



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología de la salud

**Estilos de vida y síndrome de burnout en enfermeras de las
unidades de salud de Tula, Hgo.**

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Perla Xóchitl Muñiz Noguez

Director: Dr. Omar Moreno Almazán
Dictaminador: Lic. Liliana Chimal Ornelas



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, _Noviembre 2017



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.

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por ser mi guía y quien bendice cada uno de mis días y
por permitirme lograr esta meta*

*A Juan Gabriel y Dan Jafet, esposo e hijo por su apoyo y comprensión,
durante mi tiempo de estudio.*

*A mi Director de tesis Dr. Omar Moreno A. por el tiempo dedicado
en apoyarme y dirigirme en la realización de éste trabajo*

Contenido	
Resumen	1
ABSTRACT	2
CAPITULO I	3
Introducción.....	3
Estrés	4
Estrés laboral	4
Síndrome de burnout	4
Reseña.....	4
Definición.....	5
Componentes del síndrome de burnout	6
Modelos explicativos del síndrome de burnout.....	7
Modelos de la teoría cognoscitiva del yo	7
Modelos de la teoría del intercambio social.....	8
Modelos de la teoría organizacional.....	9
Modelo de la teoría estructural	10
Causas del síndrome de burnout.....	11
Fases o evolución del síndrome de burnout	12
Manifestaciones del síndrome de burnout.....	13
Consecuencias del síndrome de burnout.....	14
Síndrome de burnout en el ámbito sanitario.....	15
Síndrome de burnout en personal de enfermería.....	15
Estilos de vida.....	17

Definición.....	17
Estilos de vida saludable y no saludable.....	17
Promoción de estilos de vida saludables.....	18
Componentes de los estilos de vida.....	18
Enfermedades relacionadas con los estilos de vida.....	20
Estilos de vida en enfermeras.....	21
CAPITULO II.....	23
Planteamiento del problema.....	23
Justificación.....	26
Objetivo general.....	26
Objetivos específicos.....	27
CAPITULO III.....	28
Método.....	28
Enfoque.....	28
Diseño.....	28
Lugar de estudio.....	28
Población.....	28
Tipo y tamaño de muestra.....	29
Criterios de inclusión.....	29
Criterios de exclusión.....	29
Variables.....	29
Instrumentos.....	31
Inventario burnout de Maslach (MBI).....	31

Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. (Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002).....	33
Cuestionario sociodemográfico	35
Materiales	35
Procedimiento.....	36
Análisis de los datos	36
Consideraciones éticas.....	36
CAPITULO IV	38
Resultados.....	38
Síndrome de burnout y variables sociodemográficas	39
Síndrome de burnout y género.....	42
Síndrome de burnout y edad.....	43
Síndrome de burnout y antigüedad laboral.....	45
Síndrome de burnout: resultados generales	47
Estilos de vida y variables sociodemográficas	47
Estilos de vida en el personal de enfermería según el género	48
Estilos de vida del personal de enfermería según la edad	50
Estilos de vida: resultados generales	52
Correlación entre las dimensiones de los estilos de vida y el síndrome de burnout.....	52
Conclusiones.....	54
Referencias	58

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los estilos de vida y el síndrome de burnout en el personal de enfermería de las diferentes unidades de salud del municipio de Tula de Allende, Hgo.

Metodología: Investigación de tipo cuantitativa, diseño no experimental, de tipo correlacional, que mide relación entre variables y de corte transversal. Muestreo no probabilístico de tipo intencional, con 50 elementos, 44 mujeres y 6 hombres, del área de enfermería con mínimo un año de antigüedad laboral. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de Maslach burnout inventory y el cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial y el coeficiente de correlación R-Spearman para medir la relación entre las dos variables.

Resultados: Edad promedio de la muestra de 31.84 años. Prevalece una antigüedad laboral menor a 5 (56%) años. Se presentaron estilos de vida saludables en un 86% de la muestra y un 14% no saludables. Las dimensiones actividad física (44%) y consumo de psicoactivos (60%) presentaron comportamientos poco saludables. Respecto al síndrome de burnout el 74% de la muestra presenta riesgo de padecer burnout, el 20% tiene tendencia y el 6% presenta altos niveles de burnout.

Conclusión: Los resultados indican que el personal de enfermería de manera general presenta bajos niveles de síndrome de burnout y práctica estilos de vida considerados como saludables. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre algunas de las dimensiones que componen los estilos de vida.

Palabras clave: estilos de vida, síndrome de burnout, enfermería.

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between lifestyles and burnout syndrome in the nursing staff of the different health units of the municipality of Tula de Allende, Hgo.

Methodology: Quantitative research, non-experimental design, of correlational type, which measures the relationship between variables and cross section. Intentional non-probabilistic sampling, with 50 elements, 44 women and 6 men, of the nursing area, with at least one year of seniority. The evaluation instruments were: Maslach burnout inventory questionnaire and the questionnaire on practices and beliefs on healthy lifestyles. Descriptive and inferential statistics were used and the R-Spearman correlation coefficient to measure the relationship between the two variables.

Results: Average age of the sample of 31.84 years. A work seniority of less than 5 (56%) years prevails. Healthy lifestyles were presented in 86% of the sample and 14% unhealthy. The dimensions physical activity (44%) and consumption of psychoactive (60%) presented unhealthy behavior. Regarding the burnout syndrome 74% of the sample presents risk of suffering burnout, 20% have a tendency and 6% have high levels of burnout.

Conclusion: The results indicate that nurses generally have low levels of burnout syndrome, burnout and practice lifestyles considered as healthy. Statistically significant correlations were found between some of the dimensions that make up lifestyles.

Key words: Lifestyles, burnout syndrome, nursing.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Hasta la primera mitad del siglo XX la sociedad moría principalmente a causa de enfermedades infecciosas, producto de la acción de agentes patógenos, bacterianos, víricos o por malnutrición (Martínez & Rubio, 2000), en la actualidad las enfermedades se atribuyen a múltiples causas y se basan en la premisa de que a través de la conducta, las personas se exponen a una cierta combinación de factores que actúan independiente o sinérgicamente para causar la enfermedad (Moiso, Mestorino & Ojea, 2007). En base a este planteamiento es que surge la noción de los factores de riesgo, los cuales según la OMS (2017), se definen como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad. Entre los factores de riesgo más importantes y que explican las enfermedades por las cuales mueren 40 millones de personas al año, destacan la dieta malsana, la inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol (OMS, 2017). Actualmente los factores psicosociales relacionados con el trabajo también tienen una influencia masiva y se perfilan como una de las principales causas del estrés laboral (Aldrete, 2015), problema de salud pública que afecta a un 75% de la población (Vera, 2013), el cual tiene consecuencias significativas para la salud pues da lugar a enfermedades mentales, cardíacas/cerebrovasculares, musculo-esqueléticas y reproductivas (OMS, 2016).

Es por ello que resulta prioritario seguir ampliando el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a las enfermedades que más aquejan a la población actual y más aún aquellas que se encuentran en crecimiento constante.

Derivado de lo anterior es que surge la presente investigación, la cual comprende los siguientes elementos y sus razones para elegirlos:

- 1) El Síndrome de burnout: es un padecimiento derivado del estrés laboral.
- 2) Estilos de vida: el principal factor de riesgo favorecedor de las enfermedades que causan el 70% de las muertes en el mundo (OMS, 2017).
- 3) Personal de enfermería: el personal más afectado por el síndrome de burnout (Aldrete,

2015).

Estrés

El estrés es una respuesta que puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica), ante cualquier factor que actúe interna o externamente, al cual se hace difícil adaptar e induce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona, para mantener un estado de equilibrio dentro del mismo y con su ambiente externo. Cabe resaltar que el organismo genera la misma respuesta inespecífica ante estímulos positivos (eustres) o negativos (distrés) (Miranda, Monzalvo, Hernández, Ocampo, 2016) y en el contexto de la investigación que nos ocupa, solo se considerará el estrés y su impacto negativo en el marco del área de trabajo.

Estrés laboral

Dentro de los estímulos externos que más inducen al estrés, se encuentran los relacionados con el entorno laboral, aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno en el cual se trabaja, que superan los recursos que posee el trabajador para enfrentarlos (Organización Internacional del Trabajo, 2016), lo que da lugar a lo que conocemos como estrés laboral. Si las condiciones estresantes se prolongan en el tiempo, sobreviene un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajo y su empleo, que se denomina burnout (Olivares, 2016).

Síndrome de burnout

Reseña. El síndrome de burnout, también es conocido como síndrome de agotamiento profesional, el término burnout es inglés y al traducirse al español significa agotarse, consumirse o apagarse, pero como menciona Juárez, Idrovo, Camacho y Plascencia (2014), no es más que una metáfora que describe un estado o un proceso de agotamiento, desgaste o consumación de energía (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2008). En 1970 el psicoanalista Herbert J. Freudenberger usó el término para describir un síndrome clínico que lo aquejaba a él y a sus colegas, durante su voluntariado en la free clinic de Nueva York para toxicómanos, el cual se caracterizaba por una pérdida progresiva de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo, cada vez menos sensibilidad, menos comprensión, trato distanciado y cínico con tendencia a culpar a los pacientes de los problemas que padecían.

Este consumo de energía y desgaste lo asemejó a lo que le sucedía a los toxicómanos después del uso crónico de sustancias, por lo que eligió llamarlo burnout, que se traduce en estar quemado o consumido (Carlín & Garcés, 2010).

Cristina Maslach psicóloga social estadounidense es considerada la principal investigadora del tema. Ella comienza a reflexionar sobre las respuestas emocionales y las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales (Schaufelli & Buunk, 1996). En 1981 generó sus más significativas aportaciones, definiendo los componentes del síndrome (el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional) y diseñando la escala de evaluación para su detección, el Maslach burnout inventory (MBI) (Olivares, 2016).

Definición. La definición formal del síndrome de burnout no se encuentra a la fecha en los manuales nosológicos de enfermedad mental como el CIE 10 o el DMS V, debido a que las posibilidades de los criterios diagnósticos existentes no se ajustan adecuadamente a las características que presenta el síndrome en toda su extensión (Saborio & Hidalgo, 2015)

Por lo que al revisar literatura sobre el tema es común encontrar algunas variantes de matiz conceptual, por ejemplo Herbert Freudenberger en 1970 lo definió como una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (Fidalgo, s.f.). Maslach y Jackson por su parte lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas (Olivares, 2016). Mientras que Pines y Aronson en 1988, ampliaron su definición no restringida a profesiones de ayuda y lo consideran un estado de agotamiento emocional, mental y físico que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima, ello derivado de una implicación durante un período prolongado ante situaciones que son emocionalmente demandantes (Salvador, 2016). Brill (1984) por su parte lo ha conceptualizado como un estrés laboral prolongado y lo refiere como un proceso de adaptación que es temporal y se acompaña de síntomas mentales y físicos, mientras que el agotamiento se refiere a una falla en la adaptación acompañada de malfuncionamiento crónico (Schaufeli, Maslach y Tadeusz, 2017).

Finalmente podríamos seguir citando más definiciones, pero consideramos pertinente considerar la versión más reciente de Maslach, la cual considera que es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia de un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo y un sentido de ineficacia y carencia de la realización personal (Olivares, 2016).

Componentes del síndrome de burnout. El síndrome de burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por elementos emocionales (agotamiento emocional), actitudinales (despersonalización) y cognitivo-aptitudinales (reducida realización personal) (Olivares, 2016).

- 1) El agotamiento emocional constituye el componente de estrés individual básico del burnout y se refiere a sentimientos de estar sobre exigido (sobre esfuerzo físico) y vacío de recursos emocionales y físicos, generando debilidad o agotamiento, sin ninguna fuente de reposición y carentes de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema. Esta dimensión tiene como fuentes principales la sobrecarga laboral y el conflicto personal en el trabajo (Díaz & Gómez, 2016).
- 2) La despersonalización supone el desarrollo de conductas negativas, cínicas o impersonales (Olivares, 2016), también es conocida como la dimensión del cinismo o del desapego por el trabajo, genera pérdida del idealismo y deshumanización, reduciendo las formas de contención, de la cantidad de trabajo y trato negativo hacia los clientes (Díaz & Gómez, 2016).
- 3) Falta de la realización personal, en esta dimensión hay una disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, particularmente en el trabajo con otras personas (Olivares, 2016).

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina y cíclica, que puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo (Saborio & Hidalgo, 2015).

Modelos explicativos del síndrome de burnout. A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes modelos explicativos con el fin de esclarecer la etiología del burnout, cada uno abordando variables o aspectos diversos que pudieran relacionarse con el desarrollo o evolución del mismo. Por lo que a continuación mencionaremos los más representativos creados a partir de la teoría cognoscitiva del yo, de la teoría del intercambio social y de la teoría organizacional:

Modelos de la teoría cognoscitiva del yo. Toman como base las ideas de Albert Bandura, destacan el papel de las variables cognitivas (creencias, autoeficacia, actitudes o autoconcepto). Las consecuencias de sus acciones y de las que aprende observando a otros, influirán en sus creencias y en su grado de seguridad, a su vez cuando el sujeto deba realizar alguna actividad, éstas variables cognitivas determinarán el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos y también ciertas reacciones emocionales (Monte & Peiró, 1999).

- El modelo de competencia social de Harrison explica que los trabajadores que tienen por actividad laboral ayudar al bienestar de otros, son individuos altamente motivados, aunque la motivación con la que incian su carrera puede verse modificada por factores de dos tipos, los que facilitan los objetivos laborales y aquellos que los obstaculizan. Si la persona percibe más factores facilitadores en su entorno laboral, aumentará su sentido de eficacia y los sentimientos de competencia, dando como resultado una persona altamente motivada, caso contrario con los factores que se perciben como barreras, los cuales disminuyen los sentimientos de eficacia, generando dificultades para emprender las acciones que le permitan alcanzar los logros designados. Si dichos factores se prolongan, darán lugar al síndrome de burnout, disminuyendo los sentimientos de eficacia y su motivación para ayudar a otros (Ojeda, 2016).
- El modelo de Cherniss tiene como variable relevante en el desarrollo del burnout a la autoeficacia percibida. Considera el marco laboral como una fuente de estrés y al grado de seguridad que experimentan las personas en relación a sus propias capacidades, como el factor modulador del estrés. El autor considera que los éxitos y logros aumentan el sentido de autoeficacia y los fracasos lo disminuyen. A su vez

una persona con alta autoeficacia percibida experimentará menos estrés en situaciones de amenaza, esto puede deberse a que funciona como inhibidor de estrés y en baja autoeficacia lo incrementa. Por tanto las actitudes en el trabajo y el esfuerzo por lograr metas laborales dependerán de la autoeficacia percibida y de ella, que los niveles de estrés decrezcan o incrementen dando cabida al burnout (Albendín, 2016).

- Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper. En este modelo se consideran cuatro factores asociados con el síndrome, las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia, sus expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza. La autoconciencia la distingue como la capacidad para autorregular los niveles de estrés percibido, una autoconciencia alta genera que se perciban mayores niveles de estrés y viceversa. Cuando hay discrepancia percibida entre las demandas y los recursos del trabajador, se intensifica la autoconciencia, disminuye la autoconfianza para resolver las situaciones y los sentimientos de realización personal en el trabajo. Si el logro de objetivos se ve frustrado continuamente, la autoconciencia aumentará, al igual que el pesimismo, generando que busque retirarse mental o conductualmente de la situación problemática, en otras palabras desarrollará una despersonalización, la cual se entiende como un intento de retiro conductual que provoca sentimientos de agotamiento emocional (Ojeda, 2016).

Modelos de la teoría del intercambio social. Los modelos elaborados desde la teoría del intercambio social consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de Buunk y Schaufelli) y de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Freedy) (Monte & Peiró, 1999).

- Modelo de comparación social de Buunk y Schaufelli. Los autores plantean dos tipos de etiología del burnout, la primera referente a las relaciones de intercambio que establecen los trabajadores con los receptores de su trabajo y la segunda a los procesos de comparación social con los compañeros de trabajo. En las relaciones de intercambio se desprenden tres variables estresoras, la incertidumbre (sensación de inseguridad sobre si se hace lo correcto), la percepción de equidad (expectativa de obtener recompensas) y la falta de control (posibilidad de controlar los resultados de sus acciones). Los procesos de comparación social hacen referencia a evitar o

rechazar el apoyo social en situaciones de estrés por temor a ser considerados incompetentes. En este modelo considera que si los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben y no son capaces de resolverlo pueden desarrollar el síndrome (Ojeda, 2016).

- Modelo de conservación de recursos Hobfoll y Fredy. El modelo plantea que los estresores laborales, las relaciones con los demás y las estrategias de afrontamiento amenazan los recursos de los trabajadores, provocando inseguridad en sus habilidades para alcanzar sus metas. Si las estrategias son activas se genera una ganancia de recursos que le permite al sujeto un desempeño eficaz y una percepción y cognición positiva, mientras que lo opuesto, aumenta los niveles de estrés percibido dejando al trabajador más susceptible de desarrollar burnout (Ojeda, 2016).

Modelos de la teoría organizacional. Los modelos elaborados desde la teoría organizacional son aquellos que enfatizan los estresores del contexto de la organización y el tipo de estrategias de afrontamiento.

- Modelo de Golembiesky Munzenrider y Carter. Los autores de este modelo explican que el burnout surge cuando existe una sobrecarga laboral (exceso) o una pobreza de rol (escasez), ante ello busca resolver la situación y al no poder solucionar, despliega estrategias de afrontamiento, entre ellas el distanciamiento de la situación laboral, tratando a los demás como objeto (despersonalización), generando posteriormente baja realización personal y más tarde agotamiento emocional (Ojeda, 2016).
- Modelo de Cox, Kuk y Leiter. Para estos autores la salud organizacional y las estrategias de afrontamiento son aspectos cruciales en el desarrollo del burnout. El modelo incluye variables como sentirse gastado (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y sentirse presionado y tenso (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad). Hipotetizan que la salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación estrés-síndrome de burnout. Plantean como dimensión central al agotamiento emocional, la cual engloba variables emocionales como de bienestar y la despersonalización, la consideran como una estrategia de afrontamiento ante el sentirse gastado, mientras que la baja realización personal vendría a ser el resultado de una evaluación cognitiva relacionada a su experiencia de

estrés. Si las estrategias de afrontamiento puestas en marcha ante el estrés no son eficaces es posible que se manifieste el síndrome (Monte & Peiró, 1999).

- Modelo de Winnubst. El modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social. El autor señala que dependiendo del tipo de estructura organizacional, será la cultura organizacional que se derive; la cual puede dar lugar a una burocracia mecánica o personalizada. La burocracia mecánica se caracteriza por ser rutinaria, monótona, falta de control (aspectos que generan agotamiento emocional), perfeccionista, formalizada, con una comunicación vertical entre sus miembros, que provoca un apoyo social instrumental. En la burocracia personalizada lo que genera agotamiento es la relativa laxitud, la disfunción del rol, la confrontación entre miembros y los conflictos interpersonales, aunque aquí destaca una comunicación horizontal, más emocional e informal y el autor considera que el apoyo social influye de manera significativa en la percepción que el trabajador tiene sobre la estructura organizacional (Monte et al., 1999).

Modelo de la teoría estructural.

- Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel. Para los autores de este modelo el Síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral percibido, que surge después de una reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional, no son eficaces para reducir el estrés. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Monte et al. 1999).

Los modelos antes expuestos coinciden en las tres dimensiones propuestas por Maslach y sus colaboradores (Olivares, 2016), su influencia en el desarrollo del burnout y su relación con las condiciones ambientales, laborales y personales. Aunque difieren en el concepto de fases de evolución del burnout, el formato en que se establecen, así como una diferencia en las dimensiones desencadenantes y una secuencia temporal distinta en el inicio y desarrollo del padecimiento.

Causas del síndrome de burnout. Según la propuesta de Maslach, la cual goza de mayor aceptación, son los factores laborales y organizacionales los principales desencadenantes del síndrome de burnout (López, García & Pando; 2014), pero actualmente se le reconoce como un proceso multicausal y complejo, en donde se adicionan más factores que hacen susceptible al trabajador ante el padecimiento y que a continuación se enlistan:

- Componentes personales: la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas (Saborio & Hidalgo, 2015), locus de control (creencia sobre el control de los sucesos), estado civil (individuos con pareja tienen menos índices de burnout), estrategias de afrontamiento (estrategias basadas en emociones), autoeficacia (percepción de sentirse ineficaz) y las expectativas personales (expectativas ante el evento) (Ginnette, Rodríguez, Riveros, Rodríguez & Pinzón, 2011).
- Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo (Saborio & Hidalgo, 2015), dinámica del trabajo (fruto de interacciones mal conducidas con compañeros, supervisores y directivos), inadecuación profesional (perfil profesional no adaptado al puesto que desempeña), turnos nocturnos, conflicto y ambigüedad del rol (Schaufelli et al 2008), estresores por las nuevas tecnologías, estructura organizacional, estresores económicos, desafío en el trabajo, clima organizacional (toma de decisiones, autonomía y compromiso con el trabajo y relaciones con los compañeros (Ginnette et al. 2011).
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- Factores ambientales: el apoyo social (familiares y amigos), comunicación, actitudes de familiares y amigos, recursos de afrontamiento familiar, cultura, cambios

significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos (Saborio & Hidalgo, 2015).

Fases o evolución del síndrome de burnout. El síndrome de burnout es un fenómeno que va desarrollando secuencialmente la aparición de sus rasgos y sus síntomas globales (López, García & Pando, 2014), en otras palabras, no surge de forma súbita, si no que avanza en una sucesión de etapas, en las cuales es posible intervenir para revertir la situación e impedir el desarrollo (Del Castillo, 2015).

Edelwich y Brodsky, establece cuatro fases desarrollo del síndrome de burnout:

- Entusiasmo: la persona experimenta el nuevo puesto de trabajo como algo estimulante, con la idea de que el trabajo le permitirá satisfacer sus necesidades y problemas (Lara, 2013). Se caracteriza por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro (Hernández, Terán, Navarrete & León, 2007).
- Estancamiento: la persona se da cuenta que las expectativas creadas no se cumplen, el esfuerzo y la recompensa no se equilibran, demandas y recursos tienen un desequilibrio, crece el desaliento y la desilusión (Del Castillo, 2015).
- Frustración: Aparece la frustración, la cual se considera el núcleo del síndrome, por la aparición de problemas emocionales, físicos y conductuales (Hernández et al. 2007), como también signos y síntomas del síndrome. El entusiasmo y energía se ha transformado en fatiga crónica e irritabilidad, se deteriora la cantidad y calidad del trabajo, problemas como la depresión, la ansiedad o enfermedades físicas empiezan a aparecer, así como el consumo de drogas, alcohol o fármacos (Lara, 2012).
- Apatía: se ponen en marcha mecanismos de defensa en forma de cambios actitudinales y conductuales como la evitación de los cambios o desafíos e incluso evitar a los clientes o pacientes (Del Castillo, 2015).

Por último sobreviene el colapso emocional y cognitivo con importantes consecuencias para la salud. Aumenta la probabilidad de abandono del trabajo y con ello una vida profesional de frustración (Del Castillo, 2015).

Las fases antes mencionadas pueden variar ya que algunos autores difieren en la secuencia del proceso de evolución, así como el síntoma o dimensión que se presenta en

primer lugar.

Para Golembiewski y sus colaboradores el proceso inicia con la despersonalización, como mecanismo de afrontamiento al estrés, después se experimenta la baja realización y posteriormente el agotamiento emocional. (Mansilla, 2012)

Para Leiter y Maslach debido a los estresores laborales los trabajadores desarrollan agotamiento emocional, para posteriormente dar paso a la actitud despersonalizada hacia quien atienden, perdiendo el compromiso personal y finalizando con una disminución de la realización personal. (Mansilla, 2012)

Según Lee y Ashfor, la baja realización personal y la despersonalización son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional, pero que es necesario comprobar si el agotamiento es la parte inicial o final del proceso por que de ese punto depende la prevención o intervención. (Mansilla, 2012)

Para Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, el burnout se comienza con sentimientos de baja realización personal, paralelamente a un alto nivel de agotamiento emocional que lo conducen al desarrollo de actitudes de despersonalización. Posteriormente incorpora otro elemento, que es el sentimiento de culpa y genera dos perfiles uno con ausencia del sentimiento y el otro con el sentimiento, el cual sería el más afectado, pues considera que es responsable de un mayor deterioro. (Mansilla, 2012).

Manifestaciones del síndrome de burnout. Los síntomas principales del padecimiento son el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal, pero también existen manifestaciones que se pueden considerar como signos y síntomas y que es necesario hacerlos visibles para que la persona sea capaz de reconocerlos (Cevallos, 2015), ya que el desconocimiento o la negación impiden la búsqueda de ayuda y una pronta intervención.

Cevallos (2015) clasifica las manifestaciones de la siguiente manera:

Emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritabilidad, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los pacientes, supresión de sentimientos.

Cognitivos: pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

Conductuales: evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Sociales: evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento, formación de grupos, críticos, vitación profesional.

Consecuencias del síndrome de burnout. El síndrome de burnout puede generar consecuencias que podemos separar en cinco grupos:

Psicosomáticas: dolores de cabeza, desordenes gastrointestinales, tensión muscular, desajustes en los ciclos menstruales, alteraciones del sueño como el insomnio, pérdida de peso, úlceras, cansancio hasta el agotamiento, fatiga crónica (Del Castillo, 2015), problemas respiratorios, alteraciones cardiovasculares, problemas inmunológicos (Monte, 2003).

Emocionales: sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, distanciamiento afectivo, disgusto, ansiedad, impaciencia, aburrimiento, baja tolerancia a la frustración, episodios depresivos, sentimientos de impotencia, culpabilidad, alienación o soledad. La mayor parte de las consecuencias del burnout son de tipo emocional (Del Castillo, 2015).

Conductuales: abuso de sustancias psicoactivas (drogas, tabaco, medicamentos), cambios de humor, absentismo laboral, aumento de conductas agresivas, cínicas.

Sociales: relaciones interpersonales deficientes, conflictos con la familia amigos y compañeros de trabajo debido a las conductas hostiles o de aislamiento y a la comunicación deficiente (Del Castillo, 2015).

Laborales: disminución de la productividad, deterioro de la calidad asistencial, baja satisfacción laboral, absentismo laboral elevado, tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores, disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Monte, 2003).

Síndrome de burnout en el ámbito sanitario. El estudio del síndrome de burnout partió buscando explicar el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito sanitario, a la fecha siguen siendo los profesionistas de la salud los más altamente estresados (Vilariño, 2015), ya que autores que han seguido estudiando de cerca el padecimiento coinciden en que los profesionistas que tienen demasiado contacto con personas como los médicos y enfermeras, los hace propensos a padecerlo (Hernández et al., 2007). Que si bien cabe recalcar que en la actualidad no es exclusivo de las profesiones asistenciales, la Organización Internacional del Trabajo (2012) cataloga el burnout dentro de los problemas globales presentes en todas las profesiones y ocupaciones, en países desarrollados y no desarrollados.

Síndrome de burnout en personal de enfermería. La labor de las enfermeras es muy extensa, va desde las funciones propias para las cuales fue capacitada, que engloba el atender, cuidar, mantener, mejorar la calidad de vida de los pacientes y las que realiza por delegación de médicos, supervisores o directivos y en todas ellas exigen profesionalismo, responsabilidad y entereza. En el personal de enfermería recae el cuidado de todo tipo de enfermos, con sus diversas enfermedades, situaciones de urgencia y emergencia, además de enfrentarse de manera cotidiana al sufrimiento, al dolor, la desesperación, la incapacidad e incluso la muerte. De hecho existen áreas donde incluso se enfrentan a situaciones de mayor complejidad por ejemplo el área de oncología que implica la atención de pacientes en ocasiones ya sin posibilidades terapéuticas, ofrecer cuidados intensivos y prolongados, además de la gran proximidad con la familia (Bezerra & Correa, 2008). El área de cuidados intensivos o de cuidados especiales, donde el enfermero es responsable del complejo cuidado del paciente y del riesgo eminente de muerte (Panuto & De Brito, 2013), otra sería el área de urgencias, donde el enfermero hace una valoración rápida y recae sobre él, la responsabilidad de activar la señal de alarma si el riesgo es elevado, sin poder mostrar inseguridad, miedo o alarma.

Además de este panorama que predispone al personal de enfermería al desarrollo de estrés crónico, diferentes estudios han relacionado la aparición del padecimiento a diversas variables laborales, como el inadecuado ambiente de trabajo, relaciones interpersonales difíciles, toma de decisiones, puesto de trabajo, tipo de profesión, crisis en el desarrollo de la carrera, el inadecuado apoyo social (Dávila & Romero, 2008), el aburrimiento, pobres

condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional, aislamiento (Saborio & Hidalgo, 2015), la poca experiencia laboral, el tipo de contrato y la ubicación del trabajo (Domínguez, López & Iglesias (2017).

Estos estudios nos muestran la gran diversidad de aspectos que envuelven la labor del personal de enfermería y la necesidad de seguir analizando e identificando aspectos que pueden sumarse a la problemática, ya que a través de su conocimiento se pueden implementar estrategias para que la calidad de su trabajo no disminuya.

Estilos de vida

Definición. La OMS (1999) define los estilos de vida como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Dichos comportamientos, comprenden patrones de conducta individuales, actividades rutinarias y hábitos como características nutricionales, horas de vigilia y descanso, el hábito de fumar, el uso de alcohol y otros estimulantes, el ejercicio físico y otros rasgos del contexto en donde se desenvuelven los individuos (Ortega, 2013). Este concepto engloba tanto comportamientos que benefician la salud como aquellos que la ponen en riesgo, lo que puede hacer confuso su entendimiento (Wong, 2013), es por ello que a continuación exponemos cada uno, para poder diferenciarlo.

Estilos de vida saludable y no saludable. Los estilos de vida están determinados por factores de riesgo y/o por factores protectores del bienestar (Wong, 2013), que dan como resultado dos vertientes, hacer a la persona más propensa a padecer enfermedades o a mantener su estado de salud.

Los factores protectores son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud.

Los factores de riesgo corresponden al conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño, es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar (Tobon, 2010).

Cuando un estilo de vida se convierte en un elemento perjudicial para la salud podemos decir que estamos ante un estilo de vida no saludable, el cual comprende comportamientos, hábitos y conductas que van en contra de la salud y de la calidad de vida de la propia persona, deteriorando su aspecto biológico, psicológico y social (Ortega, 2013). Las dietas poco saludables, la inactividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas,

alteraciones del sueño, falta de recreación, falta de autocuidado y cuidado médico y otras conductas de riesgo (Atlas Mundial de la Salud, 2017) son parte de las prácticas de estilos de vida no saludables.

Los estilos de vida saludables se entienden como patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar o fomentar el nivel de bienestar, auto actualización y satisfacción de las necesidades personales (Soberón & Mendoza, 2015). Un estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante medidas de autocuidado (Acuña & Cortes, 2012).

Promoción de estilos de vida saludables. La OMS (1998) señala que la promoción de la salud permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla, por lo que intervenir en los estilos de vida y promover la adopción de estilos de vida saludables contribuye en tanto con el objetivo de la OMS, como el que busca la psicología de la salud. Identificar factores y comportamientos de riesgo permite intervenir y en consecuencia prevenir la aparición de enfermedades, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Componentes de los estilos de vida. Dentro de los componentes de los estilos de vida que serán considerados para el presente estudio serán la actividad y recreación física, autocuidado de la salud, hábitos alimenticios, consumos de sustancias psicoactivas y sueño.

Alimentación: la alimentación aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sano. Los nutrientes esenciales son: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua (Ministerio de Salud, s.f.). Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. La ingesta calórica debe estar en consonancia con el gasto calórico, mimitar el consumo de azúcar, sal y grasas para prevenir el riesgo de sobre peso y obesidad (OMS, 2015). Una alimentación sana en adultos, implica comer legumbres (2 veces por semana), frutos secos, cereales integrales (2 o 3 veces por semana), 5 porciones de fruta y 2 hortalizas al día. Preferir el consumo de carnes como pescado, pollo o pavo (2 o 3 veces por semana), huevo (2 o 3 veces por semana), lácteos (diariamente), carnes rojas (1 vez por

semana). Consumir tres comidas completas y dos colaciones saludables adía, en horarios regulares, desayunar antes de las actividades diarias y beber de 6 a 8 vasos de agua diariamente. (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.)

Actividad y recreación física: se considera cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.. Un nivel adecuado de actividad física reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas; mejora la salud ósea y funcional, y es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso (OMS, 2017).

Sueño: El sueño es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona. Representa una necesidad básica del ser humano, tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos. Un adulto en promedio debe dormir de 6 a 8 horas, el estrés y el estilo de vida pueden interrumpir el patrón de sueño e inducir al uso de medicación, al igual que los turnos rotatorios y nocturnos afectan las pautas de sueño. La fatiga también altera el patrón de sueño (Enfermería comunitaria, 2013).

Autocuidado de la salud: se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Constituye una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, como la higiene, la vacunación, el chequeo médico regular o el autoexamen (Tobon, 2010).

Consumo de sustancias psicoactivas: las sustancias psicoactivas son cualquier sustancia que al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras, incluye el tabaco, alcohol y los solventes y excluye las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos (Tapia, 2017). El tabaco mata a la mitad de los consumidores, el humo contiene mas de 4000 productos químicos y más de 50 provocan cáncer (OMS, 2017). El consumo de alcohol motivado por el deseo o la necesidad de evadirse de una situación o un estado de ánimo desagradable, puede causar mas de 200 enfermedades y trastornos mentales y comportamentales (OMS, 2015). Las drogas son toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos , su venta o consumo puede estar incluso prohibido por los efectos dañinos ante el uso desmedido (OMS, 1994).

Enfermedades relacionadas con los estilos de vida.

- Consumo de tabaco:
enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y enfisema, infarto del miocardio y la muerte súbita, hipertensión arterial y cáncer (Lugones, Ramírez, Pichs & Miyar, 2006).
- Dieta no equilibrada:
hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, obesidad, sobrepeso, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, miocardiopatías, desnutrición, anemia, depresión, diabetes, cáncer, mal funcionamiento cerebral (Socarras & Bolet, 2010).
- Actividad física:
la falta de actividad física ocasiona obesidad, hipertensión, diabetes, estrés, cáncer de mama, cáncer de colon, cardiopatía isquémica, depresión, caídas (OMS, 2017).
- Consumo de alcohol:
gastritis, úlcera gastroduodenal, trastornos renales, cardíacos, trastornos de memoria, depresión, riesgo de accidentes, conductas violentas, dismorfias,

craneoencefalías, retraso psicomotor, síndrome alcohólico fetal (Instituto de la mujer, 2006).

➤ Consumo de drogas:

cáncer de boca, garganta, laringe, sangre, pulmones, estómago, páncreas, riñón, vejiga y cuello uterino, trastornos mentales, hepatitis B y C, accidente cerebrovascular, VIH/SIDA, ansiedad, depresión, esquizofrenia (National Institute on Drug Abuse, 2014).

Estilos de vida en enfermeras. La enfermería juega un papel fundamental en el cuidado del bienestar y la vida de los pacientes, es el personal de salud el encargado de la enseñanza del autocuidado, ayudan al paciente con orientación y consejo, para que desarrolle prácticas en favor de su salud, que se transformen en hábitos que lo protejan y prevengan de enfermedades (Tobo, 2010). En este sentido, se podría entender que la enfermería tiene un amplio conocimiento en factores protectores de la salud y por ende una mayor probabilidad de adherirse a la práctica de hábitos saludables. Para Hurtado y Morales (2011) este panorama es muy diferente, pues de acuerdo al estudio realizado sobre estilos de vida en personal de salud, evidenció deficiencias de manera general en los estilos de vida practicados, alto porcentaje de sobrepeso y obesidad, mínima actividad física y deporte, así como consumo de alcohol y tabaco se hicieron evidentes en gran parte de la muestra de estudio. Resultados similares fueron obtenidos por Ortega (2013) en enfermeras del área de urgencias, encontrando que más de un 50% de las enfermeras mostraba estilos de vida no saludables, más específicamente en el área biológica, que corresponde a la alimentación, la actividad física y el descanso. Garduño, Méndez y Salgado (2012) encontraron en su investigación sobre autocuidado en una muestra de enfermeras, prácticas deficientes que evidencian que el personal no toma las medidas de precaución ante los factores de riesgo laborales. Estos estudios muestran que el conocimiento que posee el personal de salud no basta para ser desarrollado y que además la práctica de estilos no saludables no solo contribuye al deterioro de su propia salud, si no que también perjudica su labor diaria a través de actitudes no favorecedoras en su papel como agente promotor de la salud de los pacientes. Frank (2004) por su parte demostró a través de su estudio que los profesionales que tienen un estilo de vida saludable, tienen más éxito al recomendar comportamientos saludables en sus pacientes e

inducirlos al cambio, que aquellos que no practican lo que recomiendan. Por tanto aportar evidencia sobre aquellos factores protectores practicados por el personal de salud permitirá brindar información que permita prevenir el deterioro de quienes se encargan del cuidado de la salud de la sociedad.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estrés laboral es uno de los problemas más graves a nivel social y económico en la actualidad, el numero de casos a llegado a posicionar a México en el nada honroso primer lugar a nivel mundial (Cruz, López, Cruz & Llanillo, 2016), provocando mermas de entre 5 mil y 40 mil millones de dolares al año y atribuyendosele el 25 por ciento de los 75 mil infartos presentados al año en el país (Camara de Diputados, 2015). Se considera que una excesiva carga de trabajo, un elevado nivel de responsabilidad, las relaciones laborales insatisfactorias y las tareas peligrosas, pudieran ser algunas de las causas que originan esta problemática (Cruz, López, Cruz & Llanillo, 2016). Esta situación nos muestra que los entornos laborales actuales estan sobrepasando las capacidades del trabajador, dando como resultado una disminución de la productividad, la competitividad, afectando con ello la imagen pública de las organizaciones como lo afirma la Organización Panamericana de la Salud (2016). Sin embargo, los efectos mas adversos del estrés laboral son para la salud del trabajador, ya que como consecuencia de un periodo prolongado de altos niveles de estrés laboral finalmente conducirá al trabajador al agotamiento emocional, físico y mental grave, denominado Síndrome de burnout, catalogado como el punto final trágico para las profesiones (Vilariño,2015). Dicho padecimiento ocasiona cardiopatías, trastornos digestivos, trastornos músculo-esqueléticos, reproductivos, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, insomnio, trastornos del sueño por mencionar solo algunos (Stavroula, 2004).

Si a este escenario le agregamos que existen profesiones con una mayor predisposición a padecer estrés como: médicos, enfermeras, policias, bomberos,etc. (Comín, De la Fuente y Gracia, 2012), colectivos que tienen en común el trabajo directo con las personas y que su labor comporta una gran responsabilidad social (García & Gil, 2016), estaremos entendiendo que aunque el estrés puede ocurrir en cualquier tipo de trabajo, la naturaleza de ciertas actividades laborales vulnera más a unas poblaciones que a otras.

En el caso de los trabajadores de salud hasta un 60% padece estrés laboral y estan

mas propensos a padecer estrés crónico (Paz, 2016), debido a que se enfrentan diariamente al dolor, la muerte, las enfermedades terminales, la toma de decisiones donde está en juego la vida de los pacientes (Primiciero, Bajonero & Torres, 2017) y a que se deriva de la atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia y aumenta en función del tiempo pasado en contacto y proporcionando cuidados directos con los enfermos (Moreno & Peñacoba, 1999); entornos que son altamente demandantes y donde el riesgo de agotamiento es alto. Este padecimiento pernicioso recientemente ha sido incluido en la lista de enfermedades del Título noveno de la Ley Federal del Trabajo, sin embargo sigue sin reconocerse el derecho que tiene el trabajador con estrés crónico o fatiga a una indemnización o incapacidad que le permita su recuperación (Díaz, 2016).

Si bien, los ambientes laborales con situaciones altamente demandantes juegan un papel decisivo en el desarrollo y mantenimiento del burnout, se necesita ampliar los horizontes de investigación sobre más factores tanto de riesgo como de protección que permitan prevenir el síndrome de burnout. Literatura reciente destaca la influencia de comportamientos individuales como los estilos de vida en los niveles de estrés, por lo que hicimos una revisión de la temática y encontramos que Rodríguez et al. (2013) al asociar actividad física a niveles de estrés, encontró que individuos con niveles mas bajos de actividad física se encontraban tres veces más estresados que aquellos con mayores niveles de actividad. Barattucci (2011) por su parte halló que personas con altos niveles de estrés consumen mayor cantidad de alimentos con contenido graso y azúcares. Aldrete, González, León, Hidalgo y Navarro (2017) encontró que personal de enfermería (horas de vigilia y descanso) que trabaja en el turno nocturno, tienen tres veces más riesgo de presentar estrés. En cuanto a la etapa avanzada del estrés laboral y los estilos de vida, Marcos (2012) halló una correlación negativa significativa ($r=-0,43$) entre los estilos y el síndrome en profesionales de enfermería, resultado que le hace considerar a los estilos como factores predisponentes. Por lo antes expuesto sentimos la necesidad de realizar un estudio que nos permita estimar la prevalencia de rasgos relacionados con el síndrome de burnout e identificar las variables relacionadas con los estilos de vida del personal de enfermería.

Atendiendo a estas consideraciones es que se llega a plantear la siguiente interrogante:

¿Cuál será el estilo de vida y su relación con el síndrome de burnout, en el personal de enfermería que labora en las unidades de salud del municipio de Tula de Allende, Hidalgo?

Así pues, cuando dispongamos de los niveles de síndrome de burnout e identificación de las variables relacionadas con los estilos de vida, será posible ubicar a los individuos que se encuentren más propensos a ver multiplicado el efecto deletéreo del estrés. A partir de ello implementar acciones preventivas, de promoción e intervención en favor de la salud .

Justificación

Las enfermedades crónicas que aquejan en la actualidad a la población son responsables del 70% de las muertes en el mundo y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (OMS, 2017). Dichas enfermedades se deben en gran medida a factores comportamentales como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo de alcohol (OMS, 2015). De igual manera los factores de riesgo ambientales que favorecen la aparición de enfermedades, son los del contexto laboral (Del Hoyo, 2004). La población más afectada por factores ambientales laborales, son los trabajadores de la salud. En el 2016 se detectó que hasta un 60% de éste sector padece estrés laboral debido a las circunstancias ambientales que caracterizan a su profesión. Ante este panorama es que surge el interés por investigar los factores comportamentales (estilos de vida) y el estrés derivado de factores ambientales laborales de aquellos trabajadores encargados de cuidar y proteger la salud de los enfermos.

De esta manera se pretende ampliar el conocimiento sobre los factores de riesgo que repercuten en la salud, el desempeño y la satisfacción laboral (OMS, 2016) del personal sanitario. La identificación de posibles casos de síndrome de burnout y la detección de estilos de vida no saludables permitirá generar información sobre la prevalencia y tendencia de dichos factores de riesgo, aspectos fundamentales para orientar las estrategias de prevención, control y fortalecimiento de la atención de salud. De igual manera los resultados obtenidos sirven de orientación para la intervención oportuna y el control de éstos factores de riesgo, que tiene la ventaja de ser modificables a través de la promoción de conductas y hábitos saludables en una población que de antemano reconocemos tiene un abundante conocimiento en temas de salud, pero que pudiera estar anteponiendo su bienestar en favor de los demás.

Objetivo general

Estimar la prevalencia de rasgos relacionados con el síndrome de burnout e identificar las variables relacionadas con los estilos de vida del personal de enfermería.

Objetivos específicos

- Identificar niveles de síndrome de burnout en el personal de enfermería.
- Describir los estilos de vida en el personal de enfermería.
- Conocer la probable relación entre el estilo de vida y el síndrome de burnout en el personal de enfermería .

CAPITULO III

MÉTODO

Enfoque

La investigación que se llevará a cabo será de enfoque cuantitativo, ya que se realizará una recolección y análisis de datos que permita dar respuesta a la pregunta de investigación, basandose en la medición numérica y la estadística para construir un conocimiento más confiable (Sampieri, Collado & Lucio, 2007).

Diseño

En base a los objetivos planteados, el diseño sera no experimental, debido a que no serán manipuladas las variables independientes, por tanto los datos serán recolectados en su contexto natural en una sola ocasión, dando lugar a un estudio de tipo transversal, para posteriormente analizarse y averiguar entre el personal de enfermería que padece síndrome de burnout y los que no, si existe alguna relación con sus estilos de vida, encuadrandose asi en un diseño no experimental, transversal, correlacional.

Lugar de estudio

Las evaluaciones se llevaron a cabo en las unidades de salud del municipio de Tula de Allende, las cuales brindan atención de 8 am a 3pm y también son llamados centros de salud, en ellos se brinda atención primaria de carácter preventivo, curativo y rehabilitación, no cuentan con servicios hospitalarios, dan seguimiento a población vulnerable (adultos mayores, embarazadas, niños menores de 5 años y con atención especial) y tienen las funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. En las unidades de salud se cuenta con un médico general, dos enfermeras de base y entre tres enfermeras recién egresadas y estudiantes realizando servicio social.

Población

La población de la siguiente investigación serán cada una de las enfermeras que forman parte de las unidades de salud, del municipio de Tula de Allende, Hidalgo.

Tipo y tamaño de muestra

Para la muestra representativa se aplicará muestreo no probabilístico de tipo intencional, seleccionando al personal de enfermería que labora en las unidades de salud, del municipio de Tula de Allende en el estado de Hidalgo, lo que nos da un total de 50 enfermeras que trabajan en las unidades seleccionadas.

Criterios de inclusión

- Ser enfermera (o) que labora en las unidades de salud del municipio de Tula de Allende, Hidalgo.
- Tener más de un año de antigüedad.
- Con independencia de la edad y sexo.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que no se haya presentado a laborar durante la visita a la unidad de salud.
- Personal de enfermería que no haya firmado el consentimiento informado.

Variables

Las variables que se someterán a análisis son las siguientes:

Tabla 1 Variables

Variables sociodemográficas				
Variable	Tipo	Dimensiones/ indicadores	Forma de medida	
Sexo	Cualitativa, dicotómica, atributiva	nominal, discreta y masculino o femenino	Perteneciente al género	1. Masculino 2. femenino
Edad	Cuantitativa, intervalo, atributiva	discreta, discreta,	Años cumplidos	(11-20), (21-29), (30-38), (39-47), (48-56).
Antigüedad laboral	Cuantitativa intervalo, atributiva	discreta, discreta,	Años enteros laborando	(1-5), (6-10), (11-15), (16-20), (21-25), (26-30).
Síndrome de burnout				

Agotamiento emocional	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se considerará en bajo, medio y alto según los puntos de corte de Maslach	1. Bajo 2. Medio 3. Alto
Despersonalización	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se considerará en bajo, medio y alto según los puntos de corte de Maslach	1. Bajo 2. Medio 3. Bajo
Realización profesional	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se considerará en bajo, medio y alto según los puntos de corte de Maslach	1. Bajo 2. Medio 3. Alto
Estilos de vida			
Condición, actividad física y deporte	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se calificara en No Saludable, Poco Saludable, Saludable, Muy Saludable, según la escala de Prácticas de los Estilos de vida saludable.	1-Nunca 2-Algunas veces 3-Frecuentemente 4-Siempre
Recreación y manejo del tiempo libre	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se calificara en No Saludable, Poco Saludable, Saludable, Muy Saludable, según la escala de Prácticas de los Estilos de vida saludable	1-Nunca 2-Algunas veces 3-Frecuentemente 4-Siempre
Autocuidado y cuidado médico	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se calificara en No Saludable, Poco Saludable, Saludable, Muy Saludable, según la escala de Prácticas de los Estilos de vida saludable	1-Nunca 2-Algunas veces 3-Frecuentemente 4-Siempre
Hábitos alimenticios	Cualitativa, ordinal, policotómica, discreta, activa, dependiente	Se calificara en No Saludable, Poco Saludable, Saludable,	1-Nunca 2-Algunas veces 3-Frecuentemente

			Muy Saludable, según la escala de Prácticas de los Estilos de vida saludable	4-Siempre
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	Cualitativa, policotómica, activa, dependiente	ordinal, discreta,	Se calificara en No Saludable, Poco Saludable, Saludable, Muy Saludable, según la escala de Prácticas de los Estilos de vida saludable	1-Nunca 2-Algunas veces 3-Frecuentemente 4-Siempre
Sueño	Cualitativa, policotómica, activa, dependiente	ordinal, discreta,	Se calificara en No Saludable, Poco Saludable, Saludable, Muy Saludable, según la escala de Prácticas de los Estilos de vida saludable	1-Nunca 2-Algunas veces 3-Frecuentemente 4-Siempre

Instrumentos

En la realización de este estudio se han utilizado los siguientes instrumentos para la recolección de datos que a continuación se describen:

Inventario burnout de Maslach (MBI). (Anexo 1) El cuestionario MBI fue elaborado por Cristina Maslach, psicóloga estadounidense, de aquí que surgiera el término de burnout para designar al síndrome de estar quemado por el trabajo. La primera versión surgió en 1981 y constaba de 25 ítems, distribuidos en 4 escalas y se valoraba por intensidad y frecuencia. Posteriormente en 1986 se eliminó la cuarta escala (implicación con el trabajo) y quedó conformada por solo 22 ítems con siete opciones de respuesta tipo likert (valoradas de 0 a 6), agrupados en tres dimensiones :

- Agotamiento emocional: consta de 9 ítems que valoran la experiencia de estar oprimido física y psíquicamente por las demandas de trabajo. La puntuación máxima de 54 y se asocia de manera directa con el síndrome de burnout. Preguntas

correspondientes 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Puntuaciones menores de 18, indican nivel bajo, puntuaciones de entre 19 y 26, nivel medio y puntuaciones superiores de 27 indican alto nivel de burnout.

- Despersonalización o cinismo: consta de 5 ítems que evalúan el reconocimiento de actitudes de frialdad y distanciamiento hacia las personas con las que interactúa por sus tareas. La puntuación máxima es de 30 y se relaciona directamente con el nivel del síndrome. Preguntas correspondientes 5, 10, 11, 15 y 22. Puntuaciones menores de 5, indican nivel bajo, puntuaciones de entre 6 y 9, nivel medio y arriba de 10 niveles altos.
- Realización personal en su trabajo: compuesto de 8 ítems que tratan de medir los sentimientos de autoeficacia consigo mismo y con su labor. La puntuación máxima es de 48 y se relaciona de manera inversa con el síndrome. Preguntas correspondientes 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Puntuaciones menores de 33 es indicativo de nivel bajo de realización personal, de entre 34 y 39, nivel medio y superiores a 40, niveles altos.

Para definir la presencia del síndrome de burnout, la persona deberá obtener un puntaje alto en la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización y un puntaje bajo en realización personal.

Tabla 2 Niveles de burnout

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Riesgo (Bajo)	Alto Medio o Bajo Bajo	Medio o Bajo Alto Medio	Alto o Medio Alto o Medio Alto
Tendencia (Medio)	Medio o Bajo Alto Medio o Bajo	Medio o Bajo Medio o Bajo Alto	Bajo Bajo Bajo
Burnout (Alto)	Alto Alto	Alto Alto	Alto o Medio Bajo

De acuerdo a una revisión realizada a 64 estudios sobre el síndrome de burnout, el MBI es el instrumento más utilizado por contar con una consistencia interna y una fiabilidad de alpha cronbach de entre 0.79 y .090 para sus tres dimensiones (Balcazar, Montejo &

Ramírez, 2015) y la mayoría de las investigaciones (50%) revisadas se centra en profesionales de la salud, como enfermeras y médicos (Juárez, Idrovo, Camacho & Plascencia, 2014).

Cuestionario de prácticas y creencias sobre los estilos de vida saludables. (Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002). (Anexo 2) Instrumento creado por Arrivillaga, Salazar y Gómez (2007), Está formado por 116 ítems distribuidos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems) y pueden ser usadas de manera independiente.

El Cuestionario evalúa 6 dimensiones del estilo de vida:

- Actividad y recreación física: se compone de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, todos con valor positivo. Rango de calificación: no saludable (6-10), poco saludable (11-15), saludable (16-20), muy saludable (21-24).
- Recreación y manejo del tiempo libre: corresponden los ítems 7, 8, 9, 10 con valor positivo y el ítem 11 con valor negativo. Rango de calificación: no saludable (5-8), poco saludable (9-12), saludable (13-16), muy saludable (17-20).
- Autocuidado y cuidado médico: consta de los ítems 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 26, 29, 30 con valor positivo y los ítems 19, 20, 27 y 28 con valoración negativa. Rango de calificación: no saludable (21-36), poco saludable (37-52), saludable (53-68), muy saludable (69-84).
- Hábitos alimenticios: se compone de los ítems 33, 38, 39, 40, 45, 46, 47 con valoración positiva y los ítems 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 48, 49 con valor negativo. Rango de calificación: no saludable (17-29), poco saludable (30-42), saludable (43-54), muy saludable (55-68).
- Consumo de sustancias psicoactivas: consta de los ítems 52, 54 y 57 con valor positivo y los ítems 50, 51, 53, 55, 56, 58 y 59 con valoración negativa. Rango de calificación: no saludable (10-17), poco saludable (18-25), saludable (26-33), muy saludable (24-40).
- Sueño: se compone de los ítems 60, 62, 66, 69 con valoración positiva y los ítems 61, 63, 64, 65, 67 y 68 con valor negativo. Rango de calificación: no saludable (10-16), poco saludable (17-24), saludable (25-32), muy saludable (33-40).

Su formato de respuesta es de tipo Likert, con cuatro alternativas de respuesta, nunca, algunas veces, frecuentemente, siempre, con valores que van de 1 a 4. Las categorías de calificación de cada dimensión varían en cada una y se establecen en términos de la frecuencia practicada y son las siguientes: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS).

Los rangos de calificación general quedan de la siguiente manera:

No saludable: 64-111 Poco saludable: 112-159

Saludable: 160-207 Muy saludable: 208-256

Este instrumento fue utilizado por Palomares (2014), en su investigación sobre estilos de vida y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud, para fin del estudio utilizaron solo se utilizó la escala de prácticas de estilos de vida y se omitió el de creencias, se aplicó a una muestra de 106 profesionales de la salud y como resultado se obtuvo una correlación negativa entre las variables de estudio.

Cárdenas (2009) por su parte llevó a cabo un estudio con personal de las unidades de medicina familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social de Aguascalientes, sobre estilos de vida saludable, aplicando el cuestionario de prácticas sobre estilos de vida, de igual forma omitiendo la escala de creencias. La muestra estuvo compuesta por 386 sujetos y obteniendo prácticas saludables en la mayoría del personal, sin embargo la prevalencia es alta en enfermedades crónico degenerativas.

Propiedades psicométricas:

Alpha de Cronbach: 0,873

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 0,854

gl: 6670

Sig. 0

Cuestionario sociodemográfico

Para la obtención de las variables sociodemográficas se diseñó un breve cuestionario, el cual no fue diseñado con el fin de medir dichas variables, si no con el fin de explorar sus características.

Cuestionario sociodemográfico

Código de identificación: _____

Género: Masculino _____ Femenino _____

Edad: _____

Unidad de Salud: _____

Antigüedad laboral: _____

Materiales

Para la realización del estudio se utilizó se utilizaron bolígrafos y folders para separar los cuestionarios y el consentimiento informado. Así como computadora y el programa estadístico SPSS versión 23.

Procedimiento

Para proceder con la recopilación de los datos se solicitó una reunión el Director de la Coordinación de la Secretaría de salud del municipio de Tula de Allende, el Lic. en enfermería Sergio Tomás Olvera Muñoz, con la finalidad de dar a conocer los objetivos de la Investigación. Posteriormente se formalizó la autorización con la entrega de la carta de presentación (Anexo 3) emitida por la universidad y un resumen de la investigación.

Una vez obtenida la autorización se realizó la visita a cada una de las unidades de salud que se encuentran distribuidas en el municipio, haciendo entrega del consentimiento informado para su autorización (Anexo 4). Con dicho documento firmado, se aplicaron los dos instrumentos de evaluación, las cuales se llevarán a cabo el mismo día, con un máximo de cuatro participante por sala. De esta misma manera se visitaron las demás unidades de salud, hasta concluir.

Análisis de los datos

Una vez obtenidos los datos, se procederá a la organización de los resultados de ambos instrumentos para su interpretación. De esta manera proceder al llenado de la matriz de datos y su análisis. Para finalmente poder explicar y predecir probabilísticamente el comportamiento de las variables de estudio.

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización por escrito a la Coordinación de la Secretaría de Salud del Municipio de Tula de Allende (Anexo 3)

Con la autorización firmada por el coordinador municipal se extendieron las respectivas solicitudes de permiso, que fueron entregadas a las enfermeras de base encargadas de cada unidad de salud por la misma coordinación.

Se informó a cada uno de los participantes de las distintas unidades de salud sobre el estudio a realizar y la finalidad del mismo, para que el personal con el debido conocimiento decidiera participar o no.

Se entregó el respectivo consentimiento informado en el que se expone el propósito, objetivos, riesgos y confidencialidad (Anexo 4), el día y la hora en que la unidad de salud designó, no sin antes aclarar que si durante la evaluación decidían desistir podían hacerlo.

Los Cuestionarios fueron foliados con un código (E1, E2, E3...E50) para proteger la identidad y confidencialidad de la información.

Durante la aplicación de los cuestionarios solo se permitió un máximo de cuatro participantes en la sala.

Para finalizar el personal que apoyo en la evaluación, realizó el registro de los participantes por nombre y código, información que será proporcionada solo para la entrega de los resultados de las evaluaciones.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Una vez procesados los datos se presentan a continuación los resultados obtenidos para poder dar respuesta a los objetivos que se fijaron en esta investigación.

La muestra estuvo conformada por 50 elementos del área de enfermería, de los cuales 44 corresponden al sexo femenino, que representa un 88% y 6 del sexo masculino, lo que nos da un 12%. Esta diferencia de porcentajes en la composición de la muestra puede deberse a que la sociedad ha naturalizado que las mujeres sean las que se dediquen al arte de cuidar, generando que el hombre tome con dificultad la decisión de elegir la profesión (Martí, 2015).

Tabla 3 Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	12.0
Femenino	44	88.0
Total	50	100.0

La edad de los participantes fue agrupada de la siguiente manera: 11-20, 21-29, 30-38, 39-47, 48-56, obteniendo el mayor porcentaje (38%) la edad comprendida ente 21-29, seguida del grupo de 39-47, con el 14%. Los rangos de entre 11-20, 30-38 representaron el 7% y 6% y finalmente el grupo de 48 y 56 con un 4%. La edad mínima de la muestra de estudio fue de 20 años y la máxima de 54, dicha variable registra una media de 31.84, una mediana de 28, una moda de 20 y un rango de 34.

Tabla 4 Distribución de la muestra por grupos de edad

Edad (Agrupado)	
Frecuencia	Porcentaje

Validado	7	14.0
11-20	19	38.0
21-29	6	12.0
30-38	14	28.0
48-56	4	12.0
Total	50	100

En cuanto a la antigüedad laboral, el rango entre 1 y 5 años y el de 6 a 10 años fueron los que predominaron con un 56% y 16% respectivamente, siguiendo en frecuencia el de 21-25, con un 14%, 16-20, con el 10%, 11-15 y 26-30, con 2% cada uno. Es necesario aclarar que una mayoría de la población se sitúa en el rango de 1 a 5 años, debido a que la Coordinación de Salud distribuye su personal recién egresado en las diferentes unidades de salud.

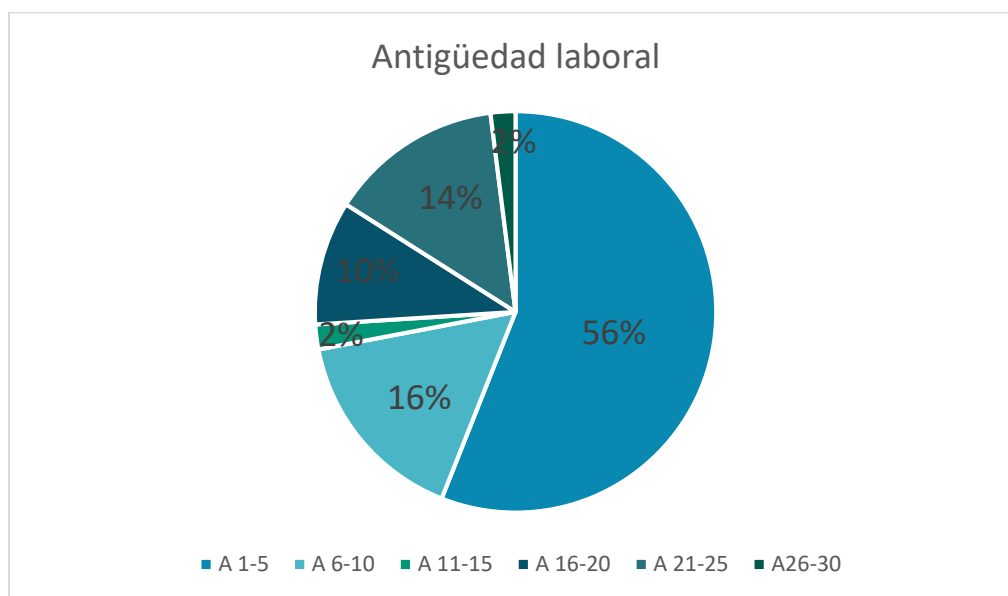


Figura 1: Antigüedad laboral del personal de enfermería

Síndrome de burnout y variables sociodemográficas

En cuanto a los resultados obtenidos tras aplicar el cuestionario Maslach para evaluar la presencia de síndrome de burnout se partió considerando los puntos de corte de Maslach y Jackson para la interpretación de cada una de las dimensiones.

Tabla 5 Puntos de corte de las dimensiones del burnout

Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	0-18	19-26	27-54
Medio	0-5	6-9	10-30
Alto	0-33	34-39	40-56

Los datos obtenidos en la Dimensión de agotamiento emocional (AE) arrojan que de la muestra total de profesionales de enfermería, el 68% (n=34) presenta un nivel bajo de AE, seguido del 14% (n=7) que se ubica en el nivel medio, mientras que un 18% (n=9) se ubica en el nivel alto, lo que muestra un bajo porcentaje de población agotada en términos emocionales y obligado a relacionarse con las personas que lo frustran.

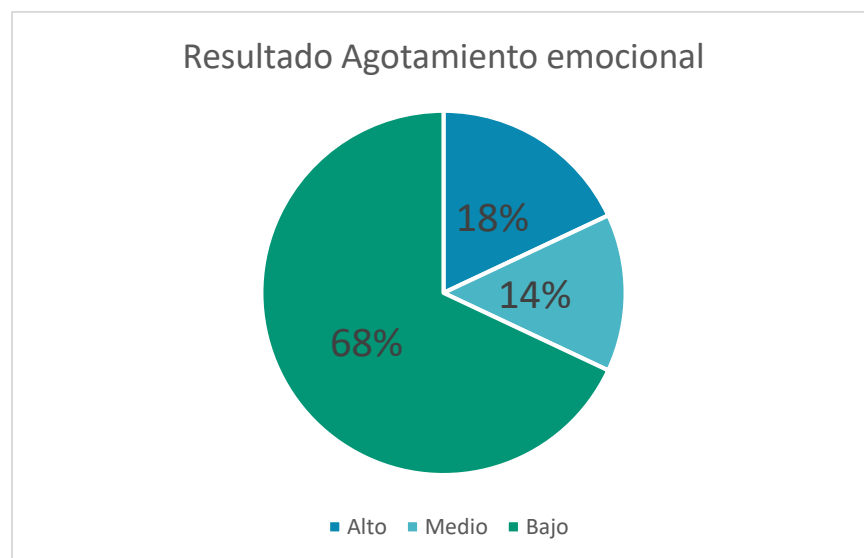


Figura 2: Descripción de la dimensión de agotamiento emocional

Respecto a los resultados de la dimensión de despersonalización (D) se encontró que un poco más de la mitad del personal total de enfermería analizado se clasificó en el nivel bajo, es decir un 54% de la muestra (n=27), seguido de un 28% (n=14) en el nivel medio y un 18% (n=9) en el nivel alto que se traduce en un alto grado de actitudes de frialdad y distanciamiento.



Figura 3: Descripción de la dimensión de despersonalización

En cuanto a la tercera dimensión que compone al síndrome de burnout, la realización personal, se obtuvo que el personal de enfermería presenta en su mayoría altos niveles de realización personal que representa un 64% (n=32) del universo de estudio, lo que significa que una gran parte de los elementos se encuentra satisfecho con sus logros profesionales, mientras que en el nivel medio se encontró un 16% (n=8) y 20% (n=10) en el nivel bajo, que refleja que para estos elementos, las demandas laborales están excediendo su capacidad.

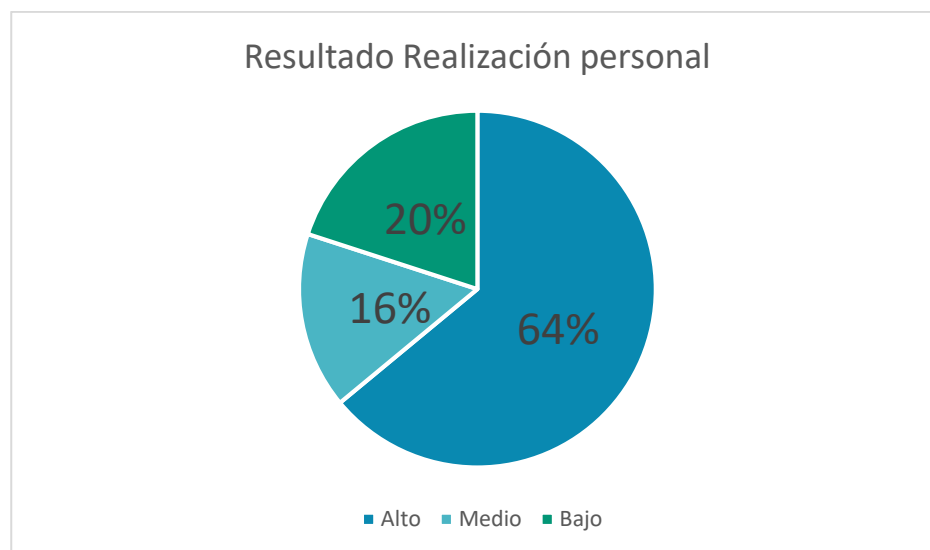


Figura 4: Descripción de la dimensión de realización profesional

Síndrome de burnout y género

Los resultados de la dimensión agotamiento emocional por género arrojaron que de los 6 hombres enfermeros que forman parte de la muestra, el 66.7% (n=4) presenta niveles bajos de agotamiento emocional, porcentaje muy similar al de las mujeres 68.2% (n=30). En el nivel medio los hombres no ubicaron ningún elemento, por el contrario las mujeres obtuvieron un porcentaje del 15.9% (n=7) y en el nivel alto de agotamiento emocional los hombres obtuvieron un 33.3% (n=2), mientras que las mujeres el 15.9% (n=7).

En la dimensión de despersonalización se observa que el sexo masculino tiene una prevalencia en el nivel medio con un 66.7% (n=4) y porcentajes similares en el nivel bajo y alto de 16.7% (n=1), mientras que el sexo femenino tiene un porcentaje predominante en el nivel bajo, 59.1% (n=26), seguido del nivel medio con un 22.7% (n=10) y un 18.2% (n=8) que se ubica en la categoría que denota alta afectación.

En la dimensión de realización personal tenemos porcentajes más elevados en el nivel alto tanto de hombres como de mujeres (66.7% y 63.6% respectivamente), en el nivel medio los porcentajes se mantienen en 16.7% (n=1) y 15.9% (n=7) y para el nivel bajo un porcentaje del 20.5% (n=9) del sexo femenino y un 16.7% (n=1) del sexo masculino.

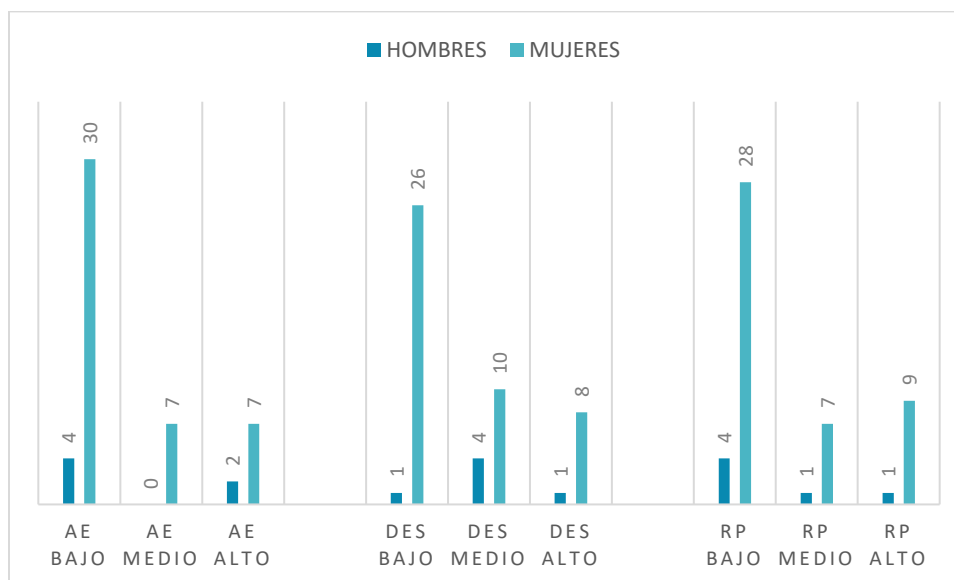


Figura 5: Distribución de los niveles representativos de las dimensiones del síndrome de burnout en función del género.

Síndrome de burnout y edad

En relación a los niveles de la dimensión de agotamiento emocional según la edad tenemos que el grupo de entre de 21-29 (n=19) y 30-38 (n=5), seguido del de 11-20 (n=5) presentan los niveles más bajos de agotamiento emocional, 84.2%, 83.3% y 71,4% respectivamente, por el contrario el grupo de 48-56 (n=4) tiene un 50% de su total de elementos en el nivel medio y el de 39-47 (n=6) un 50% distribuido en el nivel medio y alto, así como el grupo 11-20 (n=2) con un 28.5% en alto grado de agotamiento emocional.

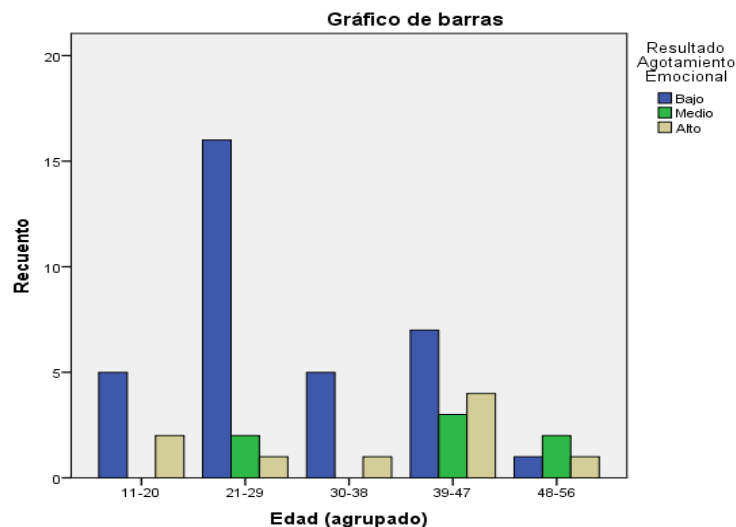


Figura 6: Niveles de agotamiento emocional según la edad

La dimensión de despersonalización según los grupos de edad mostró que los niveles más bajos los obtuvo el grupo de 11-20 (n=7) con un 85.7% (n=6), el de 21-29 (n=19) con un 63.2% (n=12) y el de 39-47 (n=14), con un 57.1% (n=8). En el nivel medio se colocaron los grupos 48-56 (n=4), el 75% (n=3) y 21-29 (n=19), con un 31.6% (n=6). Para el nivel de mayor afectación el grupo de 30-38 (n=6) obtuvo un 66.7% (n= 4), seguido del de 48-56 (25%) y 39-47 (21.4%).

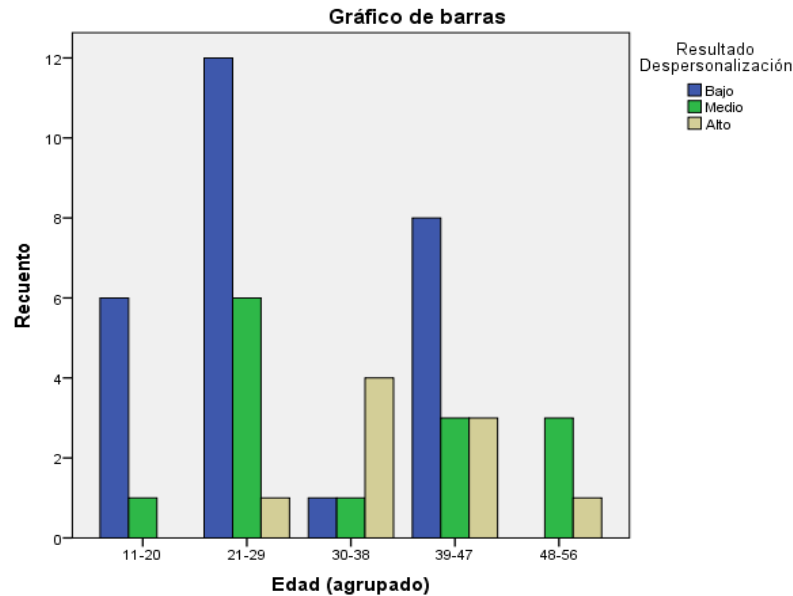


Figura 7: Niveles de despersonalización según la edad

Para la dimensión de realización personal la mayoría de los grupos de edad obtuvo porcentajes altos que los ubican en el nivel de alta realización profesional, siendo más significativo el grupo de 11-20 ($n=7$) con un 85.7% ($n=6$) y una ausencia de baja realización. En los niveles medio, destacan los grupos 30-38 (33.3%) y 39-47 (35.7%), mientras que los grupos 21-29 (31.6%) y 48-56 (25%) se ubican en baja realización profesional.

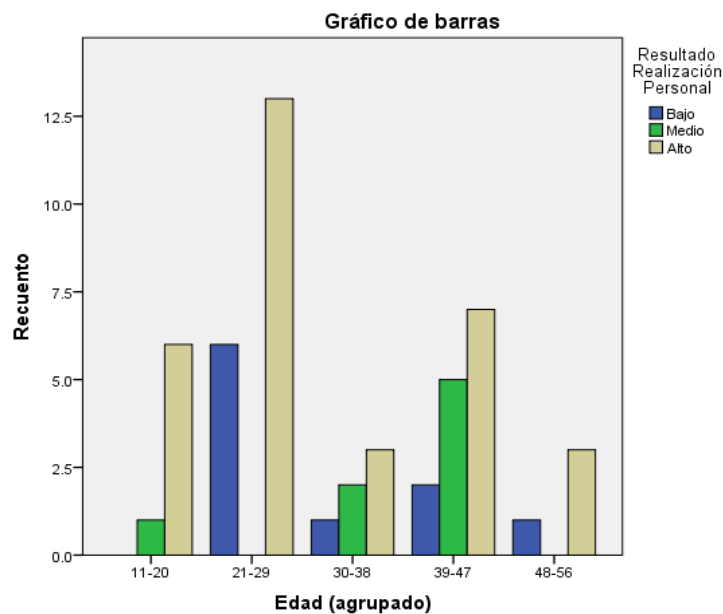


Figura 8: Niveles de realización profesional según la edad

Síndrome de burnout y antigüedad laboral

Con referencia a la dimensión de agotamiento emocional y la antigüedad laboral, quienes llevan laborando entre 1-5 años (n=28) en las unidades de salud, junto con el de 6-10 (n=8) y 16-20 (n=5) obtuvieron mayores porcentajes de bajo nivel de agotamiento, 82.1% (n=23), 62.5% (n=5) y 60% (n=3) respectivamente. En el nivel medio destacan los grupos de entre 26-30 (n=1) y 21-25 (n=7), con un 100% (n=1) y 42.9% (n=3), mientras que la población con mayor nivel de agotamiento son los de entre 11-15 (n=1) y de 6-10 (n=8), con un 100% (n=1) y 37.5% (n=3).

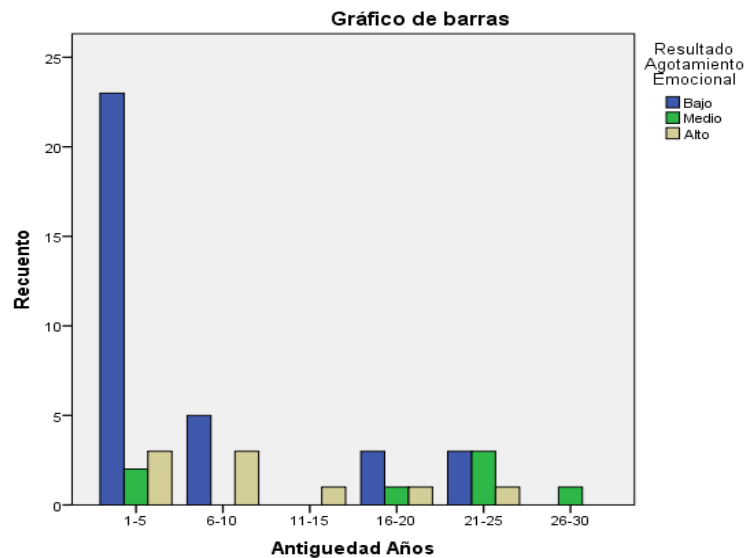


Figura 9: Niveles de agotamiento emocional según la antigüedad laboral

En la dimensión de despersonalización el personal de enfermería con menores niveles de despersonalización, son los que llevan laborando entre 16-20 (n=5), 1-5 (n=28) y 21-25 (n=7) con porcentajes del 80% (n=4), 67.9% (n=19) y 42.9% (n=3). Mientras que en nivel medio quienes llevan entre 21-25% (n=7, el 42.9% (n=3) presentaron moderada despersonalización. Quienes muestran mayor despersonalización son aquellos de entre 26-30 (n=1), 11-15 (n=1) y los de 6-10 (n=8), con un 100% los dos primeros rangos y un 62.5% (n=5) el último.

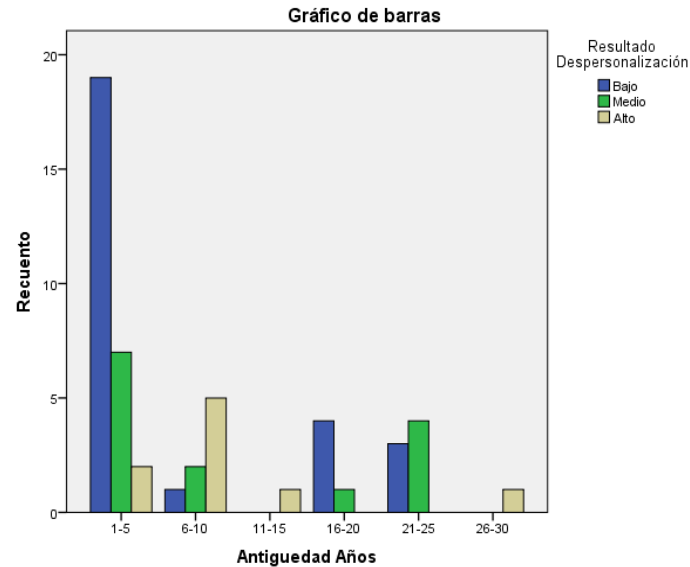


Figura 10: Niveles de despersonalización según la antigüedad laboral

La dimensión de realización personal muestra que los grupos 1-5 (n=28) y 16-20 (n=4), presentan los niveles más altos de realización personal, 71.4% y 80% respectivamente, seguido del de 21-25 (n=7) con un 42.9%. En el nivel moderado o medio se ubicaron los rangos de entre 6-10 (n=8) y 21-25% (n=2), con un 37.5% (n=3) y un 28.6% (n=2). Cabe resaltar que todos los rangos de antigüedad ubican una mayor parte de sus elementos en el nivel de alta realización personal.

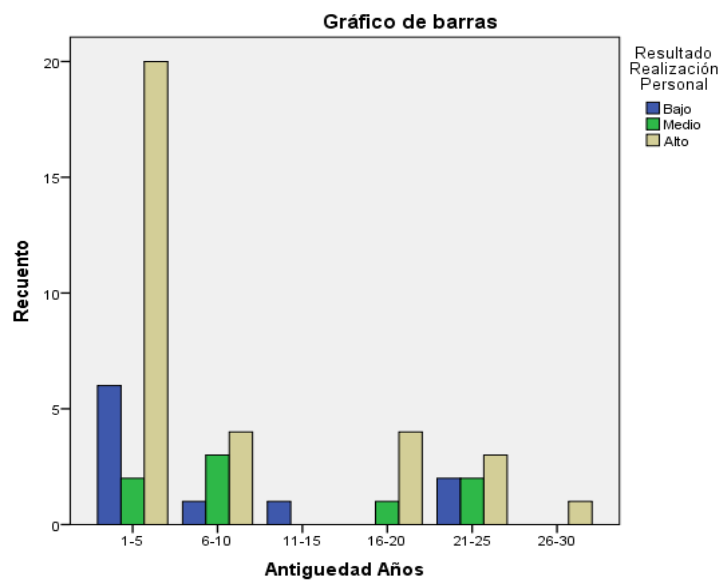


Figura 11: Niveles de realización profesional según la antigüedad laboral

Síndrome de burnout: resultados generales

A partir de los resultados obtenidos en las dimensiones del síndrome de burnout se determinó el nivel de burnout presente en el personal de enfermería, encontrando que el 74% (n=37) de la población de estudio presenta bajos niveles de burnout, el 20% (n=10) se encuentran con tendencia a desarrollarlo y un 6% (n=3) presenta altos niveles que indican la presencia del padecimiento.

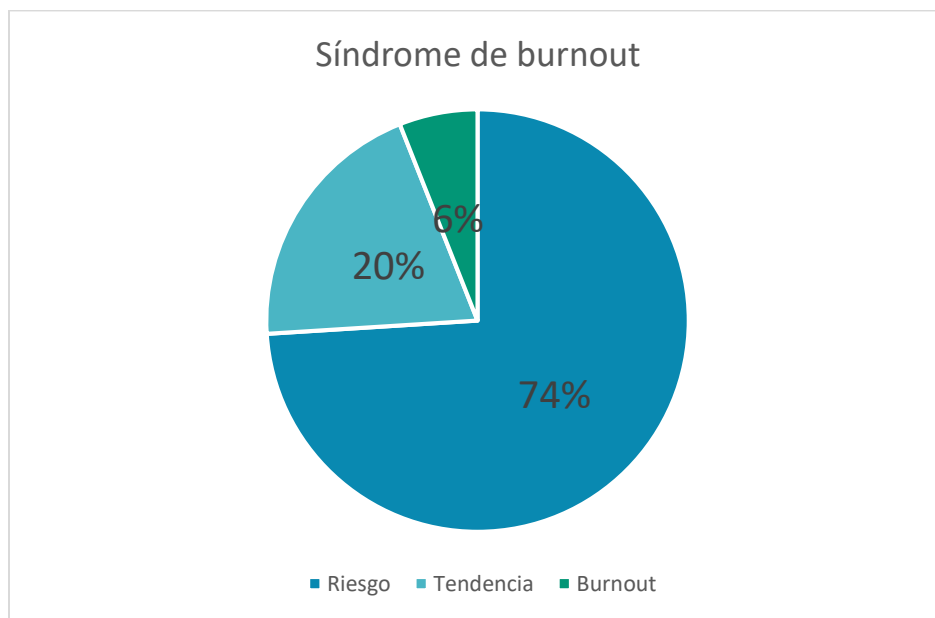


Figura 12: Niveles de burnout

Estilos de vida y variables sociodemográficas

Acercas de los estilos de vida y las dimensiones que los componen, iniciaremos con condición, actividad física y deporte en la cual el 44% (n=22) y el 19% (n=19) de la población se ubica en la categoría de poco saludable y no saludable, indicando la poca o nula actividad física diaria, seguido de un 14% (n=4) en la categoría de saludable y solo un 4% (n=4) en la categoría de muy saludable. En cuanto a la recreación tenemos el porcentaje más elevado en la categoría saludable con un 58% (n=29), en poco saludable el 34% (n=17), el 2% (n=1) en poco saludable y solo un 6% (n=3) realiza actividades recreativas que favorecen su salud (muy saludable). De acuerdo a las prácticas de autocuidado un 70% (n=35) de la muestra

total cuida de su salud, reflejándose en la categoría de saludable y tan solo un 4% (n=2) en la categoría no saludable. En cuanto a los hábitos alimenticios una gran mayoría del personal (78%, n=39) cuida su alimentación y se sitúa en la categoría de saludable, así como también en la muy saludable (12%, n=6). Respecto al consumo de psicoactivos, un 60% (n=30) presenta comportamientos poco saludables y un 38% (n=19) reporta prácticas saludables. Finalmente en el indicador de sueño se reportó que el 68% (n=34) y el 16% (n=8) tiene prácticas saludables y muy saludables y el 16% restante poco saludables.

De acuerdo a los porcentajes anteriores y la gráfica comparativa son las conductas saludables las que más elevados porcentajes obtuvieron en los indicadores, a excepción de la actividad física y el consumo de psicoactivos, siendo ambas las menos saludables.

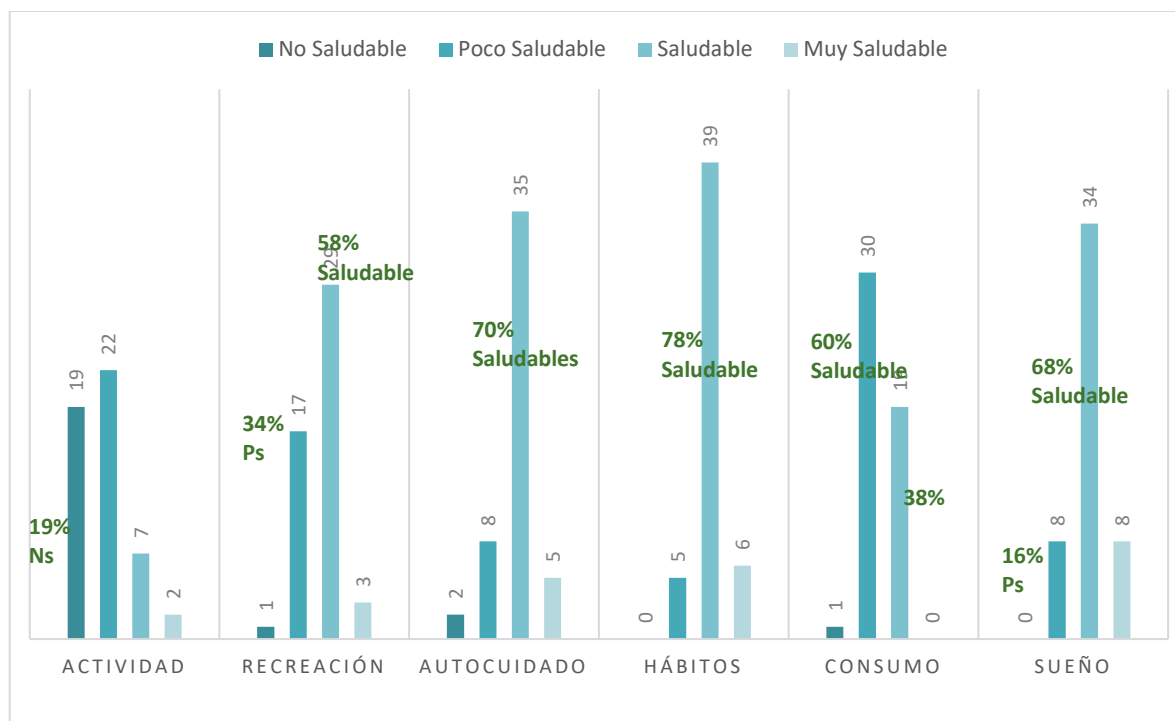


Figura 13: Estilos de vida y sus dimensiones en el personal de enfermería

Estilos de vida en el personal de enfermería según el género

De los 44 elementos del sexo femenino que componen la muestra el 45.5% (n=20) y el 38.6% (n=17) presenta estilos de vida poco saludables y no saludables en la dimensión de

actividad física, de manera similar en los hombres, los cuales obtuvieron 33.3% (n=2) respectivamente en los mismos estilos. El 15.9% restante de las mujeres y el 33.4% de los hombres se sitúa en saludable y muy saludable. En lo que concierne a la dimensión de recreación tanto en mujeres como en hombres predominan los estilos de vida poco saludable y saludable, el primero con un 34.1% (n=17) y el segundo con 61.4% (n=27), en los hombres se obtuvo igual porcentaje en ambos estilos (33.3%, n=2), así como en la práctica muy saludable. En la dimensión de autocuidado evidencia que tanto hombres como mujeres vigilan su estado de salud y por ende predominan las practicas saludables, 66.7% (n=4) y 70.5% (n=31). En la dimensión de hábitos las mujeres mostraron llevar predominantemente una alimentación saludable (79.5%, n=35) y muy saludable (11.4%, n=5), al igual que los hombres (66.7%, n=4) (16.7%, n=1). En la dimensión de consumo se observó que tanto las mujeres como los hombres consumen tabaco, alcohol o café en un 61.4% (n=27) y 50% (n=3) y ningún tipo de droga, en la categoría de saludable las mujeres se ubicaron con un 38.6 % (n=17) y los hombres con un 33.3% (n=2). Por ultimo en la dimensión del sueño tanto hombres como mujeres se ubican mayormente en las categorías de muy saludable (50%, n=3) (50%) (n=5) y saludable (33,3%, n=2) (72,7%, n=32) y muy pocos en la categoría de poco saludable (16.7%, n=1) (15.9%, n=7), aspecto que puede deberse a que el personal solo labora durante el día.

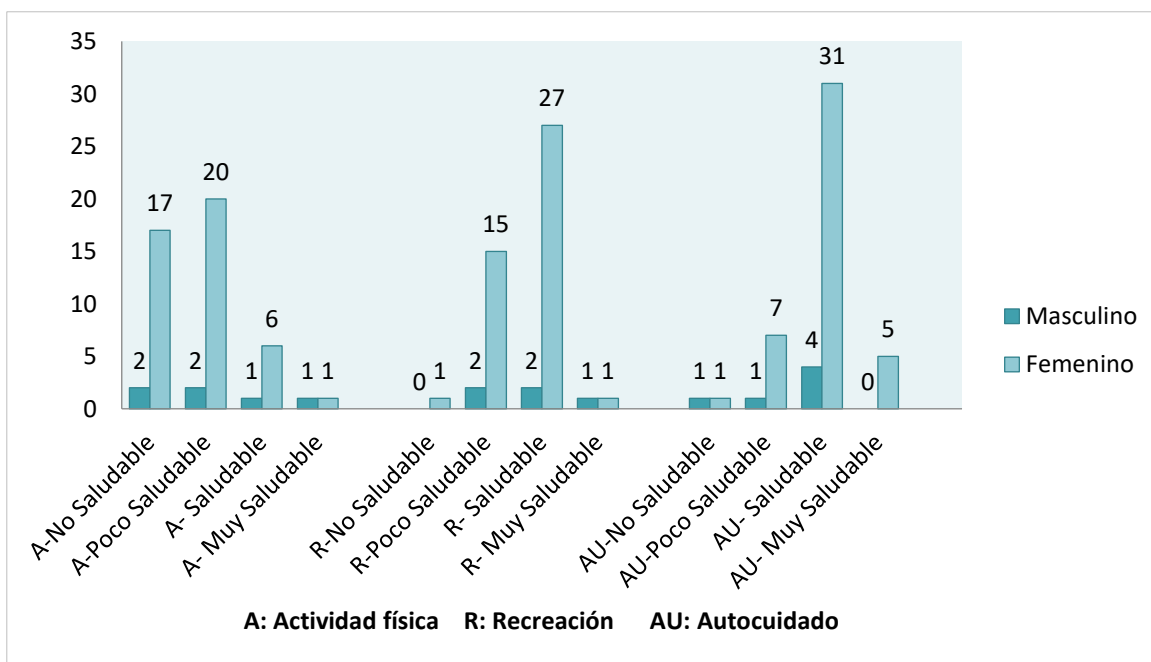


Figura 14: Dimensiones de los estilos de vida según el género.

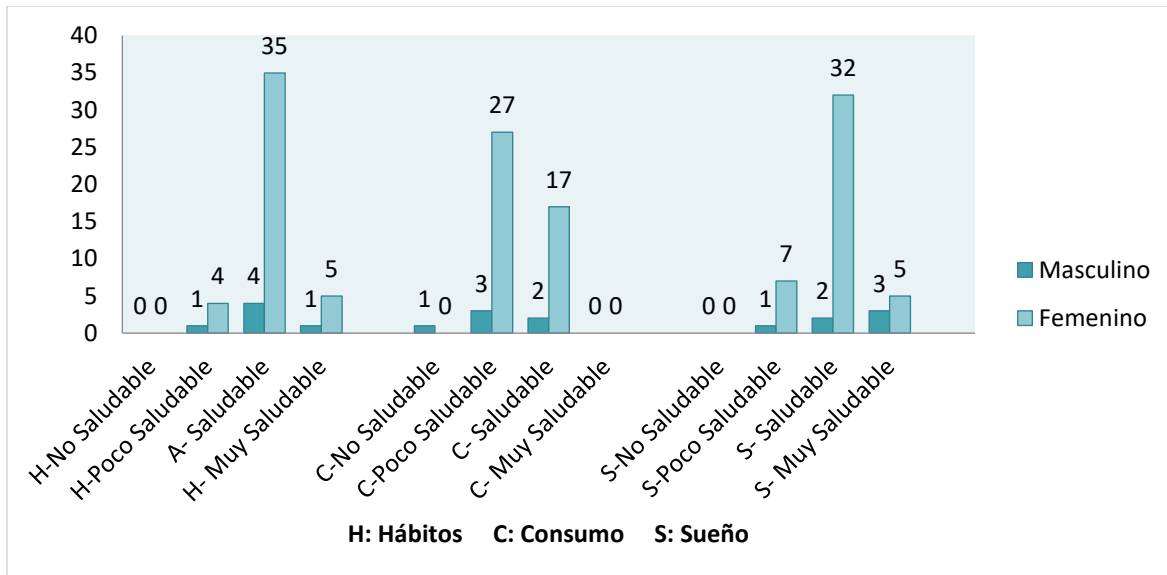


Figura 15: Dimensiones de los estilos de vida según el género

Estilos de vida del personal de enfermería según la edad

En relación con la tabla se puede observar que los diferentes grupos de edad se ubican predominantemente en la actividad física no saludable y poco saludable, siendo el grupo de 48-56 (50%) y el de 39-47 (42.9%) los más sobresalientes y en actividad física, poco saludable los de 11-20 (57.1%) y los de 30-38 (50%). En la dimensión de Recreación se obtuvo una concentración de porcentajes en la recreación poco saludable y saludable, destacando el grupo de 48-56 (75%) y el de 11-20 (42.9%) en el primero y 21-29 (73.7%), 30-38 (66.7%) en el segundo. En la dimensión de autocuidado los 5 grupos de edad realizan prácticas de autocuidado saludables, destacando el grupo de 48-56% (100%), mientras que el autocuidado poco saludable destacó el grupo de 30-38% (33.3%). La dimensión de hábitos alimenticios evidencia altos porcentajes en los 5 grupos de edad en la categoría de saludable, que van desde el 73% hasta el 100%, destaca el grupo de 48-56 (25%) con un mayor porcentaje en los hábitos muy saludable. En relación al consumo los grupos 48-56 (100%), 30-38 (83.3%) y 39-47 (64.3%), presentaron prácticas elevadas de consumo poco saludable, por el contrario

los grupos de menor edad 11-20 (57.1%), 21-29 (52.6%) presentaron consumos más saludables. Referente a la dimensión del sueño el grupo de edad más joven fue el que presentó prácticas de sueño poco saludables en mayor proporción y los restantes grupos presentaron mayormente prácticas saludables de sueño.

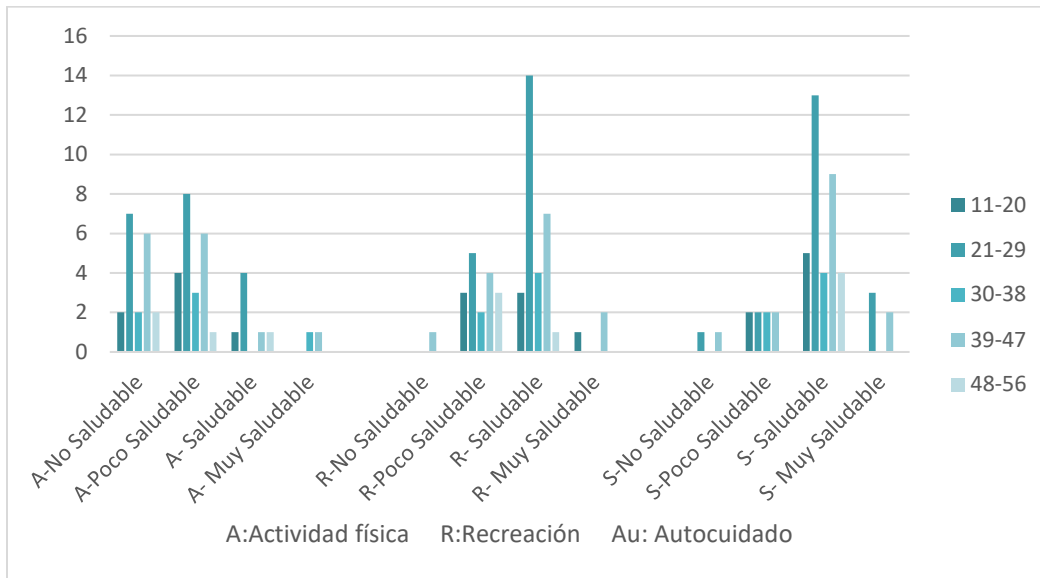


Figura 16: Dimensiones de los estilos de vida según la edad

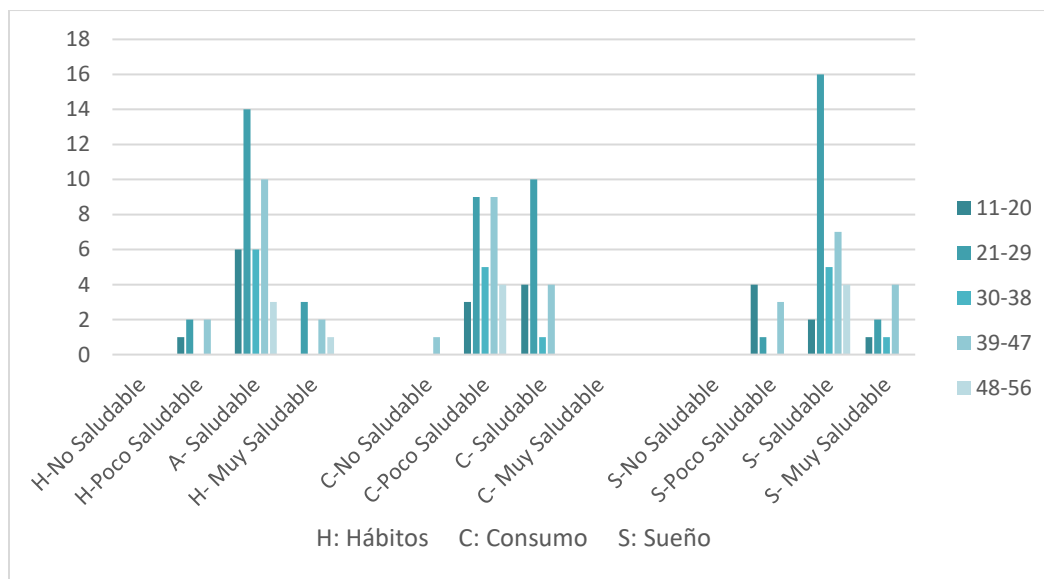


Figura 17: Dimensiones de los estilos de vida según la edad

Estilos de vida: resultados generales

En relación a los estilos de vida del personal de enfermería de las unidades de salud de Tula de Allende, del total que compone la muestra se obtuvo que el 86% (n=43) se encuentra en el nivel de saludable, pudiendo observar que la mayor parte de la población del estudio tiene comportamientos que favorece su salud y solo el 14% (n=7) presenta prácticas no saludables.

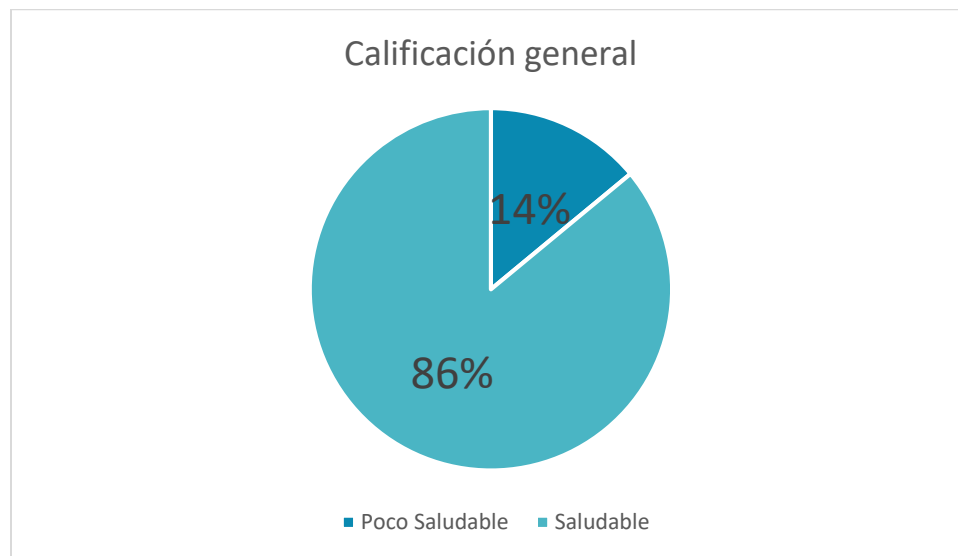


Figura 18: Resultados generales de los estilos de vida en el personal de enfermería

Correlación entre las dimensiones de los estilos de vida y el síndrome de burnout

Para dar respuesta al objetivo de la presente investigación se llevó a cabo la relación entre las dimensiones que componen los estilos de vida y el síndrome de burnout. Como se puede apreciar en la tabla tras determinar la correlación entre las variables (síndrome de burnout y estilos de vida) mediante el coeficiente de correlación de r de Spearman, los datos obtenidos permiten ver que existe una correlación negativa mínima ($r=-.042$) entre las dos variables, es decir que a niveles altos de burnout, estilos de vida poco saludables, sin embargo no resultó ser estadísticamente significativa ($p>0,05$).

De igual manera no se obtuvo ninguna relación significativa entre el síndrome de burnout y las dimensiones de los estilos de vida. No obstante si se encontraron correlaciones directas entre algunas de las dimensiones de los estilos de vida. La dimensión de actividad con recreación ($r=.438$) y autocuidado ($r=.549$) presenta una correlación positiva moderada estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La dimensión autocuidado mostró una correlación fuerte y directa con los estilos de vida (.707) que evidencia que mayores prácticas de autocuidado denotará un estilo de vida más saludable. Mientras que la dimensión hábitos con la dimensión consumo ($r=.451$) mostró una correlación directa moderada estadísticamente significativa. (Anexo 5)

CONCLUSIONES

El objetivo principal de la investigación consistió en medir el nivel de síndrome de burnout y su relación con los estilos de vida del personal de enfermería de las diferentes unidades de salud del municipio de Tula de Allende. Pero para la redacción del presente apartado partiremos siguiendo el orden de la exposición de los datos, hasta concluir con el objetivo general de la investigación.

La muestra estuvo formada en su mayoría por mujeres (n=44) y tan solo un 12% de hombres, este porcentaje es semejante con el reportado en otras investigaciones sobre síndrome de burnout en personal de enfermería (Buritica, Giraldo y Torres, 2012; Romero, Muñoz, Osorio & Robles, 2014) y que evidencia que se trata de un colectivo compuesto comúnmente por el género femenino. En cuanto a la edad del personal de enfermería de nuestro estudio, predominan las edades comprendidas entre 21 y 29 y la mayor antigüedad laboral encontrada es el rango de entre 1-5 años, la explicación obvia es que las unidades de salud captan a los profesionistas recién egresados, hasta la colocación formal en centros hospitalarios. Dichos factores fueron considerados con antelación y no se descartó la posibilidad de encontrar casos de burnout, ya que como afirma Tomaschewsky (2014) los profesionistas jóvenes en sus primeros años de servicio, deberán poner en práctica los conocimientos teóricos, asumir funciones y atribuciones nuevas y confrontar la idealización de la profesión con la realidad, factores que pueden constituirse en estresores.

De acuerdo a los datos obtenidos tras la aplicación del inventario de Maslach y a los resultados por dimensiones, se encontró que poco más de la mitad del personal de enfermería presenta niveles bajos en las dimensiones de agotamiento emocional (68%) y despersonalización (54%), así como altos niveles de realización personal (64%), comportándose de igual forma en ambos sexos; siendo las edades de entre 11-20, 21-29 y 30-38 quienes mayormente se ubican en los niveles óptimos antes mencionados. La combinación de las tres dimensiones que conforman el síndrome de burnout permitió determinar que el 74% del personal por la naturaleza de su propia profesión presenta el riesgo sufrir el síndrome, el 20% tiene una tendencia a desarrollarlo y solo un 6% tiene el padecimiento como tal. Lo que sugiere que los niveles no son tan elevados como se esperaba

y difieren con los resultados encontrados en investigaciones con personal de enfermería (Contreras, Avalos, Priego, Morales & Córdoba, 2014) de hospitales públicos en México (Solano, Solano, Díaz & Barrera, 2015). Una de las explicaciones podría ser que las funciones que desarrollan en el nivel de atención primaria que corresponde a las unidades de salud, donde labora el personal evaluado, plantea una atención de baja complejidad, aunque la oferta es de gran tamaño, la severidad de los problemas que se atienden es mínima, mientras que en los centros hospitalarios, el nivel atención secundaria y terciaria implica una mayor complejidad, especialización y tecnificación. Indicando de esta manera que el trabajo diario con pacientes que acuden a las unidades de salud no les implica un gran esfuerzo, que les conduzca a sentirse agotados emocionalmente, así pues los altos niveles de realización personal puede deberse a que los profesionistas en sus primeros años de actividad laboral están alcanzando sus primeros logros, por lo que cuentan con entusiasmo y altas expectativas.

En relación a los estilos de vida y las dimensiones que los componen, los resultados evidencian dos dimensiones que alertan sobre el riesgo a mediano plazo de daños a la salud del personal de enfermería, la poca o nula actividad física que refleja más de la mitad de la población de estudio (44%, poco saludable y 19%, no saludable), más específicamente las mujeres, puede conducirle a desarrollar obesidad, hipertensión diabetes, por mencionar solo algunas enfermedades, mientras que el consumo de psicoactivos que declaro el 60% del personal, mayormente los hombres, se relaciona con padecimientos como gastritis, úlceras, cáncer, trastornos renales, infartos entre otros. En un estudio realizado a personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social se encontraron resultados semejantes, la muestra presento altos porcentajes de sedentarismo (85%), alto consumo de alcohol y tabaco y ambos comportamientos con mayor prevalencia en mujeres (Velasco, 2013), indicando que el conocimiento sobre los factores de riesgo para salud que posee el personal, no garantiza la práctica de comportamientos saludables. Respecto a las dimensiones de autocuidado, hábitos alimenticios, sueño y recreación, podemos concluir que de manera general reportaron prácticas saludables ambos sexos y grupos de edad y que puede deberse a las acciones constantes que realizan sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades dentro de área de trabajo o porque se trata de un estilo elegido por decisión propia, aprendido o imitado. Este resultado difiere con la investigación de Quiroga (2009), donde las 6 dimensiones reflejan estilos de vida poco saludables, debido a los turnos rotativos (Anguita & Rodríguez,

2011) la falta de horario de comidas y a tener dos o más trabajos. Esto también explicaría por qué los estilos de vida del personal de las unidades son más saludables, su horario de trabajo no excede las ocho horas, no se maneja la turnicidad y posiblemente sea su único trabajo.

No obstante, es importante sensibilizar al personal de enfermería sobre las dimensiones que resultaron poco saludables, ya que aumentan la probabilidad de tener repercusiones negativas en su salud.

Finalmente, respecto a la relación de los estilos de vida y el síndrome de burnout los resultados estadísticos arrojaron una correlación negativa muy baja, que no mostró diferencias estadísticamente significativas, contrario a lo que se esperaba, por lo cual la presencia de síndrome de burnout sería independiente a los estilos de vida practicados. Este resultado coincide con el obtenido en un estudio que evaluó los efectos de un programa de actividad física en el lugar de trabajo en los niveles de estrés ocupacional, donde el incremento de la actividad física no dio resultados significativos en los niveles de estrés laboral (Rodríguez, Carneseca, Paiva, & Ribeiro, 2014).

Ahora bien, cabe mencionar que se encontraron correlaciones directas estadísticamente significativas entre las dimensiones actividad –recreación y actividad-autocuidado, así como una correlación fuerte y directa entre la dimensión autocuidado y los estilos de vida en general, entendiéndose que a medida que se incrementan las practicas saludables hay una consecuencia directa que favorece los estilos de vida.

Si bien, el presente estudio no encontró la relación esperada entre las variables, ha servido de acercamiento para ir comprendiendo un poco más el síndrome de burnout y sus interrelaciones.

Recomendaciones

Implementar programas de psicoeducación sobre el síndrome de burnout que le permita al personal de enfermería conocer todos los aspectos relacionados la enfermedad, para así poder identificar con mayor claridad signos de alarma y con ello la búsqueda de ayuda, como una primera medida para prevenir la patología.

Llevar a cabo campañas de detección oportuna de casos de síndrome de burnout, para evitar el avance y complicación en caso de padecerlo.

Realizar talleres de educación permanente para el desarrollo de estrategias en el manejo adecuado del estrés, así como para la identificación de las fortalezas, recursos y habilidades que le permitan afrontar y solucionar la problemática.

Llevar a cabo programas que promuevan estilos de vida saludables en el personal.

Implementar actividades de fomento a la salud dentro de las instituciones, destinando como mínimo una hora por semana, para que impacte y garantice la adherencia de comportamientos saludables.

Se sugiere replicar esta investigación considerando su realización con personal de salud que labore en instituciones de segundo y tercer nivel de atención, para distinguir si existen diferencias en los niveles de las variables de estudio anterior, en función de la complejidad de las actividades laborales.

Se recomienda seguir realizando estudios sobre factores protectores, que permitan disminuir o mitigar los altos niveles de estrés.

Realizar investigación sobre estilos de vida en profesionales de la salud que permita conocer las barreras en la práctica de estilos de vida saludable.

Limitaciones

Los resultados y conclusiones solo son válidos para el grupo estudio.

Escasez de bibliografía nacional referente a las variables de estudio.

REFERENCIAS

Acuña, Y. y Cortes, R. (2012). Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza. Tesis de grado. Instituto Centroamericano de administración pública, Costa Rica. Recuperado de:

http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_yessika_sa_2012.pdf

Albendín, L. (2016). Niveles y factores de riesgo de burnout en profesionales de enfermería de urgencias. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.

Recuperado de:

http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia/Lalbendin/ALBENDIN_GARCIA_Luis_Tesis.pdf

Aldrete R, G., Navarro C., González B. R., Contreras E. M., y Pérez A. J. (2015).

Psychosocial factors and burnout syndrome in nurses of a unit of tertiary health care.

Ciencia & trabajo, 17(52), 32-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>

Aldrete, G., González, R., León, G., Hidalgo, G. y Navarro, C. (2017). Estrés y salud en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 18 (1), 35-43. Recuperado de:

http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol18_1_17/rst04117.htm

Anguita, C. & Rodríguez, V. (2011). Valoración de los estilos de vida del personal de enfermería expuesto a turnicidad en el centro hospitalario de Jaén. VII Congreso Nacional de Ciencias del deporte y educación Física. Toledo, España. Recuperado de:

<http://altorendimiento.com/valoracion-de-los-estilos-de-vida-del-personal-de-enfermeria-expuesto-a-turnicidad-en-el-centro-hospitalario-de-jaen/>

Atlas Mundial de la Salud (2017). Estilos de vida y factores de riesgo. Recuperado de:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3162/1/Ortega_Sanchez_Judith_Mariela_2013.pdf

Atoche, R., Cermeño, C., Rodríguez, D., Sánchez, J. y Yslado, R. (2013). Síndrome de Burnout y Factores Sociodemográficos- Organizativos en Profesionales de Salud.

Hospitales del Callejon de Conchucos, Ancash, Perú. *Revista IIPSI*, 16(1), 191-209.

Recuperado de:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3927/3151>

Arrivillaga, M., Salazar, C. (2007). Creencias relacionadas con el estilos de vida de jovenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, (13) 1, 19-36. Recuperado de:

http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Documentos%20REDCUPS/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf

Barattuci, Y. (2011). Estrés y Alimentación. Tesis de Licenciatura. Universidad Fasta, Argentina. Recuperada

de:http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/343/2011_n_041.pdf?sequence=1

Balcazar, L., Montejo, L. y Ramírez, Y. (2015). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Atención Familiar*, 22 (4), 111-114. Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300645>

Bezerra, A. y Correa, E. (2008). Factores estresantes y estrategia de coping utilizadas por los enfermeros que actúan en oncología. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16(1), 1-6. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_03.pdf

Burítica, V., Giraldo, C. y Torres, J.(2012). Estudio diagnóstico sobre estrés asistencial en el personal de salud del proceso integral de rehabilitación de la Clínica Universitaria Teletón. Tesis de grado. Universidad del Teletón. México. Recuperado de:

<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4436>

Cámara de Diputados.(2015.En México, el 75% de los trabajadores padece estrés laboral.(Boletín No. 5639). Recuperado de:

<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2015/Mayo/17/5639-En-Mexico-75-por-ciento-de-los-trabajadores-padece-estres-laboral>

Cárdenas, C. (2009). Prácticas de Estilos saludables del personal que labora en las unidades de Medicina Familiar urbanas del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación

Aguascalientes. Tesis de Especialidad. Recuperado de:
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/515/311731%20si%20autoriza%20despues%20de%201a%C3%B1o.pdf?sequence=1>

Carlín, M. y Garcés, E. (2010). El Síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf

Cevallos, S. (2015). Estudio de la influencia del síndrome de burnout en las agresiones intrafamiliares. Tesis de grado. Universidad Central del Ecuador, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7044/3/T-UCE-0007-120c.pdf>

Comín, E., De la Fuente, I. y Gracia, A. (2012). El estrés y el riesgo para salud. Departamento de Prevención MAZ. Recuperado de: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>

Contreras, S., Avalos, M., Priego, H., Morales, M. y Córdoba, J. (2014). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Revista Salud Pública*, 12 (2). Recuperado de: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/238/872>

Cruz, M., López, E., Cruz, R. y Llanillo, M. (2016). El estrés laboral en México. Universidad Tecnológica de Tecámac. Recuperado de: http://www.ecorfan.org/actas/A_1/32.pdf

Díaz, F. y Gómez, (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33, (1), 113-131. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21345152008>

Díaz, J. (2016). Estrés. Dirección General de Comunicación Social. UNAM. Recuperado de: <http://www.dint.unam.mx/blog/index.php/item/3126-estres>

Dávila, J., y Roméro, P. (2008). Relación entre el Síndrome de Burnout y la percepción

sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencias. Tesis de Grado. Universidad católica Andrés Bello, Venezuela. Recuperado de:
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR5044.pdf>

Del Castillo, R. (2015). Síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tesis de grado. Universidad de la Laguna, España. Recuperado de:
<file:///C:/Users/Dan%20Muñiz/Documents/Sindrome%20Burnout%20en%20los%20profesionales%20de%20enfermeria%20del%20Servicio%20de%20Urgencias%20del%20Complejo%20Hospitalario%20Universitario%20de%20Canarias.pdf>

Del Hoyo, M. (2004). Estrés Laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de:
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Fichero%20pdf/Estres%20laboral.pdf>

Domínguez, J., López, A. e Iglesias, E. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de centros de menores: diferencias según su contexto sociolaboral. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 138-147. Recuperado de:
http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1220/esp

Enfermería comunitaria (2013). Necesidad de descanso y sueño. Material complementario. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de:
<http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/necesidades.pdf>

Fidalgo, M. (s.f.). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

Figueiredo, H., Grau, E. y Gil, P. (2016) Influencia de los valores y la culpa en el Síndrome de Burnout. *Psicología del trabajo y de las organizaciones: contribuciones*, 85-98. Recuperado de:

http://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Capitulos/01_SQT/2016_Braga.pdf

Flynn, F. y Schaumberg, R. (2012). When Feeling Bad Leads to Feeling Good: Guilt-Proneness and Affective Organizational Commitment. *Journal of Applied Psychology*, 97 (1), 124-133. Recuperado de:
<http://people.stern.nyu.edu/sworthen/rschaumberg/whenfeelingbadleadstofeelinggood.pdf>

Fundación Española del Corazón. (s.f.). Estrés y ejercicio. Recuperado de:
<http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/1087-estres-y-ejercicio.html>

Frank, E. (2004). Physician health and patient care. *The Journal of the American Medical Association*, 291(5). Recuperado de:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198135>

Garduño, A., Méndez, V. y Salgado, J. (2012). Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público. *Revista horizontes*, 5 (2). Recuperado de:
http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/2_AUTOCUIDADO.pdf

González, J. (2015). Estilos de vida y su relación con enfermedades crónicas en trabajadores de la salud UMF 39 Tecate, BC. Tesis doctoral. Universidad de Baja California, México. Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi05314.htm

García , M., y Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Revista Persona*, 19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1471/147149810001/>

Ginnette, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M. y Pinzón, J. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Universidad del Rosario. Recuperado de:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf?sequence=1>

Guerrero M.L.y León S. A. (2010). Estilo de vida y salud. *Revista Venezolana de Educación*, 14 (48), 13-19. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>> ISSN 1316-4910

Hernández, T., Terán, O., Navarrete, D. y León, D. (2007). El Síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y medición. *Anestesiología*, 3 (5). Recuperado de:
<http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>

Hurtado, A. y Morales, A. (2012). Correlación entre los estilos de vida y los médicos del hospital regional de Sonsonate. Tesis de grado. Universidad del Salvador, el Salvador. Recuperado de: www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc...85

Instituto Mexicano del Seguro Social (s.f.). Nutrición. Recuperado de:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adolescentes/guiaadolesc_nutricion.pdf

Instituto de la Mujer (2006). Tabaco y Alcohol. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Recuperado de:
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/sites/igualat/images/descargas/Alcohol%20y%20Tabaco.pdf>

National Institute on Drug Abuse (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>

Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A. y Plascencia, O.(2014). Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37 (2). Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000200010&script=sci_arttext&tlng=en

Lara, V. (2012). Síndrome de burnout. Tesis doctoral. Universidad complutense de Madrid, España. Recuperado de: <file:///C:/Users/Dan%20Muñiz/Documents/T34525m.pdf>.

López, M., García, S. y Pando, M. (2014). Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout en Población Económicamente Activa de Lima, Perú. *Revista Ciencia y Trabajo*, 16 (51), 164-169. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cyt/v16n51/art07.pdf>

Lugones, M., Ramírez, M., Pichs, A. y Miyar, E. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44(3). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm

Mansilla, F. (2012). El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

Marco, P. (2012). Estilos de vida y síndrome de burnout en profesionales de enfermería del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis de licenciatura. Escuela de enfermería padre Luis Tezza, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/284/1/Marcos_cp.pdf

Marenco, A., y Ávila, J. (2016). Dimensiones de apoyo social asociadas con síndrome de burnout en docentes de media académica. *Pensamiento Psicológico*, 14 (2), 7-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/801/80146474001/>

Martínez, A. y Rubio, D. (2000). Enfoque bio psico social de la salud. Universidad Autónoma de México. Recuperado de: http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/concepto_salud.PDF

Martínez, P. A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 112, 1-40. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Martí, B.(2015). Minoría de hombres en la profesión de enfermería. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 37. Recuperado de: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/42556/1/198631-762821-1-PB.pdf>

Ministerio de Salud (s.f.). Alimentación saludable. Guías alimentarias. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02.pdf>

Miranda, R., Monzalvo, G., Hernández, B. y Ocampo, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 115-22. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162g.pdf>

Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial de los servicios de salud. En M.A, Simón (Ed), *Manual de Psicología de la Salud Siglo XXI*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655368>

Monte, G. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

Monte, G. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 19(2), 181-197. Recuperado de: https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2003_RPTO_denominacion.pdf

Moiso, A, Mestorino, M. y Ojea, A. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Universidad Nacional de la Plata. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4

Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4930/1/Ojeda_mg.pdf

Olivares, V. (2016). *Cristina Maslach, Comprendiendo el Burnout*. Conferencia Universidad Valparaiso. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprendiendo_el_burnout

Organización Mundial de la Salud (2017). Tabaco. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). La actividad física en los adultos. Recuperado de:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Enfermedades crónicas y promoción de la salud.
Recuperado de: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html

Organización Mundial de la Salud (2016). Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es

Organización Mundial de la Salud (2015). Alcohol. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzo. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). Alimentación sana. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

Organización Mundial de la Salud (1999). Promoción de la Salud Glosario. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. Ginebra. Recuperado de: <http://www.fespugtpv.org/images/pdfs/legislacion/saludlaboral/GUIAS/GuiaOITestresenelt rabajo.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (2012). Guía del Formador SOIVE; Integrando la promoción de la salud a las políticas de Salud y Seguridad en el Trabajo(SST). Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2016). El estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es

Ortega, J. (2013). Prácticas de estilo de vida saludable en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, 2013. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3162/1/Ortega_Sanchez_Judith_Mariela_2013.pdf

Panuto, M. y De Brito, E. (2013). Ambiente de la práctica profesional y el agotamiento emocional entre enfermeros de terapia intensiva. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21(3), 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0765.pdf

Paz, P. (2016). En México, hasta el 60% de trabajadores de la salud padece estrés laboral. (Boletín UNAM-DGCS-283). Recuerado de:

http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_283.html

Palomares, L. (2014). Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Tesis de Licenciatura. Universidad peruana de Ciencias aplicadas, Perú. Recuperado de:

http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/566985/2/TesisdeMaestr%C3%A1Da_LitaPalomares.pdf

Primiciero, L., Bajonero, P. y Torres, J. (2017). Factores organizacionales que conducen al estrés asistencial en el servicio de medicina interna del Hospital San José Infantil. Tesis Licenciatura. Universidad de Santo Tomás, Colombia. Recuperado de:

<http://repository.usta.edu.co/handle/11634/76/browse?type=subject&value=Factores+organizacionales>

Quiroga, I. (2009). Estilos de vida y condiciones de salud de los enfermeros. Tesis de grado. Universidad del Aconcagua, España. Recuperado de:

http://bibliotecadigital.udu.edu.ar/objetos_digitaes/149/tesis-3781-estilos.pdf

Rodrigues, S., Carvalho, L., Cordeiro, L., Albuquerque, J., Lima, T., Oliveira, F. y Pereira, M. (2013). Asociando niveles de actividad física a estrés alto, presión sanguínea y los altos niveles de glucosa Usuarios de Green Park. *Journal of Exercise Physiology*, 16 (3), 51-58. Recuperado de:

https://www.asep.org/asep/asep/JEPonlineJUNE2013_Moreira.pdf

Rodríguez, A., Carnesecca, E., Paiva, E. y Ribeiro, B. (2014). Impacto de un programa de actividad física sobre la ansiedad, la depresión, el estrés ocupacional y el síndrome del agotamiento en el trabajo de los profesionales de enfermería. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(2). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00332

Romero, G Muñoz, Y., Osorio, D. y Robles, E. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia. *Revista Enfermería Global*, (41), 1-14. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/administracion4.pdf>

Saborio, L. y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32 (1), 1-6. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

Salvador, F. E. (2016). Síndrome de Burnout y Clima Laboral en docentes de Instituciones Educativas del Distrito de El Porvenir de la ciudad de Trujillo. Tesis de grado. Universidad privada de Antenor Orego, Perú. Recuperado de:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1801/1/RE_PSICOLOGIA_SINDROME_BURNOUT.CLIMA.LABORAL.DOCENTES.INST.EDUCA_TESIS.pdf

Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill.

Schaufeli, W. (1999). Burnout. Stress in Health Professionals. Pp.17-32. Recuperado de:
<http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/120.pdf>

Schaufeli, W. y Buunk, B. (1996). Professional Burnout. Handbook of Work and Health Psychology. Recuperado de: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/082.pdf>

Schaufeli, W., Leiter, M. y Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International, 14 (3), 204-220. Recuperado de:
<http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/311.pdf>

Schaufeli, W., Maslach, C. y Tadeusz, M. (2017). Professional Burnout. Ed. Routledge. New York. Recuperado de:
https://books.google.com.mx/books?id=izYIDwAAQBAJ&pg=PA10&lpg=PA10&dq=brill+y+el+burnout&source=bl&ots=AKoe62jR0L&sig=sdLdXQD5AAgkfJ1_m5W3ePQUbCE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwja2_in0uzWAhXG7iYKHUwoCWcQ6AEIYjAI#v=onepage&q=brill%20y%20el%20burnout&f=false

Stavroula, L., Griffiths, A. y Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh3sp.pdf

Soberón, C. & Mendoza, G. (2015). Funcionamiento familiar y estilos de vida saludables en los pobladores del territorio vecinal. Tesis de grado. Universidad privada Antenor

Orego, Perú. Recuperado de:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1681/1/RE_ENFER_FUNCI.FAMILIAR-VIDA-SALUDABLE_TESIS.pdf

Socarras, M. y Bolet, M. (2010). Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 29(3), 353-363. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol29_3_10/ibi06310.pdf

Solano, C., Solano, G., Díaz, E. y Barrera, R. (2015). Presencia de burnout en enfermeros del Hospital General de Tulancingo, Estado de México. *Revista Uruguaya de Enfermería* (10) 2. Recuperado de: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/168>

Tapia, R. (2017). El consumo de drogas en México.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm#sum>

Tobón, O. (2010). El Autocuidado una habilidad para vivir. Universidad de Caldas. Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf

Tomaschewski, J., Lerch, V., Lerch, G., Devos, E., Silva, R. y Silveira, D. (2013). Síndrome de Burnout entre estudiantes de pregrado en enfermería de una universidad pública. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/es_0104-1169-rlae-3254-2498.pdf

Velasco, M. (2013). Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (1). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131c.pdf>

Vilariño, O. (2015). Desgaste emocional y estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de urgencias. Tesis de grado. Universidad de Oviedo. España. Recuperado de: dspace.sheol.uniovi.es

Vera, L. (2013). En el sistema capitalista los individuos viven para trabajar, no trabajan para vivir. *Semanario de la UAM*, 4(2). Recuperado de:

http://www.uam.mx/semanario/xix_22/files/assets/common/downloads/xix_22.pdf

Wong, C. (2013). Estilos de vida. Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado de: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

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

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6
2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0 1 2 3 4 5 6
3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0 1 2 3 4 5 6
4 Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0 1 2 3 4 5 6
5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0 1 2 3 4 5 6
6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0 1 2 3 4 5 6
7 Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0 1 2 3 4 5 6
8 Siento que mi trabajo me está desgastando	0 1 2 3 4 5 6
9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6
10 Siento que me he hecho más duro con la gente	0 1 2 3 4 5 6
11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0 1 2 3 4 5 6
12 Me siento con mucha energía en mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6
13 Me siento frustrado en mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6
14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6
15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0 1 2 3 4 5 6
16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0 1 2 3 4 5 6

17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0 1 2 3 4 5 6
18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0 1 2 3 4 5 6
19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0 1 2 3 4 5 6
20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0 1 2 3 4 5 6
21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0 1 2 3 4 5 6
22 Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0 1 2 3 4 5 6

Anexo 2.

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Arrivillaga, M., Salazar, I. & Gómez, I.

PRÁCTICA DE LOS ESTILOS SALUDABLES

Instrucciones: Por favor, según considere marque con una X en el espacio que corresponda a su grado de frecuencia (de siempre a nunca) a las aseveraciones siguientes.

	Prácticas	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE					
1	Hace ejercicio, trotar o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco (Spinning, Cardiobox, Aeróbics, Aero zumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (Taichí, Kunfu, Danza, Meditación, Relajación auto dirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE					
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (Cine, Leer, Pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
AUTOCUIDADO O CUIDADO MÉDICO					
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol usa protector solar				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				

16	Cheque por lo menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glucosa una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consume medicinas sin prescripción médica (Anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nodulaciones u otros cambios al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma el Papanicolau anualmente				
24	PARA HOMBRES: Se examina los testículos en búsqueda de nodulaciones u otros cambios al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física como levantar pesas, montar bicicleta, buceo, nadar, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos del alcohol u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del alcohol u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31	Atiende las señales de seguridad (Extinguidores, Cintas amarillas de				

	prohibido el paso, letreros como zona de refugio, etc.) que hay en el área laboral				
32	Toma las medidas preventivas (guantes, gorro, cubre bocas, botas, protectores de pantalla, et.) relacionadas con su trabajo				
HÁBITOS ALIMENTICIOS					
33	Consume entre ocho y cuatro vasos de agua al día				
34	Añade sal a las comidas en la mesa				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa				
36	Consume más de cuatro refrescos en la semana				
37	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana				
38	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína				
39	Limita su consumo de grasas (Mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)				
40	Come pescado y pollo más que carnes rojas				
41	Mecatea (come entre comidas)				
42	Come carne más de cuatro veces a la semana				
43	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas y tocino)				
44	Consume productos ahumados				
45	Mantiene un horario regular en las comidas				
46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso				
47	Desayuna antes iniciar su vida diaria				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y conservadores)				
49	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesas, hotdogs)				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS					

50	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillos o consume otra forma de tabaco				
51	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarros en la semana				
52	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia				
53	Consume alcohol al menos dos veces en la semana				
54	Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar				
55	Consume alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
56	Consume drogas (mariguana, cocaína, basuco, éxtasis, achís o algún otra)				
57	Dice NO a todo tipo de droga				
58	Consume dos tazas de café al día				
SUEÑO					
59	Duerme al menos siete horas diarias				
60	Trasnocha				
61	Duerme bien y se levanta descansado				
62	Le cuesta trabajo quedarse dormido				
63	Se despierta en varias ocasiones durante la noche				
64	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida				
65	Hace siesta				
67	Se mantiene con sueño durante el día				
68	Utiliza pastillas para dormir				
69	Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (por ejemplo no se trasnocha previamente a la entrega de un trabajo)				

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
 SECRETARÍA GENERAL ACADÉMICA
 COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN A DISTANCIA



ENFERMERO. SERGIO TOMÁS OLVERA MUÑOZ
 COORDINADOR MUNICIPAL
 COORDINACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA

Oficio: FESI/AAE/Prácticas/536/2018-1

Presente

Por este conducto permito solicitarle de la manera más atenta, su apoyo y autorización para que los alumnos enlistados:

Nombre(s), Apellidos (s)	No. Cuenta
Perla Xóchitl Muñiz Noguez	411137863

Pertenecientes a la Licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM; tengan acceso a la institución a su digno cargo para realizar:

Visita a las Unidades de Salud del Municipio para la aplicación de dos instrumentos, uno para identificar la presencia de Burnout y el otro para identificar Estilos de vida.

Durante el plazo que comprende: Del Lunes 2 de octubre al 30 de octubre de 2017

Esto con el fin de cubrir actividades correspondientes a la asignatura:

Seminario de Titulación

A cargo del profesor tutor Dr. Omar Moreno Almazán

Agradezco el apoyo que le pueda proporcionar a nuestros alumnos, no solo con su autorización sino también con su amable asesoría, de la cual esperamos pueda ratificarnos mediante la emisión de una constancia; siempre y cuando los alumnos tengan apego a todas las actividades específicamente profesionales que les sean encomendadas con responsabilidad y ética.

Sin otro particular por el momento, reciba usted mi más alta consideración y respeto.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
 Los Reyes Iztacala a 27 de septiembre de 2017.

Dra. Anabel de la Rosa Gómez
 Coordinador
 Psicología SUAyED UNAM Iztacala.

c.c.p. Dr. Omar Moreno Almazán -Tutor Académico
 c.e.p. Archivo



Oficina de Asuntos Estudiantiles
 Psicología SUAyED Iztacala
 Tel: (0155) 5623 1119
 asuntos.estudiantiles@ired.unam.mx

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso que de manera voluntaria deseo participar en la investigación titulada “Síndrome de burnout y su relación con los estilos de vida en enfermeras de las Unidades de Salud de Tula, Hgo.”

Habiendo sido informada de los siguientes aspectos:

- Propósito del estudio: Se trata de un estudio de tipo correlacional, que busca encontrar la relación entre los estilos de vida propios del personal de enfermería y la identificación de los posibles casos de Síndrome de burnout.
- Objetivos: identificar los niveles de Síndrome de burnout en el personal de enfermería, así como determinar los estilos de vida practicados por el mismo, para finalmente precisar si existe relación entre el Síndrome de burnout y los estilos de vida.
- Riesgos: el estudio será realizado a través de cuestionarios que serán manejados de manera confidencial, por lo que no representa ningún riesgo.
- Confidencialidad: solo la investigadora tendrá acceso a la información de los participantes, para efectos posteriores se procederá a identificar a cada participante a través de un código, el cual se ingresara a la base de datos para su análisis.

Nombre y firma del participante

Anexo 5

Correlaciones entre síndrome de burnout y las dimensiones de los estilos de vida

		Niveles de burnout	Niveles de burnout	Resultado de actividad	Resultado de recreación	Resultado de autocuidado	Resultado de hábitos	Resultado de consumo	Resultado de sueño	Calificación general
Rho Spearman	Niveles de burnout	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1.000 . 50							
	Resultado de actividad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0.161 0.263 50							
	Resultado de recreación	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0.115 0.425 50	.438** 0.001 50	.438** 0.001 50					
	Resultado de autocuidado	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0.026 0.855 50	.549** 0 50	.346* 0.014 50	.346* 0.014 50				
	Resultado de hábitos	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	0.066 0.648 50	0.128 0.378 50	0.186 0.195 50	0.186 0.195 50	0.336 0.17 50			
	Resultado de consumo	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0.136 0.346 50	0.197 0.17 50	0.1 0.49 50	0.1 0.49 50	0.272 0.056 50	-0.148 0.306 50		
	Resultado de sueño	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0.246 0.085 50	0.251 0.078 50	.288* 0.042 50	.288* 0.042 50	.337* 0.017 50	.451** 0.001 50	-0.026 0.859 50	
	Calificación general	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-0.042 0.774 50	.468** 0.001 50	0.221 0.122 50	.707** 0 50	.384** 0.006 50	0.253 0.077 50	0.408 0.003 50	1.000 . 50

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).