



SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE CHIAPAS

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN
ESTATAL DIRECCIÓN DE
EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CLAVE: 07PSU0150M

RVOE: PSU-53/20011 VIGENCIA: A PARTIR DEL 06 DE
NOVIEMBRE 2009

TESIS

**SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERIA DEL
HOSPITAL BÁSICO DE FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS**

PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE: LICENCIADO EN
PSICOLOGIA

PRESENTADO POR:
ANEYDI RICARDA JUAREZ MARROQUIN.

ASESOR DE TESIS:
LIC. GUADALUPE RECINOS

FRONTERA COMALAPA CHIAPAS, CHIAPAS; 14 DE JULIO 2025

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principal mente a Dios, por ser el quien nos da la vida y la voluntad para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre por su amor, cariño y la motivación que me brinda siempre, gracias a su esmero soy la persona quien agradezco ser, a mi padre aunque no me ha acompañado durante el recorrido de mi vida se que esta orgullosa de mi y siempre me acompaña en todo momento.

A mi esposo e hijos, por estar siempre presentes, acompañándome y apoyándome de manera moral, siendo siempre la base de nuestro hogar.

A todas las personas que colaboraron y han hecho que el trabajo se realice con excito en especial a aquellos que me brindaron y abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

A mis docentes de la institución UDS, por compartir sus conocimientos a lo largo de toda la licenciatura e instruirnos por ser buenos profesionistas, en especial a mi asesora de mi proyecto de investigación quien me ha guiado con paciencia y dedicación.

INDICE

PORTADA	1
AUTORIZACION DE IMPRESIÓN.....	2
DEDICATORIA.....	3
INDICE.....	4
INTRODUCCION.....	¡Error
r! Marcador no definido.	
CAPITULO I10	
1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
1.4 HIPOTESIS.....	17
1.5 JUSTIFICACION.....	17
1.6 DELIMITACION DEL ESTUDIO.....	18
CAPITULO II	
2.MARCO DE REFERENCIA	19
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO FILOSÓFICO	19
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.3MARCO TEÓRICO	24
2.3.1 SÍNDROME DE BURNOUT	24
2.3.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT	25
2.3.2 FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS (BURNOUT)	25
2.3.2.1 REACCIÓN DE ALARMA:	25
2.3.2.2 ESTADO DE RESISTENCIA:	26
2.3.2.3 FASE DE AGOTAMIENTO:	26

2.3.3 FACTORES DE RIESGO	27
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON SINDROME DE BURNOUT	28
2.3.4.1 CANSANCIO EMOCIONAL	28
2.3.4.2 DESPERSONALIZACIÓN	28
2.3.4.3 BAJA REALIZACIÓN PERSONAL	28
2.3.5 CUADRO CLINICO	29
2.3.6 SIGNOS DE ALARMA	30
2.3.7 DIAGNOSTICO	31
2.3.7.1 TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY	32
2.3.8 CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT	32
2.3.8.1 FISICAS:	32
2.3.8.2 EMOCIONALES:	33
2.3.8.3 PROFESIONALES	33
2.3.9 PREVENCIÓN.....	34
2.3.9.1 SOLUCIONES AL SINDROME BURNOUT	34
2.4 MARCO CONCEPTUAL	35
CAPÍTULO III	
3. DISEÑO METODOLÓGICO	39
3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN	39
3.1.1 INVESTIGACIÓN PURA	40
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA	40
3.2 TIPOS DE ESTUDIO	40
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL	41
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO	41
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO	41
3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO	41
3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN	42
3.3.1 INVESTIGACIÓN DE CAMPO	42
3.3.2 INVESTIGACION DOCUMENTAL	42

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.4.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL	43
3.4.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL	43
3.4.2.1 INVESTIGACIÓN TRASNVERSAL	43
3.4.2.2 INVESTIGACION LONGITUDINAL	44
3.5 ENFOQUES	44
3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO	44
3.5.2 ENFOQUE CUANTITATIVO	44
3.5.3 ENFOQUE MIXTO	45
3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN	45
3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	45
3.6.1.1 FRONTERA COMALAPA CHIAPAS	45
3.6.1.2 HOSPITAL BÁSICO DE FRONTERA COMALAPA	48
3.7 MUESTRA	50
3.7.1 TIPOS DE MUESTREO	50
3.7.1.1 PROBABILÍSTICO	50
3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE	51
3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO	51
3.7.1.1.3 POR CONGLOMERADO	51
3.7.1.2 NO PROBABILISTICO	51
3.7.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA	52
3.7.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS	52
3.7.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE	52
3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
3.8.1 TÉCNICAS	53
3.8.1.1 OBSERVACIÓN	53
3.8.1.2 ENCUESTA	53
3.8.2 INSTRUMENTO	54
3.8.2.1 CUESTIONARIO	55

CAPITULO IV

4. RESULTADOS	58
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN	
DEL MARCO METODOLÓGICO	58
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	59
SUGERENCIAS.....	84
PROPUESTAS	85
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFIA	88
ANEXOS.....	91

INTRODUCCION

La presente investigación se refiere al tema prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del área de urgencias del hospital básico de frontera Comalapa Chiapas, también denominado síndrome del desgaste profesional o síndrome del quemarse en el trabajo, esta patología es muy frecuente en profesionales que tienen como objeto de trabajo a las personas, estableciendo relaciones interpersonales entre profesional y paciente.

Por lo tanto, el personal de enfermería está expuesto a un alto riesgo de poder desarrollar el burnout ya que los enfermeros atienden a pacientes con estado de salud crítico, por lo consiguiente están sometidos a factores estresantes y como consecuencia poniendo en riesgo su salud física y mental.

Las características principales del síndrome de burnout en su definición realizada por maslach, es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objetivo de trabajo son otras personas de tal modo que el síndrome de burnout es causado por el estrés laboral.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, se han descritos varios factores de riesgo para poder desarrollar el síndrome de burnout entre los cuales se encuentran: personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estables, estado civil, números de hijos, largas jornadas laborales, tipo de personalidad, y el más destacado es la sobrecarga laboral.

La investigación de esta problemática social se realizó por la necesidad de conocer el nivel de prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del (HBC), y conocer más sobre dicho síndrome y saber cómo afecta al personal de enfermería del área de urgencias.

Nuestra investigación se realizó con un test que maslach creo para medir el nivel de burnout, dicho instrumento es denominado "maslach burnout inventory" (MBI) este instrumento proporciona una aproximación más empírica que permite demostrar la

asociación de este fenómeno con múltiples indicadores de salud y financiamiento en la vida cotidiana y labora.

El test se realizó al personal de enfermería de los diferentes turnos, durante la investigación de campo uno de los obstáculos de los enfermeros para contestar el test fue que se encontraban en una sobrecarga de trabajo y denotaban muy afligidos y apurados.

La finalidad de esta investigación es conocer la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del área de urgencias del hospital básico comunitario (HBC) de frontera Comalapa Chiapas, diferenciar el comportamiento de un enfermero en su área laboral con los signos y síntomas del síndrome y el trato de este les ofrece a sus pacientes; y aplicar a considerar algunos factores como medidas generales para evitar el riesgo del síndrome de burnout.

En el capítulo 1. Se realiza el planteamiento del problema ¿cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del hospital básico comunitario? ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en el desgaste profesional del personal de enfermería del HBC? ¿en qué turno se han encontrado mayor grado de permanencia del síndrome de burnout? ¿la edad es un factor de riesgo para el personal de enfermería de padecer el síndrome de burnout?

En el capítulo II. se realizará el marco de referencia abarcando un poco la historia del síndrome de burnout a través del marco antropológico filosófico, conoceremos más sobre la enfermedad en el marco teórico y abarcaremos palabras en el marco conceptual.

En el capítulo III. Se hará referencia a la investigación de la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería consistente en la aplicación del instrumento creado por la maslach que consiste en un test para medir la prevalencia del síndrome de bornout.

En el capítulo IV. Finalmente, en este capítulo se muestran los resultados de la investigación, los análisis e interpretación de los datos en función a los cuadros, graficas resultantes y el test.

Se incluye sugerencias, propuestas, conclusión, bibliografía y anexos

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El tema “prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del área de urgencias” es una patología que es pertinente estudiarla desde diferentes esferas: mundial, nacional estatal.

En la actualidad millones de personas están expuestos a numerosos peligros en el trabajo que ponen en riesgo su salud y su vida. Como consecuencias de las condiciones laborales se están presentando un incremento en accidentes como perdidas auditivas y problemas músculos-esqueléticos. El síndrome de burnout (SB) ha tomado relevancia clínica y social en diferentes enfoques a nivel mundial en Colombia:

Justifican profundizar su conocimiento en el contexto de Bogotá con 139 mujeres (75,5 %) y 45 hombres (24,5%), con una prevalencia del 2,2 % para SB, el estrés de los profesionales de la salud es mas alto que el de otras profesiones ya que están enfrentados al dolor y al sufrimiento humano. La pérdida de energía, la despersonalización y el sentimiento de la falta de realización personal, pueden ocasionar trastornos de la salud de los profesionales, uso de sustancias psicoactivas e incluso la muerte en cuanto a factores individuales relacionados con menor presencia de burnout, se han estudiados diversos rasgos de la personalidad como el optimismo, la efectividad y la autoestima. (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y pinzon.2010 pp.9 y 11).

Hoy en día la sociedad vive de manera acelerada enfrentándose cada día a la escasez de puestos de trabajo y la presión laboral que se respira en estos. En el ámbito de la salud, el profesional de enfermería está sometido en líneas generales a estresores que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés.

El síndrome de burnout (SB), agotamiento personal (AP) y la despersonalización (D) en niveles medios, en el río Ortega Valladolid con una prevalencia del 14% de profesionales afectados (con las tres dimensiones en niveles altos), y con un alto riesgo de padecer el síndrome de un 24% con dos dimensiones en niveles elevados y la tercera en nivel medio el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece con frecuencia en los profesionales del sector de servicios cuya actividad laboral se desarrolla hacia personas. Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo, y se caracteriza por la aparición de cogniciones, de emociones, y de actitudes negativas hacia el trabajo, en especial los clientes, y hacia el rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas, que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización, (de la cruz, 2013 pp. 2 y 5)

Han señalado que cada año se producen 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales en todo el mundo en cuanto a las estadísticas en peru, el 78% de los trabajadores peruanos sufrió estrés laboral en algún momento, un 11% señalo que sus centros laborales cuentan con un programa para combatir la tensión propiciada por el trabajo diario, y el 32% de los consultados dijo que aprendió a combatir la tensión propiciada por el trabajo diario, y el 32% de los consultados dijo que aprendió a combatir el estrés haciendo una actividad recreativa o física, actualmente las personas están sometidas a un ritmo de vida sumamente acelerado, donde las exigencias de las esferas individual, social y laboral son elevadas, en el caso particular de los enfermos, enfrentan diariamente situaciones muy complejas derivadas de la responsabilidad en el trabajo, de las condiciones físicas donde el mismo se ejerce, de las relaciones con los compañeros de trabajo, con sus familiares, conjugando con su vida particular, todos estos hechos inducen

a pensar que es necesario que los enfermeros deban tener el conocimiento que les permita afrontar todas las exigencias laborales y por ende el estrés que tales relaciones generan. En el ámbito laboral, los estresores que se presentan influyen de forma importante en el sujeto, existiendo profesiones con niveles de estrés más altos que otros. (2015, pp.2 y 3).

Este síndrome es esencial de llevarlo a cabo debido a que situación que vive el profesional de enfermería como cambios en su estado de ánimos, demanda de los pacientes, entre otros factores desencadenantes de estrés laboral.

La actividad laboral es por si misma generadora de estrés, ya que determina la exposición del empleado a ciertos estresores, que según, como sean afrontados, determinaran la respuesta individual, puede ser adaptativa y que implique aprendizaje, o desadaptativa, la cual traerá un desgaste e insatisfacción, es así como el estrés laboral se puede definir como el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo los aspectos básicos que conforman el síndrome de burnout son el cansancio emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal con síndrome de burnout fue de 33.8% (181 de 535), el 6.7% (36 de 535) presento un alto nivel de este síndrome. Se encontró que 44,1% presento agotamiento emocional; 56.4% despersonalización y 92.9% baja realización personal.

(miranda, Monsalvo, Hernández, Ocampo 2016, 115 y 116).

En el hospital de Ecatepec el estudio se llevó a cabo en el personal de enfermería, con una población de 407 enfermeros, mediante un muestreo no pirobalística e internacional se obtuvo una muestra de 122 enfermeras, se utilizó el instrumento de maslach burnout inventory (MBI) que mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

(Rodríguez, Oviedo. Vargas, Hernández, Pérez, 2009, pp180 y 181)

Hospital de las culturas de Chiapas se realizo un estudio referente al síndrome de burnout en el personal de enfermería; las encuestas fueron aplicadas en un total de 82 trabajadores con dimensiones de este síndrome, en ellas se observó alta carga

emocional (95%), alta despersonalización (47%) y bajo logro personal (10%), por lo que se sugirió realizar un programa de gestión para disminuir el estrés, ya que los datos previos demuestran que esta situación se refleja en la deficiente calidad de atención otorgada a los usuarios del servicio.

(instituto del seguro social,2016, p, 17).

Otro de los factores de riesgo que influye en la presentación de este síndrome es la edad la cual se ha estudiado en diversos centros de trabajo obteniendo lo siguiente:

Las muestras de jalisco (particularmente de Guadalajara) son las mas estudiadas (28.12%), seguidas por las del distrito federal (26.56%), las poblaciones estudiadas muestran equilibrio en cuanto al género, ya que el promedio, 52% de las muestras evaluadas son mujeres, aunque siete estudios no lo mencionaron. En cuanto a la edad, se obtuvo un promedio de 36.87 años en los estudios que la describieron. (Juárez, Idrovo, Camacho, Placencia,2014, pp, 160 y 162).

Este síndrome es la perdida gradual de toda preocupación y sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja y conlleva a un aislamiento donde el resultado de un inadecuado afrontamiento es el estrés laboral crónico. Las persecuciones, son frecuentes sentimientos de fracaso, perdida de autoestima, irritabilidad, distanciamiento afectivo, disgusto, ansiedad, impaciencia, aburrimiento, baja tolerancia a la frustración, episodios depresivos, sentimientos de impotencia, culpabilidad, alineación o soledad.

La mayor parte de consecuencias del burnout son de tipo emocional, entre dichas consecuencias encontramos, manifestaciones psicósomáticas, emocionales, conductuales, sociales y laborales en canarias el total de la población a estudiar conforme a los criterios de inclusión y exclusión, la conforman un grupo de profesionales de enfermería todo ello ocasiona un deterioro de la calidad del servicio prestado, aumento de accidentes laborales y de conflicto entre compañeros y superiores, así como un incremento de quejas de los clientes. Las actitudes de despersonalización se encuentran en el foco de las repercusiones laborales, para determinar el tamaño de la muestra hemos utilizados un nivel de confianza del 95%,

una desviación estándar de 0,5 y un límite de error muestral del 5%, dando como resultado, una muestra de 53 profesionales, (del castillo, 2015, pp.2 y 12)

El 1.7% de los docentes encuestados manifestaron el SB, el 14.11% presentó baja ilusión por el trabajo, el 18.82% resultó con desgaste psíquico y el 5.8% con culpa. Del mismo modo, se encontró que el 21.17% de los encuestados muestran afecciones en su relación con la organización laboral, el 16.47% en aspectos y el 21.17 % en tarea y ambiente. (zarate y arita, 2013, 72 y 75).

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del área de urgencias en el hospital básico de frontera Comalapa?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en el desgaste profesional del personal de enfermería del HBC?
- ¿En que turno se ha encontrado mayor grado de permanencia del síndrome de burnout?
- ¿Cuál es la edad promedio para detectar el síndrome de burnout?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout (SB) en el personal de enfermería en el área de urgencias del hospital básico comunitario.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Comparar en que turno se ha encontrado mayor grado de prevalencia del síndrome de burnout.
- Detectar en que sexo predomina más el síndrome de burnout en el personal de enfermería.
- Identificar la edad como un factor de riesgo para el personal de enfermería de contraer el síndrome burnout.
- Conocer la jornada laboral del profesional de salud y la relación con la incidencia del síndrome de burnout.

1.4 HIPOTESIS

- El personal de enfermería que trabaja en área de urgencia se sienten más agotados al final de su jornada laboral.

1.5 JUSTIFICACION

El síndrome de burnout conocido como el síndrome del quemado o desgastado, es importante llevarlo a cabo debido a que este síndrome se ha desarrollado con demasiada frecuencia en el personal de enfermería nivel mundial al estar expuestos a grandes responsabilidades y jornadas laborales llevando esto a repercutir en el rendimiento laboral.

Es relevante estudiar este tema para conocer la prevalencia del síndrome y los factores de riesgo para así disminuir alteraciones psicológicas y fisiológicas en el personal de enfermería.

Este síndrome es crónico degenerativo que vive el individuo cuando tiene que enfrentarse a sus propios límites y a los de los otros, es de suma importancia establecer estrategias de prevención de este servicio dado que la atención que ahí se ofrece, requiere de un estado de atención, concentración y capacidad de actuación constante, rápida y eficiente.

Dicho síndrome va teniendo secuelas como: una actitud sónica irritabilidad, cansancio mental y agotamiento, este conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal y psicosomático se entienden como las consecuencias del síndrome es

por ello que hay demasiado estrés donde todos los problemas persistentes se llevan a casa o al trabajo el cual es un estrés crónico tanto físico, emocional y psicológico, como consecuencias de un error en nuestra profesión son gravísimas.

1.6 DELIMITACION DEL ESTUDIO

La siguiente investigación se centra en el tema del síndrome de burnout específicamente se quiere estudiar la prevalencia de este síndrome en el personal de enfermería del área de urgencias del hospital básico comunitario; cabe señalar que el HBC atiende a muchas personas sin discriminación alguna por las que nos encontramos en una zona fronteriza además la demanda del HBC a crecido debido a que no solo atiende a comunidades del mismo municipio si no de toda la sierra madre de Chiapas, es por ello que decidí estudiar la prevalencia de este síndrome.

Así mismo se decidió realizar la investigación con el personal de enfermería del área de urgencias debido a que estos están más en contacto directo con los ciudadanos del paciente.

CAPITULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO ANTROPOLOGICO FILOSOFICO

Estrés se definió por primera vez en el siglo XX, ha convivido con nosotros desde el origen de nuestra especie, siendo posiblemente uno de los cuatro o cinco factores biológicos clave, que nos han permitido sobrevivir, evolucionar y ser la especie dominante en nuestro planeta.

Durante miles de años, los seres humanos vivieron en pequeñas bandas de cazadores-recolectores, en un entorno agresivo, peligroso y hostil. Los peligros naturales eran frecuentes, se Vivían en absoluta oscuridad por las noches, cada día era una carrera para conseguir los recursos necesarios para subsistir, los ataques de animales salvajes eran habituales, la climatología era diversa y eso sin contar con las enfermedades, heridas, ataques de otros humanos y decenas de factores hostiles más. Tampoco se tenía el conocimiento científico suficiente para saber por qué se producía un temblor de tierra o porque se infectaba una herida. En definitiva, era un entorno absolutamente hostil y sobre todo lleno de incertidumbre.

En esa situación el estrés no era negativo, si no que era imprescindible para sobrevivir. Había que estar alerta continuamente, cualquier error se significaba la muerte y el estrés hacía que nuestros ancestros fueran más rápidos, más fuertes y tuvieran más reflejos. Ante una situación de peligro real, el organismo lo reducía todo a una simple respuesta automática: “el mecanismo de lucha o huye”, definido por wualter cannon en la primera mitad del siglo XX. Para nuestro cerebro no hay más opciones, ante un peligro de muerte: o te enfrentas a él o huyes de él, cualquier

caso, cualquiera de las dos opciones implica un aumento considerable de la actividad física, de nuestro nivel de activación y, en definitiva, un aumento del estrés, (navarro, 2015)

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad estudiantes de segundo año de la carrera de medicina en la universidad de Praga, Hans Selye, Hans seyle, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observo que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, perdida del apetito, bajo de peso, astenia, etc. Esto llamo mucho la atención a Selye, quien denomino el “síndrome de estar enfermo”. (anónimo,s/f)

El síndrome de burnout es un fenómeno que empezó a ser investigado solo hasta principios de los 70. Para eso época, se inició una profunda transformación del mundo del trabajo, debido principalmente al desarrollo de las nuevas tecnologías, cambios organizacionales y gerenciales, la precarización del trabajo, el aumento del desempleo en parte a raíz de la automatización, la intensificación de la explotación de los trabajadores mediante nuevos procesos de trabajo mas flexibles que requieren un mayor grado de especialización, entre otros aspectos. Estos procesos han dado lugar que emerjan nuevos factores de riesgos psicosociales que afectan la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores.

En los últimos 40 años se han realizados numerosas investigaciones desde diferentes aproximaciones sobre el síndrome de burnout, las cuales han intentado, inicialmente delimitar el concepto y generar modelos explicativos, pasando posteriormente a un acentuado interés por la evaluación y el diagnóstico de esta problemática, lo que permitiría finalmente generar estrategias eficaces de prevención e intervención.

En el cual no ha prevalecido el empleo digno, de buena calidad y con un paquete amplio de prestaciones, a lo cual se suman las transformaciones del mundo del trabajo a nivel tecnológico, económico, organizativo, especial, social, político y cultural. (Diaz & Gómez ,2016,pp.114-117)

El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado, fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de “ayuda” cuya actividad va dirigida hacia otras personas. Compuesto por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros perdían su idealismo y simpatía por los pacientes, además de pérdida de interés laboral, fatiga y frustración, acompañado de muchas quejas somáticas. Sin embargo, su estudio ha sido episódico, y centrado en los aspectos más bien clínicos y descriptivos del termino

En los años setenta, el centro de investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Es trabajado con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definio el burnout como un estrés laboral cronico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su actividad laboral. (Cilzeta, 2013,p.32)

A partir de mediados del siglo XX se dedica especial atención a un fenómeno rara vez comentado y tratado en el mundo académico con anterioridad, cual es el “burnout” o “síndrome del quemado”. En efecto, este fenómeno comienza a cobrar importancia en la literatura sobre la década de los setenta a través de la disciplina de la psicología. Esta visibilidad del burnout surge como resultado de una serie de cambios económicos, sociales y culturales acaecidos durante la primera mitad del siglo XX.

Las investigaciones sobre el burnout han tratado casi exclusivamente con la naturaleza individual del análisis, siendo pocas las excepciones que consideran las potencialidades de explorar el fenómeno desde una perspectiva organizacional.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

De la cruz realizo una tesis en el año 2013 para obtener el grado de enfermería en la universidad de Valladolid el tema fue “estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria”. Hoy en día la sociedad vive de manera acelerada enfrentándose cada día a la escasez de puestos de trabajo y la presión laboral que se respira en estos. En el ámbito de la salud, el profesional de enfermería está sometido en líneas generales a estresores que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés, que cuando no se atiende a tiempo se puede convertir en un síndrome, incapacitando a la persona en su vida productiva, social y afectiva.

Su objetivos fueron explicar las características que definen y determinan el síndrome de burnout, así como evaluar la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres componentes (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales sanitarios de la unidad de urgencias del hospital universitario del río Hortega (en adelante HURT) de Valladolid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte universal para conocer la existencia del síndrome de burnout que se padece entre los profesionales sanitarios de dicho hospital.

Las conclusiones fueron que el perfil del sujeto afectado de burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral de más de 10 años, que manifiesta una baja realización personal (RP) en su trabajo, por encima del resto de dimensiones del síndrome de burnout (AP) y la despersonalización (D) en niveles medios, con una prevalencia del 14% de profesionales afectados (con las tres dimensiones en niveles altos), y con un alto riesgo de padecer el síndrome en un 24% (con dos dimensiones en niveles elevados y la tercera en nivel medio). (p.2)

De la cruz realizó una tesis en el año 2013 para obtener el grado de enfermería en la universidad Valladolid el tema “estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria”. Hoy en día la sociedad vive de manera acelerada enfrentándose cada día a la escasez de puestos de trabajo y la presión laboral que se respira en estos. En el ámbito de salud, el profesional de enfermería está sometido en líneas generales a estresores que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés, que cuando no se atiende a tiempo se puede convertir en un síndrome, capacitado a la persona en su vida productiva, social y afectiva.

Su objetivo fueron explicar las características que definen y determinan el síndrome de burnout, así como evaluar la prevalencia del síndrome de burnout, y de sus tres componentes (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales sanitarios de la unidad de urgencias del hospital universitario del rio ortega (en adelante HURH) de Valladolid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, para conocer la existencia del síndrome de burnout que se padece entre los profesionales sanitarios de dicho hospital

Las conclusiones fueron que el perfil del sujeto afectado de burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral de más de 10 años, que manifiesta una baja realización personal (RP) en su trabajo, por encima del resto de dimensiones del síndrome de burnout (SB), estando el agotamiento personal (AP) y la despersonalización (D) en niveles medios, con una prevalencia del 14% de profesionales afectados (con las tres dimensiones en niveles altos), y con un alto riesgo de padecer el síndrome en un 24% (con dos dimensiones en niveles elevados y la tercera en nivel medio). (p.2)

2.3 MARCO TEORICO

Los profesionales de enfermería de los servicios de urgencias están expuestos a ritmos y cargas de trabajo elevadas y agotadoras, ya que se enfrentan a situaciones imprevisibles, el sufrimiento humano y la muerte, los cuales pueden propiciar la aparición de estrés en el enfermo. Por tanto, el estrés se define como una respuesta del organismo ante situaciones (estresores) que el individuo percibe como amenazantes y que ponen en peligro su bienestar, existiendo un desequilibrio entre las demandas del medio y los recursos del individuo para hacerle frente.

Este lugar da respuesta fisiológicas, cognitivas y motoras en el organismo con el objetivo establecer en el individuo una situación de alarma y de búsqueda de soluciones. Un determinado grado de estrés acompañado de una respuesta adaptativa ante el mismo puede resultar positivo para alcanzar los objetivos y resolver la situación estresante, todo el proceso se torna negativo hacia la persona, ocasionando sentimientos ansiedad, miedo, tensión, intranquilidad, tristeza, aumento de riesgo de padecer enfermedades psicosomáticas, así como el incremento de conductas no saludables como el consumo de tóxicos, fumar o beber en exceso. (López, 2007, pp. 65-74)

2.3.1 SINDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout (quemado, fundidos) es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones. (García, s/f)

2.3.1.1 CONCEPTUALIZACION DEL SINDROME DE BURNOUT

la palabra burnout es un termino de ingles cuya traducción al castellano es “quemado”. El síndrome de estar quemado, por le trabajo ha sido objeto de estudios de numerosos autores en las últimas décadas uno de los instrumentos mas importantes para medir el burnout en profesionales de servicios asistenciales y que consta de 3 subescalas para la valoración del agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal. Posteriormente, el MBI es adaptado para utilizarlo en referencia a las profesiones no asistenciales. En cualquier caso, de manera unánime se acepta el síndrome burnout como una respuesta al estrés laboral crónico habiendo fallado previamente las estrategias de afrontamiento, derivado en consecuencias negativas para el trabajador, para la organización y para las personas que reciben los servicios. (Del catillo, 2015, pp. 1-4)

2.3.2 FISIOPATOLOGIA DEL ESTRÉS (BURNOUT)

En la descripción de la enfermedad, se identifican por lo menos las siguientes tres fases.

2.3.2.1 REACCION DE ALARMA:

El organismo, se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

2.3.2.2 ESTADO DE RESISTENCIA

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales. El organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ser que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se producen las glándulas del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

2.3.2.3 FACE DE AGOTAMIENTO

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con perdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio. (carrillo, 2010, pp 17-18)

2.3.3 FACTORES DE RIESGO

Se evidencia la necesidad de potenciar los factores de protección, reforzando el optimismo y la autoestima, formando a los profesionales en técnicas de auto control y gestión de estrés.

- Personas jóvenes
- Género femenino
- Solteros, casados, viudos, y sin pareja.
- Mayores turnos laborales.
- Números de hijos
- Rasgos de personalidad tales como personas idealistas
- Optimistas
- Variables demográficas
- Expectativas altruistas elevadas
- Deseo de prestigio
- Mayores ingresos económicos
- Enfermeras con pocas estrategias de afrontamiento al estrés
- Instalaciones físicas y recursos inadecuados
- Mas de 20 años de desarrollo profesional y más de 10 en el mismo centro
- Conflictos interpersonales
- Sobre carga laboral por escasez de recursos
- Rotaciones laborales, cambio de turnos y horarios
- Instalaciones físicas y recursos inadecuados
- Trabajar más días seguidos desde el descanso
- Falta de apoyo a los superiores y gerentes (Gutiérrez, Celis, moreno, farias, y Suarez 2006, p 307)

2.3.4 CARACTERISTICAS DEL PACIENTE CON SINDROME DE BURNOUT

Los pacientes que presentan síntomas de burnout se han visto padecen un agotamiento físico, psicológico y emocional. Se tornan con actitud fría y despersonalizada frente a los demás, y un sentimiento de inadecuación para las tareas que han de realizar. Como se mencionó anteriormente, este síndrome presenta tres dimensiones:

2.3.4.1 CANSANCIO EMOCIONAL (CE): Es la primera fase del proceso que consiste en la reducción progresiva de la energía y el sentimiento de no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo. Incluye síntomas como pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico y una sensación de estar al límite. Puede tener síntomas semejantes a los que presentaría un paciente con un trastorno depresivo, lo cual es fundamental reconocer y diferenciar para adoptar medidas pertinentes.

2.3.4.2 DESPERSONALIZACION (DP): para protegerse, el individuo desarrolla actitudes negativas frente a los demás, sentimientos y actitudes frías, hostiles hacia los pacientes y colegas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, mostrándose distanciado y cínico, utilizando etiquetas despectivas hacia los demás o tratando de culparles de sus frustraciones.

2.3.4.3 BAJA REALIZACION PERSONAL (RP): se refiere a la sensación de inadecuación personal y profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. Pérdida de la confianza en sí mismo y autovaloración negativa, los trabajadores se sienten insatisfechos con los resultados de su trabajo. (Carrillo, 2010, pp.25-28)

2.3.5 CUADRO CLINICO

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto solo funciona transitoriamente (has aquí el cuadro es reversible)
- Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro mas que en un ayuda para los destinatarios de los servicios.

(Gutiérrez, Celis, Moreno, Farias y Suarez, 2006, p 308)

2.3.6 SIGNOS DE ALARMA

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí:

- Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema
- Aislamiento: es frecuente que la persona afectada es la última en retirarse de la familia, sus colegas y amigos.
- Ansiedad: es la sensación persistente que tiene el médico de que algo malo va a suceder.
- Depresión: este es uno de los problemas cada vez más comunes en médicos y estudiantes de medicina; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio.
- Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.
- Fuga o anulación: el médico llega tarde o muestra un desinterés, en el trabajo.
- Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no prohibidas.
- Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.
- Culpabilidad y autoinmolación: sienten lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensable en el trabajo.

- Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo esta bien es otra manifestación de autonegación.
- Comportamiento riesgoso: comportamiento no característico de la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual con conductas de riesgo
- Perdida de la memoria y desorganización: dificultad para concentrarse y aprender
- Trastornos de sueño
(Gutierrez, celis, moreno, farias, y Suarez, 2006, p 306)

2.3.7 DIAGNOSTICO

El concepto de burnout implica 3 aspectos fundamentales que son:

1. Agotamiento emocional: caracterizado por una disminución y perdida de los recursos emocionales.
2. Despersonalización o deshumanización (o cinismo). Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
3. Baja realización personal: que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de influencia personal y baja autoestima profesional.

(Gutierrez, Celis, Moreno, Farias y Suarez, 2006, p 308)

2.3.7.1 TEST DE MASLACH BURNOUT INTERVENTORY

Se mide por un cuestionario maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90% esta constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

(maslach, 1986)

2.3.8 CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT

2.3.8.1 FISICAS:

- Manifestaciones generales: cansancio, pérdida de apetito, malestar general
- Problemas osteomusculares: dolores de espalda, y contracturas musculares. ○ Alteraciones inmunológicas: aumento de las infecciones, alergias, problemas dermatológicos.
- Problemas sexuales: impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, frigidez, dispareunia, vaginismo.
- Problemas cardiacos: palpitaciones, dolor precordial, hipertencionartrial.

- Problemas respiratorios: catarros frecuentes, crisis de taquipnea, crisis asmática.
- Alteraciones del sistema nervioso: jaqueca, trastorno del sueño, con predominio del sueño ligero o insomnio, sensibilidad de vértigo con inestabilidad locomotriz
- Problemas digestivos: gastritis, ulcera duodenal, náuseas, diarrea,
- Alteraciones hormonales: trastornos menstruales.

2.3.8.2 EMOCIONALES

- Agotamiento, sensación de vacío, baja tolerancia a la frustración, impotencia ante el problema, nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración con olvidos frecuentes, falta de atención y de memoria

2.3.8.3 PROFESIONALES:

- Estos se refieren al trato del profesional – paciente: Aumento de los errores, uso de lenguaje inadecuado con los pacientes, comunicación impersonal, limitación al estricto cumplimiento de las normas haciendo constante referencia a sus derechos, aislamiento físico.

(Muñoz, Osorio, Robles, & Romero, 2014, pp. 22-25)

2.3.9 PREVENCIÓN

Puntos clave en la prevención:

- Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
- Formación.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes. Limitar la agenda laboral.
- Tiempo adecuado para cada paciente.
- Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
- Formación continua dentro de la jornada laboral.
- Coordinación con espacios comunes, objetivos compartidos. 27 ○
Diálogo efectivo con las autoridades.

(Gutiérrez, Celis, Moreno, Falias & Suárez, 2006, pp. 307-310)

2.3.9.1 SOLUCIONES AL SINDROME BURNOUT

- Dar la oportunidad del control.
- Dar la oportunidad de que desarrollen sus habilidades. Variedad en el trabajo.
- Recompensas financieras.
- Seguridad física.
- Dar oportunidad de contactos interpersonales.
- Brindar una posición social valorada.

(Hernández, Terán, Navarrete , & León , 2007, p. 54)

2.4 MARCO CONCEPTUAL

ESTRÉS LABORAL: La Organización Mundial de la Salud propuso al estrés como una de las enfermedades del siglo XXI. Desde los estudios pioneros, el estrés fue definido como Síndrome de Adaptación General (SAG) o respuesta defensiva del cuerpo o de la psique a las lesiones o al estrés prolongado.

BAJA REALIZACIÓN PERSONAL: Se refiere a la sensación de inadecuación personal y profesional para ejercer el trabajo. Implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso.

ENFERMERÍA DE URGENCIAS: La atención de urgencia y emergencia supone un ejercicio dinámico de toma de decisiones; así, la valoración y cuidados enfermeros han de responder a una secuencia de prioridades que garantice la satisfacción de las necesidades del paciente, tanto biológicas como psicológicas y sociales, prestando una atención integral y holística.

RIESGO LABORAL: Se denomina riesgo laboral a los peligros existentes en nuestra tarea laboral o en nuestro propio entorno o lugar de trabajo, que puede provocar accidentes o cualquier tipo de siniestros que, a su vez, sean factores que puedan provocarnos heridas, daños físicos o psicológicos, traumatismos, etc.

FILOSOFÍA HUMANÍSTICA: El humanismo, en el sentido amplio, significa valorar al ser humano y, sobre todo, la condición humana. Está relacionado con la generosidad, la compasión y la preocupación por la valoración de los atributos y las relaciones humanas.

AISLAMIENTO: Se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria aunque pueda pensarse lo contrario.

ANSIEDAD: Esto ocurre porque la ansiedad es una emoción común y normal de las personas frente a situaciones estresantes y de incertidumbre y la emoción cumple una función útil que permite adaptarnos a la vida.

DEPRESIÓN: La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

AGOTAMIENTO PROFESIONAL: Se describió originalmente como una condición mental caracterizada por disminución del desempeño laboral, sensación de impotencia y frustración e incapacidad para alcanzar objetivos o metas laborales.

PREVALENCIA: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. Por ejemplo la prevalencia de diabetes en Madrid en el año 2001 es la proporción de individuos de esa provincia que en el año 2001 padecían la enfermedad.

DISFORICOS: Tienen a la disforia como uno de sus principales síntomas: Depresión clínica (unipolar) y distimia. Síndrome premenstrual. Trastorno bipolar, anteriormente conocido como trastorno maníaco-depresivo.

DISTIMIA: Se caracteriza por el estado anímico depresivo durante dos años como mínimo, junto con al menos otros dos síntomas de depresión.

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL: Es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales.

SÍNDROME DE SOBRECARGA EMOCIONAL: Un proceso que incluye encajar el impacto emocional del diagnóstico, gestionar los propios sentimientos, a veces ambiguos, y asumir la necesidad de un aprendizaje continuo.

PSICOLOGÍA SOCIAL: Es el estudio científico de cómo los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas son influidos por la presencia real, imaginada o implícita de otras personas.

PENSAMIENTO POSITIVO: Creer en uno mismo y ser optimista, en convencerte de que con trabajo y esfuerzo no hay imposibles. Numerosos estudios coinciden en que hacerlo te acercará a tus objetivos. **ESTRES PSICOLÓGICO:** Se considera estrés al mecanismo que se pone en marcha cuando una persona se ve envuelta por un exceso de situaciones que superan sus recursos .

PERTURBACIÓN PSICOFISIOLÓGICA: La rama de la psicología relacionada con las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Se solía llamar psicofisiológica cognitiva

AFRONTAMIENTO: Hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y 31 ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

MODELO PSICOANALITICO: Definición Sistema psicológico que explica una teoría de la personalidad, propone un método de investigación y una forma de intervención terapéutica.

DESPESONALIZACIÓN: Estado psíquico experimentado por algunos enfermos mentales, por el cual se sienten extraños a sí mismos, a su cuerpo y al ambiente que los rodea.

PSICOSOMATICAS: Es una lesión orgánica que se considera de origen psicológico. Es un síntoma físico que se supone producto de un padecimiento mental.

SÍNDROME: Conjunto de síntomas y signos que concurren en tiempo y forma, con varias causas o etiología.

CAPÍTULO III

3.-DISEÑO METODOLÓGICO

La Investigación Científica está encaminada a profundizar el conocimiento de un proceso ya sea teórico, práctico o teórico-práctico, parte del conocimiento científico y lo lleva a la solución de problemas de la sociedad que de una forma u otra no han sido investigados o su investigación se ha conducido en otra dirección. La Investigación Científica surge de la necesidad del hombre de dar solución a los problemas más acuciantes de la vida cotidiana, de conocer la naturaleza que lo rodea y transformarla en función de satisfacer sus intereses y necesidades. El carácter de la investigación científica es creativo e innovador aplicando lo último del conocimiento científico. La Metodología es la ciencia que nos enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados y tiene como objetivo darnos la estrategia a seguir en el proceso. La Metodología de la Investigación (M.I.) o Metodología de la Investigación Científica es aquella ciencia que provee al investigador de una serie de conceptos, principios y leyes que le permiten encauzar de un modo eficiente y tendiente a la excelencia el proceso de la investigación científica. El objeto de estudio de la M.I. Lo podemos definir como el proceso de Investigación Científica, el cual está conformado por toda una serie de pasos lógicamente estructurados y relacionados entre sí. Este estudio se hace sobre la base de un conjunto de características y de sus relaciones y leyes. (Cortes & Iglesias , 2004, pp 8-10).

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación de “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC” es aplicada porque se llevó a la

práctica utilizando técnicas como la observación y encuesta para recopilar datos necesarios.

3.1.1 INVESTIGACIÓN PURA

La investigación pura busca el conocimiento por el conocimiento mismo, más allá de sus posibles aplicaciones prácticas. Su objetivo consiste en ampliar y profundizar cada vez nuestro saber de la realidad y, en tanto este saber que se pretende construir es un saber científico, su propósito será el de obtener generalizaciones cada vez mayores (hipótesis, leyes, teorías). (Cazau, 2006, p.18)

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

La investigación aplicada busca o perfecciona recursos de aplicación del conocimiento ya obtenido mediante la investigación pura, y, por tanto, no busca la verdad, como la investigación pura, sino la utilidad. En otras palabras, se trata aquí de investigar las maneras en que el saber científico producido por la investigación pura puede implementarse o aplicarse en la realidad para obtener un resultado práctico. (Cazau, 2006, P.18).

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

La investigación “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC” es de tipo descriptivo porque se van a especificar propiedades como factores de riesgo, signos de alarma, fisiopatología, cuadro clínico, y otras características.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

Los estudios correlacionales miden el grado de asociación entre esas dos o más variables (cuantifican relaciones). Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y, después, miden y analizan la correlación. (Hernández, 2010, p.105)

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. (Cortes & Iglesias , 2004, p.20)

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porque se relacionan dos o más variables. (Hernández, 2010, p.108).

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

Los estudios exploratorios sirven para preparar el terreno y por lo común anteceden a los otros tres tipos. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. (Cortes & Iglesias , 2004, p.20)

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del área de urgencias del HBC” es una investigación de campo porque se utilizará la recolección de datos obtenidos mediante encuestas y observaciones; es investigación documental ya que se hizo uso de bibliografía de libros y revistas digitales.

3.3.1 INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Se lleva a cabo con la finalidad de dar respuesta a algún problema planteado previamente, extrayendo datos e informaciones a través del uso de técnicas específicas de recolección, como entrevistas, encuestas o cuestionarios. En la parte correspondiente al desarrollo se incluirá el diseño, consistente en someter el objeto de estudio a un proceso o procesos, es decir, con qué y cómo se llevó a cabo la investigación, con el fin de recoger de forma exacta los efectos que cada proceso o variable ha surtido sobre el objeto de estudio. (Castañeda, 2018, p.1)

3.3.2 INVESTIGACION DOCUMENTAL

Esta modalidad está orientada a resolver una situación o problema y obtener conocimientos mediante la recopilación, análisis e interpretación de información obtenida exclusivamente de fuentes documentales. (Castañeda, 2018, p.1)

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC de Frontera Comalapa Chiapas” es no experimental y longitudinal porque la investigación es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido; así como e

longitudinal porque se encuestó a los enfermeros en el turno matutino, vespertino y nocturno.

3.4.1 INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. (Hernández, 2010, p.2)

3.4.2 INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

La investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural. (Kessler, 1981, p.2)

3.4.2.1 INVESTIGACIÓN TRASNVERSAL

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Markus, 1979, p.4)

3.4.2.2 INVESTIGACION LONGITUDINAL

En este tipo de estudios se obtienen datos de la misma población en diferentes momentos. Aquí se comparan los datos obtenidos en las diferentes oportunidades a la misma población o muestra y se pueden analizar los cambios a través del tiempo. (Cortes, 2010)

3.5 ENFOQUES

La investigación “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC” es mixta ya que utilizaremos las técnicas del enfoque cualitativo tanto como cuantitativo.

3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO

Es una vía de investigar sin mediciones numéricas, tomando encuestas, entrevistas, descripciones, puntos de vista de los investigadores, reconstrucciones los hechos, no tomando en general la prueba de hipótesis como algo necesario. Se llaman holísticos porque a su modo de ver las cosas las aprecian en su totalidad, como un todo, sin reducirlos a sus partes integrantes. Con herramientas cualitativas intentan afinar las preguntas de investigación. En este enfoque se pueden desarrollar las preguntas de investigación a lo largo de todo el proceso, antes, durante y después. (Cortés & Iglesias , 2004, p.10)

3.5.2 ENFOQUE CUANTITATIVO

Es usar la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, 2010, p.4)

3.5.3 ENFOQUE MIXTO

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan , etc., además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. En este enfoque mixto se integran ambas concepciones y se combinan los procesos para llegar a resultados de una forma superior. (Cortés & Iglesias , 2004, p.11).

UNIVERSO O POBLACIÓN

Es la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible a ser estudiada. (Caldern 2013, p.50).

La población de estudio son ochenta y un enfermeros del HBC

3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

3.6.1.1 FRONTERA COMALAPA CHIAPAS

El tema de esta investigación se delimitará en el Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa, Chiapas, este municipio aparece desde el siglo XVI, atendido por doctrineros del convento dominico de Comitán. En 1665 Comalapa pertenecía al curato de Yagüagita del convento de Comitán. En 1921 era Cabecera Municipal. Se ubica en la llamada provincia de los llanos, cuyos habitantes por codicia y abusos del hacendado y cacique Diego de Salazar, emigran a la zona del Soconusco. Pocos años más tarde aparece, con el nombre de San Juan Comalapa. 1774 Son un anexo

del pueblo Chicomuselo ("Lugar de los siete jaguares"), dentro de la llamada provincia de Llanos. 1854 Resurge nuevamente la población que se establece sobre Cushú, como consecuencia de la dotación de tierras ejidales, que hacen factibles su permanencia en Chiapas y en México por la delimitación de la frontera en 1883. El 13 de noviembre, se divide el estado en 12 departamentos siendo este municipio parte de Comitán. 1915 Desaparecen las jefaturas políticas y se crean 59 municipios libres, estando este dentro de esta primera remunicipalización como una delegación de Motozintla. 1919 Se vuelve a despoblar por motivos de la revuelta revolucionaria. 1921 se registra ya el establecimiento de la primera autoridad civil, siendo presidente municipal don Andrés García. 1925 Se establece la primera escuela pública federal. 1943 Se le eleva a municipio de segunda clase. 1943 El 18 de noviembre, se cambia el nombre de la localidad de El Ocotal por motivo de la construcción de la carretera Panamericana, que en México inicia en ciudad Juárez Chihuahua y termina en ciudad Cuauhtémoc, Frontera Comalapa, Chiapas. 1956 sobrevolaron el territorio aviones de guerra de la República de Guatemala, provocación que no tuvo serias consecuencias. 1959 fue visitado por el investigador Gareth W. Love, como parte de los estudios que hizo en la zona. 1970 - 1979 el vaso de la hidroeléctrica Dr. Belisario Domínguez, afecta parte del territorio. 1983 para efectos del sistema de planeación se les ubica en la región III Fronteriza. 1985 con motivo del 175 aniversario de la Independencia y 75 de la Revolución Mexicana, durante el recorrido nacional, se reciben en la cabecera municipal los símbolos patrios.

GEOGRAFÍA

Frontera Comalapa se encuentra ubicado en la zona fronteriza del estado de Chiapas, limita al norte con el municipio de La Trinitaria, al oeste con el municipio de Chicomuselo, al sur con los municipios de Amatenango de la Frontera y Bella Vista, al este limita con Guatemala, en particular con el Departamento de Huehuetenango. Tiene una extensión territorial del 717.90 km² que representan el 5.62% de la superficie de la región Fronteriza y el 0.94% a nivel estatal.

OROGRAFÍA E HIDROGRAFÍA

Se encuentra ubicado en la transición entre la Sierra Madre de Chiapas y la Depresión Central de Chiapas, por lo que su relieve es diverso, siendo montañoso al sur y desciende en medida que se avanza hacia el norte. El principal río del municipio es el río Grijalva que en su corriente alta atraviesa el municipio en sentido este-oeste, así mismo tiene números afluentes entre los que se encuentran los ríos San Gregorio, Grande, Cushi, Jocote, Sabinada y San Caralampio. Pertenece a la Cuenca del río Grijalva-La Concordia y a la Región hidrológica Grijalva-Usumacinta. En el municipio se encuentra el extremo sur del embalse de la Presa Angostura o "Belisario Domínguez".

CLIMA Y ECOSISTEMA

El clima que se registra en todo el territorio de Frontera Comalapa es Cálido subhúmedo con lluvias en verano, la temperatura media anual registrada en la mayor parte del territorio fluctúa entre los 24 y 26°C, la zona sur del territorio, ocupada por la Sierra Madre de Chiapas, registra una temperatura media de 26 a 28°C; la precipitación media anual se encuentra entre los 2,000 y los 1,000 mm. La vegetación del municipio es diversa, la mayoría se dedica a la agricultura de temporal, que constituye una de las principales actividades económica, dos sectores ubicados al norte se encuentran cubiertos por pastizales, mientras que al sur del municipio, en las montañas, se encuentra un bosque templado.

DEMOGRAFÍA

El municipio tiene una población de 57,580 habitantes según los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, de ese total, 27,349 son hombres y 30,231 son mujeres.

LOCALIDADES

En el territorio del municipio hay un total de 214 localidades.

DATOS

Frontera Comalapa es una ciudad que emerge de una combinación de culturas, su desarrollo ha sido paulatino pero constante, con gran apertura al comercio y a la inmigración centroamericana. Es una ciudad que demanda servicios de salud adecuados para el crecimiento poblacional ya que no cuenta con hospitales de segundo o tercer nivel, solo centros de atención primaria. No existen universidades públicas por ello existe gran migración de estudiantes que aspiran a una formación universitaria. La ciudad carece de teatros, museos, sala de conciertos y cine. Cuenta con una casa de la cultura, donde se imparte clases de marimba y danza.

En Frontera Comalapa también cuenta con un IMSS, ISSTE Y CENTRO DE SALUD.

3.6.1.2 HOSPITAL BÁSICO DE FRONTERA COMALAPA

Se Inauguró el Hospital Básico Comunitario y la clínica de la mujer número 14, en el municipio de Frontera Comalapa. El presidente de la república, Felipe Calderón Hinojosa inauguró el Hospital Básico Comunitario y la clínica de la mujer número 14 en el municipio, lugar que por primera vez visita un jefe del ejecutivo federal. Además de anunciar que se alcanzó la cobertura universal de salud en todo el estado, el Presidente Calderón sostuvo que la salud es el mejor legado que su gobierno dejará a los Mexicanos y principalmente a los Chiapanecos, “hoy empezamos esta gira amigos y amigas con una gran noticia, vengo a Frontera Comalapa, vengo a Chiapas no solo a entregar el Hospital Básico Comunitario, no solo para entregar la clínica de la mujer, vengo fundamentalmente a Chiapas a decir que todos los mexicanos que hemos logrado la meta, Chiapas ha alcanzado cobertura universal en salud, médicos, medicinas y tratamiento para todas las chiapanecas y para todos los chiapanecos”. Asimismo, señalo que, “la obra de salud de mi gobierno quizás sea la obra más importante, el legado más importante por lo menos en términos

sociales que estamos dejando a los mexicanos es la obra de salud, para ello ha sido indispensable el seguro popular, hoy 7 de cada 10 chiapanecos tiene seguro popular”. Los Comalapenses ya no tendrán que desplazarse en busca de atención médica de calidad, pues contarán con servicios de Pediatría, Cirugía General, así como prevenir cáncer de mama y cérvico uterino. El presidente de México recordó que hace diez años se invertían en Chiapas apenas 800 millones de pesos y actualmente se invierten 8 mil millones de pesos. Hoy trabajando junto mano con mano con el gobernador Juan Sabines Guerrero con el seguro popular el presupuesto es no de 800 millones es de ocho mil millones de pesos, más de diez veces más; medico, medicinas, tratamiento y Hospital para cada mexicano que lo necesite”. Acompañado del gobernador Juan Sabines Guerrero, del secretario de salud, José Ángel Córdoba Villalobos, del titular de salud en el estado Dr. James Gomes Montes y del presidente municipal de frontera Comalapa, Lic. David Escobar García, destacó el avance que ha tenido Chiapas para dejar de ser el último lugar en atención de salud. “No obstante que fue, no es durante mucho tiempo el estado más pobre de la república mexicana, hoy es ya uno de los primeros estados de todo México que cuenta con cobertura universal en salud”. Al afirmar que para su gobierno es un orgullo trabajar de la mano del gobernador Juan Sabines Guerrero el presidente aseguró que su administración respaldara a Chiapas hasta el último día de su mandato, y adelantó que apoyara la construcción de la universidad en frontera Comalapa. “la realidad hoy es distinta hay más población, pero hay menos personas en pobreza extrema; ¿Cómo ha sido posible? Se requería de un líder con visión de estadista que resolviera e invirtiera voluntad, vocación y recursos en resolver la pobreza, y ese ha sido el presidente Felipe Calderón”. Asimismo, señaló que antes de esta administración apenas existían 11 hospitales: “en 2006 había 6 hospitales en todo el estado, en esta administración se construyen 17 hospitales nuevos, más del doble de todos los que existían en Chiapas”.

Clasificación del hospital básico comunitario: Por número de camas; es un hospital pequeño ya que cuenta con 20 camas censables y 19 no censables.

Por su localidad geográfica; es un hospital urbano ya que se encuentra ubicado dentro del municipio de Frontera Comalapa carretera Paso Hondo en el cual se tiene fácil acceso, por su dependencia; es un hospital oficial ya que toda población tiene acceso a todos los servicios que se ofrece.

3.6 MUESTRA

Es un subconjunto de la población, para obtener resultados que nos ayuden a inferir, a partir de los estadísticos muestrales, los parámetros de la población. (Porrás, 2006, p.2)

La muestra de la investigación son doce enfermeros del área de urgencias del turno matutino, vespertino y nocturno.

3.7.1. TIPOS DE MUESTREO

La investigación “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC” fue no probabilístico porque no todos los enfermeros fueron tomados en esta investigación fue un muestreo por cuota porque todos los elementos conocidos tienen que aparecer en la muestra.

3.7.1.1 PROBABILÍSTICO

Las técnicas de muestreo probabilísticas, permiten conocer la probabilidad que cada individuo a estudio tiene de ser incluido en la muestra a través de una selección al azar. (Otzen & Manterola, 2017, p.228)

3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

Es el método conceptualmente más simple. Consiste en extraer todos los individuos al azar de una lista (marco de la encuesta).

3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO

Se divide la población en grupos en función de un carácter determinado y después se muestrea cada grupo aleatoriamente, para obtener la parte proporcional de la muestra. Este método se aplica para evitar que por azar algún grupo de animales este menos representado que los otros.

3.7.1.1.3 POR CONGLOMERADO

Se divide la población en varios grupos de características parecidas entre ellos y luego se analizan completamente algunos de los grupos, descartando los demás. Dentro de cada conglomerado existe una variación importante, pero los distintos conglomerados son parecidos. Requiere una muestra más grande, pero suele simplificar la recogida de muestras. (Casal & Mateu, 2013, pp. 5-7).

3.7.1.2 NO PROBABILISTICO

No se conoce la probabilidad que tienen los diferentes elementos de la población de estudio de ser seleccionados. (Espinoza, S/F, p.17).

3.7.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA

Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. (Otzen & Monterola, 2017, p.230).

3.7.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota. (Espinoza, S/F, p.19).

3.7.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE

Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio. (Espinoza, S/F, p.20).

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación “Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC” fue mediante la técnica de la encuesta y

observación porque observaremos la conducta y aspecto físico y en la encuesta utilizaremos una serie de preguntas.

3.8.1 TÉCNICAS

Las técnicas no son simples herramientas para extraer material, ni tampoco apéndices de teorías preconcebidas. Los escenarios de intervención o corpus de análisis no están dados, sino que son contruidos por el investigador; por una decisión del investigador, en definitiva, de mirar una cosa y no otra.

De allí se obtiene la información que el investigador transforma en dato; pero el dato no es algo preexistente a la mirada del investigador, no es algo en estado puro.

(Palazzolo & Vidarte, 2001, p.10).

3.8.1.1 OBSERVACIÓN

La observación conlleva la implicación del investigador en una serie de actividades durante el tiempo que dedica a observar a los sujetos objeto de observación, en sus vidas diarias y participar en sus actividades para facilitar una mejor comprensión. Para ello es necesario acceder a la comunidad, seleccionar las personas clave, participar en todas las actividades de la comunidad que sea posible, aclarando todas las observaciones que se vayan realizando mediante entrevistas (ya sean formales o informales), tomando notas de campo organizadas y estructuradas para facilitar luego la descripción e interpretación. (Campoy & Gomes, 2009, p.5).

3.8.1.2 ENCUESTA

Es una de las técnicas de recolección de información más usadas, a pesar de que cada vez pierde mayor credibilidad por el sesgo de las personas encuestadas. La encuesta se fundamenta en un cuestionario o conjunto de pregunta que se preparan con el propósito de obtener información de las personas. (Bernal, 2006, p.5).

3.8.2 INSTRUMENTO

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente.

En efecto, recuerde nuestro lector que los instrumentos son medios para medir fenómenos sociales, que no pueden observarse sino mediante actitudes, ideas, juicios, prácticas, etc. Y en este punto cabe reflexionar en la utilización de los diversos instrumentos como un medio solamente y no como un fin en sí mismo. (Hernández, 1997, p.234).

ENCUESTA

Numero de encuesta: _____ Fecha: ____/____/____

INTRUCCIONES:

Esta encuesta se encuentra dividida en tres partes: En la sección I. Datos personales y familiares: en la sección II. Datos laborales y en la sección tres un formato de instrumento, le solicitamos que responda sinceramente cada uno de

los apartados. Hacemos de tu conocimiento que la información recabada será tratada con respeto y confidencialidad y solo será utilizada para fines de aprendizaje y exclusivo de un proyecto.

Gracias por su colaboración.

SECCIÓN I: DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

1. Sexo: 1. Mujer 2. Hombre

2. Edad: (En años cumplidos)

3. Estado civil: a) Soltero b) Casado
c) Viudo

d) Separado e) Unión libre f) Otros

4. ¿Cuántos hijos tiene?

5. ¿Cómo considera su estado de salud?

a) Buena b) regular c) mala

6. ¿Sufre alguna enfermedad crónica? a) si b) no

Si respondió que sí, especifique: _____

II: DATOS LABORALES

7. Tipo de enfermero (a): 1. Auxiliar 2. Profesional

8. ¿En qué turno trabaja? a) matutino _____ b) vespertino _____ c) nocturno _____

9. ¿Cuántas horas trabaja al día? _____

10. ¿Cuánto tiempo lleva laborando desde que se graduó? _____ (En años)

11. ¿Cuántos trabajos ha tenido? _____

12. ¿Cuántos contratos ha tenido? _____

13. ¿Tiene otro trabajo aparte de este? a) si b) no

Si responde que sí, ¿Cuántas horas trabaja al día? _____

14. Tipo de vinculación: 1. Planta 2. Contrato temporal

15. ¿Cuántas horas trabajará en el presente mes? _____

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MARCO METODOLÓGICO

El día jueves, seis de junio del año en curso se realizó la aplicación de las encuestas y cuestionario de Maslach, así mismo ficha de observación a los enfermeros previstos de acuerdo a la muestra establecida consistente en doce enfermeros que están en el servicio de urgencias del Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa Chiapas, la encuesta se llevó a cabo en un promedio de una hora por parte de los tesistas de enfermería del 9° cuatrimestre, grupo único escolarizado del campus de la Frontera. Cabe destacar que este proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria obteniendo los resultados de participación deseados.

En el siguiente apartado se presentan los resultados a través de tablas y gráficas, que nos permitieron realizar un análisis e interpretación para obtener la prevalencia del burnout.

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

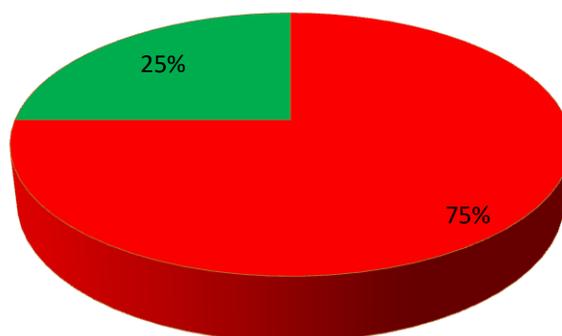
TABLA I. DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

INVARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDAD	19-29	9	75
	30-34	3	25
	TOTAL	12	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
SEXO	FEM	10	83
	MAS	2	17
	TOTAL	12	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDO.CIVIL	SOLTERO	5	42
	CASADO	5	42
	SEPARADO	2	16
	TOTAL	12	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
N° HIJOS	0 HIJOS	9	75
	1 HIJO	1	8
	2 HIJO	2	17
	TOTAL	12	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
EDO.SALUD	BUENA	6	50
	REGULAR	6	50
	MALA	0	0

	TOTAL	12	100
VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
ENF.CRONICA	SI	0	0
	NO	12	100
	TOTAL	12	100

GRÁFICA 1 EDAD

■ 19-29 ■ 30-34



ANÁLISIS:

Según los datos de la gráfica el 75% tiene una edad entre 30 y 34 años mientras el otro 25% se encuentra en un rango de edad entre los 19 y 29 años.

INTERPRETACIÓN:

Los datos arrojados en la gráfica nos indican que la mayoría de los enfermeros del HBC de Frontera Comalapa fluctúan en una edad promedio en el cual ayuda a disminuir el riesgo de padecer el síndrome de burnout.



ANÁLISIS:

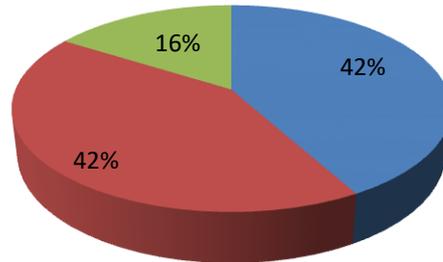
Según los datos arrojados en la gráfica el 83% del personal de enfermería son del sexo femenino, mientras el otro 17% del personal restante son hombres.

INTERPRETACIÓN:

Los datos arrojados en la gráfica nos indica que la mayoría del personal que labora en el área de urgencias son más mujeres, por lo que se infiere que estas son propensas a padecer el síndrome de burnout.

GRÁFICA 3 ESTADO CIVIL

■ SOLTERO ■ CASADO ■ SEPARADO



ANÁLISIS:

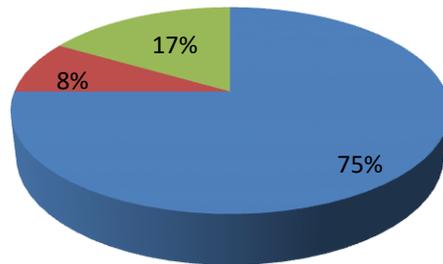
Según los datos de la gráfica el 42% del personal de enfermería del área de urgencias son casados, el 16% son separados y el 42% restante son solteros.

INTERPRETACIÓN:

Los datos reflejados en la gráfica indican que la mayoría del personal de enfermería están casados, solteros y una minoría son separados, esto nos da a entender que todos están propensos a padecer el sx de burnout.

GRÁFICA 4 N° DE HIJOS

■ 0 HIJOS ■ 1 HIJO ■ 2 HIJOS



ANÁLISIS:

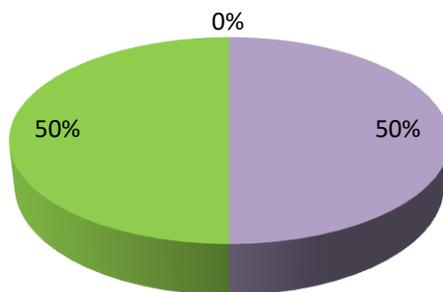
Según los datos arrojados de la gráfica el 75% del personal de enfermería no son padres, el 8% del personal tienen un hijo y el 17% cuentan con 2 hijos.

INTERPRETACIÓN:

La minoría de los enfermeros tienen de uno a dos hijos y la mayoría viven en parejas.

GRÁFICA 5 ESTADO DE SALUD

■ BUENA ■ REGULAR ■ MALA



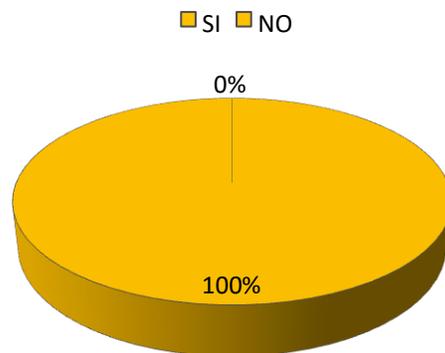
ANÁLISIS:

Según los datos arrojados de la gráfica anterior el 50% del personal de enfermería del área de urgencias se encuentra en un estado de salud buena por lo que la otra mitad del 50% del personal se encuentra regular.

INTERPRETACIÓN:

Se encontró en las encuestas en el área de urgencias que la mitad de los enfermeros gozan de buena salud; mientras que la otra mitad no goza de una buena salud, lo cual es un factor desencadenante para sufrir el sx de burnout.

GRÁFICA 6 ENFERMEDAD CRONICA



ANÁLISIS:

En los datos de la gráfica arroja que el 100% del personal de enfermería no padecen ninguna enfermedad crónica degenerativa.

INTERPRETACIÓN:

El personal que labora en el área de urgencias no presentan ninguna enfermedad crónica lo cual es de beneficio para que no se adquiera el sx, ya que la enfermedad es un factor de riesgo para la aparición del síndrome de burnout.

TABLA II DATOS LABORALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
TIPO DE ENF	PROFESIONAL	8	67
	PASANTES	4	33
	TOTAL	12	100
TURNO	MATUTINO	3	25
	VESPERTINO	6	50
	NOCTURNO	3	25
	TOTAL	12	100
HRS TRABAJADAS AL DIA	6 HRS	1	8
	7 HRS	3	25
	8 HRS	5	42
	12 HRS	3	25
	TOTAL	12	100
TIEMPO LAVORANDO	11 MESES	4	33
	1 AÑO	2	17
	4 AÑOS	3	25
	5 AÑOS	2	17
	7 AÑOS	1	8
	TOTAL	12	100
OTROS TRABAJOS	0 TRABAJO	4	34
	1 TRABAJO	6	50
	2 TRABAJOS	1	8
	3 TRABAJOS	1	8
	TOTAL	12	100

N° DE CONTRATO	0 CONTRATO	4	33
	1 CONTRATO	7	58
	2 CONTRATOS	1	9
	TOTAL	12	100
TIPO DE VINCULACION	PLANTA	1	9
	CONTRATO	7	58
	PASANTIA	4	33
	TOTAL	12	100
HRS TRABAJADAS AL MES	120 HORAS	3	25
	140 HORAS	6	50
	160 HORAS	3	25
	TOTAL	12	100

GRÁFICA II



ANÁLISIS:

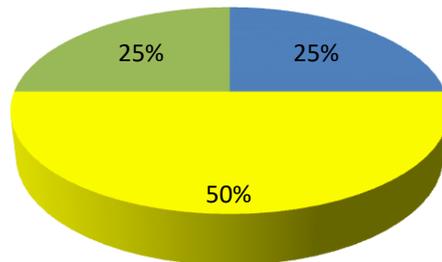
De acuerdo a los datos de la gráfica el personal de enfermería del área de urgencias el 67% son profesionales y el 33% del personal son pasantes en enfermería.

INTEPRETACIÓN:

Los datos de la gráfica indican que el personal de enfermería profesional tiene conocimientos teóricos y prácticos en su área laboral; mientras que los pasantes de enfermería están realizando su servicio social lo cual es este último grupo que sufre más estrés debido a que no goza aún de un sueldo, y tiene que cumplir con las horas reglamentarias de su servicio social.

GRÁFICA 8 TURNO

■ MATUTINO ■ VESPERTINO ■ NOCTURNO



ANÁLISIS:

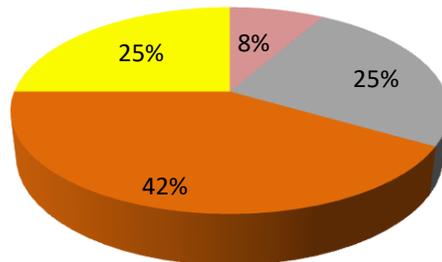
De acuerdo a la gráfica de los diferentes turnos del área de urgencias arroja que el 25% labora en el turno matutino, el 50% en el turno vespertino por lo tanto el 25% labora en turno nocturno.

INTERPRETACIÓN:

En las encuestas realizadas fue la mayoría en el turno vespertino y en los otros dos turnos fue la minoría. Por lo tanto el turno nocturno labora menos personal pero son más horas trabajadas.

GRÁFICA 9 HORAS TRABAJADAS AL DÍA

■ 6 HRS ■ 7 HRS ■ 8 HRS ■ 12 HRS



ANÁLISIS:

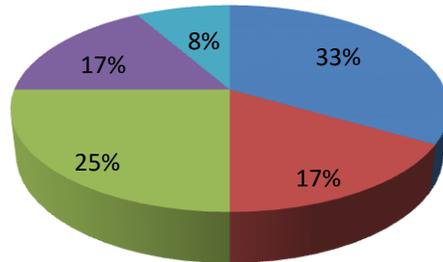
Según los datos arrojados de la gráfica anterior de las horas trabajadas al día de cada personal de enfermería son las siguientes: el 8% trabajan 6 horas, el 25% 7 horas, el 42% 8 horas y el 25% labora 12 horas.

INTERPPRETACIÓN:

Según los datos arrojados de la gráfica nos indica que la mayoría del personal labora 8 horas al día disminuyendo el riesgo de síndrome de burnout, sin tomar en cuenta la sobrecarga de trabajo.

GRÁFICA 10 TIEMPO LABORANDO

■ 11 MESES ■ 1 AÑO ■ 4 AÑOS ■ 5 AÑOS ■ 7 AÑOS



ANÁLISIS:

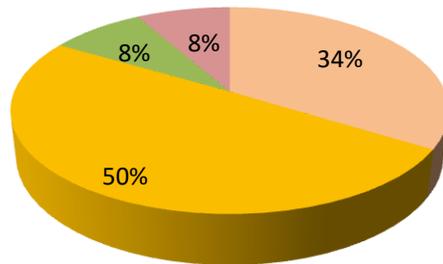
De acuerdo a la gráfica muestran los resultados del tiempo laborando por cada personal de enfermería del área de urgencias arrojando los siguientes porcentajes: el 33% ha laborado 11 meses, 17% un año, 25% cuatro años, 17% cinco años y el 8% siete años.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos de la gráfica el personal de enfermería, una minoría respondió que llevan laborando más años en el HBC. Por lo tanto, es un factor desencadenante para sufrir sx del burnout.

GRÁFICA 11 OTROS TRABAJOS

■ 0 TRABAJOS ■ 1 TRABAJO ■ 2 TRABAJOS ■ 3 TRABAJOS



ANÁLISIS:

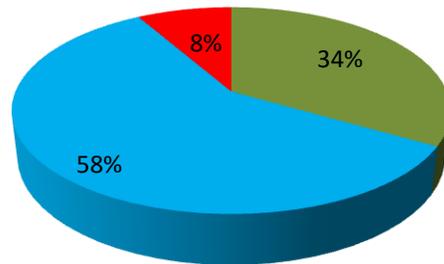
La gráfica muestra el porcentaje de los enfermeros que laboran en otros trabajos arrojando los siguientes resultados: el 34% de los enfermeros no cuentan con "otros trabajos", el 50% cuenta con un trabajo, el 8% cuentan con dos trabajos y un 8% con tres trabajos.

INTERPRETACIÓN:

Más de la mitad del personal de enfermería cuentan con otros trabajos por lo cual la sobrecarga laboral es un factor determinante para el sx de burnout.

GRÁFICA 12 N° DE CONTRATOS

■ 0 CONTRATOS ■ 1 CONTRATOS ■ 2 CONTRATOS



ANÁLISIS:

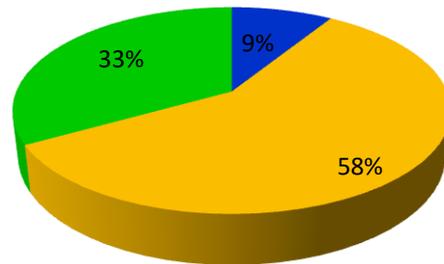
Según los datos de la gráfica muestra el número de contratos que tiene cada enfermero del área de urgencias donde refleja con el 34% del personal no cuentan con un contrato, el 58% del personal tienen un contrato y el 8% cuentan con dos contratos.

INTERPRETACIÓN:

La gráfica señala que una minoría del personal cuenta con dos contratos lo cual es un factor de riesgo para padecer el sx de burnout.

GRÁFICA 13 TIPO DE VINCULACIÓN

■ PLANTA ■ CONTRATO ■ PASANTIA



ANÁLISIS:

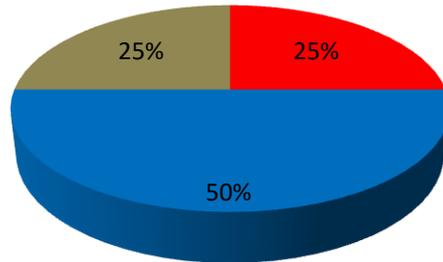
Los datos de la gráfica del tipo de vinculación abordan los siguientes resultados: el 9% son de planta, el 58% tienen un contrato y el porcentaje restante del 33% están en pasantía.

INTERPRETACIÓN:

Más de la mitad del personal de enfermería indicaron que su vinculación es por contrato y no de planta.

GRÁFICA 14 HORAS TRABAJADAS AL MES

■ 120 HORAS ■ 140 HORAS ■ 160 HORAS



ANÁLISIS:

De acuerdo los datos reflejados en la gráfica de horas trabajadas al mes el 25% del personal labora 120 horas, el otro 50% labora 140 horas, mientras el 25% del personal trabaja 160 horas al mes.

INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos el personal que trabaja turno nocturno labora más horas al mes, de modo que el riesgo de burnout aumenta.

TABLA III FORMATO DE INSTRUMENTO

TABLA DEL TURNO MATUTNO

TURNO	ASPECTO EVALUADO	VALOR OBTENIDO	VALOR DE REFERENCIA	INDICIOS DE BURNOUT
MATUTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	11	BAJO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	2	BAJO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	25	BAJO	SI
MATUTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	4	BAJO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	1	BAJO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	33	MEDIO	SI
MATUTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	11	BAJO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	6	MEDIO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	44	ALTO	NO
MATUTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	21	MEDIO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	9	MEDIO	SI

	REALIZACIÓN PERSONAL	35	MEDIO	NO
--	----------------------	----	-------	----

TABLA IV DEL TURNO VESPERTINO

TURNO	ASPECTO EVALUADO	VALOR OBTENIDO	VALOR DE REFERENCIA	INDICIOS DE BURNOUT
VESPERTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	33	ALTO	SI
	DESPERSONALIZACIÓN	9	MEDIO	SI
	REALIZACIÓN PERSONAL	39	MEDIO	NO
VESPERTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	27	ALTO	SI
	DESPERSONALIZACIÓN	9	MEDIO	SI
	REALIZACIÓN PERSONAL	31	MEDIO	SI
VESPERTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	39	ALTO	SI
	DESPERSONALIZACIÓN	21	ALTO	SI
	REALIZACIÓN PERSONAL	31	MEDIO	SI
VESPERTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	18	BAJO	NO

	DESPERSONALIZACIÓN	8	MEDIO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	20	BAJO	SI

TABLA V DEL TURNO NOCTURNO

TURNO	ASPECTO EVALUADO	VALOR OBTENIDO	VALOR DE REFERENCIA	INDICIOS DE BURNOUT
NOCTURNO	CANSANCIO EMOCIONAL	19	MEDIO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	0	BAJO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	12	BAJO	SI
NOCTURNO	CANSANCIO EMOCIONAL	4	BAJO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	0	BAJO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	42	ALTO	NO
NOCTURNO	CANSANCIO EMOCIONAL	12	BAJO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	0	BAJO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	42	ALTO	NO

NOCTURNO	CANSANCIO EMOCIONAL	14	BAJO	NO
	DESPERSONALIZACIÓN	0	BAJO	NO
	REALIZACIÓN PERSONAL	48	ALTO	NO

TABLA VI TURNO MATUTINO

TURNO	DETALLE	FRECUENCIA	%
MATUTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	47	23
	DESPERSONALIZACIÓN	18	9
	REALIZACIÓN PERSONAL	137	68
	TOTAL	202	100

GRÁFICA TURNO MATUTINO

■ CANSANCIO EMOCIONAL ■ DESPERSONALIZACIÓN ■ REALIZACIÓN PERSONAL

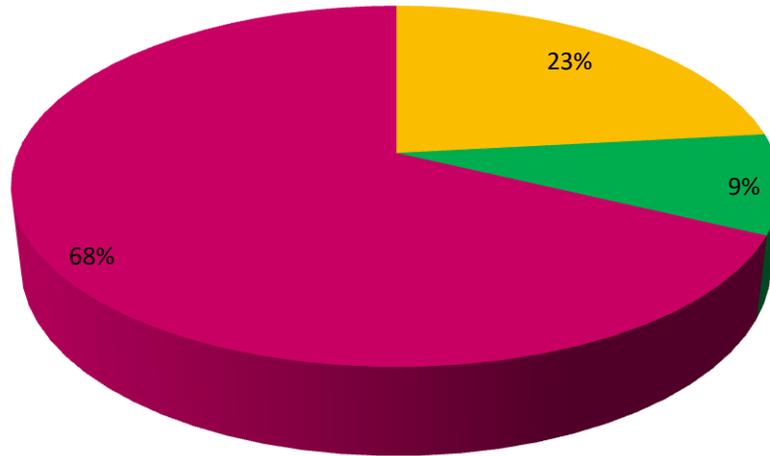


TABLA VII TURNO VESPERTINO

TURNO	DETALLE	FRECUENCIA	%
VESPERTINO	CANSANCIO EMOCIONAL	117	41
	DESPERSONALIZACIÓN	47	17
	REALIZACIÓN PERSONAL	121	42
	TOTAL	285	100

GRÁFICA TURNO VESPERTINO

■ CANSANCIO EMOCIONAL ■ DESPERSONALIZACIÓN ■ REALIZACIÓN PERSONAL

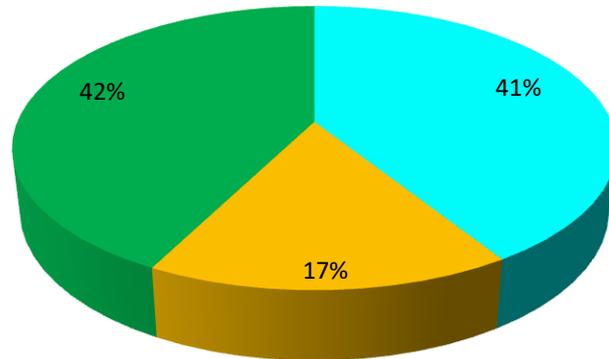


TABLA TURNO NOCTURNO

TURNO	DETALLE	FRECUENCIA	%
NOCTURNO	CANSANCIO EMOCIONAL	49	25
	DESPERSONALIZACIÓN	0	0
	REALIZACIÓN PERSONAL	144	75
	TOTAL	193	100

GRÁFICA TURNO NOCTURNO

■ CANSANCIO EMOCIONAL ■ DESPERSONALIZACIÓN ■ REALIZACIÓN PERSONAL

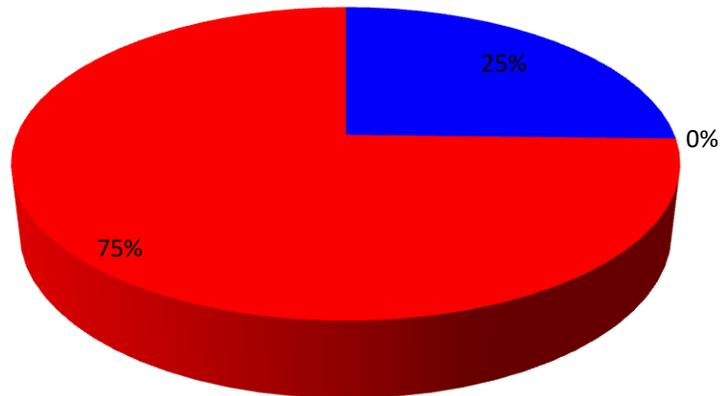
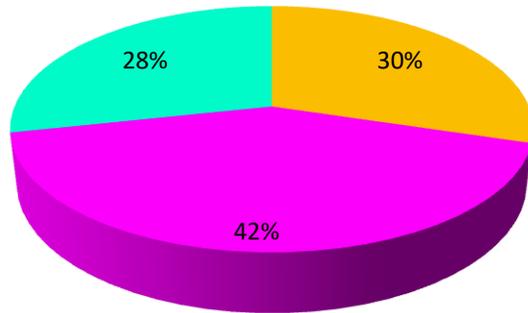


TABLA DE LOS TRES TURNOS

TURNO	FRECUENCIA	%
MATUTNO	202	30
VESPERTINO	285	42
NOCTURNO	193	28
TOTAL	680	100%

GRÁFICA DE LOS 3 TURNOS

■ MATUTNO ■ VESPERTINO ■ NOCTURNO



SUGERENCIAS

- ❖ Realizar de acuerdo al nivel de importancia de cada actividad, así como a la fecha de entrega.
- ❖ Planear con anticipación el tiempo y horario que se dedicará a las tareas que se desempeñan, estableciendo plazos alcanzables.
- ❖ Evitar la acumulación de documentos en el escritorio ya que puede generar estrés.
- ❖ Descansar por pequeños periodos beneficia la concentración.
- ❖ Comer sanamente.
- ❖ Hacer ejercicio.
- ❖ Tomar el tiempo para fragmentar grandes planes en objetivos más manejables.
- ❖ Bajar un poco el ritmo de trabajo para disfrutar los frutos de los esfuerzos.
- ❖ Buscar desfuegos creativos.
- ❖ Tomarse un periodo para trabajar menos.

PROPUESTA

Se propone realizar un taller de control de estrés con ayuda de un psicólogo a todo el personal de enfermería involucrados el cual constan de proporcionar e informar sobre las estrategias de prevención y control de estrés que abarca técnicas tanto fisiológicas, conductuales, cognitivas así como intervenciones sociales y organizacionales; en cuanto a las técnicas fisiológicas abarcan tres puntos importantes como son la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback, las técnicas conductuales se realizaran con la finalidad de conseguir que los enfermeros dominen un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales principalmente el entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y autocontrol; en las técnicas cognitivas abordaríamos mejorar la percepción, interpretación y evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales y una de las terapias será la racional emotiva y el control de pensamientos irracionales; también es importante otorgar información de las intervenciones sociales y organizacionales ya que ambas son fundamentales como apoyo del personal involucrado para romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización mediante una óptima red de apoyo lo cual facilita las experiencias individuales, de autoestima, afecto positivo y sensación de control que protegen al individuo de trastornos característicos del síndrome de burnout.

CONCLUSIÓN

Medir la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería del área de urgencias del (HBC) de Frontera Comalapa, Chiapas es esencial llevarlo a cabo debido a los factores estresantes a los que está expuesto el personal del área de urgencias al trabajar con personas con un mal estado de salud y estar en relación con el sufrimiento del paciente. Sin embargo, existe la posibilidad de medir la prevalencia del síndrome de burnout utilizando un método creado por Cristina Maslach también denominado Maslach Burnout Inventory (MBI). El cual consiste en un test compuesto por un conjunto de preguntas en donde el personal de enfermería deberá responder, dicha herramienta cuenta con un 90% de eficacia.

El estudio de prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería en el área de urgencias del HBC de Frontera Comalapa, Chiapas, se encontró como resultado que sí hay prevalencia de este síndrome sobre el personal de enfermería, con un aspecto relevante en la sobrecarga laboral.

En relación al primer objetivo específico se encontró que en el turno vespertino es donde más prevalece el síndrome de burnout, según los datos recopilados en la gráfica “horas trabajadas” nos indica que el personal de este turno labora 8 hrs al día, pero con una sobrecarga de trabajo mayor por lo tanto este es un factor determinante para padecer el burnout.

Otro aspecto relevante al estudio de acuerdo al segundo objetivo específico, los datos arrojados en la gráfica “sexo del personal” indican que el síndrome de burnout predomina más en el personal de enfermería del sexo femenino ya que el mayor número del personal son mujeres el cual está determinado como un factor de riesgo para padecer dicho síndrome.

En relación al tercer objetivo de la investigación gracias a la gráfica de edades el personal fluctúa en una edad promedio de 19 a 34 años el cual una edad joven aumenta el riesgo de padecer el síndrome del quemado, aunque las personas mayores no están exentas a padecer el síndrome por otros factores de riesgos.

Otro de los objetivos fue conocer la jornada laboral del profesional, según los datos arrojados de la gráfica 8 indica que el personal que labora más de 6 horas y en la gráfica 14 indica que el 50% del personal labora 140 horas al mes lo cual marca una excesiva jornada laboral sin tomar en cuenta la sobrecarga de trabajo, por lo tanto es un factor de riesgo, en cuanto a la gráfica 9 nos arroja los siguientes porcentajes en el cual el 11% ha laborado 11 meses, 17% un año, el 25% cuatro años, el 17% cinco años y el 8% siete años.

Los resultados arrojados en las gráficas del (MBI) demuestra que todo el personal que labora en el (HBC), se sienten física y emocionalmente agotados, desgastados y más de la mitad del personal de enfermería indicó que están expuestos demasiado tiempo en su trabajo con una sobrecarga laboral evidente y remarcada.

En cuando a la despersonalización los datos arrojados en la gráfica señalan que una tercera parte del personal se han comportado de forma opresiva con sus pacientes y más de la mitad del personal de enfermería no le toman importancia a lo que les pueda ocurrir a sus pacientes comportándose de una forma deshumanizada siendo esto una de las consecuencias del burnout.

En cuanto a la baja autorrealización un buen porcentaje del personal de enfermería se siente defraudado con su trabajo siendo también esta una de las consecuencias de síndrome.

Esto indica que la prevalencia en el personal de enfermería del área de urgencias del HBC de Frontera Comalapa Chiapas fue positiva; obteniéndose mayores

indicios en el turno vespertino según el test de Maslach siendo así rechazada la hipótesis de la tesis.

BIBLIOGRAFÍA

Castillo, a. r. (2015). Síndrome burnout en los profesionales de enfermería del servicio de urgencias del complejo hospitalario universitario de Canarias. 9 y 12.

Depraect, n. e., & Beatriz Yasuka Arita Watanabe. (2013). síndrome de quemarse por el trabajo en docentes de la salud. *de la escuela de medicina "dr José sierra flores"*, 72 y 75.

Enciso, r. f. (2015). Nivel del síndrome de burnout de los enfermeros que laboran en área de urgencias. 2 y 3.

García, a. j., Álvaro J. Idrovo, Anabel Camacho Ávila, & Omar Placencia reyes. (2014). síndrome de burnout en población mexicana: una revisión sistemática. *Salud mental*, 160 y 162.

Gobernación, s. d. (2005). "enciclopedia de los municipios de México".
S/p.

Lara, v. r., Gloria Monzalvo Herrera, Briseida Hernández Caballero, & Moisés Ocampo Torres. (2016). prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud.
115 y 116.

Paipilla, m. g., Rodríguez Gómez, r., Riveros Gutiérrez, a., Rodríguez D'Luyz, m., & Pinzón Salamanca, j. p. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados. 9-11.

Paz, e. d. (2013). Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería. 2 y 5.

Salud, s. d. (s.f.). Epidemiología. 2005, 1 y 2.

Social, i. m. (2016). *Prevalencia del síndrome de burnout*, 17.

Aceves, G. A., Celis López, M. Á., Moreno Jiménez, S., Falias Serratos, F., & Suárez Campos, J. D. (2006). Síndrome de burnout. *Medigraphic*, 307-308.

Bambula, F. D., & Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica . 114-117.

Carballera, A. L. (2007). El síndrome de burnout: Antecedentes y consecuentes en el ámbito de la sanidad pública gallega. 65-74.

Castillo, A. R. (2015). Síndrome burnout en los profesionales de enfermería del servicio de urgencias del complejo hospitalario. 1-4.

Cilzeta, J. R. (2013). El sufrimiento mental en el trabajo. 32.

Gracia, T. J., Terán Varela, O. E., Navarrete Zarilla, D. M., & León Olvera, A. (2007). El síndrome de burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. 54.

Osorio, Y. A., Osorio Moreno, D. M., Robles Díaz, E. P., & Romero Ferreira, Y. E. (2014). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué. 22-23.

Paipilla, M. G., Rodríguez Gómez, R., Riveros Gutierrez, A. E., Rodríguez D Luyz, M. L., & Pinzón Salamanca, J. Y. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud. 30.

Perara, M. Á. (2001). Un estudio del síndrome de burnout y su relación con el sentido de coherencia. *Revista cubana de psicología*, 120121.

Ramos, L. H., & Cachinero Nieto, A. M. (2016). Agotamiento o burnout en enfermeras de urgencias. *Rev Esp Salud Pública* , S/P.

Torres, E. C. (2010). Ciencias de la salud. 17-18.

Cazau, P. (2006). Introducción a la investigación en ciencias sociales. 18.

Sampieri, R. H. (2010). Metodología de la investigación. 105.

Cortes, M. E., & Iglesias León, M. (2004). Generalidades sobre metodología de la investigación 20.

Sampieri, R. H. (2010). Metodología de la investigación. 108.

Kessler. (1981). Investigación no experimental. 2.

Markus. (1979). Investigación no experimental. 4.

Sampieri, R. H. (2010). Metodología de la investigación. 2.

Aranda, T. J., & Gomes Araújo, E. (2009). Técnicas e instrumentos de recogida de datos. *EOS*, 5.

Bernal. (2006). Técnicas e instrumentos. *ITSON*, 5.

Castañeda, O. (2018). Precisiones de cada modalidad. 1.

Palazzolo, F., & Vidarte Asorey, V. (2001). Claves para abordar el diseño metodológico. 10.

Peña, L. B. (S/F). Revisión Bibliográfica. 2.

Sampieri, R. H. (1997). 234.

Paz, E. D. (2013). Estres laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria. *S/N*, 2.

ANEXOS:

ENCUESTA

Numero de encuesta: 10

Fecha: 06 / 06 / 2025

INTRUCCIONES:

Esta encuesta se encuentra dividida en tres partes: En la sección I. Datos personales y familiares; en la sección II. Datos laborales y en la sección tres un formato de instrumento, le solicitamos que responda sinceramente cada uno de los apartados. Hacemos de tu conocimiento que la información recabada será tratada con respeto y confidencialidad y solo será utilizada para fines de aprendizaje y exclusivo de un proyecto. Gracias por su colaboración.

SECCIÓN I: DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

1. Sexo: 1. Mujer 2. Hombre
2. Edad: (En años cumplidos)
3. Estado civil: a) Soltero b) Casado
c) Viudo
- d) Separado e) Unión libre f) Otros
4. ¿Cuántos hijos tiene?
5. ¿Cómo considera su estado de salud?
- a) Buena b) regular c) mala
6. ¿Sufre alguna enfermedad crónica? a) si b) no
- Si respondió que sí, especifique: _____

II: DATOS LABORALES

7. Tipo de enfermero (a): 1. Auxiliar 2. Profesional
8. ¿En qué turno trabaja? a) matutino b) vespertino c) nocturno
9. ¿Cuántas horas trabaja al día? 8
10. ¿Cuánto tiempo lleva laborando desde que se graduó? 4 años (En años)
11. ¿Cuántos trabajos ha tenido? uno
12. ¿Cuántos contratos ha tenido? uno
13. ¿Tiene otro trabajo aparte de este? a) si b) no
- Si responde que sí, ¿Cuántas horas trabaja al día? _____
14. Tipo de vinculación: 1. Planta 2. Contrato temporal
15. ¿Cuántas horas trabajará en el presente mes? 160 hrs.

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

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	6
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	6
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	1
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	0
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	6
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	0
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	1
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	1
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	6
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	5

FICHA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN
CUESTIONARIO NÚM 1.
FECHA DE APLICACIÓN: 06 DE JUNIO DEL 2025

OBSERVACIONES

ACTITUD.

Actitud a la solicitud de responder la encuesta:

Los enfermeros del HBC nos apoyaron de manera eficaz y muy amable.

EXPRESIÓN VERBAL.

Respuesta a la solicitud de responder la encuesta:

Todos los enfermeros pudieron responder claramente.

EXPRESIÓN NO VERBAL.

Expresión corporal:

Todos los enfermeros estaban respondían eficazmente.

GESTOS:

Durante la encuesta no mostraron ningún tipo de movimientos todo fue de manera seria.

