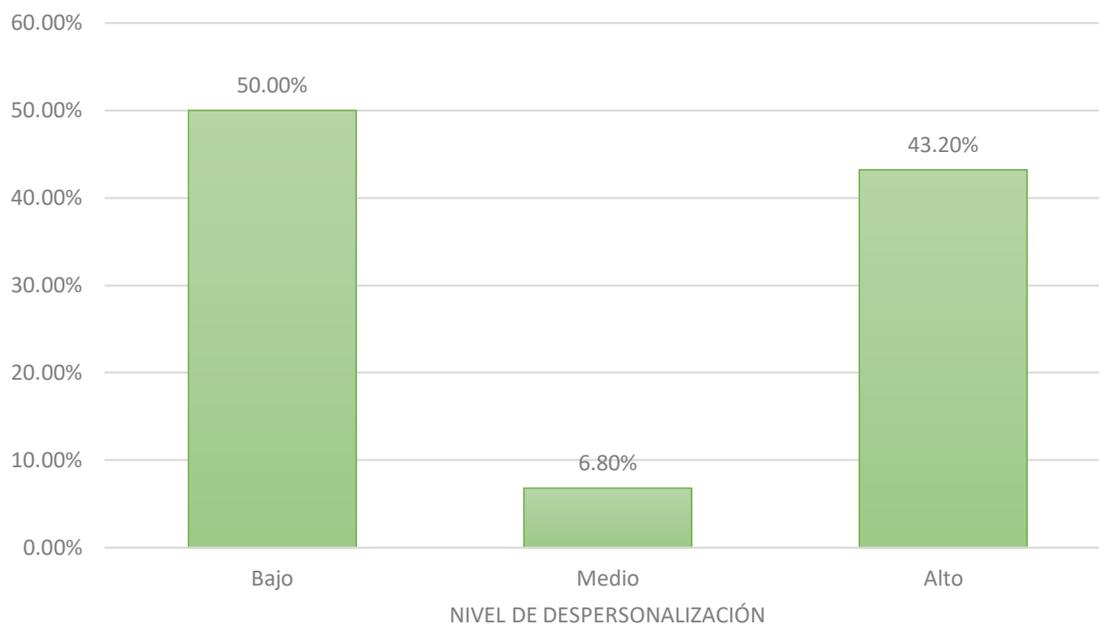


El puntaje de despersonalización tuvo una media de 7.89 ± 7.21 con un mínimo de 0 y un máximo de 17.

Cuadro 14: Distribución por nivel de despersonalización de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	44	50.0%
Medio	6	6.8%
Alto	38	43.2%
Total	88	100.0%

Gráfica 14: Distribución por nivel de despersonalización de los pacientes estudiados

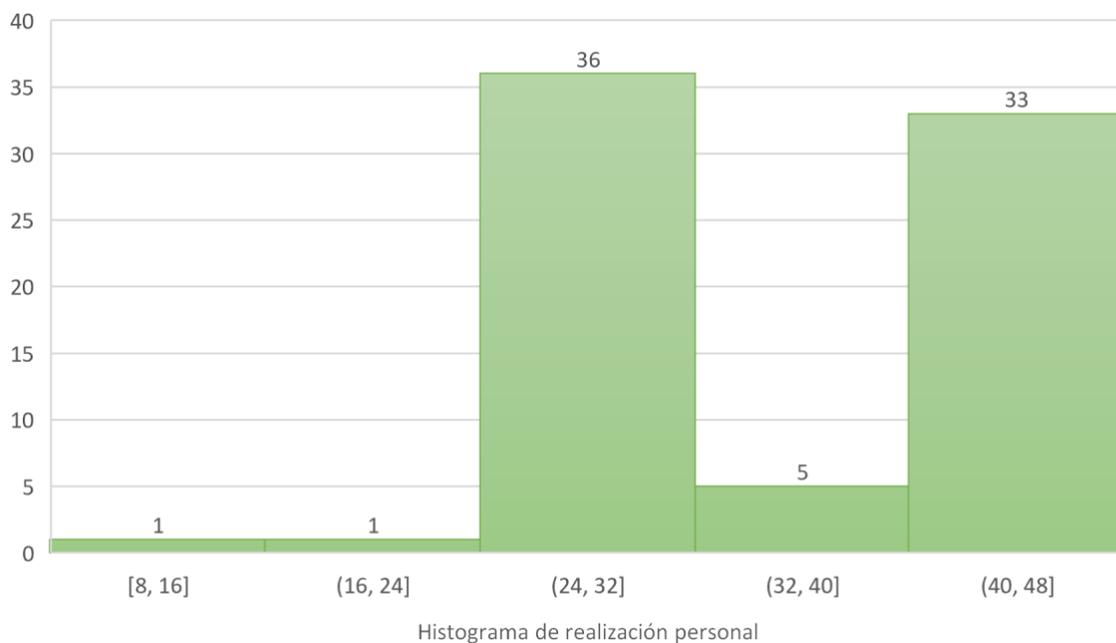


El nivel de despersonalización más frecuente fue bajo con el 50.0%, seguido de alto con el 43.2%, y por último medio con el 6.8%.

Cuadro 15: Estadísticos descriptivos del puntaje de realización personal en los pacientes estudiados

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje de realización personal	88	8	48	34.82	8.044

Gráfica 15: Estadísticos descriptivos del puntaje de realización personal en los pacientes estudiados

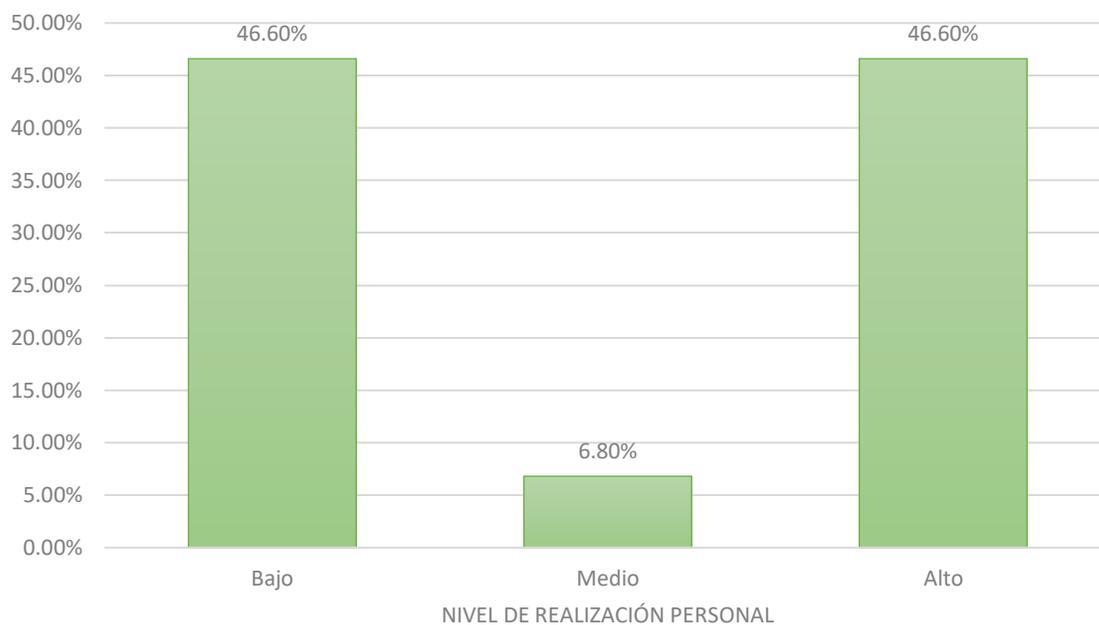


El puntaje de realización personal tuvo una media de 34.82 ± 8.04 con un mínimo de 8 y un máximo de 48.

Cuadro 16: Distribución por nivel de realización personal de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	46.6%
Medio	6	6.8%
Alto	41	46.6%
Total	88	100.0%

Gráfica 16: Distribución por nivel de realización personal de los pacientes estudiados

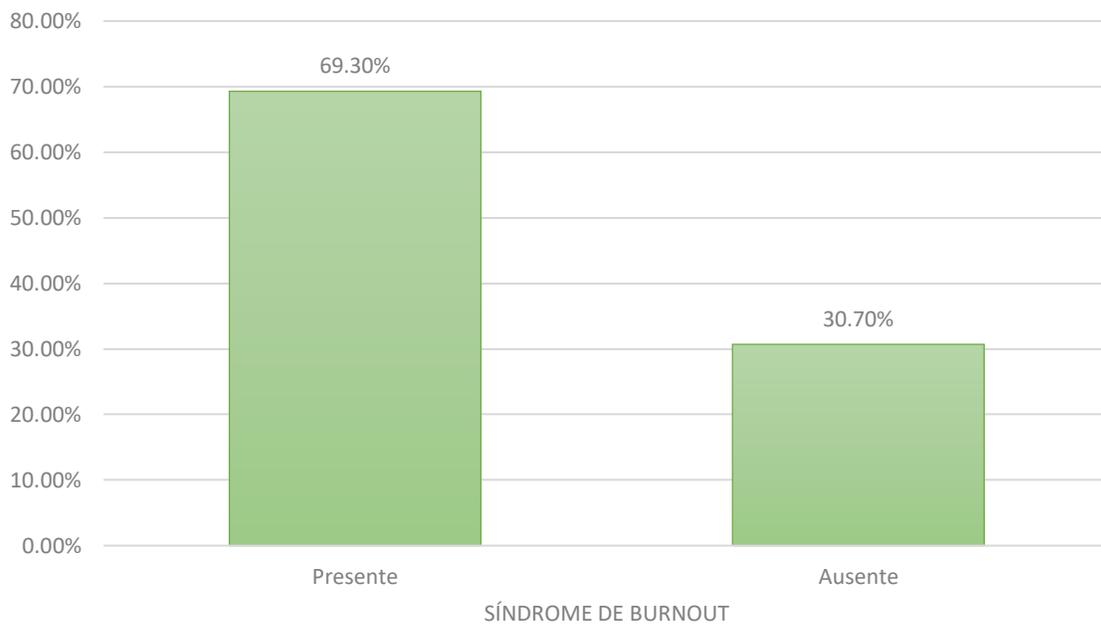


El nivel de realización personal más frecuente fue bajo y alto con el 46.6% respectivamente, y por último medio con el 6.8%.

Cuadro 17: Distribución por síndrome Burnout de los pacientes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Presente	61	69.3%
Ausente	27	30.7%
Total	88	100.0%

Gráfica 17: Distribución por síndrome Burnout de los pacientes estudiados



El síndrome de Burnout se presentó en el 69.3% de personal de enfermería.

Cuadro 18: Asociación estadística del síndrome de Burnout con las características de la población de estudio

	Burnout				Valor p
	Presente		Ausente		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Edad					
Edad	42.18±8.827		43.96±9.424		0.394
Sexo					
Mujer	41	67.2%	20	74.1%	0.520
Nivel máximo de escolaridad					
Secundaria	2	3.3%	0	0.0%	0.341
Preparatoria	10	16.4%	2	7.4%	0.257
Técnica	22	36.1%	1	3.7%	0.001
Licenciatura	9	14.8%	9	33.3%	0.046
Especialidad	16	26.2%	15	55.6%	0.008
Maestría	2	3.3%	0	0.0%	0.341
Estado civil					
Soltero	5	8.2%	10	37.0%	0.001
Casado	36	59.0%	6	22.2%	0.001
Unión libre	6	9.8%	9	33.3%	0.007
Divorciado	8	13.1%	1	3.7%	0.179
Viudo	1	1.6%	1	3.7%	0.549
Separado	5	8.2%	0	0.0%	0.126
Hijos					
Tiene hijos	51	83.6%	14	51.9%	0.002
Número de hijos	1.75±1.337		1.07±1.439		0.034
Puesto					
Técnico en enfermería	33	54.1%	2	7.4%	0.000
Licenciatura en enfermería	6	9.8%	8	29.6%	0.019

Enfermero(a) especialista	15	24.6%	13	48.1%	0.029
Otro	7	11.5%	4	14.8%	0.662
Turno laboral					
Matutino	20	32.8%	17	63.0%	0.008
Vespertino	31	50.8%	8	29.6%	0.065
Nocturno	7	11.5%	2	7.4%	0.561
Mixto	3	4.9%	0	0.0%	0.241
Características laborales					
Horas trabajadas por semana	46.94±18.622		39.17±4.167		0.035
Antigüedad laboral	16.97±6.698		7.11±2.207		0.000

Mostraron asociación estadística con la presencia de Burnout: la escolaridad técnica (36.1% vs 3.7%, $p=0.001$), la escolaridad de licenciatura (14.8% vs 33.3%, $p=0.046$), la escolaridad de especialidad (26.2% vs 55.6%, $p=0.008$), el estado civil de soltero(a) (8.2% vs 37.0%, $p=0.001$), estado civil de casado (59.0% vs 22.2%, $p=0.001$), estado civil de unión libre (9.8% vs 33.3%, $p=0.007$), el tener hijos (83.6% vs 51.9%, $p=0.002$), un número mayor de hijos (1.75 ± 1.337 vs 1.07 ± 1.439 , $p=0.034$), puesto de técnico en enfermería (54.1% vs 7.4%, $p<0.001$), puesto de licenciatura en enfermería (9.8% vs 29.6%, $p=0.019$), puesto de enfermero(a) especialista (24.6% vs 48.1%, $p=0.029$), turno laboral matutino (32.8% vs 63.0%, $p=0.008$), mayor número de horas trabajadas a la semana (46.94 ± 18.622 vs 39.17 ± 4.167 , $p=0.035$), un número mayor de años de antigüedad laboral (16.97 ± 6.698 vs 7.11 ± 2.207 , $p<0.001$).

Cuadro 19: Correlación estadística del síndrome de Burnout con las características significativas de la población de estudio

		Síndrome de Burnout
Escolaridad técnica	Coeficiente de correlación	.340
	Sig. (bilateral)	.001
Escolaridad licenciatura	Coeficiente de correlación	-.212
	Sig. (bilateral)	.047
Escolaridad especialidad	Coeficiente de correlación	-.283
	Sig. (bilateral)	.008
Soltero	Coeficiente de correlación	-.354**
	Sig. (bilateral)	.001
Casado	Coeficiente de correlación	.340**
	Sig. (bilateral)	.001
Unión libre	Coeficiente de correlación	-.288**
	Sig. (bilateral)	.006
Tiene hijos	Coeficiente de correlación	.333**
	Sig. (bilateral)	.002
Número de hijos	Coeficiente de correlación	-.226
	Sig. (bilateral)	.034
Puesto técnico	Coeficiente de correlación	.440**
	Sig. (bilateral)	.000
Puesto licenciatura	Coeficiente de correlación	-.250*
	Sig. (bilateral)	.019

Puesto especialista	Coeficiente de correlación	-.233*
	Sig. (bilateral)	.029
Turno matutino	Coeficiente de correlación	-.282**
	Sig. (bilateral)	.008
Horas trabajadas por semana	Coeficiente de correlación	-.136
	Sig. (bilateral)	.206
Antigüedad laboral	Coeficiente de correlación	-.751**
	Sig. (bilateral)	.000

Únicamente la escolaridad técnica ($r=0.340$, $p=0.001$), el ser casado ($r=0.340$, $p=0.001$), tener hijos ($r=0.333$, $p=0.002$), un mayor número de hijos ($r=-0.226$, $p=0.034$), tener un puesto de técnico en enfermería ($r=0.440$, $p<0.001$), un mayor número de años de antigüedad laboral ($r=-0.751$, $p<0.001$) se correlacionaron significativamente con el Burnout.

13. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos reveló que la prevalencia de Burnout fue del 69.3%, lo que es ampliamente variable en la literatura clínica. Las enfermeras tienen la mayor prevalencia de desgaste profesional en comparación con otro personal sanitario. La literatura existente ya ha documentado el agotamiento entre enfermeras en diferentes países. Por ejemplo, un estudio de Poncet et al. en el año 2007 en Francia mostró que alrededor del 33% de las enfermeras de cuidados intensivos experimentaron Burnout. Otro estudio de Verdon et al. del año 2008 en Suiza encontró que el 28% de las enfermeras experimentaron un alto nivel de desgaste profesional. Además, Aiken et al. en el año 2002 evaluaron la incidencia de agotamiento entre 10,319 enfermeras en cinco países (EE. UU., Canadá, Inglaterra, Escocia y Nueva Zelanda) y notificaron una incidencia de agotamiento que oscilaba entre el 32% (Escocia) y el 54% (EE. UU.).⁽³³⁾ En otro estudio, Cerrato et al. reportó una mayor prevalencia de síndrome de Burnout: 83.33%.⁽³⁴⁾ Y por último Colmenares et al. reportó una altísima prevalencia de Burnout del 91%.⁽³⁵⁾

Como se puede apreciar, existe una gran disparidad en las tasas de prevalencia del agotamiento entre enfermeras entre y dentro de los países de todo el mundo. Esta diferencia puede explicarse por varios factores. En primer lugar, las diferencias en las condiciones laborales de las enfermeras y su rol profesional en el sistema de salud pueden explicar parcialmente las diferencias en la prevalencia del agotamiento entre países. En segundo lugar, los estudios nacionales e internacionales a menudo utilizan diferentes instrumentos para identificar el Burnout entre las enfermeras. En tercer lugar, los factores que afectan la prevalencia del agotamiento entre las enfermeras (por ejemplo, el tamaño de la muestra, los tipos de hospital, el tipo de sala, las características sociodemográficas de la población de la muestra, como la edad, el sexo y el nivel educativo) pueden variar entre las poblaciones.⁽³³⁾

El nivel máximo de estudios que predominó fue especialidad con el 35.2%, lo que es distinto a lo hallado por Colmenares et al. quien refiere que en cuanto a la preparación escolar del personal de enfermería, se encontró que el 55 % tiene carrera técnica, el 37 % licenciatura, el 6 % maestría y solo el 2 % tiene el grado de doctor. ⁽³⁵⁾ Las diferencias son explicables por las diferentes configuraciones de los servicios de los hospitales sedes; así como al reflejo del desarrollo socio-cultural de los países.

Las horas trabajadas por semana tuvieron una media de 44.56 ± 16.04 , lo que resulta similar a lo descrito por Colmenares et al. quien, en cuanto a las horas trabajadas en una semana, encontró que el 82 % trabaja entre 30 y 42 horas, seguido del 16 % entre 43 y 48 %, 1% de 49 a 60 horas, y finalmente el 1 % que trabaja más de 60 horas a la semana. ⁽³⁵⁾

El presente estudio encontró que el puntaje de cansancio emocional tuvo una media de 26.17 ± 10.29 El puntaje de despersonalización tuvo una media de 7.89 ± 7.21 El puntaje de realización personal tuvo una media de 34.82 ± 8.04 . Los que fueron reportados de manera muy similar por Cerrato et al. quien observó un valor medio para el cansancio emocional de 16.67 ± 11.75 con unos valores mínimo y máximo de 1 y 52 respectivamente. En lo relativo a la despersonalización se obtuvo una media de 5.10 ± 4.20 con un valor mínimo de 0 y máximo de 15. Finalmente, en la subescala de realización personal se registró una media de 36.07 ± 10.78 puntos. ⁽³⁴⁾

El nivel de cansancio emocional más frecuente fue bajo y alto con el 47.7% respectivamente; el nivel de despersonalización más frecuente fue bajo con el 50.0%; y por último, el nivel de realización personal más frecuente fue bajo y alto con el 46.6% respectivamente. Hallazgo que resulta muy similar a los reportado por Tavakoli et al. donde el 47.4% de los casos tenían agotamiento emocional severo, el 35.2% de los casos tenían alta disfunción individual y el 70.2% de los casos tenían despersonalización grave. ⁽³⁶⁾

Únicamente la escolaridad técnica ($r=0.340$, $p=0.001$), el ser casado ($r=0.340$, $p=0.001$), tener hijos ($r=0.333$, $p=0.002$), un mayor número de hijos ($r=-0.226$, $p=0.034$), tener un puesto de técnico en enfermería ($r=0.440$, $p<0.001$), un mayor número de años de antigüedad laboral ($r=-0.751$, $p<0.001$) se correlacionaron significativamente con el Burnout. Lo que se encuentra dentro de los hallazgos reportados por Miranda et al, quien encontró que los factores que se mostraron estadísticamente significativos con el Burnout fueron: enfermeras del sexo femenino, con dos o más hijos, de 38 años de edad o menos, que trabajaban en áreas críticas y que, además, presentaban faltas injustificadas. Asimismo, hubo otros factores, como trabajar en el turno nocturno o matutino, tener menos de cinco años de experiencia en el servicio actual y menos de 20 años de experiencia laboral. ⁽³⁷⁾

Tavakoli et al. demostró que estar casado está relacionado con un mayor riesgo de despersonalización. Lo que resulta contradictorio a la idea generalizada que los apoyos familiares tuvieran un efecto positivo en el empoderamiento emocional y, por lo tanto, en niveles más bajos de agotamiento. ⁽³⁶⁾ Acosta et al. por medio de un modelo predictivo de regresión logística reveló que el nivel académico es un factor determinante en el desarrollo del burnout, ya que en los casos con menor nivel educativo parece existir un mayor riesgo de padecer burnout. ⁽³⁸⁾

Se ha demostrado que diversos factores intervienen para la aparición de Burnout entre el personal de enfermería. Por lo tanto, las intervenciones dirigidas a la persona pueden incluir estrategias para obtener apoyo social dentro y fuera del trabajo, mientras que las intervenciones dirigidas por la organización pueden centrarse en la capacitación de los supervisores para aumentar el apoyo brindado a los empleados. Las intervenciones dirigidas a la persona podrían estar orientadas a enseñar a los empleados a brindarse apoyo entre sí. Además, los miembros del personal pueden beneficiarse aprendiendo cómo traer nuevos contactos sociales a su red y/o aceptar el apoyo social de aquellos que están ofreciendo, así como técnicas para buscar apoyo fuera del trabajo de familiares y amigos. ⁽³⁹⁾

14. CONCLUSIONES

La prevalencia de Burnout fue del 69.3%, además se correlacionaron con el Burnout: la escolaridad técnica, el ser casado, tener hijos, un mayor número de hijos, tener un puesto de técnico en enfermería, y un mayor número de años de antigüedad laboral.

Frente a este perfil del personal en riesgo de padecer Burnout, los administradores del hospital deben reducir los posibles factores de estrés, brindar a las enfermeras oportunidades para participar en los asuntos del hospital, proporcionar suficientes recursos humanos y materiales para la enfermería, construir un sistema de gestión eficaz y emplear un buen equipo de administración de enfermeras. Las enfermeras gestoras, por su parte, deben hacer todo lo posible para ayudar a las enfermeras a superar todo tipo de dificultades, animarlas a trabajar con confianza y construir un ambiente armonioso en las unidades de enfermería.

15. REFERENCIAS

- 1.- Lacy, B. E., & Chan, J. L. (2018). Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 16(3), 311–317. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>
- 2.- Bernardo, M., & Rosa Martha, M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología Y Salud*, 5-13.
- 3.- Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 17(7), 921–926. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
- 4.- Czeglédi E., Tandari-Kovács M. [Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses]. *Orv Hetil*. 2019; 160(1): 12–19.
- 5.- Isaac Ontero, B., García Grajeda, G., Bosch Canto, V., & Méndez Venegas, J. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: Características laborales relacionadas. *Psicología Y Salud*, 9-9.
- 6.- Maylin, B., & Angela Grisel, C. (2011). Estudio de síndrome de burnout en el personal médico, paramédicos y enfermeras de la emergencia del hospital "Dr. Luis Rafael González Espinoza" Punta de Maya, Estado Monadas 2011. *Universidad De Oriente*, 12-13.
- 7.- Carolina, B., Manuel, P., & María Berenice, P. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: Una revisión. *Psicología Y Salud*, 79-87.

- 8.- Hartog C. S. (2019). Ich kann nicht mehr: Burn-out – eine Aufrüttelung [Burnout-a call for action]. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 114(8), 693–698.
- 9.- Sandoval Carmen, González Pablo. “Síndrome de Burnout en el personal profesional del hospital de Yumbel”, Agrupación de Médicos en Etapa de destinación y Formación, Colegio Médico de Chile.
- 10.- Esquivel-Molina Carlos Gerardo, Buendía-Cano Fernando, Martínez-García Omar, Martínez-Mendoza Jesús Alfonso Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel”, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 45 (5): 427-436.
- 11.- Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. Acta Biomed. 2018 Dec 7;89(7-S):60-69. doi: 10.23750/abm.v89i7-S.7830. PMID: 30539935; PMCID: PMC6502144.
- 12.- López Martínez Carlos, López Solache Graciela “Síndrome de Burnout en enfermeras de primer y segundo nivel de atención en la ciudad de México. Vigilancia epidemiológica Núm. 34, Vol. 22, Sem. 34, 21-27/07/2013.
- 13.- Dr. Rocha Luna Juan Manuel, “ Síndrome de Burnout, El médico de urgencias incansable?” Artículo de revisión, Revista Mexicana de Urgencias 2012; 1 (2); 48-56.
- 14- Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part Christine Stehman-Zachary Testo-Rachel Gershaw-Adam Kellogg - Western Journal of Emergency Medicine – 2019

- 15.- P. Andrés, D. De Juan, J. Escobar, J.Jarabo. “ Burnout: Técnicas de afrontamiento” Jornades de Foment de la Investigació, Universitat JAUMEI
- 16.- Rosales Ricardo, Y., & Cabos Valdez, D. (2011). Diagnóstico de síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 313-318.
- 17.- Martínez Alcantara, S., & Preciado Serrano, M. (2010, June 1). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios; el burnout como fenómeno emergente. *Psicología Y Salud*, 197-206.
- 18- Organización Internacional del Trabajo. (2009). In Documento de información técnica sobre las enfermedades que plantean problemas para su posible inclusión en la lista de enfermedades profesionales que figura como anexo de la Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales, 2002 (núm. 194) (1st ed., Vol. Num.194, p. 17,20). Ginebra: OIT.
- 19.- Marcelo, E. (2012). Síndrome de burnout en profesionales médicos de oncología. *Universidad De Favoloro*, 1-53.
- 20.- Molero Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez Linares, J., Simón Márquez, M., & Martos Martínez, Á. (2018). Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1116. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061116>
- 21.- López-López, I. M., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(5), 1032–1041. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>

22.- Ávila Rojano, Alicia Hortencia sustentante El nivel de Síndrome de Burnout en el personal de enfermería que labora en el Hospital Psiquiátrico la Salud Tlazolteotl, en el Estado de México / 2009

23.- Forastieri, V. (2012). Guía del Formador SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Retrieved March 2, 2015.

24.- Martínez-Rubio, D., Sanabria-Mazo, J. P., Feliu-Soler, A., Colomer-Carbonell, A., Martínez-Brotóns, C., Solé, S., Escamilla, C., Giménez-Fita, E., Moreno, Y., Pérez-Aranda, A., Luciano, J. V., & Montero-Marín, J. (2020). Testing the Intermediary Role of Perceived Stress in the Relationship between Mindfulness and Burnout Subtypes in a Large Sample of Spanish University Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7013. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197013>

25.- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516–529.

26.- Salvagioni, D., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>

27.- Ellison E. M. (2019). Beyond the Economics of Burnout. *Annals of internal medicine*, 170(11), 807–808. <https://doi.org/10.7326/M19-1191>

28.- Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Annals of internal medicine*, 170(11), 784–790. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>

29.- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>

30.- Carrillo –Esper R, Gómez-Hernández K, Espinoza de los Monteros-Estrada I. Síndrome de burnout en la práctica médica, *Med. Int Mex* 2012; 28(6): 579-584

31.- Miranda-Ackerman, R. C., Barbosa-Camacho, F. J., Sander-Möller, M. J., Buenrostro-Jiménez, A. D., Mares-País, R., Cortes-Flores, A. O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández Del Valle, C. J., Solano-Genesta, M., Fuentes-Orozco, C., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Guevara, G., & González-Ojeda, A. (2019). Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical education online*, 24(1), 1593785. <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1593785>

32.- Calderón-de la Cruz, G. A., Merino-Soto, C., Juárez-García, A., Domínguez-Lara, S., & Fernández-Arata, M. (2020). Is the factorial structure of the Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) replicable in the nursing profession in Peru? A national study. ¿Es replicable la estructura factorial del Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) en la profesión de enfermera del Perú?: un estudio nacional. *Enfermería clínica (English Edition)*, 30(5), 340–348. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.013>

33.- Rezaei S, Matin K, et al. Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review* 2018; 65(3):361-369

34.- Cerrato P, Jiménez MV, Marcos J, et al. BURNOUT EN ENFERMERÍA EN ÁVILA. *Revista Enfermería CyL* 2019; 11(2)

35.- Colmenares J, Acosta R, Cárdenas E, et al. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE MÉXICO. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2018; 19(2):14-18

36.-Tavakoli N, Shaker SH, Soltani S, et al. Job Burnout, Stress, and Satisfaction among Emergency Nursing Staff after Health System Transformation Plan in Iran. Emergency 2018; 6(1):e41

37.- Miranda V, Monzalvo G, Hernández B, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2016; 24(2):115-122

38.- Acosta S, Ramirez FR, Reveles IJ, 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; 35:571-576

39.- Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. Journal of Applied Gerontology 2014; 1–22

11. ANEXOS

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Cuestionario para el protocolo de investigación

Prevalencia de síndrome de burnout y factores sociodemográficos asociados en el personal de enfermería del hospital regional de psiquiatría Hector H Tovar Acosta

INSTRUCCIONES

Este cuestionario es parte de un estudio que está realizando en esta unidad. Las preguntas son únicamente **con fines de investigación médica**. Para que el estudio sea factible es **MUY IMPORTANTE QUE CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS** con el **MAYOR CUIDADO Y SINCERIDAD POSIBLE. TODAS LAS PREGUNTAS SON Estrictamente Confidenciales** y **NINGUNO DE LOS PARTICIPANTES PODRÁ SER IDENTIFICADO**.

NO ES UN EXAMEN. No hay preguntas correctas o incorrectas.

Edad : ____ Años	Sexo:	1. Masculino <input type="checkbox"/>	2. Femenino <input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Especialidad 7. Maestría 8. Doctorado

Estado civil: 1.- Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Divorciado/a 5. Viudo/a 6. Separado/a

Tiene hijos? 1. Si 2. No **En caso de tener hijos:** ¿Cuántos hijos tiene? ____ hijos.

Puesto: 1. técnico/a en enfermería 2. Licenciatura en enfermería 3. Enfermero/a especialista Otro (Incluye enfermero/a especialista en otra disciplina) . EN caso de contestar otro especifique: _____

Turno laboral: 1. Matutino 2.- Vespertino 3.- Nocturno 4.- Jornada acumulada. 5. Mixto

Horas trabajadas por semana: ____ Horas

Antigüedad laboral: ____ años ____ meses

ANEXO 2

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con lo que siente los enunciados

0= NUNCA

1= POCAS VECES AL AÑO

2=UNA VES AL MES O MENOS

3= UNAS VECES AL MES

4= UNA VEZ A LA SEMANA

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA

6= TODOS LOS DÍAS

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes.	
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.	
16	Trabajar directamente con mis pacientes me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

ANEXO 3**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**
**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Prevalencia de Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos asociados en el personal de enfermería del hospital regional de psiquiatría Hector H Tovar Acosta
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	CDMX, CDMX, a _____ de 2021.
Número de registro:	R-2019-3601-238
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación</p> <p>A) El síndrome de Burnout es un estado de desgaste emocional provocado por la vida profesional, el cual es puede ser factor predisponente para padecimientos médicos, psicológicos, psiquiátricos y condiciones psicosociales. Es un padecimiento con una prevalencia alta en personal de salud, y en el personal de enfermería presenta uno de los niveles más altos de estrés, asociado a síndrome d Burnout.</p> <p>Objetivo general del estudio:</p> <p>A) Determinar la prevalencia de síndrome de Burnout en el personal de enfermería en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor h. Tovar Acosta.</p>
Procedimientos:	Se me ha explicado en que consiste este estudio, asimismo como la importancia de mi participación en éste, por lo que se me invita a participar en un proyecto de investigación para determinar (a través de un cuestionario) algunos aspectos relacionados con el síndrome de Burnout.
Posibles riesgos y molestias:	Se me explicó que es un estudio de riesgo nulo, puesto que no se intervendrá en mí, únicamente se me aplicará un cuestionario (escala) de duración breve llamado Inventario de Burnout de Maslach (MBI) así como una cuestionario sobre sociodemográficos (edad, sexo, puesto, estado civil, horas trabajadas por semana, antigüedad laboral, puesto). Dicha aplicación de escala y cuestionario no ponen en riesgo mi integridad física.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados de este estudio ayudarán a determinar algunos aspectos relacionados al síndrome de burnout, con lo que se pretende tener mayor información de conocer causas que predisponen a dicho fenómeno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.
Participación o retiro:	Mi participación es voluntaria y se me dijo que puedo abandonar libremente este estudio si así conviene a mis intereses, sin que esto afecte en mi situación laboral ni en ningún otro aspecto.
Privacidad y confidencialidad:	Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto mis datos personales, y que no se publicará mi nombre o se revelarán cualquier información relacionada con mi identidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Al finalizar se analizarán los resultados obtenidos en este estudio lo que contribuirá a determinar algunos aspectos relacionados al síndrome de Burnout, con lo que se pretende contar con mayor información que permita optimizar aspectos relacionados para mí caso y el de otros compañeros de trabajo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<p>Dra. Nancy Jiménez Miranda Dirección: Avenida San Fernando No. 201, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P 14050, CDMX, CDMX. Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta Teléfono trabajo: 56068323, ext. 21333</p>
Colaboradores:	<p>Dr. Antonio de Jesús Medina Alejo Dirección: Avenida San Fernando No. 201, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, C.P 14050, CDMX, CDMX. Hospital Psiquiátrico Héctor H. Tovar Acosta Teléfono particular: 55 8370 2160</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx</p>	

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