



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

TESIS

Relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo

Para obtener el título de
Especialista en Enfermería Neonatal

PRESENTA

L. E. Esther Barrera García

Director(a)

MCE. Olga Rocío Chávez Flores

Codirector(a)

MCE. Lizbeth Morales Castillejos

Comité tutorial

Dr. José Arias Rico

Dr. David Jiménez Rodríguez

Dr. Octavio Alejandro Jiménez Garza

Pachuca de Soto, Hgo., México, Junio 2024.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL

Relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo

Presenta

L. E. Esther Barrera García

A T E N T A M E N T E

**Pachuca, Hgo, Junio 2024.
“Amor, Orden y Progreso”**

Sinodales

Presidente: Dr. José Arias Rico

Secretario: Dra. Lizbeth Morales Castillejos

Vocal 1: MCE. Olga Rocío Flores Chávez

Vocal 2: Dr. David Jiménez Rodríguez

Vocal 3: Dra. Claudia Teresa Solano Pérez

Suplente 1: Dr. Octavio Alejandro Jiménez Garza



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Área Académica de Enfermería
Department of Nursing

Of. Núm. 708/2024
Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojuly del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente.

El Comité Tutorial del PROYECTO TERMINAL del programa educativo de posgrado titulado "RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y CALIDAD DE CUIDADO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL PACHUCA, HIDALGO", realizado por la sustentante ESTHER BARRERA GARCÍA con número de cuenta 294285 perteneciente al programa de ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA NEONATAL, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

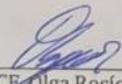
Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

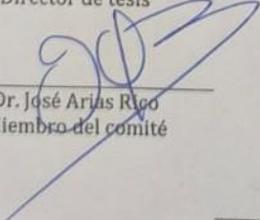
Atentamente

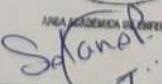
"Amor, Orden y Progreso"

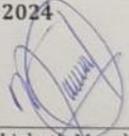
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 26 de junio de 2024

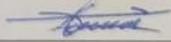
El Comité Tutorial

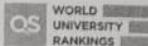

MCE. Olga Rocío Flores
Chávez
Director de tesis


Dr. José Arias Rico
Miembro del comité


Dra. Claudia Teresa Solano
Pérez
Miembro del comité


MCE. Lizbeth Morales
Castillejos
Co-director de tesis


Dr. David Jiménez
Rodríguez
Miembro del comité



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4323, 4324
enfermeria@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

Dedicatoria

A mi hija: **Layla Hiroshi** quien desde antes de su nacimiento ha sido la razón de mi ser y quien me da el valor para seguir adelante y seguir creando un futuro juntas.

En mi memoria está presente que en mis momentos de gran debilidad y flaqueza tus pataditas en mi vientre me mantenían cuerda y fuerte para las adversidades. Sé que hemos pasado por duros momentos pero no habría podido lograrlo si tú no estuvieras conmigo. Te amo y lo único que quiero poder heredarte es el hambre de aprender algo nuevo, algo que te apasione y que puedas hacerlo siempre con una sonrisa. Yo encontré eso en la Enfermería y “los bebés” así como tú dices.

A mi mamá: **Chuty** has sido un ejemplo para mí, siempre trabajando para darnos lo que estaba a tu alcance para mí y mis hermanas, sin tu apoyo nunca habría podido llegar a donde ahora estoy. Te recuerdo en aquella foto en el kínder donde tenías una blusa, una falda y unos tacones, no sé qué esperabas de mí pero ahora tendremos una foto diferente, una donde veas que todo el esfuerzo que hiciste, que las noches donde pasaste frío y que los regaños y golpes que alguna vez me diste han valido la pena.

El cultivo de la memoria es tan necesario como el alimento para el cuerpo.

“Marco Tulio Cicerón”

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, quien me formo como licenciada y ahora especialista en enfermería neonatal, he pasado grandes momentos en sus aulas, conocí a personas maravillosas que ahora son mis compañeros de trabajo.

A todos los profesores y profesoras que me apoyaron para hoy en día presentar este trabajo de investigación que me llevo mucho esfuerzo y tiempo. En especial a la maestra ***Olga Rocío Chávez Flores***, usted hizo que me enamorara de la enfermería; “lo mínimo indispensable” una de las frases que me quedo grabada después de darnos un examen de más de 3 hojas de ambos lados. “Esto es lo mínimo indispensable que deben saber”.

A quien considero mi mejor amiga ***Aidet***, las palabras no llegan a expresar todo lo que representas para mí. Cuando enfermaste me preocupe mucho ahí caí en cuenta del gran impacto que tienes en mi vida. Eres en quien más confié, valoro tu sinceridad, tú apoyo y guía. Espero contar con tu amistad por largo tiempo, deseo que Dios y la vida te llenen y multipliquen todas las buenas acciones que has hecho por mí.

Zany, apareciste en mi vida de una manera muy particular, me permitiste conocerte y cuando vi que te importaba tanto como tú me importas a mí, no había duda. Te preocupas por mí siempre y has cuidado de mí en todas formas. Gracias por ser esa noble persona que me apoya incondicionalmente. Te amo infinitamente y seguiré amándote así por largo tiempo.

Índice

Lista de Tablas:	
Resumen.....	
Abstract.....	
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Pregunta de investigación.....	4
1.3 Objetivo general	4
1.3.1 Objetivos específicos	4
1.4 Hipótesis.....	5
1.5 Marco teórico conceptual	5
1.5.1 Síndrome de Burnout	5
1.5.1.1 Definición	8
1.5.1.2 Dimensiones.....	8
1.5.1.3 Factores de riesgo para síndrome de burnout	10
1.5.1.4 Factores de riesgo para síndrome de burnout en unidades de salud	12

1.5.1.5	Consecuencias del síndrome de burnout.....	14
1.5.2	Calidad	15
1.5.2.1	Definición de calidad	15
1.5.2.2	Antecedentes de calidad en salud	15
1.5.2.3	Definición de calidad en la salud.....	17
1.5.2.4	Dimensiones de la calidad	18
1.5.2.5	Cuidados de enfermería	19
1.5.3	Unidad de cuidados intensivos neonatales.....	20
1.6	Estudios relacionados.....	21
1.6.1	Estudios Internacionales Síndrome de Burnout.....	21
1.6.2	Estudios Nacionales Síndrome de Burnout.....	25
1.6.3	Estudios calidad del cuidado enfermero	25
1.7	Operacionalización de variables.....	26
	Capítulo II.....	28
	Metodología	28
2.1	Diseño del estudio	28
2.2	Población.....	28

2.3	Muestra y muestreo	28
2.4	Criterios de selección	28
2.4.1	Criterios de inclusión	28
2.4.2	Criterios de exclusión	29
2.4.3	Criterios de eliminación	29
2.5	Instrumento.....	29
2.6	Procedimiento de recolección de datos	33
2.7	Consideraciones éticas	34
2.8	Plan de análisis estadístico	37
	Capítulo III.....	39
	Resultados	39
3.1	Datos sociodemográficos	39
3.2	Síndrome de Burnout	41
3.3	Calidad de cuidado	42
3.4	Pruebas de confiabilidad	43
3.5	Pruebas de normalidad	43
3.6	Estadística Inferencial	44

Capítulo IV.....	46
Discusión.....	46
4.1 Conclusiones	48
4.2 Sugerencias.....	49
Referencias.....	50
Apéndices.....	59
Apéndice A. Matriz de datos calidad de cuidado	59
Apéndice B. Matriz de datos síndrome de burnout.....	60
Apéndice C. Cuestionario sociodemográfico	61
Apéndice D. Cuestionario Maslach Burnout Inventory	62
Apéndice E. Lista de cotejo de la calidad de cuidado de la enfermera.....	64
Apéndice F. Autorización de protocolo de investigación.....	66
Apéndice G. Consentimiento Informado	67

Lista de Tablas:

Tabla 1 <i>Puntos de Corte para la interpretación de las dimensiones del SB</i>	31
Tabla 2 <i>Puntos de corte para la interpretación del SB</i>	31
Tabla 3 <i>Puntos de corte para la interpretación de las dimensiones de CC</i>	32
Tabla 4 <i>Puntos de corte para la interpretación de la CC</i>	33
Tabla 5 <i>Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos.</i>	39
Tabla 6 <i>Estadísticas descriptivas del SB</i>	41
Tabla 7 <i>Estadísticos descriptivos de la CC</i>	42
Tabla 8 <i>Pruebas de confiabilidad</i>	43
Tabla 9 <i>Pruebas de normalidad</i>	44
Tabla 10 <i>Pruebas de Correlación Pearson</i>	44

Resumen

Antecedentes: La globalización ha contribuido al estrés relacionado con el trabajo y a sus trastornos asociados. Una de cada cinco personas en ámbito laboral puede experimentar un trastorno de salud mental. Enfermería es una profesión que requiere un despliegue de intervenciones donde se necesita poseer un gran control mental y emocional de mayor rigor ya que se expone a diferentes situaciones donde se debe preservar la vida. **Objetivo:** Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout (SB) y Calidad de Cuidado (CC) en el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) en un hospital de segundo nivel en Pachuca Hidalgo. **Método:** Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional. El universo fue de un total de 30 enfermeras. Se aplicaron dos instrumentos; Maslach Burnout Inventory (MBI) con 22 ítems (α .745), la guía de observación para evaluar la CC enfermero al prematuro con 46 ítems (α .877), el protocolo fue evaluado y autorizado por el comité de ética del hospital. **Resultados:** La tasa de tendencia para SB fue del 83%; para Agotamiento Emocional (AE) y Despersonalización (D) tendencia baja (76.7% - 70%), Realización Profesional (RP) con tendencia alta (90%). La CC con tendencia regular y buena (46.7% y 53.3%). En la correlación de SB y CC no se presentó un impacto significativo (Pearson $-.001$, $p \leq .995$). Se obtiene una relación positiva moderada en cuidado continuo (Pearson $.408$ / $p \leq .025$) y una relación positiva moderada en cuidado seguro (Pearson $.435$ / $p \leq .016$). **Conclusiones:** No se encontró relación entre el SB y CC en el profesional de enfermería, sin embargo, nos presenta que entre mayor realización personal tenga el profesional de enfermería mayores cuidados continuos y seguros brindaran a los recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, en un hospital de segundo nivel de Pachuca Hidalgo.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Calidad de Cuidado, UCIN, Enfermería.

Abstract

Background: Globalization has contributed to work-related stress and its associated disorders. One in five people in the workplace may experience a mental health disorder. Nursing is a profession that requires a deployment of interventions where it is necessary to possess a great mental and emotional control of greater rigor since it is exposed to different situations where life must be preserved. **Objective:** To determine the relationship between Burnout Syndrome (BS) and Quality of Care (QC) in the nursing professional in the neonatal intensive care unit (NICU) in a second level hospital in Pachuca Hidalgo. **Method:** A quantitative, descriptive and correlational study. The universe was a total of 30 nurses. Two instruments were applied; Maslach Burnout Inventory (MBI) with 22 items (α .745), the observation guide to evaluate the nursing CC to the premature with 46 items (α .877), the protocol was evaluated and authorized by the hospital's ethics committee. **Results:** The trend rate for SB was 83%; for Emotional Exhaustion (EA) and Depersonalization (D) low trend (76.7% - 70%), Professional Accomplishment (PR) with high trend (90%). The CC with regular and good tendency (46.7% and 53.3%). In the correlation of SB and CC there was no significant impact (Pearson -0.001 , $p \leq .995$). A moderate positive relationship was obtained in continuous care (Pearson $.408$ / $p \leq .025$) and a moderate positive relationship in safe care (Pearson $.435$ / $p \leq .016$). **Conclusions:** No relationship was found between SB and CC in the nursing professional, however, it shows that the greater the personal fulfillment of the nursing professional, the greater the continuous and safe care provided to newborns in the neonatal intensive care unit in a second level hospital in Pachuca Hidalgo.

Key words: Burnout Syndrome, Quality of Care, NICU, Nursing.

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

El trabajo humano tiene elementos paradójicos, mismos que pueden llevar a las personas a la excelencia o pueden hacerle un daño inmenso a su salud, tanto física como psicológicamente (Tello-Patiño, 2021). El trabajo decente es bueno para la salud mental, sin embargo, los entornos laborales deficientes dan cabida a la discriminación y la desigualdad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Las cargas de trabajo excesivas, el control insuficiente del trabajo y la inseguridad laboral representan un riesgo para la salud mental (Salud Mental y Trabajo, 2023). La sobrecarga laboral está presente en la vida de las personas; dedicar gran parte de tiempo a trabajar se ha convertido en rutina para muchos (Peña-Ponce, 2022).

En 2019, se estimó que el 15% de los adultos en edad de trabajar tenía un trastorno mental. A nivel mundial, se estima que cada año se pierden 12 000 millones de días de trabajo debido a la depresión y la ansiedad, a un costo de 1 billón de dólares por año en pérdida de productividad (OMS, 2022). Desde hace décadas se ha reconocido que el trabajo de enfermería en el contexto hospitalario tiene varias fuentes de estrés; los profesionales de enfermería, al estar expuestos de manera constante, pueden tener repercusiones en su salud física y mental. Sin embargo, esto depende de diversos factores, entre ellos los factores psicosociales que median la relación causa-efecto; tales como el trato con los pacientes demandantes, el contacto con la enfermedad, el dolor, la muerte, la escasez de personal, sobrecarga laboral y dobles jornadas de trabajo (Torrecillas-Felipe, 2020)

La sobrecarga laboral está directamente relacionada con tareas e intervenciones que tiene que realizar una enfermera en relación con el número de pacientes que dependen de su cuidado (Barrios, 2019), es un conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometida en su

jornada laboral diaria (Mejía-Solano, 2019). Cuando la carga es excesiva aparece la fatiga, que se describe como la disminución de la capacidad física y mental del individuo tras haber realizado un trabajo durante un periodo determinado de tiempo, pudiendo ser esta física, mental y/o psicoafectiva. Esta fatiga desfavorece negativamente la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería (Henríquez-Moreno, 2021). Las enfermeras se enfrentan a un número creciente de recién nacidos pretérmino (RNPT), donde la sobrevivencia y presencia de complicaciones son proporcionalmente directas a la edad gestacional, dando lugar a un incremento en la morbilidad, estancia hospitalaria y letalidad, de acuerdo con la respuesta al tratamiento y cuidados de enfermería y si se ha proporcionado la atención adecuada (Aquino-Flores, 2017).

El grupo interinstitucional de las naciones unidas hasta el 2018 reportó una tasa de mortalidad neonatal del 17.7 por cada 1000 nacidos vivos, se evidencia que los países de ingreso bajos mantienen 26 muertes por cada 1000 nacidos vivos, los de ingreso mediano 17 por cada 1000 nacidos vivos y aquellos con altos ingresos se colocan con solo 3 por cada 1000 nacidos vivos, de acuerdo a este banco de datos México se posiciona con 8 de cada 1000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2018). Haciendo que las muertes neonatales sean menos frecuentes en los países con altos ingresos, donde se han logrado notables avances en obstetricia, perinatología y neonatología, así como en el cuidado de las embarazadas y sus hijos, que han incrementado la supervivencia de los RNPT (Blasco-Navarro, 2018).

La enfermería es una profesión que requiere un despliegue de intervenciones, necesita poseer un gran control mental y emocional de mayor rigor, es expuesta a diferentes situaciones donde se debe proteger la vida. El manejo del paciente con mal pronóstico y la necesidad de brindar un cuidado intensivo y prolongado, y en el cual también se exige alta concentración y responsabilidad dan como resultado un desgaste físico y mental, además de la exigencia de

mantener en forma permanente el espíritu de compartir, con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor (Torres-Mendieta, 2018). La globalización ha contribuido al estrés relacionado con el trabajo y a sus trastornos asociados. Es por eso que una de cada cinco personas en ámbito laboral puede experimentar un trastorno de salud mental; sin embargo, el estigma y la falta de conciencia sobre la salud mental persisten como barreras para abordar la salud mental en el lugar de trabajo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017)

El Síndrome de Burnout (SB) afecta a profesionales que tienen contacto directo con personas que tienen una filosofía humanística del trabajo (Aroni-Quispe, 2020). Las consecuencias del SB entre los profesionales sanitarios llevan consigo problemas interpersonales que interfieren con la calidad de los servicios de salud, llegando a afectar incluso a la seguridad de los pacientes. Esto es debido a que la presencia de este trastorno arrastra consigo cuidados de menor calidad, mayor número de errores médicos y demoras en los procesos de toma de decisiones (Layana-Castro, 2020).

El sistema de salud requiere que todos los responsables en la atención de la salud de la población se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos de responsabilidad (Vargas-Figueroa, 2017). La calidad tiene un valor tan importante como la salud es por tal motivo que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad y brindar atención con una actitud proactiva (Espinoza-Barbaran, 2023). La calidad de atención de enfermería abarca un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de instituir cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y aseguren su continuidad (Espinoza-Barbaran, 2023). Por lo anteriormente mencionado se hace la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo?

1.3 Objetivo general

Determinar la relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y laborales del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca Hidalgo.
2. Identificar el nivel del síndrome de burnout en las dimensiones: de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca Hidalgo.
3. Determinar la calidad de atención en las dimensiones: cuidado oportuno, seguro, humano y continuo del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca Hidalgo.

1.4 Hipótesis

H₁: Existe relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo.

H₀: No existe relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo.

1.5 Marco teórico conceptual

1.5.1 Síndrome de Burnout

A partir de mediados del siglo XX se brinda especial atención a un fenómeno rara vez comentado y tratado con anterioridad; “burnout” o “síndrome del quemado”. Esta visibilidad del burnout surge como resultado de una serie de cambios económicos, sociales y culturales acaecidos durante la primera mitad del siglo XX (López-Carballeria, 2017).

Para esa época, se inició una transformación del mundo del trabajo, debido al desarrollo de las nuevas tecnologías, cambios organizacionales y gerenciales, la precarización del trabajo, el aumento del desempleo; la intensificación de la explotación de los trabajadores mediante nuevos procesos de trabajo más flexibles que requieren un mayor grado de especialización, entre otros aspectos (Díaz-Bambula, 2016).

En 1974 el psiquiatra Herbert J. Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó por un año que la mayoría de los voluntarios (Gutiérrez-Aceves, 2006), que allí trabajaban y experimentaban una serie de sentimientos negativos hacia el trabajo. Freudenberger menciona “este trabajo exige que la mayor parte de la actividad que

desarrollas allí ocurra después de la jornada laboral ordinaria y que pongas mucho de ti mismo en la tarea. Te exiges a ti mismo, y las personas a las que atiendes te lo exigen a ti. Poco a poco generas en quienes te rodean y en ti el sentimiento de que te necesitan. Sientes que surge un compromiso total. La atmósfera que te rodea te conduce a ello, hasta que finalmente te encuentras exhausto” (López-Carballeria, 2017).

Al cabo de un año de realizar la misma actividad sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Fue en ese momento cuando se introdujo el término burnout por primera vez en la literatura médica (Gutiérrez-Aceves, 2006).

En efecto, los profesionales orientados a la salud se sienten superados por las contrariedades de los “usuarios” que, además, se ven sobrepasados cuando los “cuidadores” se muestran comprometidos con su trabajo. En este sentido, se esboza un perfil profesional próximo al de un héroe, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento (López-Carballeria, 2017).

En la década de los 80s la psicóloga Cristina Maslach de la universidad de Berkeley, California en Estados Unidos de Norteamérica, retoma el término utilizado por Freudenberger para definir el síndrome de agotamiento profesional o burnout, y en conjunto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia, Canadá, desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), que desde su desarrollo en 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo (Gutiérrez-Aceves, 2006).

Maslach menciona que el burnout es el resultado de una respuesta prolongada a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo y tiende a ser bastante estable con el tiempo. Para Maslach el burnout no era una dificultad de las personas, sino consecuencia del ambiente

social en el cual trabajan y que es la estructura y el funcionamiento del lugar de trabajo el que define la manera en la cual las personas interactúan y realizan sus trabajos. Cuando se presentan condiciones laborales en las que no se reconoce el lado humano del trabajo, se genera una brecha muy amplia entre la naturaleza del trabajo y la de las personas, lo cual ocasiona un mayor riesgo de desarrollo del burnout (Díaz-Bambula, 2016).

De acuerdo al modelo de Edelwich y Brodsky planteado en 1980 el proceso que conlleva a padecer el SB consta de 5 fases:

- Etapa de entusiasmo: Se caracteriza por el gran potencial de energía que tiene el trabajador para desempeñar sus funciones, sobre todo en la etapa inicial de su vida laboral.
- Etapa de estancamiento: El profesional modera su ritmo de trabajo para darle prioridad a su vida personal y privada.
- Etapa de frustración: En este periodo el trabajador comienza una evaluación para conocer si su esfuerzo y trabajo es económicamente bien remunerado. Pueden aparecer síntomas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- Etapa de apatía: Considerada como un mecanismo de defensa ante la frustración, en esta etapa la persona se encuentra desanimada de su trabajo, se niega a los cambios, y lo único que aspira es estabilidad laboral que le compense la insatisfacción laboral.
- Etapa de Burnout: En esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de continuar adelante en el trabajo y surge con mayor vigor la sintomatología: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Alencastre-Ramos, 2020).

1.5.1.1 Definición

Existen diferentes definiciones sobre el SB, las que si bien, muestran cierto acuerdo respecto del concepto, algunas lo igualan al estrés y otras lo comparan con la depresión, o descripciones de variables relacionadas con la salud física y el bienestar (Cialzeta, 2013).

Entonces tenemos que “El burnout laboral es un síndrome psicológico que conlleva una respuesta prolongada a estrés o interpersonales crónicos en el trabajo. Lo cual trae como resultado, altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas actitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas, considera un costo personal, organizacional y social importante” (Cavero-Prado, 2017).

1.5.1.2 Dimensiones

Desde esta perspectiva el SB se considera una respuesta al estrés laboral crónico, el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y presentar conductas negativas hacia las personas con las que trabaja (Cialzeta, 2013).

Leiter y Maslach presentan una redefinición del burnout laboral, en el que las tres dimensiones de esta respuesta son:

- El primero es el Agotamiento Emocional (AE) el cual se define como agotamiento, fatiga, cansancio, desgaste, soledad y frustración que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la noción de no poder dar más de sí mismo a los demás. Esta disminución y pérdida de recursos emocionales, se traduce en el sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto; sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás, lo cual no es un estado de bienestar sino por el contrario, estado de total insatisfacción (Cavero-Prado, 2017).

Esto se relaciona con las demandas excesivas que surgen dentro del trabajo, de tal modo que como una forma de defensa la persona se aleja psicológicamente de los demás. El resultado final es un jefe que mira a sus empleados como máquinas de hacer cosas. Los autores señalan que, por otro lado, los trabajadores sienten que no pueden dar más de sí mismos desde el punto de vista afectivo (Calle-Quiñajo, 2020).

Como resultado final, los profesionales o trabajadores comienzan a evaluarse negativamente, en especial su habilidad para realizar el trabajo y para tratar con las personas a las que atienden. Se sienten contrariados consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Es una consecuencia lógica de la disminución de los recursos emocionales del profesional, con el propósito de enfrentarse con los retos que su labor le plantea. Esto lo lleva a una continua y creciente fatiga en los niveles mental, físico y emocional que no se corresponde con la cantidad del trabajo efectuado. Se presenta, además: irritabilidad, descontento y pesimismo acerca de sus tareas profesionales (Calle-Quiñajo, 2020).

- La segunda dimensión es la Despersonalización (D) la cual se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad, insensibilidad, indiferencia, culpabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo (Cavero-Prado, 2017).

Se caracteriza por tratar a los clientes, colegas y otros con quienes tiene contacto directo como objetos o robots, sin sentimientos, emociones ni ninguna característica humana. Los trabajadores muestran insensibilidad emocional, un estado psíquico en el que prevalece el cinismo o disminución afectiva; la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás, es decir se la pasan quejándose de todos y por todos (Calle-Quiñajo, 2020).

- La tercera dimensión es el bajo logro o Realización Personal (RP) la cual supone una respuesta negativa hacia uno mismo y hacia su trabajo, generando las malas relaciones personales y profesionales, pobre desempeño laboral incapacidad para soportar la presión y baja autoestima; falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por la desilusión dolorosa y la impotencia para dar sentido al mismo, como consecuencia de esto, se experimentan sentimientos de fracaso personal, falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos, carencias de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción (Cavero-Prado, 2017).

1.5.1.3 Factores de riesgo para síndrome de burnout

El modelo de estrés, esfuerzo - recompensa" se basa en tres principios básicos para explicar la evolución de este fenómeno:

- Hipótesis extrínseca del desequilibrio esfuerzo-recompensa: propone que altos esfuerzos en combinación con bajas recompensas incrementa el riesgo de problemas de salud.
- Hipótesis intrínseca de la sobre implicación: una elevada sobre implicación puede incrementar el riesgo de problemas de salud.
- Hipótesis de interacción: las personas que reporten un elevado desequilibrio extrínseco esfuerzo-recompensa y a su vez elevados niveles de sobre implicación, tendrán un mayor riesgo de padecer problemas de salud (Calle-Quiñajo, 2020).

Numerosas investigaciones recientes sobre el tema clasifican sus causas en:

Personales: Edelwich y Brodsky (1980) sugieren que las mujeres jóvenes y solteras son proclives a sufrir este síndrome.

Laborales: Desde el punto de vista laboral, las personas con largas jornadas de trabajo tienden a sufrir esta condición. Sin embargo, las personas que tienen más experiencia

profesional, que se dedican a la administración y tienen cierta autonomía profesional no parecen estar inclinadas a desarrollarla.

Sociales: Desde el punto de vista social, las personas que no han sido suficientemente entrenadas en habilidades de comunicación interpersonal, a menudo pueden ser víctimas del síndrome (García-Castro, 2016).

Factores Sociodemográficos: La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería particularmente vulnerable a esto, siendo estos los primeros años de carrera profesional ya que sería el período en el que tiene lugar la transición de expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas, por lo tanto cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de burnout hallaremos (Aruquipa-Cachaca, 2019).

Estado civil: Si bien el síndrome se ha asociado más con personas que no tienen una pareja estable, tampoco existe un acuerdo unánime. Los solteros parecen tener más fatiga emocional, menos realización personal y más despersonalización, que los que se casan o viven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de niños hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia que suele encontrarse en los padres, ser personas más maduras y estables, y la participación con la familia y los niños los hace más capaces de enfrentar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Aruquipa-Cachaca, 2019).

Antigüedad laboral: dos períodos parecen tener la asociación más baja con el agotamiento (períodos de seguridad): el período inmediato de graduación (menos de dos años de carrera) y el período luego de transcurridos diez años de experiencia profesional. El primero, se da porque el

burnout no es un suceso, sino que lleva tiempo desarrollarlo, y además el profesional recién recibido se encuentra lleno de energía y motivación; el segundo se debe a la selección natural, los profesionales que más burnout presenten acabarán por cambiar de lugar de trabajo o de tarea. Los profesionales con más antigüedad, los sobrevivientes, serían por lo tanto los que menos burnout presentarían (Aruquipa-Cachaca, 2019).

Otros desencadenantes del burnout es la inseguridad laboral, la inestabilidad tanto en las condiciones de empleo como en la relación manifestada entre el empleado y la organización origina situaciones negativas por ejemplo, la reducción de personal, los despidos o el empleo de contratos ocasionales en favor de contratos a tiempo completo. En consecuencia, estas condiciones laborales ocasionan mayor sensación de inseguridad entre los trabajadores no sólo en relación al puesto de trabajo sino también en las opciones de futuro (López-Carballeria, 2017).

1.5.1.4 Factores de riesgo para síndrome de burnout en unidades de salud

Las causas de estrés más comunes en los centros de atención médica son los siguientes:

- Niveles de dotación de personal inadecuados
- Largas horas de trabajo
- Turnos de trabajo
- Ambigüedad en las funciones
- Exposición a sustancias peligrosas e infecciosas

Los factores causantes del estrés varían entre las funciones en el sector de la salud y hasta en las labores que se realicen. En general, los estudios del personal de enfermería han descubierto que los siguientes factores están relacionados con el estrés:

- Sobrecarga de trabajo.

- Presión por tiempo.
- Falta de apoyo social en el trabajo (especialmente de supervisores, enfermeras a cargo y dirigentes de la gerencia).
- Exposición a enfermedades infecciosas.
- Lesiones por pinchazos de agujas
- Exposición a actos violentos o amenazas relacionados con el lugar de trabajo.
- Falta de sueño.
- Ambigüedad y conflicto en las funciones.
- Escasez de personal.
- Preocupaciones de crecimiento profesional.
- Tratamiento de pacientes difíciles o gravemente enfermos.

En cualquier situación estresante hay varios rasgos comunes:

- Se genera una situación nueva que exige un cambio.
- Al principio suele haber una gran falta de información sobre esa situación que estresa.
- Incertidumbre: ¿qué va a ocurrir?
- Ambigüedad: cuanto más ambiguo es el incremento en el estrés.
- Normalmente tampoco se tiene muchas habilidades para manejar esta nueva situación.
- El estrés provoca alteraciones biológicas en el organismo que obligan a trabajar aún más para volver a un estado de equilibrio. Cuanto más dure la situación, cuanto más crónica sea ésta, mayor será el desgaste (Calle-Quiñajo, 2020).

1.5.1.5 Consecuencias del síndrome de burnout

Las consecuencias del SB "van desde la calidad reducida del trabajo y las disputas laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y suicidio" (Grisales-Romero, 2016).

Las consecuencias individuales se traducen en las que presenta físicamente la persona que desarrolla este síndrome:

- Manifestaciones generales: Cansancio, pérdida de apetito, malestar general.
- Problemas musculoesqueléticos: Dolores de espalda, dolores y contracturas musculares.
- Alteraciones inmunológicas: Repercute negativamente sobre su sistema inmunológico un sistema inmune produce un aumento enfermedades infecciosas, alergias, problemas dermatológicos.
- Problemas sexuales: Impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, frigidez, dispareunia, vaginismo.
- Problemas cardiacos: Palpitaciones, dolor precordial, hipertensión arterial.
- Problemas respiratorios: Catarros frecuentes, crisis de taquipnea, crisis asmática.
- Alteraciones del sistema nervioso: Jaqueca, trastorno del sueño, con predominio de sueño ligero e insomnio, sensibilidad de vértigo con inestabilidad locomotriz.
- Problemas digestivos: Gastritis, úlcera duodenal, náuseas, diarrea.
- Alteraciones hormonales: Trastornos menstruales (Grisales-Romero, 2016).
- Alteraciones de conducta: Aumento del riesgo de alcoholismo o consumo de drogas: Se ha demostrado que el estrés laboral aumenta el riesgo de conductas perjudiciales, como el consumo alcohol, tabaco u otras drogas (Aruquipa-Cachaca, 2019).

Las interpersonales/emocionales son: agotamiento, sentimiento de vacío, baja tolerancia a la frustración, impotencia frente al problema, nerviosismo, inquietud, dificultad para concentrarse con descuido frecuente, falta de atención y memoria, tristeza con tendencia a la depresión, carencia de compromiso laboral, poca o ninguna satisfacción personal, baja autoestima, despersonalización (Grisales-Romero, 2016).

Las organizacionales/profesionales 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 (Grisales-Romero, 2016).

1.5.2 Calidad

1.5.2.1 Definición de calidad

El diccionario de la Real Academia Española define la noción de calidad como "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie", Así mismo la OMS determina a la calidad en el ámbito de la salud como "un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un impacto fino en la salud". Y Donabedian señala a la calidad como "el equilibrio entre los beneficios y los perjuicios para la salud, es el núcleo esencial de la definición de calidad" (Guevara-Pérez, 2015).

1.5.2.2 Antecedentes de calidad en salud

Desde tiempos remotos se concibieron instancias y leyes para proteger a los enfermos. Unas de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 a. c., que contiene 13 artículos sobre la práctica de la medicina. En el final de la Edad Media, y con el advenimiento del Renacimiento, en España la corte del protomedicato fue creada, fundado en

1447 por los reyes católicos, con el objetivo de proporcionar atención médica de calidad; institución que más tarde pasó a las colonias americanas. Con sus diferentes funciones, supervisó la atención brindada por médicos, cirujanos, flebotomistas, boticarios, gastropotras, algebristas, albéitares, entre otros. Hacia 1893, en México se fundó la primera sociedad médica especializada, la Sociedad Mexicana de Oftalmología, y en 1898 apareció su revista (Secretaría de Salud, 2015).

En Estados Unidos, desde 1918 el American College of Surgeons contaba ya con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención (Secretaría de Salud, 2015).

En 1950, el Canadian Hospital Accreditation Council fue establecido en Canadá y en 1951 la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (JCAH) fue establecida en los Estados Unidos. Estas entidades permiten la generalización de los estándares de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continúa desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria (Chandia-Vidal, 2006).

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad se remontan a 1956, año en que un grupo de médicos del hospital de la raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) iniciaron la revisión de expedientes clínicos de pacientes con un enfoque de calidad. En 1987, el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector de la Salud, como resultado de su labor, publicó y distribuyó el documento normativo titulado "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud", a partir del texto sistema de evaluación médica. En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica dio un giro radical, con la aparición

de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), establecida mediante decreto presidencial el 3 de junio de 1996. (Secretaría de Salud, 2015).

1.5.2.3 Definición de calidad en la salud.

Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud, define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera para maximizar el bienestar del paciente, una vez tomado en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas que se refieren a todas las partes del proceso de atención". (Conexión Esan, 2016).

Para su análisis, Donabedian propone tres puntos de vista diferentes de acuerdo con quién lo define: Calidad absoluta es lo que establece el grado en que ha sido posible restaurar la salud del paciente, este concepto se basa en salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional (Conexión Esan, 2016).

Calidad individualizada: Desde una perspectiva individual, es el usuario quien define la calidad de la asistencia sanitaria, intervendría en sus expectativas y evaluación sobre los costes, beneficios y riesgos existentes. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá (Conexión Esan, 2016).

Calidad social: desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad (Conexión Esan, 2016).

1.5.2.4 Dimensiones de la calidad

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. Se menciona que la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

- *Componente Técnico.* Hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, competencia profesional, efectividad, continuidad, accesibilidad y seguridad.
- *Componente interpersonal.* Se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir, es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinadamente en la satisfacción del paciente.
- *Componente del Entorno (comfort).* Está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes). (Reategui-Castillo, 2018).

1.5.2.5 Cuidados de enfermería

El cuidado de enfermería permite establecer una relación enfermero(a)-paciente en la que se favorece el crecimiento mutuo, partiendo del respeto hacia las creencias y costumbres del sujeto del cuidado, encontrando nuevos sujetos de atención y trascendiendo del plano personal al plano espiritual. Progresos tecnológicos, mayores funciones administrativas y políticas de las instituciones han contribuido al abandono del cuidado con calidad, éste se convierte en una acción fría y distante, con actividades orientadas a “curar” (Reategui-Castillo, 2018).

Según Donabedian el cuidado presenta 4 características:

- *Cuidado humano.*

Característica que brinda bienestar del alma solo puede obtenerse cuando se ha garantizado el del cuerpo. Hay un papel fundamental que debe de cumplir el personal de salud, el del conocimiento del paciente, de sus aspectos biológicos, psicosociales, espirituales y del acompañamiento, apoyo y de soporte del enfermo y de su familia sin olvidarnos que está sufriendo física, moral, el rol psicodinámicamente y por lo tanto espera un trato cordial, comprensivo, solidario, compasivo y respetuoso.

- *Cuidado oportuno.*

Es otra característica que son brindados cada vez que el paciente lo requiera y de acuerdo a sus necesidades, por ejemplo, brindar el tratamiento establecido, realizar los procedimientos en la hora y la fecha indicada, desarrollo de acciones educativas en prevención de riesgo en la salud del paciente, involucrando al paciente, su familia y medio social, también mantener los registros de la historia clínica completas, así como los exámenes solicitados.

– *Cuidado continuo.*

Es la característica del cuidado constante según las necesidades del paciente con la ayuda del equipo de profesionales de salud, donde se brindará educación a la madre y familiar sobre su naturaleza de su enfermedad y riesgo que presentan así mismo la importancia de los tratamientos y procedimientos a los que serán sometidos.

– *Cuidado seguro.*

Está orientada al cuidado del recién nacido evitando o disminuyendo el riesgo, para lo cual la enfermera debe estar capacitándose continuamente asistencial y tecnológicamente (Reategui-Castillo, 2018).

1.5.3 Unidad de cuidados intensivos neonatales

La OMS (2013) define a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) como un servicio hospitalario de circuito cerrado, con un alto nivel tecnológico de aplicación rutinaria y técnicas requeridas, para brindar asistencia a los Recién Nacidos (RN) que presentan una alteración de salud, donde el cuidado de la enfermera al RNP se orienta en los aspectos de apoyo ventilatorio, termorregulación, accesos vasculares, nutrición, neurodesarrollo, cuidados de la piel y tratamiento de los problemas residuales de su enfermedad (Escobedo Reyes, 2020). La unidad donde se encuentran pacientes que requieren atención especializada con tecnología avanzada y profesionales de la salud capacitados para brindar cuidado especializado (Cavero-Prado, 2017), desde su nacimiento hasta los 28 días. Su objetivo es conseguir una salida que garantice un futuro promisorio, sin consecuencias ni lo más mínimo posible, además de centrarse en la familia, facilitando el vínculo precoz (Barboza-Meca, 2016).

La gestión de la atención en la UCIN se puede definir como la implementación de una serie de actividades con y por medio de personas y recursos materiales para el logro de los objetivos de una organización y en este caso del servicio de enfermería. Tiene dimensiones como el cálculo de personal, asignación de pacientes, y la medición de la carga de trabajo, además se requieren características especiales en cuanto a la relación enfermera/paciente, y otros propios de la especialización y complejidad de sus procedimientos que implican un número mayor de enfermeras, contrario a lo que sucedería en otros servicios. Tratar la determinación de las cargas de trabajo, el cálculo de personal y la asignación de pacientes en la UCIN apoyado en un método cuantitativo validado en otros contextos, se constituye en una herramienta para la gestión del cuidado y del servicio de enfermería que permite tener una aproximación objetiva al volumen de trabajo y al rendimiento real que el equipo de enfermería puede lograr el objetivo de proporcionar una atención adaptada a las necesidades según la gravedad y los recursos humanos y tecnológicos disponibles. De esta manera se interviene directamente sobre la calidad del cuidado y en la satisfacción que el equipo de enfermería pueda experimentar (Rodríguez-Murcia, 2010). En este servicio es posible identificar factores estresantes en las funciones que desempeña en profesional de enfermería, en situaciones intensas como la vida, enfermedad, la muerte, las condiciones de salud del paciente, carga laboral, condiciones físicas inadecuadas, personal insuficiente para el cuidado del paciente, los avances tecnológicos que requieren capacitaciones continuas, tipo de contrato realizado, clima organizacional (Calle-Quinajo, 2020).

1.6 Estudios relacionados

1.6.1 Estudios Internacionales Síndrome de Burnout

Gutiérrez Lesmes (2016) realizaron un estudio analítico transversal, el cual se llevó a cabo en profesionales de enfermería que ejercen su labor en la Orinoquia colombiana. Se tomó

una muestra de 100 sujetos, los enfermeros se tomaron de los siguientes lugares de trabajo: diez de centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, ocho de centros de atención primaria, seis de Secretarías Locales de Salud y tres de entidades del estado. Se destaca que la prevalencia del SB es mayor en enfermeros del área hospitalaria, tener menos de 28 años se asoció a una mayor prevalencia, los enfermeros clasificados como enfermos con SB debían cuidar un mayor número de pacientes en su jornada laboral. Este estudio se consideró como significativo un valor $p < 0,05$. Para la estimación de parámetros se usaron intervalos de confianza del 95%.

Bachiller Jurado Aquino (2016) en su estudio “SB en el profesional de enfermería que trabaja en el Hospital Santa Rosa Puerto Maldonado 2016” tuvo el objetivo de determinar el nivel del SB en el profesional de enfermería. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, la población estuvo constituida por 70 enfermeras, la técnica fue la encuesta y el instrumento Escala de MBI. Respecto a las tres dimensiones del SB, se encontró que en AE: el 52% tiene AE alto. D: el 46% tiene D alta. RP: el 26% tiene RP alta. Concluyendo que el SB o Síndrome de desgastes profesional está presente en las enfermeras que trabajan en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, en el nivel alto a medio.

Solís Córdor (2017) en el AE: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú, Estudio transversal que conto con 958 médicos y 840 enfermeras. El nivel de significancia fue $\leq 0,05$. El 18,7% de participantes tenía un riesgo alto de D, el 10% AE y 32,1% pobre RP. Los factores asociados fueron la profesión médica, sexo masculino, separación familiar, insatisfacción con el horario de trabajo, enfermedad agravada o causada por el trabajo, trabajar en establecimientos nivel II (OR= 2,421) o nivel III (OR= 3,363). Se encontró asociación entre el AE y la actividad laboral en establecimientos de mayor complejidad, donde la

carga emocional por la atención de casos complejos sería mayor; además, la separación familiar o la morbilidad agravada o causada laboralmente son factores estresantes y se encontrarían asociados al mismo.

Silva Arquíñego (2018) en su estudio estresores laborales relacionados al SB en enfermeras asistenciales del servicio de UCIN de un Hospital nacional de Lima Perú, 2017. La muestra estuvo representada por el total de la población, equivalente a 47 enfermeras asistenciales del servicio de UCIN. Análisis de fiabilidad para factores laborales estresores Alfa de Cronbach: 0,958 y para SB Alfa de Cronbach: 0,705. El 68.1% presenta SB en nivel medio, el 17% presenta nivel bajo de SB y el 14.9% presenta nivel alto de SB. El grado de correlación entre los factores laborales estresores y el SB determinado por el Rho de Spearman es 0.759, lo cual indica una correlación alta.

Torre (2018) en prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina realizando una encuesta en línea, autoadministrada, para evaluar variables demográficas y puntuación en el Índice de Burnout de Maslach en 486 enfermeras de cuidados críticos entre los meses de junio y septiembre de 2016. Donde se pudo establecer que el 84% de la muestra (410 de 486) mostró tener unos valores moderados o altos en al menos una de las subescalas (IC 95% 80,8 a 87,4). El 46,7% presenta niveles moderados o altos de AE, el 63,5% presenta niveles moderados o altos de D y el 77,1% presenta niveles moderados o bajos de RP. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de burnout entre los distintos tipos de población de atención (neonatal, pediátrica o de adultos). Se encontró que la variable relación enfermera: paciente de 1:3 o más se encuentra estadísticamente relacionada con las subescalas de AE y D ($p = 0,002$ y $0,0039$, respectivamente). En todos los casos se estableció un valor p significativo de 0,05.

Aruquipa Cachaca (2019) obtuvo de prevalencia del SB en el personal de enfermería, UCIA, UCIN, UTIN, Caja de salud de la banca privada, la paz, Bolivia gestión 2018 un estudio cuantitativo de diseño descriptivo de corte transversal, en 34 enfermeras, aplicando el cuestionario sociodemográfico y el MBI-HSS. Los resultados evidencian una tasa de Prevalencia de 20.5% (n=7), las profesionales de Enfermería se encuentran en edad media 31,5, comprende las 20 a 45 años. Según los puntos de corte de las dimensiones del SB, el 58%, presentan una intensidad de nivel bajo, 16%, se encuentra en un nivel medio, 26%, presenta un nivel alto, haciendo referencia a una población de bajo riesgo.

Márquez Jiménez (2020) desempeño laboral y su relación con el SB en los profesionales de la salud en la UCIN en el hospital general del norte de Guayaquil los ceibos, con población de 68 personas. Mediante los resultados se identificó que el SB se relaciona negativa y significativamente con el desempeño laboral de los trabajadores. Se realizó una prueba de fiabilidad de los cuestionarios; en donde el alfa de Cronbach para la escala de SB fue de 0.973, mientras que para desempeño laboral fue de 0.958, por lo que se confirma la fiabilidad de ambos instrumentos. El coeficiente de correlación fue de -0.506 con lo que se demuestra la hipótesis de que el SB se relaciona negativa y significativamente con el desempeño laboral de los profesionales de la salud en la UCIN del Hospital Norte IESS Ceibos.

Rodríguez & Batista García (2020), en su estudio SB en enfermeras/os de la UCIN presenta un diseño descriptivo correlacional donde participaron 37 enfermeras/os que laboran en una UCIN, las escalas de AE y D fueron altas en 51.3 % y 56.8 % de los encuestados respectivamente. El 43.2 % demostró una baja RP. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la D y el componente de liderazgo ($p = 0,02$) y entre la RP y el componente situaciones críticas ($p = 0,02$).

1.6.2 Estudios Nacionales Síndrome de Burnout

Sánchez Jiménez (2018), en su estudio factores relacionados a la presencia del SB en una muestra de enfermeras del sector salud, ciudad de México la muestra final fue de 265 participantes que completaron los cuestionarios correctamente donde los niveles de significancia estadística fueron establecidos en 0.05. Se observó que el agotamiento emocional correlacionó de manera significativa pero inversa con las puntuaciones de auto-estima (rho de Spearman = -0.264, $p < 0.001$). Los años de servicio se correlacionaron de manera inversa a la D (rho de Spearman = -0.205, $p < 0.001$). Se observaron altos niveles de AE en 17.4% de la muestra. El 4.9% de las enfermeras mostraron bajos niveles de RP. La autoestima estuvo relacionada con el AE, RP y D. El AE se relacionó con la atención de pacientes seriamente enfermos, y con el trabajo en el horario matutino.

Colmenares de la Torre (2018) con prevalencia del SB en personal de enfermería de México nos muestra estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, trabajado con una muestra por conveniencia de 248 enfermeros en 15 hospitales de México se encontró una prevalencia del SB en el 91 % de los enfermeros, de los cuales el 67 % tiene 2 dimensiones quemadas y 33 % una dimensión, siendo el 77 % mujeres y el 23 % hombres.

1.6.3 Estudios calidad del cuidado enfermero

Vera Mechán (2016) en su estudio estrés laboral y CC enfermero al prematuro contando con 31 enfermeros donde el 58.1 por ciento de los enfermeros presentó estrés moderado, el 38.7 % estrés alto y el 3.2 por ciento estrés leve. La CC al prematuro es regular en un 48.4% de las enfermeras y bueno en el 51.6%. El nivel de estrés del profesional de enfermería no se relaciona significativamente con la CC proporcionado al prematuro ($p = 0.616 > 0.05$).

Vargas Figueroa (2017) estrés laboral y CC enfermero al prematuro obtuvo con 22 enfermeros, que el 18.2% de los enfermeros presentó estrés moderado, el 4.5% estrés severo y el 77.3% estrés leve. La CC al prematuro es regular en un 22.7% de las enfermeras y bueno en el 77.3%. El nivel de estrés del profesional de enfermería se asocia significativamente con la CC proporcionado al prematuro. Se determina la confiabilidad del instrumento Nivel de Estrés del Enfermero con 32 ítems se utilizó la prueba estadística: alfa de Cronbach, confiable con valor de 0.708, siendo confiable, y para CC del enfermero con valor de 0.769 con 38 ítems, siendo confiable. El nivel de estrés del profesional de enfermería se asocia significativamente con la CC proporcionado al neonato en la UCIN del Hospital Belén de Trujillo ($p= 0.044$).

Escobedo Reyes (2020) en satisfacción laboral y CC enfermero al RNP conformado por un total de 24 enfermeras asistenciales. La recolección de datos se realizó con la aplicación de dos instrumentos: Escala de Satisfacción e Insatisfacción Laboral Herzbergiana y La Guía de Observación para evaluar la CC enfermero al prematuro. Donde el 83% de enfermeras presentaron un nivel medio de satisfacción laboral, y el 100% de ellas ofrecen una buena calidad de cuidado al RNP. Para el análisis estadístico se aplicó la Correlación de Pearson, demostrando que existe una relación significativa entre el Nivel de Satisfacción Laboral y la CC enfermero al prematuro ($p= -0,589 < 0.01$); alcanzando una correlación negativa moderada.

1.7 Operacionalización de variables

Variabes dependientes: Calidad de Cuidado con las dimensiones de cuidado humano, cuidado oportuno, cuidado continuo, cuidado seguro (Apéndice A).

Calidad de cuidado

Tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso

de atención en el profesional de enfermería de la UCIN en un hospital de segundo nivel en Pachuca, Hidalgo, el cual se utilizó el instrumento *lista de cotejo de la CC de la enfermera*, que determina los siguientes puntos de corte para su interpretación: calidad de cuidado bueno de 108-138, calidad de cuidado regular 77-107 y calidad de cuidado deficiente 46-76.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Síndrome de Burnout con las dimensiones de cansancio emocional, despersonalización, realización personal (Apéndice B).

Síndrome de Burnout

Conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador profesional de enfermería de la UCIN en un hospital de segundo nivel en Pachuca, Hidalgo, con participación de agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de éste pueden afectar la salud del enfermero, en el cual se utilizó el instrumento *Maslach Burnout Inventory* que determina los siguientes puntos de corte para su interpretación: Presencia de SB >84, Tendencia de SB 49-83, Ausencia de SB 0-48.

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño del estudio

El presente estudio se diseñó de tipo cuantitativo el cual nos ayudara a brindar un conocimiento de tipo objetivo. No experimental en donde el investigador no realizo intervenciones a la población estudiada, de tipo descriptivo y correlacional en la que evaluó la relación de las variables SB y CC, así como se describe el fenómeno que se estudió tal como se presentó, con una recolección de datos de tipo transversal con la obtención de datos en un momento específico (Hernandez-Sampieri, 2014)

2.2 Población

La población de interés estuvo conformada por personal de enfermería se encontraba laborando en la UCIN de un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo.

2.3 Muestra y muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia representada por una muestra de $n=30$ enfermeras (os) que laboran en el área de UCIN de un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo.

2.4 Criterios de selección

2.4.1 Criterios de inclusión

- Enfermeras/os que laboran en la UCIN.
- Enfermeras/os con o sin especialidad en UCIN.

- Enfermeras/os que acceden de forma voluntaria a participar en el estudio que se encuentren dentro de UCIN.
- Enfermeras/os que hayan aceptado y firmado su consentimiento para ser partícipes del estudio.

2.4.2 Criterios de exclusión

- Enfermeras/os que se encuentren realizando su servicio social.
- Enfermeras/os que se encuentren realizando sus prácticas profesionales.
- Enfermeras/os que se encuentren realizando capacitación como personal de nuevo ingreso a la institución.

2.4.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios no contestados en su totalidad.
- Enfermeras/os que no hayan aceptado y firmado su consentimiento para ser partícipes del estudio.
- Enfermeras/os que manifiesten su voluntad de retirarse del estudio.

2.5 Instrumento

En la presente investigación se utilizó un cuestionario donde se obtuvieron todos los datos sociodemográficos de los profesionales de enfermería de la UCIN en un hospital de segundo nivel (Apéndice C), además del MBI (Apéndice D) en su versión para servicios de salud, para el estudio del SB.

Desarrollado por Maslach y Jackson (1997), está constituido una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo en 22 reactivos que se evalúan en una escala tipo Likert de seis opciones de respuesta. El sujeto valora,

mediante un rango de 6 adjetivos que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems y con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem.

El MBI evalúa las tres dimensiones que componen el SB. La subescala de AE está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el AE y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

La subescala de D está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala, mayor es la D y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

La subescala RP está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo. Tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la RP, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Tabla 1

Puntos de Corte para la interpretación de las dimensiones del SB

Dimensión	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalización	≤ 5	6-9	≥ 10
Realización personal	≥ 40	34-39	≤ 33

Nota: Maslach Burnout Inventory en su versión para servicios de salud.

Altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas y bajas en la tercera definen el SB. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el grado del SB, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

Con respecto a las puntuaciones: presencia de burnout el puntaje es 84 o más, tendencia de burnout el puntaje es de 49 – 83, ausencia de burnout el puntaje es de 0 – 48, para valorar los resultados, de los niveles de puntuación se tomó como referencia los establecidos por Gil Monte y Peiró.

Tabla 2

Puntos de corte para la interpretación del SB

Nivel	Puntuación
Presencia	>84
Tendencia	49-83
Ausencia	0-48

Nota: Maslach Burnout Inventory en su versión para servicios de salud.

El instrumento que se utilizó para el estudio de la CC fue una guía de observación (Apéndice E), compuesta por 46 ítems clasificados en cuatro características generales del cuidado: humano, oportuno, continuo y seguro que están enmarcadas en las dimensiones de la calidad, según el marco teórico.

- Cuidado Humano: Conformado por 13 ítems (1;2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13)
- Cuidado Oportuno: Conformado por 14 ítems (14;15;16;17;18;19;20;21;22;23;24;25;26 y 27)
- Cuidado Continuo: Conformado por 6 ítems (28;29;30;31;32;33)
- Cuidado Seguro: Conformado por 13 ítems (34;35;36;37;38;39;40;41;42;43;44;45;46)

Tabla 3

Puntos de corte para la interpretación de las dimensiones de CC

Dimensiones	Deficiente	Regular	Bueno
Cuidado Humano	13-21	22-30	31-39
Cuidado Oportuno	14-23	24-33	34-42
Cuidado Continuo	6-9	10-13	14-18
Cuidado Seguro	13-21	22-30	31-39

Nota: Lista de cotejo de la calidad de cuidado de la enfermera modificado por Vera Mechan 2016.

Este instrumento fue diseñado en la Universidad Nacional del Centro del Perú-Huancayo cuya autora fue Chipana (2009) y que es modificado por Vera (2016) solo en su redacción, quien lo validó por juicio de expertos (tres enfermeras especialistas en neonatología) con la finalidad de actualizar algunos reactivos según evidencias. La lista de cotejo presenta tres opciones de respuesta: nunca=1, a veces=2 y siempre=3.

La escala de calificación para la CC al prematuro se realizará de acuerdo a la siguiente puntuación:

Tabla 4

Puntos de corte para la interpretación de la CC

Dimensiones	Puntuaciones
Calidad del cuidado bueno	108-138
Calidad del cuidado regular	77-107
Calidad del cuidado deficiente	46-76

Nota: Lista de cotejo de la calidad de cuidado de la enfermera modificado por Vera Mechan 2016.

2.6 Procedimiento de recolección de datos

Se acudió al área de investigación y enseñanza de un hospital de segundo nivel de Pachuca Hidalgo donde se solicitó el permiso para la realización del protocolo de investigación (Apéndice F). Una vez teniendo la aceptación del estudio se acudió al área de jefatura de enfermería para presentar el trabajo de investigación y así mismo se programaron las visitas que se efectuaron en los diferentes turnos, por último, se acudió con los jefes médicos del área de UCIN, explicando el cronograma de visitas que se efectuaron, dando su aprobación.

Una vez realizada la coordinación de las visitas para el estudio, se llevó a cabo la primera fase de la investigación la cual era la presentación del estudio de investigación al personal de enfermería de los diferentes turnos, se brinda el consentimiento informado (Apéndice G) al personal que decidió ser parte de la investigación posteriormente se les hizo entrega del cuestionario con el cual se obtuvieron los datos sociodemográficos y el cuestionario MBI.

Una vez se concluyó la primera fase se continuo con las visitas para realizar la segunda fase que consistía en el llenado de la lista de cotejo de la CC de la enfermera llevado a cabo por

el investigador mediante la observación de todo el personal que acepto ser parte de la investigación.

Al finalizar la recolección de la información se realizó el uso del paquete estadístico SPSS vaciando la información recabada y haciendo el análisis de los datos sociodemográficos, nivel de SB, CC obteniendo datos de frecuencia y porcentaje.

Posteriormente se realizaron las pruebas de confiabilidad, normalidad y correlación de las variables independientes y dependientes para dar respuesta a los objetivos. Finalizando con la interpretación y vaciado de información al sistema de Word.

2.7 Consideraciones éticas

Para la realización del presente estudio, se tomaron en cuenta aspectos éticos sustentados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Por las características de la presente, es una investigación sin riesgos, debido a que solo se aplicaron dos encuestas y una lista de cotejo.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en 2014 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), la investigación para la salud del artículo 100.-La investigación de seres humanos se desarrollará conforme al título segundo, capítulo I: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Disposiciones Comunes Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V.- Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII.- Contará con el dictamen favorable de los comités de investigación, de ética en investigación y de bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos.

VIII.- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la secretaría.

IV.- Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

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

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse.

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables.

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el comité de ética en investigación de la institución de atención a la salud

2.8 Plan de análisis estadístico

- Los estudios se analizaron por el programa SPSS versión 25, se calcularon estadísticas descriptivas y tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

- Prueba de alfa de Cronbach.

- Se realizó prueba de normalidad de los datos mediante Shapiro Wilk para determinar al estadístico inferencial a utilizar en la correlación.

- Análisis bivariado de la información donde se realizó una estadística inferencial de Pearson de las variables a estudiadas identificando la relación entre el nivel de burnout y la calidad de cuidado.

Capítulo III

Resultados

Se realizó un proyecto de investigación en un hospital de segundo nivel de Pachuca Hidalgo. Con una muestra 30 enfermeros y enfermeras. De acuerdo a la población estudiada tenemos los siguientes registros sociodemográficos: la mayoría del personal pertenece al género femenino (90%), cuentan con una edad de entre los 28 y los 35 años de edad (60%), en su mayoría solteras (60%), quienes no tienen hijos (43.3%), la mayoría del personal que participo pertenece al turno nocturno (40%), se tiene un nivel académico de especialidad en enfermería y licenciatura en enfermería (46.7%), con una experiencia laboral en enfermería de más de 10 años (56.7%), quienes han estado en áreas neonatales de 5 a 10 años (40%), donde la mayoría de la población expresa no tener otra fuente de ingresos (90%), finalizando con la acreditación del curso de reanimación neonatal actualizado en una séptima y octava edición (53.3%).

3.1 Datos sociodemográficos

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos.

Variable	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Género			
Hombre	3	10	10
Mujer	27	90	100
Total	30	100	
Rango de edad			
28-35	18	60	60
36-43	7	23.3	83.3
44-51	2	6.7	90
52-59	3	10	100
Total	30	100	
Estado civil			
Soltera	18	60	60
Casada	10	33.3	93.3
Divorciada	2	6.7	100

Total	30	100	
Número de hijos			
0	13	43.3	43.3
1	7	23.3	66.7
2	6	20	86.7
3 o más	4	13.3	100
Total	30	100	
Turno laboral			
Matutino	6	20	20
Vespertino	11	36.7	56.7
Nocturno	12	40	96.7
Fines de semana	1	3.3	100
Total	30	100	
Grado de académico			
Licenciatura en Enfermería	14	46.7	46.7
Especialista en Enfermería	14	46.7	93.3
Maestría	2	6.7	100
Total	30	100	
Experiencia en enfermería			
De 1 a 3 años	1	3.3	3.3
De 3 a 5 años	5	16.7	20
De 5 a 10 años	7	23.3	43.3
Más de 10 años	17	56.7	100
Total	30	100	
Experiencia en UCIN			
Menos de 1 año	4	13.3	13.3
De 3 a 5 años	7	23.3	36.7
De 5 a 10 años	12	40	76.7
Más de 10 años	10	23.3	100
Total	30	100	
Cuenta con otro empleo			
Si	3	10	10
No	27	90	100.0
Total	30	100	
Curso reanimación neonatal			
Si	16	53.3	53.3
No	14	46.7	100
Total	30	100	

Nota: Cuestionario relación entre el nivel de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo 2024.

3.2 Síndrome de Burnout

La distribución del SB en la población estudiada muestra tendencia a desarrollarlo en un 83.3% de la población y solo el 6.7% tiene presencia de SB.

En cuanto a las dimensiones del SB, agotamiento emocional y despersonalización presentan un nivel bajo de 76.7% y 70% respectivamente. Por último, la dimensión de realización personal presenta un alto nivel con 90% en el profesional de enfermería.

Tabla 6

Estadísticas descriptivas del Síndrome de Burnout

Variable	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Agotamiento Emocional			
Bajo	23	76.7	76.7
Medio	4	13.3	90
Alto	3	10	100
Total	30	100	
Despersonalización			
Bajo	21	70	70
Medio	6	20	90
Alto	3	10	100
Total	30	100	
Realización Profesional			
Bajo	1	3.3	3.3
Medio	2	6.7	10
Alto	27	90	100
Total	30	100	
Síndrome de Burnout			
Ausencia	3	10	10
Tendencia	25	83.3	93.3
Presencia	2	6.7	100
Total	30	100	

Nota: Cuestionario relación entre el nivel de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo 2024.

3.3 Calidad de cuidado

Para la CC la mayoría cuenta con el nivel de bueno y regular con un 53.3% y 46.7% respectivamente. En las dimensiones de CC; el cuidado humano se muestra regular con 76.7%, tenemos un cuidado oportuno bueno con 60%, un cuidado continuo regular con 53.3% y por último un cuidado seguro bueno con 56.7%.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de la Calidad de Cuidado

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cuidado Humano			
Deficiente	1	3.3	3.3
Regular	23	76.7	80
Bueno	6	20	100
Total	30	100	
Cuidado Oportuno			
Deficiente	0	0	0
Regular	12	40	40
Bueno	18	60	100
Total	30	100	
Cuidado Continuo			
Deficiente	2	6.7	6.7
Regular	16	53.3	60
Bueno	12	40	100
Total	30	100	
Cuidado Seguro			
Deficiente	1	3.3	3.3
Regular	12	40	43.3
Bueno	17	56.7	100
Total	30	100	
Calidad de Cuidado			
Deficiente	0	0	0
Regular	14	46.7	46.7
Bueno	16	53.3	100
Total	30	100	

Nota: Cuestionario relación entre el nivel de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo 2024.

3.4 Pruebas de confiabilidad

Índice usado para medir la confiabilidad del tipo de consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. En el presente estudio el primer instrumento midió el SB en el personal de salud, presento una consistencia interna aceptable, mientras que el segundo instrumento el cual evalúa la CC presento un nivel de consistencia interna buena.

Tabla 8

<i>Pruebas de confiabilidad</i>	
Instrumento	Alfa de Cronbach
Cuestionario Maslach Burnout Inventory 22 ítems	.745
Lista de cotejo de la calidad de cuidado de la enfermera 46 ítems	.877

Nota: Cuestionario relación entre el nivel de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo 2024.

3.5 Pruebas de normalidad

Existen diversas pruebas de contraste de hipótesis para comprobar si los valores de una variable siguen o no una distribución normal. Para estas pruebas la hipótesis nula es de normalidad. Por lo tanto, si $p > 0,05$, no tendremos motivos para descartar la hipótesis nula y asumiremos que nuestra variable sigue una distribución normal. Si, por el contrario, $p < 0,05$, rechazaremos la hipótesis nula y asumiremos que nuestra variable no sigue una distribución normal en la población. De acuerdo a los resultados de Shapiro Wilk utilizado puesto que el tamaño de la muestra fue de 30, se concluye que nuestras variables siguen una distribución normal.

Tabla 9

Pruebas de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de Síndrome de Burnout	.935	30	.066
Nivel de Calidad de cuidado	.963	30	.365

Nota: Cuestionario relación entre el nivel de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo 2024.

3.6 Estadística Inferencial

En cuanto a la relación del SB y la CC las pruebas de correlación Pearson no encuentran una significancia estadística ($r < .001$, $p \leq .995$). Sin embargo al observar la dimensión de *realización personal* y las dimensiones de *cuidado continuo* y *cuidado seguro*; se obtiene una relación con efecto positivo de magnitud moderada con significancia estadística en cuidado continuo ($r .408$, $p \leq .025$) y una relación con efecto positivo de magnitud moderada con significancia estadística en cuidado seguro ($r .435$, $p \leq .016$) que nos sugiere que entre mayor realización personal tenga el profesional de enfermería mayores cuidados continuos y seguros brindaran a los recién nacidos, aunque no es estadísticamente significativa.

Tabla 10

Pruebas de Correlación Pearson

		Calidad de cuidado				
		Cuidado Humano	Cuidado Oportuno	Cuidado Continuo	Cuidado Seguro	
Nivel de Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	-.001	-.118	.056	-.006	.106
	Sig. (bilateral)	.995	.536	.767	.974	.579
	N	30	30	30	30	30
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	-.186	-.089	-.141	-.238	-.124
	Sig. (bilateral)	.326	.639	.457	.206	.514
	N	30	30	30	30	30

Despersonalización	Correlación de Pearson	.097	-.083	.235	.088	.114
	Sig. (bilateral)	.611	.662	.212	.645	.550
	N	30	30	30	30	30
Realización personal	Correlación de Pearson	.298	-.034	.210	.408*	.435*
	Sig. (bilateral)	.109	.857	.265	.025	.016
	N	30	30	30	30	30

Nota: Cuestionario relación entre el nivel de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo 2024.

Capítulo IV

Discusión

La salud laboral entre los profesionales que laboran en una institución salud, es un indicador base para establecer la calidad de vida del trabajador, por lo que situaciones estresantes pueden generar desequilibrio y afectarlo física y emocionalmente; pero también puede ser un indicador directo de la calidad de la atención, debido a que el SB afecta tanto el estado físico como el emocional (Palmero - Aguilar, 2018). La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el SB y su relación en la CC en el personal de enfermería en la UCIN en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo en 2024. De acuerdo a los datos recabados se determinó que no existe relación entre el SB y CC en el profesional de enfermería de la UCIN en el presente trabajo de investigación.

Se analizaron las características sociodemográficas; la comparación de varios estudios refirió en general que la mayoría del personal de enfermería pertenece al género mujer tanto en el presente estudio (90%), como en el estudio de Gutiérrez Lesmes 2016 y el de Bachiller Jurado 2016 son similares. La OPS 2023 presenta que el 89.5% de los profesionales de enfermería siguen siendo de predominio mujeres tan solo en la región de las Américas (OPS, Enfermería y partería, 2023). También se demuestra en este estudio que el estado civil concuerda con estar solteros (60%), Gutiérrez Lesmes 2016 (53%). Numerosas investigaciones recientes clasifican que una de las causas para desarrollar SB es de tipo personal donde las mujeres jóvenes y solteras son proclives a sufrir este síndrome.

Una de las características importantes a destacar fue el nivel académico en la institución de segundo nivel de Pachuca Hidalgo donde se encontró con nivel de especialidad (52.9 %), al

igual que Vargas Figueroa 2017 (50%), mientras que Aruquipa Cachaca 2019 (50%) y Colmenares de la Torre 2018 (51.9%) presentan a profesionales en su mayoría compuestos por licenciados en enfermería.

La perspectiva clínica, considera al burnout como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. De carácter psicosocial, señalando que las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) no aparecen como respuesta a un estrés determinado, sino que emergen en una secuencia de tiempo como un proceso continuo cuyos inicios no siempre son fácilmente reconocibles y, con frecuencia, se confunden con manifestaciones habituales del estrés en diversos contextos de vida (Achurra-Godínez, 2020)

La mayoría de los estudios analizaron el fenómeno por las dimensiones que este mismo trabajo presenta, cada estudio evidenció diferentes resultados; Rodríguez y Batista García 2020 identificaron en la población estudiada DP baja (56.7%) al igual que el presente estudio. Aruquipa Cachaca 2018 presenta AE bajo (59%), DP baja (53%), datos que concuerdan con el presente estudio donde el AE (76.7%) y DP (70%). Silva Arquiñego 2018 presentó un nivel de SB medio (61.7%), similar a los resultados obtenidos en el presente estudio con tendencia a SB (83.3%). Las consecuencias del SB "van desde la calidad reducida del trabajo y las competencias laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y suicidio" (Grisales-Romero, 2016) por ello es importante la visualización y concientización de la problemática.

Los enfermeros del servicio de Neonatología son responsables del cuidado del recién nacido prematuro hospitalizado, este paciente la gran mayoría de veces son en estado crítico por

diversas complicaciones que demanda cuidado especializado, utilizando una metodología basada en la evidencia científica y la ética del cuidado. Por ello es necesario que las enfermeras (os) posean un bagaje de conocimientos para aplicar efectivamente su quehacer profesional (Sánchez-Quiroz, 2018).

Vera Mechan 2016 estudio la CC observando un cuidado bueno (51.6%), así como Vargas Figueroa 2017 (77.3%) por último Escobedo Reyes 2020 identifica que el personal presenta y cumple con las características para establecer una CC buena (100%), los resultados del presente estudio concuerdan con los anteriores en presentar un nivel de CC bueno (53.3%).

4.1 Conclusiones

Las pruebas de correlación entre el SB y la CC no encuentran un impacto significativo en las variables estudiadas. Concluyendo que en este estudio no existe relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel de Pachuca Hidalgo de acuerdo con los datos obtenidos.

De acuerdo a la población estudiada los siguientes registros sociodemográficos, pertenece al género femenino, cuentan con una edad de entre los 28 y los 35 años de edad, en su mayoría solteras, no tienen hijos, cuentan con nivel académico de especialidad en enfermería y licenciatura en enfermería, experiencia laboral de más de 10 años, quienes han laborado en áreas neonatales entre 5 a 10 años, la mayoría del personal expresa no tener otra fuente de ingresos, finalizando con la acreditación del curso de reanimación neonatal actualizado.

La distribución del SB en la población estudiada muestra tendencia a desarrollarlo. En cuanto a las dimensiones del SB, agotamiento emocional y despersonalización presentan un nivel bajo. La dimensión de realización personal presento un alto nivel.

Para la CC la mayoría cuenta con el nivel de bueno y regular en su mayoría. En las dimensiones de CC; el cuidado humano se muestra regular, cuidado oportuno bueno, cuidado continuo regular y por último un cuidado seguro bueno.

Sin embargo, al observar la dimensión de realización personal que pertenece al SB y las dimensiones de cuidado continuo y cuidado seguro pertenecientes a la CC se obtiene una relación positiva moderada que nos sugiere que entre mayor realización personal tenga el profesional de enfermería mayores cuidados continuos y seguros brindaran a los recién nacidos, aunque no es estadísticamente significativa.

4.2 Sugerencias

- Se recomienda que en posteriores investigaciones sea considerado todo el personal de enfermería que pertenece o rota por las áreas neonatales y pediátricas, estudiantes de enfermería, pasantes de enfermería, auxiliares de enfermería etc, como universo de estudio debido a que el personal de enfermería puede rotar o desplazarse a áreas con mayor afluencia de pacientes neonatales.
- Realización de investigaciones cualitativas con la finalidad de conocer la experiencia y la percepción de la enfermera con respecto a los factores que desencadenan estrés laboral en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Referencias

- Achurra-Godínez, A. P. (2020). Obtenido de
<http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804243/Index.html>
- Aldrete Rodríguez, M. G. (Julio – Septiembre de 2016). Factores psicosociales y estrés en personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(3). Obtenido de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn163b.pdf>
- Alencastre-Ramos, L. A. (2020). Nivel de las dimensiones del Síndrome de Burnout en enfermeras que laboran en establecimientos de salud de la Provincia de Anta, 2018. Cusco, Perú. Obtenido de
https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3495/Luz_Tesis_bachiller_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aquino-Flores, J. V. (2017). Cuidado de enfermero a Neonatos en Ventilación Mecánica. Lambeyque, Perú. Obtenido de
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3444>
- Aroni-Quispe, C. R. (2020). Síndrome de burnout en el personal de salud del servicio de gineco obstetricia del hospital de apoyo Jesus Nazareno de Ayacucho Enero-Marzo 2019. Ayacucho, Perú. Obtenido de
https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/5429/1/TESIS%20O959_Aro.pdf

- Aruquipa-Cachaca, G. L. (2019). Prevalencia Del Síndrome De Burnout En El Personal De Enfermería, Unidad De Terapia Intensiva Adultos, Neonatal Y Cuidados Intermedios Neonatal, Caja De Salud De La Banca Privada, La Paz, Bolivia Gestión 2018. Bolivia: Universidad Mayor De San Andrés Facultad De Medicina, Enfermería, Nutrición Y Tecnología Médica. Obtenido de <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/22130>
- Banco Mundial. (2018). *Grupo Banco Mundial*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?end=2018&start=1960&view=chart>
- Barboza-Meca, J. (12 de febrero de 2016). *Red Latinoamericana de Pediatría y Neonatología*. Obtenido de <https://relaped.com/estructura-de-la-uci-neonatal/>
- Barrios, Y. D. (2019). *Autocuidado en el personal de Enfermería*. Cuba. Obtenido de <http://cuidarconciencia2020.sld.cu/index.php/cuidarconciencia/2020/paper/view/76/46>
- Betancourt Jimbo, C. d. (2016). Proceso de Atención de Enfermería con seguimiento domiciliario en un recién nacido muy prematuro. *Eugenio Espejo*, 10(2), 64-72. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/5728/572860981008/html/>
- Blasco-Navarro, M. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *MEDISAN*, 22(7), 578-599. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n7/1029-3019-san-22-07-578.pdf>

Calle-Quiñajo, H. C. (2020). Nivel Del Síndrome De Burnout Durante La Pandemia Covid-19

En El Personal De Enfermería De La Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales Del Hospital Municipal Boliviano Holandés, El Alto, Gestión 2020. Bolivia: Universidad Mayor De San Andrés Facultad De Medicina, Enfermería, Nutrición Y Tecnología Médica. Obtenido de <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24846>

Cavero-Prado, K. S. (18 de Octubre de 2017). Síndrome de Burnout en el profesional de

enfermería del servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatales en una clínica, marzo Lima 2017. (U. P. Heredia, Ed.) Lima, Perú. Obtenido de <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/808>

Chandia-Vidal, Y. (2006). Introducción a la calidad en salud. Obtenido de

<http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>

Cialzeta, J. R. (2013). El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de

Alta Complejidad, Corrientes. Corrientes. Obtenido de https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf

Conexión Esan. (11 de Mayo de 2016). *Los diferentes conceptos de calidad en salud*. Obtenido

de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

Díaz-Bambula, F. (Enero-Abril de 2016). La investigación sobre el Síndrome de Burnout en

Latinoamérica. *Psicología desde el caribe*, 33(1). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>

- Escobedo Reyes, P. G. (2020). Satisfacción laboral y calidad del cuidado enfermero al recién nacido prematuro. Perú.
- Espinoza-Barbaran, M. (2023). Nivel de Satisfacción y Calidad del Cuidado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados 2022. San Juan Bautista, Iquitos, Perú. Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/2620/MARILYN%20MERCEDES%20ESPINOZA%20BARBARAN%20Y%20MAIVI%20SILVA%20LUQUE%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García-Castro, P. E. (Enero-Junio de 2016). Factores que detonan el síndrome de burn-out. *Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*, 5(9). Obtenido de <https://www.ricea.org.mx/index.php/ricea/article/view/56/217>
- Grisales-Romero, H. (Enero de 2016). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014. *Enfermería global*, 15(41). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100013
- Guevara-Pérez, L. D. (2015). Calidad de atención de enfermería y la estancia hospitalaria del neonato prematuro hospital regional de Cajamarca. Cajamarca, Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27819/guevara_pl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gutiérrez-Aceves, G. A. (2006). Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién*, 11(4), 305-309. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>

Henríquez-Moreno, G. A. (2021). Impacto de la sobre carga en el servicio de enfermería. 50.

Chitré, Herrera, República de Panamá. Obtenido de

<https://repositorio.umecit.edu.pa/bitstream/handle/001/5436/GILBERTO%20HENR%c3%8dQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). McGraw-Hill

Interamericana de España.

Layana-Castro, M. N. (8 de Julio de 2020). Analisis de los factores que influyen el síndrome de burnout en el personal del servicio de emergencias del HOSNAG. Guayaquil, Ecuador.

Obtenido de

https://uprepositorio.upacifico.edu.ec/bitstream/123456789/530/1/MSSO_UPAC_27907.pdf

López-Carballería, A. (2017). El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes

organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega. Vigo. Obtenido de

http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome_burnout_antecedentes_consecuentes_organizacionales_sanidad_gallega_analia.pdf?sequence=1

Mejía-Solano, P. M. (2019). *Sobrecarga laboral y calidad de cuidado del profesional de enfermería*. Trujillo, Perú. Obtenido de

<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7b949fcb-0f61-4747-a167-fb54f22b4a3d/content>

OMS. (28 de Septiembre de 2022). *Who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

OPS. (2017). *Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-mental-2017-salud-mental-trabajo>

OPS. (2023). Enfermería y partería. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria>

Organización Mundial de la Salud. (28 de Septiembre de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Palmero - Aguilar, B. (2018). *Repositorio UNAM*. Obtenido de <http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0773237/0773237.pdf>

Peña-Ponce, D. K. (03 de 06 de 2022). Sobrecarga de trabajo: efectos sobre la productividad y calidad de vida. *RECIMUNDO*, 6, 29-40. Obtenido de <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1625/2094>

Reategui-Castillo, A. J. (Marzo de 2018). Calidad del cuidado de enfermería y estancia hospitalaria del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional Loreto, 2018. Lima. Obtenido de

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1097/Angelica_Trabajo_Investigacion_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Rodríguez-Murcia, M. (2010). Condiciones emocionales protectoras para evitar la aparición de Burnout, presentes en el personal de enfermería de la unidad neonatal de un hospital de cuarto nivel de atención. Bogotá, Colombia. Obtenido de

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9719/tesis03-7.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Sánchez-Quiroz. (Dic de 2018). *Scielo*. doi:<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>

Secretaría de Marina. (9 de 2016). *Secretaría de Marina*. Obtenido de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/133491/METODOLOGIA_DE_INVESTIGACION.pdf

Secretaría de Salud. (2015). La calidad de atención a la salud en México a través de sus instituciones. *Segunda edición*. México. Obtenido de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf

Tello-Patiño, G. J. (2021). Factores psicosociales y el estrés laboral postpandemia en el personal sanitario. Jipijapa, Manabí, Ecuador. Obtenido de

<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3353/1/Tesis%20-%20G%a9nesis%20Jamileth%20Tello%20Pati%b1o.pdf>

- Torrecillas-Felipe, V. (27 de 05 de 2020). Impacto emocional expresado como síndrome de burnout en los profesionales de enfermería, a partir de las situaciones originadas por el coronavirus COVID-19. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*, 15(10), 383. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/impacto-emocional-expresado-como-sindrome-de-burnout-en-los-profesionales-de-enfermeria-a-partir-de-las-situaciones-originadas-por-el-coronavirus-covid-19/>
- Torres-Mendieta, G. M. (2018). *Universidad Alas Peruanas*. Obtenido de https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/7948/Tesis_Estr%c3%a9s_Enfermer%c3%ada_Hospitalizaci%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Trabajo, O. I. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo* (Primera ed.). Turín, Italia. Obtenido de <https://www.ilo.org/es/publications/estres-en-el-trabajo-un-reto-colectivo>
- Unidad General de Trabajadores y Trabajadoras*. (10 de Octubre de 2023). Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://ugt.webs.upv.es/archivos/2023/ugt-salud-mental-y-trabajo.pdf>
- Vargas-Figueroa, M. S. (2017). *Estrés Laboral y Calidad del Cuidado Enfermero al Prematuro*. Perú. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/acadfc80-30da-4cdb-af44-0c90581b0a50/content>

Vera Mehan, A. B. (2016). Estrés laboral y calidad del cuidado enfermero al prematuro. Trujillo, Perú. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4fca0372-1e80-4166-99cb-23ea244f2b16/content>

Apéndices

Apéndice A. Matriz de datos calidad de cuidado

Vari- able	Definición Conceptual	Definición operativa	Dimen- siones	Ítems	Escala de medición
Calidad de Cuidado	Tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención en el profesional de enfermería de la UCIN en un hospital de segundo nivel en Pachuca, Hidalgo.	Lista de cotejo de la calidad de cuidado de la enfermera	Cuidado Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresa al servicio a la hora exacta. • Recepción al prematuro en incubadora o servocuna. • Brinda apoyo emocional a los padres del prematuro hospitalizado. • Realiza los procedimientos con suavidad y palabras amables. • Trata con amabilidad al prematuro y sus padres. • Promueve el apego precoz del prematuro con sus padres. • Identifica adecuadamente al prematuro por sus apellidos y nombres. • Utiliza sistemas de contención a través de nidos. • Protege y mantiene la individualidad del prematuro en los procedimientos que realiza. • Mantiene comunicación amable y fluida con los padres del RN durante su turno. • Respeta las creencias ideológicas de los padres del RN. • Practica valores y la ética en el cuidado del RN. • Promueve la técnica de mama canguro. 	Intervalar: Nunca=1 A veces=2 Siempre= 3
			Cuidado Oportuno	<ul style="list-style-type: none"> • Acude al llamado de las alarmas de los monitores y ventilador mecánico del RN inmediatamente. • Administra medicamentos utilizando los 5 correctos y según recomendaciones del neofax. • Permanece alerta de las necesidades del RN. • Identifica signos de alarma y actúa inmediatamente. • Participa en la visita médica, informando la evolución del neonato. • Mantiene la historia clínica del neonato en forma completa y ordenada. • Administra nutrición enteral y/o parenteral aplicando medidas de bioseguridad. • Inicia la nutrición trófica con leche materna. • Manipula accesos venosos periféricos y centrales aplicando medidas de asepsia. • Realiza cambio de sondas cada tres días y coloca fecha de cambio. • Evalúa residuo gástrico, anota en hoja de evaluación e informa al médico de turno. • Verifica el volumen infundido endovenoso durante su turno. • Cambia de posición al RN post alimentación enteral. • Realiza coordinaciones multidisciplinarias para resolver problemas de salud referidos al RN. 	
			Cuidado Continuo	<ul style="list-style-type: none"> • Planifica las actividades que desarrolla durante el día. • Vigila la limpieza y el orden del servicio. • Mantiene las incubadoras, ventiladores y otros equipos limpios y desinfectados con fecha/hora. • Mantiene continuamente las incubadoras, el humidificador del ventilador y sistema de Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) con agua. • Organiza todos los equipos necesarios a utilizar en el cuidado del neonato. • Realiza notas de enfermería en forma clara, precisa y completa. 	
			Cuidado Seguro	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca al neonato y lo mantiene en incubadora de 34°C- 36°C y humedad de 80%. • Monitoriza en forma personalizada los signos vitales y los registra (al pie del RN) • Administra oxígeno según la necesidad del recién nacido. • Mantiene la saturación de oxígeno entre 89 a 94% y gradúa sus alarmas entre 88 a 95% • Realiza el destete de oxígeno en forma progresiva según valoración y monitorización del RN. • Protege la piel del RN colocando adecuadamente medios de fijación. • Realiza la higiene del RN con agua destilada y a una temperatura adecuada. • Protege los ojos del neonato cuando se encuentra en fototerapia. • Aplica medidas de bioseguridad y protección cuando realiza procedimientos invasivos. • Protege y mantiene limpios las conexiones de catéteres, y sondas del RN. • Favorece el neurodesarrollo del RN: favoreciendo las horas de sueño y manteniendo la unidad libre de ruidos y sin luz. • Aplica y respeta el protocolo de manipulación mínima, agrupando actividades. • Orienta a los padres sobre normas establecidas en el servicio. 	

Apéndice B. Matriz de datos síndrome de burnout

Variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Síndrome de Burnout	Conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo del trabajador profesional de enfermería de la UCIN en un hospital de segundo nivel en Pachuca, Hidalgo, con participación de agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de éste pueden afectar la salud del enfermero.	Cuestionario MBI el cual consta de 22 ítems.	Cansancio Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo. • Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. • Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. • Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa. • Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo. • Me siento frustrado/a en mi trabajo. • Creo que trabajo demasiado. • Trabajar directamente con personas me produce estrés. • Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades. 	Intervalar: 0 = nunca. 1 = pocas veces o menos. 2 = una vez al año o menos. 3 = unas pocas veces al mes o menos. 4 = una vez a la semana. 5 = pocas veces a la semana. 6 = todos los días
			Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que estoy tratando a algunos de los pacientes como si fueran objetos impersonales. • Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión. • Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente. • No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes. • Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas. 	
			Realización Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo facilidad para comprender como se sienten los pacientes. • Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes. • Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de las personas. • Me siento con mucha energía en mi trabajo. • Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes. • Me siento motivado después de trabajar en contacto con mis pacientes. • Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. • En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma. 	



Apéndice C. Cuestionario sociodemográfico

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA

Relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Lea y responda lo que se pide circulando la respuesta.

Solicitamos su colaboración para responder, el siguiente cuestionario, recordándole que las respuestas son anónimas y que los datos solicitados serán analizados solo por el investigador.

Genero	a) Hombre b) Mujer	Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Viuda d) Divorciada e) Otro _____
Edad	_____		
Número de Hijos	a) Ninguno b) 1 c) 2 d) 3 o más	Turno Laboral	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Fines de semana
Nivel académico	a) Auxiliar en enfermería b) Técnico en enfermería c) Enfermera general d) Licenciatura en enfermería e) Especialista en enfermería f) Maestría g) Doctorado h) Otro _____	Años ejerciendo como enfermera	a) Menos de 1 año. b) De 1 a 3 años. c) De 3 a 5 años. d) De 5 a 10 años. e) Más de 10 años.
Experiencia en el área de UCIN	a) Menos de 1 año. b) De 1 a 3 años. c) De 3 a 5 años. d) De 5 a 10 años. e) Más de 10 años.	Laboras en otra institución	a) Si b) No

Apéndice D. Cuestionario Maslach Burnout Inventory

Aplicado por:

L.E. Esther Barrera García (2024)

Ítem	Nunca (0)	Pocas veces al año o menos (1)	Una vez al mes o menos (2)	Pocas veces al mes o menos (3)	Una vez a la semana (4)	Pocas veces a la semana (5)	Todos los días (6)
1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4. Tengo facilidad para comprender como se sienten los pacientes.							
5. Creo que estoy tratando a algunos de los pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.							
7. Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.							
9. Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de las personas.							

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión.							
11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado/a en mi trabajo.							
14. Creo que trabajo demasiado.							
15. No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18. Me siento motivado después de trabajar en contacto con mis pacientes.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.							
22. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Apéndice E. Lista de cotejo de la calidad de cuidado de la enfermera

Autor: Chipana 2009).
 Modificado por Vera Mechán (2016)
 Aplicado por:
 L.E. Esther Barrera García (2024)

Calidad De Cuidado De Enfermería	Nunca (1)	A Veces (2)	Siempre (3)
Cuidado Humano			
1.Ingresa Al Servicio A La Hora Exacta			
2. Recepciona Al Prematuro En Incubadora O Servocuna.			
3.Brinda Apoyo Emocional A Los Padres Del Prematuro Hospitalizado			
4.Realiza Los Procedimientos Con Suavidad Y Palabras Amables			
5.Trata Con Amabilidad Al Prematuro Y Sus Padres			
6.Promueve El Apego Precoz Del Prematuro Con Sus Padres			
7.Identifica Adecuadamente Al Prematuro Por Sus Apellidos Y Nombres			
8.Utiliza Sistemas De Contención A Través De Nidos			
9. Protege Y Mantiene La Individualidad Del Prematuro En Los Procedimientos Que Realiza.			
10.Mantiene Comunicación Amable Y Fluida Con Los Padres Del Rn Durante Su Turno			
11.Respeto Las Creencias Ideológicas De Los Padres Del Rn			
12.Practica Valores Y La Ética En El Cuidado Del Rn			
13.Promueve La Técnica De Mama Canguro			
Cuidado Oportuno:			
14.Acude Al Llamado De Las Alarmas De Los Monitores Y Ventilador Mecánico Del Rn Inmediatamente			
15.Administra Medicamentos Utilizando Los 5 Correctos Y Según Recomendaciones Del Neofax			
16.Permanece Alerta De Las Necesidades Del Rn			
17.Identifica Signos De Alarma Y Actúa Inmediatamente			
18.Paticipa De La Evaluación Médica, Informando La Evolución Del Neonato			
19.Mantiene La Historia Clínica Del Rn En Forma Completa Y Ordenada			
20. Administra Nutrición Enteral Y/O Parenteral Aplicando Medidas De Bioseguridad.			

21. Inicia La Nutrición Trófica Con Leche Materna			
22. Manipula Accesos Venosos Periféricos Y Centrales Aplicando Medidas De Asepsia.			
23. Realiza Cambio De Sondas Cada Tres Días Y Coloca Fecha De Cambio.			
24. Evalúa Residuo Gástrico, Anota En Hoja De Valoración E Informa Al Médico De Turno.			
25. Verifica El Volumen Infundido Endovenoso Durante Su Turno.			
26. Cambia De Posición Al Rn Post Alimentación Enteral			
27. Realiza Coordinaciones Multidisciplinarias Para Resolver Problemas De Salud Referidos Al Rn			
Cuidado Continuo			
28. Planifica Las Actividades Que Desarrolla Durante El Día.			
29. Vigila La Limpieza Y El Orden Del Servicio			
30. Mantiene Las Incubadoras, Ventiladores Y Otros Equipos Limpios Y Desinfectados Con Fecha.			
31. Mantiene Continuamente Las Incubadoras, El Humidificador Del Ventilador Y Sistema Cpap Con Agua.			
32. Organiza Todos Los Equipos Necesarios A Utilizar En El Cuidado Del Neonato			
33. Realiza Notas De Enfermería, En Forma Clara, Precisa Y Completa.			
Cuidado Seguro			
34. Coloca Al Neonato Y Lo Mantiene En Incubadora De 34 A 36°C Y Humedad De 80%			
35. Monitoriza En Forma Personalizada Los Signos Vitales Y Los Registra (Al Pie Del Rn)			
36. Administra Oxígeno Según Necesidad Del Rn			
37. Mantiene La Saturación De Oxígeno Entre 89 A 94% Y Gradúa Sus Alarmas Entre 88 A 95%			
38. Realiza El Destete De Oxígeno En Forma Progresiva Según Valoración Y Monitorización Del Rn			
39. Protege La Piel Del Rn Colocando Adecuadamente Medios De Fijación			
40. Realiza La Higiene Del Rn Con Agua Destilada Y A Una Temperatura Adecuada.			
41. Protege Los Ojos Del Neonato Cuando Se Encuentra En Fototerapia.			
42. Aplica Medidas De Bioseguridad Y Protección Cuando Realiza Procedimientos Invasivos			
43. Protege Y Mantiene Limpios Las Conexiones De Catéteres, Y Sondas Del Rn			
44. Favorece El Neurodesarrollo Del Rn: Favoreciendo Las Horas De Sueño Y Manteniendo La Unidad Libre De Ruidos Y Sin Luz.			
45. Aplica Y Respeta El Protocolo De Manipulación Mínima, Agrupando Actividades			
46. Orienta A Los Padres Sobre Normas Establecidas En El Servicio			

Apéndice F. Autorización de protocolo de investigación



Hospital General de Pachuca

Dr. Sergio López de Nava y Villasana
Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación

Las enfermedades zoonóticas no conocen fronteras. ¡El esfuerzo conjunto puede prevenir o eliminar el problema!

Dependencia: Secretaría de Salud
U. Administrativa: Hospital General Pachuca
Área Generadora: Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación
No. De Oficio: 076/2022

Pachuca., Hgo. a 13 de junio del 2022

Asunto: Autorizo ejecución de investigación.

**L. E. ESTHER BARRERA GARCIA
P R E S E N T E**

Después de que el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Pachuca evaluaran las enmiendas del Protocolo de Investigación titulado:

Nivel de síndrome de burnout y su relación en la calidad de cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Me permito comunicarle que cumple con los cambios solicitados por lo que **se autoriza su ejecución** y queda registrado con el **No. 2022/133** del libro correspondiente.

Al finalizar el levantamiento de la información que su investigación, deberá pasar al Departamento de Investigación para que se le otorgue el archivo electrónico correspondiente al Informe Técnico Final, el cual deberá de entregar a este Departamento para darle continuidad a sus trámites.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E



Autorizó:	Dr. Sergio López de Nava y Villasana -Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación
Revisó:	M. en C. María Alma Chivera Villa -Investigadora Dr. en C. Sergio Muñoz Juárez
Realizó:	C. Elyda Alejandra Reséndiz Islas - Apoyo Administrativo

PA
No Bo
M.A.H. Irma Jiménez Cruz
Ced. Prof. 1077778
C.U. SIGLO XXI

Pachuca - Tulancingo 101, Col. Ciudad de los Niños,
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42070
Tel.: 01 (771) 713 4649
www.hidalgo.gob.mx Carr



Apéndice G. Consentimiento Informado

Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo
Instituto De Ciencias De La Salud
Área Académica De Enfermería
Consentimiento Informado

Relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un hospital de segundo nivel Pachuca, Hidalgo

Mediante el siguiente documento le solicitamos acceda a formar parte de un estudio, cabe aclarar que usted no tiene que participar si no es su voluntad, así mismo puede dejar de participar en cualquier momento; por favor tome todo el tiempo necesario para decidir su inclusión en este estudio. La finalidad del estudio es recabar datos que nos ayuden a conocer cuál es el nivel de síndrome de burnout, así mismo identificar como es la calidad de cuidado en el personal de enfermería y si tienen relación estos dos fenómenos entre sí.

Le brindaremos un cuestionario que nos ayudara a determinar su nivel de burnout de acuerdo a sus respuestas, estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas, sin embargo, se le solicita pueda responder todas y cada una de ellas, estaré a su disposición si surgen preguntas durante el desarrollo de dicho cuestionario el cual tiene una duración aproximada de entre 10-15 minutos. Para medir la calidad de cuidado el investigador observara la dinámica hospitalaria que se vive en la UCIN del Hospital General de Pachuca durante los diferentes turnos.

Yo _____ expreso mi voluntad de participar en este estudio y declaro haber sido correctamente informado (a) de los propósitos del estudio el cual será: determinar la relación entre el síndrome de burnout y calidad de cuidado en el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales de tal forma que fui seleccionado (a) por tener alguno de los criterios que se requieren para formar parte del estudio del cual no presenta riesgos a mi persona, me comprometo a responder con total veracidad y voluntariedad a cada una de las preguntas planteadas y solicito que los datos que proporcione se mantengan en total confidencialidad.

Firma del participante

Fecha

_____ He explicado a la naturaleza y los propósitos de la investigación, acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Lic. en Enfermería Barrera García Esther

Cel. 7712310963

Correo electrónico: yuki_zero21@hotmail.com